

„Fakten statt Spekulationen“

Der August ist traditionell ein Monat, in dem die Nachrichtenlage dünn und die spannenden Ereignisse an einer Hand abzuzählen sind. Da traf es sich – aus Sicht einiger Journalisten – gut, dass Krankenkassen-Vertreter Anfang August in Berlin ein Presseseminar zum Thema „Abrechnungsm Manipulationen“ durchführten. Weil die Fakten offensichtlich nicht ausreichten, brachten die Veranstalter fragwürdige Beispiele und grob geschätzte Zahlenwerte vor, um ihre These von den betrügerischen Ärzten zu untermauern. Dass dabei das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient in erheblichem Maße beeinträchtigt wurde, schien weder die Vortragenden noch die anwesenden Medienvertreter zu stören. So folgten danach wütende Proteste aus der Ärzteschaft, die – noch immer herrschte das Sommerloch – auch wieder gerne in den Medien zitiert wurden.

Einen anderen Weg zur Aufarbeitung der Vorgänge ist man in der Bezirksstelle Oberfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) gegangen. Hier wurden erst die Fakten gesammelt und dann die Journalisten zu einem Pressegespräch eingeladen –



Begehrter Gesprächspartner: Dr. Heinz Michael Mörlein beim Hörfunk-Interview.

gemeinsam mit Vertretern der regionalen Krankenkassen. So blickten die Journalisten fast ein wenig enttäuscht, als die Gastgeber von KVB und Krankenkassen unisono feststellten, dass die große Mehrheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten völlig korrekt abrechnet. In den wenigen Fällen, wo

Abrechnungen bewusst manipuliert werden, seien die Geschädigten darüber hinaus nicht die Versicherten, sondern in erster Linie alle korrekt abrechnenden Kolleginnen und Kollegen, so Dr. Heinz Michael Mörlein, stellvertretender Vorsitzender der KVB-Bezirksstelle Oberfranken.

„Wem soll das nützen?“

Schlagzeilen wie „Jede fünfte Arztrechnung ist falsch“ (Die WELT) oder „Manipulateure in Weiß“ (Süddeutsche Zeitung) sorgten Anfang August bei den Patienten für Aufsehen und waren ein Schock für die Ärzte. Viele haben ihrer Wut und Verzweiflung in Leserbriefen an die Tageszeitungen Ausdruck verliehen. Wir veröffentlichen einige Auszüge daraus:

„Mit schöner Regelmäßigkeit zünden Krankenkassen-Funktionäre zur Diffamierung ihrer Vertragspartner Kanonenschläge, die sich im Nachhinein ebenso regelmäßig als Seifenblasen entpuppen. (...) Seit jeher besteht ein differenziertes Prüf-, Kontroll- und Sanktionssystem, an dem auch Vertreter der Krankenkassen paritätisch beteiligt sind. Kein anderer freier Beruf dürfte auch nur annähernd so akkurat geprüft werden.“

Dr. Hubert Niessen aus Geretsried

„Es soll offensichtlich von den wirklichen und eigenen Problemen abgelenkt werden – Deutschland ist nach wie vor unangefochten Nummer Eins in der Finanzierung leerer und überflüssiger Krankenhausbetten, die Verwaltungskosten der Krankenkassen (pro Mitglied und Jahr genauso viel wie das Arzt-

honorar für die Behandlung eines Patienten über ein Quartal) steigen wohl unaufhaltsam.“

Dr. Richard Koch aus Wunsiedel

„Die Kassen zahlen an uns niedergelassene Ärzte als Honorar einen fest pauschalierten Gesamtbetrag, dessen Höhe unabhängig ist von der Zahl der behandelten Patienten und der Menge der erbrachten ärztlichen Leistung. Dieser Betrag ist seit Jahren vom Gesetzgeber so niedrig festgesetzt, dass er regelmäßig bei weitem nicht ausreicht, alle erbrachten Leistungen in vollem Umfang zu honorieren. Welchen Nutzen sollte unter diesen Bedingungen für einen Arzt eine falsche Abrechnung haben, wenn ihm ohnehin 20 bis 30 % der erbrachten Leistungen nicht bezahlt werden?“

*Dr. Volker Meixner, Dr. Alois Baur,
Dr. Patrizia Haunsperger aus Reichertshofen*

„Die Kassen fordern mehr Kontrollen und härtere Strafen. Dazu muss der Leser aber wissen, dass die Vertreter der Krankenkassen gleichberechtigt und in gleicher Zahl, zum Teil sogar Vorsitz führend, in den Prüfungsgremien, gemeinsam mit den Prüfürzten der Kassenärztlichen Vereinigungen die Überprüfungen vornehmen. Warum nutzen sie nicht

hier ihre Parität zu konsequentem Vorgehen? Dafür gibt es einen einfachen Grund. Auch Krankenkassenvertreter stellen spätestens bei der sozialgerichtlichen Rechtsprechung fest, dass es sehr präzise juristische Vorschriften gibt, nach denen die Unwirtschaftlichkeitsprüfungen vorgenommen werden müssen. Von den Anschuldigungen der letzten Jahre und Verunglimpfungen des Berufsstandes, die regelmäßig vor Wahlen oder vor der Veröffentlichung von Defiziten bei den Krankenkassen medienwirksam in der Presse erschienen, ist nie allzu viel übrig geblieben – mit einer Ausnahme: Man hat es dem ärztlichen Berufsstand wieder einmal richtig gezeigt. Wem soll das nützen?“

Dr. Peter Schmied aus Burgkunstadt

„Es ist nicht verwunderlich, wenn durch diese ständigen Verunglimpfungen der Ärzteschaft seitens Kassenfunktionären immer mehr junge Mediziner die Lust verlieren, den Arztberuf auszuüben. Schon jetzt wird über mangelnden Nachwuchs geklagt. Außerdem erinnere ich an das Sprichwort ‚Wer im Glashauss sitzt, soll nicht mit Steinen werfen‘. Es wurde auch über Betrügereien von Krankenkassenmitarbeitern und -direktoren berichtet.“

Dr. Andreas Rat aus Münchberg

Gemeinsam klären

„Unser Ziel ist es, die große Mehrheit der Kolleginnen und Kollegen, deren Abrechnungen völlig in Ordnung sind, vor den Fehlritten Einzelner zu schützen. Deshalb gehen wir mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln gegen Betrüger in den eigenen Reihen vor. Wenn wir bei unseren Kontrollen auf verdächtige Fälle stoßen, dann handeln wir umgehend. Dies reicht bis zur Einschaltung der Staatsanwaltschaft und zum Entzug der Zulassung“, wie Dr. Mörlein erklärte. Insgesamt werden 1472 Ärzte und 111 Psychotherapeuten von der KVB-Bezirksstelle Oberfranken betreut. In den vergangenen viereinhalb Jahren wurden insgesamt 1175 Abrechnungen einer Prüfung auf Plausibilität unterzogen. 221 Fälle waren nicht plausibel, diese wurden anschließend eingehender geprüft. Dr. Mörlein wies darauf hin, dass die Zusammenarbeit mit den regionalen Krankenkassen dabei sehr gut funktioniert: „Wir haben bisher nicht den Eindruck, diese würden uns mangelndes Engagement bei der Prüfung vorwerfen. Wenn Unregelmäßigkeiten bei Abrechnungen auftauchen, werden die gemeinsam geklärt. Es macht mehr Sinn, sich vor Ort mit den Fakten auseinanderzusetzen, als mit wüsten Spekulationen einen ganzen Berufsstand dem Verdacht krimineller Handlungen auszusetzen.“

Dem stimmten die anwesenden Vertreter der Krankenkassen voll zu. Ernst Rodefild von der Barmer Ersatzkasse ist seit über drei Jahren Mitglied im Beschwerdeausschuss der Bezirksstelle. Betrugsfälle sind seiner Aussage nach in dieser Zeit nicht vorgekommen. Roland Schusser vom Dienstleistungszentrum der AOK lobte die vertrauensvolle Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenkassen in Oberfranken. „Die genannte Zahl von 20 % fehlerhafter Abrechnungen hat uns selbst erschreckt“, so Schusser.

Nur bei einem Punkt war man nicht einer Meinung: Während Dr. Mörlein vehement für ein transparenteres Abrechnungssystem auf der Basis der Kostenerstattung in Euro und Cent eintrat, sprachen sich die Vertreter der Krankenkassen zwar ebenfalls für mehr Transparenz aus, plädierten jedoch für die Beibehaltung des Sachleistungsprinzips. Fazit eines harmonischen Pressegesprächs: In den regionalen Zeitungen und Hörfunksendern in Oberfranken lauteten die Schlagzeilen am nächsten Tag „Mediziner in Schutz genommen“ oder „KVB: Ärzte sind Leidtragende falscher Abrechnungen.“

Martin Eulitz (KVB)

Von krimineller Energie und zahlenden Zaungästen



Gernot Kiefer

Die jüngsten Schlagzeilen über den Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen resultierten vor allem aus der Berichterstattung zu einem Presse-seminar, das die Krankenkassen Anfang August in Berlin veranstalteten. Für besondere Furore sorgte dabei der Vortrag von Gernot Kiefer, Vorstand des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen und von der Zeitschrift „Stern“ vor einigen Monaten als „oberster Abrechnungsführer der Krankenkassen“ titulierte. Wir dokumentieren einige besonders bemerkenswerte Aussagen aus seiner Rede:

„Nach unserer Schätzung liegt der Schaden durch Betrug und Manipulation ungefähr bei 1 Milliarde Euro. Eine Größenordnung, die deutlich macht, dass es sich nicht um ein marginales Problem handelt.“

„Es liegt uns fern, jedem Arzt, der einmal falsch abgerechnet hat, kriminelle Energie zu

unterstellen. Doch ist die Trennlinie fließend und schwer zu ziehen zwischen dem echten Versehen, dem unwillentlichen Fehler einerseits und der wesentlichen und willentlichen Manipulation der Abrechnung andererseits.“

„Obwohl die Kassen als Sachwalter der Versicherten die Leistungen zu bezahlen haben, bleiben sie als ‚zahlende Zaungäste‘ außen vor. Wir Kassen haben einen völlig unzureichenden Einblick in die Abrechnungsvorgänge. Dabei geht es uns nicht um ‚den gläsernen Patienten‘, aber wir müssen schlicht und ergreifend in der Lage sein zu prüfen, was wir eigentlich bezahlen.“

„Die besten Möglichkeiten, Betrug festzustellen, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Doch sie sehen sich zumeist nicht in der Pflicht, Anzeige zu erstatten, sondern versuchen häufig nur, in Vergleichen ein wenig Geld für die Honorare der anderen Ärzte zu erzielen.“

„Doch nur an der Entziehung der Zulassung sind Kassen und KVen gemeinsam beteiligt. Die Anordnung, die Zulassung ruhen zu lassen, fällt allein in die Zuständigkeit der KVen, da es sich um eine Disziplinarmaßnahme handelt. Ein unhaltbarer Zustand, wird doch den Kassen, die zu den Geschädigten eines Betrugs zählen, ein wesentliches Sanktionsmittel aus der Hand genommen.“

ANZEIGE:

die

Einrichter

Wir richten Ihre Arbeitswelt ein.

Gemeinsam mit Ihnen entwerfen und richten wir Ihre Räume ein.

20 Jahre

die Einrichtung nach Maß, speziell auf Sie und Ihre Möglichkeiten zugeschnitten.

Wir sind jederzeit für Sie da. Telefon: 0821- 27 29 60
Zusamstraße 22 • 86165 Augsburg
Fax: 0821-2 72 96 33 • www.dieeinrichter.de