

# **Referat auf dem Gesundheitskongress am 22.4.2012 in Kiel**

**Meine Damen und Herren,**

**der Vorstand der RRP hat mich gebeten,  
hier einmal Ausführungen über die  
praktizierte Gesundheitspolitik und  
Wirkungen, die ausgelöst wurden von den  
etablierten Parteien, vorzutragen. (Zuvor  
darf ich mich kurz vorstellen: Ich heiße Günter  
Steffen, bin 35 Jahre im Gesundheitswesen in  
den verschiedensten Leitenden Positionen im  
Krankenhaus und bei der Krankenkasse, beim  
Kassenverband und im  
Bundesgesundheitsministerium tätig gewesen.  
Seit einigen Jahren befinde ich mich im  
Ruhestand und beschäftige mich damit, der  
Öffentlichkeit eine gerechtere  
Gesundheitspolitik näher zu bringen).**

**Umsetzung der gesetzlichen Grundlagen  
Es ist für einen Kenner der Materie nicht  
ganz absurd zu vermuten, die  
Umsetzungsbestimmungen der  
Gesundheitspolitik, insbesondere in der**

**Krankenversicherung, sollen für den Normal-Versicherten möglichst ein Buch mit sieben Siegeln sein und auch bleiben. Bei der Begrifflichkeit Gesundheitspolitik verstehen die regierenden Parteien hauptsächlich einen florierenden Gesundheitsmarkt zur Förderung von Beschäftigungen und einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Hierfür wurde im Jahre 2007 extra – in der CDU/CSU/SPD-Koalition - ein Wettbewerbsförderungsgesetz geschaffen. Die Leistungen bei Krankheit, Vorsorge und Prävention, sind rechtlich/bürokratisch im SGB Fünf abgedeckt. Der Gesetzgeber hält sich aus dem Umfang und den Details der notwendigen medizinischen Leistungen heraus, was kranke Versicherte für Diagnostik und Therapie bedürfen. Dafür zuständig ist der „Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen“, der darüber befindet, welche Leistungen aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse im sogenannten Leistungskatalog bei den Kassenärzten zur Anwendung gelangen,**

**welche neuen Therapien in den Fallpauschalen im Krankenhaus und welche neuen Arzneimittel in der GKV kostenmäßig übernommen werden dürfen. Es ist sicher nachvollziehbar, dass beide Seiten, Kassenärzte und Krankenkassen, darauf bedacht sind, finanzwirtschaftliche Interessen, losgelöst von Notwendigkeiten der kranken Patienten, im Ausschuss zu verfolgen.**

**In meinen Eingangsausführungen auch gleich klare Worte zum sogenannten „Wettbewerb“ zwischen den Krankenkassen. Die Leistungen für Diagnostik und Therapie sind bei allen GKV-Kassen zu 95% identisch. Die restlichen 5% sind dann die Freiheiten für Sachkosten, damit die machtpolitischen Betriebsziele –also Mitgliederwerbungen (Abwerbungen aus dem GKV-System bei identischem Beitrag) unter jährlichem Einsatz von Hunderten von Millionen Personalkosten mittels Marketingaktivitäten stattfinden. Eine**

**Verschwendung von Beitragsmitteln, die weit überwiegend nichts mit einer akuten Krankenversorgung zu tun hat. Meine persönliche Meinung ist deshalb klar und eindeutig:**

**Arbeitsmarktpolitik darf nicht mit Beiträgen der Arbeitnehmer und Rentner aus den Mitteln der Krankenversorgung missbraucht werden.**

**Bevor ich auf Inhalte im Leistungsbereich, deren Unwirtschaftlichkeiten und auf notwendige Strukturveränderungen eingehe, möchte ich auf das gegenwärtige Zusammenspiel zwischen Politik und Lobbyisten im Gesundheitswesen eingehen. Was verstehen die Bürger unter dem Begriff Lobbyisten? Es sind grob gesagt alle Verbände der Leistungserbringer, einige mehr, andere weniger beeinflussbar in den politischen Gremien. Gemeint von mir sind Kassenärztliche-Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer mit ihrem Präsidenten, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und einige vor Ort**

**befindlichen Landes-  
Krankenhausgesellschaften, die  
Vereinigung der Verwaltungsdirektoren  
der Krankenhäuser, die der Ärztlichen  
Direktoren, der Verband der  
Pharmaindustrie, der Verband der  
Apotheker, aber auch der Bundesverband  
der Gesetzlichen Krankenkassen, die  
Vereinigung der Privaten  
Krankenversicherung und viele andere  
mehr. Die Einflussnahme findet durch  
persönliche Interventionen direkt beim  
Bundesminister, bei den Abgeordneten des  
Gesundheitsausschusses des Deutschen  
Bundestages, beim zuständigen  
Staatssekretär und den Leitenden  
Ministerialbeamten statt. Die Pharmalobby  
wird meistens direkt im Bundeskanzleramt  
empfangen. Diese Darstellung von mir  
basiert auf eigene Erfahrungen, die  
während meiner Einsätze im  
Bundesgesundheitsministerium als  
„Lobbyist“ (Interessenvertreter der GKV)  
Gang und Gebe waren.**

**Gesundheitspolitische  
Änderungsüberlegungen, die von den  
Lobbyisten eingebracht werden, sind  
wichtige Beschäftigungsfelder im  
Ministerium, um den Abgeordneten des  
Gesundheitsausschusses Argumente  
dagegen oder befürwortend unter  
Beachtung der ideologischen  
Regierungs(Parteien)-Vorgaben zu  
erarbeiten. So bitter es klingen mag: Der  
Versicherte oder die  
Patientenvereinigungen spielen in den  
gesundheitspolitischen Abläufen,  
Informationen und Überlegungen von  
Notwendigkeiten keine oder jedenfalls die  
geringste Rolle. Aber klar ist auch: Die  
vielen Bundestagsabgeordneten, die nicht  
zum Gesundheitsausschuss gehören,  
betätigen sich als Ja-Sager der  
Fraktionsbeschlüsse.**

## **PKV und GKV**

**In unserem Land unterscheidet man immer  
noch nach Pflicht- und Privatversicherung.  
Solange Arbeitnehmer die gegenwärtig**

**gültige Pflichtgrenze bis zu einem Jahreseinkommen von z.Zt. 50850 Euro nicht überschreiten, sind sie grundsätzlich pflichtversichert in einer von z.Zt. 138 bestehenden gesetzlichen Krankenkassen. Die Bemessungsgrenze in diesem Jahr beträgt 45900 Euro. Sie ist die Grundlage zur Errechnung des Höchstbeitrages. Rund 90% unserer Bevölkerung sind Mitglied in der GKV. Schon längst sind nicht alle Bürger, die einer privaten Krankenversicherung angehören, privilegiert. Die Schere der Prämien in der PKV gehen weit auseinander. Heute ist es keine Seltenheit, dass ältere Versicherte dort bis zu 900 Euro als monatlichen Beitrag zahlen müssen. Ja, es gibt Rentner, die monatliche Rentenbezüge von bis zu 1100 Euro haben und monatliche PKV-Beiträge von 600 Euro leisten sollen. Der Gesetzgeber hat nun vor einiger Zeit daher eine Basisabsicherung in der PKV geschaffen, sodass ich mittlerweile von einer Drei-Klassen-Medizin sicher berechtigt sprechen darf.**

**Es wird höchste Zeit, im ersten Schritt die Öffnung zwischen privaten- und gesetzlichen Krankenkassen zu veranlassen, damit die vielen Härtefälle aus der Welt geschaffen werden.**

**Unabhängig davon fordere ich, eine Pflichtversicherung für alle Bürger mit identischen Grundleistungen im Krankheitsfall gesetzlich zu beschließen.**

**Eine Bemerkung zur abnehmenden Anzahl von Krankenkassen. Die Reduzierung führt immer häufiger zu Fusionen. Diese stellen sich leider nicht als Faktor von Kosteneinsparungen heraus, weil einschneidende kassenunternehmerische Entscheidungen unterbleiben und sich so keine verbesserte Wirtschaftlichkeit einstellen kann. Hier wird nicht gesetzestreu gehandelt, denn das Gesetz sieht bei Zahlungsunfähigkeit einer Kasse vor, dass alle Kassen der jeweiligen Kassenart einzuspringen haben. Nur unter dieser Voraussetzung könnten wirklich**



**Kosten im System durch Schließung der betroffenen Kasse eingespart werden.**

## **Inhalte der GKV**

**Zu den inhaltlichen Themen Beitragssatzerhöhungen, Zusatzbeiträge, Gesundheitsfonds und zur gegenwärtigen Überschuss-Situation gehe ich hier nicht näher ein, da die nachfolgenden Referate sich ausführlich damit befassen. Zu den Grundsätzen in der GKV ist aber von mir auf eine gravierende gesetzlich vollzogene Änderung ab 2011 hinzuweisen. Die solidarische Krankenversicherung ist seit dem beseitigt, weil der Arbeitgeberbeitrag für alle kommenden Jahre festgeschrieben wurde.**

**Insgesamt wendete die Gesetzliche Krankenversicherung im Jahre 2010 rund 165 Milliarden Euro auf. Davon flossen u.a. rund 35% in die Krankenhäuser, 19% wurden für Medikamente finanziert (ohne die erheblichen Zuzahlungen der**

**Versicherten), 17% für Honorare der Kassenärzte, 9% für Heil- und Hilfsmittel, 6% für Zahnärzte und fast 7% für Verwaltungskosten. Wie in den vergangenen Wochen eine namhafte Unternehmensberatung feststellte, befinden sich in den GKV-Gesamtausgaben rund 25% Anteil oder in Euro ausgedrückt, rund 40 Milliarden Verwaltungskosten bei den Krankenkassen und den Leistungserbringern: Also das Geld aus den Beiträgen. Der Eindruck trügt keineswegs, die großen Krankenkassen werden geführt wie Dienststellen der öffentlichen Verwaltungen. Unternehmerische Entscheidungen auf dem Hintergrund sparsamer wirtschaftlicher Betriebsführung sind wenig oder gar nicht anzutreffen. Noch zwei eindruckliche Ausgabenzahlen will ich hervorheben: Die GKV-Ausgaben für Arzneimittel sind von 19,2 Mrd.E im Jahr 1999 auf 32,4 Mrd.Euro im Jahr 2009 angestiegen. Das entspricht einer Zunahme von 68%. Die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen haben sich in den**

**zurückliegenden 12 Jahren jährlich im Durchschnitt um 3,6% erhöht.**

## **Unwirtschaftlichkeiten im System**

**Meine Damen und Herren, ich komme jetzt zu den vielen Unwirtschaftlichkeiten. Diese hängen vielfach unmittelbar mit den Strukturen im Gesundheitswesen zusammen, die nichts mit der Beitragssicherung für Diagnostik und Therapie zu tun haben. Die Politik verfährt seit vielen Jahren nach dem Motto: „Alles im Gesundheitswesen, was Arbeitsplätze schafft, ist gut; denn weniger der Staat, sondern überwiegend das Kassenmitglied kommt dafür mit seinem Beitrag auf.“ Die Größenordnungen möglicher Einsparungen liegen zwischen 22 und 27 Milliarden Euro. Diese Einschätzung stammt von wissenschaftlichen Instituten. Bei einer konsequenten Umsetzung bliebe es selbstverständlich bei den gegenwärtigen Diagnostik- und Therapiemaßnahmen nach heutigem Stand.**

**Ich benenne einmal in Stichworten aufwendige Strukturen, die entfallen könnten, sowie Unwirtschaftlichkeiten in diesem System:**

**. Streichung der Beitragsanteile für viele Landes- Krankenkassenverbände unterschiedlicher Kassenarten**

**. Streichung der Beitragsanteile von 17 Kassenärztlichen Vereinigungen, 17 Kassen-Zahnärztlichen Vereinigungen sowie eine Vielzahl von Bezirksstellen**

**. Streichung der Verwaltungszuschüsse aus den Beiträgen für Verbände der Leistungserbringer**

**. Beseitigung der bürokratischen Abrechnungssysteme mit einem unvorstellbaren Prüfaufwand, insbesondere für Kassenärzte und Krankenhäuser**

**. Konsequenter strafrechtliche Verfolgung der Vielzahl von Missbrauchsfällen in der**

**Abrechnung mit DRG-Fallpauschalen und der Abrechnungen der Apotheken, Sanitätshäuser, Krankengymnastinnen und anderen.**

- . Verbot der Werbebudgets der Krankenkassen incl. der Personaleinsätze mit Finanzmittel aus den gesetzlichen Einnahmen anlässlich von Vertriebsmethoden der vielen absurden Marketingaktivitäten**
- . Verringerung der viel zu hohen Arztdichte in den Großstädten und dafür Sicherstellung auf dem flachen Land**
- . Einführung von Steuerungselementen zur Absenkung der Inanspruchnahme der Haus- und Fachärzte in der gegenwärtigen Spitzen-Frequenz von 18x im Jahr vieler Mitglieder. Ausgenommen sollten selbstverständlich chronisch Kranke sein.**
- . Maßnahmen von Weiterbildungen der Fachärzte für Allgemeinmedizin in der**

**Zielsetzung eines qualifizierten Ordnungsverhaltens für Medikamente (Wegen Arzneimittel-Unverträglichkeiten sind nach Expertenmeinung 150 000 Krankenhauseinweisungen pro Jahr auf Ordnungsverhalten zurückzuführen). Allein 2 Milliarden Euro Medikamente landen jährlich auf dem Müll oder unangebrochen in den Schränken der Patienten.**

**. Der Rettungsdienst, der von den Ländern und Kommunen organisiert und gesetzlich bestimmt wird, ist bei den laufenden Betriebskosten total über-  
teuert. In den zurückliegenden 15 Jahren haben sich hier  
Kostensteigerungen von 100% ergeben.  
Im gleichen Zeitraum sind die Beiträge um 20% gestiegen.**

**. Bei der Menge der ärztlichen Leistungen am Beispiel der Großgeräteinsätze wie CT, MRT**

- und andere steht fast immer das ökonomische Handeln im Vordergrund. Hier sollte bei den Vergütungen gegen gesteuert werden**
- . Es gibt ein deutlich zu großes Angebot an Hilfsmitteln in zweifelhafter Qualität. Die Angebote gehen einher mit einer Hochpreissituation. Hier funktionieren die Marktgesetze nicht, wie sie sollten.**
  - . Im großen Stile findet seit vielen Jahren der Missbrauch mit der Krankenversicherungskarte statt, ohne dass der Gesetzgeber angemessen reagierte.**
  - . Auf dem Verordnungsweg der Kassenärzte fehlt immer noch eine elektronische Versicherungskarte, um Doppeluntersuchungen und überflüssige Therapien vermeiden zu können. So wichtige Angaben wie Blutgruppe, Impfnachweis, Herz- und Nierenimplantate u.a. sowie**

**schwerwiegende Erkrankungen  
könnten sehr von Vorteil für den  
einzelnen Patienten bei  
lebensnotwendigen  
Veranlassungen sein.**

**. Der so wichtige Vertragswettbewerb  
zwischen den Krankenkassen ist,  
wohl im Einvernehmen auch  
mit dem Gesetzgeber, bis heute nicht  
gewollt. Dadurch können  
Wirtschaftlichkeit und auch so not-  
wendige Qualitätsstandards nicht  
realisiert werden.**

**Soweit zum Thema  
Unwirtschaftlichkeiten.**

## **Versicherungsfremde Leistungen**

**Sehr notwendig ist aber auch auf  
Gegebenheiten von  
versicherungsfremden  
Leistungen einzugehen, die nach wie  
vor aus den Beiträgen finanziert**



**werden. Wenn es sich  
dabei um gesellschaftspolitische  
Notwendigkeiten  
handelt, müssten sie aus dem  
Bundeshaushalt  
bezahlt werden.**

**Darunter verstehe ich u.a.:**

**Vorsorgekuren ohne  
Akuterkrankungen,**

**Beitragsfreiheit wegen  
Elternzeit,**

**Teilnahme an  
Arbeitstherapien,**

**Therapeutisches Reiten,  
Zuschüsse für  
Erholungsreisen,**

**Leistungen rund um eine  
Schwangerschaft,**

**Empfängnisverhütung**

**und**

**Beitragsfreiheit für  
Leistungen der Ausländischen  
Eltern (Bosnien, Serbien  
Türkei ect.) aufgrund der in  
Deutschland arbeitenden  
Kinder.**

**Im Zusammenhang der  
versicherungsfremden  
Leistungen wird auch nicht  
darüber befunden,  
warum Unfallkosten bei besonders  
gefährlichen  
Sport- und Freizeitaktivitäten  
immer noch von  
der GKV, wenn kein Dritter  
haftbar gemacht werden kann,  
übernommen werden. Zumindest  
Beitragszuschläge wären doch wohl  
sinnvoll.**

**Die von mir genannten so  
notwendigen Kosten-**

**Einsparungen im Gesundheitswesen sind nur Beispiele. Es gibt noch einige mehr, die von der Politik umgesetzt werden könnten. Aber es scheint niemand in der Gesundheitspolitik gegenwärtig bereit zu sein, die teuren Strukturen zu verändern, die Verwaltungskosten der Krankenkassen zu hinterfragen und die jährlichen Ausgabensteigerungen für Leistungserbringer kritischer zu beurteilen und wirtschaftliche Maßstäbe einzubeziehen.**

**Wir benötigen ein gerechteres System in der Absicherung von Krankheiten und Vorsorge.**

**Ich bin sehr davon überzeugt:**

**Ein viel gerechteres und langfristig sozial ausgerichtetes System der Krankenversicherung ist machbar. Voraussetzung ist allerdings, dass dann Interessenvertreter aller Art bei der Formulierung zur Änderung gesetzlicher Regelungen ausgeschlossen werden, damit Eigeninteressen unberücksichtigt bleiben.**

**Oberste Priorität sollte es sein, keine Unterscheidung mehr zwischen privat und gesetzlich Versicherten bei den Leistungen vorzunehmen.**

**Es sollten für alle Bürger sozial abgestufte Beiträge entsprechend der individuellen Einkünfte aller Art erhoben werden. Die Beitragsbemessungsgrenze sollte nach meinen Vorstellungen auf 100 tausend Euro jährlich für Arbeitnehmer angehoben werden. Der Höchstbeitrag für Arbeitnehmer**

**würde dann nach meinen Vorstellungen 600 Euro monatlich betragen können. Hinzu käme selbstverständlich noch der Arbeitgeberanteil, wobei die dafür benötigte Bemessungsgrenze aus wirtschaftspolitischen Gründen durchaus bestehen bleiben könnte. Ich plädiere dafür, dass alle Versicherten den Zugang zu einer absolut hochwertigen, aber nur notwendigen medizinischen Behandlung erhalten.**

**Wissenschaftlich nicht nachgewiesene Therapien sollten durch Zusatzversicherungen, genauso wie viele Angebote der Krankenkassen bei den Wohlfühlprogrammen, abgedeckt werden. Wahlärztliche und sonstige Angebote im Krankenhaus können dann weiter zu den freiwilligen Zusatzversicherungen gehören.**

**Beitragsbelastende Strukturen im Gesundheitswesen sollten endgültig der Vergangenheit angehören.**

**Beim Leistungszugang für alle Versicherten sollte bei Arzt- und Zahnarzt-Honorare gelten: Wegfall der Budgetierung und dafür Einführung einer Gebührenordnung mit Steuerungselementen sowie die Möglichkeit für gut wirtschaftende Krankenkassen, Kollektivverträge mit Kassenärzten abschließen zu dürfen.**

**Im Krankenhaus sollte ein bürokratiefreies Vergütungsrecht (z.b. durchschnittliche Fallkosten eines Krankenhauses für alle Leistungsbereiche) vertraglich gelten und eine Rechnungsabwicklung mit den Krankenkassen und Zweitschrift für die Versicherten für alle Leistungserbringer gelten.**

**Meine Vorstellungen von einer gerechten sozialen Krankenversicherung schlieÙe ich ab mit den Hinweisen von Notwendigkeiten wie Förderung ambulanter Notfallbehandlungen, Einführung der flächendeckenden Palliativ-Ambulanzen und Einzelmengenverordnung der Arzneien im Rahmen einer Positivliste für Kassenärzte sowie grundsätzliche Preisverhandlungen des Spitzenverbandes der GKV mit der Pharmaindustrie.**

**Meine Damen und Herren, ich habe einiges Nachdenkliches dargestellt. Allerdings habe ich keine Illusionen. So schnell wird sich in unserem Land diesbezüglich nichts ändern.**

**Sozialpolitische Medien, die unsere Politiker auffordern, sich Gedanken zu machen, sind aus meiner Sicht nicht zu erkennen. Den Menschen,**

**die gerechtere Ideen und sachliche Neuerungen vorschlagen, sagt man: „Gehe doch in die Politik und versuche etwas zu ändern.“ Der Glaube daran fehlt mir. Dafür habe ich eine viel zu lange Berufserfahrung in diesem Metier absolviert.**

**Zum Schluss komme ich noch auf den Punkt:**

**Ziele der im Bundestag vertretenen Parteien**

**Ein paar Sätze noch zur geplanten SPD- Bürgerversicherung, wobei sich das Bündnis „Die Grünen“ dem wohl weitgehend anschließt:**

**Meine sachlich durchdachten Änderungswünsche im Interesse breiter Bürgerinteressen fehlen im Konzept der SPD weitestgehend. Im Konzept der Sozialdemokraten soll**



**es bei ein weiter so bei den hohen Leistungsausgaben und dem Erhalt aller gegenwärtigen Strukturen im Gesundheitswesen bleiben. Auch eine Trennung zwischen privat- und gesetzlich versichert soll bleiben, weil angeblich verfassungsmäßige Probleme bestehen.**

**Eine etwaige Beseitigung der immensen bürokratischen Ausgaben zu Lasten der Beiträge ist nicht vorgesehen.**

**Und wofür stehen gegenwärtig die Unionsparteien und FDP? Für die ungerechteste Lösung der Beitragszahler, sofern es sich um kleine- und mittlere Einkommenschichten in unserer Gesellschaft handelt:**

**Gesundheitsprämie –also die einheitliche Kopf-Pauschale- und der weitere Ausbau des Gesundheitsmarktes!**

**Ich danke Ihnen für Ihre Geduld.**

**Günter Steffen**

**Lemwerder, im April 2012-04-03**

**Meine Homepage ist zu finden:**

**[www.guenter-steffen.de](http://www.guenter-steffen.de)**