



Gesundheit ist ein hohes Gut

Die Parteien verfolgen folgende Ziele in der Krankenversorgung und Pflege- Gegenwärtige Ankündigungen, Anmerkungen und eigene Vorschläge- (Juli 2017)

Bevor die vielen Versprechungen im Hinblick der Auseinandersetzungen in diesen Wochen vor der Bundestagswahl am 24.9.17 von den Parteien erfolgen, habe ich mir vorgenommen, die obige Thematik für den Normalbürger möglichst verständlich darzustellen.

Ein Blick auf die Websites des Bundes-Gesundheitsministerium und in die der Landesministerien zu den Zielsetzungen sind so akademisch in den Einzelfragen beschrieben, die ein Nichtfachmann unmöglich verstehen kann. Dafür verantwortlich sind nicht die Parteien, sondern die verantwortliche Beamtenschaft in den Ministerien. Nur wird daran nicht gerührt, zumal nur wenige Politiker den fachlichen Durchblick haben.

Die Gegebenheiten sind heute folgende:

In der Krankenversicherung sind rund 90% der Bürger/Innen Mitglied oder Mitversichert

Alle anderen sind in einer Privatversicherung versichert

Die Privatversicherten werden bei den niedergelassenen Ärzten terminlich bevorzugt und erhalten eine umfassende Diagnostik und Therapie. Wer niedrigere Prämien zahlt, erhält nur die für Gesetzlich Versicherte geltenden Bedingungen einer nur notwendigen und ausreichenden Behandlung im Krankheitsfall

Für Gesetzlich Krankenversicherte gilt der Behandlungskatalog inklusive der Medikamente, die der „Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen“ in diesem Gremium beschlossen haben bzw. zukünftig beschließt. Oberste Prämisse ist hier im Falle einer Krankheit: Ausreichende Behandlung

Der Bund und die Länder sind verantwortlich für die gesetzlichen Grundlagen und Organisationsfragen. (Sozialgesetzbuch Fünf in 322 §§ der Gesetzlichen Krankenversicherung und im Pflegegesetz Sozialgesetzbuch Elf in 145 §§)

Die ärztlichen ambulanten Leistungen werden pauschal mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in den Bezirken/Bundesländer von allen zugelassenen Fachärzten abgerechnet. Wobei der einzelne niedergelassene Arzt (Kassenarzt) Einzelleistungen seiner Patienten nachweisen muss. Überschreitet die Praxis ihre Leistungen, werden diese nur bis zum durchschnittlichen Budget im Vierteljahr aller jeweiligen Fachärzte bei der Abrechnung von der KV anerkannt. Aus diesen Gründen versucht der Arzt im Vierteljahr öfters seine Praxis zu schließen, damit keine Leistungsüberschreitung stattfindet.



Gesundheit ist ein hohes Gut

Es ist also falsch zu glauben, dass den Krankenkassen individuelle Arztrechnungen mitgeteilt werden.

Die Abrechnungen für Privatversicherte werden dem Patienten direkt zugestellt. Für die ärztlichen Leistungen rechnet die Praxis für diesen Patienten eine sehr viel höhere Vergütung -im Vergleich zum Kassenpatienten – ab.

Die teuerste Leistung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ist die der Krankenhausversorgung. Die Abrechnungsvergütung sollte besonders gerecht stattfinden; durch die vielen Abrechnungsmöglichkeiten im Rahmen eines zu behandelnden Patienten (Mehrfach-Diagnosen) ist das DRG Fallkostensystem eine Einladung des Krankenhauses für Erlössteigerungen. Als ein schlimmes Problem ergibt sich eine dünne Personaldecke, die zu steigenden Gewinnmargen führt. Da die meisten Bundesländer die gesetzlichen Investitionsmittel zurückhaltend für die Krankenhäuser gewähren, ergeben sich erhebliche Defizite in der Bau- und Medizingerätesubstanz.

Die Krankenkassen gewähren viele Leistungen, die wissenschaftlich nicht anerkannt sind sowie umfassende Präventionsleistungen, deren Finanzierung vom Staat auf Beitragszahler bewusst verlagert wurden.

Die übertriebenen Strukturen im Gesundheitswesen und nicht wissenschaftlich abgesicherte Gesundheitsleistungen verursachen Milliarden Euro Ausgaben bei den Krankenkassen, die von den Beitragszahlern finanziert werden.

Der Gesetzgeber verlangt von den Arbeitnehmern und Rentnern, dass sie mindestens 0,9 % höhere Beiträge im Verhältnis zum Arbeitgeber leisten. Mittlerweile ist der geringste Zusatzbeitrag 1% einer Krankenkasse und 1,7% Zusatzbeitrag bei der teuersten Krankenkasse. Die Solidarität zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern ist Vergangenheit. Alle zukünftigen Erhöhungen der gesetzlichen Beiträge müssen allein die Arbeitnehmer und Rentner tragen.

Der Bürger muss den Eindruck gewinnen, dass das Gesundheitssystem von der Politik unterstützt, in erster Linie Gewinnabschöpfungen der Leistungserbringer erreicht. Lobbyverbände sind das Sprachrohr im Bundesgesundheitsministerium. Patientenvertreter oder Mitglieder der Vertreterversammlungen der Krankenkassen werden kaum gehört oder sind nicht interessiert, sich für die Belange der Versicherten bei den Regierungs- bzw. Oppositionsparteien einzubringen. Wenn sie sich äußern, dann sind es die Interessen ihrer Gewerkschaften.

Immer neue Ergänzungsgesetze erfährt in letzter Zeit die Pflege. Die zu prüfende Pflegebedürftigkeit ist neu in sogenannte Pflegegrade vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen festzulegen und von der zuständigen Pflegekasse (im Hause der jeweiligen Krankenkasse) zu bestätigen.



Gesundheit ist ein hohes Gut

Die großen Probleme für Pflegebedürftige sind die finanziellen eigenen Belastungen, wenn die ambulanten Betriebe im eigenen Haushalt die teureren Pflegemaßnahmen durchführen, aber auch die hohen Eigenleistungen bei Unterbringung im Pflegeheim. Die zustehenden Entgelte nach dem Pflegegesetz reichen bei weitem für Hilfebedürftige nicht aus.

Wird der ambulante Pflegebetrieb in der eigenen Häuslichkeit nicht angefordert, dann pflegen in aller Regel Angehörige den pflegebedürftigen Menschen. Teilweise auch Personen aus den osteuropäischen Ländern.

Wegen der personellen Defizite in den Pflegeheimen werden über 50% der Bewohner medikamentös Tag für Tag und in der Nacht ruhig gestellt.

Im folgenden Kapitel möchte ich auf gegenwärtige Bestrebungen der einzelnen Parteien, insbesondere für den Bereich der Krankenversicherung, eingehen.

Absichten der CDU

Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf eine bedarfsgerechte und qualitative **gute** medizinische und pflegerische Versorgung.

Anmerkungen vom Autor: Das Sozialgesetz spricht gegenwärtig nicht von einer **guten**, sondern einer Krankenversorgung im **notwendigen Umfang**.

Weiter Absichten der CDU

Dennoch weist das Gesundheitswesen Strukturdefizite auf, die eine qualitative **hochwertige**, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung hemmen.

Die unzureichende Zusammenarbeit der sektorübergreifenden Versorgung durch Stärkung in den Schnittstellen abstellen.

Die Stärkung der Vorhaltung von Versorgungsangeboten und die sektorengelundene Verteilung der finanziellen Mittel sowie Vorgaben zur Qualitätssicherung.

Absichten der SPD

Der medizinische Fortschritt soll wieder gemeinsam von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert werden.

Die Partei will dafür sorgen, dass sich Bürgerinnen und Bürger darauf verlassen können, unabhängig vom Einkommen und Wohnort die **beste** medizinische und pflegerische Versorgung zu bekommen.

Anmerkungen vom Autor: Die CDU spricht von guter und die SPD von bester Versorgung! Beides sind leere Versprechungen, die ganz sicher nicht Inhalt im SGB finden.



Gesundheit ist ein hohes Gut

Die Partei will eine Bürgerversicherung schaffen, in die alle einzahlen und durch die alle die notwendigen medizinischen Leistungen bekommen.

Anmerkungen vom Autor: Im übernächsten Satz sollen es also (nur) notwendige medizinische Leistungen sein.

Zur Bürgerversicherung wird ausgeführt: Eine Zwei-Klassen-Medizin soll es nicht geben.

Anmerkungen vom Autor: In den nachfolgenden Erläuterungen wird klargestellt, dass an Besitzständen in der Privaten Krankenversicherung allerdings nicht gerüttelt wird. Die Zwei-Klassen-Medizin wird es also weitergeben.

Die SPD beabsichtigt, den einseitigen Zusatzbeitrag für Arbeitnehmer und Rentner abzuschaffen.

Anmerkungen vom Autor: Eine sehr begrüßenswerte Absicht, nur die Frage wird dann sein, wird dadurch der gesetzliche Beitragssatz erhöht? In diesem Zusammenhang hätte man die Absicht vorhersehen können, z.B. die unwirtschaftlichen Ausgaben der Krankenkassen aus der Finanzierung der Beitragssätze zu entfernen.

Die Sozialdemokraten wollen für chronisch Kranke die Zuzahlungen streichen! Sie wollen Bürger und Bürgerinnen besser gegen Pflegerisiken absichern.

Anmerkung vom Autor: Wie die Absicherung stattfinden soll, ist nicht konkretisiert worden.

Eine einheitliche Honorarordnung für Ärzte soll für gesetzlich- und privat Versicherte eingeführt werden.

Anmerkung vom Autor: Die Umsetzung wird ganz sicher an den Lobbyverbänden Ärztekammern, Kassenärztliche Bundesvereinigung, den vielen Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärzte-Gewerkschaften scheitern.

Vermehrung von Hausärzten.

Anmerkung vom Autor: Schon heute sind nicht nur Fachärzte für Allgemeinmedizin Hausärzte, sondern viele niedergelassene Internisten, die die Hausarzt-Kompetenz übertragen erhalten haben. Da keine Facharzt-Stellen gestrichen werden sollen, haben wir heute in den Großstädten und in den Ballungszentren zuviele niedergelassene Praxen. In den ländlichen und strukturschwachen Gebieten fehlen diese.

Die Sozialdemokraten wollen die Notfallversorgung verändern. Wie, ist nicht konkretisiert.

Mehr und besser bezahltes Pflegepersonal im Krankenhaus wird gefordert.

Die Partei stellt sich verbindliche Personalstandards vor und sie stellt sich auch vor,



Gesundheit ist ein hohes Gut

mehr und besser bezahlte Altenpflegerinnen und Altenpfleger in den Pflegeheimen zu beschäftigen.

Die Probleme bei den angebotenen Arzneimitteln sollen angegangen und wenn möglich, beseitigt werden.

Weitere Absichten der SPD

Die Partei will die Digitalisierung konsequent voranbringen. Durch die Patientenakte kann der Behandlungsprozess mit der Telemedizin gesichert werden. Patientinnen und Patienten sollen die Hoheit über die Daten erhalten.

Gesundheitliche Vorsorgen sollen von allen verantwortlichen Aufgabenträgern -Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherungen gemeinsam finanziert werden.

Anmerkung vom Autor:

Bisher werden die Vorsorgemaßnahmen zu 99% von den Beitragszahlern der Krankenkassen finanziert. Glaubwürdig ist die Absicht der tatsächlichen Umsetzung nicht.

Absichten der FDP

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen ihre Leistungen, die sie anbieten, stärker miteinander im Wettbewerb stattfinden lassen. Dadurch würden die Patienten vom medizinischen Fortschritt profitieren. Die Wahl der Leistungserbringer durch den Leistungsempfänger darf nicht eingeschränkt werden. Qualitäts-Verträge mit den Krankenhäusern sollen dauerhaft über die eigentlichen Leistungsindikationen hinaus geschlossen werden. Es wird gefordert, eine qualitativ hochwertige Versorgung für Patienten zu fördern. Eine starke private und eine freiheitliche gesetzliche Krankenversicherung soll das Ziel sein. Aber auch freie Wahl der Krankenversicherung. Eine Bürgerversicherung als getarnte staatliche Zwangskasse wird abgelehnt. Es wird befürchtet, dass eine organisierte rationierte Zwangskasse die Folge sein wird. Dieses führt nach Meinung der FDP zu einer drastischen Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung.

Anmerkung vom Autor:

Die Forderungen hebeln selbstverständlich den gesetzlich festgelegten Beitragssatz aus und die Folge wird sein, dass zumindest der unterschiedliche Zusatzbeitrag (finanziert nur alleine von Arbeitnehmern und Rentnern) erheblich von den Krankenkassen angehoben werden müsste. Der Eindruck hat sich bestätigt, es geht der FDP zu allererst um wirtschaftliche Sicherungen und Ausbau des Profits der Leistungserbringer. Die Forderungen nehmen zu den finanziellen Belastungen der Versicherten keine Stellung. Bei den Forderungen wäre es ehrlicher, wenn die Partei von unterschiedlichen Beitragsabsicherungen sprechen würde.

Hinweis vom Autor: Ziele von der **Partei Bündnis „Die Grünen“** erspare ich mir, weil die Zielsetzungen weitgehend mit den Sozialdemokraten übereinstimmen. Die Ziele **„Die Linke“** sind sozialistische Ansätze der Gleichmacherei, damit setze ich mich nicht ernsthaft auseinander.



Gesundheit ist ein hohes Gut

Im letzten Kapitel möchte ich wesentliche persönliche Forderungen im Gesundheitswesen skizzieren. Die Vorschläge sind als „roter Faden“ zu betrachten.

Viele beschriebene Vorschläge bedürfen selbstverständlich konkreterer Ergänzungen:

Alle Bürger/Innen müssen sich aus Gründen von Krankheit in einer Krankenkasse, die einer staatlichen Aufsichtsbehörde unterstehen, versichern.

Bezieher staatlicher Unterstützungen werden von den Ämtern angemeldet. Studenten und Schüler über 20 J haben eigenständig dafür Sorge zu tragen. Nichtbeschäftigte, Kinder bzw. Schüler sind beitragsfrei versichert. Krankenkassen, die einer Aufsichtsbehörde unterstehen, **sind die gegenwärtigen gesetzlichen (Kassen) und nach meinem Vorschlag private Versicherungsunternehmen.**

Diese stehen in Konkurrenz zueinander und bestimmen aufgrund ihrer Wirtschaftlichkeit den Beitragssatz.

Arbeitgeber und Rentenanstalten sind am Beitragssatz mit einheitlich 7% beteiligt. Es sollte eine freie Wahl der Zugehörigkeit zur Krankenkasse bestehen. Der Wettbewerb wird die Wirtschaftlichkeit erheblich fördern.

Die Beitragsbemessungsgrenze sollte auf 60 Tausend jährlich festgeschrieben werden.

Ohne Altersunterscheidung werden die- **im Katalog erarbeiteten Erkrankungen und Vorsorgemaßnahmen der Patienten/Patientinnen vom Bundes - Gesundheitsministerium nach fachkompetenter Erarbeitung- zügig bei Unterstützung fachärztlicher Qualifikationen, aufgelistet.** Entweder geheilt, ihre Verschlimmerung verhütet bzw. die Krankheit gelindert. **Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse sind die Grundlage der Auflistung.** Ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist, entscheidet in Abstimmung mit einem Facharzt, der Hausarzt.

Diagnostische und therapeutische Alternativ-Medizin, die **nicht** im Katalog vom BMG aufgeführt ist, kann durch einen Beitragsaufschlag auf Wunsch des Versicherten mit der Krankenkasse vereinbart werden.

Zulassung als niedergelassener Arzt/Psychotherapeut spricht nach Abstimmung mit der Ärztekammer und der örtlichen Krankenkassen das Gesundheitsamt der Stadt bzw. des Landkreises aus.

Der zugelassene Arzt für Allgemeinmedizin hat dafür zu sorgen, dass der kranke Patient, sofern er fachärztlich weiter versorgt werden muss, einen kurzfristigen Termin bei einem Facharztkollegen bekommt. Ein Wahlrecht des Patienten ist – schon wegen der Erreichbarkeit – verpflichtend.

Der Gesetzgeber beschließt eine einheitlich geltende Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Die Abrechnungen erhält die Krankenkasse direkt. Wie der Missbrauch vor überhöhten Abrechnungen der Praxen bekämpft werden kann, ist fachlich regelbar.



Gesundheit ist ein hohes Gut

Ob eine psychotherapeutische Behandlung stattfinden soll, entscheidet der Facharzt für Allgemeinmedizin. Bei Ablehnung hat der Patient/in das Recht, den Landes-Medizinischen Dienst anzurufen. Ein fachkompetenter Neurologe wird beratend eingeschaltet.

Alle Beschwerden der Patienten über niedergelassene Arztbehandlungen werden vom fachkompetenten Gremium innerhalb **des neu zu schaffenden Landes-Medizinischen Dienstes (Krankenkassen haben damit nichts mehr zu tun)** verfolgt. Die Ärztekammer wird **vor** einer Entscheidung angehört. Die Gesetze des Bundes bleiben davon unberührt und können die Folge rechtlicher Auseinandersetzungen sein.

Die gegenwärtigen Krankenhausstrukturen bleiben in Verantwortung der Bundesländer. Die zustehenden Investitionsmittel (festzulegen nach einem Qualitätsspiegel) sind **vom Krankenhaus einklagbar.**

Das Krankenhaus bietet den Krankenkassen ein **Leistungsspektrum an**, wobei die Qualität der Versorgung nachzuweisen ist. **Jedes Krankenhaus bietet je Fachabteilung einen jährlichen Preis als Fallkosten/je Patient (in der Mischkalkulation) an.**

Örtliche Krankenkassen können gemeinsam als Vertragspartner auftreten. DRG-Fallpauschalen-Abrechnungen entfallen. Für besonders kostenaufwendige Behandlungen (z.B. Implantationen) und sehr teure Leistungen werden Sonderentgelte vereinbart.

Alle Krankenhäuser haben mit einem gesetzlich festgelegten Personalschlüssel im Pflege- und Funktionsdienst zu arbeiten.

Jedes Krankenhaus verfügt über eine **Notfallversorgung.** Die Finanzierung erfolgt **nach der Ärztlichen Gebührenordnung für niedergelassene Ärzte.**

Sofern ein Krankenhaus keine Geburtshilfliche Abteilung führt, ist das Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit den örtlichen Krankenkassen gehalten, **eine ausreichende Anzahl niedergelassener Hebammen zuzulassen.** Das BMG wird diesbezüglich eine Gebührenordnung für Hebammen festlegen.

Ob Patienten den rechtlichen Rahmen einer Pflegebedürftigkeit erfüllen, **entscheidet der Facharzt für Allgemeinmedizin.** Dieser hat bei seiner Beurteilung einen Neurologen/Psychiater einzuschalten. Die Fachärzte bestimmen den Pflegebedarf und **schlagen der zuständigen Pflegekasse den Pflegegrad vor.**

Auf Empfehlung der Bundes-Arzneimittelkommission steht den Arztpraxen eine **Verordnungsliste von ca. 100 Medikamenten** zur Verfügung. Pharmahersteller dürfen keinen Einfluss auf Entscheidungen der Kommission nehmen. Die Preisfestlegung ist vergleichbar mit denen in den westeuropäischen Staaten.

Praxen für Physikalische Therapien werden von den Krankenkassen genehmigt und stehen im **Wettbewerb zueinander.** Das gleiche gilt für Heil- und Hilfsmittel.



Gesundheit ist ein hohes Gut

Praktizierung der **elektronischen Gesundheitskarte**, nicht nur für den Nachweis der persönlichen Angaben des Patienten, **sondern auch die Umsetzung der Möglichkeiten zur Zusammenarbeit der praktizierenden Ärzte, Krankenhäuser und Apotheker.**

Dadurch werden Patienten in der fachlichen Behandlung wegen der Zeitersparnisse nur Vorteile erwarten dürfen.

Die enormen **Kosteneinsparungen betreffen besonders den Wegfall der Doppel- und Dreifachuntersuchungen.**

Zusammenfassung

Es ist selbstverständlich, dass hier nur wesentliche Änderungsvorschläge aufgelistet sind.

Die oben stattgefundenen Auflistungen werden bereits **viele Milliarden Euro** im Gesundheitswesen einsparen. Dabei sind die Erhöhungen der vorgeschlagenen Gebührenordnungen für Ärzte/Zahnärzte und Hebammen berücksichtigt.

Nicht mehr finanziert werden sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie stattfindende Präventionsmaßnahmen zu Lasten der Beitragszahler in den Schulen, Kitas, der Unternehmen etc.

Bei den bisherigen Gesetzlichen Krankenkassen sollten die **vielen Marketingaktivitäten** aus Gründen von Mitgliederwerbungen ebenfalls **nicht mehr vom Beitragszahler finanziert werden.**

Trotz der vielen Milliarden Euro Einsparungen zur Errechnung der zukünftigen Beiträge – die sukzessive in den nächsten Jahren – stattfinden könnten, würden die Bürger/Innen eine erheblich verbesserte Krankenversorgung erhalten. Durch die vielen Kosteneinsparungen wäre es zukünftig kein Problem, die Pflegeversicherung Hilfebedürftige und Angehörige mit höheren finanziellen Mitteln auszustatten sowie die Personalbesetzungen in den Pflegeheimen zu erhöhen und verbesserte Bezahlungen der Mitarbeiter sicherzustellen.

Meinen Artikel schließe ich in der Hoffnung, dass es Bürger/Innen in der Politik und bei den Medien gibt, die sich ernsthaft Gedanken machen und meine fachlichen Vorschläge aufgreifen. Mir ist bewusst, dass die Ideologien dagegenstehen und ganz viele Beteiligte in verantwortlichen Positionen, sei es bei den vielen Leistungserbringern mit den vielen Verbänden der Lobbyisten, bei den Krankenkassen, den Versicherungsunternehmen, bei den Ärztefunktionären, bei den Kommunalpolitikern und ganz besonders die Pharmaindustrie sich dagegen aussprechen werden. Jedermann kann sich denken, warum das so ist.

Die Beitrags- und Abgabentwicklung wird früher oder später von der regierenden Politik gestoppt werden müssen.

Meine Befürchtung ist, dann ganz zu Lasten der Versicherten.