

Personalia

Das 70. Lebensjahr vollendete am 27. August 2012 der frühere Chefarzt der Abteilung für Urologie des Heilig-Geist-Krankenhauses in Köln, **Professor Dr. Josef Hannappel**. Seit 2007 ist Hannappel korrespondierendes und zugleich Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

sm

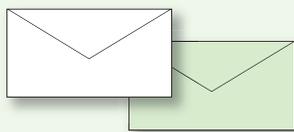


Bundesarbeitsminister Theodor Blank unternahm ein Jahr nach der Bundestagswahl 1961 einen neuen Versuch, die gesetzliche Krankenversicherung zu reformieren und legte im September 1962 einen Referentenentwurf vor. Dieser sah neben der weiterhin paritätischen Finanzierung der Versicherung „Besondere Beiträge“ für den Versicherten

vor: Die ärztlichen Behandlungskosten sollten bis zu zwei Prozent des zugrundeliegenden Entgelts betragen. Auch war eine Zuzahlung zu Arznei- und Verbandmitteln in Höhe von zehn Prozent vorgesehen, mindestens eine Mark und höchstens drei Mark je Verordnung. Bei einem Klinikaufenthalt sollte der Versicherte sich an den Pflegekosten mit 15 Prozent pro Tag beteiligen. Der Versorgungsauftrag blieb bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Kassenärzte durften nach dem Gesetzentwurf „Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges, die Erkennung von Krankheit, zur Linderung der Krankheitsfolgen oder zur Abwendung

einer Krankheit nach den Regeln der ärztlichen Kunst nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht bewirken oder verordnen“. Das *Rheinische Ärzteblatt* schrieb im Oktober, dass sich die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer Nordrhein in einem gemeinsamen Ausschuss mit dem Entwurf befassten. Weder Kammer noch KV wollten aber „im Moment eine Stellungnahme in der Öffentlichkeit zu dem Entwurf abgeben“. Lediglich im *Rheinischen Kassenarzt* war zu lesen, dass der Vorstand der KV Nordrhein seine „grundsätzliche Übereinstimmung“ zu den Grundsätzen des Gesetzentwurfes signalisiert habe. bre

Leserbriefe



In unserem Editorial „Patienten versorgen statt Arztzeit vernichten“ (*Rheinisches Ärzteblatt* 9/2012, Seite 3) bat der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Bernd Zimmer, ihm Beispiele unsinniger Bürokratie zu nennen.

Ich möchte wieder Arzt in Deutschland sein!

Zu den Beispielen der bürokratischen Zeitschwendungen gehören bekanntermaßen das Eintreiben der Praxisgebühr, die Mahnung der Praxisgebühr, das Verwalten der Praxisgebühr, die Einzahlungen bei der Bank, das Ausstellen von Überweisungen von Facharzt zu Facharzt bei fachfremder Erkrankung ohne Zusammenhang zur fachärztlichen Behandlung, die eben nicht selbstverständliche Rückgabe der Praxisgebühr gegen nachträgliche Vorlage einer Überweisung und nachfolgender Änderung der gesamten Fallabwicklung in 20 Schritten, die erforderliche Behandlung auch ohne Überweisung des Praxisgebührverwalters aus Dringlichkeitsgründen, weil die Hausarztpraxis verstopft ist, die Terminverschleppung wegen fehlender Überweisung mit Gesundheitsfolgen für den Patienten wegen unnötigen Respekts vor einer Überweisung, die Nichtinanspruchnahme notwendiger Untersuchungen der vor allem älteren Patienten wegen hoher Bürokratiehürden und weiter Wege sowie das Nichtnachreichen der Überweisung durch Patienten selbst.

Das Ausstellen der oben genannten Überweisungen und vieles andere mehr im Rahmen der Bürokratie erfordert eine betriebswirtschaftliche Bereitstellung der Arztpraxis von circa einer Arbeitsstunde pro Tag im Leerlauf. Die Kosten hierfür betragen circa 100 Euro. Praxisgebühren-

eintreibung und Praxisüberwachung führen zu Gesundheitsbeschwerden des Arztes und dauerhaft zu Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen sowie enormer Daueranspannung. Ältere Patienten sind oftmals mit den Formalitäten überfordert. Für Rentner sollte generell ein Überweisungsvorbehalt entfallen. Dies auch, weil für sie extrem weite Wege entstehen und teils auch eine große körperliche Belastung darstellen. Zugunsten der Bürokratie wird angesichts des Ärztemangels gewaltiges Potenzial bei den Ärzten verschleudert, von dem niemand weiß, ob es nicht noch einmal gebraucht wird (etwa Operationserfahrung, Klinikerfahrung etc.). Sprich: der Praxisinhaber muss wieder rein ärztlich tätig sein können und dies mit vollständiger Aufmerksamkeit.

Dr. Hans Christoph Reeker,
Arzt für HNO-Heilkunde, Ratingen

Ich hoffe auf weniger Bürokratie

Ich habe in einer eher kleineren hausärztlich-internistischen Gemeinschaftspraxis aufgrund meiner Spezialisierung als Behandler von HIV und AIDS und meiner Bereitschaft, mich auch grundsätzlich um aufwändige Patienten zu kümmern, circa 450 chronisch kranke Patienten – nicht mitgerechnet die der restlichen Praxis. Meine Patienten sind oft relativ jung. Eins meiner Hauptergebnisse ist das Ausfüllen der Bescheinigungen bei chronischen Erkrankungen zum Erreichen der Belastungsgrenze für die Befreiung von der Praxisgebühr und der Zuzahlung bei Arzneimitteln. Ich fülle am Anfang jedes Jahres schon mal 250 davon aus und im Verlauf des Jahres dann den Rest. Warum um Himmels willen müssen die jährlich ausgefüllt werden bei Erkrankungen, die ganz klar eine Behandlung für den Rest des Lebens erforderlich machen? Dazu zählen für mich HIV/AIDS und Krankheiten wie Rheuma, Asthma, Diabetes usw. Die wenigsten davon verschwinden plötzlich und lassen gesunde Patienten zurück. Da könnte man erheblich Zeit einsparen, indem man dieses Verfahren für einige Krankheiten aufhebt und die als bleibend anerkennt. Ebenfalls unsinnig ist das

Formular mit der Nr. 60: der Antrag auf den Antrag für eine Rehabilitationsmaßnahme. Völlig überflüssig, da der eigentliche Antrag ja ein Genehmigungsverfahren durchläuft. Ich hoffe auf weniger Bürokratie, die mir in meinem Alltag täglich mindestens eine Stunde Zeit stiehlt.

Anette Strehlow, Düsseldorf

Vorschriften zur Verordnung auf praxistaugliches Ausmaß beschränken

Der schlimmste Auswuchs von Bürokratie und Behinderung in meiner Tätigkeit, den ich in 22 Jahren als Hausarzt erlebe, sind die neueren Bestimmungen zur Arzneimittelverordnung. Das Ausdrucken eines Rezepts dauert viermal so lange wie früher. Ich habe mich schon bei der KBV, dem Hausärzteverband, dem BDI und natürlich mehrfach bei TurboMed, meiner Praxis-Software-Firma, beschwert. Durch ein zusätzliches Update konnte das Chaos nur geringfügig gelindert werden. Einer schiebt die Verantwortung auf den anderen. Neben den diversen zusätzlichen umständlichen Bestätigungsklicks und den Behinderungen bei der Eintragung einer Dosierungsempfehlung, die dann beim nächsten Rezept noch nicht einmal übernommen wird (bei Btm.-Rezepten ist es nun mal Vorschrift, diese einzutragen), werde ich gezwungen, bei jedem CSE-Hemmer, Alphablocker etc. noch mal zu bestätigen, dass dem Patienten ein Kassenrezept zusteht! Das soll dazu dienen, mich bei Präparaten, die für die N3 zwischen zehn und 14 Euro kosten, vor Regressen zu schützen! Ich weiß, was ich als Kassenarzt verordnen darf. Warum müssen 99 Prozent der Kassenärzte mit solchen Behinderungen kämpfen, damit das eine Prozent, das keine Ahnung hat, vor Regressen geschützt wird?

Dr. Thomas Köhler, Niederkassel

Haben auch Sie Beispiele für unsinnige Bürokratie? Schreiben Sie an:
Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein,
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
E-Mail: Buerokratieabbau@aekno.de