

Gesundheit ist ein hohes Gut

„Das heutige Gesundheitssystem aus Sicht eines Kritikers, der sich für die Belange der Beitragszahler und der Versicherten einsetzt“

(Oktober 2013)

so heißt mein Referat am heutigen Tag, meine Damen und Herren.

Ich war 35 Jahre im Gesundheitswesen in verantwortlichen Positionen tätig – aber auch als Mitarbeit einer Krankenkasse im Bundesgesundheitsministerium eingesetzt – und kümmere mich nunmehr nach Eintritt in den Ruhestand sehr intensiv über Jahre bereits um die Probleme der Versicherten in der Öffentlichkeit. Ich möchte heute einmal eine kritische Bestandsaufnahme unseres Gesundheitssystems, also Krankenversicherung und Pflegeversicherung, auf diesem Hintergrund vornehmen.

Ich gehe davon aus, dass der Normalbürger über die Umsetzungsbestimmungen in der Gesundheitspolitik nicht viel verstehen soll; ganz im Sinne der Parteipolitiker, der Funktionäre der Krankenkassen und Verbände sowie der Lobbyisten, die viel Geld im System verdienen. Im Bundesgesundheitsministerium wird im übrigen dafür gesorgt, dass die Rechtsgrundlagen so formuliert werden, dass selbst Juristen Ihre Probleme der Auslegungen damit haben. Gesundheitspolitik verstehen die etablierten Parteien im Deutschen Bundestag, neben der Patientenversorgung, hauptsächlich einen florierenden Gesundheitsmarkt zur Förderung von Beschäftigungen. Hierfür wurde im Jahre 2007 extra - in der Großen Koalition “ ein Wettbewerbsförderungsgesetz geschaffen. Selbstverständlich soll die Patientenversorgung und der Gesundheitsmarkt zu 95% letztlich vom Beitragszahler finanziert werden. Die Restsumme kommt aus dem Bundeshaushalt.

Rechtlich sind die Leistungen bei Krankheit, Vorsorge und Prävention im Sozialgesetzbuch Fünf, für Pflegebedürftige im SGB XI aufgeführt. Wenn Sie nun glauben, Ihre Ansprüche zur Behandlung Ihrer Krankheit gegenüber Krankenkassen, niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Sonstigen Leistungserbringern sind im Gesetz wasserdicht formuliert, damit Sie diese geltend machen können, dann denken Sie falsch. Nur grundsätzliche Rechtsansprüche sind im Gesetzbuch definiert. Sobald es um Umsetzungen der Verordnung von Leistungen geht, befindet darüber der von der Politik berufene “Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen/Krankenhäuser”. Mit anderen Worten: Der Gesetzgeber hält sich aus dem Umfang und den Details für notwendige und ausreichende medizinische Leistungen heraus. Das ist auch der Grund dafür, dass neue wissenschaftlich nachgewiesene Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten in letzter Zeit vom Bundesausschuss in nur noch wenigen Fällen genehmigt wurden. Mit anderen Worten: Die Kontrahenten Krankenkassen und Ärztevereinigungen sitzen sehr oft im “Interessenboot” der Finanzausgaben. Ich will auch klarstellen, wieso die Krankenkassen das Wort “Wettbewerb” überhaupt in den Mund nehmen, denn man muss wissen, dass die Leistungen für Diagnostik und Therapie bei allen GKV-Kassen zu 95 % identisch sind. Die restlichen 5 % sind dann Freiheiten für Ausgaben im Kann-Leistungsumfang, damit die machtpolitischen Betriebsziele - also für Mitgliederwerbungen, die überwiegend im eigenen GKV-System bei völlig identischem Beitrag stattfinden – eingesetzt werden. Das ganze nennen die Krankenkassen Marketingaktivitäten. Für ihre Werbemaßnahmen werden Hunderte von Millionen Euro jährlich der anfallenden Personalkosten eingesetzt



Gesundheit ist ein hohes Gut

und zwar aus unseren Beiträgen. Die Politik lässt zu, dass Arbeitsmarktpolitik mit den gesetzlichen Beiträgen zu Lasten der Arbeitnehmer, Rentner und Arbeitgeber und zu Lasten der Krankenversorgung betrieben werden darf.

Wie sich seit vielen Monaten herausstellt, berechnen die Krankenkassen einen viel zu hohen gesetzlichen Beitrag, für AN/Rentner von 8,2 % und für AG 7,3% der Bruttoeinkünfte. Wenn der Rentner eine Zusatzversorgung erhält, bezahlt er die vollen 15,5 % Beitrag allein. Im Gesundheitsfonds des Bundesversicherungsamtes und bei den Krankenkassen haben sich mittlerweile bis Ende 2012 rund 28 Milliarden Euro Überschüsse angesammelt. Gegenwärtig erhöhen sich diese weiter.

Wir haben in den vielen zurückliegenden Jahren wegen der Unterdeckungen bei den Krankenkassen viele Beitragserhöhungen in Kauf nehmen müssen. Wenn aber jetzt die gewaltigen Überschüsse vorliegen, ist die Politik in Berlin nicht bereit, einer Beitragsenkung zuzustimmen. Die Lobbyisten-Verbände der Ärzteschaft und der Krankenhäuser haben sich durchgesetzt, damit diese Beitragsüberschüsse für 2013 bis 2015 für Vergütungs- und Honorarerhöhungen zur Verfügung stehen. Wenn die Überschüsse aufgebraucht sind, werden die gesetzlich sanktionierten Zusatzbeiträge von mindestens 8 Euro monatlich wieder erhoben. Zusatzbeiträge können nach dem Gesetz bis 1 % des Bruttoeinkommens von der Krankenkasse zusätzlich erhoben werden.

Ich kann ein Lied davon singen, wie die Lobbyisten, dazu gehört selbstverständlich auch die Pharmaindustrie, im Ministerium offene Türen vorfinden und wie viel Einflussnahme bei den Politikern, die dem Gesundheitsausschuss angehören, stattfindet. Einziges Ziel ist es, die Verbands- Interessen wahrzunehmen – selbstverständlich überwiegend zu finanziellen Lasten der Beitragszahler. Sprechen Sie einen Bundestagsabgeordneten einmal auf Probleme, die ich hier erwähne, an. Wissen Sie welche Antwort Sie grundsätzlich erhalten? *“Ich muss mich bei den Abstimmungen im Parlament auf meine Kollegen im Gesundheitsausschuss verlassen!” Zu der Problematik kann ich mich nicht äußern, weil ich das nicht übersehe.”* Zitatende!

Der Versicherte hat in den Abstimmungsgremien vor der Beschlussfassung neuer Ergänzungsgesetze keine Stimme. Die Krankenkassen, die angehört werden, nehmen für sich in Anspruch, für Versicherte zu argumentieren. Leider ist das, von der Praxis her abgeleitet, unwahr.

In unserem Land unterscheidet man immer noch nach Pflicht- und Privatversicherung.

Die Pflichtgrenze des Einkommens gilt weiter. Rund 90 % unserer Bevölkerung sind in einer gesetzlichen Krankenkasse Mitglied oder Familienversichert. Längst nicht alle Bürger, die einer privaten Krankenversicherung angehören, gehören zu den privilegierten Patienten beim Mediziner. Die Schere der Beitragsprämien in der PKV gehen weit auseinander und mancher Rentner mit einer Rente von 1200 Euro monatlich sollte eine monatliche Prämie von 600 Euro zahlen.

Die Politik hat ab 2009 den zahlungsunfähigen Privatversicherten aus der PKV einen Basistarif eingerichtet, so dass wir mittlerweile eine Drei-Klassen-Medizin in Deutschland



Gesundheit ist ein hohes Gut

haben. Es wäre 2009 der richtige Zeitpunkt gewesen, im ersten Schritt jedenfalls diesem Personenkreis den Wechsel zur GKV zu erlauben. Nein, hier haben sich die großen Kapitalgesellschaften durchgesetzt, so dass ein Wechsel – auch für Härtefälle – verhindert wurde.

Es wird allerhöchste Zeit, eine gemeinsame Absicherung aller Bürger gegen Krankheit unter Einschluss der Vorsorgemaßnahmen und einer gesetzlich beschriebenen Prävention zu regeln. Diese Feststellung hat aber nichts mit der Forderung der SPD für eine Bürgerversicherung zu tun. Darauf komme ich noch.

Dabei könnten alle heutigen Krankenkassen und die Kapitalgesellschaften im Leistungswettbewerb zueinander und mit den Leistungserbringern stehen. Alle Bürger sollten nach den individuellen Gesamteinkünften einen entsprechenden Beitrag zwischen 5 und 8 % leisten. Auch der Arbeitgeber sollte den derzeitigen Beitrag unter Beibehaltung der gegenwärtigen Bemessungsgrenze leisten. Für besonders hohe Brutto-Gehälter könnte durchaus ein Mindestbeitrag erhoben werden.

Alle wissenschaftlich nachweisbaren Therapien mit einer moderneren Diagnostik wären dann im Leistungskatalog für alle Versicherten umsetzbar. Ein gerechtes Vergütungs- und Honorarsystem für Ärzte, Krankenhäuser und Sonstige Gesundheitserbringer könnte geschaffen werden.

Niemand könnte dann etwas dagegen haben, wenn die nicht sanktionierten hochwertigen Diagnose und Therapieverfahren durch Zusatzversicherungen wie für Chefarztbehandlungen, der alternativen Medizin usw. angeboten werden.

Bei einem für alle Bürger geltendem Recht zur Krankenversorgung wäre allerdings Voraussetzung, dass die vielen Ausgabenaktivitäten der Krankenkassen, die nichts mit dem Leistungsrecht zur Gesundung der Versicherten zu tun haben, wegfielen und die Krankenkassen nicht mehr wie Dienststellen der öffentlichen Verwaltungen geführt werden. Eine sparsame wirtschaftliche Betriebsführung trifft man bei den Kassen nur selten an.

Auch die versicherungsfremden Leistungen gehören m. E. nicht zu einem neuen Leistungsrecht der Krankenversicherung, so wie ich sie mir vorstelle. Diese gesellschaftspolitischen Notwendigkeiten gehören selbstverständlich grundsätzlich aus dem Bundes- und Länderhaushalt finanziert.

Einsparungsmöglichkeiten gibt es im Krankenversicherungsrecht also zu Hauff.

Die Preise für Arzneimittel sind in Deutschland im Vergleich zu den westeuropäischen Ländern um 30 bis 40 % höher im Endpreis, die die Krankenkassen bezahlen müssen. Die Zuzahlungen der Versicherten sind noch nicht eingerechnet. Was wir benötigen, ist ein knallhartes gebündeltes Vertragsrecht der Krankenkassen auf Augenhöhe mit den Pharmaunternehmen.



Gesundheit ist ein hohes Gut

Bei den Hilfsmitteln - mit Ausnahme der Sehhilfen - besteht eine Hochpreissituation ohne nennenswerten Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen und Lieferanten.

Erstattungen der Krankenkassen für Zahnersatz wie einfache Kronen, Zahnbrücken und Teil- und Ganzprothesen belaufen sich höchstens auf 33% von den Gesamtkosten, die der Zahnarzt in Rechnung stellt. Die meisten Krankenkassen bieten eine Zusatzversicherung in Zusammenarbeit mit privaten Versicherungsunternehmen an.

Die Diagnose bezogenen Fallpauschalen – die Abrechnungen der Krankenhäuser – laden zu Falsch und Mehrkostenabrechnungen mit den Haupt- und Nebendiagnosen ein. Ungeklärt sind jährlich Summen bis zu 1 Milliarde Euro. Der bürokratische Aufwand ist gewaltig hoch und geht voll zu Lasten der Beitragszahler. Eine vertraglich orientierte Abrechnung im Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen bietet sich im Krankenhaus mit einer Abrechnung der Kostenstruktur = Fallkosten und Patient = je Fall an. So könnte man die Häuser nach Qualitätsstandards, die heute weitestgehend fehlen, beurteilen und bezahlen.

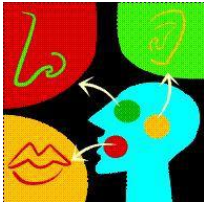
Auch die sprechende Medizin kommt für Kranke wegen der Honorarbestimmungen, die für niedergelassene Ärzte gelten, viel zu kurz. Eine einheitliche Gebührenordnung für alle ärztlich/medizinischen Leistungen ist einfach erforderlich. Auch die dann notwendigen Steuerungselemente könnten dazu geschaffen werden.

Die Anbieter-Monopole der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser arbeiten jeweils weitgehend für sich und versäumen die im System enthaltenen Wirtschaftlichkeitsreserven abzubauen. Stichworte: Doppel- und Mehrfachuntersuchungen. Eine wirkliche Dokumentation mittels elektronischer Versicherungskarte könnte hier viele Kosten einsparen.

Zwei große Einsparposten will ich bei meinen Aufzählungen auch noch erwähnen. Es werden jährlich bis zu 5 Milliarden Euro Arzneimittel ohne nachgewiesener Wirksamkeit verordnet. Allein 2 Milliarden Euro der Medikamente landen jährlich unangebrochen in den Arzneischränken beim Versicherten oder auf dem Müll. Was wir vordringlich brauchen ist eine Arznei-Positivliste für den niedergelassenen Arzt der Praxis und zwar in der Bandbreite aller derzeitigen Krankheiten.

Die Anzahl der weltmeisterlichen Operationen in Deutschland je 1.000 Einwohner muss ich erwähnen. Hier ist nicht die Zeit, dass ich dazu noch nähere Leistungszahlen vortrage. Die Gegenrechnung, dass die Einwohner in unserem Land deshalb gesünder sind, kann nicht gemacht werden. Die Todesfälle sind im Vergleich mit den westlichen Ländern identisch.

Die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte aller Bürger in den Arztpraxen liegt mit 18 x im Durchschnitt eines Jahres viel zu hoch. Einzudämmen ist diese horrende Anzahl nur dann, wenn die qualifizierten Ärzte manchen Patienten klarmachen, dass diagnostische und therapeutische Behandlungen derzeit nicht angezeigt sind, denn auch die Selbstheilungskräfte sind nach Klärung der Symptome und der Anamnese einzubeziehen.



Gesundheit ist ein hohes Gut

Viele Strukturen im Gesundheitswesen haben nichts mit der Krankenversorgung für Versicherte zu tun. Hier könnten Milliarden Beiträge eingespart werden.

Ich könnte noch eine Reihe von Ausgabeneinsparungen nennen, die entweder nichts im System zu suchen haben oder ungerecht den Versicherten angelastet werden. Hier nenne ich die Stichworte Gefährliche Freizeitaktivitäten wie Bundy-Springen, Ski-Springen und auch das Fallschirmspringen u.a.

Ich will es bei meiner Aufzählung einmal belassen und Ihnen sagen, nicht nur ich gehe von einer Gesamt Unwirtschaftlichkeit im System allein in der Krankenversicherung von annähernd 30 Milliarden Euro aus. Im letzten Jahr waren Ausgaben in der GKV von 185 Milliarden Euro entstanden.

Wie wird das weitergehen in der Krankenversicherung? Die SPD und die Grünen hatten eine Bürgerversicherung angekündigt. Für mich würde sich dann garantiert eine Staatsmedizin ergeben. Es würde eine Gleichmacherei unter Anwendung einer ausufernden Bürokratie stattfinden. Wettbewerbliche Leistungen würden noch mehr als heute tabu sein. Das egoistische Anspruchsdenken vieler Bürger könnte dann weiter zunehmen und die Ausgabenflut auch. Die Beiträge sollen angeblich für alle auf 7,6 % abgesenkt werden. Von einer Beseitigung der Zwei-Klassen-Medizin hatte sich der SPD- Vorstand bereits verabschiedet, denn nur neue Arbeitnehmer und Beamte würden gleich in die GKV eingeordnet und alle heutigen Privilegierten behielten Ihren Status. Was aus den anstehenden Koalitionsverhandlungen für diesen Bereich konkret verabredet wird, kann gegenwärtig nicht von mir abgeschätzt werden.

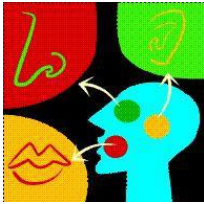
Soweit meine Ausführungen zur Krankenversicherung.

Nun noch ein paar grundsätzliche Ausführungen zur Pflegeversicherung.

Ich kann hier aus Zeitgründen nur die ganz wesentliche Kritik erwähnen. Das Problem der Pflegeversicherung ist, dass die notwendigen Pflegeleistungen ambulant und besonders stationär, so finanziell aufwendig sind, die nicht mit den Leistungen der Pflegekasse abgegolten werden können. Ab der Pflegestufe 2 bleiben eigene Kosten bei Einsatz eines ambulanten Pflegebetriebes in der eigenen Häuslichkeit zwischen 600 und 800 Euro monatlich im mittleren Wert hängen.

In einem Pflegeheim bei einer Pflegestufe 2 fallen insgesamt mittlere Kosten von monatlich zwischen 3.030 Euro und 3.200 Euro im Großraum Bremen an. Die Pflegekasse leistet davon bei dieser Pflegestufe 1.279 Euro, so dass der Bewohner oder die Angehörigen zwischen 1.750 Euro und 1.830 Euro monatlich zuzahlen müssen.

Die beiden großen Problemfelder, die alles andere in den Hintergrund drängen sind: Ungerechte finanzielle Lösungen für den Pflegebedürftigen und deren Angehörige und der Pflegenotstand in den Betrieben und der Heime. Mehr Quantität und Qualifikationen



Gesundheit ist ein hohes Gut

des Personals heißt dann höhere Eigenkosten für den Pflegebedürftigen oder höhere Beiträge für Arbeitnehmer und Rentner oder zusätzliche Finanzierungsanteile aus den öffentlichen Haushalten. Ich empfehle unseren Politikern, sich einmal in Skandinavien umzusehen. Dort gibt es durchaus für hier übertragbare Einrichtungen der täglichen Betreuung, Fahrdienste und Rückkehr in die eigene Häuslichkeit mit einheitlichen Pflegemodulen. Dort sind nicht in einer Großstadt 300 konkurrierende ambulante Pflegebetriebe unterwegs und zocken die Pflegenden nicht ab, weil die Gewinnanteile nicht anfallen und staatliche und gemeinnützige Einrichtungen tätig sind, die nicht im Preiswettbewerb zueinander stehen, sondern nur kostendeckend arbeiten.

Natürlich habe ich viele Probleme aus dem Gesundheitswesen heute hier nicht dargestellt, weil die Zeit fehlte. Auch meine inhaltlich geschlossenen Vorschläge neuer Konzepte im Interesse der Patienten und der Versicherten konnte ich nur in Andeutung erwähnen. Wenn Sie interessiert sind, dann rufen Sie in Ihrer eigenen Häuslichkeit meine Website auf unter: www.guenter-steffen.de

Lemwerder, 24. Oktober 2013

Günter Steffen