



patient-informiert-sich.de

14.12.2008

Teil 2 der Serie: Patient als Spielball und Faustpfand zwischen den Fronten! Der Kampf um den Geldfluss aus dem Gesundheitsfonds!

Ist Beitragszahlern der Kassen klar was sich schlagartig durch die Einführung des Gesundheitsfonds im Vorgehen der Kassen abspielt? Fakt ist: Es war ein politischer Deal (auch Kompromiss genannt) zwischen der Koalition CDU/CSU und SPD, weshalb es diesen Gesundheitsfond gibt! Außer Beitragserhöhung, weiterer Bürokratisierung, Unzufriedenheit bei Ärzten, Patienten und Kassen, bleibt eine un stabile Finanzierung, denn bereits vor Einführung des Fonds fehlen in verschiedenen Bundesländern Millionen, die für uns Beitragszahler zu weiteren Beitragserhöhungen bis zu 36 Euro pro Monat führen können. Und es gibt durch diesen politischen Kompromiss, die Jagd der Kassen nach Codierung von Krankheitsdaten ihrer Mitglieder.

Wie ein Bienenschwarm brachen ab November in Bayern AOK Mitarbeiter in die Hausarztpraxen ein. Vor dem 1.1.2009 sollte den Ärzten, anhand von mitgebrachten Patientenlisten, Nachhilfeunterricht im Codieren von Diagnosen erteilt werden. Der Hintergrund: Die neue Geldverteilung an die Kassen aus dem Gesundheitsfonds.

Der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt (BVA) hat ein Gutachten erstellt, in dem der bestehende Risikostrukturausgleich (RSA) weiter entwickelt wurde. 80 Krankheiten werden darin aufgeführt, die ab 2009 im neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der Kassen berücksichtigt werden.

Im Klartext: Diese 80 Krankheiten sind mit einem Code versehen, mit den verschiedenen Untercodierungen, und jeder eingetragene Code ergibt mehr Geld für die Kassen aus dem Gesundheitsfonds. So entstand – einmal mehr durch eine politische Fehlentscheidung im Gesundheitswesen – die Jagdsaison der Kassen auf Codierungen. Das alles hat Folgen für uns Patienten und unsere Ärzte.

Informierte Patienten wissen, jede Behandlung kann für den Arzt durch Budgetierung und Regressdrohung zum Verhängnis werden.

Ab 1. Januar werden weitere Zahlen (Codierungen von Krankheiten) die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Kasse bestimmen und belasten.

Nicht die Leistung des Arztes am Patienten, sondern eine eingetragene Codierung entscheidet über den Geldfluss des ominösen Fonds zur Kasse. Je Versicherter steigen durch festgelegte Krankheiten die durchschnittlichen Leistungsausgaben um mindestens 50 % bei 80 Krankheiten zu denen u.a. Diabetes mellitus Typ I und II oder HIV gehören. Mit dem Start des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 sollen die Kassen für die 80 ausgewählten Krankheiten ihrer Versicherten entsprechende Zuschläge erhalten. Das alles wurde von Seiten Ulla Schmidt und Co auch noch als „Wettbewerb“ getarnt, der über das Wettbewerbsstärkungsgesetz festgezurr wurde.

Die AOK Mitarbeiter kommen mit Listen in die Praxen, in denen die Daten incl. Diagnosen der Versicherten aufgelistet sind! Denn durch Codierungen sprudelt ab 1.1.2009 viel Geld aus dem Fonds an die Kassen. Folgende Szenarien spielten sich bereits in den Praxen ab:

„Beim Herr XXY müssen sie noch die Codierung xxxx anbringen, da fehlt noch die Untercodierung XXXX ...“ so der „Nachhilfeberater“ der AOK! Mancher Arzt staunte auch über Diagnosen, die sein Patient gar nicht hat. So beschreibt eine Ärztin die Situation: „Ich sollte für meinen Patienten die Codierung für HIV nachtragen, auf meinen Einwand der Patient habe aber keine HIV Erkrankung, wurde auf die Diagnose Lungenentzündung hingewiesen. Ich kann mir das nur so erklären: Da in meiner Praxis vermehrt HIV Patienten behandelt werden, kann aus der Diagnose Lungenentzündung der Schluss auf HIV gezogen worden sein!“ Hier wird nicht nur die politische Fehlentscheidung des Gesundheitsfonds, sowie der damit verbundene künstlich aufgebaute Druck zwischen Kassen und Arzt ersichtlich, sondern auch die daraus erwachsene Problematik für uns Patienten.

Die Politik hat durch den Fonds bei den Kassen die Losung ausgegeben: Codierungen ergeben Geldfluss. Daraus wurde das Ausschwärmen in die Praxen, der Nachhilfeunterricht im Codieren!

Hier wird es nun Zeit, dass wir Beitragszahler AUFSTEHEN, nicht mehr nur AUFHÖREN. Es geht um uns als Betroffene dieser Wahnsinnspolitik. Anstatt eine Lösung anzubieten, in der unsere Ärzte für ihre Arbeit gut bezahlt werden, uns dadurch als Patient Sicherheit für den Fortbestand unserer niedergelassenen Arztpraxen gegeben ist, wird immer schneller die menschenverachtende Gesundheitspolitik der Kapitalgesellschaften forciert. Aus der Krankheit wird ein Code aus dem Mensch wird die Ware in der Wertschöpfungskette. Durch Existenzängste angeheizt, sollen die Ärzte unseres Vertrauens Erfüllungsgehilfen für einen funktionierenden Gesundheitsmarkt werden. Mensch und Medizin, Arzt und Patient werden Stück für Stück umfunktioniert in Gewinn und Verlust! Sie fragen sich jetzt hoffentlich nicht ernsthaft wer die Zeche bezahlt? Falls trotzdem – hier die Antwort: Sie als Beitragszahler und Patient und der Arzt, der Sie nach diesen Wahnsinnskriterien noch immer behandelt!

Renate Hartwig