



# Gesundheit ist ein hohes Gut

---

## Das heutige Gesundheitswesen ist das Ergebnis der Ministerialbürokratie und erfolgreicher Lobbyarbeit

(Oktober 2018)

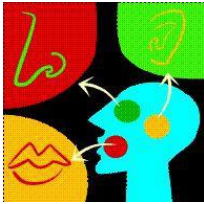
Das Leistungsrecht für Gesetzlich Versicherte basiert auf Regelungen, die von den Selbstverwaltungsorganen umzusetzen sind. Der Gesetzgeber hält sich aus den Anspruchsrechten der Versicherten in der Krankenversorgung für Diagnostik und Therapie heraus. Die Einzelrechte der Patienten/Versicherten werden definiert im „Gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen/Krankenhäuser“, also auf der Interessenebene der Funktionäre. Auch alle daraus resultierenden Vergütungen und Honorare regeln die Selbstverwaltungsorgane in „eigener Verantwortung“. Nur auf der Einnahmenseite der Krankenkassen werden die Beitragszahler vom Gesetzgeber herangezogen. Ausgeschmückt wird diese Verpflichtung des Beitragszahlers mit der Etikette des bestehenden „Wettbewerbs“. Soll heißen, das Kassenmitglied kann frei entscheiden, in welcher Höhe es den Zusatzbeitrag einer Krankenkasse akzeptiert. Diese sind zwar nur marginal zwischen 0,9% und 1,5% unterschiedlich, aber wenn Fristen der Kündigung eingehalten werden, kann der Beitragszahler die Kasse wechseln. Wer macht das schon aus dem genannten Grund!

Aus der Verantwortung hat sich der Gesetzgeber längst verabschiedet, weil er in Wirklichkeit nicht regelt, wie viele Ärzte sich in den Städten und Gemeinden niederlassen dürfen. Es bestehen zwar Grundsätze der Bedarfsplanungen als Vorschrift für die Entscheider der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, sie werden aber ohne Rücksicht auf Einhaltung allseits unterlaufen. Resultat ist heute, dass in den ländlichen Gebieten die Hausärzte fehlen und in den Städten an jeder Ecke ein Internist oder Hausarzt zu finden ist. Natürlich hat die Bundesregierung das Problem erkannt und hat Empfehlungen für die Selbstverwaltungsorgane ausgesprochen! Nirgendwo sind aufgrund der butterweichen „Empfehlungen“ Resultate im Sinne der Patienten/Versicherten zu erkennen. Die KVn und die Krankenkassen verhandeln aus ihrer Sicht die finanziellen Konsequenzen, die in der Regel sich nicht zum Vorteil der Versicherten und Beitragszahler auswirken.

Als Kenner der Materie frage ich mich, aus welchen Gründen das Bundesgesundheitsministerium und die 16 Länderministerien eine gewaltige Anzahl von Bürokraten beschäftigt. Substantielle Leistungen in der Krankenversorgung werden dort jedenfalls nicht getroffen. Politische Verantwortung übernehmen sieht anders aus.

## Der Patient/Beitragszahler hat das Nachsehen

Im weiteren Teil meiner Veröffentlichungen möchte ich auf das Thema „der verkaufte Patient bzw. Kassen-Versicherter“ eingehen. Als Arbeitnehmer bzw. Rentner zahlt man gegenwärtig 7,3% Beitrag und zwischen 0,9% und 1,5% Zusatzbeitrag ( ab Januar 2019 zahlt der Arbeitgeber davon 50%), wenn die Bemessungsgrenze von jährlich z.Zt. 59400 Euro als Einkommen nicht überschritten wird. Es haben sich mittlerweile annähernd 30 Milliarden Euro Beiträge auf dem Konto des Gesundheitsfonds der GKV beim Bundesversicherungsamt angesammelt. Nun könnte der Bürger denken, dann brauchen die



# Gesundheit ist ein hohes Gut

---

Mitglieder der Krankenkassen auf lange Jahre keine Beitragserhöhungen bezahlen. Das ist ein Trugschluss! Die angesammelten Milliarden, die die Beitragszahler zu viel gezahlt haben, sind Finanzmasse zukünftiger Politikentscheidungen im Gesundheits- und Pflegebereich. Der Pflegebereich hat selbständige gesetzliche Beitragsgrundsätze, wie wir wissen besteht ab 1.1.2019 der erhöhte Beitrag von 3,05 % vom Einkommen bzw. der Rente. Da hier der Ausgabenbereich jedes Jahr steigt, werden die Beiträge wohl jährlich erhöht oder aus dem Gesundheitsfonds – der Krankenversicherung – finanziert.

Es gibt neben dem Beitragssystem viele Ungerechtigkeiten im Gesundheitswesen in Deutschland. Die Parteien fühlen sich nicht verantwortlich, zumal alle Leistungen für Versicherte im „Gemeinsamen Bundesausschuss“ von den Funktionären der Krankenkassen, den Ärztevertretern und den Krankenhäusern geregelt werden. Bei Zuständigkeiten des Zwei-Klassensystems, die zu hohen Ausgaben bei Verwaltung und Marketing führen, halten Bundesregierung und Parlamente still oder befürworten sogar die hohen Marketingaktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen. Wussten Sie, liebe Leser, dass der Bundesausschuss die viel zu kurz kommende „sprechende Medizin“ bei den Praxisärzten durch Reduzierung der ärztlichen Vergütungen als nicht finanzierbar befindet – natürlich zum Nachteil der einzelnen Patienten, die dann lieber teure Arzneimittel-Verordnungen vom Hausarzt verschrieben bekommen. Haben Sie eine Vorstellung, wie gewaltig sich die Summen zu den Finanzierungen für versicherungsfremde Leistungen ausufern. Die Beitragsfreiheit für Elternzeit, Teilnahme an Arbeitstherapien, Zuschüsse für Erholungsreisen, Leistungen rund um eine Schwangerschaft, Empfängnisverhütungen und Beitragsfreiheit für Zweitfrauen ausländischer Mitbürger werden zu einem nicht unerheblichen Teil von den Beitragszahlern finanziert, obwohl der Staat sich für die Finanzierung verantwortlich hält. Eine Zusage, der er längst nicht vollkommen nachkommt. Einen nicht unerheblichen Anteil zahlt also auch der Beitragszahler.

Haben die Leser eine Vorstellung davon, wie gewaltig die Finanzierungen für nicht wirtschaftliche Ausgaben letztlich sind, ich glaube nicht. Namhafte Gesundheitsökonomien schätzen die unwirtschaftlichen Finanzierungen auf mindestens 30 Milliarden Euro jährlich. Hier werden die Stichworte angeführt: Doppelte und Dreifache ärztliche Untersuchungen, viel zu hohe Arzneipreise im Vergleich zu den westeuropäischen Ländern, umfangreiche Werbestrategien der gesetzlichen Krankenkassen, die nichts mit der eigentlichen Versorgung von Krankheiten zu tun haben, Fallpauschalen in der stationären Versorgung, die durch bewusst gesuchte Diagnosen zu erheblichen Erträgen in den Krankenhäusern führen, Missbräuche in der intensiven Pflege von osteuropäischen Anwendern als Vertragspartner der Krankenkassen, überbeuerte Hilfsmittel ohne Wettbewerb und damit Fortsetzung der Hochpreissituation – Ausnahme sind die Sehhilfen -, die Operationen werden vielfach ohne medizinischen Indikationen durchgeführt, Computertomographen werden in viel zu großer Anzahl in den Städten und Kreisen von den niedergelassenen Ärzten angeschafft (jeweils 2,5 Mio Euro) und in kurzen Zeiträumen durch die angeordneten Untersuchungen mit den Vergütungen der Krankenkassen amortisiert. Im Speckgürtel München mit ca 1,3 Mio Einwohnern bestehen mehr Cts als im ganzen Land Italien mit den 59,1 Mio Einwohnern. Nein, die ärztliche Versorgung der Patienten in Italien ist nicht schlechter als in Deutschland. Die Aufzählung, was alles so katastrophal ist, was geändert werden sollte, könnte fortgesetzt werden.



# Gesundheit ist ein hohes Gut

---

Das Gesundheitswesen braucht nicht mehr Staat, sondern eine Politik, die nur die Rahmenbedingungen im Interesse der Patienten festlegt. Das Umdenken ist überfällig und geboten. Die Politik ist in die falsche Richtung unterwegs. Die vielen Gesundheitsreformen sind nur der Deckname für einen undemokratischen und unsozialen Umbau in unserer Gesellschaft, wobei alle Bürger mit höheren Kosten bestraft und ihnen geringere Leistungen beschert werden. Wettbewerb ist allemal wirksamer als ein Gestrüpp von Gesetzen.

Es ist mehr als genug Geld für eine ordentliche gesundheitliche Grundversorgung da. Leider wird viel zu viel für die falschen Dinge ausgegeben.

Bad Bevensen, im Oktober 2018

Günter Steffen