

DR. FRED EGGELING

EINGEGANGEN

Kronsweg 39 · 29323 Wietze · fon: 05146 - 1282 · fax: 05146 - 919320
e-mail: Post@FredEggeling-Dr.de · homepage: FredEggeling-Dr.de

Wietze, d. 19.01.2012

Piratenpartei Berlin
Pflugstr. 9 A
10115 Berlin

Gesundheitswesen

**Mein Konzept für eine radikale Änderung
des deutschen Gesundheitswesens:**

Unser Gesundheitswesen wird unbezahlbar

Die Politik versagt

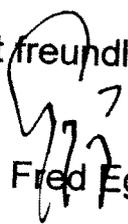
Wir Bürger müssen handeln

Sehr verehrte Damen, sehr geehrte Herren,

seit langer Zeit beschäftige ich mich mit den Problemen unseres Gesundheitswesens. Einzelheiten können Sie meiner homepage entnehmen.

Ich biete an, meine Vorstellungen in Ihre Überlegungen einzubeziehen. Leider kann ich Ihnen nur die Papierversion zur Verfügung stellen. Sie werden eine Lösung zur Vervielfältigung haben.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Fred Eggeling

DR. FRED EGGELING

Kronsweg 39 · 29323 Wietze · fon: 05146 - 1282 · fax: 05146 - 919320
e-mail: Post@FredEggeling-Dr.de · homepage: FredEggeling-Dr.de

Unser Gesundheitswesen wird unbezahlbar

Die Politik versagt

Wir Bürger müssen handeln

Vorwort

Die Wartezimmer in den Arztpraxen sind voll. Die Wartezeiten sind unerträglich lang. Der Arzt hat zu wenig Zeit für seine Patienten. In Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen fehlt es an qualifiziertem Personal. Gefährliche Pflege droht, weil Patienten zu früh aus Krankenhäusern entlassen werden. Das System „Gesundheitswesen“ wird immer teurer. Immer mehr Leistungen müssen allein von den Patienten bezahlt werden. Eine Sanierung des Gebisses kostet heute so viel wie mehrere Urlaube. Die Finanzierung der Kosten des Gesundheitswesens in Milliardenhöhe trägt letztlich der Patient.

Das System droht unbezahlbar zu werden. Die Politik ist beratungsresistent. Sie sieht nur einen Weg: Den Patienten immer weitere finanzielle Belastungen zuzumuten und weitere Geldströme in das Gesundheitswesen zu leiten. Jetzt sollen die Besserverdiener einbezogen werden. Kopfpauschale und Bürgergeld sind die Streitpunkte unter den Parteien. Die ständig wachsenden Ausgaben werden schlicht und falsch allein mit der höheren Lebenserwartung und den medizinischen Fortschritten erklärt.

Die Politik ist an keiner Analyse interessiert, die die wirklichen Einflussfaktoren aufdeckt. Es sind die falschen Anreize, die es den Leistungsanbietern leicht machen, das Gesundheitswesen gnadenlos zu Lasten der Versicherten auszubeuten. Es fehlen positiv motivierende Anreize, die die Kostenentwicklung bremsen. Das System bietet „Einfallstore“ für die finanzielle Ausplünderung durch Lobbyisten und Leistungserbringer.

Milliarden Euro können durch eine mutige radikale Reform gespart werden. Wenn die Politik versagt, müssen die Bürger als Zahler des Systems Druck machen. Dazu liefert der folgende Beitrag Argumente.

Ziele und Finanzierung des Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen soll sicherstellen, dass alle Versicherten die notwendigen Gesundheitsleistungen zu „gerechten“ sozialverträglichen Kosten erhalten. Als gerecht kann nur eine Regelung empfunden werden, die für den betroffenen Laien verständlich und bezahlbar ist. Je nach Einkommen und Vermögen ist die Höhe der akzeptablen Belastung unterschiedlich. Das solidarische Prinzip der Verteilung der finanziellen Lasten sollte deswegen nicht nur die Einkünfte aus unselbstständiger Arbeit, sondern alle steuerpflichtigen Einnahmen (z.B. aus Mieten und Kapitalvermögen) als Bezugsgröße für die Errechnung der Krankenkassenbeiträge einbeziehen.

Das Solidarprinzip hat keinen Bezug zu konkreten Gesundheitsleistungen für den Einzelnen und fördert deswegen eine Haltung des Versicherten, möglichst viel Gegenleistungen zu erwarten. Diese Reaktion ist verständlich, insbesondere wenn der Versicherte wegen relativ hoher Einkünfte auch entsprechend hohe Beiträge bezahlen muss. Es werden deswegen auch Wünsche an den Arzt herangetragen, die über das Notwendige hinausgehen. Wenn der Arzt den Patienten nicht verlieren will, wird es nicht einfach sein, solche Wünsche nicht zu erfüllen.

Selbstverständlich muss es bei einer Beteiligung der Arbeitgeber an den Kosten des Gesundheitswesens bleiben. Aber in einer veränderten Form und Höhe. Bezugsbasis können für die Arbeitgeber nur die Einkünfte aus unselbstständiger Arbeit sein. Legte man die gesamten zu versteuerten Einkommen zugrunde, so würden Arbeitnehmer mit relativ hohen gesamten Einkünften bei Einstellungen benachteiligt, weil sie teurer sind als Arbeitnehmer, die nur Einkünfte aus unselbstständiger Arbeit haben.

Falsche und positive Anreize für den Patienten

Die Krankenkassenbeiträge bieten – wie dargestellt - keinen Anreiz für eine zurückhaltende Erwartungshaltung des Patienten. Das gleiche gilt für die 10 - Euro – Pauschale für Arztbesuche, die als „Abzocke“ empfunden wird. Diese Pauschale sollte zusätzliche Mittel in das Gesundheitssystem bringen und vielleicht auch die Zahl der Arztbesuche zurückdrängen. Für das Letztere ist sie jedoch aus den genannten Gründen ungeeignet.

Wenn eine sparsame Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erreicht werden soll, dann geht kein Weg daran vorbei, den Versicherten an den von ihm ausgelösten Kosten spürbar zu beteiligen. Aber der Patient darf nicht überfordert werden. Deswegen muss es eine Belastungsgrenze geben, die sich an seinem zu versteuernden Einkommen orientiert. Dadurch werden vor allem Schwerkranke und Dauerpatienten geschützt.

Im Gesundheitswesen kann das einfache Marktmodell nicht funktionieren. Wer auf dem Markt Äpfel kaufen will, diese aber für zu teuer hält, kann statt dessen Birnen kaufen oder ganz verzichten. Der Patient geht zum Arzt, wenn er sich krank fühlt. Das entscheidet er allein. Alles andere entscheidet letztlich der Arzt.

Der Patient erfährt – wenn er nachfragt – warum die Leistungen notwendig sind. Die Kosten erfährt er nicht. Solange er nicht an der Bezahlung unmittelbar beteiligt wird, ist sein Interesse an den Kosten logischer^{weise} sehr begrenzt.

Der Patient muss deswegen eine Rechnung bekommen, in der alle Leistungen, die er erhalten hat, aufgeführt sind. Sein Anteil an den Kosten muss ausgewiesen sein. Nur so wird der Patient ein Kostenbewusstsein entwickeln, dass dazu beiträgt, dass er seine Wünsche auf das Notwendige begrenzt.

Was spricht eigentlich dagegen, positive Anreizeⁿ in das System einzuführen? Wenn ein Patient im Kalenderjahr keine Gesundheitsleistungen beansprucht hat, könnte ihm ein Monatsbeitrag zurückbezahlt werden.

Und auch der behandelnde Arzt sollte einen Monatsbeitrag erhalten. Das wäre ein Anreiz und eine Belohnung für den Arzt; sein Bestreben würde gefördert, das eigentliche Ziel seines Handelns, nämlich den Patienten so gut und so schnell wie möglich wieder gesund zu machen. Der Arzt wäre auch motiviert, den Patienten darin zu unterstützen, selbst etwas zum Erhalt seiner Gesundheit zu tun..

Patienten, die keinen behandelnden Arzt haben, könnten zwei Monatsbeiträge erstattet werden.

Falsche und positive Anreize für den Arzt

Die Finanzierung des Gesundheitssystems hat einen grundsätzlichen „Fehler“. Ärzte werden nur für ihre Behandlungen bezahlt und nicht für ihren Erfolg. Solange der Patient krank und in Behandlung ist, verdient der Arzt Geld, besonders viel bei Schwerkranken und Dauerpatienten. Wird der Patient durch die Behandlung wieder gesund, dann gibt es keine Einkünfte mehr für den Arzt. Wenn schon die derzeitige Honorierung der Ärzte nicht geändert werden, so ist es doch möglich, sie durch positive Anreize zu modifizieren.

Ärzte sollten für ihre persönliche Leistungen so gut bezahlt werden, dass sie auf Nebeneinnahmen verzichten, die sie für die Unterstützung der Pharmalobbyisten erhalten, die neue Medikamente in den Markt drücken. Für Werbung gibt die Pharmaindustrie nach Berichten mehr Geld aus als für die Forschung. Dies zeigt, dass nicht der tatsächliche Bedarf sondern die Gewinnmaximierung das Marktgeschehen bestimmen.

Zur Steigerung ihrer Einkünfte haben Ärzte verschiedene Maßnahmen ergriffen:

So werden z. B. vor allem ältere Patienten inzwischen von ihrem Hausarzt angeschrieben und daran erinnert, zur Blutabnahme zu erscheinen. Dabei wird auf mögliche Komplikationen hingewiesen, die ohne diese Untersuchung eintreten können. Patienten, die sich nicht krank fühlen, reagieren darauf nicht immer positiv. Andere reagieren aus Angst und werden dadurch zu Dauerpatienten. So werden nicht nur sprachliche Probleme gelöst, sondern auch große Familien dem Arzt zugeführt.

Es werden zweisprachige Arzthelferinnen eingestellt, die Patienten mit geringen Deutschkenntnissen empfangen und beraten. So werden manchmal große Familien dem Arzt zugeführt.

Insgesamt besteht der Eindruck, dass wir alle langsam zu Dauerpatienten werden und auch werden sollen. Dazu tragen wir Patienten mit unserer Erwartungshaltung gegenüber den Ärzten bei. Die Bereitschaft, durch körperliche Ertüchtigung und gesunde Lebensweise zum Gesundbleiben selbst beizutragen, ist leider noch nicht sehr ausgeprägt. Ärzte können neben den für die Behandlung notwendigen Leistungen auch zusätzlich wünschbare Leistungen den Patienten anbieten. Allerdings müssen diese selbst bezahlt werden.

Falsche Anreize für die Pharmaindustrie

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass in Deutschland viel zu viele – teilweise auch unwirksame – und teure Medikamente auf dem Markt sind. Dies kann letztlich nur durch eine verbindliche Positivliste geändert werden, die alle von den Kassen zu bezahlenden Gesundheitsleistungen aufführt.

Die Kosmetikbranche setzt auf dem Markt Riesensummen um. Dies steht auch der Pharmaindustrie frei. Soweit Produkte auf den Markt keine schädlichen Wirkungen für den Konsumenten nach sich ziehen. Ist dagegen nichts einzuwenden. Der Konsument bezahlt diese Leistungen allerdings allein.

Einzelmaßnahmen können unerwünschte Folgen haben

Für Krankenhausleistungen wurden früher gleich hohe Pflegesätze je Tag abgerechnet. Je länger die Liegezeit war desto höher waren die gesamten Fallkosten. Da der Aufwand je Tag bei längerer Verweildauer abnimmt, waren Verlängerungen der Liegezeit besonders vorteilhaft für die Krankenhäuser.

Zur Kostenbegrenzung wurden deswegen Fallpauschalen eingeführt. Die Krankenkassen bezahlten je nach Diagnose einen festen Betrag für jeden Fall. Die Krankenhäuser reagierten mit einer radikalen Kürzung der Verweildauer, um so keinen Verlust, möglichst sogar einen Gewinn zu erzielen.

Logischerweise ging damit die Bettenbelegung stark zurück. Nur wenn die nunmehr weniger benötigten Betten abgebaut worden wären, wären die Gesamtkosten entsprechend gesunken. Ohne einen Bettenabbau und bei einer deutlichen Erhöhung der Einweisungen als Reaktion auf die leer stehenden Betten kommt es jedoch zu einer drastischen Erhöhung der Gesamtkosten.

„Stellschrauben“ für das Gesundheitssystem

Das Beispiel zeigt , dass einzelne Eingriffe in ein komplexes System das Gegenteil des eigentlichen Zieles bewirken können. Deshalb sind „Stellschrauben“ im System notwendig, deren Wechselwirkungen beachtet werden müssen. Für die Untersuchungen solcher Zusammenhänge müssen die Daten der detaillierter Rechnungen für die Patienten systematisch ausgewertet werden.

Mit statistischen Verfahren können Zusammenhangsfragen untersucht und Prognosen getroffen werden, die die finanziellen Auswirkungen von Änderungen an den Stellschrauben in ausreichender Genauigkeit aufzeigen. Die Erkenntnisse sind den Fachleuten und den Politikern zur Verfügung zu stellen, damit auf der Basis einer guten Faktenlage um die besten Entscheidungen gestritten werden kann.

Nur beispielhaft seien einige Fragen genannt, die mit den derzeit verfügbaren Daten nicht geklärt werden können:

Wie wirkt sich die Selbstbeteiligung der Patienten auf die Häufigkeit der Arztbesuche aus ?

Wie verändert sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Selbstbeteiligung ?

Können die Beiträge gesenkt werden, weil die Selbstbeteiligung zu einer Senkung der Gesamtkosten geführt hat ?

Müssen die Versicherten insgesamt weniger bezahlen, wenn sowohl Beiträge als auch Selbstbeteiligungen zu zahlen sind ?

Senken Beitragsrückzahlungen an die Versicherten die Zahl der Arztbesuche ?

Welche Rückwirkungen haben Beitragsrückzahlungen auf die Gesamtkosten ?

Ein Lösungsvorschlag:

Positivliste

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiK) erstellt eine jährlich fortzuschreibende Positivliste auf nach Anhörung von Vertretern der Leistungserbringer und der Versicherten. Die Positivliste führt alle von den Krankenkassen zu zahlenden Gesundheitsleistungen in allgemein verständlicher Sprache mit Höchstpreisen auf. Bei allen Leistungsanbietern liegt die gesamte Liste zur Information der Patienten aus ggf. auch nur der Auszug daraus, der nur die vom jeweiligen Leistungserbringer angebotenen Leistungen umfasst.

Dem Leistungsanbieter ist es freigestellt, neben den ausgewiesenen Höchstpreisen nach unten abweichende eigene Preise zu ergänzen. Daneben können Leistungen, die der Patient allein bezahlt – wie es heute schon z.B. bei Dermatologen üblich wird – angeboten werden.

Neue Medikamente werden bei IQWiG gebührenpflichtig angemeldet und in bestimmten ausgewählten Kliniken oder anderen geeigneten Einrichtungen kostenpflichtig getestet.

Großgeräte

Das IQWiG stellt nach Anhörung der oben genannten Vertreter eine jährlich zu aktualisierende Großgerätesliste auf, die die Zahl der notwendigen Großgeräte und ihren Standort festlegt.

Beide Listen und notwendige Veränderungen der „Stellschrauben“ werden vom Parlament beschlossen.

Die Mitarbeiter des IQWiK werden ausreichend hoch bezahlt, damit ihnen zugemutet werden kann, auf jegliche Nebentätigkeit und auf einen Wechsel in fachlich betroffene Einrichtungen bis zwei Jahre nach ihrem Ausscheiden aus dem IQWiG zu verzichten.

Beide Listen und die notwendigen Änderungen der Stellschrauben, zu denen IQWiG unter verschiedenen Annahmen durchgerechnete Lösungsvorschläge erarbeitet, werden vom Parlament diskutiert – möglichst im Fernsehen live gesendet – und beschlossen.

Finanzierung :

Krankenkassenbeiträge

Die Beiträge der Versicherten werden auf der Basis der gesamten zu versteuernden Einkünfte des Versicherten festgesetzt. Die Arbeitgeberbeiträge haben die Einkünfte aus unselbstständiger Arbeit zur Berechnungsbasis. Die Höhe weicht deshalb von den Arbeitnehmeranteilen ab und ist politisch zu entscheiden.

Versicherte mit weniger als 1000 EURO durchschnittlichem steuerpflichtigen Monatseinkünften zahlen keine Beiträge und sind auch von der Selbstbeteiligung befreit.

Finanzierung : Selbstbeteiligung

Jeder Patient erhält eine Rechnung in doppelter Ausfertigung, in der alle erbrachten Leistungen in allgemein verständlicher Sprache gemäß der Darstellung in der Positivliste aufgeführt sind.

Der Patient zahlt 10 % des Rechnungsbetrages an den Leistungserbringer bis zu einem Höchstbetrag von 2 % seiner gesamten steuerlichen Einkünfte. Er leitet ein Exemplar der Rechnung mit seiner Bestätigung der Richtigkeit an seine Krankenkasse weiter. Jede Rechnung führt in herausgehobenen Schriftzeichen folgende Text auf: „Die vorsätzliche Erstellung falscher Abrechnungen von Gesundheitsleistungen wird mit Geldstrafen, in schweren Fällen mit Berufsverbot geahndet. Die vorsätzliche Bestätigung falscher Angaben wird mit Geldstrafen geahndet.“ (Dementsprechend muss das Strafgesetzbuch geändert werden).

Finanzierung :

Beitragsersatzung

Patienten, die innerhalb eines Kalenderjahres keine Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, erhalten einen Monatsbeitrag von ihrer Krankenkasse erstattet. Einen gleichen Betrag erhält der behandelnde Arzt. Patienten, die keinen behandelnden Arzt haben, bekommen zwei Monatsbeiträge erstattet.

Finanzierung :

Großgeräte

Investitionen für neu zu beschaffende Großgeräte, die in der Großgeräteliste aufgeführt sind, tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherer anteilmäßig.

Die Betreiber rechnen nur die Kosten, nicht die Leistungen ab.

Finanzierung : Krankenhäuser

Die Finanzierung mit Fallpauschalen ist grundsätzlich richtig. Sie muss allerdings die geschilderten negativen Auswirkungen ausschließen.

Der Gefahr der zu frühen Entlassung und der gefährlichen Pflege muss mit geeigneten Maßnahmen begegnet werden. Wenn Patienten zu früh entlassen werden, sind die anschließend behandelnden und pflegenden Personen – auch wenn sie beim selben Krankenhausträger beschäftigt werden – verpflichtet, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu informieren. Bei schuldhafter unangemessener Verweildauerverkürzung wird die Fallkostenpauschale gekürzt bzw. gestrichen. Ggf. kann auch eine Nachbehandlung in einem anderen Krankenhaus zu Lasten des ersten Leistungserbringers erfolgen. Weitere Folgeschäden müsste ebenfalls das Krankenhaus tragen, das den Schaden wegen verkürzter Verweildauer verursacht hat.

Kostenersparnisse durch Verfahrensänderungen

Die Arbeitgeber und Versicherten melden kurzfristig im laufenden Jahr dem Finanzamt alle steuerpflichtigen Einkünfte des Vorjahres. Das Finanzamt setzt das steuerliche Einkommen mit Bescheid fest und benachrichtigt den Steuerpflichtigen schriftlich und die Krankenkasse per Internet.

Mit einem einfachen Computerprogramm werden die endgültigen Beiträge für die Krankenkasseversicherung für das abgelaufene Jahr ermittelt. Ebenfalls per Programm werden Über- und Unterzahlungen gegenüber dem vorläufigen Beitrag festgestellt und mit dem Konto des Versicherten verrechnet. Einsprüche gegen für fehlerhaft gehaltene Bescheide haben keine aufschiebende Wirkung.

Der Beitrag wird in gleichbleibender monatlicher Höhe bezahlt und jährlich nachträglich endgültig abgerechnet. Der vorläufige Beitragssatz ist zu ändern, wenn der Versicherte glaubhaft macht, dass der Betrag angepasst werden muss. Das gleiche gilt für die Krankenkasse, die den Versicherten vor einer Änderung anhören muss. Änderungen im laufenden Jahr können in einem einfachen Verfahren erfolgen – z.B. telefonisch mit Protokollnotiz

Geplanter Anhang

Kommentierte Statistiken wie z. B.:

Gesamtkosten des Gesundheitswesens p. a. vor und nach Einführung der Fallkostenpauschale für Krankenhäuser p. a.

Gesamtkosten nach Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser,....) p.a.

Planbetten in Krankenhäusern (absolut und je 1000 Einwohner)

Krankenhauseinweisungen (absolut und je 1000 Einwohner)

Verweildauer (Durchschnitt und nach Fachabteilungen)

Pflegesätze (Durchschnitt)

Fallkosten (Durchschnitt und nach Fachabteilungen und Diagnosen)

Arztbesuche (Durchschnitt je Versicherten p. a. und je Behandelten)

Auswertung der Pläne der Parteien (soweit sie welche haben und zur Verfügung stellen. Anfragen sind gestellt. Antworten stehen noch aus)