

Die Gesundheitsreform 2007

Neuer Wettbewerb auf allen Fluren – ein Kommentar

Ein Reförmchen jagt das nächste ... Da haben wir mal wieder eine! Eine Gesundheitsreform. Eigentlich könnte ich auch Gesundheitsreförmchen sagen, denn eine wirkliche Reform, die den Namen verdient hätte, verbirgt sich dahinter leider nicht. Es ist ein weiterer Beweis für die Reformunfähigkeit in unserem Lande. Politiker sind mehr am aktuellen Politbarometer interessiert und an der nächsten Wahl als an der harten Arbeit, die inzwischen immer größer werdenden Probleme zu lösen. Welche Veränderungen kommen also ab dem 1. April 2007 und später auf die Versicherten und die einzelnen Gesundheitsdienstleister zu?

Wesentliche Veränderungen für Versicherte

Waren früher Versicherte aus dem Netz der Krankenversicherung gefallen, beispielsweise dadurch, dass sie den Beitrag für ihre private Krankenversicherung nicht mehr aufbringen konnten, gab es keine Rückkehrmöglichkeit in eine Versicherung. Immerhin 300.000 Deutsche sind schätzungsweise nicht krankenversichert, die meisten nicht freiwillig. Bekannt ist das Problem schon jahrelang. Mit der Reform wird eine allgemeine Pflicht zur Versicherung eingeführt. So kann ein ehemals Privatversicherter ab dem 1. Juli 2007 in den Standardtarif seiner letzten Privatversicherung zurückkehren. Um die Versicherungspflicht durchzusetzen, gibt es ein Bußgeld. Im Krankheitsfall muss ein Nichtversicherter Beiträge für maximal fünf Jahre nachzahlen. Ein Missstand, der schon längst hätte abgeschafft werden müssen! Wieso konnte sich eine sozialdemokratische oder christliche Partei bisher nicht ohne Umstände aufraffen?

Zudem erhält der gesetzlich Versicherte ein Wahlrecht zu Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Ist die Einrichtung zugelassen und entsprechend zertifiziert, kann der Versicherte dorthin. Übersteigen die Kosten diejenigen der Vertragseinrichtung, so müssen diese vom Versicherten selbst getragen werden. Weiter können die gesetzlichen Krankenkassen nun allen Mitgliedern Selbstbehalttarife, Beitragsrückerstattung, Kostenerstattung und Bonus-Angebote anbieten. Zu den neuen Versorgungsmodellen, die die Kassen anbieten müssen, gehört das so genannte „Hausarztmodell“, bei dem sich der Versicherte verpflichtet, immer erst zum Hausarzt zu gehen.

Das Leistungsspektrum der Kassen wird erweitert. Die geriatrische Rehabilitation ist jetzt Pflichtleistung, die Palliativversorgung wird verbessert. Es wird also einen Rechtsanspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen für äl-

tere Patienten geben, damit der Weg aus dem Krankenhaus nicht direkt ins Pflegeheim führt, wie häufig der Fall. Im Bereich der Palliativmedizin werden so genannte „Palliativ Care Teams“ zugelassen, die aus ärztlichem und pflegerischem Personal bestehen können. Kinderhospize werden besser unterstützt.

Häusliche Krankenpflege kann es auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen geben. Wie bereits im Artikel „Wird Impfen zum Pflichtprogramm?“ (CO/MED 12/2006) erläutert, sind empfohlene Impfungen ab 1. April 2007 Pflichtleistung jeder Krankenkasse. Gleiches gilt für Mutter-/Vater-Kind-Kuren, ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen. Dass Kassen bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit nicht leisten muss, wird präzisiert. Wer allerdings Vorsorgeuntersuchungen versäumt und später schwer krank wird, muss künftig mehr zuzahlen.

Befristet gehörte bisher bis zum 30. Juni 2007 die Pflege in vollstationären Einrichtungen zur Pflegeversicherung, dies wird in Zukunft auf Dauer so bleiben.

Strukturänderungen der Krankenkassen

Die Strukturen der gesetzlichen Krankenkassen sollen durch die Änderungen gestrafft werden, weniger bürokratisch sein und dadurch schneller arbeiten. In Zukunft wird es nur noch einen einheitlichen Spitzenverband geben, statt der bisherigen sieben, der auf Bundesebene die Belange der Kassen vertritt und der die Rahmenbedingungen für einen intensiveren Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung regeln soll. Das Fusionieren oder sonstige Verbundbestrebungen von Krankenkasse werden über die einzelnen Kassenarten hinweg erlaubt.

Welche neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das Leistungsverzeichnis

der gesetzlichen Krankenkassen gelangen, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fest. Dieser soll nach dem Willen der neuen Reform professionalisiert und straffer organisiert werden, was auch immer dies genau zu bedeuten hat. Professionalität sollte eigentlich von Anfang an dabei gewesen sein, oder?

Schön klingt auch das letzte Ziel bezüglich der Kassenbürokratie. So sollen Abrechnungsverfahren vereinfacht, Prüfverfahren entschlackt und überflüssige Kontrollen abgebaut werden. Außerdem sollen notwendige Dokumentations- und Verwaltungsanforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser entbürokratisiert werden. Da fühle ich mich persönlich jetzt wirklich an der Nase herumgeführt. Qualitätssicherung, ISO-Zertifizierung, Hygieneverordnung u. ä. sind die aktuellen Schlagworte, die fast allen Praxisinhabern, Krankenhäusern etc. Unbehagen, Kosten und Umstände bescheren. Dies soll jetzt wieder vereinfacht werden? Verstehe ich nicht, nicht wirklich.

Veränderungen bei den Arzneimitteln

Da auf den Fahnen der Gesundheitspolitik nun Wettbewerb, Qualität und Wirtschaftlichkeit stehen, darf dies auch nicht vor den Medikamenten halt machen. Medikamente müssen sich zukünftig an ihrem Nutzen und an ihren Kosten messen lassen. Begrenzte Mittel sollen nicht für fragwürdige Therapien oder Schein-Innovationen ausgegeben werden. Begnadet sei, wer diese Grenzen genau bestimmen kann.

Hingegen soll es bei den ganz teuren, speziellen und hochinnovativen Arzneimitteln, die oftmals als risikoreich eingeschätzt werden, in Zukunft von einer ärztlichen Zweitmeinung abhängen, ob diese Präparate verschrieben werden dürfen oder nicht.

Neue Ausschreibungsmöglichkeiten sollen den Wettbewerb im Arzneimittelbereich stärken. Krankenkassen haben demnächst mehr Möglichkeiten, mit den Herstellern günstigere Preise zu vereinbaren.

Zusammen mit Leitlinien, Disease-Management-Programmen und Qualitätssicherung wird der Kassen-Behandler vielleicht bald überflüssig? Alle Patienten kommen in eine entsprechende „Schublade“ und sollen nach



**Dr. rer. nat.
Susanne Pedersen**

Studium der Wirtschaftsmathematik in Ulm, seit 1999 in eigener Praxis als Heilpraktikerin mit den Schwerpunkten Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Orthomolekulare Medizin und Dorntherapie tätig. Adipositas-Therapie mit dem forever young-Konzept. Durch enge Zusammenarbeit mit der Zahnarztpraxis Ihres Mannes Dr. med. dent. Jürgen Pedersen Einbeziehung von Zähnen und zahnärztlichen Werkstoffen in Diagnostik und Therapie. 2005 Promotion in Medizininformatik zum Dr. rer. nat. mit dem Schwerpunkt „Interoperabilität im Gesundheitswesen“. Sie betreut in CO'MED die ständige Rubrik „Gesundheitspolitik“.

Kontakt:

Quellental 2, D-26340 Neuenburg
Tel: 04452/1299,
praxis.pedersen@t-online.de, www.drpedersen.de

„Kochbuch“ einheitlich versorgt werden. Klingt alles ganz einleuchtend, finden Sie nicht?

Krankenhäuser verändern sich

Menschen, die an schweren oder seltenen Krankheiten leiden und eine spezialisierte Behandlung benötigen, wie beispielsweise AIDS- oder Krebspatienten, sollen durch die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen besser versorgt werden können. Zusammen mit den „Medizinischen Versorgungszentren“ (MVZ) eine prima Idee. Wer geht dann noch zu den niedergelassenen Kassenärzten? Oh, natürlich die Patienten mit Hausarztmodell und die, die keine verkehrstechnische Anbindung an die Zentren haben.

Die Einsparungen bei den Krankenhäusern fallen niedriger aus als ursprünglich geplant. Im Streit mit den Ländern konnte sich die Große Koalition nicht durchsetzen. Statt auf 500 Millionen Euro müssen die Krankenhäuser nur auf 380 Millionen Euro Vergütung verzichten. Der Sparbeitrag der Rettungsdienste von geplanten 100 Millionen Euro wurde ganz gestrichen.

Kein Wunder, dass die Krankenhäuser ihre Dächer an Mobilfunkanbieter und ihre Räumlichkeiten im Rahmen der MVZ gern vermieten und ganze Abteilungen „outsourcen“, wie man so schön neudeutsch sagt.

Der Gesundheitsfond als Kernstück

Als Kernstück gepriesen wird der Gesundheitsfond, der allerdings erst am 1. Januar 2009 installiert werden soll. Alle Beitragszahler zahlen den gleichen Beitragssatz ein, wie es heute schon bei der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung ge-

schieht. Alles gesunde Systeme ...

Durch den Gesundheitsfond soll die unterschiedliche Finanzkraft der Kassen zu 100 Prozent ausgeglichen werden. Jede Krankenkasse erhält für jeden ihrer Versicherten einen pauschalen Betrag. Dieser ist abhängig von Alter, Geschlecht und bestimmten Krankheitsfaktoren. Dies soll auch der neue Risikostrukturausgleich sein. Dabei orientiert man sich an 50 bis 80 Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben um mindestens 50 Prozent über den durchschnittlichen Ausgaben pro Patient liegen.

Streitfall bis zuletzt war die so genannte Konvergenzklausel, die gewährleisten soll, dass aus keinem Bundesland durch die Einführung des Fonds mehr als 100 Millionen Euro zusätzlich in andere Länder abfließen. Das Bundesversicherungsamt geht bislang davon aus, dass diese Höhe von keinem der Bundesländer erreicht wird.

Falls der Einheitsbeitrag für die gesetzliche Krankenversicherung kommt, dann fällt in Zukunft auf, bei welcher Krankenkasse die Mittel nicht ausreichen und wo ein Zusatzbeitrag in Höhe von maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens erhoben werden muss. Zusatzbeiträge bis zu acht Euro werden einkommensunabhängig erhoben. Sollte der Zusatzbeitrag fällig werden, muss die Kasse die Versicherten auf die Möglichkeit eines Kassenwechsels hinweisen. Kündigt der Versicherte, muss er im Kündigungszeitraum (zwei bis drei Monate) keinen Zusatzbeitrag zahlen. Für mitversicherte Partner oder Kinder entfällt der Zusatzbeitrag, und auch Bedürftige sind von seiner Zahlung befreit. Zusammen mit den verschiedenen Wahlтарifen, die von den Kassen in Zukunft angeboten werden müssen, kommt richtig Bewegung in die Kassenlandschaft. Hoffentlich bleibt es für den Versicherten auch noch übersichtlich. Ständig mit dem Gedanken zu leben, ob man am günstigsten und gleichzeitig sinnvollsten versichert ist, kann auch belasten.

Neues Vergütungssystem für Ärzte

Zum 1. Januar 2009 soll ein neues Vergütungssystem für Vertragsärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt werden. So soll es eine neue Gebührenordnung mit festen Euro-Preisen innerhalb vereinbarter Leistungsmengen geben. Schön, dass dann für die Ärzte in dieser Hinsicht die Achterbahnfahrt gestoppt werden soll. Wenn kassenärzt-

liche Abrechnungen eine Wundertüte sind und selbst für Ärzte im Ruhestand beinahe Existenz bedrohende Rückforderungen anrollen können, ist das kein Zustand.

Der Weg in die Wettbewerbsmedizin

Der Bürger ahnt intuitiv, dass er bei jeder Gesundheitsreform eigentlich wieder den Kürzeren zieht. Leider hat er wieder Recht. Auch nach der neuen Reform oder trotz der neuen Reform wurden und werden die Krankenkassenbeiträge wieder steigen. Vollmundig versuchen die Regierenden die „versalzene Suppe“ als schmackhaft zu verkaufen. Inzwischen geht es ja vermehrt um die Außenwirkung der Ministerien, für die mehr und mehr Experten für teures Geld – unser Geld – verpflichtet werden. Die tollen Veränderungen müssen nur richtig kommuniziert und vermittelt werden, dann wird schon alles gut.

Fakt ist, dass durch die Veränderungen statt des plakatierten Wettbewerbs vor allem eine Möglichkeit der staatlichen Lenkung geschaffen wurde.

Über den Gesundheitsfond mit der Zugabe von Steuermitteln kann der Staat die Gesundheitsausgaben sowie die Verteilung der Gelder wesentlich mitbestimmen. Wenn der Fond denn auch kommt. Viele Experten halten dies für fraglich, da dieses Kernstück der Reform sehr umstritten ist und 2009 schließlich wieder Bundestagswahlen anstehen. Es müsste dann für alle Versicherten ein Einheitsbeitrag festgelegt werden, und der Wettbewerb der Kassen liefere nur noch über die privaten Zusatzbeiträge der Versicherten.

Die Anzahl der Krankenkassen zu verkleinern, halte ich nicht für verkehrt, denn das Entstehen neuer Kassen erinnerte an das sprichwörtliche „aus dem Boden schießen wie Pilze“. Das Gegenteil, nämlich eine Einheitskasse, widerspricht aber jedem Wettbewerbsgedanken. Dahingehend wird hoffentlich rechtzeitig gegengesteuert.

Schon lange steht außerdem eine Reform der inzwischen zwölf Jahre alten Pflegeversicherung an. Um den Streitereien, die es bei der nach langem Tauziehen verabschiedeten Gesundheitsreform gab, aus dem Wege zu gehen, werden einfach die Länder nicht mehr in die Koalitionstreffen eingebunden. Auf Ministerebene soll zwischen Ulla Schmidt, Ursula von der Leyen und Horst Seehofer der Gesetzentwurf erarbeitet werden. Irgendwie erinnert mich das an Wahlen für Ministerpräsidentinnen, bei denen so oft gewählt werden soll, bis es entweder peinlich ist oder das „richtige“ Ergebnis herauskommt. Oder an den Aufruf von Herrn Müntefering, als einige Abgeordnete in der Fraktion nicht so abstimmen wollten, wie er es gern gehabt hätte. Oder an die Situati-

on, als den verhandelnden Parteien ein dicker Entwurf erst kurz vor der Verhandlung vorgelegt wurde. Ist das Demokratie?

Monatelang werden Reformen des Gesundheitswesens diskutiert und in den Medien reflektiert. Manchmal weiß der Bürger schon gar nicht mehr, was nun eigentlich Gesetz geworden ist, was sich doch noch geändert hat oder was letztendlich verworfen wurde. Ist dann stolz die Verabschiedung präsentiert worden, könnte das Gefühl hochsteigen, dass nun wirklich etwas bewegt worden ist. Aber ...kaum ist die Reform verabschiedet, wird schon die nächste diskutiert und nach wenigen Monaten auf den Weg gebracht.

Offensichtlich haben sich nicht nur die Produktzyklen in der Industrie in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich verkürzt!

Auswirkungen auf die Naturheilkunde

Viele naturheilkundliche Verfahren sind als alleinige oder zusätzliche Therapie vielfach in der Lage, akute und chronische Leiden an der Wurzel zu packen und dauerhafter zu helfen als dies mit „normaler“ Kassenmedizin der Fall ist. Optimal ist es, wenn complementär gedacht wird, also in den Kategorien der so genannten „Schulmedizin“ und „Naturheilkunde“. Ein Behandler, der beides beherrscht, kann aus meiner Sicht das meiste erreichen.

Das eigentlich Gute an den Naturheilverfahren ist, dass sie nicht zur Kassenmedizin gehören und damit eine Art „Freiheit“ genießen. Der Behandler muss sich keine Gedanken machen über Anträge, Abrechnungsmodalitäten oder ähnliches. Er kann einfach nur behandeln und sich seinem Patienten widmen. Das sollte eigentlich der Normalfall sein, aber haben Sie nicht auch schon gehört: „Da brauche ich gar nicht mehr hinzugehen, der Doktor guckt ohnehin nur in seinen Computer und hat keine Zeit für mich“. Wenn nun die Kassenmedizin immer stärker gestrafft und reglementiert wird und die Kassenärzte darauf entsprechend reagieren müssen, werden mehr Menschen den Weg zu den complementär arbeitenden Ärzten oder Heilpraktikern finden. Einfach, weil sie dort nicht wie Pakete auf dem Fließband behandelt werden. Weil man sich mehr Zeit für sie nimmt. Weil sie nicht erst ein Studium der Sozialgesetzgebung absolvieren müssen, um zu verstehen, unter welchen Bedingungen, was wie und warum gemacht werden kann und ob auch alles Sinnvolle gemacht werden wird. Wenn man krank ist, ist das eben sehr, sehr wichtig!

Das Angebot von sinnvollen Leistungen außerhalb des Kassenkatalogs oder complementärmedizinischen Verfahren wird belohnt mit einer besonders treuen Patientenklitel, die in den nächsten Jahren und Jahrzehnten

noch wachsen wird. Hoffen wir, dass die Politik dort nicht auch noch ihr „Unwesen“ treibt.



Quelle

„Die neue Gesundheitsversicherung“, www.die-gesundheitsreform.de, gesundheitsreform_2007_fundament_gesundheitsversicherung_v01_02022007