

Kassenvorstand: Krankenkassen vergraulen bedürftige Patienten

Die deutschen Krankenkassen versuchen angeblich gezielt, bedürftige Mitglieder loszuwerden. "Wenn ein Versicherter mehr kostet, als er einbringt, erscheint auf dem Bildschirm des zuständigen Sachbearbeiters **ein roter Punkt** und man behandelt ihn weniger freundlich", sagte der **Vorstand der Hamburger gesetzlichen Krankenkasse Securvita BKK, Ellis Huber**, in einem am Sonntag vorab veröffentlichten **Interview der Verbraucherzeitschrift "Guter Rat"**. Die Kassen "versuchen, bedürftige Patienten so zu vergraulen, dass sie freiwillig zu einer anderen Kasse wechseln". Obwohl die Krankenkassen im vergangenen Jahr mehr als vier Milliarden Euro Gewinn erwirtschaftet haben, rechnet Huber in absehbarer Zeit nicht mit einer Senkung der Beiträge. "Sie werden mittelfristig kaum sinken", sagte er. Den Profiten der Kassen stünden zehn Milliarden Euro Schulen gegenüber. "Selbst wenn wir nur die Hälfte der Gewinne zur Tilgung verwenden würden, könnten wir die Beiträge nur um 0,20 Prozent senken."

Vorgeschmack auf die eCard - Krankenkassen "vergraulen" bedürftige Patienten

• Die deutschen Krankenkassen versuchen ... gezielt, bedürftige Mitglieder loszuwerden. *"Wenn ein Versicherter mehr kostet, als er einbringt, erscheint auf dem Bildschirm des zuständigen Sachbearbeiters ein roter Punkt und man behandelt ihn weniger freundlich", sagte der Vorstand der Hamburger gesetzlichen Krankenkasse Securvita BKK, Ellis Huber ...*

Erst einmal vielen Dank an den Vorstand der Securvita BKK. So klar hat noch niemand zugegeben, dass die Risikoselektion angestrebt wird. Eine Kasse kann um so besser Risiken selektieren, je mehr Informationen über "das Risiko" vorliegen.

Handelt es sich beim "Risiko" um einen Patienten, so lässt sich das "Risiko" um so besser abschätzen, je mehr Daten über den bisherigen Krankheitsverlauf, über das familiäre Umfeld, über genetische Daten etc. vorliegen.

Um ihren eigenen Datenhunger zu befriedigen, lassen sich die Kassen eine Menge einfallen. "Patient, wir erlassen dir die Kassengebühr - du musst dich nur in ein DMP- / Hausarzt- / Integriertes Versorgungs- /-programm einschreiben lassen".

"Geiz ist geil", die 30 Euro p. a. kann man sich sparen - und schon unterschreibt der Patient einen Vertrag, mit dem der Patient der Übermittlung seiner Daten an die Kasse zustimmt.

Potenzielle Patienten, also Menschen die äußerst selten zum Arzt gehen, werden so kaum angesprochen und damit erfasst.

Je häufiger jemand zum Arzt gehen muss, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit, in den Armen der Krake hängen zu bleiben.

Über dieses Motiv der Kassen ihre Patienten in irgendwelche Programme einschreiben zu lassen, hat man bisher in der Öffentlichkeit wenig bis nichts vernommen. Auch vielen Ärzten ist gar nicht bewusst, was man mit den Krankheitsdaten von Patienten alles machen kann. Ärzte versuchen auf Basis aller zur Verfügung stehenden Informationen das Beste für den Patienten zu erreichen.

Krankenkassen versuchen auf Basis der identischen Informationen möglichst "gute Risiken", sprich möglichst gesunde Versicherte, zu gewinnen und "schlechte Risiken" zu einer anderen Kasse zu schicken. Dass der Kontrahierungszwang, die Kassen müssen jeden Berechtigten versichern, dem entgegensteht, scheint die Kassen ja nicht zu kümmern.

Bis jetzt habe ich den Status quo grob umrissen. Kommt in Zukunft die eCard mit zentraler Datenspeicherung und die Kassen erhalten Zugriff auf die Daten, dann ist damit der "gläserne Patient" geschaffen. Die Ärzte werden dabei zum Werkzeug der Kassen gemacht, in dem sie die unendlichen Datenbanken mit allen Krankheitsdaten ihrer Patienten füllen.

Alles, was man bisher unter den Begriffen "Arztgeheimnis" oder "besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient" verstehen konnte, wird es dann nicht mehr geben. Heute werden die Ärzte mit angeblichen wirtschaftlichen Vorteilen geködert, um die Daten ihrer Patienten an die Kassen zu liefern. Ist die eCard erst einmal flächendeckend implementiert, werden die Kassen anlässlich einer Evaluation feststellen, dass DMP-Programme, hausarztzentrierte Versorgung u. v. m. nicht das gebracht haben, was man sich vorgestellt hat. Diese Programme werden eingestellt werden.

Haben die Krankenkassen einmal alle Daten der Patienten zur Verfügung, warum sollten sie sich dann noch mit der kostspieligen Bearbeitung von Daten beschäftigen, die man aufwändig nachprozessieren müsste? Mit jedem Eintrag in die elektronische Patientenakte, eCard sei Dank, übernimmt der Arzt die Datenaufbereitungsarbeit in Perfektion - und es kostet noch nicht einmal etwas.

Es ist nicht auszuschließen, dass nach einer großen Reform des Gesundheitswesens per Gesetz nur noch die Basisversorgung für jeden Bürger sichergestellt wird. Für diesen Bereich wird es dann auch weiterhin den Kontrahierungszwang geben, Kassen können also niemanden als Versicherten ablehnen. Darüber hinaus wird es möglicherweise Zusatzversicherungen geben, die von den Kassen im freien Wettbewerb angeboten werden.

Genau für diesen Fall benötigte jede Kasse dringend die Krankheitsdaten der bei ihr versicherten Patienten. Damit ließen sich im Fall der Fälle die Versicherungsprämien unter Berücksichtigung der Schadenseintrittswahrscheinlichkeiten berechnen.

Welche Kasse würde danach noch einem chronisch Kranken eine bezahlbare Zusatzversicherung anbieten?

Wie könnte die Situation im Jahre 2015 aussehen?

* Schlechte Risiken sind fast nur noch basisversichert, eine Zusatzversicherung kann man sich nur noch im Ausnahmefall leisten.

* Die Ärzte speisen schön fleißig, und auf eigene Kosten, die Daten in die zentralen Server ein, damit die Kassen weiterhin ihre Risiken genauestens berechnen können.

* Die Kassen haben den schwarzen Peter bei den Ärzten angesiedelt. Beklagt sich ein Patient, dass seine Zusatzversicherung ja fast unerschwinglich ist, so wird ihm seine Patientenakte vorgelegt. Da steht genau geschrieben ...und er hätte doch bereits 2005 selbst zugestimmt, dass die Daten aus der hausarztzentrierten Versorgung und auch aus der Integrierten Versorgung an die Kassen übermittelt worden wären. Dafür hat er immerhin auch 70€ gespart. Leider wäre sein individuelles Risiko so hoch, dass die Monatsprämie für die Zusatzversicherung bei dem bisherigen Krankheitsverlauf mindestens 80€ betragen müsse. Und ganz ehrlich, dieses Angebot machen wir nur, weil Sie schon seit dem Wechsel zu unserer Billigkasse im Jahre 2003 bei uns Kunde sind. Ein Neukunde müsste bei dem Krankheitsverlauf sogar 8€ pro Monat zahlen.

"Hat Sie Ihr Arzt nicht umfassend darüber aufgeklärt, dass Sie mit der Einschreibung in das Programm auch der Übermittlung Ihrer Daten zugestimmt haben? **Da hat Ihr Arzt wohl einen Fehler gemacht. Jetzt ist es leider nicht mehr zu ändern.**"

Ohne eCard wäre solch ein Szenario gar nicht denkbar. Es gibt allerdings einen ganz einfachen Weg, solch ein Szenario erst gar nicht möglich werden zu lassen. Wo keine Daten auf zentralen Servern sind, kann auch niemand mit den Daten Missbrauch treiben.

Fehler zu vermeiden ist immer die bessere Lösung als entstandene Fehler unter enormen Ressourceneinsatz nachträglich zu beheben. Fast in jedem Ratgeber zum Thema Qualitätsmanagement wird diese Binsenweisheit wiederholt.

Franz-Josef Müller