



Gesundheit ist ein hohes Gut

Wo sind die Beitragszahler, um die Gegebenheiten in der Gesetzlichen Krankenversicherung anzuprangern

(Dezember 2014)

In Deutschland wird der Versicherte einer Pflichtkasse, aber auch ein freiwilliges Mitglied, mit enormen Beiträgen seines monatlichen Einkommens zur Abgabe verpflichtet. Es geht schon lange nicht mehr um eine bloße Absicherung im Krankheitsfall. Der gegenwärtige Beitrag allein für Arbeitnehmer und Rentner beträgt 8,2 % vom Bruttoverdienst. Eigene Versorgungseinkünfte, abgesehen von der gesetzlichen Rente, müssen mit einem zweiten Beitrag von 15,5 % entrichtet werden. Nun sagen uns die Politiker und Fachfunktionäre, dafür haben wir eine der besten gesundheitlichen Absicherungen der Welt. Diese Behauptung kann nicht mehr ernsthaft wegen der vor einigen Wochen stattgefundenen umfangreichen professionellen Untersuchungen aufrecht erhalten bleiben. Eine renommierte Unternehmensberatungsgesellschaft stellt klar, Deutschland hat ein sehr teures Gesundheitssystem und ist seinen Preis nicht wert. Unser Land liegt im Vergleich anderer Länder nur im unteren Mittelfeld! Diese Feststellung wurde zwar durch Presseerklärungen den Medien zugestellt, selten aber aufgegriffen und publiziert. Unterhält man sich mit einem Normalbürger darüber, bekommt man garantiert die Antwort: „Der Staat/ Die Regierung macht ja sowieso das, was wir nicht durchschauen können!“ Als einigermaßen informierter Kenner der Hintergründe will ich meinen Teil zur Aufklärung beitragen und hoffe auf Medienvertreter, die diese folgenden Fakten, trotz der unbedingt aufrecht zu erhaltenen Werbeanzeigen, veröffentlichen.

Die Gesetzlichen Krankenkassen sind in aller Regel (es gibt ganz wenige Ausnahmen) in heutiger Zeit Mammutbehörden geworden, die hunderttausende Mitarbeiter beschäftigen, aber nur sehr wenige Abrechnungen von den Gesundheitsbetrieben (Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Sonstige medizinische Einrichtungen usw.) überprüfen müssen. Im Zeitalter der großen externen Datenverarbeitungszentralen fallen bei den Kassen lediglich Kontrollen über die Einhaltung der Wirtschaftlichkeit aufgrund der bestehenden Verträge und Leistungsberatungen für Versicherte an. Das Beitragsgeschäft läuft über den Arbeitgeber, sonstige Träger und Rentenversicherungsanstalten und das Vertragsgeschäft mit den Leistungserbringern – siehe Gesundheitsbetriebe – wird von den Verbänden der Krankenkassen erledigt. Zur Hauptaufgabe der heutigen Krankenkassen durften diese sich mit stiller Zustimmung des Gesetzgebers und in Anlehnung der Grundsätze im Sozialgesetzbuch für Marketingaktivitäten personell durchorganisieren. Dahinter stecken freie Leistungen der Gesundheitsprävention, die für Werbezwecke zur Anbindung neuer Mitglieder genutzt werden.

Unser Gesundheitssystem funktioniert auf folgender Grundlage: Die Krankenkassen weisen dem Bundesversicherungsamt (Gesundheitsfonds) die Ausgabenhöhe für ihre Versicherten aufgrund der Schweregrade nach. Um diese finanziellen Vorstellungen auch realisieren zu können, ziehen sie niedergelassene Ärzte ins Boot, um entsprechende Auskünfte zu belegen. Dabei werden nicht selten stillschweigend Geldbeträge überwiesen. (Der TK-Vorsitzende hat diese Machart öffentlich gemacht).



Gesundheit ist ein hohes Gut

Die zugewiesenen Finanzen werden nach nur oberflächlichen Kontrollen an die Leistungserbringer weitergeleitet. Zuvor werden von den Kassenleitungen in Zusammenarbeit mit den hier starken Gewerkschaften und Personalräten überragende Tarifvergütungen und Personalstellen ausgehandelt. Im Vordergrund der Schaffung neuer Stellen stehen die Marketingaktivitäten, die zu Lasten des Vertrags- und Abrechnungsprüfungen gehen.

Der interessierte Leser fragt natürlich danach, was bewirken die gewählten Verwaltungsräte bei den einzelnen Kassen. Aus meiner Erfahrung kann ich dazu nur antworten: Der Beitragszahler und Versicherte kann wenig erwarten. In erster Linie geht es in Aufsichtsräten um den Bestand und den Ausbau der Kasse. Die Räte sind abhängig von Interessen der Gewerkschaften, die sie dort zur Wahl aufgestellt und unterstützt haben. Der andere Teil der heutigen Beiräte war bis zur Berentung aktiver Mitarbeiter der entsprechenden Kasse.

An anderer Stelle werde ich mich ausführlich dazu äußern, wie der Versicherte und Patient verbesserte Ansprüche mit einem zumutbaren Beitrag, gepaart mit einer verlässlichen ärztlichen Versorgung, in Zukunft durchsetzen könnte. Dazu ist es aber erforderlich, dass vom Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für neue unbürokratische Strukturen und die gesetzlichen Bestimmungen insbesondere auf Rechte der Versicherten ausgerichtet werden. Heute sind sie überwiegend für Leistungserbringer geregelt. Aussagekräftige Zusagen für diagnostische und therapeutische Leistungen im Krankheitsfall werden einzig und allein vom „Gemeinsamen Bundesausschuss für Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser“ gefällt.

Hierzu eine einfache Frage für den Leser!: „Was passiert bei den Beschlüssen dann, wenn die Krankenkassen nicht zu allererst im Sinne der Versicherten abstimmen?“

(Was sie nicht als höchstes Ziel vor Augen haben).

Lemwerder, Dezember 2014

Günter Steffen