

## NEWSLETTER 10-2012 – Für Sie recherchiert

### Gesundheitspolitik – die ewige Geschichte - Zur Erinnerung und aus aktuellem Anlass

Nur einige wenige Punkte für sie zur INFO. Lesen sie das Interview mit dem Duisburger Rechtsanwalt Carlos A. Gebauer mit der Zeitschrift...**"durchblick Gesundheit"**

- seit Jahren werden von Politikern und Kassenfunktionären Lügen über Arzthonorare verbreitet
- Fakt ist, dass wir schon seit Jahren insbesondere für Patienten der gesetzlichen Kassen unsere Leistungen nur zu 60 Prozent bezahlt bekommen. Die Aussage der Politiker, dass daran die schlechte Verteilung der Honorare durch die Kassenärztlichen Vereinigungen schuld sei, ist die nächste Lüge. Einen Keks kann man auch nur in eine bestimmte Anzahl von Krümeln zerbröseln.
- Von diesem Keks bedienen sich derzeit die Kassen, die Funktionäre, die Ärztekammern und die kassenärztlichen Vereinigungen. Am Ende kommen derzeit bei den Hausärzten in Niedersachsen im Quartal 40,00-45,00 Euro Umsatz pro Patient an.
- Mit der Erschaffung eines neuen Bürokratiemonsters, des Kassenfonds, mussten ja wieder tausende von Büroarbeitskräften bezahlt werden, das heißt dieser ohnehin bröselige Minikeks wurde noch kleiner,
- Jeder mittelmäßige Student weiß und dazu muss er nicht BWL studieren, dass auch heute 45,00 € im Quartal pro Kassenpatient nicht der Gewinn einer Arztpraxis ist.
- Von diesem Umsatz müssen erst mal die Kosten beglichen werden, die im Durchschnitt bei 60 Prozent liegen, erst danach ergibt sich der Bruttogewinn. Dieser muss noch versteuert, mit Sozial- und Rentenbeiträgen belegt werden und erst daraus resultiert der Nettogewinn.
- Inzwischen fahren wir Hausärzte Hausbesuche für 3,50 € netto. Was glauben Sie, welcher Handwerker dafür an sein Telefon gehen würde?

Erinnern wir uns an die großen Ärztedemonstrationen von 2006. Und nichts hat sich seitdem zum Positiven geändert, nicht für die Patienten und nicht für die niedergelassenen Ärzte.

Seit Jahren doktern die Politiker an der Gesundheitsreform herum, doch für die Patienten wird die Situation immer nur noch schlimmer. Die Beiträge steigen, die Wartezeiten in den Praxen werden länger und vieles, was es früher auf Chipkarte gab, bekommen sie heute nicht mehr. Warum uns auch die Reform der Großen Koalition nicht weiterbringen wird, erklärt der Duisburger Rechtsanwalt Carlos A. Gebauer im Interview mit "durchblick Gesundheit".

**durchblick: Vor rund drei Jahren haben Sie geschrieben, man könne in Deutschland nicht mehr "Gesundheit" sagen, ohne gleich auch "Reform" zu denken. Fühlen Sie sich bestätigt?**

- Absolut. Alle reden ununterbrochen von einer Gesundheitsreform. Aber je mehr geredet wird, desto ferner rückt die Lösung. Unsere Politiker streiten über Detailfragen und verheddern sich dort. Die wirklich wesentliche Frage, ob unser jetziges Gesundheitssystem überhaupt funktionieren kann, stellt niemand. Auf diese Frage gibt es nämlich nur eine richtige Antwort. Und die heißt: Nein.

**durchblick: Was ist denn Ihrer Meinung nach so fundamental falsch daran?**

- Wir lesen täglich zwei Begriffe in der Zeitung: Solidarprinzip und Sachleistungsprinzip. Die meisten Menschen wissen gar nicht, was diese Prinzipien eigentlich besagen, Politiker eingeschlossen. Und dennoch ist man sich bis heute noch immer einig, dass diese Prinzipien nicht angetastet werden dürfen.

**durchblick: Aber sind diese Prinzipien denn nicht wertvoll? Es geht doch bei beiden darum, dass Reiche und Gesunde für Arme und Kranke eintreten.**

- Ja. Dieser Anschein wird erweckt. Aber im Ergebnis wird genau das Gegenteil erreicht.

**durchblick: Das müssen Sie erklären.**

- Das Solidarprinzip besagt, dass jeder nach dem Maßstab seines Arbeitseinkommens Beiträge an seine Krankenkasse zahlt. Wer gut verdient, bezahlt viel, wer schlechter verdient, weniger. Trotzdem haben alle einen Anspruch auf dieselbe medizinische Hilfe.

**durchblick: Was ist daran falsch?**

- Falsch ist, dass hierbei jeder medizinische Maßstab fehlt. Wer sagt, dass alle gleich behandelt werden sollen, der muss auch sagen, was denn überhaupt genau gleich sein soll. Im Gesetz steht, jeder bekommt nur das gerade Erforderliche und Notwendige. Im Ergebnis legen also nicht Ärzte, sondern Politiker die Art und den Umfang der Behandlung fest. Damit beherrscht plötzlich die Politik die Behandlung, nicht mehr Arzt und Patient. Ich als Patient finde das beängstigend.

**durchblick: Aber die Politiker schützen doch auf diese Weise die Armen und sozial Schwachen?**

- Nein, tun sie nicht. Im Gegenteil. Die Finanzierung des Systems aus einem großen Topf, in den alle je nach Arbeitseinkommen einzahlen, führt zu den aberwitzigsten Konsequenzen: Wenn sich zum Beispiel der bestens verdienende Geschäftsführer einer Aldi-Filiale beim Gleitschirmfliegen den Hals bricht, dann bezahlt die versicherte Aushilfskassiererin mit ihren Beiträgen seine Krankenhausbehandlung, sein Krankengeld, seine Haushaltshilfe und seine Heil- und Hilfsmittel anteilig mit, ohne dass sie selbst mit ihrem Einkommen auch nur einmal in die Nähe eines Gleitschirms kommen könnte! Finden Sie das gerecht? Ich nicht.

**durchblick: Und was stört Sie am Sachleistungsprinzip? Was ist so schlecht daran, wenn der Patient den Arzt nicht direkt bezahlt, sondern stattdessen einen festgelegten Beitrag an seine Krankenkasse zahlt?**

- Im Wesentlichen zwei Dinge: Zum einen funktioniert das Sachleistungsprinzip nicht, zum anderen ist es verlogen. Arzt und Patient sprechen – abgesehen von der eher symbolischen Praxisgebühr – nie über Geld. Beide wissen daher nicht, welchen Preis die Leistungen des Arztes haben. Wo und wann sonst im Leben sagt man aber: Geld spielt keine Rolle?

**durchblick: Warum ist das schlecht? Gerade das schützt doch ganz besonders die ärmeren Patienten.**

- Nein, tut es nicht. Die Versichertenkarte ist nämlich nichts anderes als ein Bezugsschein. Sie wirkt wie eine Lebensmittelkarte im Krieg. Mit solchen Warengutscheinen kann man in Krisengebieten die Bevölkerung kurzfristig vor dem Hungertod bewahren. Auf Dauer führen solche Systeme aber für alle in den Ruin. Denn dort hat zwar nicht der Reichste die beste Position. Aber wer die Regeln kennt und beherrscht, der nimmt ein derartiges System mit Freude aus. Zum Schaden wieder der Schwächsten, denen die nötige Raffinesse zur pfiffigen Manipulation fehlt.

**durchblick: Gegen Missbräuche kann man aber vorsorgen.**

- Nein, auch das kann man im Ergebnis nicht. Je mehr Korruptionsbekämpfungsstellen man schafft, je mehr Leistungs- und Finanzkontrollen eingerichtet werden und je mehr Verwaltungsbeamte nichts anderes mehr tun, als nur andere zu überprüfen: Das "Geld-spielt-keine-Rolle-System" wird immer teurer und teurer. Bis es kollabiert. Ökonomisch handelt es sich hierbei übrigens um exakt denselben Grund, aus dem in der Geschichte alle Planwirtschaften wie die der DDR zusammengebrochen sind.

**durchblick: Ist das der Grund, warum Sie das Sachleistungsprinzip auch für verlogen halten?**

- Genau. Es ist eine Beschäftigungsmaßnahme für Verwaltungsbeamte. Und die hat unfassbare Ausmaße. Allein für die interne Verwaltung der Krankenkassen wurde 2005 sechsmal so viel ausgegeben wie für die gesamte häusliche Krankenpflege. Halten Sie das für gut und gerecht?

**durchblick: Bis vor Kurzem hat das System aber funktioniert.**

- Es hat nie funktioniert. Übrigens auch nicht erst seit 1975, seit wir die sogenannte "Kostendämpfung im Gesundheitswesen" betreiben. Schon seit seiner Einführung durch den Reichskanzler Bismarck zu Kaisers Zeiten ist das System nämlich tatsächlich immer wieder "vor die Wand gefahren". Ursprünglich waren nur rund 10 Prozent der Bevölkerung – die Ärmsten der Armen – vom System erfasst. Trotzdem war das System immer wieder pleite. Und immer wieder half man sich dadurch, dass man mehr Menschen zwang, sich zu beteiligen. Das brachte zwar mehr Geld ins System. Aber auch mehr Versicherte, die dann selbst wieder Leistungen aus dem System beziehen wollten. Ich nenne das den Bumerang-Effekt. Kaum ist man das Problem los, kommt es auch schon wieder angefliegen.

**durchblick: Aber wenn tatsächlich alle teilnähmen?**

- Wenn alle mitmachen und nicht mehr "nur" 90 Prozent der Bevölkerung wie heute, dann erreicht das System sein Endstadium. Denn mehr als alle kann man nicht zur Teilnahme zwingen. Die nächste Pleite wird dann also die letzte sein.

**durchblick: Warum wird das System nicht geändert, wenn es so schlecht ist, wie Sie sagen?**

- Gesundheitspolitik wird von Sozialpolitikern gemacht. Wenn man einem Sozialpolitiker erklären will, dass das Solidarprinzip nicht funktioniert, dann trifft man sofort auf taube Ohren. Ich glaube außerdem, kaum ein Sozialpolitiker durchschaut noch ganz, was gespielt wird, von sonstigen Parlamentariern ganz zu schweigen. Und denen, die es verstehen, fehlt meist die Fantasie, eine schmackhafte Alternative zum zuckersüßen Begriff vom Solidarprinzip zu denken.

**durchblick: Was ist denn Ihr Gegenvorschlag?**

- Wenn ich die Organisationsgewalt hätte, würde Folgendes geschehen: Jeder Einwohner in Deutschland wird gesetzlich verpflichtet, sich mit einem zivilrechtlichen Versicherungsvertrag gegen das Risiko der Erkrankung zu versichern. Spiegelbildlich werden Krankenversicherungen verpflichtet, jeden Antragsteller ohne Gesundheitsprüfung zu einem einheitlichen Tarif zu versichern.

**durchblick: Was wird aus den heutigen Krankenkassen?**

- Die gesetzlichen Kassen werden in Privatversicherungen umgewandelt und damit zu Wettbewerbern der heutigen privaten Anbieter. Eigentümer der neuen "Kassen" sind nur ihre eigenen Versicherten, etwa als Aktionäre. Wer eine andere Versicherung für besser hält, verkauft seine Aktie und wechselt mitsamt seiner Altersrückstellung frei zu der neuen. Das schafft Anreize für alle, besser zu sein.

**durchblick: Müssten wir dann nicht viel mehr zahlen als heute?**

- Nein, es wird im Gegenteil erheblich billiger. Denn eine private Versicherung will und muss im Wettbewerb mit anderen Versicherungen Kosten sparen. Sonst kann sie nicht bestehen. Das ist übrigens genau der Grund, weshalb im Moment auch alle Autoversicherungen billiger werden; die Konkurrenz zwingt sie dazu. Heute hingegen können Krankenkassen wirtschaften, wie sie wollen. Einen Anreiz, zu sparen, haben sie nicht. Denn Gewinne dürfen sie nicht machen und eigene Verluste werden ihnen – über den sogenannten Risikostrukturausgleich – von anderen Krankenkassen ersetzt. Sie erinnern sich: Geld spielt ja keine Rolle ..."

**durchblick: Was machen Menschen, die es sich nicht leisten können, solche Beiträge zu zahlen?**

- Versicherungsnehmer, die es sich nicht leisten können, ihre Beiträge selbst zu zahlen, bekommen Hilfe aus Steuermitteln. Dem Kranken wird also geholfen und dem Armen sein Beitrag aus Steuermitteln finanziert. Dieses System ist mithin gleich zweifach solidarisch – nur in einem weit funktionsfähigeren Sinne als das alte.

**durchblick: Welche Rolle hat dann noch der Staat?**

- Staatliche Zwangseingriffe und Zentralplanungen kennt dieses sich selbst steuernde System nicht mehr. Die Rolle des ausgleichenden und schützenden Staates ist darauf beschränkt,

den allgemeinen mittleren Versicherungsbeitrag der Branche festzustellen. Genau dieser Betrag wird dann von dem Finanzamt unmittelbar an die ihm von dem Bedürftigen benannte Versicherung überwiesen. Wenn die Welt dann sieht, wie im deutschen Gesundheitswesen gleichzeitig die Preise fallen und die Qualität wieder steigt, dann wird der Exportweltmeister auch zum allseits bewunderten Gesundheitsweltmeister.

**durchblick: Wenn wir weniger zahlen als bisher und mehr Qualität bekommen, müsste Ihr System doch an irgendeiner Stelle eine ganze Menge Geld einsparen.**

- Das ist richtig. Anders als in dem heutigen System wird es wieder möglich, dass Arzt und Patient direkt in eine vertragliche Beziehung miteinander treten. Der Arzt stellt dem Patienten eine Rechnung, die dieser bei seiner Versicherung einreicht. Das spart unglaublich viel Bürokratie. Die heute durch den enormen Verwaltungsaufwand verlorenen Mittel werden für Medizin frei.

**durchblick: Müssten Patienten nicht häufig auch mit hohen Beträgen in Vorleistung treten, bis ihre eigene Versicherung ihnen den Rechnungsbetrag erstattet?**

- Diese Befürchtung ist unbegründet. Ebenso wie schon heute in anderen Versicherungsfällen wird der Arzt hinlängliche Zahlungsfristen setzen, innerhalb derer dann der Patient seine Versicherung anweist, an den Arzt zu zahlen.

In diesem Sinne                      Ihr Praxis-Team Eggert