

# Bundesversicherungsamt kritisiert rüde Praktiken einiger Krankenkassen

Viel Geld für die Werbung neuer Mitglieder, Druck auf Krankengeldbezieher, Probleme bei der Codierung: Manch eine Krankenkasse schaut offenbar mit fragwürdigen Methoden darauf, dass die Kasse stimmt. Das Solidarprinzip gerät bisweilen unter die Räder der Controller.

## von Bülent Erdogan-Griese

**B**is zu 20 Euro pro Mitglied haben sich die Krankenkassen die Werbung neuer Mitglieder durch externe Werber im vergangenen Jahr kosten lassen. Das geht aus dem kürzlich vorgelegten Tätigkeitsbericht für das Jahr 2012 des in Bonn angesiedelten Bundesversicherungsamtes (BVA) hervor. Welche Kasse der Spitzenreiter ist, steht nicht im Report. Zum Vergleich: Für die Prävention gaben die Krankenkassen 2012 laut dem Nachrichtenmagazin *Der Spiegel* etwas mehr als drei Euro pro Mitglied aus. Die schwarz-gelbe Koalition strebt in ihrem Entwurf für ein Präventionsgesetz eine Marke von sieben Euro an.

## 20 Euro für Werbung – pro Mitglied

Nach dem BVA-Report machen die Krankenkassen für die Werbung neuer Mitglieder teilweise in großem Umfang Gebrauch von einer neuen Abrechnungsmöglichkeit: „Durch die Einführung des Kontos 7004 im Kontenrahmen der gesetzlichen Krankenkassen, auf welchem die Aufwandsentschädigungen für externe Mitgliederwerbung zu buchen sind und welches für das Werbemittelbudget der einzelnen Krankenkassen nicht relevant ist, sind die Werbeausgaben zwar insgesamt zurückgegangen und die Anzahl der Krankenkassen, welche das Werbemittelbudget überschreiten, hat sich verringert“, heißt es im Bericht. „Insgesamt geben die Krankenkassen aber aufgrund des neuen Kontos für externe Werber deutlich mehr Geld für Werbemaßnahmen aus. Im Einzelfall werden hier 20 Euro pro Mitglied im Jahr erreicht.“

Gleichzeitig legten einige Kassen viel Energie in die Abwehr „schlechter Risiken“ und das Herausdrängen von chronisch Kranken, wie aus dem Tätigkeitsbericht der Bonner Behörde hervorgeht. Eine Reihe von Krankenkassen habe mit ihrem Vertrieb sogenannte „Zielgruppenvereinbarungen“ abgeschlossen, wonach vorrangig einkommensstarke und gesunde Versicherte akquiriert werden sollen. „Oft zahlen die Krankenkassen ihrem Vertrieb keine Prämien für das Werben von einkommensschwachen oder kranken Versicherten oder verlangen Prämien zurück, wenn die Neumitglieder höhere Krankheitskosten verursachen als erwartet.“ Hierdurch verstießen die Kassen gegen das Diskriminierungsverbot und das in der gesetzlichen Krankenversicherung geltende Solidarprinzip.

Jede Differenzierung bei der Gewährung von Aufwandsentschädigungen für neue Mitglieder nach Einkommen oder sozialem Stand sei unzulässig, so das BVA. Auch die Verpflichtung zur Rückzahlung von Aufwandsentschädigungen, wenn das Neumitglied innerhalb eines Jahres wieder kündigt, sei rechtswidrig, da hiermit Saisonarbeiter oder unständig Beschäftigte diskriminiert würden.

## Anrufe bei Versicherten

Auch Anrufe von Krankenkassen bei Versicherten, um diese zur Kündigung ihrer Mitgliedschaft zu bewegen oder bei Krankengeldbezug zur schnelleren Rückkehr an den Arbeitsplatz, beschäftigten die Kassenprüfer. So hätten Mitarbeiter einer Kasse in unzulässiger Art und Weise telefonisch Einfluss auf Versicherte genommen, insbesondere behinderte und chronisch kranke Menschen, um diese aus der Kasse zu drängen. Ermittlungen hätten indes ergeben, so das BVA, „dass es sich nicht um ein großmaßstäbliches Vorgehen der Krankenkasse gehandelt hat. Vielmehr hat nur eine sehr geringe Zahl von Mitarbeitern der Krankenkasse während eines kurzen Zeitraums die beanstandete Telefonaktion durchgeführt.“ Wie viele Mitglieder die Anrufe zum Anlass genommen

haben zu kündigen, geht aus dem Report nicht hervor.

## Auffällige Codierung

Ebenso unklar ist derzeit noch der Umfang der schriftlichen und auch telefonischen Kontaktaufnahmen bei Mitgliedern mit Krankengeldbezug, um diese zur Wiederaufnahme der Beschäftigung zu bewegen. Das BVA hat die Krankenkassen aufgefordert, ihr zu diesem Zwecke ausgesandte Fragebögen zu übermitteln, um die Praxis überprüfen zu können.

Unterdessen hat das BVA bei Dutzenden Krankenkassen Unstimmigkeiten bei der Codierung im Jahr 2009 bemängelt und Aufklärung verlangt. Die Auffälligkeiten beziehen sich auf die im Risikostruktur-Ausgleichsverfahren verwendeten Morbiditätsgruppen beziehungsweise die zugrunde liegenden Datenmeldungen. So war bei einer Krankenkasse die Zahl der Herzinfarkte bei ihren Versicherten demnach um mehr als 280 Prozent von fünf auf 19 emporgeschwellt. „Eine statistische Auffälligkeit bedeutet keineswegs, dass etwas nicht stimmt oder gar falsch gemacht wurde. An der Erstellung der Daten sind Ärzte, Kliniken, Kassen und weitere Personen und Institutionen beteiligt“, teilte dazu der GKV-Spitzenverband mit. Für erklärungsbedürftige Auffälligkeiten könne es verschiedene Gründe geben: So könne eine kleine Krankenkasse in einer relativ schwach besetzten Morbiditätsgruppe eine hohe Steigerungsrate aufweisen, zum Beispiel die Zunahme der Schlaganfallpatienten von zehn auf 15, also um 50 Prozent. Zudem könnten auch Datenmeldungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen verspätet eintreffen. Viele Erkrankungen müssten dann nachgemeldet werden. Auch starke Mitgliederbewegungen könnten zu Auffälligkeiten führen: Verließen zum Beispiel viele gesunde Versicherte eine Krankenkasse, dann steige der Anteil an Kranken in der Kasse überdurchschnittlich. Auch dies führe zu einer erklärungsbedürftigen Auffälligkeit, so der Spitzenverband.