

Krankenkassen geben sich gerne als die Saubermänner der Nation. Sie führen das Schwert gegen Abrechnungsbetrug und das große Wort gegen korrupte Ärzte. Wider die Korruption lautete das jüngste zur Auf-
führung gebrachte Stück. Es ging um die Selbsteinschätzung von Ärzten in Sachen Zuweisung gegen Entgelt. Abgründe tun sich da nach Lesart des GKV-Spitzenverbandes auf. Doch jetzt gibt es Hinweise, wonach es die Krankenkassen mit ihren eigenen moralischen Grundsätzen selbst nicht so genau nehmen. Hiervon und darüber, wie ein regionaler Kassenverband mit einer Erfolgsmeldung in Sachen Betrugsbekämpfung die Öffentlichkeit hinter Licht führte, handeln die nachstehenden Beiträge.



Die Kassen und die Zuweisung gegen Entgelt

Hände waschen nicht vergessen

Von Reinhold Schlitt

Zuweisung gegen Entgelt – die vom Krankenkassen-Spitzenverband (GKV-Spitzenverband Bund) angeforderte und bezahlte Studie der Universität Halle-Wittenberg sorgte im Mai – pünktlich zum 115. Deutschen Ärztetag – für Schlagzeilen. Je nach Gemengelage, so die Interpretationen der Auftraggeber, handelt es sich bei Zuweisungen gegen Geld u. Ä. schlichtweg um einen schwerwiegenden Verstoß gegen die ärztliche Berufsordnung. Und wenn's ganz dicke kommt, auch um eine moralische Sauerei, möchte man hinzufügen. Jedenfalls dürfte ein Patient stinksauer darüber sein, in einem Krankenhaus zu landen, das ihm sein Arzt nur deswegen empfohlen hat, weil er dafür eine Kopfprämie bekommt. Und weil vermutlich die meisten Patienten so denken, konnten die Akteure auf der Kassenseite auch relativ sicher sein, mit einer Veröffentlichung der Studie einen medialen Volltreffer zu landen.

Eins zu null für die Presseabteilung des obersten Kassenverbandes, hieß es dann auch anerkennend in der Pressestelle eines Ärzterverbandes.

Die Sache war taktisch genial gestrickt. Damit war allerdings nicht die universitäre Studie selbst gemeint. Die liefert vermutlich nur das, wonach ihre Auftraggeber haben fragen lassen. Und der Autor, Prof. Kai D. Bussmann, konstatiert auch unmissverständlich, dass die Untersuchung überwiegend Resultate der Selbsteinschätzung Befragter zur Grundlage hat: „Das wesentliche Ergebnis der empirischen Studie ist die Selbsteinschätzung von niedergelassenen Ärzten, leitenden Mitarbeitern stationärer Einrichtungen und von nichtärztlichen Leistungserbringern...“. Gleichwohl, was da an selbsteinschätzender „Empirie“ geliefert wurde, hatte das Zeug für medialen Zündstoff und darf allemal als idealer Nährboden für die These vom ultimativen Untergang ärztlicher Sitte und Moral gesehen werden.

Empörung auf dem Ärztetag war einkalkuliert

Viele Medien haben auch hingehört, wie die (Mit-)Adressaten dieser Studie, die Delegierten des zum Zeitpunkt der Präsentation tagenden 115. Deutschen Ärztetages in Nürnberg, darauf



Fortsetzung von Seite 11

reagiert haben. Empörung allenthalben, üble Stimmungsmache und der Versuch, die Ärzteschaft im Zuge des von der SPD-Bundestagsfraktion vorgelegten Gesetzentwurfs zur Bekämpfung der Korruption „madig“ zu machen, war da zu vernehmen. Wie stichhaltig das alles ist? Nichts Genaues weiß man nicht. Aber in der Gesamtschau auf die jüngste Pressearbeit vieler Krankenkassen zeigt sich, dass nach einer längeren Pause Abrechnungsbetrug und Korruption jetzt wieder sehr gehäuft thematisiert werden.

Wie auch immer. Der GKV-Spitzenverband dürfte darauf gesetzt haben, dass das vermeintliche oder tatsächliche Skandalpotenzial seine mediale Wirkung nicht verfehlen würde, letztlich, weil er um die qualitative Bandbreite in der Medienlandschaft weiß und damit auch um die Erfahrung, dass unprofessionelle journalistische Arbeit das Reizwort, die Verkürzung, die Pauschalisierung und die rezipientengefällige Interpretation liebt. Es gilt der alte Grundsatz, wonach der Erfolg im Zweifelsfall immer noch über Quote

Bei dem medialen Tornado in Sachen Zuweisungsprämien konnte man leicht übersehen, dass nur vom Sockel gestoßen werden kann, was zuvor als moralisch hochstehend kategorisiert gelten darf. Meint hier die aus Anlass der Studie von ihren Auftraggebern hervorgeramte Erkenntnis, dass Ärzte sich bei der Zuweisung zu einem anderen Leistungserbringer bzw. in ein Krankenhaus ausdrücklich nur von medizinischen Gesichtspunkten leiten lassen dürfen. Selbstverständlichkeiten, ärztliches Berufsethos... Doch was da so eingängig daherkommt, kann durchaus auch nach hinten losgehen – für die Krankenkassen.

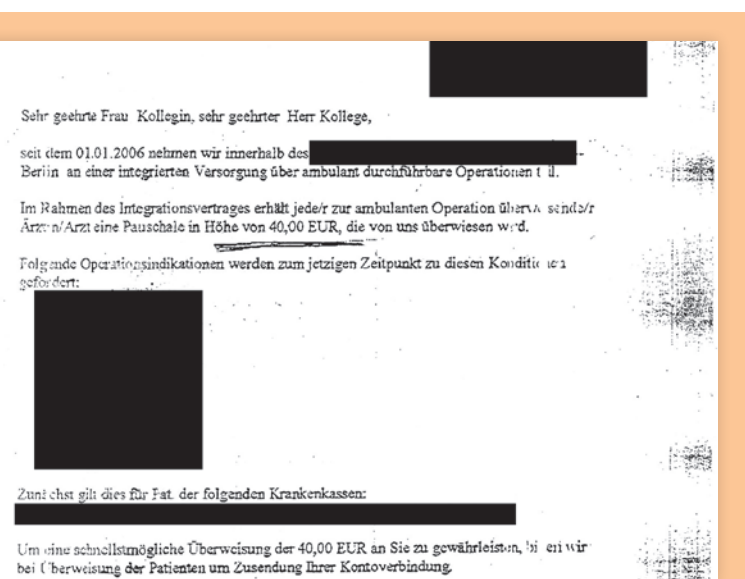
Krankenkassen als Mitwisser und Profiteure

Nachzulesen ist, dass der GKV-Spitzenverband die Interpretation seiner Auftragsstudie zum Thema „Zuweisung gegen Entgelt“ mit dem Grundsatz verbunden hat, dass eigentlich jede Form von Zuweisung gegen Entgelt (oder Entgeltversprechen, wie die Juristen sagen) moralisch fragwürdig ist. O-Ton Gernot Kiefer vom Vorstand des GKV-Spitzenverbandes Bund: „Schließlich müssen Patienten sicher sein, dass ausschließlich medizinische und nicht monetäre Gründe für den Arzt wichtig sind, wenn er an einen Kollegen, eine Klinik oder an einen Heilmittelerbringer überweist.“ Und weil Ärztefunktionäre immer nur von Einzelfällen reden würden, dürfe es diese Studienergebnisse eigentlich „gar nicht geben“, fügt er vollmundig hinzu. Wenigstens nicht unter diesen Vorzeichen? „Zuweisungen gegen Entgelt“, die Kiefer da ins Visier nahm, sind tatsächlich seit vielen Jahren gängige Praxis, denn sie sind – Moral hin oder her – dann legal, wenn Krankenkassen im Spiel sind.

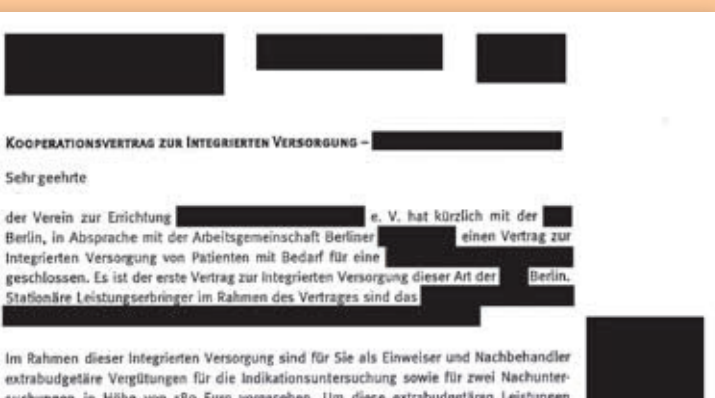
Ärztliche Berufsgruppenvorsitzende haben auf KV-Blatt-Nachfragen gleich mehrfach bestätigt, dass es Zuweisungen gegen Entgelt massenweise in Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V gibt.

oder Auflage definiert wird. Dazu braucht's Hingucker, deftige Schlagzeilen. Besonders dann, wenn die Skandalisierung einen Berufsstand betrifft, der auf der Beliebtheitsskala der Deutschen seit Jahrzehnten ganz oben rangiert. Dagegen ist schwer anzukommen. Das wissen auch die Funktionäre auf der Krankenkassen-Seite. Und ihre Kollegen auf der Ärzteseite?

Bundesärztekammerpräsident Frank-Ulrich Montgomery und KBV-Chef Andreas Köhler forderten nach der Veröffentlichung der Krankenkassen-Studie unter dem Beifall ihrer Zuhörer „harte Fakten“ statt pauschaler Verurteilung. Eine nachvollziehbare Reaktion, aber keine, die verhindern konnte, dass sie in der Berichterstattung letztlich als „Getriebene“ wirkten. Also lasst es gut sein, nach dem Motto, morgen jagen sie die nächste Sau durchs Dorf?



Patient und Kontonummer her – fertig ist die Integrierte Versorgung



Koppelgeschäft: Zuweisungsprämie und extrabudgetäre Nachbehandlung für 180 Euro

Gängige Inhalte: Geld gibt es für eine plumpe Zuweisung von Ärzten an Ärzte, sofern bestimmte Diagnosen, etwa für ambulante Operationen, gegeben sind. Die optional begünstigten Zuweiser müssen selbst nicht einmal an einem IV-Vertrag beteiligt sein, dürfen aber wiederum nur Patienten bestimmter Krankenkassen zuweisen.

Geld gibt es auch für Ärzte, die Patienten in bestimmte Krankenhäuser einweisen. Gezahlt wird in solchen Fällen beispielsweise entweder eine Solo-Zuweiserprämie oder eine kombinierte Pauschale für Zuweisung sowie prä- und postoperative Leistungen, die sonst die Krankenhäuser selbst erbringen müssten und die nun obendrein im ambulanten Bereich landen.

Beispiel 1: „Im Rahmen des Integrationsvertrages erhält jede/r zur ambulanten Operation überweisende Arzt/Ärztin eine Pauschale in Höhe von 40 Euro, die an uns (eine Arztpraxis im Rahmen eines IV-Vertrages mit Krankenkassen, d. A.) überwiesen wird. Folgende Operationsindikationen werden zum jetzigen Zeitpunkt zu diesen Konditionen gefördert... Zunächst gilt dies für Patienten der folgenden Krankenkassen: (Hier folgen die Namen dreier Kassen, darunter zweier großer Ersatzkassen sowie einer BKK).“

Beispiel 2: „Der Verein zur Errichtung ... Krankenhäuser e. V. hat kürzlich mit der (folgt der Name einer Krankenkasse) in Absprache mit der Arbeitsgemeinschaft Berliner (folgt der Name eines Berliner

Facharztverbandes) einen Vertrag zur Integrierten Versorgung von Patienten mit Bedarf für eine (folgen fachgruppenspezifische Indikationsgebiete) geschlossen. Stationäre Leistungserbringer im Rahmen des Vertrages sind (folgen die Namen dreier Berliner Krankenhäuser). ... Im Rahmen dieser Integrierten Versorgung sind für Sie als Einweiser und Nachbehandler extrabudgetäre Vergütungen für die Indikationsuntersuchung sowie für zwei Nachuntersuchungen in Höhe von 180 Euro vorgesehen. Es ist der erste Vertrag dieser Art der (folgt der Name einer großen regionalen Krankenkasse in Berlin).“

Hinweis: Die Aufwandshonorare wurden selbstverständlich zusätzlich zur üblichen KV-Vergütung ausgelobt.



Fortsetzung von Seite 13

Das Kopfgeld-Management von Krankenkassen

Nicht alle IV-Verträge sind aus Sicht von Experten anstößig, besonders dann, wenn für die Prämien auch bestimmte Leistungen gefordert werden. Doch nach Lesart des GKV-Spitzenverbandes Bund dürfte es Vereinbarungen über reine Zuweisungsprämien überhaupt nicht geben. Es sei denn, dass moralische Postulate für Krankenkassen selbst außer Kraft gesetzt werden, nach dem Motto: Nur wir sind die

Guten. Das aber scheinen sowohl Ärzte und ihre Verbände, als auch so manche Einzelkasse anders zu sehen. Ein namhafter Berliner Ärztfunktionär aus dem fachärztlichen Lager sagte dem KV-Blatt: „Man muss ja sehen, dass auf der anderen Seite nicht nur Ärzte das Sagen haben, sondern Verwaltungsmenschen ..., denen es nur darum geht, die Ausgaben zu senken. Das war schon immer so.“

Schon lange vor Einführung der Integrierten Versorgung gab es – ganz unverhohlen – Verträge zwischen namhaften Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen die bloße Zuweisung in bestimmte, von den Krankenkassen favorisierte Krankenhäuser üppig belohnt wurden.

Und spätestens nach der Lektüre der folgenden zwei Beispiele dürften Spötter die Frage stellen: Kann denn schlecht sein, was eine Krankenkasse selbst und ungeniert mit einer Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart? Hierzu das

Beispiel 3: Aus der Kodex-Arztvereinbarung zwischen der KV Berlin und der AOK Berlin vom 07.09.1995, Punkt II. 1 Pflichten des Kodexarztes: „Hält der Kodex-Listenarzt eine Krankenhauseinweisung für notwendig, soll er den Patienten im Regelfall an den Kodexarzt zurücküberweisen. Für die Rücküberweisung ist eine Vergütung nach Ziffer III I abrechenbar. ... Auf

Wunsch des Arztes erfolgt die Vermittlung eines Krankenhausbettes durch die Leitstelle. Für diese Inanspruchnahme des telefonischen Beratungsdienstes der Leitstelle ist eine Vergütung* nach Ziffer III 2 abrechenbar.“

(* Hinweis: Für die Inanspruchnahme der „Bettenvermittlung“, also die Lenkung des betreffenden Patienten in ein bestimmtes Krankenhaus durch die Kodex-Leitstelle, bekam der Kodex-Listenarzt einen Betrag von 30 DM je Patient und Krankheitsfall. Sitz der Kodex-Leitstelle war lt. Vereinbarung damals die AOK Berlin. Der Vertrag existiert nicht mehr.)

Ob bei dieser kasseninduzierten Bettenvermittlung ausschließlich das medizinische Wohl bzw. die qualitative Versorgung von AOK-Versicherten im Vordergrund stand? Bekannt ist, dass es wegen dieser Kodex-Bettenvermittlung schon bald zu Auseinandersetzungen im Abgeordnetenhaus von Berlin kam. Auf eine Parlamentarische Anfrage der damaligen SPD-Abgeordneten Jutta Weißgerber zum Kodex-Vertrag zwischen AOK Berlin und KV Berlin vom 13. Mai 1996 (Drs. 13/611 Nr. 584) antwortete die frühere Gesundheitssenatorin Beate Hübner u. a.: „Soweit dem Senat bekannt ist, haben einzelne Krankenhäuser in den letzten Wochen einen Rückgang ihrer Fallzahlen zu verzeichnen und machen dafür die Kodex-Leitstelle (Bettenvermittlung, d. A.) verantwortlich, da diese den einweisenden Ärzten Krankenhäuser mit niedrigeren Pflegesätzen und kürzerer Verweildauer empfehlen würde.“ Die Beteiligten hätten auf Nachfrage des Senats ein Fehlverhalten verneint. Man habe den Ärzten keine Einweisungsvorschriften gemacht. Doch selbst Hübner schloss nicht aus, dass ökonomische Gründe im Vordergrund stehen könnten, und ermahnte die Vertragspartner.

Die Kodex-Partner haben die bei so manchem Akteur als „berüchtigt im berufsrechtlichen Sinn“ geltende Kopfgeldprämie zwei Wochen später wieder abgeschafft. Reiner Zufall?

Vereinbarung

über die Förderung am...

300 P.

Beratung über ein „IKK-empfohlenes Krankenhaus“
 Sofern die stationäre Behandlung eindeutig medizinisch indiziert ist, veranlaßt der Arzt die Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus. Die IKK empfiehlt ihren Versicherten Krankenhäuser mit speziellem Betreuungsangebot entsprechend Dokumentationsbogen lt. Anlage 3. Der Arzt

Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KVB)

< Körperschaft des öffentlichen Rechts >

und dem

IKK-Landesverband Brandenburg und Berlin

< Körperschaft des öffentlichen Rechts >

AOK oder (wie hier) IKK: Krankenkassen ließen sich die Bettenvermittlung etwas kosten.

teilzunehmen.
 Dieses Projekt hat nun mit dem 01.01.2007 begonnen. Es bezieht sich auf operationsbedürftige Patienten zunächst der BKK [redacted] Facharztpraxen, sowie auf allergologische Patienten. In Frage kommende operationsbedürftige Patienten bitten wir an einen fachärztlichen Kollegen aus den genannten Facharztverbänden zu überweisen.
 [redacted] beteiligte Praxis überweisen.
 Die Listen der beteiligten Facharztpraxen (nach Verbundzugehörigkeit, Stand: 01.01.2007) finden Sie im Anhang.
 Wir bitten Sie, alle infrage kommenden Patienten über das besondere Versorgungsangebot des IV-Vertrages zu informieren. Ein Fall der Integrierten Versorgung entsteht nur, wenn eine Weiterleitung an einen in den Verbänden organisierte Praxis erfolgt, eine Diagnose im Rahmen des IV-Vertrages gestellt wurde und der Patient seine Teilnahme an der Integrierten Versorgung (gegenüber dem Facharzt) erklärt hat. Bitte überweisen Sie diese Patienten wie üblich mittels Überweisungsschein. Zusätzlich vermerken Sie bitte auf dem Überweisungsschein gut sichtbar das Kürzel „IV“.
 Sie können Ihre ärztlichen Leistungen dann in gewohnter Art und Weise über den EBM /KV abrechnen und erhalten zusätzlich für jeden Integrationsfall (Erfüllung der genannten Bedingungen vorausgesetzt) eine Beratungspauschale in Höhe 30,- €.
 Diese Vergütung geht Ihnen am Ende des Monats, der auf den Abschluß der Behandlung

Bettenvermittlung gegen Geld – durch eine Krankenkasse? Was die AOK Berlin damals mit der KV Berlin vereinbarte, war monetären Zielen geschuldet und muss wohl auch die IKK zur eigenen Bettenvermittlung inspiriert haben.

Beispiel 4: „Nr. 9905: Beratung über ein „IKK-empfohlenes Krankenhaus“: Sofern die stationäre Behandlung eindeutig medizinisch indiziert ist, veranlasst der Arzt die Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus. Die IKK empfiehlt ihren Versicherten Krankenhäuser mit speziellem Betreuungsangebot... Der Arzt berät den Patienten über diese Krankenhäuser und das spezielle Betreuungsangebot...“ ...300 Punkte“.

(Hinweis: Für eine IKK-induzierte Krankenhauseinweisung konnte ein Arzt seinerzeit die ausgelobten 300 Punkte extrabudgetär abrechnen. Das Praxisbudget je hausärztlichen Fall und Quartal war mit 585 Punkten zwar fast doppelt so hoch, es deckte aber – anders als bei diesem Vertrag – ein ganzes Quartal ärztlicher Arbeit ab. Der Vertrag existiert nicht mehr).

Die damals vertragsschließende IKK Berlin ist später organisatorisch in einer anderen IKK-Struktur aufgegangen, ihre Akteure auf Kassenseite sind vermutlich nicht mehr greifbar. Hinweise könnte allenfalls der schon genannte Herr Ger-not Kiefer geben. Er gehörte damals dem IKK-Bundesverband an und war

auch in dieser Funktion schon ein leistungsfähiger Streiter wider das ärztliche Fehlverhalten.

Selbst wohlwollende Beobachter der IV-Vertragsszene kommen inzwischen ins Grübeln: „Zu untersuchen ist, ob der Vertrag (IV-Vertrag, d. A.) nur einer gewollten Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven dient oder ob er geeignet ist, die Unabhängigkeit des Arztes zu gefährden...“, schreibt der Sachverständigenrat* in seinem neuesten Gutachten zum Thema Wettbewerb im Gesundheitswesen.

* Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Hand aufhalten war gestern



Wie geht das eigentlich, das mit dem „Schmieren“? Das mit der Zuweisung gegen Geld zu fachärztlichen Kollegen oder in ein bestimmtes Krankenhaus? Das Bild aus alten Schwarz-Weiß-Filmen von der zwielichtigen Figur, die ihrem Gegenüber im nächtlichen Regenschauer oder in rauchgeschwängelter Gaststätte die offene Hand hinhält, um den berüchtigten Geldumschlag in Empfang nehmen zu können, passt wohl nicht mehr in diese Zeit. Heute werden ganz offiziell Kontonummern ausgetauscht oder Extra-Dienstleistungen per Sonderziffer in die KV-Abrechnung aufgenommen. Tatsächliche oder vermeintliche Schmiergelder heißen inzwischen Aufwandshonore und wechseln ganz legal die Konten. Insoweit überrascht die Zuweisungsstudie, in der Ärzte und Krankenhausmitarbeiter über Zuweisung gegen Geld berichten, nur bedingt.

Überraschend ist allenfalls die Unverfrorenheit, mit der dieses Thema durch den Spitzenverband der Krankenkassen jetzt skandalisiert wird. Richtig ist es, dass Ärzte sich bei der Patientenzuweisung ausschließlich von medizinischen Beweggründen leiten lassen sollen. Gut ist es, dass Krankenkassen dies auch für ihre Versicherten einfordern. Zwielfichtig oder unverschämt ist es hingegen, dass Krankenkassen diesen moralischen Anspruch zerteilen wollen nach dem Motto, Zuweisung gegen Geld ist eine Sauerei, aber sie ist dann gut, wenn sie von uns, den Kassen, selbst vereinbart wird. Daran ändert auch kein gesetzlicher Flankenschutz dieser Welt etwas, der den Krankenkassen monetäre Anreize für Ärzte oder andere „Leistungserbringer“ erlaubt.

Kommentar

Krankenkassen profitieren wirtschaftlich von IV-Verträgen und zeigen sich gegenüber Zuweisern durchaus spendabel. Zum Wohl ihrer Versicherten? Oder doch nur zur Durchsetzung eigener wirtschaftlich induzierter Lenkungsziele auf dem Versorgungsmarkt?

Krankenkassen, wir erinnern uns, haben auch mit KVen Verträge zur Steuerung von Krankenhausbelegungen mit Kopfprämien für zuweisende Ärzte abgeschlossen. In Berlin zu einem Zeitpunkt, als nach der Grenzöffnung Betten-„überkapazitäten“ geschleift werden sollten. Rein medizinische Gründe? Selbst die damalige Aufsichtsbehörde war sich da nicht sicher.

Das alles wissen auch die Spitzenfunktionäre im GKV-Kassenverband, egal ob sie Pfeiffer (früher Ersatzkassen), von Stackelberg (früher AOK) oder Kiefer (früher IKK) heißen. Dass sie sich jetzt als Gralhüter der Ethik aufspielen, wirkt mehr als unglaubwürdig.

Noch einmal: Hier werden keinesfalls wirklich korrupte Ärzte und Klinikchefs verteidigt. Wer sich mehr von monetären Interessen denn medizinischen Notwendigkeiten leiten lässt, muss angezählt werden. Wer aber von Krankenkassen für etwas beschimpft wird, was diese selbst und schon seit vielen Jahren vereinbaren, darf deren Akteure auch ruhig fragen, welches Geschäft sie mit solchen Kampagnen tatsächlich betreiben. Das gilt übrigens auch für den jüngsten mit der Politik in Planung befindlichen Deal, ihnen die Empfehlung von Krankenhäusern zu erlauben. Der einzige Unterschied: Diesmal sollen nicht Ärzte, sondern Patienten geködert werden – durch Nachlässe bei der Zuzahlung. Ein Lump, wer dabei Böses denkt. Reinhold Schlitt

Zuweisung gegen Entgelt...

Was die Studie sagt

Gängige Praxis?

Auf die Frage nach einer Bewertung der berufs- und sozialrechtlichen Regelungen zur Zuweisung gegen wirtschaftliche Vorteile gaben 14 % der niedergelassenen Ärzte an, dass es sich um eine gängige Praxis handele, 25 % stimmten „zumindest teilweise“ zu. Hingegen behaupten Befragte aus stationären Einrichtungen zu 24 % und 46 % der nichtärztlichen Leistungserbringer, dass „diese Praxis durchaus gängig“ sei.



Foto: SCHLITT

Wer ist anfällig?

Jüngere Praxen bzw. Unternehmen, die erst seit wenigen Jahren bestehen, sind „anfälliger für Zuweisungen gegen Entgelt“. Stationäre Einrichtungen, die sich in einer schlechten wirtschaftlichen Situation befanden, berichteten öfters davon, „wirtschaftliche Vorteile für die Zuweisung von Patienten zu gewähren“.

Angst vor Entdeckung?

„Ein großer Teil der Befragten (war sich) in der konkreten Situation der mangelnden Kontrollen und Sanktionen durch die jeweiligen berufsständischen Verantwortlichen bewusst“. Dies betrifft vor allem die Gruppe der niedergelassenen Ärzte (52 %) und der nicht ärztlichen Leistungserbringer (53 %).

Welcher Art sind die wirtschaftlichen Vorteile?

Alle drei befragten Gruppen (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und nicht ärztliche Leistungserbringer) berichteten übereinstimmend, dass es in über 50 % der Fälle finanzielle Vorteile gibt, dass aber auch „relativ häufig Tagungskosten übernommen“ und „prä- bzw.

Foto: SCHLITT



Kampagnenschmiede im Hinterhof: Die Berliner Zentrale des GKV Spitzenverbandes

postoperative Betreuungsleistungen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern vereinbart“ werden.

* aus einer vom GKV-Spitzenverband Bund am 22. Mai 2012 veröffentlichten Zusammenfassung einer Studie von Prof. Dr. Kai-D. Bussmann, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Economy Crime-Research-Center). Es handelt sich um eine vom GKV-Spitzenverband bezahlte Auftragsstudie.

Anzeige

Im Wortlaut:

Impulse für den Ärztetag ...

Korruption

„Strafrechtler würden angesichts solcher Zahlen in anderen Branchen nicht zögern, von einem großen Korruptionsrisiko zu sprechen.“

Nur medizinische Gründe

„Schließlich müssen Patienten sicher sein, dass ausschließlich medizinische und nicht monetäre Gründe für den Arzt wichtig sind, wenn er an einen Kollegen, eine Klinik oder an einen Hilfsmittelbringer überweist.“

Impuls für den Ärztetag

„Ich bin sicher, dass wir mit diesen Studienergebnissen und unseren Forderungen einen Impuls für die berufspolitische Diskussion auf dem heute vor wenigen Minuten in Nürnberg begonnenen Deutschen Ärztetag geben konnten.“

Alle Zitate: Gernot Kiefer, GKV-Spitzenverband Bund der GKV in „Pressekonferenz zur Präsentation der Studie: Zuweisung gegen Entgelt“, vom 22. Mai 2012 (Pressemappe).



Impulsgeber: GKV-Vorstand und früherer IKK-Manager Gernot Kiefer

Alles schon mal da gewesen ...

„Es handelt sich nicht um Einzelfälle, weil zu viele Mediziner darüber berichten, und zwar sowohl niedergelassene Ärzte als auch Kliniken.“

Gesundheitsexperte der SPD-Bundestagsfraktion, Professor Karl W. Lauterbach, zum Thema Zuweisungsprämien, das auch 2009 in den Medien diskutiert wurde.

Zitiert aus: Ärzte-Zeitung online vom 4.9.2009

Lauterbach auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag in Nürnberg



Schaumschläger

Anfang März schreckte eine Ersatzkassen-Pressemitteilung auf: „Manipulation im Gesundheitswesen: Ersatzkassen stellen für Berlin und Brandenburg Schadenersatz in Höhe von 2,5 Mio. Euro fest“. Das hat gesessen. Es ging, so wurde den Medien mitgeteilt, um „zu Unrecht abgerechnete Leistungen in erheblichem Ausmaß“ und „Schadenersatzforderungen in Höhe von 2,5 Mio. Euro zu Gunsten der Versicherungsgemeinschaft“ – „ermittelt“ von der gemeinsamen Arbeitsgruppe zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Ersatzkassen in Berlin und Brandenburg.

Und stolz verkündet die Pressemitteilung, dass 1,92 Millionen Euro der Schadenssumme inzwischen wieder auf den Konten der geschädigten Krankenkassen gelandet seien. Bravo, gute Ermittlungsarbeit! Ach ja, und diesmal standen nicht die Ärzte im Fokus, sondern „vorrangig“ die Heil- und Hilfsmittelbringer, aber auch Pflegedienste, Apotheken und Krankenhäuser.

Dennoch, eine Abteilung der Kassenärztlichen Vereinigung schaute genauer hin. Immerhin reduzieren Gelder, die an die Kassen zurückfließen, auch das Ausgaben-volumen und damit potenziell das Risiko von regressträchtigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Also wollten die vorausschauenden KV-Mitarbeiter von den Ersatzkassen wissen, ob und in welchem Umfang auch das individuelle Ausgaben-volumen eines Arztes korrigiert werden muss. Tja, und wenn die Ersatzkassen schon beim Aktenwälzen sind, sollten sie – so die KV-Bitte – auch gleich mitteilen, welche Heilmittelleistungen und Arzneimittel besonders häufig zu Unrecht abgerechnet wurden. Bekanntlich wird man aus Schaden klug und solche Fakten eignen sich wohl am ehesten, die Ärzteschaft zur Einhaltung von Vorschriften zu sensibilisieren.

Doch dann gab's große Augen: Die Vertragsärzte wurden durch die Rückforderungen überhaupt „nicht ungebührlich belastet“, schrieben die Ersatzkassen auf die Bitte nach Fakten und Zahlen. Schließlich stamme der größte Teil der erhaltenen Rückzahlungen aus einem

vdek Die Ersatzkassen

Landesvertretung
Berlin/Brandenburg

Pressemitteilung

Die gemeinsame „Arbeitsgruppe zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Ersatzkassen in Berlin und Brandenburg“, die sich mit der Überprüfung auffälliger Leistungserbringer befasst, konnte im zurückliegenden Abrechnungszeitraum von Oktober 2010 bis Dezember 2011 zu Unrecht abgerechnete Leistungen in erheblichem Ausmaß ermitteln und Schadensersatzforderungen in Höhe von ca. 2,5 Millionen Euro zu Gunsten der Versichertengemeinschaft feststellen.

Manipulationen im Gesundheitswesen: Ersatzkassen stellen für Berlin und Brandenburg Schadensersatz in Höhe von ca. 2,5 Millionen Euro fest

Vergleich, den die KV Berlin mit dem MVZ der DRK-Kliniken abgeschlossen hat. Da ging es bekanntlich um den Vorwurf eines millionenschweren Abrechnungsbetrugs und die Kooperation der neuen DRK-Klinik-Führung zum Schadenausgleich. Aus diesem Vergleich haben die Ersatzkassen allein ca. 1,78 Mio. von 1,92 Mio. Euro erhalten, wie sie nun freimütig schreiben. Mit anderen Worten: Über 90% des zurückgehaltenen Geldes, mit dessen Beibehaltung die Ersatzkassen in ihrer Pressemitteilung prahlten, verdanken sie gar nicht ihrer eigenen Arbeit, sondern den konsequenten Ermittlungen der KV Berlin, jener KV, die oft gerne beschimpft wird, nicht konsequent gegen schwarze Schafe in ihren eigenen Reihen vorzugehen.

Bei aller Genugtuung darüber, dass das zu Unrecht ausgegebene Geld der Versicherten wieder bei ihren Treuhändern gelandet ist, sollte man aus dieser Schaumschlägerei der Ersatzkassen eine Lehre ziehen: Schaut zweimal hin, wenn Krankenkassen Pressemitteilungen herausgeben, in denen sie in manipulativer Absicht den Eindruck

erwecken, andere bei der Verfolgung von Abrechnungsbetrug zum Jagen tragen zu müssen.

Übrigens: Die Ersatzkassen haben eine Jedermann-E-Mail-Adresse mit dem

sinnigen Namen manipulationsabwehr@vdek.com eingerichtet. Da können Sie sich auch über die Manipulation beschweren – zur Abwehr künftiger Täuschungsmanöver in Pressemitteilungen.

Reinhold Schlitt

