

FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN

Up-Coding im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich



Prof. Dr. David Matusiewicz im Gespräch mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Nachdem der Vorstandsvorsitzende der Techniker (TK) in einem Gespräch mit der FAZ eingeräumt hatte, dass ein Wettbewerb zwischen den Kassen darüber entstanden sei, wer es schafft, die Ärzte dazu zu bringen, für die Patienten möglichst viele Diagnosen zu dokumentieren und es so mehr Geld aus dem System gebe, ist eine heftige Debatte entbrannt. Es gab Stellungnahmen und Rechtfertigungen aus verschiedenen Lagern. Die Sprecher der Kassen weisen die Vorwürfe alle von sich. Liegt hier ein tatsächliches Problem vor oder wurde hier ein Problem durch die Medien hochgebauscht? Und wer sind die Leidtragenden?

Hintergrund ist der technische Kern der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen – der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Die Krankenkassen bekommen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben morbiditätsorientierte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die auf einer vom Bundesversicherungsamt (BVA) erstellten Liste von Krankheiten beruhen. Die Grundlage bilden Zuschläge für konkrete Diagnosen. Die Finanzlage der Kassen ist also stark vom Kodierverhalten der Ärzte abhängig, ohne dass sie direkten Einfluss nehmen können. So die Theorie – die Debatte zeigt jedoch Probleme dieser Gewaltenteilung in der Praxis.

Schon 2009 kursierten Medienberichte darüber, dass einige Krankenkassen Selektivverträge mit Ärzten v.a. dazu nutzen,

durch „optimierte“ Diagnose-Kodierungen höhere Zuweisungen zu erhalten. In den vergangenen Jahren haben Kassen unter dem Deckmantel der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen versucht, das Kodierverhalten der Ärzte zu manipulieren (Up-Coding). Zudem boten sie Ärzten Prämien dafür an, noch einmal zu überprüfen, ob aus einer Verdachtsdiagnose doch eine gesicherte Diagnose gestellt werden könnte. Auch aus dem Jahresbericht 2015 des Bundesversicherungsamtes geht hervor, dass sich mehrere Kassen nicht korrekt verhalten haben. Sie wurden meist aufsichtsrechtlich beraten und nur vereinzelt sind Fälle von weiteren rechtlichen Schritten bekannt.

Ein wesentliches Problemfeld liegt auch außerhalb des Machtspiels zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen. Nämlich dann, wenn die Versicherten einen Schaden davortragen. Dies liegt z.B. im Bereich der Berufsunfähigkeitsversicherung. Dabei haben die Patienten durch das Patientenrechtegesetz nach dem § 630g BGB das Recht, ihre Krankenakten einzusehen. Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. In der Praxis wird das Verlangen nach Einsicht meist als zeitraubende Störung des medizinischen Routinebetriebs erlebt. Versicherte wenden sich auch an die Krankenkassen selbst, um zu erfahren, was bei ihnen zu Abrechnungszwecken kodiert wurde. Hierzu sind Krankenkassen verpflichtet, den Versicherten einen Auszug aus den Daten nach 305 Absatz 2 SGB V zu geben. Die Krankenkassen sind verpflichtet, auf Antrag des Versicherten über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten zu unterrichten.

Man sollte die Kassen nun nicht unter Generalverdacht stellen. Die Problematik ist seit Einführung des Morbi-RSA in 2009 bekannt. Es geht darum, einen fairen Wettbewerb der Kassen zu ermöglichen. Hierzu zählen auch einheitliche Bewertungsmaßstäbe und – nach Angaben des Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe – auch gleiche Praktiken zwischen Bundes- und Länderaufsicht. Wenn eine Krankenkasse sich dem entzieht, so bestraft sie durch höhere Leistungsausgaben das Gesamtsystem. Das ist eindeutig Betrug. Zudem ist alleine der Versuch der Manipulation Verschwendung von Zwangsbeiträgen im System. Die Versicherten sollten sich selbstbewusst aufstellen und ihr Patientenrecht in Form der Einsichtnahme in die Patientenakte bei Ärzten oder der Patientenquittung bei den Krankenkassen wahrnehmen.

Prof. Dr. David Matusiewicz, Institut für Gesundheit und Soziales, FOM Hochschule

Vorstand der DGFM

- Prof. Dr. Hans-Joachim Flocke (Präsident),
- Prof. Dr. Christian Thielscher,
- Heinz D. Diste,
- Gudula Stroetzel (Schriftführerin),
- Prof. Dr. Thomas Jäschke,
- Patric Sommerhoff.



Kommissionen und Leitungen

- Marketing und Strategien: Gudula Stroetzel, Patric Sommerhoff,
- Führung und Personal: Heinz D. Diste,
- Marketing und IT: Prof. Dr. Thomas Jäschke,
- Qualität und ihre Kommunikation: Prof. Dr. Christian Thielscher,
- Krankenhausmanagement: Prof. Dr. Wilfried von Eiff, Prof. Dr. Andreas Goldschmidt.

Kontakt zur DGFM

DGFM, c/o Prof. Dr. Hans-Joachim Flocke, Zweibrücker Straße 8, 42697 Solingen.
Telefon: 0212/2 21 77 90,
Aktuelles unter: www.dgfm-ev.org