

# Ein Volk von Schwerkranken

**Analyse** Die Kassen bezahlen Ärzte, wenn sie Patienten besonders gebrechlich erscheinen lassen. In den meisten Fällen ist das legal. *Von Cornelia Schmergal*

Es ist ein offenes Geheimnis, dass die gesetzlichen Krankenversicherer auf kreative Weise versuchen, Geld aus dem Gesundheitssystem abzugreifen. Ärzte können darüber viel erzählen. Über Zehn-Euro-Prämien, mit denen Kassen locken, damit die Doktoren das Diagnosekreuzchen an der richtigen Stelle setzen. Über Berater, die ungefragt in der Praxis erscheinen und bitten, Herrn Schulz oder Frau Meier bei der Abrechnung als besonders krank zu markieren. Über unverhohlene Anforderungen und unsittliche Überredungsversuche, die nur das Ziel haben, möglichst viele Patienten bei der Abrechnung als möglichst krank auszuweisen.

Neu ist allerdings, dass inzwischen selbst die Verantwortlichen über die Praktiken klagen, weil sie des Schummels müde sind. Jens Baas, der Chef der Techniker Krankenkasse, hatte Mitte August erstmals zugegeben, dass die Kassen das System manipulieren (SPIEGEL 33/2016). Eine Milliarde Euro hätten sie seit 2014 investiert, um Ärzte zu bewegen, Patienten als besonders krank zu diagnostizieren. Nach einer weiteren Baas-Außerung und der Strafanzeige von Patientenvertretern interessieren sich jetzt auch Staatsanwälte für den Fall, und der Manager muss dem Bundesversicherungsamt bis nächste Woche Auskunft über die „Schummelei“ geben. Dabei hatte die Aufsicht die Verträge der Kasse zuvor selbst genehmigt.

Man könnte erleichtert sein, wenn sich Lockmodelle als Fall für die Justiz erweisen sollten. Tatsächlich aber, das ist der schlimmere Skandal, verhalten sich die Kassen in den meisten Fällen legal. Sie schlachten die Fehlanreize eines Systems aus, das einst als großes Gerechtigkeitsprojekt geplant war – und das sich nun sogar gegen die Patienten richten könnte.

In jedem Jahr verteilt der Gesundheitsfonds rund 200 Milliarden Euro an AOK, Barmer und Co. Die Kassen erhalten für jeden Versicherten eine Überweisung, die sich nach Alter, Geschlecht und Risiko richtet. Besonders lukrativ sind Patienten, die an einer jener 80 Krankheiten leiden, die sich auf einer regierungsamtlichen Liste finden. Damit die Auszahlung fällig wird, müssen Ärzte ihre Patienten auf der Abrechnung mit einem besonderen Code versehen. Genau darauf drängen die Kassen. Sie behaupteten bislang, es gehe darum, nachlässige Mediziner zu einer „richtigen“ Diagnose zu bewegen. Nach geltendem Recht ist das erlaubt. Nur: Warum sollte man einem Arzt für eine „richtige“ Diagnose eine Prämie anbieten?

Seit es den Finanzausgleich gibt, sind die Deutschen ein Volk von Schwerkranken geworden. So staunen Experten über den unerklärlichen Anstieg der Fettleibigkeit im Lande. Im Jahr 2010 meldeten die Kassen noch 500 000 Adipöse an das zuständige Bundesversicherungsamt. 2012

rückte die Krankheit auf die Liste der 80 lukrativen Gebrechen. Der Effekt: Ein Jahr später schnellte die Zahl der Fettleibigen auf fast 1,1 Millionen hoch. Nun soll Adipositas wieder von der Liste gestrichen werden.

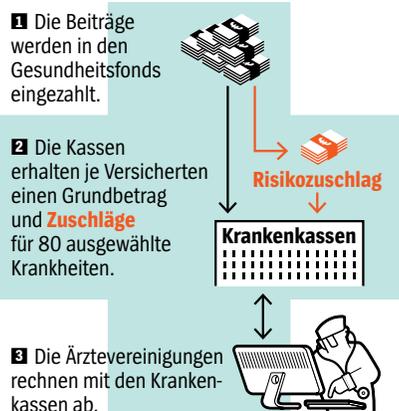
Dass die Debatte ausgerechnet zurzeit aufflammt, ist kein Zufall. Zwischen den Versicherungen ist ein Verteilungskampf entbrannt – und jede Kasse unterstellt der anderen, sich subversiv zu bereichern. Bis Ende November müssen die Kassen ihren Haushalt für 2017 vorlegen. Im nächsten Jahr bleiben ihre Zusatzbeiträge nur deshalb stabil, wie der Schätzerkreis erst am Donnerstag verkündet hat, weil die Bundesregierung 1,5 Milliarden Euro aus den Reserven in das System pumpt. Diese Konstanz gilt allerdings nur im Durchschnitt über alle 117 Versicherungen, jede einzelne Kasse will für preisbewusste Kunden möglichst günstig bleiben.

Doch der Finanzausgleich verzerrt die Beitragssätze. Und je mehr geschummelt wird, desto größer sind die Verwerfungen. Die Techniker Kasse rechnet vor, dass ihr Beitragssatz um 0,3 Prozentpunkte niedriger sein könnte, müsste sie den Ärzten keine Kodieranreize bieten. Doch weil alle manipulieren, wäre ein Ausstieg aus dem Schummelsystem ein Wettbewerbsnachteil. So produziert es milliardenschwere Verschwendung. Jeder Euro, der in Manipulationsanreize fließt, fehlt für die Patienten.

Inzwischen geben die meisten Kassenmanager zu, dass es nie darum gegangen ist, die Betreuung Schwerkranker zu optimieren, sondern die Zuweisungen für den eigenen Haushalt. Schlimmer noch: Patienten können sogar handfeste Nachteile erleiden. Beispielsweise wenn sie sich irgendwann entscheiden sollten, eine private Police abzuschließen, die eine Risikoprüfung voraussetzt.

Wer einen Vertrag für eine Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder eine Risikolebensversicherung unterschreibt, der muss wahrheitsgemäß Auskunft über seinen Gesundheitszustand und zurückliegende Erkrankungen geben. Was aber, wenn der Patient gar nicht weiß, dass der Doktor seinen Husten als schwere Lungenentzündung und die gelegentlichen Nackenverspannungen als chronischen Schmerz eingestuft hat?

„Falsche Kodierungen können schlimmstenfalls dazu führen, dass Kunden ihren Versicherungsschutz bei privaten Anbietern verlieren“, sagt Axel Kleinlein, Vorstandssprecher des Bundes der Versicherten. Nach Aktenlage hätten Patienten so ihre Anzeigepflicht verletzt. „Die Versicherer könnten ihnen dann Leistungen verwehren und sogar Betrug vorwerfen.“ Es klingt so paradox, dass es kaum zu glauben ist: In einem System, das Manipulationen von Ärzten und Kassen toleriert, werden die Betrogenen am Ende selbst zu Betrügnern erklärt.



1 Die Beiträge werden in den Gesundheitsfonds eingezahlt.

2 Die Kassen erhalten je Versicherten einen Grundbetrag und Zuschläge für 80 ausgewählte Krankheiten.

3 Die Ärztevereinigungen rechnen mit den Krankenkassen ab.