

Milliarden Verwaltungskosten der Krankenkassen ohne Konsequenzen – Verbesserte medizinische Leistungen und Beitragssenkungen sind überfällig

Von Günter Steffen, Lemwerder

Der Auftrag für die gesetzlichen Krankenkassen ist im Sozialgesetzbuch Fünft bestimmt. Danach sollen sie den Versicherten alle notwendigen Leistungen zur Verfügung stellen, soweit nicht eine Eigenverantwortung abgeleitet werden kann. Die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen sollen den Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und auch den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Was im Rahmen einer Krankenversorgung notwendig ist, darüber befindet aber selbstverständlich der behandelnde Arzt. Neue Leistungsnotwendigkeiten - besonders bei den Erkenntnissen im medizinischen Fortschritt- werden aber nach den gesetzlichen Bestimmungen vom Gremium "Bundesausschuss für Ärzte/Krankenkassen" entschieden. Beide Interessengruppen befinden letztlich im Lichte ihrer finanziellen Vorstellungen über neue teure Leistungen und sind sich sehr oft in der Ablehnung einig.

Die Krankenkassen erhielten aus dem Gesundheitsfonds zwischen 2009 und 2011 für ihre Versicherten rund 515 Milliarden Euro. Dieser Betrag resultiert aus den gesetzlich bestimmten Beiträgen der Arbeitnehmer und Rentner von 8,2% (bis zur Bemessungsgrenze) und der 7,3% vom Arbeitgeber/Rentenversicherungsträger. In diesem Zeitraum sind im Gesundheitsfonds rund 8 Milliarden Euro nicht zur Verfügung gestellt worden mit der Begründung der Bildung einer Mindestreserve und der Begleichung der Sozialausgleiche bis 2014. (Diese Ausgleiche werden bis dahin gar nicht fällig werden, zumal im Jahre 2012 voraussichtlich keine Zusatzbeiträge mehr erhoben werden). Allein die Summe von 376 Milliarden Euro Ausgaben in drei Jahren haben die gesetzlichen Krankenkassen für ambulante und stationäre Krankenbehandlungen zur Verfügung gestellt. Eine

Arbeitsaufwendigkeit der Verwaltung kann davon jedenfalls nicht abgeleitet werden, denn bei den ärztlichen Abrechnungen werden ein bis zweimal jährlich Milliarden Summen per Netto an die Kassenärztlichen Vereinigungen überwiesen. Detaillierte Einzelabrechnungen müssen gar nicht erst entgegengenommen werden. Eine Gesamtabrechnung der Fälle der KVn ohne Namen der Versicherten gilt lediglich als Nachweis. Bei den Krankenhausrechnungen werden stichprobenmäßig Prüfungen vorgenommen, die bei Auffälligkeit vor der Reklamation beim Krankenhaus fachlich vom Medizinischen Dienst übergeprüft werden. Dafür benötigt man bei den Krankenkassen auf keinen Fall die ausgewiesenen Verwaltungskostenanteile von insgesamt annähernd 10 Milliarden Euro jährlich von den Beiträgen.

139 Milliarden Euro wurden in drei Jahren für Zahnbehandlungen, Krankengeld, Fahrkosten, Vorsorge und Reha, Prävention, Mutterschutz, Häusliche Krankenpflege und Verwaltung von den Krankenkassen ausgegeben. Hier entsteht bürokratischer Aufwand der Verwaltung, zumal viele unsinnige Genehmigungs- und Prüf Abläufe damit verbunden sind und moderner EDV-Einsatz bei vielen Kassen immer noch unterbleibt, weil die mächtigen Personalräte aus nahe liegenden Gründen dagegen sind.

Wie in diesen Tagen 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 trägt 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.

Das ist wohl auch der Grund dafür, dass die Krankenkassen sich

hauptsächlich um Mitgliederwerbungen (überwiegend Abwerbungen von den anderen GKV-Kassen trotz einheitlich staatlich bestimmtem Beitragssatz) zum Ausbau ihrer Machtpositionen kümmern. Das Abwerbungsinstrument heißt Marketingaktivitäten. Ausgefeilte Vertriebsmethoden finden tagtäglich unter Einsatz tausender Mitarbeiter statt. So werden Milliarden Beiträge sinnlos vergeudet, die für Diagnostik und Therapien der medizinisch notwendigen Maßnahmen letztlich fehlen.

Manche Krankenkassen, die sich einen Wettbewerbsvorteil davon versprechen, sind bei den Entscheidungen für wissenschaftlich nicht nachgewiesene medizinische Alternativangebote in der Therapie relativ großzügig. Das wird in unserem Land bereits von gebundenen Gesundheitsökonomen als Wettbewerb bezeichnet. Es sei denn, diese Experten meinen tatsächlich, dass gewisse unterschiedliche Präventionsangebote bereits als Wettbewerb gelten.

Die sprudelnden Einnahmen aus Gründen der gegenwärtig hohen Beschäftigungszahlen lassen nunmehr eine Beitragsabsenkung um 1,5 % auf 14,0% zu. Darüber hinaus sollten nun endlich wirtschaftlichere Strukturen im gesamten Gesundheitswesen geschaffen werden und gleichzeitig Vertragsfreiheiten zur Schließung von gesonderten Vereinbarungen mit ausgewählten Ärzten und Krankenhäusern möglich sein. So entstünde Wettbewerb, der in den späteren Jahren weiter ausbaufähig wäre. Niemand hat dann etwas dagegen, wenn einzelne Krankenkassen wegen verbesserter Leistungsangebote von Diagnostik und Therapie auch sogar irgendwann Zusatzbeiträge wieder berechnen.

Die Politik könnte insofern schon einmal anfangen und in einer ersten zugehörigen Strukturstufe ein neues Krankenhausfinanzierungsgesetz einführen, so dass die planerische Verantwortung und die Investitionsfinanzierung nicht mehr vom Land verantwortet werden muss. Das parteipolitische Gerangel auf kommunaler Ebene hätte ein Ende. Im neuen KHG könnte bestimmt werden, dass die Betriebs- und

Investitionsfinanzierung im Rahmen der Krankenkassen-Vergütung für stationäre Patienten erfolgt. Die Kassen erhielten gleichzeitig Vertragsfreiheit unter dem Gesichtspunkt: Ambulant vor stationär, wobei die ärztliche Verordnung weiter entscheidend sein und die Versicherten auf jeden Fall zwei Krankenhäuser ihrer Wahl in einer Entfernung von längstens 20 km anbieten müssten. Die bürokratisch aufwendigen DRG - Fallpauschalen sollten möglichst der Vergangenheit angehören und als neue Vergütung eine so genannte pauschale Fallkosten-Berechnung nach wirtschaftlichen Kriterien (Durchschnitt aller Krankenhauspatienten) des jeweiligen Krankenhauses vereinbart werden. Die zukünftigen vertragsärztlichen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten sollten immer häufiger in Ärztezentren/Gemeinschaftspraxen und in einem Krankenhaus (Nutzung der Großgeräte) bei Zulassung der dort tätigen Fachärzte stattfinden. Damit verbunden sollte eine gesetzgeberische Gebührenordnung für Ärzte mit Umsatzgrenzen eingeführt werden. Auch für den ambulanten Bereich sollten die Krankenkassen Vertragsfreiheit für gesonderte Vereinbarungen schließen dürfen. Dabei sollten andere Vergütungsmöglichkeiten nicht ausgeschlossen bleiben. Die sich zeigenden erhöhten Ausgaben im ambulanten und stationären Bereich kämen den kranken Versicherten sehr zu Gute. Die folgenden Einsparungen unwirtschaftlicher Faktoren wie beispielsweise Reduzierung von Verwaltungskosten, Abschaffung der "Wohlfühlpakete des Marketings", Streichung der versicherungsfremden Leistungen, Kürzungen der Vorsorgekurlaube, Einführung der elektronischen Versicherungskarte zur Verhinderung von Doppeluntersuchungen und weiteres wären erste Schritte, die bis zu 15 Milliarden Euro Kostenreduzierungen ergeben würden. Zusammen mit den gesparten Beiträgen aus dem Gesundheitsfonds könnte der qualitative Ausbau der Krankenversorgung in die Wege geleitet werden. Bei Realisierung dieser Vorschläge könnten zu einem späteren Zeitpunkt weitere umfangreiche Strukturreformen überlegt werden. Die heutigen Privilegien der Sondertermine und

Sonderbehandlungen für Privatversicherte sollten bereits mit Inkraftsetzung der ersten Maßnahmen entfallen.

Jede gesetzliche Krankenkasse sollte verpflichtet werden, nach Ablauf eines Jahres eine detaillierte Kostenübersicht der Bundesaufsicht vorzulegen. Die Abschlussergebnisse sollten grundsätzlich von einem vereidigten Wirtschaftsprüfer testiert werden müssen.

Meine Ausführungen schließe ich hier mit dem Hinweis, dass derartige Vorschläge von Strukturmaßnahmen im Gesundheitswesen jedenfalls ein Anfang wären. Der Mut fehlt den regierenden Politikern. Es liegt sicher auch an einflussreichen Lobbyisten, die derartige Überlegungen mit aller Macht verhindern möchten. Es liegt aber auch daran, dass nur eine kleine Gruppe Parlamentarier über eine gewisse Kompetenz für notwendige Änderungserfordernisse im Gesundheitswesen verfügen. Die meisten einflussreichen Gesundheitspolitiker sind abhängig von der Parteienideologie oder Verbündete der Lobbyisten. Die Oppositionsparteien verweisen in diesem Zusammenhang immer schnell auf ihre beabsichtigte Bürgerversicherung. Diese verspricht m.E. auf keinen Fall mehr Wettbewerb, sondern sicher mehr Bürokratie und die Beibehaltung der Zwei-Klassen-Medizin sowieso.

Lemwerder, im Januar 2012
www.guenter-steffen.de