

# report sachsen-anhalt

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Sept. 2011

# ersatzkassen

## Das GKV-Versorgungsgesetz in der Diskussion

Der Gesetzentwurf zum GKV-Versorgungsgesetz enthält trotz guter Ansätze, wie etwa bei der Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen im Bereich der zahnärztlichen Vergütung, viele Regelungslücken. Das Gesetz realisiert das Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistung“ in der zahnärztlichen Vergütung, sodass dann endlich faire Wettbewerbsbedingungen unter den Kassen herrschen. Damit verschwinden die historisch gewachsenen Vergütungsnachteile für die Ersatzkassen. Wünschenswert wäre es allerdings, diese Regelung nicht erst 2013, sondern schon 2012 einzuführen.

Wirksame Instrumente zur Beseitigung bestehender Überversorgung im Facharztbereich schafft das Gesetz bis dato nicht. Dafür soll die Ärzteschaft noch einmal höhere Honorare erhalten. Wichtige Instrumente zur Sicherung einer wirtschaftlichen Versorgung, wie etwa die Punktwertabstaffelung bei Überversorgung, sollen dagegen entfallen. Deshalb ist nicht zu erwarten, dass sich diese Versorgungsprobleme lösen werden. Hinzu kommt, dass der Verzicht auf Regeln zur Mengenbegrenzung bei der spezialärztlichen Versorgung zu unkalkulierbaren Mehrbelastun-

### In dieser Ausgabe:

- Ersatzkassenforum 2011
- Die neue Präsidentin der Ärztekammer S-A im Interview
- Kassenfusionen und Verwaltungskosten

gen der Beitragszahler führen würde. Den Forderungen der Länder käme die Bundesregierung sehr weit entgegen, wobei die beabsichtigten Beanstandungsrechte hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Versorgung und den Wettbewerb der Krankenkassen im Selektivvertragsbereich dringend zu überprüfen sind.

### Neue Planungskriterien

Künftig soll in der Bedarfsplanung nach hausärztlicher, fachärztlicher und – das ist neu – nach spezialärztlicher Versorgung unterschieden werden. Für die spezialärztliche Versorgung ist aktuell

keine Bedarfsplanung ausgewiesen, weil gleiche Markt- und Vergütungsbedingungen für Ärzte und Krankenhäuser in einem hochspezialisierten Segment entstehen sollen. In der jetzigen Ausgestaltung besteht deshalb die Aussicht auf eine weitgehend unkontrollierte Leistungsentwicklung. Dies birgt nicht nur erhebliche Finanzierungsrisiken, sondern auch Gefahren für bestehende Strukturen.

Die bisherige Bedarfsplanung hat nicht verhindert, dass sich die Zahl der Ärzte nach Fachgruppen sehr ungleichmäßig entwickelt. Bei den Fachärzten herrscht vielfach ein Überangebot; 89 Prozent aller fachärztlichen Planungsbereiche in Sachsen-Anhalt sind überversorgt. Andererseits klagt die KVSA über das perspektivische Fehlen von Hausärzten in ländlichen Kreisen mit geringer Bevölkerungsdichte. Die Bundesregierung will deshalb auch die Bedarfsplanung reformieren. So sollen die zuständigen Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen künftig auch regionale Besonderheiten feststellen und in der Bedarfsplanung berücksichtigen können. Die derzeitigen Planungsbereiche (Stadt- und Landkreise) könnten dann etwa einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf ausweisen. Die damit verbundene kleinräumige Planung empfiehlt sich aber bestenfalls für die hausärztliche Versorgung. Bei der Ermittlung von regionalen Besonderheiten bedarf es einer generellen Rahmensetzung durch den gemeinsamen Bundesausschuss, damit in den Ländern nach vergleichbaren Grundsätzen und Kriterien vorgegangen wird. Dies gilt auch für die Möglichkeit, zur besonderen Berücksichtigung von Demografie und Morbidität von den Bedarfsplanungsrichtlinien abzuweichen. Ein transparentes

und messbares Verfahren wäre in diesem Fall notwendig. Bisher hat der Demografiefaktor allerdings nur zu einer Vergrößerung von Versorgungsunterschieden geführt, weil nur zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten in Ballungsgebieten geschaffen wurden, sodass die Versorgung in der Fläche noch weiter sinken wird. Solche Fehlsteuerungen muss das GKV-Versorgungsgesetz ausschließen.

### Bessere Steuerung der Niederlassungen?

Die Änderung der Zulassungskriterien, nach denen die Zulassungsausschüsse entscheiden, ist für eine bessere Steuerung der Versorgungssituation grundsätzlich sinnvoll. Der Verzicht auf preisbezogene Steuerungsinstrumente (Überversorgungs-/Unterversorgungspunktwerte) verhindert jedoch, dass Geld aus Überversorgungsgebieten in Gebiete mit Unterversorgung fließen kann. Ein Aufkauf von Arztpraxen ist heute schon möglich, wird jedoch aufgrund fehlenden Interesses auf Angebots- und Nachfrageseite nicht angenommen. Ähnlich verhält es sich mit der Aufforderung, bei Entscheidungen über die Nachbesetzung von Vertragsarztpraxen Versorgungsgesichtspunkte stärker zu berücksichtigen. Es ist zu bezweifeln, dass diese gesetzgeberischen Aktivitäten einen Effekt zum Abbau der Überversorgung im fachärztlichen Bereich haben werden.

Die Maßnahmen zur Abfederung von drohender Unterversorgung im Hausarztbereich, wie der Ausbau mobiler Versorgungskonzepte, die Einrichtung gemeinsamer Notdienste von Krankenhäusern und niedergelassener Ärzte oder der Einsatz von Telemedizin, sind dagegen eher geeignet, Wirkung zu

## DER KOMMENTAR

### Neue Verbündete in Zeiten knapper Kassen.

Die anteilige Steuerfinanzierung des Gesundheitsfonds hat Nebenwirkungen, die keinen Ökonomen überraschen. So hat das Bundesfinanzministerium (BMF) dem BMG in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes die Leviten gelesen, weil es künftig erhebliche Mehrbelastungen des Steuerzahlers befürchtet. Und dies zu Recht, denn die Gegenfinanzierung der geplanten Neuregelungen bleibt unbestimmt, und bestehende Vorgaben zum wirtschaftlichen Handeln, wie der Grundsatz der Beitragssatzstabilität, Puntwertabstaffelungen, Regelleistungsvolumina und Richtgrößen im Arzneimittelbereich, sollen abgeschafft werden.

Klar ist auch, dass die Leistungserbringer bei diesen Aussichten jubeln. So fordert unsere KV: „In einem Bundesland, in dem sich (...) eine dramatische Verdichtung der Morbidität (...) vollzieht, muss unser Augenmerk darauf gerichtet sein, dass die an diese Situation angepasste Vergütung bereitgestellt wird.“ Morbiditätsorientierte Vergütungssysteme setzen finanzielle Anreize für eine morbide Gesellschaft. Das Geld dafür kommt künftig nicht nur von Arbeitnehmern und Arbeitgebern, sondern auch vom Steuerzahler. Deshalb werden die gesetzlichen Krankenkassen wohl künftig auch auf das BMF als Verbündeten setzen dürfen, wenn es um Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen geht.



Dr. Klaus Holst,  
Leiter der vdek-  
Landesvertretung  
Sachsen-Anhalt

zeigen. Geplant ist auch die Einrichtung eines Strukturfonds, der aus 0,1 Prozent der ärztlichen Gesamtvergütung und mit demselben Betrag zusätzlich aus GKV-Mitteln finanziert werden soll. Die Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei Neuniederlassung oder Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden. Über die Verwendung dieser Mittel würde die KVSA dann auch noch alleine entscheiden können.

Der vdek lehnt es ab, einen Strukturfonds zusätzlich zu bezahlen, weil die Krankenkassen für die meisten dieser Zwecke bereits Honorar zur Verfügung stellen und die KVSA ihr Honorar gem. § 85 SGB V zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit befreiender Wirkung erhält. Andere Zwecke, wie die Finanzierung von Stipendien, fallen ordnungspolitisch in den Kultusbereich – die GKV ist für diese Aufgabe nicht zuständig.

### **Neue Aufgaben für das Sozialministerium**

Mit dem GKV-Versorgungsgesetz erhalten die Länder deutlich mehr Beteiligungsrechte. In jedem Land soll von jeder Kassenart ein Bevollmächtigter benannt werden, der für den Abschluss der gemeinsam und einheitlich abzuschließenden Verträge auf Landesebene verantwortlich ist. Diese Regelung wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz für die Ersatzkassen eingeführt und gilt hier seit 2007. Bei dieser Gelegenheit sollte das durch Marktverschiebungen entstandene Missverhältnis bei den Kassensitzen in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen so angepasst werden, dass die AOK genauso viele Sitze im Landesausschuss erhält wie die Ersatzkassen.

Die Länder sollen künftig Einfluss auf die ärztliche Versorgung nehmen können, ohne dafür die Kosten tragen zu müssen. In den Landesausschüssen sollen sie ein Mitberatungs- und ein Vorschlagsrecht erhalten. Darüber hinaus enthält der Gesetzesentwurf aber auch ein Beanstandungsrecht gegen Beschlüsse des Landesausschusses und das Recht zur Ersatzvornahme. Da das jeweilige Sozialministerium künftig selbst im Landesausschuss beteiligt sein soll, wird eine Vermischung von aktiver Mitgestaltung und aufsichtsrechtlicher Funktion erzeugt. Es widerspricht allerdings rechtsstaatlicher Praxis, die Aufsicht als Akteur in ein Gremium zu implementieren.

Kritisch zu sehen ist auch das neue Beanstandungsrecht der Aufsichtsbehörden bei den Selektivverträgen nach §§ 73c und 140a SGB V. Die aus der

vorgesehenen Benehmensregelung resultierende Pflicht zur Vorlage von bundesweiten Verträgen bei den Bundesländern führt zu mehr Bürokratie. Insgesamt stellt die Regelung einen unnötigen Eingriff in den Wettbewerb dar. In der Vergangenheit hat sich immer wieder gezeigt, dass gleiche Sachverhalte durch die Aufsichtsbehörden unterschiedlich bewertet werden.

### **Ärztliche Vergütung**

Die Bundesregierung nutzt das GKV-Versorgungsgesetz, um das Honorargeschehen wieder weitgehend zu regionalisieren. Der vdek lehnt diese Maßnahme insbesondere vor dem Hintergrund ab, als dass dabei auch die Honorarverteilung weitgehend flexibilisiert wird und die Kassen nur noch ins Benehmen gesetzt werden. Einseitig von Ärzteseite festgelegte Honorarverteilungen dürften sich in erster Linie aber an den Interessen der Ärzte und erst in zweiter Linie an Versorgungsgesichtspunkten orientieren. Nach Ansicht des vdek ist deshalb weiterhin am Einvernehmen mit den Kassen festzuhalten. In diesem Zusammenhang sollen auch noch die Berichtspflichten der KVSA zurückgefahren werden. Die Krankenkassen können dann noch weniger als bisher beurteilen, wie ihre zur Vergütung der ärztlichen Leistungen bereitgestellten Mittel verwendet werden. In strukturschwachen Gebieten soll zudem auf eine Mengensteuerung durch Punktwertabstaffelung verzichtet werden. Damit wird ein wichtiges Instrument zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung entfernt. Auf der anderen Seite erhalten die Vertragspartner die Möglichkeit, Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen oder Leistungserbringer zu vereinbaren. Dieser potenzielle Vergütungszuschlag wird zu Mehrausgaben der Kassen führen. Dies ist angesichts der enormen Honorarzuwächse der letzten Jahre nicht akzeptabel.

Der avisierte Verzicht auf die ambulanten Kodierrichtlinien führt dazu, dass zwischen den morbiditätsadjustierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen und dem morbiditätsadjustierten Honorarsystem für Ärzte auch künftig Diskrepanzen bestehen werden. Die finanziellen Nachteile hieraus tragen diejenigen Versicherten, die bei einer Krankenkasse mit relativ geringen Zuweisungen aus dem Fonds, aber hohen Honoraren für die Ärzte konfrontiert sind. Das hat mit fairem Wettbewerb nichts zu tun. Nur eine einheitliche und verbindliche Kodierung in allen Regionen und durch alle Ärzte schafft die Voraussetzung für eine sachgerechte Zuordnung von Diagnosen für die Berechnung von Morbiditätsstrukturen und Vergütungsverpflichtungen der Krankenkassen.

## Ersatzkassenforum 2011

# Norbert Bischoff und Thomas Ballast im Dialog



Hören und zuhören können: Minister Norbert Bischoff und vdek-Vorstandsvorsitzender Thomas Ballast (von links)

Unter dem Thema „Sachsen-Anhalt geht seinen gesundheitspolitischen Weg – sozial gerecht, demografiefest und patientennah“ tauschten auf dem diesjährigen Ersatzkassenforum Landesregierung, Ersatzkassen und Vertreter der Leistungserbringer und der Politik ihre Standpunkte aus.

Gesundheitsminister Norbert Bischoff stellte fest, dass Sachsen-Anhalt hinsichtlich der Demografie als eine der „ältesten Regionen Europas“ gelte und man damit auch die Chance besitze, als Vorreiter für eine neue Balance zwischen den Jungen und Alten in einer Gesellschaft zu vermitteln. Die Herausforderung bestehe in Sachsen-Anhalt im pflegerischen und medizinischen Bereich. Zur Sicherstellung einer patientennahen Versorgung im ländlichen Bereich könne durch integrierte Versorgungsstrukturen eine Grundversorgung vermittelt werden, was in der Bundesgesetzgebung aber nur begrenzt Berücksichtigung finde. Zur Steuerung der Niederlassung junger Ärzte in Sachsen-Anhalt seien durch die Förderung der Ausbildung der Ärzte und die Vergabe von Stipendien in Sachsen-Anhalt erste Schritte umgesetzt worden. Seitens der Landesregierung werde das im Referentenentwurf des GKV-VSG geregelte Mitspracherecht der Länder begrüßt. Im Bereich der Pflege sollten außerhalb der gesetzlichen Regelungsmöglichkeiten auch neue Formen des Zusammenlebens unterstützt werden.

Aus Sicht der Ersatzkassen betonte Thomas Ballast, dass sich das beitragsfinanzierte System der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Grundlage des

Solidargedankens bewährt habe und als ein Grundpfeiler der sozialen Sicherungssysteme den sozialen Frieden in Deutschland stütze. Die fortschreitende Aushöhlung der paritätischen Finanzierung durch die Einführung pauschaler Zusatzbeiträge sei sozial ungerecht und führe nicht zu einer besseren Versorgung. Er warnte davor, die private Krankenversicherung weiter zu stärken, da so Rahmenbedingungen geschaffen würden, die dazu führen, dass sich die sozial Starken der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung entziehen. Im Hinblick auf die demografische Entwicklung wies Thomas Ballast darauf hin, dass die Lebenserwartung bereits seit 130 Jahren steige, ohne dass dies zu eklatanten Ausgabenschüben in der gesetzlichen Krankenversicherung geführt habe.

Hinsichtlich der Versorgungssituation sei zu beachten, dass bundesweit bisher eine Situation der Regel- bzw. Überversorgung besteht und freie Arztpraxen nicht zwangsläufig eine Unterversorgung begründen.



Heitere Aspekte des GKV-Versorgungsgesetzes: Minister Bischoff, Dr. Holst, Leiter der vdek-Landesvertretung und Herr Loose, LA-Vorsitzender, Barmer-GEK (v. li.).

Die in dem GKV-VSG zur Abwendung einer vermeintlichen Unterversorgung vorgesehenen finanziellen Anreize sind aus Sicht der Ersatzkassen verfehlt. Eine demografiefeste Versorgung setze vielmehr eine Umverteilung der Überversorgung durch Preissteuerung und flexible Bedarfsplanung sowie die Entwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung voraus. In Richtung der Leistungserbringer wies Ballast darauf hin, dass patientennahes Handeln auch bedeute, keine überflüssigen Leistungen wie beispielsweise die sogenannten IGeL-Leistungen anzubieten.

# Die neue Präsidentin der Ärztekammer Sachsen-Anhalt im Interview



Dr. Simone Heine-mann-Meerz

▼ **Wir gratulieren Ihnen zu Ihrem Amt als neue Präsidentin der Ärztekammer Sachsen-Anhalt! Es hatte im Vorfeld eine Kampf Abstimmung gegeben. War das eigentlich überraschend für Sie?**

▲ Ich würde nicht von einer Kampf Abstimmung sprechen. Es fand die Wahl für ein Amt statt, um welches sich zwei Kandidaten beworben ha-

ben. Nach der Änderung der Wahlordnung der Ärztekammer, in deren Ergebnis eine bessere regionale Verteilung der Sitze in der Kammerversammlung erfolgte, ist nunmehr das Entscheidungsgremium mit Vertretern aus allen Regionen des Landes besetzt und auch wesentlich jünger. Ich habe für einen Generationswechsel geworben und konnte zugleich meine berufspolitischen Erfahrungen aus zwölf Jahren Tätigkeit in der Kammerversammlung, aus acht Jahren Tätigkeit im Vorstand der Ärztekammer und aus vier Jahren als Vizepräsidentin der Ärztekammer in die Waagschale werfen.

▼ **Sie haben dafür geworben, die Amtszeiten der Präsidentschaft analog zu den Regeln in Amerika zu begrenzen. Haben Sie dafür auch persönliche Gründe?**

▲ Ich habe keine persönlichen Gründe für eine Amtszeitbegrenzung. Ich bin aber der grundsätzlichen Auffassung, dass nach angemessener Zeit ein Amtswechsel erfolgen soll, um eingefahrene Gleise leichter verlassen und neue Ideen besser und schneller umsetzen zu können. Auch die ärztliche Selbstverwaltung verändert sich unter den sich ändernden Rahmenbedingungen. Ein weiterer Aspekt ist, dass meiner Ansicht nach sichergestellt werden sollte, dass immer ein berufstätiges Kammermitglied, welches den Kontakt zur Basis, zu den alltäglichen Problemen des ärztlichen Berufs hat, dieses Amt ausführen soll. Mandatsträger sollten unbedingt von den Entscheidungen, die sie treffen, auch selbst betroffen sein.

▼ **Welche Schwerpunkte setzen Sie in der aktuellen Legislaturperiode? Was wollen Sie anders machen als Ihr Vorgänger?**

▲ Ich möchte meine Ziele in zwei Bereiche gliedern. Nach außen möchte ich meinen Kollegen die Bedeutung der Ärztekammer als Selbstverwaltungs-

körperschaft näherbringen. Die Ärztekammer muss politischer werden und sich konzeptionell in die, die Ärzteschaft berührenden Themen einbringen. Die ärztlichen Belange müssen häufiger öffentlich gemacht werden. Dazu gehört es, auch unbequeme Positionen anzusprechen und zu vertreten. Innerhalb der Kammer möchte ich so viele Kollegen in die Arbeit einbeziehen. Ich möchte Prozesse einer breiten Meinungsbildung initiieren und ich möchte teamorientierter arbeiten.

▼ **Der vdek begrüßt die Initiative der Ärztekammer Rheinland-Pfalz, den Quereinstieg von Fachärzten aus anderen Fachgebieten zur hausärztlichen Weiterbildung zu erleichtern. Würden Sie angesichts der Diskussion um den Hausärztemangel im Land so etwas ebenfalls starten oder sehen Sie keinen Handlungsbedarf?**

▲ Ich sehe permanenten Handlungsbedarf im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Gänze. Dabei ist es aber erforderlich, die Ärzte aller Fachrichtungen im Blick zu behalten. Was würde es nützen, wenn wir durch den Quereinstieg aus anderen Fachrichtungen plötzlich zwar mehr Hausärzte haben, auf der anderen Seite aber einen Mangel an Fachärzten hervorrufen. Bekanntermaßen gibt es ja inzwischen in zahlreichen Fachgebieten ernst zu nehmende Versorgungsprobleme, so z. B. bei Augenärzten, Hautärzten, Neurologen. Wir neigen leider allesamt dazu, ein Tor, welches geöffnet wurde, exzessiv zu nutzen. Das gilt es hier zu bedenken. Das bedeutet aber nicht, dass ich grundsätzlich gegen eine Flexibilisierung der ärztlichen Weiterbildung bin. Ganz im Gegenteil bin ich sehr dafür, dass es möglich sein muss, jungen Kollegen, die sich innerhalb der Weiterbildung neu orientieren, den Weg zu ebnen, so schnell wie möglich ihre angestrebte Facharztausbildung auch beenden zu können. Dabei dürfen wir aber nie aus dem Auge verlieren, dass für eine qualitativ hochwertige hausärztliche Betreuung auch eine entsprechend umfassende Weiterbildung der Ärzte erforderlich ist. Hier für die richtige Balance zu sorgen, sehe ich als eine unserer wesentlichen Aufgaben an.

▼ **Das Rettungswesen in Sachsen-Anhalt ist quasi eine Dauerbaustelle. Hat die Ärztekammer Instrumente, um den Zugang von interessierten Ärzten zur notärztlichen Versorgung zu erleichtern?**

▲ Der Zugang von interessierten Ärzten zur notärztlichen Versorgung bedarf aus meiner Sicht keiner zusätzlichen Instrumente. Seit vielen Jahren ist die Zahl

der Ärzte, die eine entsprechende Qualifikation bei der Kammer erwerben, in etwa konstant.

Das Problem liegt aus meiner Sicht an einer ganz anderen Stelle. Nicht der Zugang zur Qualifikation, die im Zuständigkeitsbereich der Ärztekammer liegt, hat sich geändert, sondern die Motivation zur Ausübung der Notarztstätigkeit.

Hier sind in den letzten Jahren große Hürden aufgebaut worden, indem die früher übliche Gestellung von Notärzten durch die Krankenhäuser immer weiter in den Hintergrund gedrängt wurde, weil offensichtlich den Krankenhäusern nach Einführung der DRGs nicht mehr ermöglicht wurde, die Personalkosten für Ärzte im Rettungsdienst über das Budget ausreichend erstattet zu bekommen. Die Abkopplung der Notärzte vom Krankenhaus indes lässt die Synergieeffekte verschwinden und verteuert ganz nebenbei den Rettungsdienst enorm. Dieses Problem ist durch die Ärztekammer nicht lösbar. Hier müssen aus meiner Sicht die beteiligten Vertragspartner neue Wege suchen und gehen. Wichtige Aspekte aus ärztlicher Sicht fassen wir gerade in Form eines Positionspapiers zur Novellierung des Rettungsdienstgesetzes zusammen.

▼ **Nicht sektorales sondern sektorenübergreifendes Denken und Handeln ist im Gesundheitswesen not-**

**wendig! Sehen Sie in Sachsen-Anhalt Chancen für eine Umsetzung dieser thesenhaften Aussage?**

▲ Da haben Sie das Problem mit Ihrer Fragestellung schon auf den Punkt gebracht. Sie Reden von einer These. Wenn sich diesbezüglich etwas tun soll, dürfen wir nicht über Thesen reden, sondern müssen dazu übergehen, Fakten zu schaffen. D. h. für mich in erster Linie z. B. Bürokratieabbau. Wie oft passiert es ärztlichen Kollegen, dass sie nach einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zum Wohle des Patienten im Nachhinein große Probleme bekommen, unter Verdacht gestellt werden, dass hier Unregelmäßigkeiten zum Nachteil der Krankenversicherungen stattfinden könnten oder die sich vor Mitarbeitern der Krankenkassen rechtfertigen müssen, weshalb sie nicht genau an dieser Stelle und zu dieser Zeit den Patienten nach einer bestimmten Vorschrift behandelt oder abgegeben haben. Menschen lassen sich nun einmal nicht in feste Raster einpassen. Was für einen Patienten zuviel ist, reicht für einen anderen Patienten noch lange nicht aus. Ich wünsche mir hier wesentlich mehr Vertrauen der Krankenkassen in das Wissen und die Erfahrungen der Ärzte und wesentlich weniger Eingriffe von Verwaltungsmitarbeitern der Krankenkassen, die sich nicht an den Erfordernissen eines individuellen Patienten, sondern an irgendwelchen Vorschriften auf der Basis von Anhaltswerten oder Durchschnittswerten bemessen.

## Kassenfusionen und Verwaltungskosten der GKV

In den neuen Bundesländern genießt die „Einheitskasse“ in weiten Kreisen immer noch ein positives Image. Das ist zum einen historisch begründet, weil in der DDR im Bereich der Sozialversicherung (SV) die Krankenversicherung im Sinne einer Einheitskasse organisiert war.

Dieser Ruf beruht aber auch auf praktischen Erwägungen und simplen Unterstellungen, wie vermuteten Mehrfachvorhaltungen bei Organisationsstrukturen, vermeintlich überhöhten Geschäftsführervergütungen oder zu komplizierten Abstimmungsprozessen zwischen Leistungserbringern und den Krankenkassen.

Dabei kann die gesetzliche Krankenversicherung aktuell mit rund fünf Prozent Verwaltungskosten an den Gesamtausgaben gegenüber der privaten Krankenversicherung (PKV), die rund zehn Prozent Verwaltungskosten aufweist, punkten. Die von der Politik gesetzten Rahmenbedingungen führen allerdings dazu, dass sich Finanzen und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht stabilisieren.

Aber sind diese Argumente zugunsten der Einheitskasse tatsächlich stichhaltig?

Sieht man einmal von einem historischen Systemvergleich ab, der schon allein aufgrund des medizinisch-technischen Fortschrittes in den letzten 20 Jahren schwer zu führen ist, bleiben betriebswirtschaftliche Aspekte. Diese können vor dem Hintergrund der bisherigen Fusionen seit 1993 finanziell bewertet werden. Dabei illustrieren die nachfolgenden Darstellungen mithilfe der KJ1-Statistik, wie sich mit der Abnahme der Zahl an Krankenkassen die Verwaltungskosten der GKV verändern (absolut und relativ) und ob infolgedessen bei fortgesetzten Fusionen in Zukunft mit einer Abnahme von Verwaltungskosten zu rechnen ist.

Eine beschreibende Analyse der KJ1-Statistik, die die Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen nach dem GKV-Kontenrahmen erfasst, liefert folgende Ergebnisse: Seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 hat sich die Anzahl der gesetzlichen Kran-

kenkassen von 1221 auf 169 im Jahr 2010 verringert. Beschleunigt war dieser Prozess in den Jahren 1995 bis 1998 (GKV-Neuordnungsgesetz), 2004 (GKV-Modernisierungsgesetz) und aktuell 2010, infolge des GKV-Finanzierungsgesetzes. Im gleichen Zeitraum sind die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von 5,6 Mrd. Euro (Umgerechnete D-Mark Beträge) auf 9,5 Mrd. Euro gestiegen (Abbildung 1).

bereich, für einen signifikanten Zuwachs an Kontrollen und Kontrollaufgaben.

Zuwachs an Beschäftigung in der gesetzlichen Krankenversicherung haben in der jüngeren Vergangenheit

- die Einführung der Disease-Management-Programme 2002 (Vertrags- und Berichtswesen),

- die Einführung des DRG-Systems im Krankenhausbereich 2003 (Controlling durch Krankenkassen und MDK),

- die Implementierung des Spitzenverbandes Bund 2007/2008 (aufwendige Abstimmungsprozesse und Organisation),

- die Ausschreibungsverfahren der Krankenkassen im Arzneimittelsektor seit 2007,

- die Schaffung von Doppelstrukturen durch Pflegestützpunkte ab 2008,

- die Implementierung des Gesundheitsfonds 2009 (aufwendige Organisation und Wegfall von Kernaufgaben der Krankenkassen),

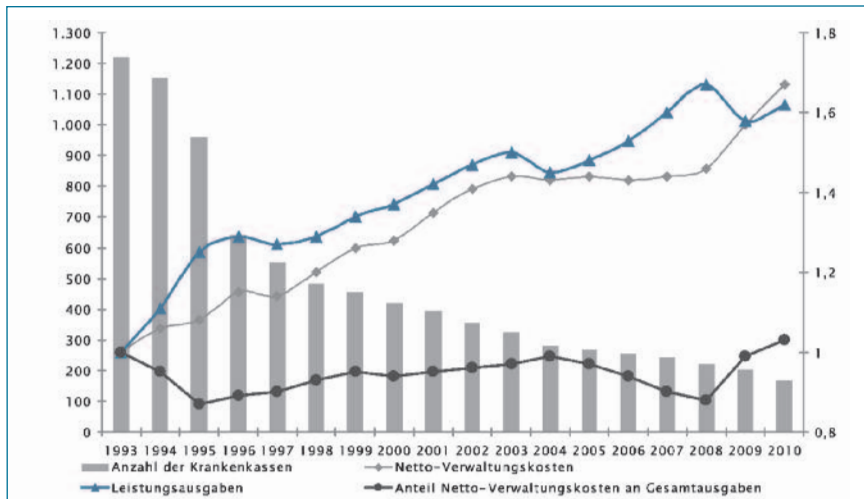


Abb. 1: Verwaltungs-, Leistungsausgaben, Anteil der Netto-Verwaltungskosten an den Gesamtausgaben und Krankenkassen von 1993 - 2010.

Quelle: eigene Berechnungen; Angaben in Mrd. Euro; Indexwerte 1 = 100%

Die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung befinden sich demnach aktuell auf hohem Niveau. Und das nicht nur absolut in Euro, sondern auch relativ als Anteil der Verwaltungskosten an den Gesamtausgaben der GKV. Gleichzeitig ist die Anzahl der Krankenkassen am Markt aufgrund der gesetzlichen Regulierungen auf ein Minimum gesunken. Die durchschnittliche Anzahl an Mitarbeitern je Krankenkasse ist von 126 (1993) auf 856 (Schätzung für 2010) gestiegen. Die durchschnittlichen Verwaltungskosten der verbleibenden Krankenkassen am Markt steigen dabei überproportional an. (Abbildung 2)

Diese zeitlich gegenläufigen Entwicklungen zeigen, dass die Erwartung der Befürworter einer Einheitskasse zumindest rückblickend nicht erfüllt werden: Die bisherigen Fusionen konnten kein Absinken der Verwaltungskosten erreichen. Die Extrapolation dieser Tendenz spricht eher dafür, dass auf dem weiteren Weg der Kassenfusionen Verwaltungskosten weiter überproportional steigen. Der Gesetzgeber hat in der Vergangenheit wesentlich dazu beigetragen, indem er Doppelstrukturen und personalintensive Kontrollen bzw. Controlling implementierte. So sorgen auch die morbiditätsorientierten Vergütungssysteme, speziell im Krankenhaus-

- die jährlichen Prüfungen sämtlicher Pflegeheime durch den MDK im Auftrag der Pflegekassen, seit 2011 geschaffen.

Ob die Vorteile dieser Regeln diesen Zuwachs an Beschäftigung rechtfertigen, wird von verschiedenen Interessengruppen kontrovers diskutiert. Sie erzeugen per se auch bei effizienter Organisation jedenfalls zusätzlichen Verwaltungsaufwand.

Auf dem Weg zur Einheitskasse bietet aber auch das Parkinsonsche Gesetz einen Erklärungsansatz für möglicherweise zunehmende Ineffizienz der Verwaltungsorganisation, im Zusammenspiel zwischen Politik, Krankenkassen und Leistungserbringern.

„Nach dem Parkinsonschen Gesetz dehnt sich Arbeit in genau dem Maß aus, wie Zeit für ihre Erledigung zur Verfügung steht – und nicht in dem Maß, wie komplex sie tatsächlich ist. (...) In Diskussionen werden die einfachsten Themen am ausführlichsten diskutiert, weil davon die meisten Teilnehmer Ahnung haben – und nicht die Themen, die am wichtigsten sind. Aus diesen Beobachtungen schloss Parkinson auf folgende Lehrsätze, die in vielen Büros der Welt Gültigkeit haben:

1. Jeder Angestellte wünscht die Zahl seiner Unterebenen, nicht jedoch die Zahl seiner Rivalen zu vergrößern.
2. Angestellte schaffen sich gegenseitig Arbeit.

Parkinson formulierte diese Gesetze in den 1940er- und 1950er-Jahren. In modernen Verwaltungen wurden neue Begriffe eingeführt, wie z. B. Controlling, neue Steuerungsmodelle, betriebswirtschaftliche Kennzahlen usw. Eine Besonderheit ist dabei, dass oft der Anteil des Personals in diesen Arbeitsbereichen steigt, während für die eigentlichen Kernaufgaben das Personal stagniert oder gar sinkt. Parkinson geht sogar so weit zu behaupten, dass die Kernaufgaben auch ganz wegfallen könnten, ohne dass die Verwaltung deshalb schrumpfen würde.“ (Wikipedia)

Dieses Schicksal hat die GKV noch nicht ereilt – und zur Überprüfung dieses Wirkungszusammenhanges eröffnet sich möglicherweise ein neues Forschungsfeld. Unabhängig hiervon ist die Politik aber

dringend gefordert, Schlussfolgerungen aus der dargestellten finanziellen und organisatorischen Entwicklung zu ziehen.

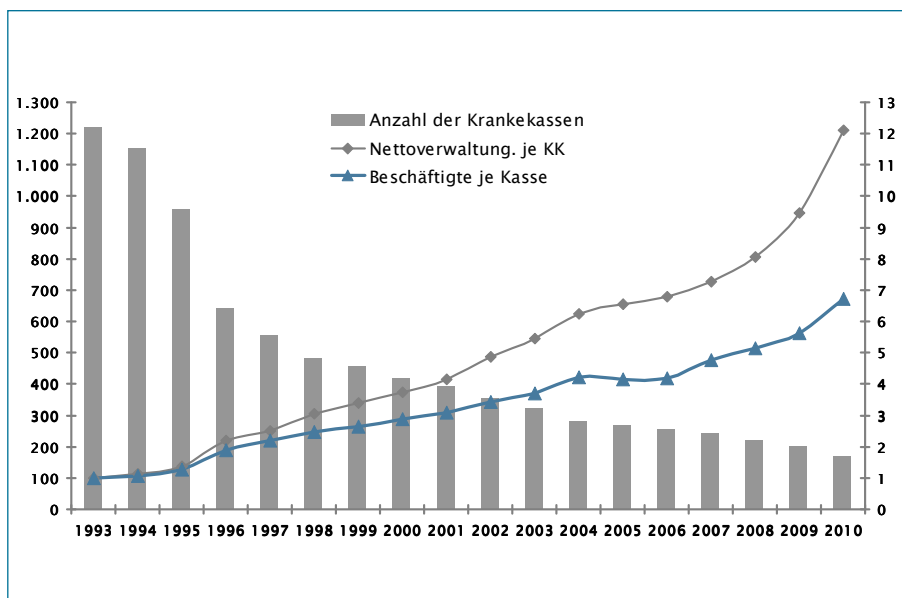


Abb. 2: Verwaltungsausgaben sowie Beschäftigte je Krankenkasse und Anzahl Krankenkassen von 1993 - 2010

Quelle: eigene Berechnungen; Angaben in Mrd. Euro; Indexwerte 1 - 100 %

Aktuell bestimmt der Dominoeffekt aus Fusionen aufgrund von Insolvenzvermeidung und das Abwimmeln schlechter Risiken nach dem Morbi-RSA das Verhalten der Krankenkassen. Das heißt, der Kassenwettbewerb funktioniert nicht (Drabinski, Der gelbe Dienst 10/2011). Die GKV benötigt einen ordnungspolitischen Rahmen, der eigenverantwortliche und verantwortete Entscheidungen der Krankenkassen zugunsten ihrer Versicherten ermöglicht, fairen Wettbewerb herstellt und zu betriebswirtschaftlich optimalen Unternehmensgrößen führt. Dazu sollte der Gesundheitsfonds abgeschafft werden und die Selbstverwaltung wieder die Kompetenz erhalten, den Beitragssatz der jeweiligen Kasse selbst festzusetzen.

## VERANSTALTUNGSHINWEIS

Das GKV-Versorgungsgesetz und die demografische Entwicklung in Deutschland – Gesundheitspolitische Perspektiven am 24. und 25. November. Ort: Herrenkrughotel Magdeburg. Als Referenten haben u. a. zugesagt:

- **Prof. Dr. Herwig Birg**  
Universität Bielefeld
- **Prof. Dr. med. Herbert Rebscher**  
DAK Vorstandsvorsitzender, Hamburg
- **Dr. Roland Laufer**  
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin
- **Thomas Ilka**  
Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit Berlin

(Das vollständige Programm ist von der vdek-Landesvertretung zu beziehen. Tel. 0391 56516-0)

### IMPRESSUM

Herausgeber:

vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Schleifufer 12 · 39104 Magdeburg

Telefon: 03 91 / 5 65 16-0 · Telefax: 03 91 / 5 65 16-30

E-Mail: lv-sachsen-anhalt@vdek.com

Verantwortlich: Dr. Klaus Holst · Redaktion: Dr. Volker Schmeichel