

Keine schöne Bescherung im Gesundheitswesen!

Als Bürger, der jederzeit auch krank werden kann, sollten Sie diesen Text aufmerksam lesen. Denn die Probleme im Gesundheitswesen und die Auswirkungen schlechter Gesetze werden mit Halbwahrheiten und vielen Schlagworten so vernebelt, dass selbst Journalisten und gutwillig Entscheidungen treffende Politiker kaum noch durchblicken.

Es verwundert deshalb nicht, dass keiner unserer Gesundheitsministerin in den Arm fällt, wenn sie (wissentlich?) unser Gesundheitswesen auf Irrwege lenkt.

- Wissen Sie, dass Kranke, die mehr Medikamente benötigen als durchschnittlich, sich ab April auf die Suche nach einem Arzt begeben müssen, der sie annimmt? Frau Ministerin Schmidt bereitet ein Gesetz vor, das bei Überschreitung eines Tagesmedikamentenhöchstsatzes den verordnenden Arzt an den Kosten beteiligt. Erst ein Jahr später soll er sich mit bürokratischem Aufwand an Begründungen dagegen wehren können. Glauben Sie; dass da ein Arzt teure Patienten sich leisten kann und überhaupt behandelt?
- Sind Sie einverstanden, dass die Gesundheitsministerin mit der Begründung, es wäre eine unnötige Doppelversorgung, die niedergelassenen Fachärzte in eigener Praxis beseitigt? Fachärzte werden einfach finanziell ausgehungert, indem man von ihrer Gesamtvergütung ambulante Psychotherapie mitbezahlt und außerdem Arbeit über ihr zugeteiltes Budget hinaus nicht mehr vergütet. So werden ohne öffentliche Diskussion einer solchen Systemveränderung Fachärzte zur Aufgabe gezwungen oder ins Ausland vertrieben.
- Ärgern Sie sich über langes Warten auf Termine beim Arzt? Wissen Sie, dass das politisch gewollt ist zur Kostenersparnis, eine Ausdünnung des Arztangebotes und Wartezeiten von einem Jahr? Notfälle kämen ohnehin gleich ran und bei den anderen Fällen geben sich bis dahin oft die Beschwerden von allein. Unsere Gesundheitsministerin hat nach eigener Aussage entsprechende ausländische Modelle sich zum Vorbild genommen.
- Wissen Sie, dass das Sozialgesetzbuch ein Ungleichbehandlung von Kassen- und Privatpatienten fordert? Das SGB V verlangt vom Arzt, dass er wirtschaftlich, ausreichend, zweckmäßig und notwendig verordnet, was von vielen Kassen als nur das Billigste interpretiert wird. Es gilt also hier ein Minimalprinzip. Beim Privatpatienten gilt das Optimalprinzip je nach Vertrag, der

Arzt kann das Beste zur Genesung einsetzen ohne Reglementierung oder Beschränkung. Spannungen, Kassenregressforderungen und Politikerschelte ernten Ärzte, weil sie beim Behandeln auch für ihre Kassenpatienten das Beste wollen und nicht oft genug nur das Billigste einsetzen.

- Wollen Sie vor einem Arztbesuch erst nachfragen müssen, ob dieser Arzt mit Ihrer Krankenversicherung den passenden Vertrag hat? Gegenwärtig wird unter dem Schlagwort Integrierte Versorgung und der Vortäuschung von Wettbewerb mit einer Vielzahl von kleinsten Spezialverträgen (mit entsprechenden Bürokratieaufwand) die Zersplitterung der medizinischen Versorgungslandschaft betrieben. Ist es in Ihrem Sinn, dass die Kassenausgaben für Extraprogramme so peinlich hoch sind, dass sie unter Qualitätssicherungs- oder Sonstige Ausgaben in den Kassenbilanzen versteckt werden müssen?
- Wissen Sie, dass die Krankenkassen durch Einnahmeausfälle Schwierigkeiten haben, die mit der Alterung der Bevölkerung und dem medizinischen Fortschritt wachsenden Ausgaben zu decken. Dass es falsch war, die Gründung von virtuellen Billigkassen mit zu tiefem Beitragssatz zu ermöglichen, so dass der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Milliarden an Einnahmen verloren gingen und ein komplizierter Finanzausgleich nötig wurde, der jedem Wettbewerb widerspricht? Dass hier ständiges Verschlimmbessern die Folge ist?
- Erinnern Sie sich, dass die Bismarck'sche Krankenversicherung eingeführt wurde um zu verhindern, dass Arme durch Krankheit in wirtschaftliche Not gerieten? Wissen Sie, dass mittlerweile 90% der Bevölkerung in diesem Pflichtsystem sind, das von den medizinischen Berufen fordert, die Arbeit zu aus sozialen Gründen mindervergüteten Sätzen zu erbringen, obwohl viele GKV-Mitglieder begütet sind und hohe Beitragssätze einzahlen? Dass ein Drittel der GKV-Versicherten sich gern privat versichern würden, wenn das möglich wäre? Und dennoch plant unsere Ministerin unter dem Schlagwort einer Bürgerversicherung ein hundertprozentiges Staatszwangssystem, durchreguliert und wie ein Parallelsteuersystem finanziert, auf Sozialniveau mit einem zwangsläufig auch grauen Markt, wie man ihn aus dem europäischen Ausland kennt. Wollen Sie das wirklich?
- Wissen Sie, dass unter dem falschen Dogma einer Beitragssatzstabilität in den letzten Jahren Krankenhäuser und Ambulante Medizin unterfinanziert wurden? Dass die Nullrunde der Ministerin in 2004 ein Minus 6% der Kassenausgaben für Niedergelassene Ärzte brachte? Dass nachweislich die Höhe des Krankenkassenbeitragssatzes keinerlei relevante Auswirkungen auf evtl. Arbeitsplätze in Deutschland hat?

- Die Probleme der Krankenhausärzte kennen Sie aus den Presseberichten der letzten Wochen. Wissen Sie, dass den Niedergelassenen Ärzten in ihrer aktuellen Gebührenordnung (EBM2000plus) nur ein Arzthonorarstundensatz von 46,20 Euro zugebilligt wird, mit dem der Arzt auch das Personal bezahlen soll? Und dass selbst dieser Satz nicht von den Kassen bezahlt wird, das setzte einen Punktwert von 5,1 Cent voraus? Denn in den meisten Bundesländern liegt der gewährte Satz bei nur 4,1 Cent, oft tiefer, also nochmals 20% weniger. So kommt es, dass wieder Unterschiede gemacht, Privatpatienten bevorzugt werden. Denn diese bilden das Fundament, auf dem zu schlecht honorierte Kassenpatienten mitgetragen werden (Wo es keine Privatpatienten gibt, gibt es kaum Ärzte). Hier ist die Lösungsidee der Ministerin, die Privatversicherung auf Kassenniveau runterregulieren zu wollen, damit keine Klassenmedizin besteht, falsch. Das würde auch den GKV-Patienten schaden.
- Wissen Sie, dass die Gesundheitswirtschaft mit 4.175 Millionen Beschäftigten 2003 Deutschlands Arbeitgeber Nr.1 ist noch vor anderen Dienstleistungen, Einzelhandel, Bauindustrie etc. ? Macht es nicht Sinn, dies als einen expandierenden Markt mit weiterem Beschäftigungspotential anzusehen und auszubauen statt kaputt zu regeln? Viele wohlhabende Rentner wünschen sich das Beste für ihre Gesundheit, nicht das Billigste!

Was sind die Vorschläge der Ärzteschaft?

- Im Krankenkassenbereich, der Ihr Geld verwaltet, für völlige Transparenz sorgen, so dass unnütze Ausgaben erkannt und abgestellt werden können
- Ehrlichkeit im Vertragsarztbereich, nämlich mutig zu definieren, welche medizinischen Leistungen jedem GKV-Versicherten gewährt werden und welche nur mit Eigenbeteiligung zugänglich sind. Dazu gehört auch die Definition, welche Medikamente bezahlt werden und bei welchen Mehrkosten selbst getragen werden. Das in die Arztstprechstunde zu verlagern ist ungehörig.
- Daraus ergibt sich die Festlegung einer Basiskrankenversicherung, die jeder abschließen muss und deren Mindestumfang auch dem Ärmsten unserer Gesellschaft eine medizinische Versorgung sichert, die besser ist als in weiten Teilen Europas. Sie dürfte etwa ein Drittel unserer Gesellschaft einschließen. Den übrigen Bürgern sollte ein Markt von Zusatztarifen offen stehen, der von Krankenkassen wie von Privatversicherern bedient wird, für Zusatzleistungen wie unerprobte Behandlungsverfahren, Medikamentenkosten über dem Kassenerstattungsbetrag, Service o.ä. (Für Fachleute sei gesagt, dass hierzu flankierend Kontrahierungszwang und die Mitnahme von Rücklagen bei Versicherungswechsel gehören.).

- Mit der Serie von reinen Kostendämpfungsgesetzen und dem geplanten Verbot (!) von Preissteigerung bei Medikamenten ist das System am Ende (Krankheiten lassen sich nicht verbieten). Den Krankenkassen darf ihr Beitragsatz nicht mehr vom Ministerium vorgeschrieben werden, aber alle haben baldmöglichst zumindest 5,1 Cent pro Gebührenordnungspunkt ärztlicher Leistung zu bezahlen. Damit wird das zunehmende Ärzteaussteigen gestoppt und ein Praxisbetreiben auch in den neuen Bundesländern wieder gewährleistet.
- Die Freiberuflichkeit des Arztes ist ebenso zu erhalten wie derzeit das Arbeiten als angestellter Arzt gefördert wird. Der Freiberufler arbeitet wirtschaftlicher als ein schwerfälliger Apparat, selbstausschützend und kreativer, weil er nicht fremdbestimmt ist. Dazu gehört eine Novellierung der Gebührenordnung (GOÄ) mit einem Inflationsausgleich für die letzten 10 Jahre (über einen Rabatt für Beihilfeberechtigte zur Entlastung der Kommunen kann dabei gesprochen werden). Eine weitgehende Pauschalierung ist dabei kontraproduktiv und nicht kostengünstiger (Was macht ein Pauschaleinkauf im Warenhaus für einen Sinn?). Schon die Einführung von Fallpauschalen im Krankenhausbereich war übermäßig verwaltungs- und kostenaufwändig, um das System überhaupt einigermaßen funktionsfähig zu bekommen. Der Nutzen ist beschränkt angesichts der auftretenden Nebeneffekte (vorzeitige „blutige“ Entlassung, Kostenverlagerung in den nachstationären Bereich etc.).
- Generell, auch bei der Basisversicherung der Krankenkassen, brauchen wir eine Gebührenordnung in Euro, nicht in Punkten. Eine Rechnungsstellung ist transparent für alle Beteiligten, erzieht zu Kostenbewusstsein und erspart Kontrollverwaltungsaufwand.
- Eine Systemumgestaltung mit Fachärzten nur am Krankenhaus oder an Medizinischen Versorgungszentren als Poliklinikform sollte nur bei Zustimmung der Bevölkerung sein und die ist unwahrscheinlich, wenn man ins Ausland schaut.
- Eine Steuerfinanzierung für Familienversicherte ist sinnvoll wegen des gewünschten familienpolitischen Zwecks. Eine zweite Instanz zur Ermittlung von Einkünften bei den Krankenkassen zu schaffen neben der existierenden Steuerbehörde ist verkehrt. Soziale Gerechtigkeit soll durch Steuerzahlung erzielt werden, nicht zwingend durch Krankenversicherungssätze, falls man marktwirtschaftlichen Wettbewerb will.

Wie ist ihre Meinung dazu?

Schreiben Sie an Ihren Abgeordneten oder an die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (mail: info@bmgs.bund.de)