Siegfried Drexler

Freie Praxis – Anspruch und Realität

Ein Erfahrungsbericht

1986, nach vieljähriger Tätigkeit im Krankenhaus, davon fünf Jahre als Oberarzt in einer großen internistischen Abteilung, mehrte sich die Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation. Das Einkommen als Oberarzt, eingruppiert in BAT IA und zusätzlich vermehrt durch Poolgelder (Beteiligung an den Einnahmen aus der Versorgung der stationären Privatpatienten), sowie durch Beteiligung an der kassenärztlichen Sprechstunde des Chefarztes, betrug ca. 100000 DM/Jahr und war nicht der Beweggrund der Umorientierung. Eingebettet in die Sicherheit der Angestelltentätigkeit, der langjährigen gewerkschaftlichen Arbeit als Vertrauensmann, Personalratsmitglied und Mitglied der Städtischen Krankenhauskommission (Eigenbetrieb) stellte sich zunehmend die Frage nach der weiteren Entwicklung der eigenen Tätigkeit. Die Neugier auf eine kontinuierliche Versorgung im ambulanten Bereich unter dem Aspekt der erworbenen Spezialkenntnisse (Diagnostik und Betreuung von Patienten mit Herz-Kreislauf-, Lungen- und Gefäßerkrankungen) und die Herausforderungen beim Aufbau einer eigenen funktionierenden Praxis erschienen als attraktive Alternative zur Krankenhaustätigkeit.

Auch wurde der hierarchische Aufbau des Krankenhauses als Hemmnis mit oft unerfreulichen Aspekten erlebt. Im subjektiven Erleben nahm die Entfremdung von den Patienten, aber auch innerhalb der Ärztegruppe zu. Die Zugehörigkeit zur Gruppe der Oberärzte, trotz guter persönlicher Beziehungen untereinander, verschärfte das Gefühl des Unbehagens. Die Attraktivität anderer Konzepte ärztlicher Tätigkeit drängte bei struktureller Ähnlichkeit der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern die Bemühungen in Richtung einer Niederlassung. Die Kenntnis von vielen Kollegen, die bereits in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen tätig waren, ließ die Möglichkeit einer befriedigenden Tätigkeit realistisch erscheinen, wenn klar und bewußt auf ein hohes ärztliches Einkommen verzichtet wurde.

Nachdem ein geeigneter Niederlassungsort sich anbot und gute Räume für den Aufbau einer Praxis vorhanden waren, entschloß ich

mich im Februar 1986 die Stelle zu kündigen und eine Praxis in Form einer Praxisgemeinschaft zusammen mit meiner Frau, einer Radiologin, zu wagen. Während der Praxisvertretungszeiten hatte ich nahezu keinen Kontakt zur Gebührenordnung oder zur KV, die Eintragungen in die Krankenscheine erfolgten durch den Praxisinhaber, bzw. durch seine Mitarbeiterinnen.

Die 1962 mit einem Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichts durchgesetzte Niederlassungsfreiheit ist in den letzten Jahren zu einer Fiktion degeneriert. Die KV versteht ihre Beratungstätigkeit im wesentlichen als Bremsung der Niederlassungswilligen – die vorhandene Scheinzahl der Ärzte am Niederlassungsort und deren »Scheinschnitt« bestimmen die Empfehlung, ob – unter ausschließlicher Wahrung wirtschaftlicher Gesichtspunkte – die Neuniederlassung eines zusätzlichen Arztes erstrebenswert ist. Die kassenärztliche Vereinigung ist gleichzeitig die Interessengemeinschft der bereits Niedergelassenen und so kommt es, daß häufig keine positive Beurteilung des in Aussicht genommenen Projektes gwährt wird. Jede Anfrage bei einem Bankinstitut wird bei der KV überprüft. Der Antragsteller unterschreibt bereits bei seinem ersten Gespräch mit der Bank eine Vollmacht, die die Bank in die Lage versetzt, namentlich bei der kassenärztlichen Vereinigung zu überprüfen, ob für das Vorhaben eine wirtschaftlich rosige Zukunft zu erwarten ist oder ob die kassenärztliche Vereinigung ein solches Vorhaben ablehnt. Formal konnte die kassenärztliche Vereinigung bis in jüngster Zeit die Niederlassung nicht verhindern, da jedoch bei fast allen sich niederlassenden Ärzten eine hundertprozentige Finanzierung des Praxisvorhabens erforderlich ist, besteht eine vollständige Abhängigkeit von der Beurteilung der wirtschaftichen Situation durch den Kreditgeber. Angsichts bis zu 3 % scheiternder Praxisneugründungen verlangen einige Bankinstitute zusätzlich zu dem Kredit eine Bürgschaft der LAB (Lastenausgleichsbank), die den Kredit verteuert und somit die Konditionen der Niederlassung erschwert. Zwischen den Banken, den Versicherungen und den Steuerberatern wird oft hinter dem Rücken des Antragstellers ein Kontakt stattfinden, in dem die wirtschaftliche Beurteilung des Vorhabens festgelegt wird und die Verdienstmöglichkeiten untereinander verteilt werden. Die von allen Fachgesellschaften und Steuerberatern, Banken, Versicherungsunternehmen in zahllosen Publikationen empfohlenen Beratungen bei den 'Spezialisten' dienen lediglich dazu, für den Umsatz des entsprechenden Wirtschaftszweiges zu sorgen und dazu, den Markt der niedergelassenen Ärzte fest im

Griff zu behalten. Weiter dienen sie in nicht unerheblichem Maße der 'Schulung'des zukünftigen »Unternehmer«-Arztes.

Mir fiel damals bereits auf, daß die niedergelassenen Kollegen außerordentlich extensiv und intensiv arbeiteten, Schwierigkeiten innerhalb der Familien waren deutlich zu erkennen, wurden jedoch von mir als Ausdruck eines übertriebenen Ehrgeizes der betroffenen Kollegen angesehen. Ich dachte, daß könnte mir später in der eigenen Praxis nicht passieren.

Ende August 1986 ließ ich mich als Internist in einer Kleinstadt von ca. 25000 Einwohnern als zweiter Internist am Ort nieder. Die Bereitschaft der verschiedenen Kreditinstitute zur Finanzierung unterschied sich recht erheblich, zwischen vollständiger Ablehnung der Finanzierung, der Forderung nach zusätzlicher Bürgschaft durch die LAB und starker Unterstützung meines Vorhabens schwankten die Beurteilungen. Schließlich wurde der Vertrag mit einer Sparkasse unterschrieben sowohl für die internistische als auch für die radiologische Praxis. Der Gesamtaufwand betrug ca. 1,1 Millionen DM, der Betriesbsmittelbedarf ca. 300000 DM. Rund 500.000 DM der Kreditsumme wurden von der Kreditanstalt für Wiederaufbau aufgenommen. die Kreditsummen verteilten sich ca. 30:70 zwischen dem internistischen und radiologischen Teil.

Ausgehend von den Erfahrungen als Personalrat im Krankenhaus war es für mich klar, daß die Vergütung der Mitarbeiterinnen sich nicht am Tarifvertrag für die Arzthelferinnen anlehnen konnte, sondern sich am BAT zu orientieren hatte. Die Zahlung von 13 Monatsgehältern, eine Wochenarbeitszeit unter 40 Stunden, Urlaubsgeld und andere selbstverständliche Leistungen des Arbeitgebers aus dem öffentlichen Dienst sollten gewährt werden. Bereits in der Frühphase der Praxis wurde diese Haltung von den Vertretern der Banken kritisiert, die den wirtschaftlichen Erfolg gefährdet sahen. Zwei Mitarbeiterinnen aus dem Krankenhaus waren bereit, in der zukünftigen Praxis mitzuarbeiten, insgesamt arbeiteten in der Praxisgemeinschaft neben uns acht Mitarbeiterinnen (Arzthelferinnen und MTA's) sowie zwei Reinemachefrauen. Der zuständige Leiter der ÖTV Kreisverwaltung stimmte unserer weiteren Mitgliedschaft in der ÖTV zu. Meine Frau und ich waren und blieben bis heute die einzigen Gewerkschaftsmitglieder in unserer Praxis. Zwei Versuche, einen Einzeltarifvertrag für unsere Praxis zu schließen, scheiterten im wesentlichen an der Forderung der ÖTV, daß unsere Mitarbeiterinnen Mitglied werden sollten, wozu diese nicht bereit waren.

Die Gestaltung der Praxisabläufe, die Festlegung der jeweils zu verrichtenden Tätigkeiten für die einzelnen Mitarbeiter sowie die Regelung der Anwesenheitszeiten gestaltete sich und gestaltet sich noch heute problematisch. Die Fähigkeit, seine Arbeit selbst zu bestimmen und verantwortlich eine qualifizierte Leistung zu erbringen, ist unterschiedlich ausgeprägt, so daß ich mich immer wieder gezwungen sah, durch »Arbeitgeberanordnung« die Tätigkeit einzelner Mitarbeiter zu regeln. Tätigkeiten wie Posteingang und -ausgang bearbeiten, Küche aufräumen, Wartezimmer richten nach Ende der Sprechstunde, Anmeldebereich aufräumen, Materialbevorratung und Materialbeschaffung, Wartung und Pflege der Geräte wurden auf die einzelnen Tage und die Mitarbeiter verteilt. Das Führen der Anmeldung, einschließlich Bestellung der Patienten und die Organisation des Tagesablaufs mußte so geplant werden, daß einerseits eine Vermehrung der Wartezeit der Patienten verhindert wurde, andererseits ein flüssiger und sinnvoller Praxisablauf sowohl für die Mitarbeiter als auch für mich als Arzt gewährleistet war. Dies war und blieb einer der Hauptkonflikte und ein häufiger Anlaß für Unzufriedenheit aller Beteiligten. Angesichts täglich unerwartet ankommender Patienten ist die Planung der Bestellintervalle außerordentlich schwierig. Das Überziehen der Sprechstunde vormittags und auch nachmittags mit Wartezeiten bis über zwei Stunden v.a. gegen Ende der Sprechstunde hat sich bis jetzt nicht vollständig vermeiden lassen. Ich habe den Bestellplan in Intervalle von 15 Minuten eingeteilt und zwischen meinem Zimmer und den Funktionsräumen unterschieden. Neue Patienten bekommen von mir drei »Takte« (entsprechend 45 Minuten) zugewiesen; Patienten, die bekanntermaßen längerer Gespräche bedürfen, bekommen ebenfalls mehr als einen Takt zugeteilt. Leerzeiten für Notfallpatienten wurden eingeplant. Es stellt sich jedoch immer wieder heraus, daß eine organisatorische Steuerung der Praxis, ohne daß Wartezeiten auftreten, häufig nicht möglich ist.

Als Arbeitgeber hatte ich mit der Funktion des Dienstvorgesetzten und Praxiseigentümers große Probleme. War meine Tätigkeit in der Vergangenheit primär darauf ausgerichtet, Arbeitnehmerrechte zu wahren, Schwächen der einzelnen Mitarbeiter durch Zuweisung geeigneter Arbeitsplätze und durch Motivation auszugleichen, so geriet ich jetzt in die Schere der ökonomischen Notwendigkeiten mit der Konsequenz, auch Druck auf die Mitarbeiter ausüben zu müssen, ihre Arbeit zu intensivieren. Um die erworbene Qualifikation auf dem Gebiet der Herz-, Gefäß- und Lungenkrankheiten einerseits,

der Psychosomatik andererseits zu verwirklichen, wurde die Konzeption einer Praxis mit überwiegendem Überweisungsanteil geschaffen mit dem Versuch einer Kombination von hoher Technikintensität und apparativem Aufwand unter Beibehaltung einer persönlich intensiven Kontaktmöglichkeit zum Patienten. Dieses Konzept schien (und tut es auch heute) einige Vorteile aufzuweisen insbesondere hinsichtlich der Befriedigung durch die geleistete Arbeit.

Meine eigene Arbeitszeit beträgt ca. 55 Wochenstunden. Der Anteil der überwiesenen Patienten beträgt ca. 80 %, die Quartalsscheinzahlen liegen zwischen 1000 und 1100 Scheinen. Dieses führt zu einer hohen Zahl von Briefen, die diktiert werden müssen. Zusätzlich kommen in erheblichem Ausmaß Bescheinigungen für Kassen, vertrauensärztliche Dienste, Versicherungen, Versorgungsamt etc. hinzu, täglich fallen ein bis zwei Stunden Diktat an, diese Arbeit kann nur außerhalb der Sprechzeit, meist in den Abend- oder in den frühen Morgenstunden erledigt werden. Hausbesuche werden selten angefordert, selten mehr als ein Hausbesuch pro Woche. Von Anfang an arbeitete ich neben der Praxis weiter innerhalb der Gruppe »Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte« und in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen mit. Innerhalb dieser Liste nimmt der Anteil der Niedergelassenen zu. Häufig entbrennen dort Diskussionen unter erheblicher emotionaler Beteiligung über die Frage der Einkünfte der Niedergelassenen. Im Raum schwebt der Vorwurf des »Geldgeiertums und der fachlichen Oberflächlichkeit«. Eine Stimmung zur sachlichen Diskussion dieser Problemkreise besteht in der Regel nicht.

Meine eigenen Erfahrungen in den nunmehr fast sieben Jahren schufen das Bedürfnis nach Infragestellung dessen, was ich da tue, Anspruch und Realität der Praxis an meinen Zielen zu messen. Ich habe deshalb Supervision mitgemacht und Analysen der eigenen Tätigkeit durchgeführt, um die Bedingungen des Zustandekommens von Fehldiagnosen, Fehleinweisungen, unterschiedlichem Indikationsverhalten (z.B. bei der Durchführung von Coronarangiographien bei Männern und Frauen) transparent zu machen. Einmal habe ich eine zweiwöchige Hospitation in einer inneren Klinik durchgeführt, hierbei habe ich eine Station betreut, die Stationsärztin vertrat mich in der Praxis.

Die Leistungen, die in der Praxis erbracht werden, soll der Kassenarzt unter dem Datum auf der Rückseite des Krankenscheins vermerken. Sie dienen als Grundlage der Vergütung. Die kassenärztliche Vereinigung prüft die Richtigkeit dieser Eintragungen und

überweist dem Arzt monatlich eine Abschlagszahlung. – Was einfach klingt, erweist sich im Alltag als außerordentlich schwierig. Eine Vielzahl von Ausschlüssen (nicht gemeinsam abrechenbare Leistungen), mehr oder weniger sinnvoll nach inhaltlichen Gesichtspunkten, erweist sich von Abrechnung zu Abrechnung als Stolperstein. Nach häufigen Gesprächen mit z.T. sehr lange niedergelassenen Kollegen zeigte sich, daß keiner vollständig die für sein eigenes Sachgebiet geltenden Regelungen kannte. Mit der Zeit entwickelt der Kassenarzt einen »Horror« vor den Mitteilungen seiner KV über die Fehler, die er nun schon wieder begangen hat, und er läßt lieber einzelne Ziffern weg, als daß er erneut riskiert, begründen zu müssen, warum diese Leistungen erbracht wurden. Dieses Erwerben der Furcht vor der KV wird zum leisen, aber sehr starken Erziehungsinstrument für den Kassenarzt. Für die meisten niedergelassenen Kollegen erscheint die KV als Instrument des Druckes und als Kontrollinstanz der Inhalte der eigenen Arbeit. Diese Kontrolle ist jedoch ausschließlich pekuniärer Art. Bei Anordnung einer Prüfung wegen des Verdachts einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise versucht ein Gremium, bestehend aus beauftragten Ärzten der KV mit Vertretern der Kasse, anhand der Eintragungen in der Diagnosenspalte und der erbrachten Leistungen (Ziffern) die Notwendigkeit der Leistungen zu erschüttern und bei Überzeugung, daß Unwirtschaftlichkeit vorliegt, wird ein Beschluß gefällt zum Streichen eines Prozentsatzes der Vergütung. Eine nicht geringe Zahl niedergelassener Ärzte hat Quartal für Quartal Kürzungsbescheide, befindet sich in Widerspruchsverhandlungen bis hin zu Sozialgerichtsklagen über die vermeintliche Wirschaftlichkeit/Unwirtschaftlichkeit ihrer Praxisführung. Auch bei Bejahung einer an sich sinnvollen Kontrolle über die Inhalte der Praxisarbeit und die Wirtschaftlichkeit der Vorgehensweise erscheint es mir fraglich, ob dies auf dem bisherigen Wege möglich ist. Mit der Zeit lernt der Kassenarzt, daß sämtliche von ihm durchgeführten Leistungen durch eine entsprechende Diagnose begründet sein müssen. So gerät das Ausfüllen der Scheine zum »Intelligenztest«, führt er Leistungen auf, die nicht durch Diagnosen gestützt sind, so riskiert er, daß diese wegen Unwirtschaftlichkeit gestrichen werden, dies mag eine der Begründungen sein für die hohe Zahl von Diagnosen auf vielen Krankenscheinen. Nach und nach erwerben viele Kassenärzte eine »Scheinidentität« mit ihrer KV (Internalisieren der Norm) und glauben selbst, anders ginge es nicht mehr. Dies sei das Wesensmerkmal einer »freien« ärztlichen Tätigkeit.

Die Gebührenordnung selbst setzt Zwänge, die günstigsten Ziffern herauszusuchen, nicht nur für die konkrete Erkrankung, sondern auch unter Berücksichtigung anderer erbrachter Ziffern im betroffenen Quartal. Dies führt dazu, daß z.B. zwei Patienten mit an sich gleicher Erkrankung innerhalb einer oder auch in verschiedenen Praxen, verschiedene Ziffernangaben verursachen.

Auch erscheint es mir fraglich sinnvoll, daß von Arzt zu Arzt die Geschicklichkeit im Aussuchen der adäquaten (punkthöchsten) Ziffernkombinationen schwankt.

Ist dies unter Anwendung des verfassungsmäßigen Grundsatzes – Gleiches gleich zu behandeln – überhaupt zulässig?

Die Situation extensiver und intensiver Tätigkeit für den Praxisinhaber und seine Mitarbeiter, die dauernde Auseinandersetzung mit der kassenärztlichen Vereinigung über die Vergütung sowie die Notwendigkeit ausschließlich über häufige und möglichst umsatzsteigernde Patientenkontakte den benötigten Umsatz zu erbringen bei gleichzeitig immer stärker schwindender Zeit, die für die Freizeit und die Kontakte zur Familie frei bleibt, führen zu einer in Arztfamilien häufig vorhandenen »Beziehungskatastrophe«. Die Möglichkeit zu entspannen, sich durch Fortbildung qualifizierter Art ohne Einfluß der Apparate- oder Pharmaindustrie wieder soweit zu regenerieren, daß eine kreative Beschäftigung mit den Problemen des Patienten möglich ist, daß ein Zuhören als Mindestleistung des Kassenarztes dem Patienten angeboten werden kann, wird immer schwieriger. Es entwickelt sich eine zunehmend »antisoziale« Persönlichkeit des Kassenarztes, der immer mehr darauf orientiert ist, die Anzahl der Scheine und auf jedem Schein die Anzahl der Ziffern zu erhöhen.

In Geprächen mit niedergelassenen Kollegen wurde dieser Ablauf als sehr regelhaft geschildert. Ich bin der Überzeugung; daß es notwendig ist, einen Arbeitalltag so zu strukturieren, daß die Zahl der Patienten pro Arbeitstag begrenzt bleibt. Viermal im Jahr mache ich für insgesamt acht Wochen meine Praxis zu und versuche, den Anteil nichtmedizinischer Arbeit (Kammerarbeit, Kultur, Friedensgruppenarbeit) nicht zu vernachlässigen.

In der Öffentlichkeit herrscht die Überzeugung, niedergelassene Ärzte verdienten sehr viel. Statistiken über Jahreseinkommen von über 170000 DM und mehr werden veröffentlicht. Tatsache ist, daß in vielen Praxen, vor allem jüngerer Ärztinnen und Ärzte, die sich Zeit nehmen, mit ihren Patienten zu sprechen, Einkommen erzielt werden, die nicht die Tarifgruppierungen des BAT übersteigen. Dies

meist bei wöchentlichen Arbeitszeiten von weit über 40 Stunden. Versucht der Arzt trotz ausreichender Zeit für den einzelnen Patienten, dem wirtschaftlichen Druck seiner Praxis gerecht zu werden, so muß er zwingend die Arbeitszeit ausdehnen. Die hohen Arzteinkommen in den Statistiken ergeben sich über eine sehr hohe Zahl von Patientenkontakten am Tag (in einzelnen Praxen bis 250 Pat./Tag), die entweder gar nicht oder extrem kurz den Arzt zu Gesicht bekommen. Ein Gespräch zwischen Patient und Arzt ist nicht mehr möglich.

Die Tatsache, daß der Arzt selbständig seine Leistungen auf die Krankenscheine aufträgt, verleitet ihn dazu, zunächst selten, später häufiger kleine bis größere »Betrügereien« zu begehen. Es fängt z.B. damit an, daß die fraglich sinnvolle Vorschrift übertreten wird, die Krebsvorsorgeuntersuchung getrennt von anderen Leistungen der Praxis zu erbringen. Weder ist einem Patienten zuzumuten, an einem Extratermin zur Krebsvorsorge zu kommen und an diesem Termin über nichts anderes mit seinem Arzt zu sprechen noch ist medizinisch eine Trennung von Beratung und Krebsvorsorge möglich. Dies führt dazu, daß der Arzt dazu neigt, für die Krebsvorsorge einen fiktiven Termin anzusetzen und an dem Tag, an dem die Untersuchung stattfand, eine Beratungsziffer einzutragen. Aussage eines bekannten Internisten: »Wer solche Richtlienien erläßt, will betrogen werden.« Eine andere Form der »Korrektur« ist die Höherbewertung durchgeführter Leistungen. Z.B. die Interpretation einer Beratung als Erörterung (1 vs. 10) oder einer körperlichen Untersuchung als eine höher bewertete Untersuchung (1 vs. 4 vs. 61 oder 60), die Neigung, später für jeden ausgestellten Überweisungsschein, für jede Begrüßung auf der Straße, für jedes Gespräch mit einem Angehörigen eine Ziffer auf den betreffenden Krankenschein einzutragen, ist groß. Die Grenze zwischen »Interpretation« der Gebührenordnung und »Betrug« ist grau.

Der Gebührenordnung haften mehrere grundsätzliche Probleme an. Die Verfasser der Gebührenordnung gehen davon aus, daß die handhabenden Ärzte grundsätzlich »ehrlich« mit ihr umgehen. Diese Auffassung beruht darauf, daß dem Ärztestand insgesamt eine hohe moralische Grundhaltung zugebilligt wird. Die Vermutung, daß die Ärzte sich nicht grundsätzlich anders verhalten als der Rest der Bevölkerung, daß einzelne Personen möglicherweise die Grenzen der Ehrlichkeit überschreiten könnten, wird nach außen negiert. Darüber hinaus wird übersehen, daß eine Struktur angeboten wurde, die grundsätzlich die Möglichkeit bietet – anfänglich vielleicht

versehentlich –, mehr und mehr zum geplanten Überschreiten des Gebührenrahmens zu gelangen. Bei einzelnen Gebührenpositionen muß der Verdacht aufkommen, daß bewußt Nischen eingebaut wurden, an denen sich die Möglichkeit zur Einkommenserhöhung bietet. Viele Kollegen handhaben die Abrechnung in der Weise, daß vor Abgabe der Abrechnung sämtliche Scheine durchgegangen werden und wo »möglich und notwendig« »Korrekturen« vorgenommen werden. Der »Scheinschnitt«, der sich ganz gut absehen läßt oder mit EDV-Einsatz exakt geplant werden kann, soll an die bisherigen Abrechnungen angepaßt bzw. an die teilweise mit den Fachkollegen abgesprochenen Ziele angeglichen werden.

Ich vermute, daß diese Form der Abrechnungskorrektur weit verbreitet ist. In Gesprächen mit seinen Kollegen erlebt der Kassenarzt, daß seine »kleinen« Sünden von vielen Kollegen ebenfalls begangen werden. Einige steuern noch Empfehlungen für Manöver bei, die sich noch stärker umsatzsteigernd auswirken. Hierzu zählt z.B. die Beschaffung von Materialien über die Apotheke und nachträgliche Einordnung in die zulässigen Sprechstundenbedarfsartikel, die auf Kosten der Kassen abrechenbar sind.

Die Grenze zu den in der Öffentlichkeit bekannt gewordenen Betrugsfällen, in denen Ärzte fiktive Rezepte einlösten und so Kosten in großer Höhe verursachten, ist eng.

Die Tätigkeit des Arztes in der »freien Praxis« läßt sich zusammenfassend fogendermaßen charakterisieren:

1. lange Arbeitszeit,
2. kurze Behandlungszeiten pro Patient,
3. fehlende inhaltliche Kontrolle (differentialdiagnostisches Denken, Problemlösung im Team),
4. die Neigung zur Abrechnungskorrektur, .
5. Bedrohung durch ungünstige Persönlichkeitsentwicklung des Arztes,
6. zunehmende Isolation,
7. Konflikte zwischen dem niedergelassenen Arzt und den Krankenkassen.

Es muß gefragt werden, ob diese Entwicklung Folge persönlicher Mängel des Arztes oder struktureller Unzulänglichkeiten im Versorgungssystem darstellen.

Korrespondenzadresse:
Siegfried Drexler
Offenbacher Straße 1 – 6052 Mülheim