

Ankündigungen und Aussagen der Bundesregierung und Fachsprecher der Koalition zur zukünftigen Gesundheitspolitik. Der Bürger versteht wenig. Günter Steffen, Lemwerder

Der Bürger, als Versicherter der Gesetzlichen Krankenversicherung, ist in den zurückliegenden Monaten mit Ankündigungen der Reform im Gesundheitswesen über die Medien überhäuft informiert worden und kann die vielen Widersprüche und zu erwartenden Absichten nicht mehr zuordnen, was kommt eigentlich, was kommt nicht und vor allem, wie soll er die Informationen und Sachankündigungen, die morgen schon wieder als erledigt betrachtet werden, einordnen und für sich Erkenntnisse daraus ziehen?

Wer ist dafür eigentlich verantwortlich? Es ist zu einfach, den Politikern dafür die Schuld zu geben, denn die wenigen Fach-Journalisten, die sich diesem Thema widmen, sind genauso schuldig geworden. Die vielen Medien, die über die Zusammenhänge auch nicht besonders fachliche Rückschlüsse herleiten können, übernehmen diese Aussagen ohne Erklärungen und der Bürger nimmt die Schlagworte und unverständlichen Begriffe entgegen, ohne sie verstanden zu haben. Uneingeschränkt sind alle zurückliegenden Nachrichten und Beiträge über die zukünftigen Regelungen im Gesundheitswesen fachlich so anspruchsvoll ausgedrückt, dass der Nichtfachmann die Zusammenhänge gar nicht verstehen kann.

Bevor ich auf die zusammen gewürfelten Fachinformationen aus den zurückliegenden Monaten eingehe, sollte der interessierte Leser allerdings bedenken, dass Absichten der regierenden Politiker immer auch auf der Grundlage von Lobbyistenvorstellungen, die sich Zuhaut im Gesundheitswesen in Berlin tummeln, formuliert werden (müssen). Es geht der Politik nicht mehr darum, den Versicherten und den Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Krankengymnasten usw.) ein sicheres Finanzierungskonzept der sozialen Krankenversicherung an die Hand zu geben. Die gesetzlich klausulierten Bestimmungen über Grundsatzleistungen ohne Detailregelungen und Finanzierungen sind auf 258 Seiten (Kleingedruckt im Sozialbuch V) festgehalten und durch jährliche Änderungsformulierungen für den normalen Leser nicht mehr zu verstehen. Ein Heer von Juristen hat dafür gesorgt, dass nur noch Fachkreise, aber kaum ein Bundestagsabgeordneter, die Grundsätze in Gänze erklären kann. Die für Versicherte erforderliche Information über Einzelansprüche von Leistungen kann nur der geübte Fachmann aus den Beschlüssen des "Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen" erkennen. Aus den Beschlüssen kann abgeleitet werden, dass die Ausschussmitglieder Interessen der eigenen Institutionen verfolgen, es sei denn, dass die Gerichtsbarkeit endgültige Leistungsurteile im Interesse der Versicherten gefällt hatte. Die Politik hält sich aus Leistungszusagen im Detail heraus und verweist auf den bestehenden Bundesausschuss.

Die folgenden Informationen hat die Bevölkerung in den zurückliegenden Monaten als Schlagworte aus Berlin und den führenden Fachmedien entnommen:

Finanzierungslücke bei der Gesetzlichen Krankenkassen von 11 Milliarden in Fortschreibung 2011 (März 2010)

Eine politische Einflussnahme für die viel zu teuren patentgeschützten Medikamente ist aussichtslos. ("Die Welt")

Es fehlen Kollektivverträge mit der Pharmaindustrie, wobei Voraussetzung ist, dass eine Kosten-Nutzen-Rechnung von vornherein vorliegt. (Vorstandsvorsitzender einer großen Krankenkasse)

Der Begriff Kopfpauschale führt in die Irre (Bundeskanzlerin Dr. Merkel im März 2010)

Die Regierung will mit steigenden Kosten im Gesundheitswesen anders umgehen als bisher (Bundeskanzlerin Dr. Merkel im März 2010)

Die bestehenden Zusatzbeiträge müssten angereichert werden und durch kassenunterschiedliche Prämienhebungen stattfinden. ("Die Welt")

Sicherstellung der Beitragsautonomie, Mindestbeitrag gekoppelt an jeweilige Leistungen

Wegen der demografischen Entwicklung eine Entkoppelung von den Arbeitskosten (Gesundheitsminister Rösler)

Planung der Sozialausgleiche für ärmere Versicherte (Gesundheitsminister Rösler)

Beitragssicherungsgesetz und Wettbewerbsstärkungsgesetz sind Grundlage unserer Arbeit (Sprecher Herr Spahn, CDU)

Kosten-Nutzen-Analyse für patentgeschützte Medikamente erst nach einjähriger Verhandlungsdauer und bei Scheitern der Schiedsverhandlungen. Vorher ein Jahr in den Verhandlungen weiter der erhöhte Preis! (Eckpunkte der Bundesregierung).

Priäre hausärztliche Versorgung in den Gemeinden einiger Flächenländer (Thema ohne Entscheidungen heute wieder vom Tisch)

Nullrunde und angedachtes Sparpaket ohne Erhöhung der Beiträge (Herr Spahn, CDU)

Vorbereitung eines neuen Reform-Konzeptes. Gestaffelte Beiträge sind im Gespräch! (Gesundheitsminister Rösler im Juni, dieser Begriff ist nie wieder erwähnt worden)

Pauschale Beitragserhöhungen, die Regierung prüft doppelten Zusatzbeitrag. (Juli 2010)

Diese Stichpunkte sollen nur verdeutlichen, dass der Bürger mit derartigen Schlagworten wenig oder nichts anfangen kann. Ich habe absichtlich nicht auch noch abgehoben auf die völlig unterschiedlichen Forderungen der drei

Regierungsparteien in den zurückliegenden Monaten. Führung sieht anders aus!

Sicher erwarten Sie von mir auch Ausführungen dazu, ob der Staat, also die Regierung -wegen der Mehrheitsverhältnisse- nicht klar und deutliche Beschlüsse im Interesse der Versicherten und der Leistungserbringer beschließen könnte. Natürlich kann sie, aber dieser Wissensstand direkt bei den Abgeordneten fehlt weitgehend und diese verlassen sich auf Vorschläge der Ministerialbürokratie, die wiederum durch Interessenvertreter eingebunden sind.

Wie könnten diese Beschlüsse, für alle Bürger verständlich, aussehen?

Die Solidarität einer Krankenversicherung basiert auf Beiträge aller Arbeitnehmer, Rentner, Beamte, Arbeitslose, Sozialhilfe-Empfänger unter Beachtung der persönlichen Einkünfte. Die Beitragsbemessungsgrenze sollte bei 15 tausend Euro für Arbeitnehmer und bei 7 tausend Euro für Arbeitgeber monatlich liegen. (Höchstbeitrag von 800 Euro monatlich für die Höchstverdienenden als Arbeitnehmerbeitrag). Die Arbeitgeber sollten durchgehend 5% als Beitrag leisten. Die Leistungen sollten für alle Versicherten auf der Basis notwendiger Diagnostiken und Therapien gleich sein und in einem Katalog mit der jährlichen Fortschreibung nach den wissenschaftlich neuesten Erkenntnissen aufgelistet werden).

Nicht aus Krankheitsgründen gewünschte Leistungen sollten durch private Prämienzahlungen finanziert werden und nicht bei der Solidargemeinschaft angerechnet werden.

Eine Zwei-Klassen-Medizin sollte es nicht mehr geben. Die freie Arztwahl sollte Bestandteil dieser Regelungen sein. Jeder Versicherte erhält eine Rechnung vom Arzt. Das Original könnte zur Zahlungsbewicklung bei der zuständigen Krankenkasse vorliegen. Gleichzeitig hat eine umfassende Strukturreform stattzufinden, damit nur die notwendigen Verwaltungskosten anfallen. Patentgeschützte Medikamente dürften die Durchschnittspreise der westlichen EU-Staaten nicht übersteigen. Es sollten grundsätzlich Verträge mit einer von der Pharmabranche nachgewiesenen und nachprüfaren Kosten-Nutzen-Rechnung Gültigkeit haben.

Für den Sachkenner bleiben sicher Fragen notwendiger Regelungen offen. Diese sind selbstverständlich in meinem Gesamt-Konzept auf meiner Homepage nachzulesen. Mein Konzept einer gerechten Absicherung gegen Krankheiten hat nichts mit den Entwürfen der SPD zur Bürgerversicherung zu tun. Diese lehne ich wegen der Gleichmacherei und der beabsichtigten Ausweitung der Bürokratie ab. Mir sind die Grundsätze der relativ neuen Partei RRP (Rentnerinnen und Rentner-Partei) viel sympathischer und sozial gerechter.

**Günter Steffen, Lemwerder September 2010
www.guenter-steffen.de**