

# Gesundheit ist ein hohes Gut

---

## Eingangsausführungen zur Diskussion und Erstellung eines Positionspapiers zum Thema Gesundheit auf der Klausurtagung der Seniorenvertretung der Stadtgemeinde Bremen am 25.3. / 26.3.2013 in Bad Zwischenahn (März 2013)

Die gesetzlichen Fakten zu Fragen der Krankheits- und Pflegeversorgung unserer Bevölkerung sind im Sozialgesetzbuch V und XI festgelegt.

Ich werde hier eine ausführliche Zusammenfassung der wesentlichen Probleme aus der Sicht der Versicherten darstellen.

Im ersten Teil befaße ich mich mit der Krankenversicherung. Im zweiten Teil mit der Pflegeversicherung.

### 1. Teil

Zur gegenwärtigen Krankenversicherung und der zukunftsfesten Änderungserfordernisse

Meine Ausführungen unterscheiden sich in Gesetzlicher und Privater Absicherung.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung sind rund 90 % der Bürger in unserem Land versichert, entweder als Mitglied oder als Familienversichert in 134 Krankenkassen. Es bestehen die AOK, die fünf Ersatzkassen, die Landwirtschaftliche Krankenkasse, die Knappschaft und die IKK. Ansonsten handelt es sich ausschließlich um Betriebskrankenkassen.

Alle Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse zahlen einen eigenen Beitragsanteil von 8,2 % und der Arbeitgeber und die Rentenkasse 7,3% bis zur Beitragsbemessungsgrenze von jährlich 47.250 Euro. Für Zusatzversorgungsrenten zahlt das Mitglied den gesamten Beitrag von 15,5 %.

Gesetzlich ist festgeschrieben, dass der Arbeitgeberanteil in den nächsten Jahren nicht mehr erhöht wird. Damit wurde die solidarische Krankenversicherung beseitigt. Versicherungspflichtig sind alle Krankenkassenmitglieder mit einem Jahreseinkommen bis zu 52200 Euro jährlich.

Die abzuführenden Beiträge werden im Gesundheitsfonds des Bundesversicherungsamtes gesammelt. Die jeweilige Krankenkasse erhält diese Beiträge für bis zu 80 nachgewiesene herausgehobene Krankheiten inklusiv der durchschnittlich in den vergangenen Jahren nachgewiesenen Ausgaben für Leistungen und Verwaltung.



# Gesundheit ist ein hohes Gut

Ab 2010 hat der Gesetzgeber den Krankenkassen grundsätzlich zugebilligt, Zusatzbeiträge ab 8 Euro monatlich zu erheben. Aus Wettbewerbsgründen haben die Krankenkassen ab 2012 davon wieder abgesehen. Diese Zubilligung gilt aber weiterhin. Gegenwärtig verzeichnen die Krankenkassen mit wenigen Ausnahmen einschließlich des Gesundheitsfonds riesige Erlös-Summen, bis Ende 2012 waren es 28 Milliarden Euro an Überschüssen aus den Beiträgen und den Bundeszuschüssen.

Die Parteien sind sich im Deutschen Bundestag einig, diesen Beitragsstau nicht durch Beitragssatzreduzierungen aufzehren zu lassen. Durch den Wegfall der Praxisgebühr ab 2013 glaubt die Politik, für kommende Jahre gerüstet zu sein (Keine weiteren Spargesetze bis 2015 vorzusehen) und eben keine Leistungsergänzungen aufgrund der wissenschaftlich neu nachgewiesenen Therapiemöglichkeiten zuzulassen. Die wesentlichen Leistungserbringer, die Vertragsärzte der Praxen und die Krankenhäuser, erwarten weitere Vergütungserhöhungen in den kommenden Jahren 2013 und 2014. Die Bundesregierung hat gerade in der vergangenen Woche signalisiert, bis 2015 weitere 1 Milliarde Euro aus den Kassenbeiträgen den Krankenhäusern für die Personalkosten zukommen zu lassen.

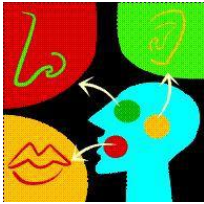
## Ein Wort zur Privaten Krankenversicherung:

Die Zwei-Klassen-Medizin ist Realität. Der "Privilegierte" erhält Wunschbehandlungen und alle Diagnostikverfahren und Therapien, die der behandelnde Arzt privat abrechnen kann. Dafür zahlt dieser Versicherte, wenn er älter als 50 Jahre ist, Beiträge nach gesundheitlichen Risiken, bis zu 1.000 Euro monatlich an Prämien.

Da viele privat Versicherte diese Beiträge nicht mehr leisten können, spätestens nach Beginn einer Berentung oder Pensionierung, hat der Gesetzgeber seit 2009 einen möglichen Basistarif für Beiträge und Leistungen geschaffen. Somit gibt es auch in der privaten Krankenversicherung ein System nach 1a und 1b. Hier ist quasi der Übergang zur normalen Kassenleistung einer nur ausreichenden Behandlung festgeschrieben. Eine Veränderung zur einheitlichen Krankenversicherung hätte sich 2009 für alle Bürger angeboten. Die Politik hat aber Rücksicht auf die privaten Versicherungsunternehmen als Aktiengesellschaften genommen.

Gesellschaftspolitisch ist es schon lange nicht mehr nachvollziehbar, warum wir immer noch das Zwei-, besser gesagt, das Dreiklassensystem in Deutschland haben. Niemand hat doch etwas dagegen, wenn sich "Privilegierte", neben einer einzuzahlenden guten Grundversorgung bei einer allgemein bestehenden Krankenversicherung für alle Bürger, Wahlleistungen zukaufen.

Soweit die Ausführungen zur privaten Krankenversicherung.



# Gesundheit ist ein hohes Gut

---

## Nunmehr ein paar Fakten von Leistungen für GKV-Versicherte:

Die einzelnen ärztlichen ambulanten und stationären Leistungen definiert nicht der Gesetzgeber, sondern der vom Gesetzgeber berufene "Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen". Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Verbände der Krankenkassen berufen ihre Ausschussmitglieder in eigener Regie. Das Bundesgesundheitsministerium beruft lediglich eine unabhängige Persönlichkeit, die diesem Gremium vorsteht. Neue Diagnostik- und Therapiemaßnahmen werden also weitgehend nach den finanziellen Interessen der erwähnten Institutionen beschlossen. Sehr oft sitzen beide Seiten in einem identischen "Interessenboot".

Insgesamt wendete die gesetzliche Krankenversicherung über 185 Milliarden Euro Ausgaben im letzten Jahr auf. Davon flossen u.a. rund 34 % an die Krankenhäuser, 19 % wurden für Medikamente aufgebracht (ohne die Zuzahlungen der Versicherten), 18 % für die Arzthonorare, 9 % für Heil- und Hilfsmittel, 6 % für Zahnärzte und fast 7% für Verwaltungskosten bei den Krankenkassen. Die restlichen Ausgaben ergeben sich für Krankengeld, Häusliche Krankenpflege, Fahrtkosten, Krankengeld u.a. Wie von einer Unternehmensberatung vor einem Jahr festgestellt, befanden sich in den GKV-Gesamtausgaben 2011 rund 25 % Anteil oder in Euro ausgedrückt, rund 40 Milliarden Verwaltungskosten, zusammen bei den Kassen und bei den Leistungserbringern. Das Geld also von den Beitragszahlern.

Die meisten Krankenkassen werden heute noch geführt und organisiert wie Dienststellen der öffentlichen Verwaltungen. Unternehmerische Entscheidungen aus Gründen einer sparsamen Betriebsführung im Interesse der Beitragszahler sind so gut wie nirgendwo anzutreffen. Der so sehr zu wünschende Leistungs-Wettbewerb zwischen den Krankenkassen besteht jedenfalls nicht.

### **95 % der Leistungen sind bei den Krankenkassen identisch.**

Noch zwei eindruckliche Ausgabenzahlen sind hervorzuheben:

- Die GKV-Ausgaben für Arzneimittel sind von 19,2 Milliarden Euro im Jahre 1999 auf 33,6 Mrd. Euro im Jahre 2010 angestiegen. Das entspricht einer Zunahme von 33 % in gut 10 Jahren. Es ist sicher, die Menschen sind nicht gesünder geworden. Der Alterungsprozess kann es auch nicht sein, denn hier ergibt sich ein geringer Plus-Faktor.
- Die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen haben sich in den zurückliegenden 12 Jahren jährlich für gesetzlich Versicherte um 3,6 % erhöht.



# Gesundheit ist ein hohes Gut

---

Wie nach Einschätzungen wissenschaftlicher Institute festgestellt wird, ergeben sich Größenordnungen möglicher Einsparungen, von 22 Milliarden bis 27 Milliarden Euro, allein für einige nicht notwendigen Strukturen und überflüssigen Ausgaben, die nichts mit einer derzeitigen Krankheit zu tun haben.

Mit Zustimmung von CDU/CSU und SPD wurde 2007 das Wettbewerbsförderungsgesetz geschaffen. Seit dem verfährt die Politik nach dem Motto: "Alles im Gesundheitswesen, was Arbeitsplätze schafft, ist gut." Die daraus direkte beteiligte Finanzierung fällt für den Staat sehr gering aus, dafür kommt der Beitragszahler zu über 90 % auf.

In den Einsparmöglichkeiten aufgrund nicht notwendiger Strukturen sind noch nicht die Ausgaben berücksichtigt, die die Beitragszahler für versicherungsfremde Leistungen teilweise aufbringen müssen. Bis heute sind dafür auch Bundeszuschüsse in den Gesundheitsfonds geflossen. Die will der Bundesfinanzminister jetzt zu einem großen Anteil nicht mehr überweisen und damit quasi eine "Steuererhöhung für Beitragszahler" veranlassen. Hier handelt es sich um überwiegend gesellschaftspolitische Notwendigkeiten.

Darunter sind zu verstehen:

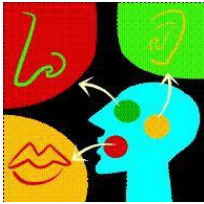
- Beitragsfreiheit wegen Elternzeit
- Teilnahme an Arbeitstherapien
- Zuschüsse für Erholungsreisen
- Leistungen rund um eine Schwangerschaft
- Empfängnisverhütungen
- Beitragsfreiheit für Zweitfrauen ausländischer Mitbürger und anderes.

## Ungerechtigkeiten im System der GKV

Wenn ärztliche Verordnungen ausgestellt werden, besteht im Regelfall die Notwendigkeit einer Therapie. Für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten und Krankenhausbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen schreibt das Gesetz Zuzahlungen der Versicherten vor. Ausnahmefälle bestehen nur dann, wenn eine Befreiung von der Krankenkasse für Sozialfälle ausgesprochen wurde. Steuerlich berücksichtigt werden derartige Aufwendungen nur dann, wenn chronisch Kranke über 1 % ihres Einkommens geltend machen können und im Regelfall der Steuerpflichtige derartige Aufwendungen von über 2 % nachweist.

Die Preise für Arzneimittel sind in Deutschland im Vergleich zu den westeuropäischen Ländern um 30 bis 40 % höher im Endpreis, die die Krankenkassen - aus den Beiträgen - den Apotheken erstatten müssen.

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



# Gesundheit ist ein hohes Gut

---

Erstattungen für Zahnersatz wie einfache Kronen, Zahnbrücken und Teil- oder Ganzprothesen belaufen sich höchstens auf 33 bis 40 % der Gesamtkosten, die der Zahnarzt in Rechnung stellt. Die meisten Krankenkassen bieten eine Zahnzusatzversicherung in Zusammenarbeit mit privaten Versicherungsunternehmen an.

Die Diagnose bezogenen Fallpauschalen-Abrechnungen in den Krankenhäusern laden zu Falsch- und Mehrkostenabrechnungen ein. Der bürokratische Aufwand ist unzumutbar hoch und viel zu personalintensiv für die Krankenhäuser und die Krankenkassen einschließlich des Medizinischen Dienstes.

Eine vertraglich orientierte Abrechnungsmöglichkeit im Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern bietet sich je Krankenhaus mit einer Fallkostenabrechnung je Patient an. (Wirtschaftliche Kosten dividiert mit der Fallzahl). So könnte man die Häuser nach Qualitätsstandards, die heute fehlen, beurteilen und bezahlen.

Die sprechende Medizin kommt für Kranke wegen der Honorarbestimmungen, die für niedergelassene Ärzte gelten, viel zu kurz.

Es ist erforderlich eine einheitliche Gebührenordnung für alle Leistungen gesetzlich zu bestimmen; auch mit Steuerungselementen bei den quartalsmäßigen Abrechnungen.

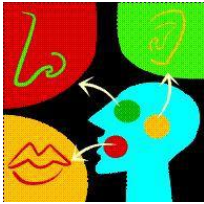
In vielen Landkreisen fehlen jedes Jahr mehr Hausärzte. Die mittlerweile gesetzlichen Regelungen sind Scheinregelungen z.B. Abbau der Zulassungen in den Städten nach Ausscheiden eines Allgemeinarztes. Umgesetzt ist derzeit fast nichts.

Hier müssen grundlegende verbesserte Bedingungen für Bewerber wie kollegiale Gemeinschaftspraxen, Investitions-Darlehen für Einrichtungen, Finanzierung einer qualitativ gut ausgebildeten Krankenschwester und erheblich verbesserte Vergütungen für Hausbesuche, angeboten werden. Die Auffassungen der Politik im Bund und in den Ländern, es sollte die Selbstverwaltung (KV und Krankenkassen) die Probleme lösen, funktioniert auf keinen Fall.

## **Ich spreche hier auch an:**

Der Missbrauch der machtpolitischen Spiele der Krankenkassen, zu Lasten der Beitragszahler. Die Auftragsinhalte im SGB V werden einseitig ausgelegt. Dadurch finden umfangreiche Werbestrategien mit der Begrifflichkeit "Marketingaktivitäten im Wettbewerb" statt.

Der eigentliche Sinn dahinter ist der Mitgliederausbau, damit die Organisationsstruktur und damit verbunden der Ausbau der Stellenpläne sowie Anhebung der Gehälterbewertungen erreicht wird. Das Abjagen der Konkurrenz-Mitglieder innerhalb der GKV kann nur als Verbrennung von vielen hunderten Millionen Euro bezeichnet werden, zumal der einheitliche Beitrag gilt und von einem Leistungswettbewerb nun wirklich nicht zu sprechen ist. Tausende von Mitarbeitern der Kassen werden dafür ausschließlich eingesetzt.



# Gesundheit ist ein hohes Gut

---

**Ich komme jetzt zu dem Punkt:**

Was wird unter Wirtschaftlichkeits-Reserven im Gesundheitssystem verstanden?

Die Anbieter-Monopole (Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser) arbeiten jeweils für sich und versäumen die im System enthaltenen Wirtschaftlichkeitsreserven abzubauen, wie z.B.

1. Vermeidung von Doppel- und Mehrfachuntersuchungen sowie das Fehlen der Dokumentation einer elektronischen Versicherungskarte
2. Ausschöpfung diagnostischer/therapeutischer Behandlungen in den ambulanten Fachzentren, um die stattfindenden Fehlbelegungen in den Krankenhäusern von mindestens 10 % abzusenken
3. Inanspruchnahme der Hochleistungs-Medizintechnik von niedergelassenen Vertrags-ärzten in den Krankenhäusern, wobei das ökonomische Handeln nicht mehr im Vordergrund stehen sollte (schnelle Amortisierung wegen der hohen Beschaffungskosten).
4. Es werden jährlich für bis zu 5 Milliarden Euro Arzneimittel ohne nachgewiesener Wirksamkeit verordnet. Allein 2 Milliarden Euro Medikamente landen jährlich auf dem Müll oder nicht angebrochen in den Arzneischränken der Versicherten.

In Deutschland haben wir zum Vergleich aller Länder der Erde die höchsten Röntgenuntersuchungen pro Einwohner, die höchsten Knie- und Hüftoperationen pro Einwohner, die höchsten Eingriffe im Herz-Kreislaufsystem und die meisten Krankenhausbetten pro Einwohner. Das sind die Fakten und daraus lässt sich nicht der Schluss ziehen, die Bevölkerung in Deutschland sei besonders gesund. Die Todesraten sind mit den Nachbarländern vergleichbar.

Die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte mit im Durchschnitt 18 Arztbesuche im Jahr ist nur einzudämmen, wenn qualifizierte Ärzte manchen Patienten klarmacht, dass diagnostische und therapeutische Behandlungen derzeit nicht angezeigt sind, denn auch die Selbstheilungskräfte sind einzubeziehen nach Klärung der Symptome und Anamnese. Nur so werden die Steuerungsmechanismen längerfristig greifen.

Wie aus den bisherigen Beschlüssen der im Bundestag vertretenen Parteien nachzulesen ist, werden die unnötigen Strukturen und die vielen belastenden Kosten der Beitragszahler, die nichts mit einer qualitativ guten Diagnostik und Therapie zu tun haben, ganz sicher weiterhin von der Politik aufrechterhalten. Dafür sorgen schon die vielen Lobbyisten im Gesundheitswesen, die sich ständig bei den Abgeordneten, bei der Bundesregierung und den Landesregierungen aufhalten, um ihre Kontakte "zu pflegen".



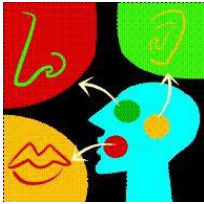
# Gesundheit ist ein hohes Gut

Persönliche Meinung in aller Kürze von Prioritäten, die ich als Referent von einem gerechten und langfristig ausgerichtetem System der "Gemeinsamen Krankenversicherung der Bürger" setze:

Keine Unterscheidung zwischen privater und gesetzlicher Absicherung im Krankheitsfall, Vorsorgemaßnahmen sowie einer sinnvollen Prävention.

Als so genannte qualitätsgesicherte Grundleistungen sollten gelten:

- Die Behandlungen bei den zugelassenen Fachärzten/Zahnärzten und Institutsambulanzen, Versorgung im Krankenhaus, Rehabilitationsmaßnahmen, Notarztversorgung, Palliativ-Ambulanzen, Physiotherapie, Arzneien, Heil- und Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege, Krankengeld, Ärztliche Psychotherapie, Fahrtkosten für chronisch Kranke und gesetzlich festzulegende Präventionen.
- Sozial abgestufte Beiträge entsprechend der individuellen Einkommen. Die Einkommensstufen sollten festgelegt werden, die sich zwischen 5 % und 7 % bis zu 8 % der Beitragsstufen für Mitglieder errechnen lassen. Die Beitragsbemessungsgrenze sollte bis zu 100 Tausend Euro jährlich für Arbeitnehmer bestehen.
- Für familienversicherte Ehegatten sollten die Mitglieder einen Aufschlag von 20 % zahlen. Für Kinder übernimmt der Staat die Beiträge.
- Der Arbeitgeber und die Rentenversicherungsträger sollten die Hälfte der Beitragshöhe des Mitgliedes bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze der gegenwärtigen Höhe, die alle zwei Jahre angepasst wird, leisten.
- Die nicht im Gesetzbuch abgesicherten Krankenleistungen könnten im Wettbewerb von allen Krankenkassen und Versicherungsunternehmen mit einer Zusatzversicherung angeboten werden. (Beispiele: Alternativmedizin, Chefarztbehandlungen und Zahnersatzleistungen, die den gesetzlich vorgegebenen üblichen Rahmen überschreiten u.a.).
- Die Leistungen sollten grundsätzlich direkt mit der betreffenden Krankenkasse abgerechnet werden. Der Versicherte sollte ein Duplikat von der Rechnung erhalten. Beanstandet er diese, muss er sich zunächst mit dem Leistungserbringer zur Klärung in Verbindung setzen. Erst danach erhält die Krankenkasse vom Versicherten die Begründung des Leistungserbringers.
- Für Ärzte, die in einer Praxis arbeiten, sollte eine Ärzte-Gebührenordnung vom Gesetzgeber eingeführt werden.
- Die Krankenhäuser sollten mit der/den Krankenkasse(n) einen jährlichen Vertrag über eine zu vereinbarende Vergütung abschließen. Diese sollte sich aus den wirtschaftlichen Kalkulationskosten dividiert mit der kalkulierten Fallzahl aller Patienten ergeben. Den Preis nennt man durchschnittliche Fallkosten. Besonders



# Gesundheit ist ein hohes Gut

---

herausgehobene sehr teure Leistungen wie Transplantationen usw. sollten als gesetzlich festgelegte Sonderentgelte den Krankenhäusern vergütet werden.

- Für Behandlungskosten, die durch besonders gefährliche Sportarten anfallen und dafür kein Dritter haftbar gemacht werden kann, sollten erhebliche Zuzahlungen je Unfall von bis zu 1.000 Euro erhoben werden.
- Bei den so genannten Muttrink-Aktionen (Alkoholmissbrauch) von Kindern und Jugendlichen sollten die Erziehungsberechtigten an der ärztlich/medizinischen Sofortmaßnahme mit einer Zuzahlung von bis zu 500 Euro herangezogen werden und der Jugendliche an Sozialarbeiten teilnehmen müssen. Voraussetzung sollte die durchgeführte Notfallversorgung sein.
- Es sollten nur noch Medikamente verordnet werden, die in der gesetzlich vorgeschriebenen Positivliste bei den Fachärzten in den Praxen enthalten sind. Es ist Unsinn, wenn der Arzt in der Praxis mit rund 58.000 verschiedenen Medikamenten konfrontiert wird. Darüber hinaus wäre es sinnvoll, eine Einzelmengenverordnung gesetzlich zuzulassen. (Bis zu 20 Tabletten, im Regelfall 10 Stück je Beratung für Patienten, die nicht chronisch krank sind).
- Alle Grunddaten sowie die medizinisch-ärztlichen Leistungen und Verordnungen sollten auf einer bestehenden elektronischen Versicherungskarte vermerkt werden. Die Zielkonzeption besteht schon viele Jahre und wird von den Datenschützern torpediert. (Hier würden erhebliche Kosten wegen nicht mehr stattfindender Doppeluntersuchungen eingespart).
- Kostenaufwendige Strukturen, die nicht erforderlich wären, bräuchten nicht mehr von den Beiträgen finanziert werden. (Kassenärztliche / Zahnärztliche Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften, Landesverbände der Krankenkassen u.a.)
- Verbot der Werbemaßnahmen der Krankenkassen aus der Finanzierung der Beiträge, die dann allein für die Bewältigung der Grundleistungen zur Verfügung stünden.

Diese Auflistung ist nicht vollständig und kann auf meiner Homepage unter:

[www.guenter-steffen.de](http://www.guenter-steffen.de) unter Veröffentlichungen mit dem Thema: **“Die zukunftsfeste Krankenversicherung - eine Diskussionsgrundlage zum Aufbruch einer gerechten Gesundheitspolitik” (Ende 2010)**“ nachgelesen werden.

Soweit der 1. Teil meiner Ausführungen zum Thema Krankenversicherung.