

Frankfurter Rundschau; Samstag, 21.04.2018  
„Dr. Hontschiks Diagnose“

## Kriminelle Krankenkassen

### Der Morbi-RSA: Ein absurder Ansatzpunkt für Betrug

Vor zwei Wochen hat das FBI das Büro von Donald Trumps Anwalt Michael Cohen durchsucht, Dokumente und Computer beschlagnahmt. Er soll für seinen Mandanten gelogen haben. Seit Monaten schon geben sich die Ermittler und Staatsanwälte bei VW, Audi, Porsche, BMW und Daimler die Klinke in die Hand. Die betrügerischen Abgasmanipulationen ziehen immer weitere Kreise, immer höher die involvierten Konzernetagen. Bei den Hells Angels waren vergangenen Oktober 700 Polizisten in 16 Städten im Einsatz gegen Gewalt, Waffen, Drogen und Prostitution. Vor wenigen Tagen wurden in zwölf Bundesländern 63 Bordelle von 1500 Polizisten durchsucht, um einer Bande von Menschenhändlern das Handwerk zu legen. Neben der breiten Berichterstattung über diese großen Einsätze wäre es beinahe unbemerkt geblieben, dass es vor wenigen Tagen in der Barmer Ersatzkasse Durchsuchungen und Beschlagnahmen gegeben hat: Verdacht auf Manipulation von Daten der Erkrankungen der Versicherten. Was ist das bloß für eine Riesensache, der man da seit Dezember 2016 auf der Spur ist?

Wenn Sie das verstehen wollen, müssen Sie sich zuerst von zwei Irrtümern verabschieden. Erster Irrtum: Sie glauben, Sie würden Ihren Krankenkassenbeitrag an Ihre Krankenkasse zahlen. Nein, Sie zahlen nicht an Ihre Kasse, sondern an den sogenannten Gesundheitsfonds. Und der leitet Ihre Zahlung weiter an die Krankenkassen - nicht unbedingt an Ihre. Denn nun kommt der zweite Irrtum: Sie glauben, dass Krankenkassen möglichst gesunde Menschen versichern wollen. Nein, das ist falsch. Das Gegenteil ist der Fall. Je schwerer ein Versicherter erkrankt ist, desto besser, desto lukrativer für Ihre Krankenkasse. Denn je kränker die Versicherten sind, desto höher fällt die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds aus. Diese Absurdität hat einen nicht minder absurden Na-

men: Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Morbi-RSA.

Da ist er, der Ansatzpunkt für den organisierten Betrug. Krankenkassen haben Ärzten Prämien für die „Optimierung“ von Diagnosen bezahlt. Abgesandte der Kassen haben Arztpraxen persönlich aufgesucht und beim Codieren „beraten“. Sogar Verträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Kassen dreist abgeschlossen, sogenannte Betreuungsstrukturverträge. Vergangene Woche erst hat das Bundesversicherungsamt diese Verträge für unzulässig erklärt. Bereits im Oktober 2016 hatte Jens Baas, der Chef der größten gesetzlichen Krankenkasse im Lande, der Technikerkasse, in einem Interview mit der FAZ verkündet, dass Krankenkassen Ärzte dazu bringen, möglichst viele und möglichst schwere Diagnosen zu dokumentieren. Man macht beispielsweise „aus einer depressiven Stimmung eine echte Depression, das bringt 1000 Euro mehr im Jahr pro Fall“. Jens Baas nennt dieses Verhalten der Kassen „schummeln“. Ich nenne das organisierten, gewerbsmäßigen Betrug zum Schaden der Versicherten. Da wahrscheinlich auch hohe Funktionäre von Kassenärztlichen Vereinigungen in die Manipulationen verwickelt sind, kann man dieses System getrost ein mafiöses System nennen.

Und wie könnte man diesen korrupten mafiösen Sumpf trockenlegen? Ganz einfach: Vor nicht allzu langer Zeit gab es in Deutschland über tausend Krankenkassen. Heute gibt es nur noch etwas mehr als hundert. Wenn man das radikal zu Ende denkt, dann wird es darauf hinauslaufen müssen, dass es über kurz oder lang nur noch eine einzige Krankenkasse gibt. Man braucht nur eine Krankenkasse, um das Gesundheitswesen, um ambulante und stationäre Medizin zu finanzieren. Es ist nicht ihr Auftrag, dabei Gewinn zu machen. Krankenkassen sind keine Wirtschaftsbetriebe. Worum sollten Krankenkassen denn auch konkurrieren?

Und übrigens: Die Existenz des Gesundheitsfonds ist der schlagende Beweis, dass eine Krankenkasse genügt.