



Priorität für den Patienten!

Nachricht von Frank Spieth, 20. Mai 2009

Ärztetag in Mainz - kommentiert von Frank Spieth, gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion.

Der 112. Deutsche Ärztetag fällt in eine streitbare Zeit: Hausärzte bekämpfen die Kassenärztliche Vereinigungen, »Freie« Ärzte rufen zum Systemwechsel auf und wollen gemeinsam ihren Versorgungsauftrag kündigen und der Präsident der Bundesärztekammer verkündet, dass die Zeit der umfassenden Versorgung zu Ende sei. Die Vorschläge verschiedener Ärztesfunktionäre und -verbände zielen alle in dieselbe Richtung: Mehr Geld für die Ärzteschaft durch mehr Belastungen der Kranken. So sollen Leistungen ausgegrenzt und privat bezahlt werden. Oder es wird nur noch auf Rechnung gearbeitet. Allen Vorschlägen gemeinsam ist der unsoziale Ansatz, dass nur der noch weiter versorgt wird, wer dafür genug Geld in der Tasche hat. Dies lehnt DIE LINKE entschieden ab. Zu den einzelnen Vorschlägen:

Kostenerstattung (112. Deutscher Ärztetag)

Angesichts der Streitigkeiten zwischen den

Kassenärztlichen Vereinigungen, Haus- und Facharztverbänden suchen die Delegierten des Delegierten des 112. Deutschen Ärztetages in Mainz nach einer »einfachen Lösung: Mit überwältigender Mehrheit stimmten sie für ein Kostenerstattungssystem: Jeder Patient erhält von seinem Arzt eine Rechnung, die er zu begleichen hat. Anschließend kann er diese Rechnung bei der Krankenkasse zur Erstattung einreichen. Der Vorteil für den Arzt: Er erhielte sein Honorar auf direktem Weg und müsste nicht mehr über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen.

Das halten wir für unsozial, denn eine Rechnung wird viele Patienten mit geringem Einkommen von einem Arztbesuch abhalten. Ihre ohnehin schon geringeren Gesundheitschancen würden durch einen solchen Schritt weiter verschlechtert. Aber auch der niedergelassene Arzt hätte dann mehr Mühe, an sein Honorar zu kommen. Er wird merken, dass es schwieriger ist, sein Geld bei den Versicherten einzutreiben als bei der KV regelmäßig das Honorar überwiesen zu bekommen. Wenn der Patient nicht zahlt, trägt der Arzt als Unternehmer das Inkassorisiko.

DIE LINKE steht dagegen zum Sachleistungsprinzip: Wer krank ist, lässt sich behandeln, die dafür entstehenden Kosten werden zwischen den Leistungserbringern und der Kasse geregelt. Frank Spieth: »Ein bewährtes System, bei dem der Patient weiß, dass die Kosten übernommen werden. Bei der Kostenerstattung kann das böse Erwachen beim Einreichen der Rechnung erfolgen. Denn die Kasse kann dann Teile der Behandlung als überflüssig bezeichnen und die Übernahme der Kosten verweigern.«

Der Verband der niedergelassenen Ärzte

Deutschlands, der Hartmannbund, frohlockt unverdrossen: »Die Transparenz des Behandlungsgeschehens, das unantastbare Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten und die Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten sind die Eckpfeiler eines freiheitlichen Gesundheitssystems«, so ihr Vorsitzender Kuno Winn.

Spieth: »Was hier unter Eigenverantwortung verkauft werden soll, ist nicht mehr als ein frecher Griff in die Geldbörse von Kranken. Anscheinend hat sich hier die Ärzteschaft für ein Gesundheitssystem ausgesprochen, dass wie die private Krankenversicherung funktioniert. Nur leider hat nicht jeder Mensch in Deutschland ein ähnliches finanzielles Polster wie Privatversicherte.«

Priorisierung (Bundesärztekammer)

Der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, warnte in den vergangenen Jahren davor, dass Arme zunehmend von der Versorgung ausgeschlossen werden. Die verdeckte Rationierung sei eines der Übel der Zwei-Klassen-Medizin. Wenn aber Leistungen vorenthalten werden, müsse dies öffentlich gemacht werden, statt dies heimlich die Ärzte in ihren Praxen machen zu überlassen. Er will, dass die Leistungen in Deutschland, nicht mehr verdeckt, sondern offen rationiert werden. Dazu solle ein »Gesundheitsrat« der Politik Vorschläge unterbreiten, welche der bisher gezahlten Leistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichen werden solle.

Auch wenn Hoppe eine zutreffende Analyse der Situation liefert, so ist sein Lösungsansatz der falsche: Eine weitere Beschneidung des Leistungskataloges und eine Verlagerung von Kosten auf die privaten Haushalte ist für Menschen mit

geringem Einkommen kaum zu schaffen. Wir müssen dafür kämpfen, dass auch weiterhin alle Leistungen von der Solidargemeinschaft getragen werden.

25 Euro Praxisgebühr (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein)

Ebenfalls standespolitisch gefärbt ist der Vorschlag des Vorsitzenden der kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Leonhard Hansen, der eine Verschärfung der Praxisgebühr fordert. Pro Arztbesuch wären fünf bis zehn Euro angemessen, so Hansen gegenüber der Rheinischen Post in der vergangenen Woche. Für einen Facharztbesuch ohne Überweisungsschein sollen sogar bis zu 25 Euro anfallen. Hansen sieht in diesen Gebühren eine erzieherische Maßnahme: »Die Hemmschwelle, ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, ist immer noch niedrig«, sagte Hansen. Es gebe aus seiner Sicht bei den Versicherten ein fehlendes Empfinden, dass sie Kosten verursachten.

Spieth: »Die Praxisgebühr in Höhe von zehn Euro ist schon heute für Menschen mit geringem Einkommen ein Hemmnis, um zum Arzt zu gehen. Hier weitere Kosten aufzubauen heißt, eine Medizin nach Kassenlage zu betreiben: Diejenigen, die sich diese Gebühr nicht leisten können, werden vom Gesundheitssystem verstoßen. Der Vorwurf der »Überinanspruchnahme« erscheint absurd: Würde sich ein Patient freiwillig die Gallenblase entfernen lassen oder ein Linksherzkatheteruntersuchung durchführen lassen, wenn dazu kein Anlass besteht? Hier sind es doch eher die Ärzte, die ihren Patienten bestimmte Untersuchungen und Therapien empfehlen. Dafür aber die Patienten zur Kasse zu bitten ist plump und diskriminierend«.

Gesundheits-Riester (Marburger Bund)

Der Marburger Bund fordert nun eine staatlich geförderte Zusatzkrankenversicherung nach dem Vorbild der Riester-Rente im Bereich der Altersvorsorge. Als Begründung führt die Ärztegewerkschaft die knappen Mittel im Gesundheitssystem an.

Spieth: »Das wäre das Ende der gesetzlichen Krankenversicherung und ein tolles neues Betätigungsfeld für die private Versicherungswirtschaft. Wer solche Forderungen aufstellt, will die Leistungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung schmälern. Für Patienten und Versicherte ergäbe sich dann immer das Problem, welche Versicherung im Einzelfall die Kosten tragen würde. Ein unüberschaubares Experiment, das bei großen Teilen der Bevölkerung zu einer Unterversicherung führen würde. Gewinner wären lediglich Allianz und Co.

Die hier aufgeführten Vorschläge zur Reduzierung der Leistungen, höheren Zuzahlungen, Kostenerstattung und Extraversicherungen finden unseren entschiedenen Widerstand. Es ist zutiefst unethisch, Patienten erst zu behandeln, wenn sie ihre Geldbörse aufmachen. Hier erwarte ich von der verfassten Ärzteschaft mehr Ethik statt blanker Monetik!«