



INHALT

EDITORIAL	1
Christine Löb:	
Aktuelle Fallbeispiele.....	2
Pflege	
Wussten Sie schon?	3
§ 128 SGB V – 2. Teil: Zuweisungsverbot	
Aus der Praxis berichtet	4
DRK Kliniken in Berlin	
Pressearbeit.....	5
Plenarsitzung – Bundestages	
Korruption im Gesundheitswesen	
Argab auf Sendung – Sendung „markt“	
Thema Testmitgliedschaft	6

arg|ab:

Die argab ist die **Arbeitsgemeinschaft gegen Abrechnungsbetrug**. Gegründet wurde sie zum 1. Juli 2008. Aktuell sind 13 Betriebskrankenkassen mit rund 2,2 Millionen Versicherten Mitglied der argab.

Unser Service: Wir übernehmen für Sie - je nach Ihrem Bedarf - die vollständige Fallabwicklung von A-Z, die Recherche der tatsächlichen Umstände, die rechtliche Bewertung, die Datenaufbereitung für die Ermittlungsbehörden, Verhandlungen zur Schadensregulierung, Unterrichtung der Staatsanwaltschaft und andere Unterstützungsleistungen wie Öffentlichkeitsarbeit, Vorbereitung der Berichte nach § 197a Abs. 5 SGB V.



EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

sehnsüchtig von vielen Fehlverhaltensbeauftragten der Krankenkassen erwartet: Ein Urteil des dritten Strafsenats des Bundesgerichtshofes (BGH) zur Frage, ob sich niedergelassene Ärzte wegen Korruption strafbar machen, wenn sie von pharmazeutischen Unternehmen oder beispielsweise auch Hilfsmittelherstellern oder Sanitätshäusern Geld oder andere Vorteile wie Computer, Reisen oder kostenlose Geräte für die Praxis entgegennehmen.

Was ist passiert?

In der Sache (noch) nichts. Denn der dritte Senat fand in seiner Sitzung am 05. Mai die zu beantwortende Frage, ob der niedergelassene Vertragsarzt denn ein Beauftragter der Krankenkassen oder gar ein Amtsträger sein kann, so gewichtig, dass er die Sache dem großen Senat für Strafsachen vorgelegt hat, in dem alle Vorsitzenden Richter der verschiedenen Senate versammelt sind. Dieser Senat tagt nur, wenn sehr grundlegende Rechtsfragen zu entscheiden sind. Die unklare Rechtslage bleibt also noch bis zur endgültigen Entscheidung erhalten.

Wie kam die Sache überhaupt bis zum BGH?

Ein Unternehmen hatte Ärzten kostenlos Reizstromgeräte zur Verfügung gestellt. Geknüpft war diese Zuwendung allerdings daran, dass der Arzt die Verordnungen für diese Geräte auch direkt zu dieser Firma lenkte. Die konkrete Wahl des Gerätes konnte so nicht mehr der Versicherte treffen, sondern erfolgte durch den Arzt.

Was bedeutet die eine oder andere Entscheidung für die Krankenkassen?

Sollte der BGH den niedergelassenen Arzt als Amtsträger oder Beauftragten der Krankenkassen qualifizieren, dürften Ärzte nicht beliebig Zuwendungen der Industrie entgegennehmen, ohne ihrerseits eine gleichwertige Gegenleistung zu erbringen.

Für die Krankenkassen und vor allem die Versicherten wäre eine Entscheidung des BGH, die den Arzt als Beauftragten der Krankenkassen qualifiziert ein Schritt in die richtige Richtung.

Einer nach Feststellungen der argab gängigen Praxis, dass Ärzte Vergünstigungen der Industrie entgegennehmen und dafür deren Medikamente oder Hilfsmittel verordnen, würde unter Strafe gestellt. Mit einer drohenden Bestrafung wären für Ärzte deutlich weniger Anreize gegeben, das Ordnungsverhalten mit eigenen wirtschaftlichen Interessen zu verknüpfen.

Außerdem käme der Wahlfreiheit des Versicherten wieder mehr Bedeutung zu. Fälle, in denen Ärzte ihre Patienten in eine bestimmte Apotheke, Physiotherapiepraxis oder ein „kooperierendes“ Sanitätshaus gesteuert haben, wären strafrechtlich eindeutig sanktioniert.

Die Entscheidung des großen Strafsenates wird in der Fachwelt natürlich mit Spannung erwartet. Fest steht aber, dass Absatzförderung in Form von geldwerten Zuwendungen an Ärzte nicht länger zu Lasten der Krankenkassen hingenommen werden kann. Denn im Ergebnis werden die Kosten auf Arznei- und Hilfsmittel aufgeschlagen und treffen letztlich die Versicherten.

Viele Grüße
Christine Löb
Geschäftsführerin der argab



Aktuelle Fallbeispiele aus der Tätigkeit der argab



Pflege

Der Bereich der ambulanten Pflege gewinnt auf Grund der demographischen Entwicklung (steigende Lebenserwartung, abnehmende familiäre Bindungen) erheblich an Bedeutung. Aktuelle politische Entwicklungen, z. B. die angekündigte Pflegereform, haben Ihren Anteil daran, dass neben dem bekannten Anstieg der Kosten durch den demographischen Wandel, zusätzliche Kosten entstehen. Der Ex-Gesundheitsminister Philipp Rösler kündigte an, den Leistungskatalog für die Pflegebedürftigen zu erweitern. In welchem Umfang das passiert ist jedoch noch unklar. Laut einer aktuellen OECD Studie sollen sich die Kosten für Pflegeleistungen bis zum Jahr 2050 verdoppeln.

Pflegebedürftige benötigen meistens Pflegeleistungen über einen längeren Zeitraum. Das erzeugt für die Krankenkassen ein hohes Ausgabenvolumen in Einzelfall und zieht im Betrugsfall entsprechend hohe Schadenssummen nach sich. Bei den uns bisher vorliegenden Fällen handelt es sich meist um relativ hohe Abrechnungsbeträge zu Lasten der Krankenkassen (SGB V Leistungen) und der Pflegekassen (SGB XI Leistungen).

Bei der argab konnten wir vor allem folgende mögliche Betrugsvarianten feststellen:

- Abrechnung von nicht erbrachten Leistungen (z. B. durch nachträgliche Manipulation der Leistungsnachweise NACH Unterschrift der Versicherten).
- Einsatz von nicht qualifiziertem Personal (z. B. Pflegehelfer, die ohne Weiterbildung Behandlungspflege durchführen).

Beispiel Intensivpflege:

Bei schwer erkrankten Patienten ist u. U. eine 24 h-Betreuung durch einen Pflegedienst sicherzustellen. Hierfür entstanden beispielsweise für einen Monat Kosten in Höhe von bis zu 20.000 € alleine für die Behandlungspflege. Im vorliegenden Fall wurden bei einem Beatmungspatienten ungelernete Mitarbeiter eingesetzt (Pflegehelfer oder auch Mitarbeiter, die gar keinen Bezug zur Pflege hatten). Diese Abrechnungsbeträge machen deutlich, wie hoch der Schaden sein kann, der durch Abrechnungsbetrug im Pflegesektor entstehen kann.

TIPP: Sorgen Sie dafür, dass mindestens stichprobenartige Kontrollen der Handzeichen auf den Leistungsnachweisen durchgeführt werden. Durch einen Abgleich mit den Qualifikationsnachweisen können Sie evt. Abrechnungsbetrug früh entdecken.

Beispiel Pflegestufe:

Bei der Grundpflege nach SGB XI handelt es sich um Pflegesachleistungen wie z. B. Waschen, Anreichen von Nahrung oder Mobilisation. In einem uns vorliegende Fall wurde z. B. der Versicherte ermutigt eine höhere Pflegestufe zu beantragen und durch entsprechendes Verhalten auch zu erschleichen. Nachgehend wurden vom Pflegedienst nicht erbrachte Leistungen abgerechnet. Den „Gewinn“ teilten sich Pflegedienst und Versicherter.

TIPP: Stichprobenartige Kontrolle beim Wechsel der Pflegestufen. Eventuell finden sich zuvor geringe Abrechnungen (z. B. 1 x wöchentlich Waschen), nach der neuen Pflegestufe jedoch tägliche Einsätze.

...WUSSTEN SIE SCHON?



§ 128 SGB V – Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Leistungserbringern – das Zuweisungsverbot

In unserer letzten Newsletter Ausgabe (01/2011) ging es bei diesem Thema um das Depotverbot bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und med. Einrichtungen. Heute widmen wir uns der unzulässigen Zuweisung.

Der § 128 SGB V stellt bei dem Thema „unzulässige Zuweisung“ die sonstigen Leistungserbringer in den Fokus. Sie dürfen von Ärzten keine Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder die Zuführung von Verordnungen gewähren.

Für Ärzte gibt es wiederum besondere berufsrechtliche Regelungen, die Zuweisungen von Patienten an Apotheken und andere Anbieter von Gesundheitsleistungen verbieten. Nach den §§ 31 und 34 der Musterberufsordnung für Ärzte (MBO) sind Zuweisungen und die Entgegennahme von Vorteilen verboten.

Der BGH hat jüngst in zwei Entscheidungen das Recht der Versicherten, ihren Leistungserbringer selbst zu wählen deutlich gestärkt und bestehende Interpretationsspielräume im ärztlichen Berufsrecht konkretisiert und damit deutlich eingeschränkt

Empfehlungen oder Zuweisungen an andere Anbieter sollen grundsätzlich die Ausnahme bilden. Als berufsrechtlich unzulässig anzusehen ist nach dem BGH bereits, "wenn der Arzt dem Patienten von sich aus einen bestimmten Leistungserbringer nahelegt oder auch nur empfiehlt".

Bittet ein Patient aber ausdrücklich um eine Empfehlung, gehöre es zur Fürsorgepflicht des Arztes im Rahmen des Behandlungsverhältnisses entsprechende Informationen zur Verfügung zu stellen. Entscheidend sei, dass die endgültige Entscheidung über die Wahl eines Leistungserbringers bei dem Patienten verbleibt.

Natürlich gibt es auch Ausnahmen, in denen Empfehlungen von Ärzten zulässig sind. Die Musterberufsordnung spricht hier von einem "hinreichenden Grund". Der BGH verlangt hier besondere medizinische Vorteile für die speziellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten. Das Ersparen eines weiteren Weges hat er ausdrücklich nicht als einen hinreichenden Grund angesehen.

Auch Begründungen wie etwa gute Erfahrungen durch "langjährig vertrauensvolle Zusammenarbeit" oder die "hohe fachliche Kompetenz eines Anbieters oder seiner Mitarbeiter" lässt der BGH nicht als hinreichenden Grund gelten, um eine Empfehlung des Arztes zu rechtfertigen.

Differenzierter sieht der BGH die Fälle, in denen der Arzt selbst am Unternehmenserfolg, z.B. durch Gewinnausschüttungen beteiligt ist. Hier wird für die Unzulässigkeit einer Verweisung verlangt, dass die Patientenzuführung den Ertrag des Arztes maßgeblich beeinflusst.

Bei der argab tauchen immer wieder Fälle auf, in denen Versicherten ihre Verordnung von Ärzten nicht ausgehändigt wird oder sie vom Arzt direkt zu einem bestimmten Leistungserbringer „geschickt“ werden. Insofern sind die Klarstellungen des BGH zu begrüßen. Schwierig bleibt allerdings die Beweisführung für die nach § 31 MBO verbotenen Vorteile.



Aus der Praxis berichtet...

DRK Kliniken in Berlin



Seit 2004 wurden Assistenzärzte mit Spezialleistungen der Radiologie beauftragt, ohne über die erforderliche Facharztqualifikation zu verfügen. Gleichzeitig hat der Chefarzt, der über die entsprechende Qualifikation verfügt, privat versicherte Patienten behandelt. Außerdem sollen die Assistenzärzte körperliche Eingriffe vorgenommen haben, ohne ausreichende Ausbildung und ohne fachliche Aufsicht. Des Weiteren wurden in mindestens 56 Fällen doppelte Untersuchungen erbracht und mit den Kassen abgerechnet.

Der Vorwurf der Staatsanwaltschaft lautete: Banden- und gewerbsmäßiger Betrug in mindestens 128 Fällen und gefährliche Körperverletzung.

Beteiligte: Der Klinikverbund der DRK-Kliniken mit den angeschlossenen MVZ'n (2 Geschäftsführer; Chefarzt der Radiologie und weitere 24 Ärzte und Mitarbeiter).

In enger Zusammenarbeit mit der Staatsanwaltschaft Berlin und den zuständigen Ermittlungsbehörden wurde versucht, eine exakte Schadensermittlung vorzunehmen. Wegen der Schwierigkeiten bei der Abgrenzung zwischen rechtmäßigen und nicht rechtmäßigen Honoraren und den mehr als umfangreichen Datenmengen, wurde mit der Klinikleitung der DRK-Kliniken ein Vergleich angestrebt.

Dieser Vergleich sieht, in Absprache mit den Ermittlungsbehörden vor, dass vom Klinikverbund der DRK-Kliniken für den Zeitraum von 2004 bis 2009 ein Betrag von 11 Mio. Euro zurückgezahlt wird. Die KV Berlin erhält die Schadenswiedergutmachung für die budgetierten Leistungen. Die Krankenkassen erhalten 3.765.000 Euro für Leistungen, die außerhalb der Kopfpauschalen als Einzelleistungen vergütet wurden. Dieser Betrag wurde an die Krankenkassen zurückgezahlt. Der Anteil für die Betriebskrankenkassen betrug hierbei 813.695,00 Euro.

Fazit: Die argab hat sich frühzeitig gemeinsam mit anderen Krankenkassen und Verbänden maßgeblich für eine umgehende Schadensregulierung stark gemacht. Zusammen mit dem BKK Landesverband Mitte konnten wir dafür sorgen, dass die Auszahlung an die betroffenen Betriebskrankenkassen einheitlich und zügig erfolgen konnte.



Pressearbeit



112. Sitzung vom 27.05.2011 - (Link: <http://dbtg.tv/vid/17/112/5>) TOP 27 Korruption im Gesundheitswesen

27.) Beratung Antrag SPD - Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen.

In der vergangenen Woche fand im Bundestag eine Aussprache zu einem von der SPD-Fraktion eingebrachten Antrag zum Thema „Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen“ (BTDRs. 17/3685) statt.

Einig waren sich die Fraktionen dass es in der Diskussion um Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen nicht darum geht, Ärzte unter Generalverdacht zu stellen. Was allerdings wirksame Maßnahmen sein könnten, blieb wenig konkret.

Die SPD sieht den Schwerpunkt von Korruption bei Ärzten, die Zuwendungen von pharmazeutischen Unternehmen bekommen und damit ihr Verordnungsverhalten an ihren eigenen wirtschaftlichen Interessen ausrichten und nicht am Wohl des Patienten. Sie fordert daher zum Schutz der GKV und der Versicherten spezielle Straftatbestände.

Die Regierungsfaktionen dagegen sehen aus zwei Gründen zunächst keinen Handlungsbedarf. Mit dem Versorgungsgesetz sollen Zuweisungen ausdrücklich verboten werden. Zudem müsse die Entscheidung des großen Strafsenats am BGH abgewartet werden. Eventuell unterliegen Ärzte ja in Kürze den Korruptionsdelikten.

Leider wurde nicht diskutiert, wie sich die Parteien die Organisation der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen als Profitcenter vorstellen. Immerhin klang aber an, dass die Fehlverhaltensstellen nicht mehr der Verwaltungskostendeckelung unterliegen sollten, damit engagierte Kassen nicht benachteiligt werden. Aus Sicht der argab auf jeden Fall ein Schritt in die richtige Richtung.

Im Ergebnis ist die Sache an Ausschüsse des Bundestages verwiesen worden. Man darf gespannt sein, wie die Diskussion nach der Entscheidung des großen Senats fortgeführt wird.

Die argab auf Sendung

Voraussichtlich am 06.06.2011 wird in der Sendung „markt“ über das Thema Abrechnungsmanipulation berichtet. Hierbei ist u.a. ein Kurzstatement von Frau Löb (Geschäftsführerin der argab) eingeplant.

Information ▶ markt ▶ Sendung

Die Sendung ...

markt ist das Wirtschafts- und Verbrauchermagazin im WDR Fernsehen. Hintergründige Informationen, spannende Geschichten und nützliche Tipps – das alles gibt es jeden Montag von 21.00 Uhr bis 21.45 Uhr.

markt | www.markt.wdr.de



Testmitgliedschaft bei der argab 2011

Das Thema „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ ist noch jung, die Umsetzung schwierig. Außerdem scheuen viele Vorstände zusätzlichen Personalaufwand wegen der Verwaltungskostendeckelung. Die Mitgliedskassen der argab sind überzeugt, dass ein gemeinsames Vorgehen effektiver ist und letztlich auch den Kassenhaushalt schont. Deshalb möchte die argab 2011 Krankenkassen anbieten, die argab von „innen“ kennenzulernen. Für einen begrenzten Zeitraum bietet die argab Testmitgliedschaften an. Zusammen mit Ihnen entwickeln wir gerne individuell zugeschnittene Finanzierungsmodelle. Nehmen Sie einfach Kontakt mit uns auf!



Die argab ist umgezogen!
Seit dem 14.04.2011 sind wir unter den folgenden Kontaktdaten zu erreichen:

Postadresse:

*Butzweilerhof Allee 2
50829 Köln*

Tel. +49 221-56785-3510

Fax +49 221-56785-9510

hinweise@argab.de

www.argab.de

IMPRESSUM

V.i.S.d.P.

Christine Löb, Geschäftsführerin der argab

Redaktion:

Holle Grote, argab

E-Mail: holle.grote@argab.de

Jörg-Peter Ortlieb, argab

E-Mail: joerg-peter.ortlieb@argab.de

Redaktionsbeirat:

Frank Kammerer, pronova BKK

Claudia van Lienden, BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI

Erika Kienast, BKK Deutsche Bank AG

Joachim Mika, BKK Basell

Wir bedanken uns bei den Mitgliedern des Redaktionsbeirats für ihre Hinweise, Unterstützung bei der Themenauswahl und ihre Anregungen zur Fortentwicklung des Newsletters!

arg|ab
Butzweilerhof Allee 2
50829 Köln

Tel +49 221-56785-3510
Fax +49 221-56785-9510

hinweise@argab.de
www.argab.de