

Gesundheitspolitik heute: Analyse und Ausblick

KRITIK DER REINEN UNVERNUNFT

Das Hintergrund – Rauschen

Seit etwa 5 Jahren erleben wir Verunsicherung, Vertrauensverlust und Abnahme der individuellen Bereitschaft Initiativen zu ergreifen – ja, allgemeine Frustration und Resignation breiten sich aus.

Wo rührt das her, wie entsteht eine solche Stimmung?

Fast täglich lesen oder hören wir Widersprüchliches, Gegensätzliches – nur einige Beispiele: Rentendiskussion (eine Gruppe die sich nicht wehren kann), Tabaksteuer, Mehrwertsteuer, Vergnügungssteuer, Zinssteuer, Zinsabgeltungssteuer, Erbschaftssteuer, zusätzliche Belastungen für Besserverdienende, Steuerentlastung, um die Bürger an anderer Stelle verdeckt zu belasten, Entfernungspauschale, zahllose willkürliche Abgabehöhen, steigende Arbeitslosenzahlen; die Defizite der Rentenkassen und Krankenkassen steigen ins Unermessliche; hinzu kommen vielfältige Kommissionen: Hartz, Rürup, Herzog, Ethik-Rat.... man spricht schon von „Kommissionitis“...von Räterepublik...

Die Regierung verheddert sich ständig im Kleinen; Sinnhaftes sowie ein Konzept fehlen oder werden nicht sichtbar.

Die vorerst letzten Blamagen sind Dosenpfand und LKW-Maut....

So schnell kann man aber gar nicht schreiben, wie die Regierungskoalition Blamagen produziert: diskutiert wird die Besteuerung von Lebensversicherungen, auf den ersten Blick klingt es vielleicht harmlos. Aber: zuerst wurde die „Riester-Rente“ eingeführt, ein bürokratisches Monster, das Fachleute kaum verstehen. Ein zentrales Element ist die private Rentenvorsorge, also jeder Bürger soll sich ein Stück Privat-Rente aufbauen oder anlegen. Eine wichtige Form ist die Lebensversicherung – diese aber soll nun besteuert werden – die Motivation zur privaten Vorsorge wird wieder genommen.

Ab 1 Januar 2004 werden auf Auszahlungen von Direktversicherungen, Pensionskassen oder eines Versorgungswerkes Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung erhoben. Werden so Anreize für die private Vorsorge geschaffen?

Die Rentenkürzungen und die damit zusammenhängenden Diskussionen offenbaren ein Grundproblem der Politik: Renten und andere Leistungen sind keine Geschenke des Staates, die willkürlich verändert werden können, sie sind keine Verfügungsmasse; sie sind Gegenleistungen, sind Verpflichtungen für früher und jahrzehntelang gezahlte Beiträge.

Ist der Staat für die Bürger da oder die Bürger für den Staat? Diese alte Grundfrage scheint sich zur Zeit in Richtung der zweiten Variante zu entwickeln – leider.

Man fürchtet sich vor der Zukunft nicht nur wenn Wissen fehlt, sondern vielmehr wenn Verlässlichkeit und Glaubhaftigkeit der Aussagen verloren gehen, wenn Willkür vorherrscht ; diese Regierung scheint alles zu tun, um dieses Vertrauen von Grund auf zu zerstören, um Verunsicherung zu produzieren – die gesellschaftlichen Ergebnisse sind deutlich. Diese Schule, diese Stimmung breitet sich bis in Betriebe und in Einrichtungen hinein, bis in die Unternehmens-Führungen und -Kulturen hinein, mit fatalen Auswirkung bis ins Privatleben der Einzelnen.

Reformen und Veränderung sind notwendig, aber ohne Konzept, Perspektive und Kompetenz bleiben sie Flickschusterei und führen nur zu Verunsicherung, die dann alles lähmt.

Die eigenen Intentionen, die früheren Absichten werden konterkarikiert, ins lächerliche gewendet – glaubhaft und Vertrauenerweckend ist ein solches Handeln nicht!

Jeder Aufschwung, jede Freude an Eigeninitiative wird so systematisch kaputt gemacht, auch durch ein exorbitantes Wachstum der Bürokratie !

Bürokratie scheint der einzige Bereich in der Gesellschaft zu sein, das Wachstum aufweisen kann !!!

Die diskutierte Erhöhung der Erbschaftssteuer ist ein weiteres Beispiel für Demotivation: In den nächsten Jahren werden in der BRD viele Billionen Euro an Vermögen vererbt, also entstehen in der SPD Begehrlichkeiten aus alter Neid – Tradition den Wohlhabenden gegenüber.

Aber auch hier: zum einen ist es Vermögen, das bereits einmal, nämlich beim Entstehen, besteuert wurde; zum anderen aber tötet jede hohe Besteuerung die

Eigeninitiative – die Übergabe mancher Unternehmen wird heute schon so hoch besteuert, dass es ein Konkurs bedeutet.

Wollte nicht diese Regierung Arbeitslosigkeit vermindern (einige sprachen doch von Halbierung...) und für Aufschwung sorgen?

Und die nächste Sau ist bereits durch die Gassen getrieben: die höhere Zahlung für die die keine Kinder haben, aber auch für die, deren Kinder schon groß sind, also nach der Erziehungsphase – sollen die Eltern wieder bestraft werden, wenn die Kinder groß geworden sind? Hat einmal die Bundesregierung ausgerechnet, wie viel ein Kind kostet? Glaubt sie wirklich, so Motivation schaffen zu können?

Die traurige Diskussion um die Ausbildungsplatzabgabe ist ein weiteres Beispiel für ein obsoletes Denkmuster: statt Strafsteuer (ein altes Denkmuster der SPD, leider auch von den Grünen übernommen) sollten Anreize, Prämien, ein Klima und Rahmenbedingungen geschaffen werden, in denen sich Leistung und Einsatz lohnen.

Überdeutlich sind das Motiv und die Hilflosigkeit: gibt es wieder Löcher zu stopfen, so ergibt sich die Frage, wo Gelder her geholt werden können. Ist das ein tragfähiges Kriterium?

Mit solchen Instrumenten trägt die Regierung die Hauptverantwortung für die heutige Misere.

Allem Handeln gemeinsam ist im Moment Kurzsichtigkeit, Atemlosigkeit, Konzeptlosigkeit, Überforderung, Inkompetenz, Kontrolle; hinzu kommen gravierende handwerkliche Fehler, z.B. bei der Gesetzestextschreibung.

Wie weit die Kontroll – Wut oder etwas freundlicher formuliert die Kontroll - Bürokratie gekommen ist, merkt man in Par. 114 Pflege-Qualitäts-Sicherungsgesetz oder in Par. 15 Heimgesetz: dort sind unangemeldete Kontrollprüfungen bzw. Besuche Nachts in Altenheimen vorgesehen !

Nicht von Ungefähr sprach die ehemalige Präsidentin des Bundesverfassungsgerichtes davon, dass wir nahe an einem Polizeistaates seien.

Die allein geltende Argumentation heißt Sparen (heute schon „ Ökonomismus“ genannt); dieses Dogma hat einen enormen Vorteil, besonders für überforderte Politiker: inhaltliche Sachargumente brauchen und können gar nicht Gehör finden, da nur das eine gilt, nämlich: Sparen – man spricht bereits von der Argumentationsresistenz der Politiker!

Wer darüber hinaus mit weiderholten Rücktrittsdrohungen regiert, steht selber vor dem Ende: Die Abgeordneten sind laut Grundgesetz nur ihrem Gewissen verpflichtet, nicht einem Parteivorsitzenden - sie sind kein Stimmvieh!

Mobbing, Drohungen, Druck ausüben, das nicht tolerieren der konstruktiven Kritik, sind Elemente die wir auch in unprofessionell geführten, Ideologisch geprägten Betrieben vorfinden (darüber an anderer Stelle mehr...)

Für wie dumm und wie lange noch lassen sich die Bürger (die Mitarbeiter) verkaufen?

Was ist in der Gesundheitspolitik ausgehandelt worden?

Unter dem Begriff „Reform“ sind so gut wie nur Zuzahlungen vereinbart worden.

Generell wird bei jeder medizinischen Leistung eine Zuzahlung von 10% verlangt, mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR.

Die jährliche Eigenbeteiligung darf 2% des Bruttoeinkommen nicht übersteigen. Wer Vorsorge betreibt, sich bei Disease Management Programme (DMP) einschreibt oder sich am Hausarztmodell beteiligt, kann einen Bonus bekommen. Diese Schritte erhöhen den bürokratischen Aufwand beträchtlich, damit auch die Kosten.

Das so konzipierte Bonus – System pervertiert den Gedanken des mündigen und verantwortlichen Bürgers: wer seine Verantwortung an der Garderobe der Krankenkasse abgibt (sich also in Programme einschreibt und so von der Kasse gemanagt, geführt wird), der bekommt einen Bonus, muss also weniger zahlen: gleichsam eine Entmündigungs-Prämie.

Beim Arztbesuch werden 10 EUR im Quartal verlangt, die an die Kasse weitergeführt werden; nach Abzug der dafür entstehenden Kosten bleibt kaum noch etwas übrig; bei Arzneien und Verbandsmitteln, bei Hilfsmittel ebenso: wieder eine Erhöhung der Bürokratie, eine Verunsicherung, ein Vertrauensverlust!!

Bei Krankenhausbehandlung sind 10 EUR am Tag zu zahlen, maximal 28 Tage im Jahr. Der Zahnersatz wird aus dem Pflichtkatalog der Krankenkassen herausgenommen (obwohl noch vor wenigen Monaten Ulla Schmidt genau das ausgeschlossen hatte...), der Einzelne muss sich separat versichern.

Krankengeld wird nicht mehr anteilig vom Arbeitgeber bezahlt.

Entbindungs- und Sterbegeld sind ganz gestrichen. Sterilisationen werden nur noch bei medizinischer Notwendigkeit von der Kasse bezahlt (was versteht man darunter?).

Künstliche Befruchtung wird nur noch zur Hälfte und 3 statt 4 Versuche bezahlt.

Sehhilfen, Brillen, Fahrtkosten sind künftig Eigenleistung.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nicht mehr erstattet, dies betrifft viele, ja die meisten Naturheilmittel – darüber weiter unten Ausführliches.

Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Empfängnisverhütung sowie Schwangerschaftsabbruch werden aus Steuermittel finanziert; dazu wird die Tabaksteuer erhöht.

Die Vertragspositionen der Krankenkassen wurden gestärkt, die Möglichkeiten für die Krankenhäuser auch ambulant tätig zu werden wurden vorsichtig eröffnet.

Es wird ein Zentrum für Qualität in der Medizin gegründet; ein Korruptionsbeauftragter ist im Gespräch – wieder Bürokratie und Kontrolle.

Die einzigen Kriterien für diese „Reform“ waren zwei zum Dogma erhobenen Dinge: Beitragssatzstabilität und Reduzierung der Ausgaben der Krankenkassen.

Die Verbesserung der medizinischen Versorgung war nicht das Ziel dieser „Reform“
Darin begründet liegt das vorprogrammierte Scheitern dieser „ Reform“ : die Kosten werden nicht gesenkt, ganz im Gegenteil; die Beitragssätze werden nicht sinken, die Folgen der Fallpauschalen im Krankenhaus sind nicht berücksichtigt worden, ebenso wenig die Folgen des EuGH Urteils zum Bereitschaftsdienst.

Das Wegfallen des AiP im Krankenhaus wird einen erneuten Kostenschub verursachen – dies ist ebenfalls nicht berücksichtigt worden.

Kaum war dieser „faule Kompromiss“ erreicht, wurde die Diskussion über die Bürgerversicherung losgetreten, im Wesentlichen um von den Beschlüssen abzulenken.

Einzelne Maßnahmen sind für sich genommen sinnvoll und zu begrüßen – was man schmerzlich vermisst ist ein durchgehendes Konzept, eine Linie, eine längerfristige Perspektive, ein Ziel: erst dann würden die einzelnen Maßnahmen einen Sinn und ein Zusammenhang bekommen.

Greifen wir nun die Nicht-Erstattungsfähigkeit der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel heraus: viele Mittel der Naturheilkunde sowie pflanzliche Mittel werden vom Markt leider verschwinden, einige Firmen werden schließen müssen, die Arbeitslosigkeit wird steigen. Aber selbst unter dem Dogma der Kostensenkung ist

dieser Beschluss kontraproduktiv! Man wird auf verschreibungspflichtige, im Schnitt 3 mal so teurere Medikamente ausweichen, auf Kassenkosten. Die Nebenwirkungsrate wird steigen: das ganze Manöver wird zu einer deutlichen Kostensteigerung führen (etwa bis zu 2 Milliarden EUR mehr) . Die Ministerin rechnet aber mit Einsparungen von 1 Milliarde; solche Beispiele gab es bereits in der Vergangenheit, durch Beschlüsse der Politik verursacht – warum kann die Politik aus der Vergangenheit nicht lernen? Das wäre ein sehr wichtiges Thema für die Grünen gewesen: leider haben sie die Bedeutung dieses Komplexes nicht verstanden.

Seehofer hat leider Recht, wenn er sagt, dass die Politik der größte Kostentreiber im Gesundheitswesen ist.

Die verschiedenen Zuzahlungen sowie das Qualitätszentrum werden nur den bürokratischen Aufwand steigern. Untersuchungen zeigen (auch im Zusammenhang mit den stationären Fallpauschalen), dass heute schon ein Arzt im Krankenhaus 2 bis 3 Stunden pro Tag mit politisch erzeugter, patientenferner Bürokratie beschäftigt ist – dadurch verschlechtert sich aber die medizinische Versorgung der Patienten und die Motivation der Mitarbeiter!

Die Erhöhung der Tabaksteuer offenbart exemplarisch die Überforderung der Politik: die Erhöhung soll Geld (laut Berechnungen einige Milliarden !) in die Staatskasse spülen; wenn aber die Steuer auf einen Schlag stark erhöht würde, so würden viele Menschen das Rauchen aufgeben – der Staat hätte also keine Einnahmen! Also erhöht man in kleinen Schritten, rechnet mit der Dummheit des Bürgers !!!

Die Ministerin spricht von Prävention: es wäre wünschenswert, viele Menschen vom Rauchen abzuhalten – diese würden länger leben und kosten daher mehr (so Studien).

Solange aber der Staat (einige Bundesländer) Tabak anpflanzt, damit forschet und es verkauft, bleibt nur Kopfschütteln übrig. Der Staat hat zudem in Brüssel Klage gegen Tabakwerbeverbot eingereicht – schizophrener geht es nicht mehr !!!

Nein, diese Reform verdient diesen Namen nicht, am System hat sich nichts geändert, sie ist ein Trauerspiel, eine Flickschusterei. Durch die Budgetierung verursacht die Politik (sie nimmt sie nicht nur in Kauf !) aktiv seit Jahren eine Verschlechterung der Versorgung.

Die Ministerin spricht von mehr Qualität, Effizienz und Transparenz: diese sind mit solchen Instrumenten nicht zu erreichen.

Mythen und Märchen

Untersuchen wir nun kritisch einige der ständig wiederholten Argumente auf ihren Wahrheitsgehalt – Argumente, die ständig als Begründung für notwendige Reformen vorgebracht werden.

- 1) Man spricht allgemein vom „Reform-Stau“, es müsse etwas geschehen. Die Tatsachen hingegen: im Gesundheitswesen hat es in den letzten 25 Jahren nahezu 50 große „Reformen“ gegeben, es sind also 2 pro Jahr; kleine Veränderungen sind nicht gezählt. Es gibt kein Bereich in der Gesellschaft, der so oft und ständig „reformiert“ wurde.

Die Verunsicherung ist dadurch enorm, Mobbing an der Tagesordnung, die Arbeitsbedingungen haben sich ständig verschlechtert: Ärzte und Krankenschwestern sind schon heute „Mangelware“. In den Berufsausbildungen ergeben sich Rückgänge von über 10 %. Viele Medizinstudenten brechen das Studium ab, viele bringen die Zeit des Arzt im Praktikum nicht zu Ende, da in anderen Bereichen bessere Arbeitsbedingungen zu finden sind (Klima, Arbeitszeit sowie Vergütung): gemessen an den Studienanfängern, fehlen am Ende 30 bis 50 % - ein gravierender Ärztemangel!!

Arbeitslose Ärzte gibt es so gut wie keine mehr, anhand der Zahlen spricht man von Vollbeschäftigung !

- 2) Wir hätten eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, diese müsse gestoppt werden.

Die Kosten sind nicht explodiert, sie sind lediglich gestiegen wie alle anderen

Kosten auch. Seit 25 Jahren liegt der Anteil der Gesamtkosten im Gesundheitswesen bei 10,4 bis 10,6 % des Brutto-Inlands-Produktes. Dies sind Statistiken aus dem Gesundheitsministerium, die der Ministerin bekannt sein sollten...

Die Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenkasse sind gestiegen, dies hat mehrere Gründe: die Politik hat viele Leistungen den Kassen zugesprochen, ein großer Erhöhungsschub ergab sich aus der Wiedervereinigung: alle Bürger der ehemaligen DDR bekamen Leistungen, ohne vorher eingezahlt zu haben: es war eines der gravierenden Fehler, weil so den Sozialkassen ein Großteil der Wiedervereinigungskosten aufgebürdet würde.

Das Dogma der Beitragssatzstabilität ist als Begründung einer Reform blanker Unsinn, da die Beitragssätze die Resultante, das Ergebnis anderer Faktoren sind.

Auf der einen Seite stehen die Ausgaben, die im wesentlichen konstant geblieben sind; die Einnahmen sind hingegen systembedingt dramatisch gesunken. Die Krankenkassenbeiträge werden nur auf das Abhängigen-Gehalt erhoben, der Anteil der unselbstständigen Gehälter am Volkseinkommen sinkt aber ständig, die Lohnquote ist dramatisch gesunken.

Das Problem liegt in den wegbrechenden Einnahmen!!!

Nicht die schlechte Finanzlage ist die eigentliche Krankheit des Systems: die Ursachen liegen vielmehr in der verlorenen Balance der gesellschaftlichen Ansprüche an das System.

Hinzu kommt die hohe Arbeitslosigkeit, die frühe Verrentung (von der Politik favorisiert) sowie die sog. Überalterung der Gesellschaft: immer weniger Menschen müssen für immer mehr Ältere aufkommen – so sagt man.

Aber wo sind Konzepte und Ideen bis hin zu Unterstützung oder Entlastungen für Familien mit Kindern? Solange Familie und Kinder in der Gesellschaft nicht wieder ein Wert an sich werden, bleibt alles hohles Gerede bzw. ein hilfloses Herumdoktern an den Folgen, und damit zum Scheitern verurteilt.

Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung „züchtet“ geradezu das Anspruchsdenken aus zwei Gründen: zum einen zahlt der Patient bei der Kasse ein, die ihm suggeriert, es würde das bezahlt was er benötigt; sein Gegenüber ist aber ein anderer, der Arzt, der von Kassen und Politik eingeschränkt und budgetiert wird (meist ohne Wissen des Patienten) – zum zweiten darf der Patient nicht erfahren, was eine ärztliche Leistung, also seine eigenen Ansprüche kosten (es nennt sich Sachleistung). Es kann sogar sein, dass nach einer erfolgten Krankenhausbehandlung die Kasse die

Vergütung verweigert, der Patient darf es aber nicht erfahren. Die Eigenverantwortung des Patienten, des Bürgers wird so nicht gefördert – im Gegenteil, der Patient wird entmündigt.

Die Ministerin behauptet immer: der Patient bekommt das, was er benötigt. Das Gegenteil entspricht der Wahrheit: der Patient bekommt nur das, was im Budget drin ist, und dieses bestimmt die Politik – nicht der Patient, nicht der Arzt, vielleicht zum Teil die Kasse.

- 3) Manche Länder geben weniger für die Gesundheit aus, so z.B. England oder die Mittelmeerländer, und haben eine gleich hohe oder sogar höhere Lebenserwartung, also können wir doch auch weniger ausgeben...

Die Kosten steigen in der BRD aber nicht mehr als in anderen Industrieländern.

Die Zahlen sind korrekt, sagen aber nichts aus ! Wollen wir wirklich ein Gesundheits-System wie in England? Hinter solchen Zahlen sind Lebensrealitäten, Lebensstil-Gewohnheiten: Lebensstil in Italien, Spanien gegenüber Deutschland sind freilich nicht zu vergleichen, beeinflussen aber ganz erheblich die Lebenserwartung. Insgesamt also ein unredliches Argument.

- 4) Die Prävention, die Vorbeugung würde alle Probleme lösen, würde Einsparungen in Milliardenhöhe bringen. Prävention ist sinnvoll, verbessert die Lebensqualität, fordert die Gesundheit, ist wünschenswert. Geld lässt sich damit aber nicht sparen – vorliegende Untersuchungen zeigen, dass es mehr kosten wird.

Es müssen intelligente Anreizsysteme geschaffen werden, die Eigenverantwortung des mündigen und freien Bürgers zu fördern und zu unterstützen, ohne Bürokratie und Kontrolle.

- 5) Ärzte betrügen: Beispiele wie „Betrug“ mit Schrittmachern und Abrechnung von verstorbenen Patienten werden in der Presse benutzt, um Stimmung zu erzeugen.

Zum einen wird im System (von der Politik gemacht) prinzipiell zeitlich nach der erbrachten Leistung abgerechnet, zum Teil 3 Monate später oder mehr.

Verstirbt also ein Patient, so kann nur nach seinem Tod abgerechnet werden – stellen wir uns die Reaktion von Presse und Politik vor, wenn Ärzte oder Krankenhäuser vor dem Tod des Patienten abrechnen würden !!!.....

Zum zweiten wurde bisher kein einziger Arzt wegen obengenannter Vorwürfe rechtskräftig verurteilt.

Unter Ärzten gibt es nicht mehr und nicht weniger „Betrüger“ als in anderen Berufsgruppen unserer Gesellschaft.

- 6) Es würden zu viele Doppeluntersuchungen durchgeführt, auf diesem Sektor sei viel einzusparen: darüber gibt es aber keine fundierten Untersuchungen. In einem Gesundheitssystem, das seit 1 Jahrzehnt budgetiert ist, werden oft Untersuchungen so schlecht durchgeführt, dass etwas wiederholt werden muss, um eine seriöse Aussage machen zu können.

Doktor-hopping wird quasi als Vorwurf verwendet, Patienten würden von Arzt zu Arzt wechseln, und dadurch Kosten verursachen – wenn wir aber ernsthaft vom mündigen und verantwortlichen Patienten sprechen, so muss er sich eine zweite Meinung einholen können, bevor er schwierige Entscheidungen treffen kann. Eine Lösung hierzu ist die Einführung der Kostenerstattung mit Rechnungsstellung direkt an den Patienten – darüber mehr im zweiten Teil.

Untersuchungen darüber, wie viel dieses Doktor-hopping ausmacht, existieren nicht.

Solche Aspekte sind nicht durch politisch-bürokratische Vorgaben, wie z.B. eine Gebühr, zu lösen.

Es sind vor kurzem Untersuchungen bekannt geworden, dass die Patientenchipkarte selbst zu Missbrauch in nicht unerheblichem Maße von Seiten der Patienten und der Kassen führt, bzw. verleitet.

- 7) Die hohen Verwaltungskosten der Krankenkassen – sie sind im Verhältnis überdurchschnittlich gestiegen, aber: die Politik selber überträgt immer mehr Aufgaben den Kassen. Die Kontrollbürokratie nimmt durch unsinnige Abrechnungssysteme zu, bindet Kräfte, die besser dem Patienten zukämen.

Die Einführung der Fallpauschalen im Krankenhaus erzeugt einen enormen Anstieg der Mitarbeiter im Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK): Es erzeugt einen enormen Kostenschub, dem Patienten kommt nichts zugute ! Unredlich wird das Ganze aber dann, wenn die Kassen gegen Kostensteigerungen im ambulanten und stationären Bereich wettern – Steigerungen die deutlich geringer sind als die eigenen!

- 8) Die Patientenquittung: sie soll Transparenz und Einsparungen bringen. Beides ist absurd.

Der Patient soll eine Quittung bekommen: d.h. es wird nur bescheinigt was gemacht wurde, Preise können aber nicht angegeben werden, da der Geld-Wert sich Quartalsweise ändert, der Arzt erst 3 bis 6 Monate später die Summe in Euro erfährt.

Das System ist so konstruiert, dass ein Arzt weniger verdient, je mehr er arbeitet. Wie kommt es zu dieser absurden Situation ?

Das System ist gedeckelt, budgetiert, die Leistungen werden nach Punkten abgerechnet: arbeitet ein Arzt mehr – beispielsweise bei einer Grippewelle - so sinkt logischerweise der Punktwert, also die Vergütung – ist das Wettbewerb a la Ulla Schmidt?

Es entsteht lediglich eine Erhöhung der Bürokratie und des Zeitaufwand und somit nur eine sinnlose Kostensteigerung.

- 9) Die Chipkarte: elektronisch sollen alle medizinischen Daten und Befunde des Patienten gespeichert werden, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Die Idee wurde geboren als der Lipobay-„Skandal“ auftrat: Lipobay war ein wirksames Mittel zur Senkung der Fette, z.B. Cholesterin, im Blut. Wenn der Patient ein weiteres Mittel gleichzeitig eingenommen hatte, traten Muskelentzündungen auf; es ist letztlich nicht gesichert, dass die Todesfälle tatsächlich damit zusammenhängen. Es sterben aber jedes Jahr deutlich mehr Menschen nach Einnahme von Aspirin – es wird aber nicht vom Markt genommen, die Politik macht auch kein Skandal daraus. Die Politik vertrat damals die Meinung, mit einer solchen Karte wäre so etwas nicht geschehen – Unsinn, da noch nicht Bekanntes nicht gespeichert werden kann; was der Patient wirklich nimmt, steht auch nicht auf der Karte!!

Es handelt sich bei der Chipkarte allein um Misstrauen dem Bürger und dem Arzt gegenüber und um Kontrollbedürfnis!

Mit so einer Karte mit all ihren Daten ist jeder Patient gläsern, und somit kontrollierbar.

Auch hier ist nicht untersucht, ob eine solche Karte etwas nutzt.

Sicher ist hingegen, dass sie den bürokratischen Aufwand enorm erhöht, da alle Daten erst einmal eingegeben werden müssen. Es werden dann Karten-Lesegeräte und natürlich die Karten selbst nötig – diese kosten auch! Ministerin Schmidt sagte dazu: schließlich wolle die Industrie auch verdienen...Warum dürfen es aber die anderen Akteure nicht, Frau Ministerin? (Ärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie, Apotheken?)

- 10) Wettbewerb und Marktwirtschaft sollen verstärkt eingeführt werden. Wenn dem wirklich so sein soll, muss die Politik beginnen alle Fesseln des Staatsdirigismus abzubauen, statt immer neue einzuführen.

Was bedeuten aber Wettbewerb und Marktwirtschaft im Gesundheitswesen?

Um wen wird wett-geworben? Wo sind Grenzen, wo ist der Sinn?

Was ist dann der Patient, um den dann geworben wird? Ist der Patient selber zur Ware geworden? Sind Gesundheit und Krankheit zur käuflichen Ware geworden?

Im jetzigen Gesundheitswesen ist die Figur des Patienten als Kunden schon deshalb nicht zutreffend, da er selber nicht zahlt und zudem nicht erfährt welche Leistung die er in Anspruch nimmt wie viel kostet. Die zum Teil berechtigten Wünsche des Patienten dürfen gar nicht erfüllt werden, da es Gesetze gibt (SGB V), die besagen, dass die Versorgung ausreichend sein muss – mehr zahlt die Kasse nicht. In Schulnoten ausgedrückt entspricht das der Note 4! Wissen das die Versicherten? Ausreichend heißt „gerade eben durchgekommen“; in einem Arbeitszeugnis dürfen solche Begriffe als Beurteilung nicht verwendet werden, da sie schädigend sind!

Aber Patienten dürfen nur „ausreichend“ behandelt werden, da mehr nicht bezahlt wird. Gehen wir so mit Kunden um? Ist das Wettbewerb?

Die Arzt-Patient Beziehung wird unter Verwendung des Kundenbegriffes zur reinen Geschäftsbeziehung degradiert; hat der Patient kein Geld mehr, so ist

er kein Kunde mehr! Die Führsorgepflicht des Arztes wird auf diese Weise aufgehoben.

Die Zwei-Klassen-Medizin wird mit solchen Begrifflichkeiten weiter verschärft, Risikoselektion (zahlungsfähige, gut zu behandelnde Patienten werden angenommen, zahlungsunfähige, schwerkranke werden abgewiesen) schleicht sich ein.

Eine vernünftige Medizin, die den Patienten und seine Bedürfnisse ernst nimmt, gute Versorgung und Behandlung sind heute schon nur noch auf privater Basis möglich.

Viele werden erst im Januar 2004 merken, was auf sie zukommt !!

- 11) Das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) solle gebrochen werden. Die Krankenkassen sollen den Sicherstellungsauftrag bekommen und die Versorgung (ambulant und stationär) in der Fläche sicherstellen sowie Verträge mit einzelnen Ärzten oder Krankenhäusern abschließen. Für den Patienten ginge ein großes Stück Freiheit sowie die Versorgung in der Fläche verloren; die Qualität der Versorgung würde schlechter, da die Kassen im Wesentlichen nur sparen wollen und nur das eben noch ausreichende finanzieren dürfen.

Die gewählten Politiker würden ihre Verantwortung für die Versorgung der Bürger an die Kassen abgeben, die Kassenvertreter sind aber nicht dem Volk verantwortlich.

Die Vorhaltung der Gesundheitsstrukturen, die Versorgung in der Fläche sind ein meritorisches Gut, also eine Verantwortung, für die die Politik genuin verantwortlich ist.

Mit solchen fadenscheinigen Argumenten versucht die Politik ihre Verantwortung an ein anonymes System abzugeben, sich aus der Verantwortung zu stehlen – keiner ist dann mehr verantwortlich!!

Dieser Schritt geht in Richtung „ Diktatur der Kassen „, vor der R. Steiner am Anfang des letzten Jahrhundert gewarnt hatte.

- 12) Risikostrukturausgleich (RSA) und Disease Management Programme (DMP):

Da die Kassen verschieden Kranke Menschen als Mitglieder haben (der Kranke Mensch ist also schon zum Risikofaktor geworden) versucht man über unübersichtliche Berechnungssysteme die Risiken auszugleichen – Wettbewerb alleine würde bedeuten, dass die Kassen um Junge und Gesunde buhlen; Kranke und Teure will niemand haben!

DMP sind eingeführt worden, um RSA zu begründen. Im DMP werden nicht mehr einzelne Individuen behandelt, sondern eine Krankheit „gemanagt“ – ethisch eine sehr fragwürdige Wende! Diese Systeme sollen Geld sparen – in Wahrheit wird es zum Milliardengrab werden (so eine Studie von McKinsey) und eine Überbordung des bürokratischen Aufwandes hervorbringen, ganz zu schweigen von Datenschutzproblemen.

Eine kleine Blüte der Bürokratie: auch um den Tod des Patienten DMP-gerecht zu erfassen und zu melden, muss die Unterschrift des (verstorbenen) Patienten den Bogen schmücken....Will die Bürokratie die Natur besiegen ?

Bei der Aufstellung solcher Behandlungsprogramme hat man entdeckt (oh Wunder !!), dass eine gute Qualität, nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft, mehr kostet – also hat man die Qualitäts-Standards heruntergesetzt, damit die „ausreichende“ Qualität bezahlbar bleibt – so geschehen bei der Aufstellung der Behandlungsrichtlinien des Diabetes Mellitus.

Dies wird aber der Bevölkerung verschwiegen.

- 13) Im Internationalen Vergleich hätte die BRD zu viele stationäre Betten, also zu viele Krankenhäuser; diese müssten reduziert werden, um damit Geld einzusparen.

Zum einen muss die Frage erlaubt sein, welche Aufgabe Krankenhäuser haben, erst dann können wir vielleicht sagen, ob wir zu viele haben.

Zum anderen ist nicht nachgewiesen, dass eine Reduzierung der Betten zu Ersparnissen bringt. Seit Jahren wird es so behauptet. Die Entwicklung der Kosten seit 1991 liefert dafür keinen Beweis.

Obwohl beispielsweise in den neuen Bundesländern die Zahl der Krankenhäuser um 17%, die Zahl der Betten um 24%, und die Verweildauer

um 34% zurückgegangen sind, haben sich die Zahl der Fälle um 29%, die Kosten pro Fall um 50% und die Gesamtkosten um 86% erhöht.

Das ist auch zu erwarten, denn die Verdichtung der Arbeit verteuert das Ganze, die Verkürzung der Liegezeit muss die Kosten in die Höhe treiben, da die kostenintensiven Tage immer die ersten Tage sind; die letzten sind die billigen, da der Patient „nur“ behandelt wird, teure Diagnostik fällt dann nicht mehr an.

- 14) Das Zentrum für Qualität in der Medizin soll Qualitätsstandards, Leitlinien, Richtlinien erarbeiten, nach denen man sich zu richten hat, wenn eine Leistung bezahlt werden soll.

Qualitätsstandards auf dem Niveau des heutigen medizinischen Wissens bedeuten, dass vieles erheblich teurer wird.

An dieser Stelle nun zwei Beispiele aus dem Bereich der Kardiologie.

Nur die Hälfte der Hypertoniker (Menschen mit erhöhtem Blutdruck) und der Menschen mit hohem Cholesterin werden überhaupt erkannt; davon ist jeweils nur die Hälfte „ausreichend“ behandelt und eingestellt.

Wollte man alle erkennen und nach guter Qualität behandeln (und die Patienten haben ein berechtigten Anspruch darauf), so würden die Kosten um das je 4-fache steigen!

- 15) Integrierte Versorgung: es ist eine gute, selbstverständliche Idee, dass nämlich der stationäre und der ambulante Bereich im Sinne einer besseren Patientenversorgung effizienter zusammenarbeiten sollen.

Solange aber getrennte, budgetierte Töpfe existieren (so von der Politik gewollt und eingeführt) wird sich nichts sinnvolles entwickeln können, da im jetzigen System jeder auf Kosten des anderen arbeitet.

Der mündige, freie und verantwortungsvolle Patient wird sich dort behandeln lassen wollen, wo er sich geborgen und gut behandelt fühlt – unabhängig davon, ob der Arzt im Krankenhaus oder in freier Praxis arbeitet. Willkürliche bürokratische Hürden sind nur hinderlich.

- 16) Das Urteil des Europäischen Gerichtshof (Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit) ist im Gesetz noch nicht berücksichtigt worden, obwohl das Ergebnis klar abzusehen war.

Es werden 10- bis 20000 Ärzte nötig werden: einmal gibt es so viele frei verfügbare Ärzte nicht, und gut qualifizierte schon gar nicht; enorm teuer wird es aber auf jeden Fall!

Politiker behaupten, mit den 2 mal 100 Millionen die zur Verfügung gestellt worden sind, würde sich das Problem lösen lassen. Offensichtlich sind sie aber des Rechnens nicht ganz mächtig: man spricht von Summen die eine Milliarde oder mehr betragen !!!

Arbeitsbedingungen sowie Vergütung werden sich dann verschlechtern, so dass noch weniger Ärzte bereit sein werden in einem solchen System zu arbeiten.

Der Mythos vom Spitzenverdiener Arzt wird weiterhin sorgsam gepflegt, um weitere Belastungen begründen zu können. Die Fakten dagegen: In Hamburg ist jede dritte Praxis in Geldnot, jede fünfte steht unter Aufsicht einer Bank; in Berlin müssen 10% der Ärzte ihre Honorare an ihre Bank abtreten.

Das, angesichts einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 51 Stunden, benötigt kein Kommentar.

- 17) Die Sprache selbst offenbart das Gedankengut: die Selbstbedienungsmentalität müsse gebrochen werden; Kartelle (gemeint sind Ärzte und Pharmaindustrie – Krankenkassen und Politik sind aber auch Kartelle !) seien zu brechen.

Der Patient ist zur Kostenstelle, die Mitarbeiter zum Kostenfaktor, der Chefarzt zum Konstrukteur geworden – solche und ähnliche Redewendungen offenbaren eine Ideologisierung, eine Machtergreifung der Ideologie im gesamten Bereich. Die Politik verwendet Ziel-Begriffe, die in der Umsetzung etwas völlig anderes bedeuten:

Transparenz und Effizienz bedeuten Bürokratie und Kontrolle

Wettbewerb bedeutet Staatsmedizin und Kassendiktatur

Eigenverantwortung heißt: Geführt-sein durch Vater Staat, der Kontrolle ausübt.

Qualitätssicherung bedeutet Rezept- und kontrollierte Staatsmedizin.

- 18) Die hohen Lohnnebenkosten verhindern die Wettbewerbsfähigkeit und müssen daher gesenkt werden. In der Financial Times Deutschland war am 14 Oktober 2003 zu lesen: Deutsche sind Exportweltmeister, noch vor den USA. Im Text dann der Satz: „Heute ist die Wettbewerbsfähigkeit kein Problem mehr“, so H. Jörg, Volkswirt bei der Dresdner Bank. Werden uns auch hier von den Politikern Märchen aufgetischt, müssen Märchen als Argumente verwendet werden? Wie seriös ist eine solche Argumentationsweise?

Alleine schon der Begriff „Lohn-Nebenkosten“ will suggerieren: man könnte sie doch einfach eliminieren, da sie nur Nebenkosten sind.

- 19) Kürzlich ist ein kleiner Artikel erschienen mit dem Titel: „Ausgetrocknet und wund gelegen“, es handelt sich um Missstände in Alten und Pflegeheimen. Sicher, es ist nicht alles optimal, aber: vergessen wir bitte nicht, dass auch hier der sog. Geldhahn so knapp gehalten wird, dass nicht genügend Mitarbeiter eingestellt werden können.

50% der Belegschaft müssen Fachkräfte sein; sicher ein lobenswertes und erstrebenswertes Ziel – aber die Motivation der Mitarbeiter in der Altenpflege ist seit Jahren so schlecht (bedingt auch hier durch die Regelungen und Gesetze), dass man nicht genügend Fachkräfte findet! Auch hier sind immer weniger Menschen bereit unter solchen Bedingungen zu arbeiten.

Man versucht durch Rahmenverträge die Situation zu verbessern, die Kostenträger legen dann diese Verträge anders aus und reduzieren zusätzlich die Zuwendungen!

Was macht man, um die Zustände zu verbessern? Es ist nicht schwer zu erraten: statt die Schraubzwingen zu lockern, die Einstellung von Mitarbeitern zu ermöglichen sowie die Arbeitsbedingungen zu verbessern, greift man nach der Qualitätssicherung!

Qualitätssicherung entpuppt sich bei genauer Analyse als Instrument der fremdgesteuerten Entprofessionalisierung des Arztberufes.

Es soll nun alles standardisiert werden und entsprechend dokumentiert werden – damit die wenigen Mitarbeiter noch weniger pflegen können.

Es ist sehr traurig, aber wir sind heute schon so weit, dass wir das dokumentieren müssen, was wir am Patienten / alten Menschen nicht getan haben, aber hätten tun sollen !

Der Begriff Qualitätssicherung hat sich dann zum Nachteil der Hilfsbedürftigen ins Gegenteil gewandelt !

- 20) Nachahmerprodukte seien problemlos einzunehmen, sie sind billiger: das versteckte Problem liegt darin, dass nicht alle Produkte wirklich gleich gut sind. Sparen bei einem Medikament kann am Schluss sogar teurer werden.
- 21) Der „Gesundheitsmarkt“ ist der einzige Bereich in unserer Gesellschaft, das noch Wachstumspotentiale hat, das für Beschäftigung sorgen könnte. Mit solchen „Reformen“ wird auch dieser Markt kaputt-reguliert.

Die vorgelegte Reform erhöht lediglich die Zwangsabgaben, erhöht die Bürokratie; sie ändert nichts am nicht mehr zukunftsfähigen System der gesetzlichen Krankenversicherung, sie senkt keine Beiträge. Die Kassen rechnen vor, dass es keine Beitragssatzsenkungen geben wird, was voraus zu sehen war: die Kassen müssen per Gesetz zunächst ihre Defizite abbauen.

Wie reagiert die Politik darauf? Wir hören erstaunt solche Sätze: wir haben das Gesetz vorgelegt, nun sollen die Kassen unsere Intention umsetzen: handwerklich schlecht gestrickte Gesetze lassen sich aber nicht in Erfolg umsetzen! „ Die Politik hat somit die Rahmenbedingungen geschaffen für mehr Qualität, mehr Effizienz und mehr Mitsprache im deutschen Gesundheitswesen. Jetzt sind die Partner im Gesundheitswesen aufgefordert zu handeln...“ so M. Caspers-Merk, Staatssekretärin im BMGS.: an arroganem Zynismus ist diese Aussage leider kaum zu überbieten.

Man muss nicht hellseherisch sein, um voraus zu sagen, dass die Halbwertszeit dieses Gesetzes höchstens 1 bis 3 Jahren sein wird...

Seriöse Zeitschriften werfen dieser Koalition zu Recht Populismus vor.

Die jetzige Koalition ist dem Lenin`schen Fehlschluss verfallen: Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser... Die SPD kann den Gedanken des mündigen, selbstverantwortlichen Bürgers gar nicht denken: sie handelt so, als ob sie den Bürger vor der eigenen Dummheit schützen müsste. Der kleinere Koalitionspartner macht leider mit...

Die momentane Politik scheint von Sadomasochismus geprägt zu sein:

Eigenverantwortung, Leistung, Freude an der Arbeit, Eigeninitiative werden systematisch bestraft!

Es ist selbstverständlich, dass an der Spitze des Justizministerium ein Jurist steht – dem Gesundheitsministerium sowie dem Gesundheitsausschuss können berufsfremde vorstehen; die Frage nach der Sicherung der Qualität ist heute in aller Munde, besonders laut wird sie gerufen im Bereich der Gesundheit – um damit Kontrolle und Rezeptmedizin auszuüben - Qualitätssicherung der Politik und der Politiker ist aber mehr denn je notwendig, so H. Seehofer.

Die Qualität der Politikberatung durch verschiedene Professoren ist ein Trauerspiel: Daten werden falsch wiedergegeben, Hypothesen willkürlich aufgestellt, Arbeiten völlig falsch interpretiert – für Fachleute sei hier nur die sog. ALLHAT-Studie zitiert. Statt hilflosen Aktionismus und Kurzatmigkeit benötigen wir für Reformen im Gesundheitswesen und in der Sozialpolitik folgende Politiker-Qualitäten: Überblick, Perspektive, Sachverstand, Kompetenz; Freiheit, Verlangsamung, sowie Ent - Eilung der gesamten Gesellschaft sind einige der nötigen Kernpunkte.

Die am 1 Januar 2004 in Kraft tretende Reform ist durch und durch von Misstrauen geprägt: Ärzte missbrauchen das System und Patienten nutzen es aus. Beides muss durch Strafen und Bürokratie in Grenzen gehalten werden.

Dieses Denken von Rot-Grün wird nicht zum Erfolg führen. Mündigkeit, Freiheit und Eigenverantwortung müssen gefordert und gefördert werden – hier würde die zentrale Säule einer wirklichen Reform liegen !!!

Bevor wir einige Kernpunkte einer Reform besprechen, die von dem mündigen und freien Bürger ausgeht, müssen noch zwei wichtige Bereiche beleuchtet werden.

a) Marktwirtschaft im Gesundheitswesen scheidet das Allheilmittel zu sein, absurderweise gerade für Rot-Grün.

Eine Studie der EU die jedem zugänglich ist offenbart Interessantes.

Die Produktivität, die Effizienz des Systems wird dadurch nicht erhöht.

Allgemeine und Organisationskosten steigen beträchtlich.

Die Gesundheit der Bevölkerung (definiert als verbesserter Gesundheitszustand) wird nicht verbessert.

Die Rationierung wird gefördert bis hin zur „Rosinenpickerei“, eleganter Risikoselektion genannt.

Die Zunahme des privat finanzierten Sektors mit Rendite-Interessen führt zu weniger Gleichheit insgesamt.

Es entsteht eine Abwälzung der Verantwortung von der Politik (personalisiert) auf den Markt, auf das System (eine Entpersonalisierung, eine Anonymisierung der Verantwortung).

Nach einer gewissen Zeit tritt eine „ Re-Nationalisierung“ ein; Gesundheits- und Sozialwesen werden wieder als öffentliche Aufgabe verstanden, weil der Markt die Probleme auf Dauer eher verschärft denn löst.

Das Gesundheitswesen (so Prof. Deppe) gilt bereits in der Theorie als ein typisches Beispiel des Marktversagens. In USA werden nur 20% der eingesetzten Gelder am und für den Patienten eingesetzt, der große Rest wird für Werbung, PR und anderes ausgegeben.

Ist das das Ziel der jetzigen Regierung?

- a) DRG im Krankenhaus: die Fallpauschalen. Im Januar 2004 wird dieses Abrechnungssystem in der BRD eingeführt: im Ausland deckt es nur 50 bis 60% der Kosten, in der BRD soll es nach gründlich-preußischer Manier 100% der Kosten abbilden!

Es ist ein pauschaliertes Festpreissystem das die erbrachte Leistung nicht honoriert: alle kostengleichen Krankheiten werden in einem Topf geworfen und bekommen eine Nummer, nach der die Krankenhäuser bezahlt werden.

Das System ist so kompliziert, das es nur mit Hilfe der Computer darstellbar ist, kaum von den Ärzten durchschaut werden kann, geschweige denn von den Patienten. Aber die Politik spricht von einem transparenten, leistungsgerechten System.

Es gibt keine Anreize zur besseren Versorgung, ganz im Gegenteil: je früher der Patient entlassen wird, je weniger er bekommt, desto eher verdient das

Krankenhaus; es gibt erhebliche Fehlanreize, es wird eine enorme Risikoselektion entstehen.

Behandlungen sollen nur dann bezahlt, wenn sie nach Richtlinien durchgeführt werden, die Therapiefreiheit ist erheblich eingeschränkt.

Der Patient wird früher entlassen werden müssen (so wird es gewollt), man spricht bereits von englischen Verhältnissen, von der blutigen Entlassung; der Medizinische Dienst wird Kontrollen durchführen. Der bürokratische Aufwand wird ganz erheblich steigen, die Kosten ebenfalls; die Liegedauer der Patienten wird deutlich verkürzt werden, um 10 bis 30% - da die ersten Tage die teuersten sind, wird dies keine Ersparnis bringen.

Der Arzt wird von diesem System korrumpiert: er muss den Patienten nach den Maßgaben des Systems frühzeitig entlassen, will er nicht ein Defizit produzieren, das Krankenhaus schädigen und somit sein Arbeitsplatz gefährden.

Beschwichtigungen wie sie Herr Vater, Ministeriumssprecher, äußert, gehen an der Realität vorbei: „ Die Ärzte werden sachlich angemessen und im Einklang mit ihrem ärztlichen Ethos über die Verweildauer in den Krankenhäusern entscheiden. Es besteht überhaupt keine Veranlassung, am korrekten Verhalten der Ärzte zu zweifeln“. Kennt der Sprecher die Gesetze nicht, die das Ministerium gemacht hat? Die Ärzte werden sich korrekt, nach dem Gesetz, verhalten müssen, gegen das ärztliche Ethos !!

20 bis 30% der Krankenhäuser werden geschlossen werden, so ist es gewollt - die Versorgung vor Ort ist dann in Frage gestellt.

Die Ambulante Versorgung nach der frühen Entlassung ist nicht gesichert. Die ambulanten Systeme sind völlig überfordert, die Einweisung in Pflegeheime wird steigen, die Zahl der Pflegefälle wird systembedingt steigen. Die Sterblichkeit nach der frühen Entlassung wird steigen, um 20 bis 30%, so wie einige Studien aus den USA es gut dokumentiert haben.

Die frühe Entlassung wird zu Wiedereinweisungen führen, Drehtüreffekt genannt: auch das ein Grund weshalb die Kosten nicht sinken werden; einige Kassen haben sich bereits beklagt, dass schon der Probetrieb zu erheblichen Kostensteigerungen geführt habe...

In keinem Land der Welt sind durch solche Fallpauschalen Kosten gesenkt worden – warum soll es gerade in der BRD gelingen ?

Die Motivation der Mitarbeiter wird weiter sinken.

Die Versorgung der Patienten wird sich verschlechtern, so der Staatssekretär im Gesundheitsministerium, daher müsse Qualitätssicherung konsequent eingesetzt werden...

„Das da mit der Qualität, das soll man mal nicht so ernst nehmen“ so Herr Müntefering.....

Eine bezeichnende Sprachverwerfung: man spricht von DRG-Resistente Erkrankungen, gemeint sind beispielsweise Psychiatrie, Psychosomatik, Rehabilitation, Intensivmedizin.

Es sind aber gerade die Zuwendungsintensiven Bereiche, die nicht planbar und kalkulierbar sind!

Nicht die Krankheiten sind Resistent – vielmehr ist ein System untauglich, das gerade die zuwendungsintensiven Bereiche nicht abzubilden in der Lage ist.

Die Fallpauschalen offenbaren Elemente der Planwirtschaft.

Die fatale Folge wird sein: es wird nur so lange behandelt, wie das Geld reicht; die Behandlung endet, wenn die Pauschale verbraucht ist.

All diese Veränderungen werden erst in den ersten Monaten des Jahres 2004 für alle spürbar werden !!!

- b) Noch ein Wort zum „Ökonomismus“: mindestens drei Punkte sind hier anzusprechen.

Erstens: in der Ökonomie wird auch mit Büdgettierung gearbeitet, aber sinnvoll. Zunächst wird untersucht welches Produkt mit welcher Qualität hergestellt werden soll; danach werden die nötigen Kosten ermittelt; daraufhin entsteht das Budget. Im Gesundheitswesen soll es anders funktionieren: zuerst wird politisch-willkürlich ein Budget festgelegt (so, dass die Kassen saniert werden), danach sollen/müssen die Helfenden sich richten; weil durch dieses Verfahren die Qualität der Versorgung sich in aller Regel verschlechtert, wird Qualitätssicherung eingeführt, als bürokratisches Kontrollinstrument – wodurch die Qualität der Betreuung/Versorgung sich aus oben ausgeführten Gründen weiter verschlechtert.

Zweitens: die IT – Gläubigkeit ist fast schon zu einem Dogma geworden, es soll so gut wie alles auf Elektronik umgestellt werden. Dieses führt aber zu einem erhöhten Personalbedarf, da ständig etwas ausfällt. Die Reibungsverluste sind

enorm, der Motivation der Mitarbeiter ist es nicht gerade förderlich; oft führt es dazu, dass Mitarbeiter mehr Zeit am PC verbringen als beim Patienten.

Drittens: der „ Ökonomismus „ führt zu anti-ökonomischen Handlungen oder Haltungen.

Man will bzw. muss Personal sparen, also beginnt man bei der größten Gruppe, bei den Krankenschwestern, oft bei den Sekretärinnen. Ärzten wird dann die Arbeit „aufgebrummt“: sie müssen Patienten einbestellen, Akten suchen und einräumen, Briefe selber schreiben, viele andere Dinge tun, die berufsfremd sind. Einarbeitung, Einschulung wie in anderen Bereichen der Gesellschaft üblich und selbstverständlich gibt es nicht: ein Arzt hat alles zu können, und wenn nicht, kann er es ja in seiner Freizeit lernen...

Dieses unprofessionelle Verhalten vieler Unternehmensleitungen ist de Facto sehr teuer (Ärzte sind die teuersten Mitarbeiter in einem Krankenhaus), kommt einer Mobbing-Handlung gleich, zieht Ärzte von ihrer eigentlichen Arbeit ab; die Mitarbeiter werden so frustriert, demotiviert und viele wandern aus dem Beruf aus.

Diese Schilderung basiert auf Berichten und Arbeiten aus dem Ausland, es ist nichts erfunden oder dramatisiert.

Jetzt wird vielleicht verständlich, weshalb die Aussage der Ministerin Schmidt nicht ernst genommen werden können: Die Bürger würden das bekommen, was sie benötigen.

Die Rechnung schien doch soo einfach: die Senkung der Kassenbeiträge kompensiert die beschlossenen Zuzahlungen. Die Realität wird aber anders aussehen: diese „Reform“ wird nicht das bringen, was ihre Macher ständig beschwören.

Zuzahlungen – wie jetzt beschlossen – sind unsozial, diskriminierend und, was schwerer wiegt, ineffektiv. In der Tendenz kann die Zuzahlung das Gegenteil bewirken: Menschen verzichten auf notwendige Medikamente – dadurch erzeugte Zwischenfälle oder Komplikationen treten zeitversetzt auf und erzeugen hohe Kosten. Solche Beispiele sind aus dem Ausland publiziert.

Dieses Gesetz wird eine Gesamtverknappung der medizinischen Versorgung bzw. des Angebots erzeugen sowie den Trend zu Programm- und Staatsmedizin verstärken; die Versorgung wird sich nach unten nivellieren, es wird eine

kassengesteuerte Versorgung eintreten; statistische bzw. verdeckte Rationierung werden die Folgen sein.

Einige wenige Häuser bzw. Manager werden Gewinne machen mit eiskalten frühkapitalistischen Methoden – freilich auf Kosten der Patienten, der Mitarbeiter sowie der Versorgungsqualität der Patienten.

Für mittlere und kleinere Krankenhäuser ist eine neue Positionierung am Markt mit viel Öffentlichkeitsarbeit nötig, aber keine Überlebensgarantie. Eine kluge Führung „nutzt“ profilierte und bekannte Persönlichkeiten als Leistungsträger auch im Sinne von PR, in Richtung beispielsweise eines Gesundheitszentrums.

Eine nicht professionelle Vorgehensweise hingegen, wie von einigen Tendenz- und Weltanschaulichen Betrieben praktiziert, fällt in rührende, aktionistische Fundamentalismen zurück und meint durch Kündigung solcher Persönlichkeiten überleben zu können.

Gerade im Gesundheitswesen als personalintensivster Bereich sind Mitarbeiter das wertvollste Kapital. An der Unternehmenskultur, an der Professionalität der Führung, an der Art wie man mit engagierten Mitarbeitern umgeht wird sich die Überlebensfähigkeit einer Einrichtung entscheiden.

Die Assoziation von Dummheit, Inkompetenz und Macht führt in solchen Betrieben zur Diktatur der Ideologie - und sei es die Diktatur der ökonomischen Ideologie - zur Arroganz der Macht; ein solches Verhalten erzeugt und führt zum systematischen Mobbing, sogar von Seiten der Unternehmensführung.

Der schöne Satz von Alfred Herrhausen soll diesen Teil abschließen:

Die meiste Zeit geht dadurch verloren,
dass man nicht zu Ende denkt.

INDIVIDUELLE VERANTWORTUNG UND GESUNDHEITSPOLITIK

Versuch einer Reformskizze

Unter dem Kapitel Mythen und Märchen haben wir gesehen, auf welchen tönernen Füßen die Argumente und die Begründungen stehen. Es ist ein perpetuiertes so tun „als ob“ es so wäre; es werden falsche Behauptungen aufgestellt, ohne sie zu hinterfragen. Dieses Vorgehen ist ein typisch ahrimanisches: die Täuschung ist so perfekt und auf den ersten Blick glaubhaft, dass eher diejenigen die es entlarven verteufelt werden und als ewige Nörgler hingestellt werden, als dass die Verursacher solcher Lügen zur Rechenschaft gezogen würden.

Eine Gesundheitsreform die nicht mit einem echten Mehr an Eigenverantwortung des Patienten, des Bürgers einhergeht, die nicht vom freien und mündigen Bürgers ausgeht, kann diesen Namen nicht beanspruchen.

Sicher ist es unbequemer Mündigkeit und Eigenverantwortung zu praktizieren, denn man wird dann nicht mehr geführt, sondern muss selber die eigenen Schritte überprüfen.

Es treten dann Kanten und Ecken der eigenen Persönlichkeit zu Tage – stromlinienförmige Anpassung ist für einen selber und sozial einfacher.

Bewusstseinsseele konkret zu praktizieren ist unbequem und nicht einfach !

Die aktuellen Maßnahmen führen zu keiner strukturellen Veränderung, auch zu keiner strukturellen Lösung der Probleme. Eine Reform die diesen Namen verdient, soll und muss sich auch darum kümmern, wie die wirtschaftlichen Probleme gelöst werden, bzw. wie ein Aufschwung eingeleitet werden kann (z.B. Arbeitslose); hier nur Flickschusterei und dort die Wirtschaft sowie die Initiativekraft systematisch abwürgen ist nicht erfolgsversprechend.

Ebenso muss der gesellschaftliche Wert von Kindern und Familie neu und wieder entdeckt werden. Bei der kürzlich beschlossenen „Steuer-Entlastung“ werden wieder einmal Kinderlose mehr entlastet als Familien mit Kindern – einer solchen Politik fehlt die Nachhaltigkeit sowie der notwendige Weitblick.

Die Phase der Kindererziehung könnte über entsprechende Freibeträge als tatsächlichen Beitrag anerkannt werden – für die Krankenversicherung, für die Pflegeversicherung, aber auch für die Rentenversicherung.

Dem Bürger wird zugestanden eine Patientenverfügung zu verfassen, die ihm in den meisten Fällen schadet, er kann ein Testament verfassen, er kann Verträge unterschreiben, er kann wählen, er kann zum Dienst an der Waffe einberufen werden – aber in Sachen Gesundheit soll er vom Staat bevormundet werden?

Herr Müntefering sagte:“ Eigenverantwortung wird eine zunehmende Rolle spielen“ – es ist im Endergebnis richtig, aber die Beschlüsse machen die Behauptung zur Farce.

Im Moment wird Eigenverantwortung benutzt, um Mehrbelastungen zu verdecken.

Eigenverantwortung ist und bleibt Ziel an sich !

Eine sinnvolle Reform kann nur von Freiheit, Mündigkeit, Eigenverantwortlichkeit ausgehen.

Eine konsequente Deregulierung und Entbürokratisierung würde direkt und effizient zu einer besseren Versorgung führen.

Eine zukunftsfähige Gesundheitsstruktur muss daher folgende Faktoren berücksichtigen.

1) Der Patient mit seinen Bedürfnissen muss im Mittelpunkt stehen, als Individuum. Die Heilung und das Wohl des Einzelnen sind und bleiben das Maß.

Nicht die Volksgesundheit, nicht das Managen einer Krankheit (DMP), sondern die freie Individualität des Einzelnen sind die Maßstäbe.

Der Patient ist kein Kunde, er ist ein Hilfsbedürftiger.

Um freundlich zum Patienten zu sein, benötigen wir eine gute Erziehung sowie Strukturbedingungen die so etwas ermöglichen.

Respekt und Anerkennung vor der Persönlichkeit des Anderen müssen selbstverständliche Eigenschaften werden.

2) Wir müssen gesellschaftlich diskutieren, was Gesundheit und Krankheit sind und was sie uns Wert sind. Sinnfragen und Aspekte der Salutogenese sind wieder gebührend zu gewichten.

Was wollen wir unter Solidarität verstehen? Ist das jetzige System solidarisch? Ist Solidarität ohne Eigenverantwortung (für sich und für das Ganze) möglich und realisierbar ?

Ökonomische Aspekte müssen dienen, ermöglichen, helfen – nicht diktieren oder alles überwiegen.

Sachfremde Elemente dürfen das System nicht alleine steuern.

- 3) Wir benötigen Deregulierung, Entbürokratisierung, echte Transparenz; Mehr Freiheit im System, keine staatsmedizinische Bürokratie, keine Planwirtschaft – weder vom Staat noch von den Kassen.... Qualität entsteht durch bessere Aus- und Weiterbildung, nicht durch Bürokratie und Kontrolle.
- 4) Freiberuflichkeit, Therapiefreiheit, freie Arztwahl, Methodenpluralismus dürfen nicht zu leeren Lippenbekenntnissen verkommen.
- 5) Dringend benötigen wir Redlichkeit der Diskussion und der Argumente, Wahrhaftigkeit und Kompetenz !
- 6) Versicherungsfremde (Krankheitsunabhängige) Leistungen sowie Verschiebebahnhöfe müssen eliminiert werden, sie machen einige Milliarden jährlich aus.
Die Mehrwertsteuer auf Medikamente muss reduziert, besser halbiert werden.
- 7) Jegliche Form der Budgettierung, der Deckelung muss aufgehoben werden, da verdeckte Rationierung die Folge ist.
Das Morbiditätsrisiko, soll heißen: das Risiko einer Grippewelle oder anderen größeren Erkrankungen der Bevölkerung tragen heute Ärzte und Krankenhäuser, da sie in einem gedeckelten System nicht mehr bekommen, wenn mehr Arbeit anfällt – dieses Risiko darf nicht bei den Helfenden bleiben. Siehe auch dazu Punkt 8 im ersten Teil.
- 8) Es müssen feste und zuverlässige Preise gelten; Eine gute Leistung – und wir alle wollen gut behandelt werden, wenn wir es einmal benötigen – hat ihren Preis.

- 9) Die Krankenkassen müssen zu reine Finanzdienstleister werden, ihre Zahl muss reduziert werden. Den Kassen immer mehr Machbefugnisse zuzuteilen ist nicht sinnvoll.
- Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) ist abzuschaffen: es ist zu einem Instrument der Staats- und Kassenkontrolle geworden, ist Teil der überbordenden Bürokratie. Wer dort arbeiten will, darf nicht aktiv am Patienten arbeiten, auch nicht in Teilzeit; die Folge: die Mitarbeiter dort entfernen sich von der Realität des Kranken - sie leben und urteilen nur noch aus der Sicht der Paragraphen.
- 10) Die Pflegeversicherung kann in die Kassen integriert werden, um Bürokratie zu reduzieren, um das Denken in getrennten Töpfen zu verhindern. Es muss aber ein System der intelligenten individuellen Leistungswahl eingeführt werden. Die Einführung 1994 war eine bewusste Fehlkonstruktion: die demographische Entwicklung war damals schon bekannt, ebenso die verfassungsrechtlichen Bedenken, ganz zu schweigen von der Grundproblematik einer Umlagefinanzierung versus einer Kapitaldeckung (Die Zeit, Nr. 38, 11.9.03)
- Ebenso muss das gesamte System vereinfacht werden: verschiedene Kassen, Rententräger, Reha -Träger, Pflegekassen – es ist nicht leicht die Übersicht zu bekommen, wer für was wann zuständig ist: die Mündigkeit des Bürgers wird so nicht erhöht oder gefördert.
- Hier sehe ich die dringende Aufgabe der Politik für echte Transparenz und Vereinfachung zu sorgen.
- 11) Qualitätsfragen und Qualitätssicherung sind Fragen der Ausbildung. Sie gehören außerdem in die Hände von Ärztekammer, Krankenhausgesellschaft, Pflegeverbände, Dachverbände usw.
- Bürokratische Kontrolle ersetzt und sichert nicht Qualität.
- 12) Die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen und im Sozialbereich müssen dringend verbessert werden, es muss außerdem dafür gesorgt werden, dass die Berufe wieder attraktiv werden, eine gesellschaftliche Wertschätzung

erfahren, damit genügend Menschen bereit sind auch in diesem Bereich zu arbeiten. Es verwundert in dieser Situation nicht, dass im Gesundheits- und Sozialwesen Mobbing 7 mal häufiger auftritt als in anderen Bereichen unserer Gesellschaft.

Politik und Presse haben in diesem Bereich eine große Verantwortung, die helfenden Menschen in das gebotene gesellschaftliche Licht zu stellen.

- 13) Die Vorhaltungsstrukturen sollten als meritorisches Gut steuerfinanziert werden, analog etwa Polizei und Feuerwehr. Für das Krankenhaus ist die Rechnung einfach, für den ambulanten Bereich lassen sich kluge Systeme entwickeln.

Die Patienten zahlen nur das was sie in Anspruch genommen haben.

Die Sicherstellung liegt für den ambulanten Bereich bei der Ärztekammer, für den Stationären Bereich bei den Ländern als regionale, gewählte Instanz. Gewählte Politiker dürfen nicht ihre Verantwortung an ein anonymes System abgeben.

- 14) Zu überlegen ist ein intelligentes System zur Heranziehung der Mehrwertsteuer zur Finanzierung des Gesundheitssystem, oder auch teilweise. Die Besteuerung von Einkommen ständig offen oder verdeckt zu erhöhen bzw. mehrfach zu besteuern (Einkommensteuerbis zu Erbschaftssteuer) ist nicht zukunftsfähig: diese Begehrlichkeit des Staates unterdrückt jede Initiative.

Die wichtigsten Änderungen sind aber folgende:

Erstens, es muss die Sachleistung abgeschafft werden und die Kostenerstattung stattdessen eingeführt werden.

Sachleistung bedeutet: der Patient wird behandelt (die Leistung) er sieht aber keine Rechnung, da die Kasse direkt den Arzt / das Krankenhaus bezahlt.

Der Patient muss aber sehen und wissen wie viel welche Leistung kostet; er muss

die Rechnung bekommen. Ob er sie dann selber zahlt und das Geld von der Versicherung erstattet bekommt oder aber die Rechnung an die Versicherung weiterleitet und diese zahlt - das ist zweitrangig.

Entscheidend ist die Tatsache, dass der Patient als mündiger Bürger, als Vertragspartner die Rechnung sieht und die direkte Verantwortung für die Zahlung trägt. Nur so kann Transparenz und Verantwortung gefördert werden, ohne lähmende Bürokratie.

Soziale Härteregelnungen können eingebaut werden.

Allein mit der Kostenerstattung wird die Eigenverantwortung gestärkt.

Eine solche Änderung stößt auf den erbitterten Widerstand der Krankenkassen:

diese würden ihre Macht und ihre Steuerungsmöglichkeiten über Patienten, Ärzte und Krankenhäuser verlieren, der Patient kann dann nicht mehr so leicht geführt werden; er wird dann wirklich mündig – und nur das kann im Ernst gewollt werden !!

Wie gereizt die Krankenkassen auf ein solche Vorschlag reagieren, zeigt die folgende Gegebenheit: bei einer Podiumsdiskussion hatte ich diesen Vorschlag vorgestellt. Kommentar des Stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der AOK Baden Württemberg: Wer so ein Vorschlag unterbreitet „hat ein intellektuelles Problem!!“

So einfach geht es in der Politik-Arroganz: wer anders denkt, wird für dumm erklärt !!!

Ein weiteres starkes Argument für die Kostenerstattung ist Europa: Europa-kompatibel wird die gesetzliche Krankenversicherung nur mit der Kostenerstattung.

In diese Richtung sprechen die bereits gefällten Gerichtsurteile.

Dieser erste Schritt ist nicht zu trennen von dem **zweiten**:

Wir haben jetzt eine Pflichtversicherung: je nach Beruf und Verdienst muss der Einzelne in einer bestimmten Kasse versichert sein.

Es muss hingegen zukünftig eine alleinige Versicherungspflicht eingeführt werden – wo sich der Einzelne dann versichert liegt in seiner Freiheit – analog der Haftpflichtversicherung beim Auto: Basisversicherung und zusätzliche Wahlleistung. Selbstbehalte oder Selbstbeteiligungen können vereinbart werden.

Familienmitglieder sind nicht mehr kostenfrei mitversichert, sondern zu einem reduzierten Tarif; eine intelligente Kinderregelung muss eingeführt werden, um keine Mehrbelastung für Familien mit Kindern zu erzeugen – besser noch: eine Entlastung. Es muss selbstverständlich gesellschaftlich diskutiert und definiert werden was in einer „Basis-Versicherung „ enthalten sein muss – sicher keine leichte Diskussion, aber eine notwendige !!!

Was ist Solidarität? Hat sie vielleicht dort Grenzen, wo die Verantwortung jedes Einzelnen beginnen muss?

Es ist Zeit – und die Gesellschaft ist dazu reif – den für die Versicherten ungerechten und desolaten Zustand der gesetzlichen Krankenversicherung offen zur Kenntnis zu nehmen.

Die Versicherungsgesellschaften sollen dann im tatsächlichen Wettbewerb um gute Bedingungen wetteifern.

Kassen und Patienten wären dann frei, individuelle Module, die über die Basisversicherung hinausgehen, anzubieten bzw. zu vereinbaren; wenn bsw. 50 bis 80% der Bevölkerung Naturheilmittel wollen, werden die Versicherungen alles daran setzten, solche Leistungen anzubieten – das ist Wettbewerb, Frau Ministerin !!

Der Unterschied zwischen gesetzlicher und privater Kasse würde erheblich an Bedeutung verlieren !

Es wäre lediglich eine „Grund-Versicherung“, die etwa große Risiken abdeckt; jeder würde etwa 6% bis 7 % seines Gesamteinkommen hineinzahlen, alle Einkommensarten müssen berücksichtigt werden; alle Bürger sind dort versichert, ob Beamte, Politiker, Manager – wirklich alle !

Weitere Elemente können in ein solches System miteingebaut werden: jeder könnte individuell entscheiden, mit welchem jährliche Betrag er sich an Kosten beteiligen will: es wäre so etwas wie ein Prozenttarif. Es wäre ein erster Einstieg in die Möglichkeit zu mehr Freiheit und Selbstbestimmung.

Aber im Unterschied zum Rot-Grünen Modell der Bürgerversicherung, besteht in dem hier gedachten Modell die volle Freiheit sich nach seinen Wünschen zusätzlich privat (oder wo auch immer, auch bei der AOK, wenn diese zusätzliche Pakete anbietet) zu versichern.

Das Modell Rot-Grün der Bürgerversicherung suggeriert schon im Wort, dass jeder Bürger versichert ist, also wieder Anspruchsdenken, Rundum-Sorglos-Mentalität, die für so viele Probleme ursächlich verantwortlich sind.

Zusätzlich ist im Modell Rot-Grün nichts vorgesehen, keine Möglichkeit eine Zusatzversicherung abzuschließen - also wieder Staatsmedizin, die in einem maroden System a la England enden würde.

Ein Modell nach Kopfpauschalen berücksichtigt zu wenig die unterschiedlichen Finanzkräfte der Einzelnen.

Die Arbeitgeber sollten nicht ganz aus ihrer sozialen Verantwortung entlassen werden: hier sind intelligente Modelle noch zu entwickeln.

Letztlich haben beide Systeme Vor- und Nachteile, die emotionslos zu Ende diskutiert werden müssen; die langfristigen Folgen eines notwendigen Systemwechsel müssen gründlich bedacht werden, um weitere Verunsicherungen zu vermeiden. Die Debatte um Bürgerversicherung oder Kopfpauschale eignen sich nicht als politisches Ablenkungsmanöver.

Ebenso muss die Frage der Umstellung auf Kapitaldeckung statt Umlagefinanzierung offen diskutiert werden.

Ein System, wie von Rot-Grün vorgesehen, geht nicht vom mündigen, freien und verantwortlichen Bürger aus!!

Mit den Mitteln des öffentlichen Rechts – im Wesentlichen mit Verwaltungsakten – die Freiheit des Einzelnen zu schützen ist kein freiheitlicher Gedanke im Sinne der individuellen Freiheit: der Staat tritt gleichsam anstelle des Individuum, schränkt die Freiheit des Einzelnen geradezu ein. Das Kassenrecht (öffentliches Recht) schiebt sich in die zivilrechtliche Ebene hinein (Arzt-Patient-Verhältnis) und reduziert auf diesem Wege das nötige Freiheitsmoment. An dieser Stelle zeigt sich deutlich, dass das heutige GKV-System nicht zukunftsfähig ist. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Einige Elemente der Diskutierte Reformvorschläge sind im Band: Individuelle Verantwortung und Gesundheitswesen (Stuttgarter Gespräche 5) ausführlich diskutiert (Verlag Urachhaus, 2004, in Vorbereitung)

In der Hetze des medizinischen Alltags, getrieben von alleinigen Kostendiskussionen und dümmlicher Einsparpolitik, verliert man das Wesentliche aus dem Blick. Ärzte werden mit ständig neuen Erlassen lahm gelegt, alleine die Bürokratie profitiert davon, blüht auf und erzeugt weitere Kosten. Krankenhäuser werden geschlossen, ganze Berufsstände schlecht geredet und an den Pranger gestellt, sowie für Fehler der Politik verantwortlich gemacht. „Um uns Menschen und um uns selbst als Patienten geht es nicht (schon lange nicht mehr) – wir werden zunehmend vergessen“ (D. Grönemeyer, in Universitas, Januar 2004).

Das medizinische System der Zukunft muss human bleiben – oder müssen wir sagen: werden ?), muss den Menschen, den Kranken, den Hilfsbedürftigen im Mittelpunkt behalten bzw. wieder gewinnen.

Wir benötigen dringend

mehr Menschlichkeit, mehr Zuwendung,
mehr Freiheit, mehr Eigenverantwortung
weniger Durchökonomisierung
weniger Reglementierung
weniger Bürokratie
weniger Staat

© P. Bavastro, 2004