

YOGA KURS

STATT

ASTHMA MITTEL

Mit Gesundheit wirbt es sich schöner als mit Krankheit. Deshalb zahlen Krankenkassen nicht mehr für das, was medizinisch sinnvoll ist. Sondern lieber für das, was sich gut vermarkten lässt. Selbst, wenn der Nutzen völlig fraglich ist.

Von Martina Lenzen-Schulte



Illustration Getty

Anfang des Jahres lagen die Finanzreserven der 124 gesetzlichen Krankenkassen bei 28 Milliarden Euro. Gute Windeln sind ihnen gleichwohl zu teuer. „Kassenwindeln“ heißen die anrühigen Produkte, die die Krankenversicherung zwar bezahlt, die jedoch im Ruf stehen, so billig wie unbrauchbar zu sein: „Die Klettverschlüsse halten kaum etwas aus, dicht sind die Windeln auch nicht, die Kleidung ist rasch feucht vom Urin“, sagt die Mutter einer schwerbehinderten jungen Frau, die wegen einer Gehirnerkrankung seit dem Kleinkindalter inkontinent ist. Längst bezahlt die Mutter die Windeln aus eigener Tasche. Der Einzelfall einer Unzufriedenen? Keineswegs. Der Selbsthilfverband Inkontinenz hat sogar eine Online-Petition zur bedarfsgeordneten Versorgung mit Inkontinenzhilfen gestartet. In Online-Foren häufen sich die Beschwerden über die Sparmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen, und es geht dabei nicht nur um Windeln. Die Querelen haben es bis in den Gesundheitsausschuss des Bundestags geschafft, der sich Anfang des Sommers der Misere um die minderwertigen Hilfsmittel angenommen hat. Für die gut siebzug Millionen gesetzlich Krankenversicherten wurde im Jahr 2014 insgesamt weniger als halb so viel Geld für Heilmittel ausgegeben wie für die nur rund zehn Millionen privat Versicherten.

Dabei steht die Sparwillkür der Krankenkassen im Gegensatz zu völlig ungeprüften Ausgaben für andere Dinge. In Sachen Prävention zum Beispiel haben die Kassen regelrecht die Spenderhosen an. Hier verzeichnen die Ausgaben laut Mitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit die höchsten prozentualen Zuwachsraten. Rund 289 Millionen Euro ließ man sich 2014 alles rund um die Vorsorge kosten. Damit nicht genug. Bei der Prävention muss laut Entwurf für das neue Präventionsgesetz von 2016 an noch einmal beträchtlich aufgestockt werden. Da wird es spannend, woher die Kassen die dafür notwendigen Millionen in dreistelliger Höhe nehmen.

Wer nun meint, für Vorsorge sei Geld doch immerhin gut angelegt, sollte sich einmal ansehen, wo es im Einzelnen versickert. Erst Anfang des Monats hat das Bundesversicherungsamt in seinem Tätigkeitsbericht die Krankenkassen dafür gerügt, dass sie den Mitgliedern Bonusleistungen für präventives Gesundheitsverhalten gewähren, wenn diese per – kassenmitfinanzierter – Fitness-App dafür Beweis führen. Nur: Wer weiß schon, was da läuft? Das Amt äußert denn auch „erhebliche Zweifel“, was die Qualitätskontrolle angeht. Dennoch will zum Beispiel die AOK Nordost ihre Mit-

glieder bei Investitionen in körperliche Betätigung weiter vertrauensvoll finanziell unterstützen, ob es nun um den Kauf von Fitnessgeräten geht oder etwa der Apple Watch zum Messen von Pulsrate, Laufstrecke oder Höhenmetern zwecks digitaler Überwachung des Trainings. „Gesundheits-Assistenten auf den Smartphones sind sehr beliebt“, sagte Kai Kolpatzik, der Abteilungsleiter für Prävention beim AOK Bundesverband, Anfang August freimütig dem „Deutschen Ärzteblatt“.

Beliebt schon, aber nicht geprüft – das gilt auch für andere Leistungen der Kassen. Erstattungsfähig ist zum Beispiel ein Hatha-Yoga-Kurs in der Volkshochschule, oder lieber gleich im Ausland? Wer hier „clever plant“, kann mit der Kostenübernahme für „vorbeugende Gesundheitskurse“ mit den Schwerpunkten Bewegung, Entspannung, Ernährung, ja sogar Sucht rechnen. Die AOK bietet in Zusammenarbeit mit einem Reiseveranstalter Wohlfühlreisen zur Prävention an, die „bei normalen Wellness-Urlaubs oft viel Geld kosten“, mit Nordic Walking und Aqua-fit. Die AOK Niedersachsen macht ein „hochwertiges Präventionsangebot“ und lädt zur „perfekten Auszeit“ in ein komfortables Hotel mit bestens ausgestattetem Fitness- und Wellnessbereich. Das Hotel San Giorgio Terme auf Ischia arbeitet in Sachen Medical Wellness direkt mit der Techniker Krankenkasse zusammen, die Kaufmännische Krankenkasse bringt sich im „TUI-Vital“-Katalog ins Spiel. Jeder gewinnt beim Präventivpoker. „Ist Ihre Kasse nicht dabei?“ lautet die natürlich rhetorische Frage beim Branchenprimus Akon, der als professioneller Anbieter von „Medical Wellness“ dabei hilft, die Großzügigkeit der gesetzlichen Krankenkassen auszuschöpfen.

Nicht jedem steht der Sinn nach der großen weiten Gesundheitswelt. Wer ohne ein „Neckermann-Care“-Paket et was für sich tun will, dem bieten sich zahlreiche bodenständige Möglichkeiten zur Prävention. Im nächstgelegenen Fitnessstudio zum Beispiel: „Ohne die Krankenkassen könnte ich hier dichtmachen“, sagt die Filialleiterin eines solchen Studios, möchte sich jedoch nicht öffentlich zu ihren lukrativsten Kunden bekennen. Das tun dafür die Nutzer, die im Internet „Fitnessstudio für Lau!“ für AOK-Mitglieder in Niedersachsen anpreisen; man rechne direkt über die Versicherungskarte ab. Es würden alle Leistungen bezahlt, inklusive Sauna und „Getränkeflat“.

Wer sich zwecks Recherche in solchen Studios umtut, versteht jetzt, warum so

mancher eher am Tresen als auf den Trainingsgeräten sitzt. Da schlürfen die überdurchschnittlich oft übergewichtigen Kunden präventiv auf Kosten der Kasse einen gehaltvollen Protein-Shake und bringen vielleicht im Geiste ein Prosit auf ihre „Gesundheitskasse“ aus. Ob das Geld der Mitglieder damit gut angelegt ist, ist weniger wichtig: „Vom Erfolg ist die Kostenerstattung nicht abhängig“, lautet auf Nachfrage die Auskunft des Pressereferenten der AOK.

Das die Krankenkassen ungeprüft so viel Geld lockermachen, ist umso weniger nachvollziehbar, als doch sämtliche neuen Regelungen im Gesundheitssystem der vergangenen Jahre forderten, dass der Nutzen für den Versicherten nachzuweisen sei. Das gilt für jedes Medikament, dem der Gemeinsame Bundesausschuss G-BA die Erstattungsfähigkeit attestieren soll, und das gilt für jedes diagnostische und therapeutische Verfahren, das die Krankenkassen angeblich nur bezahlen, wenn es den Versicherten auch wirklich etwas bringt.

Wie man sich gleichwohl ziert, wenn es um Krankheit statt um die werbewirksame Fitness und Entspannung geht, lässt sich beispielsweise an einer Untersuchung der Netzhaut ablesen, der Optischen Kohärenztomografie, kurz OCT. Die Methode bedeutet nach Aussage des Pressesprechers der niedergelassenen Augenärzte, Georg Eckert, einen „Quantensprung in der Medizin“. Auch kritische Gutachter sagen, dass Ärzte damit mehr erkennen können als mit herkömmlichen Verfahren und dass die OCT noch dazu weniger belastend für den Patienten ist. Gleichwohl bezahlen Zehntausende Rentner die rund hundert Euro teure Untersuchung ihrer Netzhaut laufend, landab aus eigener Tasche. Es bleibt ihnen auch nichts anderes übrig, denn mitunter ist die Methode schon Voraussetzung dafür, dass der Arzt überhaupt einen Befund erstellt, und somit auch für die anschließende Therapie. Ob das Verfahren zur Kassenleistung wird, ist ungeklärt. Drei Jahre, so die Ankündigung, soll die Überprüfung noch dauern. Wie lange waren die Fitnessbänder überhaupt auf dem Markt, geschweige denn geprüft, bis die Kassen das Geld dafür den Mitgliedern andienten? Und was hilft es, wenn willkürlich manche Kassen „aus Kulanzgründen“ und „im Einzelfall“, nicht selten nach einer bürokratischen Endlosschleife, die den Arzt und den Versicherten zermüht, doch noch zahlen?

Immer seltener erhalten Neuerungen das Label „erstattungsfähig“; sie werden erst gar nicht in den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung

aufgenommen. Aus diesem Grund gibt es zunehmend mehr Selbstzahlerangebote wie die OCT, die die Ärzte als individuelle Gesundheitsleistungen oder kurz „IGeL“ den Versicherten in Rechnung stellen. Wer sie dennoch in Anspruch nehmen möchte, muss dafür eben selbst zahlen. Allerdings ist es den Krankenkassen gelungen, hierfür den Schwarzen Peter weiterzureichen. Das „Igel“ der Ärzte ist zum Synonym für „Abzocke“ geworden. Jeder Kranke argwöhnt inzwischen, Igel-Angebote seien per se unseriös. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen schürt diese Vorstellung. Geschäftsführer Peter Pick behauptete Anfang des Jahres anlässlich des dreijährigen Bestehens des Igel-Monitors, dass die Mehrzahl der Selbstzahlerangebote „keinen nachweisbaren Nutzen für den Patienten“ habe. Nun muss man wissen, dass der Igel-Monitor ein eigens vom Medizinischen Dienst finanziertes Internetportal zur Igel-Bewertung ist. Als Pick behauptete, die meisten Igel-Leistungen seien schlecht, lagen überhaupt erst 37 Bewertungen vor. Es gibt indes etliche hundert solcher Leistungen, die die Krankenkassen nicht bezahlen. Mindestens 360 individuelle Gesundheitsleistungen sind allein in dem Buch „MEGO 2014“ beziffert, einer Zusammenstellung von Igel-Leistungen für Ärzte. Womöglich sind es deutlich mehr; diese Information findet man sogar auf den Seiten des Igel-Monitors selbst. Mithin ist gerade einmal jedes zehnte Angebot geprüft, von einer Mehrzahl zu sprechen ist also übertrieben.

Angesichts der sonstigen statistischen Akkuratheit, auf die der Igel-Monitor so viel Wert legt, macht eine solche Übertreibung stutzig. Zudem ist die präsentierte Auswahl an Igel-Leistungen geeignet, ein schlechtes Licht auf die ganze Sache zu werfen. Schon die Konstruktion des Igel-Monitors gilt es zu hinterfragen: Warum gibt der Medizinische Dienst eigens Geld dafür aus, Leistungen zu bewerten, die von den Kassen ohnehin nicht bezahlt werden, wo er doch eigentlich die Aufgabe hat, zu prüfen, wo die Kassen zu viel bezahlen? Aber dadurch, dass manche Leistungen in dem Portal diskreditiert werden, lenkt man davon ab, dass eigentlich die Krankenkasse Leistungen vorenthält.

Nun sind aber manche Igel-Leistungen besser als ihr Ruf. So sind die immunologischen Stuhltest-Verfahren, um Darmkrebs früh zu erkennen, bislang nicht erstattungspflichtig. Hermann Brenner vom Deutschen Krebsforschungszentrum konnte schon vor Jahren nachweisen, dass sie sehr viel sensibler auf Blutspuren im Stuhl reagieren

als der alte Hämoccult-Test. Hausärzte und Allgemeinmediziner, die ihren Patienten seit langem zur Selbstzahlung raten, müssen sich wie Beutelschneider vornehmen, wenn sie ihre Patienten zur Kasse bitten. Im vergangenen Jahr entschied die Barmer GEK in Bayern, den immunologischen Stuhltest doch zu finanzieren. Sie wirbt sogar damit, als „erste gesetzliche Krankenkasse dieses innovative Testverfahren“ zu bezahlen. Das Beispiel zeigt: Nicht bei jedem Test, den der Arzt „igelt“, handelt es sich um Halsabschneidererei.

Ähnliches kündigt sich bei Tests auf die Humanen Papillomviren an, die Verursacher von Gebärmutterhalskrebs. Schon lange bieten Frauenärzte den Test zusätzlich beim Krebs-Screening an, bisher mussten die Patientinnen zahlen. Nun will die Techniker Krankenkasse ihn finanzieren. Das sind längst nicht die einzigen Beispiele dafür, wie sich ein geprägtes Abzockerentlein in den kassenfinanzierten Schwan verwandelt. Interessant ist auch, wie unterschiedlich die Kritik eingesetzt wird. So erscheint der von Ärzten angebotene Sport-Check-up im Igel-Monitor eher fragwürdig: Die meisten Gesundheitsprobleme beim Sport ließen sich dadurch nicht verhindern, heißt es. Zudem bestehe die Gefahr der Überdiagnostik, und es sei denkbar, dass der Untersuchte aufgrund auffälliger Befunde auf Sport sogar verzichte, was schließlich negativ wäre. Zum Sport-Check-up durch Physiotherapeuten, „Physio-Plus“ betitelt, mit dem die Kaufmännische Krankenkasse als Kassenleistung wirbt, schweigt das Portal, obwohl dieser doch mit denselben Argumenten als bedenklich gelten müsste.

Bei den homöopathischen Behandlungen gilt Ähnliches. Sie gehören zu den besonders gefragten Igel-Angeboten, aber wie gut sie wirken, ist umstritten. Nun hat sich der Biologe und Journalist Christian Weymayr, Redakteur beim Igel-Monitor, andernorts schon vernichtend zur Homöopathie geäußert, sie als Humbug gebrandmarkt. Doch der Igel-Monitor schweigt dazu. Warum, könnte sich mit Blick auf die Homepage der Techniker Krankenkasse erschließen. Die ist nämlich ausgesprochen stolz darauf, dass sie für Homöopathie aufkommt, auch ohne Nachweis des Nutzens. Das Gleiche gilt für die Osteopathie, den neuen Megatrend unter den alternativmedizinischen Verfahren. Dabei behandelt der Arzt oder Heilpraktiker Beschwerden mit seinen Händen, aber ob das etwas hilft, ist nicht erwiesen. Nicht eine einzige Arznei würde derart ungeprüft zugelassen, aber die Kaufmännische Krankenkasse

scheute sich nicht, Osteopathie in ihr Bonusprogramm aufzunehmen. Auch dieses dubiose Verfahren wird vom Igel-Monitor nicht erfasst. Der Monitor ist eher ein medialer Blitzableiter, um davon abzulenken, dass immer weniger Leistungen bezahlt werden. Mit Verweis auf ihn lässt sich so trefflich auf vorgeblich habgierige Ärzte zeigen. Was hingegen an unnützen Verfahren von den Kassen werbewirksam erstattet wird, bleibt großzügig außen vor.

Die Beispiele sind Fingerzeige für eine bedenkliche Entwicklung hin zu einer unkontrollierten Autonomie der gesetzlichen Krankenkassen. Die Firewall zur Erstattungsfähigkeit wird immer lückeloser, es kommen immer weniger Medikamente, Therapien und Diagnoseverfahren hindurch. Jenseits dieser Grenze können die Kostenträger dann wie Duodezfürsten darüber befinden, was sie entweder gnädigerweise oder werbewirksam erstatten wollen. Sie entscheiden, ob Kügelchen oder Krebsfrüherkennung künftig zu ihrem Kerngeschäft zählen. Dann muss der bei der Kaufmännischen Krankenkasse Versicherte hinnehmen, dass die Mitglieder Babyschwimmen auf Kosten seiner Kasse wahrnehmen dürfen, seine Netzhaut aber nicht mit OCT untersucht wird, wenn seine Augen schlecht werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind dabei, immer mehr von der Idee der Bismarckschen Sozialgesetzgebung preiszugeben. Das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ brachte Bismarck nicht umsonst 1883 als allererstes Gesetz zur Lösung der „socialen Frage“ auf den Weg. Solidarische Unterstützung für den Einzelnen im Krankheitsfall gilt bis heute als ein Meilenstein sozialstaatlichen Handelns. Während sich seinerzeit eine Krankenversicherung für die „Gewährung freier ärztlicher Behandlung und Arznei“ zuständig fühlte, gewährt sie heute professionelle Zahnreinigung, Diabetiker, Asthmatiker und andere chronisch Kranke müssen hingegen schon lange zu ihren Medikamenten zahlen, im Jahr kommen für den Einzelnen oft Hunderte Euro zusammen. Wie viel Entscheidungswillkür soll eigentlich erlaubt sein? Wo kommen wir hin, wenn eine Kasse einem renommierten Mediziner im Ruhrgebiet vertraglich mehr Geld für die Behandlung ihrer Mitglieder zusichert, als selbst die Gebührenordnung für einen privat Versicherten hergibt? Woran wird sie sparen, um diesen Gag zu finanzieren, den das Bundesversicherungsamt zu Recht anprangert? Brauchen wir nicht längst analog zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auch ein Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Krankenkassenwesen?