

Dr. med. Hans Ulrich Oxfort
Facharzt f. Orthopädie

56626 Andernach, 14.10.2006
Friedhofstr. 12
Tel.: 02632 499780
Fax.: - 499781
e-mail: uoxfort@gmx.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Sekretariat
Platz der Republik 1
11011 Berlin

*Verteiler

Reform des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland

Sehr geehrte Damen und Herren,

den Sozialsystemen und allen voran das Gesundheitssystem stehen große Veränderungen bevor. Die erforderlichen Veränderungen sind weiterhin im Fluss und müssen die Barrieren der einzelnen Interessenvertretungen überwinden bzw. berücksichtigen.

Angesichts der demoskopischen Entwicklung wird es auch trotz der angekündigten Sparmaßnahmen weiterhin bzw. zunehmend an den notwendigen Geldern mangeln, um unseren hohen medizinischen Standard für die breite Bevölkerungsschicht aufrecht zu erhalten. Zudem droht die Arbeit im medizinischen Sektor durch zunehmende Einsparungen, Kürzungen bei Personal und Einkommen, unbezahlte bzw. nicht entsprechend ausgeglichene Überstunden etc. immer unattraktiver zu werden. Die Folgen sind eine zunehmende Abwanderung qualifizierten Personals in andere Berufsfelder oder gar ins Ausland, eine drohende medizinische Unterversorgung in einzelnen Regionen, eine Zunahme der Zweiklassenmedizin und somit eine tiefgreifende soziale Spaltung in unserem Lande.

Derweil leisten wir uns den gewaltigen „Wasserkopf“ von weit mehr als 200 Krankenkassenverwaltungen, Ärzte, die zu Jägern und Sammlern von EBM- und GOÄ-Ziffern gezwungen werden und nicht den Bedürfnissen ihrer (Kassen-)Patienten nachkommen, medizinische Leistungen, die beinahe jedes (Fehl-)Verhalten des Bürgers abdecken und gleichsam die zweckentfremdete Verwendung von Steuergeldern, die auf diese Weise dem Gesundheitssystem entzogen werden.

Diese Entwicklungen stimmen mich als Arzt und gleichsam Sohn eines ehemaligen Arbeiters mit fünf Kindern sehr nachdenklich und betroffen. Als kleines Kind musste ich gerade in den siebziger Jahren der Öl- und Stahlkrise und später als Jugendlicher in den späten achtziger Jahren die Sorgen und Ängste meines Vaters um den Arbeitsplatz im Stahlwerk miterleben. Einzig die Gesundheit meiner Eltern war eine konstante Größe und das Wissen um eine gute ärztliche Betreuung im Krankheitsfall.

Angesichts der bestehenden „Entscheidungsstarre“ und zaghaften, von den verschiedenen Lobbyisten zermürbten Reformbemühungen, mache ich mir ernsthafte Sorgen um die soziale Gerechtigkeit in unserem schönen Deutschland. Die nachfolgend angeführten

Reformvorschläge sind meinerseits über Jahre gereift und bereits schon mit vielen ärztlichen Kollegen, Freunden aus der Politik und nicht zuletzt in der eigenen Familie mehrfach diskutiert und für gut befunden worden, d.h. vor allem im Sinne eines intakten Gesundheitssystems mit einer qualitativ hochwertigen Medizin für die gesamte Bevölkerung.

Als Sanitätsoffizier der Bundeswehr war ich in der jüngeren Vergangenheit im Rahmen mehrerer Auslandseinsätze auch mit der Armut und damit verbundene n Krankheiten in der Bevölkerung (Afghanistan, Kosovo) konfrontiert. **Diese Erlebnisse offenbarten für mich unmissverständlich, dass es auf dem Boden von Armut und Krankheit keinen gesellschaftlichen Fortschritt geben kann.**

1) Reformschritt: Erhöhung der Einnahmen für das Gesundheitssystem bzw. für den geplanten Gesundheitsfonds.

Es liegt auf der Hand, dass man für die wirklich wichtigen Dinge im Leben auch die entsprechenden Prioritäten setzt. Einerseits bedeutet dies, dass man dem System auf Kosten anderer Haushaltsposten mehr Geld zuführt, aber andererseits die Mehrbelastungen für die Bevölkerung in einem erträglichen und gleichsam transparenten und nachvollziehbaren Rahmen hält, d.h. es muss für jeden nachvollziehbar sein, dass die Mehrbelastungen auch wirklich im Gesundheitsfonds ankommen und dass die finanziellen Mehraufwendungen in einer direkten Beziehung zu Kosten im Gesundheitssystem stehen. Darüber hinaus wird dem Bürger verdeutlicht, dass gesundheitsschädigendes bzw. -gefährdendes Verhalten nicht länger in Gänze von der Solidargemeinschaft getragen werden kann. Die aus diesem Verhalten bekanntermaßen entstehenden Mehrkosten für das Gesundheitssystem müssen zukünftig auf diesem Wege vorfinanziert werden. Gleichzeitig muss ein gesundheitsförderndes bzw. –erhaltendes Verhalten in besonderem Maße auch von staatlicher Seite unterstützt werden. Die sportliche Ertüchtigung im Verein als gemeinnütziger Organisation erscheint mir dabei als besonders förderungswürdig, da es nicht nur der Gesundheit nützt, sondern auch der sozialen Gemeinschaft einen unschätzbaren Dienst erweist. Darüber hinaus sollte nicht vernachlässigt werden, dass Investitionen in das deutsche Gesundheitssystem auch wertvolle Zukunftsperspektiven eröffnen: Versorgung ausländischer Patienten in Deutschland, Export deutscher Medizintechnologien etc.

Nachfolgend liste ich konkrete Maßnahmen zur Steigerung der Einnahmenseite für den geplanten Gesundheitsfonds auf:

- **Gesundheitssteuer (GS) auf Alkoholika und Tabakwaren**
- **GS auf den Kaufpreis von motorbetriebenen Zweirädern und hochmotorigen PKW**
- **GS neben der allgemeinen jährlichen Steuer für o.g. KFZ und Zweiräder**
- **GS auf den Kaufpreis von Sportgeräten mit nachgewiesen erhöhter Unfallgefahr (z.B. Inliner, Skateboards, Mountainbikes, Skier etc.)**

Bemerkung: Die Belastung des Gesundheitssystem durch die Folgen von Alkohol und Tabakkonsum sind unbestritten. Ebenfalls unbestritten sind die enormen Kosten durch die Versorgung von Unfallfolgen bei motorisierten Zweiradfahrern und Sportverletzten gewisser Risikosportarten. Eine entsprechende Festlegung muss bundesweit durch ein

Expertengremium der KK regelmäßig festgelegt bzw. auf neuesten Stand gebracht werden. Der Aspekt Volkssportarten (z.B. Fußball) wird später behandelt. Beim Aspekt der „hochmotorigen PKW“ wird eine erhöhte Unfallgefahr durch die potentiell höhere Fahrdynamik unterstellt. Analog zum System der Haftpflichtversicherung wäre auch eine GS-Erhebung in Abhängigkeit von der Unfallstatistik von Fahrzeugtypen denkbar.

Die Gesamtsteuer muss den bereits vorhandenen Steuersatz (MwSt, KFZ-Steuer etc.) nicht überschreiten. Es wird lediglich darauf ankommen, dem Gesundheitsfonds und damit dem Gesundheitssystem das zukommen zu lassen, was ihm zusteht. Dies geht natürlich dann auf Kosten anderer Haushaltsposten bzw. zu Lasten desjenigen Bürgers, der sich o.g. „leistet“ ! Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

- **prozentual gestaffelte Erhöhung des Krankenkassenbeitrages bei Überschreitung eines bestimmtem Body-Mass-Index (BMI)**

Bemerkung: Der Zusammenhang zwischen Übergewicht und chronischen Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems, Stoffwechselerkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates ist hinlänglich bekannt. Der breiten Bevölkerungsschicht ist ebenfalls der Zusammenhang zwischen Bewegungsarmut und kalorienreicher/ballaststoffarmer Ernährung einerseits und Adipositas andererseits ebenfalls ausreichend gegenwärtig. Ein niedrigerer KK-Beitrag bei Unterschreitung des entsprechenden BMI stellt eine zusätzliche Motivation dar und rückt diese außerordentlich wichtige Thematik in den rechten Vordergrund. Jeder kann persönlich (Folge-)Kosten reduzieren (niedrigerer Beitragssatz) und gleichsam verantwortungsvoll an der Senkung der Gesamt(folge-)kosten im Gesundheitssystem mitwirken – eine begleitende Aufklärungskampagne durch die KK wird dieses Bewusstsein schärfen.

Die jährliche Kontrolle des BMI erfolgt durch den Hausarzt bei Patienten ab dem vollendeten 18.LJ. Die Erfassung des Körpergewichtes incl. Körpergröße stellt für den Patienten eine Verpflichtung dar (Bringepflicht). Die jeweilige KK greift die Daten am Jahresende beim Hausarzt (HA) ihres Mitgliedes ab und stuft es entsprechend ein. Das Mitglied wird hiervon schriftlich von der KK informiert unter Angabe der maßgeblichen Körperdaten.

- **zusätzliche Versicherung von unmittelbaren Folgen von Sportverletzungen wahlweise durch eine Zusatzversicherung oder alternativ über den Mitgliedsbeitrag in einem eingetragenen Sportverein.**

Bemerkung: Jeder eingetragene Sportverein muss entsprechend seiner Mitgliederzahl jährlich den entsprechenden Betrag analog zum Beitrag für die Sporthilfe an den Gesundheitsfonds (GF) abführen. Der Mitgliedsbeitrag ist für das Mitglied nachvollziehbar aufgeschlüsselt nach Vereinsbeitrag und Beitrag für den GF. Der GF-Beitrag sollte naturgemäß (im Zweifel staatlich subventioniert) deutlich unter dem (alternativ-) Beitrag für eine entsprechende Zusatzversicherung liegen. Ziel ist es, eine Mitgliedschaft in einem eingetragenen Sportverein (Gemeinnützigkeit!!) attraktiv zu machen, um den bereits oben aufgeführten Effekt zu erzielen.

Nicht-Versicherte müssen für die Behandlungskosten von unmittelbaren Folgen einer Sportverletzung bis zu einer bestimmten jahreseinkommensabhängigen Grenze selbst aufkommen.

2)Reformschritt: Verringerung der Ausgaben ohne Qualitätsverluste in der medizinischen Versorgung bzw. unter gleichzeitiger Einführung von mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem.

Das EBM- und GOÄ- Punktesammelsystem hat endgültig ausgedient. Leider wurden viel zu viele Jahre vergeudet, um jetzt festzustellen, dass nicht Qualität sondern Quantität erzeugt wurde und nicht nach den Bedürfnissen der Patienten, sondern nach der zeitoptimierten Punktezahl bzw. GOÄ-Ziffer behandelt wird.

Die Qualität soll derweil wieder über mehr Fort- und Weiterbildung des Arztes verbessert werden. Da dieser sich bereits als Jäger und Sammler bewährt hat, wurde er ganz in bürokratischer Manier wieder zum Sammeln, diesmal von Fortbildungspunkten, gezwungen. Immerhin ist dadurch wieder für einige Ärzte ein attraktiver Hinzuverdienst entstanden. Wo ehemals die Weitergabe von medizinischem Wissen eine standesberufliche Verpflichtung und Ehre war, ist sie heute eine kostspielige, von der Industrie gesponserte und gelenkte kommerzielle Veranstaltung. Wieso sollte man auch dem Patienten zutrauen, die Qualität einer ärztlichen Behandlung (am eigenen Körper) einschätzen zu können, wenn man doch wieder einem neuen bürokratischen „Wasserkopf“ die Existenzberechtigung verleihen kann um dies zu übernehmen?

Überhaupt scheint es eine schier unaufhaltsame Entwicklung zu sein, dass die Menge der Verwalter und Reglementierer auf Kosten der eigentlichen Leistungserbringer zunimmt.

Derweil warten wir geduldig auf die Reduzierung der Krankenkassenzahl. Der Arzt als Leistungserbringer am Patienten wartet währenddessen auf weitere Anordnungen, die ihm zukünftig auch via Standardwerk die Behandlung vorgeben wird. Ein Befehlsempfänger und reiner Erfüllungsgehilfe, der als Angestellter eines Medizinischen Versorgungs-Zentrums (MVZ) oder sonstiger zentraler Versorgungseinrichtung am Ende eines geregelten Arbeitstages seine Verantwortung an der Stechuhr abgeben wird.

Will man nicht in grenzenlosem Zynismus verfallen, so müssen dringend folgende Veränderungen eingeleitet werden:

Die Zahl der Krankenkassen sowie ärztlicher Verwaltungsorgane müssen dringend deutlich reduziert werden. Dies sollte sinnvollerweise in einem marktwirtschaftlich orientierten Wettbewerb geschehen und nicht schon wieder per Dekret festgelegt werden. Der Markt reguliert sich bekannterweise stets nach seinen Bedürfnissen selbst. Der Arzt als Leistungserbringer muss wieder in Verantwortung gebracht werden. Dies bezieht sich sowohl auf die unabdingbare Forderung nach stetiger Fort- und Weiterbildung, als auch auf eine patientenorientierte – und nicht EBM-orientierte – Diagnostik und Behandlung. Die Voraussetzungen dafür muss ein völlig reformiertes Gesundheitssystem erbringen.

Qualität in der ärztlichen Behandlung als auch in der entsprechenden medizinischen Ausstattung/ Infrastruktur muss bezahlt werden. Gleichsam muss eine entsprechende Leistung auch honoriert werden. Dabei kommt es gezielt darauf an, Qualität und nicht die pure Masse zu honorieren. Der Patient bzw. die Patientenzufriedenheit muss in dieser entscheidenden Frage ein gewichtiges Wort haben. Der Patient muss die Gelegenheit haben, seiner Zufriedenheit entsprechend, Verträge mit der gesetzlichen/privaten Krankenkasse kurzfristig schließen und wieder lösen zu können, ohne dabei in gesetzlicher oder finanzieller Hinsicht daran gehindert zu werden. Ein Kosten/Patienten-Quotient bestimmt den möglichen Strukturausgleich. Die Kassen wiederum schließen ihre Verträge mit den Ärzten/Ärztegruppen direkt und honorieren in der Vertragsausgestaltung

die Leistungsfähigkeit des/der Ärzte. Ärzte, die im Besitz medizinischer Einrichtungen/Praxen sind, können ihre Einrichtungen/Infrastruktur vertraglich der jeweiligen Kasse für ein auszuhandelndes Entgelt zur Verfügung stellen. Der Kasse bleibt natürlich offen, derartige Einrichtungen auch zu erwerben.

Ich halte nachfolgende Maßnahmen für erforderlich:

Die Basis wird eine allgemeine Versicherungspflicht für jeden Bürger der Bundesrepublik (Bürgerversicherung).

Es wird eine jährlich zu überprüfende gesetzliche Grundversorgung festgelegt, die als Minimalleistung bindend für alle Kassen ist.

Darüber hinaus gewährte Leistungen zur gesetzlichen Grundversorgung stehen im Ermessen der einzelnen Kassen (Wettbewerb).

Alle weitergehenden gewünschten Leistungen müssen Zusatzversichert werden.

Darüber hinaus basiert das reformierte Gesundheitssystem auf o.g. Gesundheitsfonds.

Der Hausarzt ist die primäre Anlaufstelle (Primärarztssystem).

Jeder Patient erhält eine elektronische Gesundheitskarte mit seinen Gesundheitsdaten u.a.

Die vertragliche Bindung Patient/KK ist beiderseits auf mindestens 12 Monate festgelegt, darüber hinaus 3 Monate nach Kündigung.

Jeder Patient hat zu jeder KK Zugang, unabhängig von Alter, Einkommen und Gesundheitszustand.

Jeder Patient zahlt den gleichen Beitragssatz bei der jeweiligen KK, unabhängig von Alter, Einkommen und Gesundheitszustand.

Die einzelnen KKn legen ihren Beitragssatz selbst fest (Wettbewerb).

Eine Beitragssatzerhöhung ermöglicht ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Jährlich ermittelt jede KK ihren Quotienten aus den Ausgaben für die gesetzliche Grundversorgung pro Patient und Jahr und erhält dafür einen Bonus- oder Malus-Betrag aus dem Gesundheitsfonds. Dies richtet sich nach der Abweichung vom durchschnittlichen Quotienten für Ausgaben für die gesetzliche Grundversorgung/Patienten und Jahr bezogen auf das gesamte Gesundheitssystem. Hierdurch kommt jede KK auf denselben Quotienten für Ausgaben für die gesetzliche Grundversorgung/Patienten und Jahr. Alle zusätzlich gewährten Leistungen der jeweiligen KK, die von den Leistungen der gesetzlichen Grundversorgung abweichen, fließen ausdrücklich nicht in diesen Quotienten mit ein. Die Ausgaben beinhalten ausschließlich den konkreten „Verbrauch“ eines Patienten für Diagnostik, Therapie, Vor- und Nachsorge.

Der Arbeitgeberanteil am KK-Beitrag wird „eingefroren“, der Patientenanteil wird einkommensabhängig steuerlich begünstigt.

Jede KK schließt Verträge mit „ihren“ Vertragsärzten und legt hierbei das Einkommen des jeweiligen Arztes fest.

Die Vertragsausgestaltung ist einzig und allein Angelegenheit der KK und des jeweiligen Arztes bzw. Ärzteorganisation (Wettbewerb). Der einzelne Arzt ist nicht verpflichtet, diese Verträge über eine Organisation abwickeln zu lassen.

Die Mitglieder der jeweiligen KK haben im Rahmen der Mitgliedschaft nur Zugriff auf den jeweiligen Vertragsarzt der KK. Diesbezüglich muss die KK eine Liste der aktuellen Vertragsärzte mit Fachgebietsverzeichnis für jeden zugänglich machen.

Jede KK ist gesetzlich verpflichtet alle Fachgebiete anzubieten, wobei die wichtigsten Fachgebiete (gesetzlich festzulegen) in einem nahen Einzugsgebiet (gesetzlich festzulegen) vorhanden sein müssen.

Nicht-Vertragsärzte dürfen nur auf eigene Kosten oder auf Kosten der KK in Fällen zu langer Wartezeiten (gesetzlich festzulegen) oder auf Kulanzbasis der KK nach Rücksprache mit der KK aufgesucht werden.

Die Notfallversorgung wird regional und prozentual entsprechend der Größe der KK (gemessen an der Mitgliederstärke i.d. Region) durch die jeweiligen KK und deren Vertragsärzte sichergestellt.

Der gesetzliche Sicherstellungsauftrag der medizinischen Versorgung geht an die jeweilige Landesregierung. Sie kann nötigenfalls auf eine der „großen“ (mitgliederstärksten) KKn zurückgreifen und diese in die gesetzliche Pflicht nehmen, entsprechende Vertragsärzte in die Region zu holen. Notwendige regionsspezifische Mehraufwendungen für Vertragsabschlüsse mit Ärzten können in diesen speziellen Fällen von den betroffenen KKn beim Gesundheitsfonds geltend gemacht werden.

Jeder Patient muss einmal jährlich eine standardisierte Befragung bei dem jeweils in Anspruch genommenen Vertragsarzt abgeben. Dies geschieht über seine elektronische Gesundheitskarte beim jährlichen Erstkontakt des entsprechenden Vertragsarztes. Dies dient der KK als Qualitätsmerkmal ihres Vertragsarztes (Patientenzufriedenheit, Beratungsqualität, Behandlungsqualität, Gesamtzahl der behandelten Patienten, durchschnittliche Anzahl der Kontakte pro Patient, durchschnittliche Kosten für Diagnostik und Therapie pro Patient). Diese Daten müssen ausschließlich dem jeweiligen Vertragsarzt Seitens der KK zugänglich gemacht werden und müssen im übrigen vertraulich behandelt werden (Datenschutz – Weitergabe der Daten unter Strafe).

Dieses System wird nicht nur die Gesamtzahl der KKn deutlich reduzieren, sondern auch die verwaltenden Organisationen der Ärzteschaft auf ein Minimum reduzieren. Auch das unsägliche System der DRGs wird zukünftig überflüssig, da Krankenhausgesellschaften und KKn die Versorgungseckpunkte vertraglich festlegen können. Damit verschwindet natürlich auch der gewaltige „Wasserkopf“ der DRG-Spezialisten/-Auswerter/-Unterweiser und sonstiger für die medizinische Versorgung des Patienten entbehrlicher Menschen.

Jeder Reformschritt muss sich zukünftig vor allem an seiner Effektivität in der Patientenversorgung einerseits und an seiner Umsetzbarkeit unter größtmöglicher Umgehung des bürokratischen „Wasserkopfes“ andererseits messen lassen.

In regelmäßigen Abständen müssen laufend bürokratische Regulative kritisch hinterfragt und reduziert bzw. im Sinne der Reduktion umstrukturiert werden. Der Wettbewerb muss ebenfalls immer im Sinne der Qualitätsverbesserung in der Patientenversorgung bewertet und entsprechend modifiziert werden.

Dies sind ausschließlich meine persönlichen Vorstellungen und mein Beitrag zur Realisierung einer Gesundheitsreform.

Über eine Antwort und Reaktion auf meinen Vorschlag würde ich mich sehr freuen.

Mit freundlichen Grüßen

***Verteiler:**

Bundesministerium für Gesundheit – Referat Öffentlichkeitsarbeit –

Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages

SPD – Pressestelle Berlin

Bündnis 90 / Die Grünen – Pressestelle Berlin

CDU - Pressestelle Berlin

CSU – Pressestelle Berlin

FDP – Pressestelle Berlin

Die Linkspartei PDS – Pressestelle Berlin

Bundesverband der Deutschen Industrie e.V.

Deutscher Gewerkschaftsbund - Bundesvorstand