

Gaby Guzek

Patient in Deutschland

Verraten und verkauft



Diese Datei dürfen Sie

- frei kopieren
- frei weiterversenden, gern auch im Schneeballsystem
- auf Ihrer Website einstellen

Bedingung: Die Datei wird nicht verändert, d.h. vor allem keine Seiten entfernt oder hinzugefügt.

Patient in Deutschland

Verraten und verkauft

Die Krankenkassenbeiträge steigen und steigen: Ein durchschnittlicher Angestellter arbeitet jedes Jahr ganze zweieinhalb Monate nur für seine Krankenkassenbeiträge – gleichzeitig wird die medizinische Versorgung ständig schlechter. Bei Medikamenten zahlen die Kassen nur noch Billigpillen, wer Rückenschmerzen hat und ein Rezept für eine Krankengymnastik ergattert hat, darf sich freuen. Ärzte werden mit massiven Strafzahlungen bedroht, wenn die Kassen meinen, dass sie „zuviel verschreiben“.

„Allen PR-Nebelbomben von Politikern zum Trotz: Wir haben schon lange eine klammheimliche Rationierung im deutschen Gesundheitswesen. Nur spricht keiner darüber. Das könnte ja Wählerstimmen kosten. Letztlich ist es aber kein anderer als Dr. med. Vater Staat selbst, der hinter den Kulissen die Strippen zieht und der – so scheint es mir – mehr die eigenen Finanzen als die Gesundheit seiner Bürger im Sinne hat“, schreibt die Hamburger Fachjournalistin Gaby Guzek in ihrem Buch „Patient in Deutschland – verraten und verkauft.“

Sie gibt einen bislang nicht da gewesenen Blick hinter die Kulissen des deutschen Gesundheitswesens: Wussten Sie, dass die gesetzlichen Krankenkassen mehr Geld für ihre eigene Verwaltung ausgeben als für die zahnärztliche Versorgung ihrer Versicherten insgesamt? Oder dass es in Deutschland nur noch rund 94.000 Arztpraxen gibt - aber 140.000 Krankenkassen-Mitarbeiter? Oder dass das Bundessozialgericht erst kürzlich einen 64jährigen Pathologen dazu verurteilte, auch als Notarzt bereit zu stehen - obwohl der Facharzt seit mehr als 30 Jahren keinen lebenden Patienten mehr zu Gesicht bekommen hat und kurz vor der Rente steht?

Gaby Guzek: Patient in Deutschland – verraten und verkauft.

Promedico Verlag Hamburg, 14,80 Euro. ISBN 978-3-932516-16-0

Sie erhalten dieses in jeder Buchhandlung – sollte Ihre Buchhandlung das Buch nicht vorrätig haben, können Sie es hier direkt bestellen:

Bitte hier abtrennen und faxen an 05 21/9 71 91 87

Cornelsen Verlagskontor GmbH & Co. KG

Kammerratsheide 66

33609 Bielefeld

Telefax 05 21/9 71 91 87

Ich möchte _____ Exemplare zu je 14,80 Euro per Rechnung bestellen. Die Versandkosten belaufen sich bei bis zu 10 Bücher auf 3,50 Euro.

Firma (optional) _____ PLZ, Ort _____

Titel, Name, Vorname _____ E-Mail-Adresse _____

Straße _____ Telefon / Fax _____

1. _____
Ort, Datum _____ Unterschrift (hiermit bestätige ich meine Bestellung)

2. _____
Unterschrift (hiermit bestätige ich, dass ich das Widerrufsrecht von 14 Tagen zur Kenntnis genommen habe)

FAX an
05 21/9 71 91 87

1. Vorwort	5
2. Gesundheit nach Kassenlage: Der Patient als Spielball der Politik	7
Staatsmedizin – Wie Politiker Ihre Behandlung bestimmen	7
„Ihre Kasse zahlt das nicht“ – Wer entscheidet das?	12
Zwei-Klassen-Medizin – von der Politik verordnet	20
Der Kassenarzt: Vom Heilberufler zum Sparkommissar	26
3. Alles für jeden – das geht nicht mehr	35
4. Von Reformen und Reförmchen	41
Die Gesundheitsreform: Diagnose Missgeburt	41
Interview: „Politik ohne Plan“	47
5. Im Griff der Lobbyisten und Konzerne	53
Die Gesundheitsheuschrecken kommen	53
Von der Arztpraxis zum konzerneigenen Versorgungszentrum	54
Gut für die Börsen-Story: Weg mit den Fachärzten	59
Callcenter statt Hausarzt	62
Wer mit wem und warum? Ein Blick auf Leben und Einkommen dreier Gesundheitspolitiker	63
Pillenpreise in Deutschland: Ein El Dorado für die Industrie	67
Ärzteverbände – Rücksichtlose Lobbyisten oder zahnlose Tiger?	70
6. Wo versackt das Geld der Krankenkassen?	73
Disease-Management-Programm: Das tut Ihrer Kasse richtig gut	77
Praxisgebühr: Das Extra-Geld für Ihre Kasse	81
Papierkrieg statt Patienten	82
Bürokratie in der Arztpraxis	84
7. Sparwahn, Absurdistan und Co	87
Ambulante Operationen: Gut, günstig, aber längst nicht gewollt	87
Rabattverträge: Das Pillen-Chaos	89
Knappe Finanzen gefährden Spezialzentren	91
Gemeindeschwestern gegen Ärztemangel	93
Arzthonorar versus Imbissbude	95
Die Rundum-Versorgung für 1 Euro und 18 Cent	96

8. Ärzte – Jammern auf hohem Niveau?	99
Alltag eines Landarztes – 18 Stunden ganz normaler Praxis-Wahnsinn	101
So kommt Ihr Arzt an sein Geld	104
Deutsche Ärzte wandern aus. Aber warum?	106
Ärzte im Ausland: Das Paradies existiert doch	108
„Hier werden Ärzte mit Respekt behandelt.“ Ein deutscher Arzt berichtet aus Australien	112
Interview: „Wir Ärzte sind in Deutschland der Sündenbock“	115
„Tut mir leid, ich bin kein Kassenarzt mehr“	118
Betrügerische Ärzte: und heftig rauscht der Blätterwald	122
9. Startschuss für das große Kliniksterben	127
Krankenhaus: Hauptsache billig	128
Interview: „Die Kollagen reißen sich die Hände und Füße aus“	133
10. Die elektronische Gesundheitskarte: Chaos à la Toll Collect?	135
Ihre intimen Krankendaten bald frei im Internet?	138
Pleiten, Pech und Pannen: Die neue Gesundheitskarte in Österreich	140
11. Der Pflegeskandal – und was wirklich dahinter steckt	143
Pflegeantrag: Umstrittene Gutachter	145
Die Pflegereform: Eine Mogelpackung	146
12. Arzthelferinnen: Prellbock der Gesundheitspolitik	151
Interview: Wie viel ist die Versorgung der Patienten wert?	154
13. Was tun?	157
14. Bonusmaterial & Anhang	163

Zwei-Klassen-Medizin – von der Politik verordnet

Sparen an allen Ecken und Enden, heißt es für gesetzlich Versicherte. Privatpatienten hingegen spüren davon wenig. Kein Wunder, dass da so mancher Kassenpatient schon mal neidisch wird. Diesen Neid schüren Politiker nur allzu gerne und wettern gegen eine ungerechte Zwei-Klassen-Medizin. Das bringt Volkes Sympathie und damit Wählerstimmen. Nur: Die Zwei-Klassen-Medizin ist politisch gewollt. Das aber mag kein Politiker zugeben. Sie trauen sich weder an wirklich grundlegende Reformen heran, noch wagen sie es, dem Bürger die Wahrheit zu sagen. Beispielsweise, dass die gesetzlichen Kassen aus Finanznot nicht mehr zahlen können, was die moderne Medizin ermöglicht.

Kassenpatienten bekommen nur eine „ausreichende“ Behandlung. So steht es im Gesetz.

Mit lauter Arztschelte ist Gesundheitsministerin Ulla Schmidt schnell bei der Hand: Ein Skandal sei es, dass hierzulande Privatpatienten besser behandelt würden als Versicherte von AOK, Barmer und Co. Sie muss es ja wissen: Ist sie doch selbst privat versichert, hat das Fernsehmagazin „Kontraste“ herausgefunden. „Die beste medizinische Versorgung“ wolle sie für alle gesetzlich Versicherten, verkündet die Ministerin. Das kommt an beim Wähler, hofft sie. Das Dumme ist nur: Aus ihrem eigenen Ministerium stammt ein Gesetz, das genau das gar nicht erlaubt. Das „Sozialgesetzbuch fünf“ regelt, auf welchem Niveau die medizinische Behandlung gesetzlich Versicherter stattzufinden hat: „Wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig“ dürfe sie sein, heißt es dort.

Ausreichend? Schüler kassieren dafür eine Vier. Medizin-Insider sprechen deshalb von „WANZ-Medizin“ für gesetzlich Versicherte: Ein Kunstwort aus den Anfangsbuchstaben von „wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig“. Welches Diagnoseverfahren oder welche Behandlung denn nun WANZ und damit für gesetzlich Versicherte erlaubt ist, darf ein Arzt schon lange nicht mehr selbst entscheiden. Das schreiben ihm eine kaum mehr überschaubare Zahl von Gesetzen, Verordnungen, Erlassen und Gerichtsentscheidungen vor.

Beispielsweise ist genau festgelegt, wie viele Medikamente ein niedergelassener Arzt einem Versicherten von AOK, Barmer und Co verordnen darf. Überschreitet der Mediziner sein Budget,

muss er dies in stundenlangem Papierkrieg ausführlich begründen – allerdings ist nicht mal das eine Garantie dafür, dass er nicht schlimmstenfalls aus eigener Tasche drauflegen muss. „Regress“ nennen das die zuständigen Prüfbehörden.

Besonders hart traf es eine niedersächsische Hausärztin. Die Krankenkassen fanden, sie habe ihren alten und teils schwer kranken Patienten zu viele Medikamente verschrieben. Die Ärztin musste dies mit über 81.000 Euro büßen und steht heute vor der Pleite. Klar, dass ein Arzt es sich bei jedem gesetzlich versicherten Patienten dreimal überlegt, ob dieser nicht vielleicht doch ohne ein Medikament auskommt. Bei Privatpatienten können Mediziner dagegen ohne Sorge zum Rezeptblock greifen: Für diese gelten keine Medikamentenbudgets.

Ob gesetzlich versicherte Patienten tatsächlich wenigstens das „Notwendige“ bekommen, wie es das Gesetz festlegt, selbst das bezweifeln immer mehr Mediziner. „Ich kann den Satz nicht unterschreiben, dass jeder das Notwendige bekommt“, meint auch die Berliner Professorin Elisabeth Steinhagen-Thiessen. Einem Reporterteam des Fernsehmagazins „Fakt“ berichtete sie, dass sie gesetzlich versicherte Schlaganfall-Patienten ihrer Klinik regelmäßig zu früh entlassen müsse, obwohl die Patienten noch immer Schwierigkeiten beispielsweise beim Greifen, Sprechen oder Schlucken hätten. „Wenn das keine Zwei-Klassen-Medizin ist“, empört sich die Medizinerin. Denn: „Bei Privatpatienten haben wir nicht diese Schwierigkeiten! Überhaupt nicht!“

Probleme haben auch Patienten, die sich beim niedergelassenen Arzt behandeln lassen und langfristig Krankengymnastik brauchen. Höchstens sechs Behandlungen hintereinander zahlen die gesetzlichen Kassen noch. Ist mehr nötig, kann der Arzt versuchen, mit aufwendigem Papierkrieg eine Sondergenehmigung der Kasse zu bekommen. Schlimmstenfalls muss er oder sein Patient das Geld für die „notwendige“ Therapie aus eigener Tasche zahlen. Benötigt hingegen ein Privatpatient Krankengymnastik oder Massagen, bekommt er sie auch. Notfalls über Jahre.

In Zeiten chronischer Geldnot zahlen die gesetzlichen Kassen immer häufiger Therapien generell nicht mehr, die sie früher anstandslos übernommen haben. Sie können sich zurückziehen auf Entscheidungen des allmächtigen „Gemeinsamen Bundesausschuss“.

Den schwarzen Peter haben die Ärzte: Sie müssen beim Patienten sparen – und haften dafür sogar mit ihrem eigenen Geld.

2. Der Patient als Spielball der Politik

Weniger schleichend kam eine ganz andere Rationierung für Kassenpatienten daher: Mit einem Federstrich verfügten Politiker, dass sämtliche Medikamente nicht mehr von der Krankenkasse bezahlt würden, die es auch ohne Rezept in der Apotheke zu kaufen gäbe. Wer sich nur gelegentlich sein Schnupfenspray oder ein Päckchen Kopfschmerztabletten kauft, den regt diese Regelung nicht sonderlich auf.

Im Regen stehen hingegen Patienten mit dauerhaften Krankheiten wie beispielsweise Allergiker: Ihre Medikamente sind häufig nicht rezeptpflichtig, also erstatten die Krankenkassen sie auch nicht mehr. Nur: Diese Medikamente sind nicht wie die Mittelchen gegen Husten und Schnupfen für ein paar Euro zu bekommen. Sie regelmäßig selbst kaufen zu müssen, reißt ein Loch in so manches Portemonnaie. Schon fast müßig zu betonen, dass Privatpatienten alles, also auch die freiverkäuflichen Medikamente von ihrer Kasse erstattet bekommen, wenn ihr Arzt ein entsprechendes Rezept ausschreibt.

Die Liste der Benachteiligung von Kassenpatienten ließe sich endlos fortsetzen: Sie betrifft quasi alle Bereiche der Medizin, von neuartigen Diagnoseverfahren über Operationsmethoden, Hightech-Medizinprodukte wie etwa Knochenimplantate, neue Medikamente bis hin zu Krankengymnastik und Kuren. Fakt ist also: Die Zwei-Klassen-Medizin hat schon längst Einzug gehalten in Arztpraxen und Krankenhäuser. Schuld daran sind aber nicht Ärzte, die aus Geldgier ihre Privatpatienten mit besseren Leistungen hofieren. Eher müssen Ärzte täglich die politisch vorgegebenen Leistungskürzungen bei ihren Kassenpatienten umsetzen, während sie Privatpatienten problemlos nach dem Stand der modernen Medizin behandeln können.

Der Neid von Kassenpatienten auf privat Versicherte ist auf den ersten Blick verständlich: Zahlen doch auch Kassenpatienten nicht gerade wenig an AOK, Barmer und Co. Und dennoch: Gäbe es die privat Versicherten nicht, würde gesetzlich Versicherten vielleicht sogar noch weniger Spitzenmedizin zuteil, so paradox das auch klingen mag. Wären alle acht Millionen Privatpatienten in Deutschland gesetzlich versichert, fehlten im Gesundheitssystem ganze 8,5 Milliarden Euro. Diesen Betrag geben die privaten Krankenversicherungen jährlich für die Behandlung ihrer Versicherten und deren Arzneien aus. Geld, das zusätzlich ins Gesundheitswesen fließt, rechnet der Verband der privaten Krankenversicherung vor. Diese Summe ist gerade deshalb so nötig, weil Ärzte

Gäbe es keine Privatversicherten, bekämen auch gesetzlich Versicherte eine schlechtere Medizin – so paradox das klingt.

heute für ein Drittel ihrer Behandlungen von Kassenpatienten gar kein Geld mehr bekommen. „Drei bis vier Wochen vor Ende eines Quartals habe ich mein Budget für Kassenpatienten schon restlos ausgeschöpft. Alle Patienten, die ich dann noch behandle, behandle ich umsonst“, rechnet ein Internist vor.

Anders als bei Privatpatienten, denen der Arzt eine Rechnung schreibt, bekommt der Mediziner das Geld für die Behandlung von Kassenpatienten erst nach der Verrechnung über ein höchst kompliziertes System. Wie viel er genau in einem Quartal verdient hat, erfährt er in der Regel erst ein Dreivierteljahr später. So kann kein Unternehmer kalkulieren. Viele Ärzte halten sich nur deshalb finanziell über Wasser, weil ihre Privatpatienten ihnen verlässliche Einnahmen bescheren. Je mehr Privatpatienten eine Praxis hat, umso besser ist häufig auch die medizinische Versorgung der Kassenpatienten. Der Arzt kann sich das dann im wahrsten Sinne des Wortes leisten – auch wenn sein Budget für gesetzlich versicherte Patienten vielleicht bereits ausgeschöpft ist. Die Einnahmen durch Privatpatienten machen es möglich.

Für einen Privatpatienten bekommt der Arzt Geld – für die Behandlung von Kassenpatienten erstmal nur Punkte.

Wasser predigen, Wein trinken

Wenn Politiker wieder einmal darüber nachgrübeln, welche Leistungen für gesetzlich Versicherte sie noch auf die Streichlisten setzen könnten, sind die meisten von ihnen von den eigenen Entscheidungen gar nicht betroffen: Sie sind privat versichert. Allen voran Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, hat das Fernsehmagazin „Kontraste“ herausgefunden.

Auch Horst Seehofer, der glühende Verfechter des Solidarprinzips der gesetzlichen Kasse, muss nicht die Konsequenzen seiner Zeit als Gesundheitspolitiker ausbaden. Vor der laufenden „Kontraste“-Kamera dazu befragt, warum er nicht gesetzlich versichert sei, verwies er zunächst ausweichend auf seinen Beamtenstatus: „Ich bin mit sechzehn Jahren Dienstanfänger geworden und da war man nicht in der Pflichtversicherung.“ Doch das Kontraste-Team ließ

Jeder zweite Bundestagsabgeordnete ist angeblich privat krankenversichert.

nicht locker: „Aber Bundestagsabgeordnete können am Anfang einer Legislaturperiode wechseln, warum haben Sie es nicht gemacht?“ Darauf Seehofer: „Weil ich seit vielen Jahren anders versichert bin. Und wenn ich mit einer Versicherung zufrieden bin, dann wechsle ich nicht. Sie wechseln ja auch nicht die Frau, wenn Sie mit der Frau zufrieden sind, oder?“

Weniger auskunftsfreudig gab sich da die Grüneabgeordnete Birgit Bender, bekennende Linke innerhalb der Partei und ebenfalls lauttönende Verfechterin der Idee „Alle für einen, einer für alle“ in der gesetzlichen Krankenversicherung. Von den „Kontraste“-Journalisten zu ihrer Krankenversicherung befragt, beschied sie nur schmallippig: „Diese Frage beantworte ich prinzipiell nicht.“ Ein Schelm, wer sich fragt, warum nicht.

Vielleicht zählt sie ja dann doch am Ende zu den vielen, vielen privat versicherten Abgeordneten: Von den Parlamentariern, die über künftige Kassenleistungen zu entscheiden haben, sind das mehr als die Hälfte, hat „Kontraste“ recherchiert.

Aufreger: Wartezeiten für Kassenpatienten

Leise tröpfelt Klaviermusik durch die Warte-Lounge, die Privatpatienten relaxen in Ledersesseln und schlürfen ihren Kaffee – während die Versicherten von AOK, Barmer & Co nebenan in der Holzklasse stundenlang und dicht gedrängt auf ihren Aufruf warten. Glaubt man den Medien, sieht so die Zweiklassenmedizin in deutschen Arztpraxen aus. Doch heißt es dort wirklich nur noch Sekt oder Selters? Müssen Kassenpatienten mittlerweile froh sein, überhaupt noch einen Termin zu bekommen? Ja und nein ...

Er gibt es ohne Umschweife zu: „Ja, ich habe einen separaten Warteraum für Privatpatienten“, nickt der HNO-Arzt Dr. Dirk Heinrich aus Hamburg. Die medienwirksame Politikerschelte hierfür perlt an dem Fachmediziner allerdings ab: „Ohne ein oder zwei Privat-

5. Im Griff der Lobbyisten und Konzerne

Die Gesundheits-Heuschrecken kommen

Es hat zwar bislang kaum ein Patient wirklich bemerkt, aber das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einem dramatischen Umbau. Es gerät zunehmend in die Hände rein profitorientierter, teils sogar börsennotierter Unternehmen, die nicht den Patienten sondern ihren Profit im Fokus haben.

Die bayerische Hausärztin Dr. Petra Reis-Berkowicz bringt es auf den Punkt: „Der Staat zieht sich aus seiner Verantwortung zur bisher grundgesetzgesicherten Gesundheitsversorgung seiner Bevölkerung zurück und überlässt diese den Privatinvestoren und dem freien Spiel der Marktkräfte mittels Callcenter, MVZ und Konzern-eigenen Kliniken. Krankenhäuser machen politisch gewollte Defizite, werden an Klinikketten verkauft. Niedergelassene Ärzte verdienen politisch gewollt so wenig, dass der Nachwuchs ausbleibt. Sie werden durch Medizinische Versorgungszentren ersetzt, die zu guter Letzt ebenfalls den Klinikkonzernen gehören werden. Die medizinische Versorgung unseres Landes liegt dann nicht mehr in der Verantwortung von Ärzten, sondern von Konzernen.

Monopolstrukturen und die Lenkung der Patientenströme garantieren bei einer immer älter werdenden Bevölkerung eine geradezu utopische Ertragssituation. Ärztliche Standestradi-tionen werden dem reinen Streben nach Ertrag geopfert werden.

Die Ursache liegt nicht in dem Wunsch der Bevölkerung nach dieser Veränderung. Die Bevölkerung will diese Veränderungen nicht und sie wurde auch nicht vor, noch nach den Wahlen dazu gefragt. Nur durch die geschickte Manipulation der Regierung durch hochpotente Lobbyisten, die die Macht haben, über das Schicksal der Politiker zu verfügen, sind diese Veränderungen möglich.“ Der Gesundheitsforscher Hagen Kühn zieht einen historischen Vergleich: „Kleine niedergelassene Ärzte haben vor diesem großen Prozess eine Stellung wie vielleicht Anfang des 19. Jahrhunderts die Weber angesichts der Textilindustrie.“ Das Schicksal der kleinen Weber ist bekannt. Sie sind Geschichte.

Callcenter sollen Hausärzte entlasten – oder ersetzen, wie Mediziner meinen?

Von der Arztpraxis zum konzerneigenen Versorgungszentrum

Von der Öffentlichkeit völlig unbemerkt haben große, börsennotierte Klinikkonzerne angefangen, die kleine niedergelassene Arztpraxis um die Ecke zu entern. Sie wollen sich ein gutes Stück aus dem Finanzkuchen der niedergelassenen Ärzte sichern. Dazu kommt: Die zu Gesundheitszentren umfunktionierten Arztpraxen sind praktische Patienten-Zulieferer für die konzerneigenen Kliniken. Das richtige Geld wird dann mit den Hospitälern verdient.

Wie die Kassenarztpraxis um die Ecke im Stillen umfunktioniert wird, sieht man beispielsweise in Köln: Dort könnte so mancher Patient in naher Zukunft seine gewohnte Arztpraxis nicht mehr vorfinden. Die finanzschwere Rehasan Gesundheitszentrum GmbH kauft Arztpraxen auf, um diese in GmbH-eigenen Zentren zusammenzufassen. Diese spezielle Shoppingtour ist nötig, weil Rehasan sonst nach dem Gesetz keine Kassenpatienten ambulant behandeln dürfte. Jede gekaufte Arztpraxis ist quasi das Ticket dazu.

„Für einen überdurchschnittlich hohen Kaufpreis“ wolle man Kölner Praxen von Orthopäden, Gynäkologen, Neurologen, Psychotherapeuten und Kinderärzten aufkaufen, lockt das Unternehmen in einem Rundschreiben. Auch die Fachrichtungen Urologie, HNO, Augenheilkunde und Dermatologie seien „von Interesse“. Mit dabei im Rundum-Sorglos-Paket: „Im Rahmen des Praxiskaufs übernehmen wir Ihre gesamte Praxis und führen selbstverständlich bestehenden Anstellungsverhältnisse fort.“

Kein Wunder, dass da so mancher niedergelassene Arzt schwach wird. Viele Praxen sind durch die Gesundheitspolitik der letzten Jahre finanziell so ausgeblutet, dass ein solcher Verkauf ein verlockender Ausweg aus der Misere zu sein scheint. Kommt hinzu, dass viele Arztpraxen anders ohnehin kaum mehr verkäuflich sind. Es findet sich einfach kein interessierter Nachfolger mehr. So wie in Köln läuft es derzeit in der ganzen Republik: Kapitalstarke Unternehmen kaufen Arztpraxen auf – mit dem Ziel, diese an Versorgungszentren zu verlagern. Ganz vorne mit von der Partie: die milliardenschweren Rhön-Kliniken. Mitglied des Aufsichtsrats der börsennotierten Klinikette: Der Kölner SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach, Intimus der Gesundheitsministerin (Insider-Jargon: „Der Schmidt-Flüsterer“).

Viele Ärzte stehen heute schon mit dem Rücken zur Wand und geben auf. Sie machen Platz für finanzschwere Klinikketten.

Dabei wissen beispielsweise die Rhön-Manager schon heute: Diese ambulanten Zentren werden „nicht die Riesen-Cash-Cow“, formulierte es der stellvertretende Vorstandsvorsitzende, Gerald Meder. Entscheidend seien vielmehr die Synergien mit dem Krankenhaus. Gemeint ist: Die ambulanten Zentren dienen vor allem als Patienten-Zulieferer für die weit lukrativeren Krankenhäuser, auf deren Gelände sie zumeist ohnehin schon stehen.

„Solche Verbünde von MVZ und Krankenhaus sind die wahren künftigen Cluster“, weissagt deshalb auch das „Deutsche Ärzteblatt.“ Mit ihnen strebe die Rhön-Klinikum AG langfristig eine flächendeckende Vollversorgung an. Die niedergelassene Praxis um die Ecke existiert in der schönen neuen Rhön-Welt nicht mehr. „Innerhalb von 60 bis 90 Minuten soll jeder Patient eine Konzerneinrichtung erreichen können“, beschreibt ein Rhön-Manager die Pläne.

Vor allem für Senioren wohl ein grausiges Szenario. „Wie soll das eine ältere Diabetikerin ohne Auto denn überhaupt bewältigen?“, fragt sich der Erkrather Hausarzt Martin Grauduszus. Der Berliner Urologe Dr. Mathias Solga weiß, wie solche Dinge in der ehemaligen DDR gelöst wurden – dort waren Medizinische Versorgungszentren unter dem alten Namen „Poliklinik“ gang und gäbe. Er berichtet:

„Ein Oberschenkelamputierter aus Pankow (Nordberlin) meldete einen Transport an zur zentralen Diabetiker-Poliklinik in Mitte an. Die Anweisung: Er habe sich ab 7.00 Uhr bereitzuhalten, nüchtern, weil ja Diabetes-Kontrolle anstehe. Der Sammeltransport kam dann gegen 9.00 Uhr, besetzt mit vier bis fünf weiteren Patienten, aufgesammelt auf der Tour, und lud den alten Herrn ein.

Nachdem weitere Leute eingeladen wurden, huckelte die Fuhre so gegen 11.30 Uhr in der Poliklinik ein und entlud ihre Ladung auf die Gänge, wo die Leute dann in der Schlange vor der Anmeldung standen, ob beinamputiert oder nicht.

Bis die Anmeldung vorbei war kam, die Mittagspause. Um 13.00 Uhr wurde der Blutzucker bestimmt, und dann brauchte man nur noch bis 15.00 Uhr zu warten. Dann hatte der Arzt endlich Zeit, für zwei bis drei Minuten maximal. Immerhin konnte man jetzt die – hoffentlich – mitgebrachten Stullen auf dem Gang auspacken. Um 15.30 Uhr raus aus dem Arztzimmer, Transport angemeldet. Der kam dann ge-

Die Arztpraxis um die Ecke ist ein Auslaufmodell. Ein Alptraum gerade für Senioren, die nun weite Wege fahren müssen.

gen 17.00 Uhr und sammelte eine Fuhre Pankower ein, verteilte die wieder.“

So etwas macht niemand freiwillig. Und solange es in Deutschland den niedergelassenen Arzt um die Ecke gibt, wird es sich angesichts der patientenfreundlichen Konkurrenz auch keine Poliklinik leisten können, so mit ihren Kranken umzugehen. Nur: Bereits heute steht jede dritte Arztpraxis vor dem finanziellen Aus, zeigen Bankenstatistiken. Und „angesichts der Ziele und der Marktmacht von Finanz- und Klinikgiganten ist es nur eine Frage der Zeit, bis viele, viele von uns nicht mehr da sind“, fürchtet auch Grauduszus. „Hier paaren sich ganz fatal die finanziellen Interessen von Gesundheits-Heuschrecken mit der Vorstellungswelt unserer Ministerin, die aus rein ideologischen Gründen den freiberuflichen Ärzten den Kampf angesagt hat“, kritisiert er.

Diese sieht das Ganze eher entspannt und versichert: Die Patienten sollten die Wahl haben zwischen der Behandlung in einem ambulanten Zentrum und in der Arztpraxis. Das solle der Wettbewerb entscheiden. Was sie weiß, aber nicht sagt: Dieser ist alles andere als fair. Denn nicht nur sind die Investoren solcher Zentren ohnehin schon Milliarden schwer: Obendrauf erhalten Kliniken jedes Jahr kräftige Finanzspritzen in mehrstelliger Millionenhöhe aus Steuergeldern, beispielsweise für neue Geräte oder Gebäude. Niedergelassene Ärzte müssen jeden Cent selbst verdienen. „Verschwindet aber der Arzt um die Ecke, ist es auch umso leichter, staatliche Sparmedizin durchzusetzen“, warnt Grauduszus. „Das sehen wir doch schon heute in den Kliniken: Da entscheiden Zahlenmenschen, was medizinisch läuft, und keine Ärzte. Der einzelne angestellte Arzt hat da doch kein Mitspracherecht mehr.“ Heute kämpfen noch jeder niedergelassene Arzt darum, für seinen Patienten auch unter den gesetzlichen Sparzwängen eine möglichst gute Behandlung zu ermöglichen – auch wenn er es immer mit dem Risiko tue, sie dann aus eigener Tasche zu bezahlen.

Solange in einer Poliklinik nicht rabiat gespart wird, scheint sie finanziell ohnehin nicht wirklich spannend zu sein. So startete beispielsweise die AOK Berlin schon vor vielen Jahren für ihre Versicherten eine Poliklinik – und versenkte Unsummen, Insider sprechen von mehreren Millionen Euro. Der Grund für die Misere: Die Poliklinik wird nach der gleichen Gebührenordnung honoriert wie auch die niedergelassenen Ärzte.

Kliniken erhalten jedes Jahr kräftige Finanzspritzen aus Steuergeldern. Niedergelassene Ärzte müssen jeden Cent selbst verdienen.

13. Was tun?

Zunächst meinen herzlichen Dank an Sie, dass Sie es geschafft haben, auf vielen dutzend Seiten den völlig aus dem Ruder gelaufenen Irrsinn unseres heutigen Gesundheitswesens zu verfolgen. Sicherlich zu Weilen zornig, kopfschüttelnd, ungläubig oder – im besten Falle – auch mal schmunzelnd angesichts des Bürokratie-Wahns.

Wie gerne würde ich jetzt in einem letzten Kapitel mit elegantem Florett den gordischen Knoten durchtrennen und Ihnen verraten, was Sie tun können, um nicht selbst vom irrsinnigen Knäuel deutscher Staatsmedizin stranguliert zu werden, wenn sie einmal selbst alt krank oder gar beides sind.

Leider kann ich es nicht. Jedenfalls nicht in dem Maße, wie ich es wollte. Es gibt keine schnelle Hilfe. Dieses System ist so, wie es ist, nicht reformierbar. Das Buch hätte schon einen sehr wichtigen Zweck erfüllt – und Ihnen in sofern schon ein wenig Hilfe zukommen lassen – wenn Sie sich ab heute nichts mehr vormachen lassen. Egal, in welcher Talkshow, in welchem Interview oder welcher Radiosendung Sie auch immer hören „wir brauchen neue Reformen“ können Sie sich getrost anderen Dingen zuwenden. Jede weitere so genannte „Reform“ hieße nur, dem gordischen Knoten eine weitere Schlinge hinzuzufügen. Gucken Sie doch mal hin. Was kommt als nächstes: Der Bürokraten-Moloch „Gesundheitsfonds.“ Bekomme ich durch ihn auch nur bei einem Arzt, in einer Klinik eine bessere Behandlung? Wohl kaum. Aber wir haben wieder mehr Verwaltung, noch mehr Vorschriften, hurra.

Dreh- und Angelpunkt ist für mich, dass jede Reform immer nur noch mehr Unfreiheit und Einschränkungen für uns Patienten bringen kann – so lange sich die verantwortlichen Politiker nicht davon verabschieden, dass allein sie darüber entscheiden können, wie unsere medizinische Versorgung auszusehen hat, was gut und richtig für uns sei.

Was mich stört ist der Zwang, Teil eines Gesundheitssystems sein zu müssen. Der Zwang, jeden Monat viel Geld direkt von meinem Gehaltszettel verschwinden zu sehen – und dann beispielsweise in meiner Heimatstadt Hamburg an Glaspalästen von Krankenkassen vorbei zu fahren, die größer und prächtiger sind als die der hier ebenfalls ansässigen Ölkonzerne. Mit all

Das System ist nicht mehr reformierbar. Wir brauchen einen Neustart.

diesem Irrsinn habe ich so lange kein Problem, wie man mich nicht zwingt, Teil des Systems zu sein. Aber wie den meisten meiner Landsleute lässt man mir ja gar keine andere Wahl.

Ich werde gezwungen, sehr viel Geld in ein System einzuzahlen, auf das ich überhaupt keinen Einfluss habe – und das mir aber wiederum nur eine medizinische Versorgung gewährt, die in irgendwelchen Amtsstuben für „wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig“ befunden wird.

Genau das aber will ich nicht. Ich will zu dem Arzt gehen können, dem ich vertraue und ich will mit ihm zusammen eine für mich gute und richtige Behandlung finden. Ich will, dass er dafür anständig bezahlt wird. Denn das gebietet allein schon die Achtung vor ihm – und mir, denn auch ich bin mir viel wert! Ich bin kein Bittsteller, ich bin wertvoll und so will ich auch behandelt werden. Wenn aber eine Krankenkasse meinem Hausarzt nur zwei Euro dreißig für meine Untersuchung bezahlt, dann degradiert sie nicht nur ihn, sondern auch mich. Ich will, dass sich mein Arzt ordentlich Zeit nehmen kann ohne ständig auf die Uhr zu gucken. Ich will, dass er mir Medikamente verschreiben kann, weil er meint, dass sie mir helfen – und nicht, weil es ihm irgendeine Krankenkasse befiehlt.

Ich will zu dem Arzt gehen können, dem ich vertraue und will mit ihm zusammen meine gute und richtige Behandlung finden.

Ich bin der Meinung, dass all dies angesichts der enormen Geldmengen auch möglich sein müsste, die unsere – Ihre, meine – monatlichen Zwangsbeiträge auf die Konten von AOK, Barmer & Co spülen.

Gesundheitspolitische Neuerungen wie medizinische Versorgungszentren, Hausarztmodelle oder meinetwegen sogar Call-Center, die im Auftrag von Krankenkassen in der Leitung hängen wären für uns Patienten doch überhaupt kein Problem, wenn wir uns freiwillig entscheiden könnten, ob wir sie haben wollen. Dann würden die guten Ideen schnell Verbreitung finden, patientenunfreundliche hingegen als Rohrkrepierer ebenso rasch wieder beerdigt.

Nur weil wir alle Zwangsmitglieder in diesem System sind, können uns Absurditäten wie Rabattverträge bei Arzneimitteln aufgezwungen werden, kann uns unsere Krankenkassen letztlich verschreiben, welche Pillen wir zu schlucken haben – so bitter sie auch sein mögen.

Das Problem ist, dass wir als Deutsche unser Krankenkassen-Zwangssystem nicht hinterfragen. Wie auch, wir kennen es ja nicht anders. Ein Fisch im Aquarium kann auch sehr lange der Auffassung sein, im Ozean zu leben.

Alle bisherigen „Gesundheitsreformen“ erinnern mich das an einen bekannten Witz: Ein Betrunkener kriecht nachts unter einer Laterne herum. Ein Polizist fragt ihn, was er denn da mache. „Ich suche meinen Schlüssel“, antwortet der Alkoholisierte. Der Polizist will helfen und fragt nach: „Wo genau haben Sie ihn denn verloren? Hier, unter der Laterne?“ „Nein. Dort drüben“, sagt der Betrunkene und zeigt ins Dunkle. „Aber hier habe ich mehr Licht zum Suchen.“

Den Schlüssel für ein besseres Gesundheitswesen werden wir nur finden, wenn wir da suchen, wo es vielleicht ein wenig schwieriger, dafür aber erfolg versprechender ist.

Wir müssen anfangen, kritisch zu denken. Kritisch zu hinterfragen, was das eigentlich für ein System ist, in das wir alle hineingezwungen werden – und wem es eigentlich in Wahrheit dient. Denn uns Patienten ja nun wirklich nicht. Diese Frage müssen wir immer wieder stellen. So oft es geht. Machen Sie Druck. Beispielsweise bei Ihren lokal verantwortlichen Politikern, egal ob auf Kreis-, Landtags, oder Bundesebene. Machen Sie Lärm. Schweigen Sie nicht länger und meckern nur still für sich. Schließen Sie sich beispielsweise mit örtlichen Selbsthilfegruppen zusammen. Natürlich bringt ein Abgeordnetenbesuch, ein Anruf, eine E-Mail wenig bis nichts. Aber viele, die bringen was. Wir müssen endlich zeigen, dass wir uns nicht mehr abfinden mit dem Status „verraten und verkauft“, wenn es um unsere Gesundheit geht.

Wissen Sie, was ich glaube? Dass die Politik nichts mehr fürchtet, als genau das. Und zwar nicht „nur“, weil sie dann vielleicht wirklich mal was an unserem Gesundheitssystem grundlegend ändern müsste. Nein, es geht noch um viel mehr. Nirgendwo merkt der einzelne Bürger mehr als im Gesundheitswesen, dass hier grundsätzlich etwas schief läuft in unserem Sozialsystem. Bei allen anderen Systemen etwa bei der Renten- oder Pflegeversicherung tritt der Frust der Betroffenen erst sehr viel später ein. Sprich: Wir zahlen heute in die Renten- und Pflegekasse ein, hören zwar in den Medien, dass wir davon später wenig haben werden – aber wir spüren es heute noch nicht am eigenen Leibe.

Das Problem ist, dass wir Deutschen unser Krankenkassen-Zwangssystem nicht hinterfragen.

Im Gesundheitswesen ist das aber anders: Jeder von uns zahlt heute schon horrenden Beiträge ein – und spürt akut bei jedem Arztbesuch, wie weniger eigentlich dafür bekommt. Daraus erwächst Frust, heute, hier gleich – und nicht erst, wenn wir Rentner oder Pflegebedürftige sind. Das ist auch genau der Grund, warum wir mittlerweile im Zweijahrestakt „Gesundheitsreformen“ haben – anders als bei der Rente beispielsweise. Die Politiker wissen, wie unzufrieden wir heute, jetzt sind und versuchen, uns mit ständigen Reformen weiß zu machen, sie würden etwas verbessern. Sie sagte schon der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer so schön: Nach der Reform ist vor der Reform. Jedes mal aber wurde es für uns Patienten immer nur schlechter statt besser. Besser wurde es mal um mal nur für die immer größere, sich aufblähende Verwaltung. Aber das ist auch kein Wunder: Mehr als zwei Drittel aller Bundestagsabgeordneten kommen aus der öffentlichen Verwaltung. Jedes System versorgt sich erstmal selbst, bevor es anderen etwas übrig lässt.

Wir haben nur deshalb ständig „Gesundheitsreformen“, damit uns Politiker vormachen könnten, es würde endlich besser.

Genauso kritisch sehe ich die vielen so genannten „Experten“ die immer an den Reformen und Reförmchen mitbasteln. Viel zu viele von ihnen sind hinter den Kulissen die eigentlichen Profiteure des heutigen Systems. Der Kölner Bundestagsabgeordnete Professor Karl Lauterbach etwa zählt zu den Top-Nebenverdienern im Deutschen Bundestag. Seine Tätigkeiten vor allem als Berater von Krankenkassen und Kliniken (u.a. den börsennotierten Rhön-Kliniken, in deren Aufsichtsrat er sitzt) bringen ihm jährlich mehrere zehntausend Euro zusätzlich zum Abgeordnetensalar ein. Wo ist die Gesundheitsreform, die endlich den Patienten hört und in den Mittelpunkt stellt und nichts anderes? Die berücksichtigt, was wir eigentlich wollen – und die uns nicht mit noch mehr Regeln, Gesetzen und Verordnungen vorschreibt, wie wenig Leistung wir für immer mehr Geld bekommen?

Ein kritischer „Aufstand“ gegen das Zwangssystem der gesetzlichen Krankenversicherung könnte ein Zündfunke sein. Zu viele Menschen könnten anfangen darüber nachzudenken, wie sinnvoll eine abermillarden Euro teure Bürokratiemaschine ist, die in all unseren Lebensbereichen – und durchaus nicht nur im Gesundheitswesen - von der Wiege bis zur Bahre über uns wacht und uns für ihre erdrückende Fürsorge auch noch so unendlich viel Geld in Form von Steuern und Sozialabgaben abknöpft.

Wenn Sie mir bis hierher gefolgt sind, hat dieses Buch schon ein wichtiges Ziel erreicht. Wir müssen anfangen nachzudenken. Wir

müssen uns auf die Suche nach dem Schlüssel machen – aber an der richtigen Stelle. Und dann müssen wir handeln.

Ein Wort zum Schluss

Dieses Buch entstand im Wesentlichen aus Beiträgen und Artikeln der Wartezimmerzeitschrift „durchblick gesundheit.“ Wenn Sie auch weiterhin, nach Erscheinen dieses Buches, immer aktuell darüber informiert sein möchten, was wirklich läuft im Deutschen Gesundheitswesen, so können Sie dies auf zwei Arten tun.

Im Idealfall hat Ihr Arzt die Zeitschrift abonniert und stellt sie Ihnen im Wartezimmer als Lektüre zur Verfügung. Achten Sie beim nächsten Arzttermin darauf. Vermissen Sie die Zeitschrift, fragen Sie vielleicht in der Praxis nach. Leider kennen noch immer zu wenige Mediziner dieses Medium. Ihr Arzt kann sich problemlos im Internet ein oder zwei Probeexemplare bestellen. Das geht für Mediziner unter www.durchblick-gesundheit.de.

Leider ist es dem Verlag nicht möglich, die Zeitschrift direkt an Patienten auszuliefern, die einzige Möglichkeit, sie zu lesen, besteht also über die Arztpraxis. Anders ist dies im Internet selbst. Unter der genannten Adresse www.durchblick-gesundheit.de finden Sie alle Ausgaben der Zeitschrift auch online, die Seite wird ständig aktualisiert.

Dort können Sie auch in den „Weblogs“ interessante Meinungen, Erlebnisse und Kommentare von Patienten, Ärzten, Pflegern oder sogar Kassenmitarbeitern lesen, die dort alles rund um die Gesundheitspolitik diskutieren.

Patient in Deutschland

Verraten und verkauft

Die Krankenkassenbeiträge steigen und steigen: Ein durchschnittlicher Angestellter arbeitet jedes Jahr ganze zweieinhalb Monate nur für seine Krankenkassenbeiträge – gleichzeitig wird die medizinische Versorgung ständig schlechter. Bei Medikamenten zahlen die Kassen nur noch Billigpillen, wer Rückenschmerzen hat und ein Rezept für eine Krankengymnastik ergattert hat, darf sich freuen. Ärzte werden mit massiven Strafzahlungen bedroht, wenn die Kassen meinen, dass sie „zuviel verschreiben“.

„Allen PR-Nebelbomben von Politikern zum Trotz: Wir haben schon lange eine klammheimliche Rationierung im deutschen Gesundheitswesen. Nur spricht keiner darüber. Das könnte ja Wählerstimmen kosten. Letztlich ist es aber kein anderer als Dr. med. Vater Staat selbst, der hinter den Kulissen die Strippen zieht und der – so scheint es mir – mehr die eigenen Finanzen als die Gesundheit seiner Bürger im Sinne hat“, schreibt die Hamburger Fachjournalistin Gaby Guzek in ihrem Buch „Patient in Deutschland – verraten und verkauft.“

Sie gibt einen bislang nicht da gewesenen Blick hinter die Kulissen des deutschen Gesundheitswesens: Wussten Sie, dass die gesetzlichen Krankenkassen mehr Geld für ihre eigene Verwaltung ausgeben als für die zahnärztliche Versorgung ihrer Versicherten insgesamt? Oder dass es in Deutschland nur noch rund 94.000 Arztpraxen gibt - aber 140.000 Krankenkassen-Mitarbeiter? Oder dass das Bundessozialgericht erst kürzlich einen 64jährigen Pathologen dazu verurteilte, auch als Notarzt bereit zu stehen - obwohl der Facharzt seit mehr als 30 Jahren keinen lebenden Patienten mehr zu Gesicht bekommen hat und kurz vor der Rente steht?

Gaby Guzek: Patient in Deutschland – verraten und verkauft.

Promedico Verlag Hamburg, 14,80 Euro. ISBN 978-3-932516-16-0

Sie erhalten dieses in jeder Buchhandlung – sollte Ihre Buchhandlung das Buch nicht vorrätig haben, können Sie es hier direkt bestellen:

Bitte hier abtrennen und faxen an 05 21/9 71 91 87

Cornelsen Verlagskontor GmbH & Co. KG
Kammerratsheide 66
33609 Bielefeld
Telefax 05 21/9 71 91 87

Ich möchte _____ Exemplare zu je 14,80 Euro per Rechnung bestellen. Die Versandkosten belaufen sich bei bis zu 10 Bücher auf 3,50 Euro.

Firma (optional) _____ PLZ, Ort _____

Titel, Name, Vorname _____ E-Mail-Adresse _____

Straße _____ Telefon / Fax _____

1. _____
Ort, Datum _____ Unterschrift (hiermit bestätige ich meine Bestellung)

2. _____
Unterschrift (hiermit bestätige ich, dass ich das Widerrufsrecht von 14 Tagen zur Kenntnis genommen habe)

FAX an
05 21/9 71 91 87