



Statt einen inneren Reinigungsprozess im maroden Krankenkassenmoloch einzuleiten, werden die Ärzte unter Generalverdacht gestellt. Foto: dpa

Ein Ungeheuer mehr

Die jüngste Gesundheitsreform hat ein Ungeheuer mehr hervorgebracht: Einige Krankenkassen versuchen, die Diagnosekodierung der Vertragsärztinnen und -ärzte nach ICD-10 zu beeinflussen. Da wird sogar mit Geld gewunken. Denn: Wie viel Geld die einzelne Kasse aus dem Gesundheitsfonds erhält, hängt nun auch von der Morbidität ihrer Versicherten ab; der Fonds schüttet lukrative Risikozuschläge für 80 definierte Krankheiten an die jeweilige Kasse aus.

Der finanzielle Anreiz ist durch den so genannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) klar gesetzt: Für die Krankenkasse ist jetzt nicht mehr nur der gesunde, preiswerte Versicherte attraktiv, sondern auch der Träger einer Diagnose, die satte Zuschläge sichert, während der tatsächliche Behandlungsaufwand möglichst gering ist.

Eine solche bürokratische Umverteilungsmaschine muss Blüten treiben. *Der Spiegel* schildert den Fall eines Krankenkassenvorstandes, dessen Gesundheitszustand sich mit der Reform – jedenfalls auf dem Papier – drastisch verschlechtert hat. Aus gelegentlichem Sodbrennen ist eine Morbi-RSA-wirksame Entzündung der Speiseröhre geworden. Obwohl das seiner Kasse zusätzliche Einnahmen bringt, hat der Mann sich offenbar den gesunden Menschenverstand bewahrt: Er bezeichnet das System als „absurd“ und plädiert dafür, es wieder abzuschaffen.

Bereits zu Jahresbeginn habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass der Morbi-RSA die Gefahr von Manipulationsversuchen heraufbeschwört, von der Forderung zur Datenkorrektur bei einzelnen Patienten bis zur finanziellen Erfolgsbeteiligung bei „Verbesserung der Datengrundlage“. Unmissverständlich erklärte der für den Gesundheitsfonds zuständige Präsident des Bundesversicherungsamtes, Josef Hecken: „Krankenkassen, die Ärzte – zum Teil sogar mit Geldprämien – veranlassen, ihre Diagnosen nachträglich zu verändern, um mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zu bekommen, verhalten sich rechtswidrig. Ob man das, was die Kassen von den Ärzten wollen als

„up-coding“ oder „right-coding“ bezeichnet, ist semantisches Fingerhakeln.“

Vor diesem Hintergrund ist die im April geäußerte Unterstellung der Krankenkassen, es gebe massive Diagnosebetrügereien unter niedergelassenen Ärzten, eine Unverschämtheit. Statt sich mit den Manipulationsversuchen der eigenen Branche auseinanderzusetzen, sagte die Spitzenvertreterin der Krankenkassen: „Mit Absicht falsch zu kodieren ist kriminell. Wenn das tatsächlich ein Problem werden sollte, müsste man die niedergelassenen Ärzte intensiv kontrollieren. Bei den Krankenhäusern macht das der medizinische Dienst der Krankenkassen. Und wenn die Kosten wegen der veränderten Diagnosen tatsächlich unberechtigt steigen, gibt es noch ein Gegenmittel: Für die Krankenhäuser wurde mit der Einführung eines ähnlichen Abrechnungssystems ein genereller Abschlag eingeführt.“

Das ist Heuchelei pur: Die AOK verspricht den Ärzten Boni für das so genannte Upgrading in der Diagnose, und dann stellen Kassenfunktionäre die Ärzte an den Pranger. Statt einen inneren Reinigungsprozess im maroden Krankenkassenmoloch einzuleiten, werden die Ärzte unter Generalverdacht gestellt – nach altbekanntem Muster, Kontrolle und Sanktionen inklusive.

Da ist der Vorstandsvorsitzende einer Betriebskrankenkasse immerhin ehrlicher, wenn er sagt: „Das Überleben einer Krankenkasse hängt heute davon ab, dass die Diagnosen stimmen. Nur so bekommen wir das Geld aus dem Gesundheitsfonds erstattet, das wir für die Versorgung unserer Versicherten ausgegeben haben. Den Krankenkassen diese Korrekturen zu verbieten, hieße, sie pleite gehen zu lassen.“

Letzteres ist keine schlechte Idee, denn wir brauchen im Gesundheitswesen weniger selbstgerechte Kassenfunktionäre, sondern Versicherungen, die sich für eine patientengerechte Versorgung einsetzen.

Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer und
der Ärztekammer Nordrhein