

bayern

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

ersatzkassen

Juli 2004

Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Kran- kenversicherung

AKTIVITÄTEN RUND UM DAS THEMA QUALITÄT, SEI ES QUALITÄTSSICHERUNG ODER QUALITÄTSMANAGEMENT, HABEN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN ZURZEIT HOCHKONJUNKTUR. DIE DERZEITIGE VIELFALT TRÄGT EHER ZUR VERWIRRUNG ALS ZUR ANGESTREBTEN TRANSPARENZ ÜBER GESUNDHEITLICHE VERSORGENGSLEISTUNGEN BEI UND FÜHRT DAMIT ZU UNSICHERHEITEN IM KONZEPTIONELLEN HANDELN DER REHABILITATIONSKLINIKEN UND KRANKENHÄUSER. UM DIE BAYERISCHEN REHAEINRICHTUNGEN ÜBER DEN STAND DER QUALITÄTSSICHERUNG IN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION ZU INFORMIEREN UND MIT IHNEN ÜBER DIE INHALTE UND PERSPEKTIVEN GEMEINSAM ZU DISKUTIEREN, FÜHRTEN DIE ERSATZKASSENVERBÄNDE IN BAYERN ZUSAMMEN MIT DEM BAYERISCHEN VERBAND DER PRIVATKRANKENANSTALTEN EINE VERANSTALTUNG ZUM THEMA „QUALITÄTSSICHERUNG IN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION DURCH DIE GESETZLICHEN KRANKENKASSEN“ DURCH.

Rehabilitation - ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Versorgung

Die medizinische Rehabilitation hat in den vergangenen Jahren eine zunehmend wichtige Rolle in der Versorgung eingenommen. Zielgruppen sind vor allem Patienten mit chronischen Erkrankungen, Folgewirkungen von Unfällen oder schweren Akuterkrankungen sowie angeborenen Schädigungen. Angesichts der Veränderung der Bevölkerungsstruktur, der Zunahme von chronischen Krankheiten und der Erfolge der Akutmedizin ist von einem steigenden Rehabedarf auszugehen. Die gesetzlichen Krankenkassen geben fast 2,5 Mrd. Euro für rehabilitative Leistungen im Jahr aus. Rund 900.000 gesetzlich



Über 70 Führungskräfte aus Medizin und Verwaltung der bayerischen Reha-einrichtungen nahmen an der Veranstaltung teil.

krankenversicherte Patienten werden in einer von 1.400 stationären Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V in Deutschland behandelt.

Immer mehr Menschen werden operiert und bedürfen anschließend einer rehabilitativen Maßnahme. Nach dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ wird die medizinische Rehabilitation weiterhin an Bedeutung gewinnen. Hierbei wird insbesondere die Anschlussrehabilitation, aber auch die geriatrische Rehabilitation, deren alleiniger Kostenträger die gesetzliche Krankenversicherung ist, in den Vordergrund treten. Viele Krankheitsbilder und Gesundheitsrisiken sind mit den Mitteln der „klassischen“ kurativen Medizin alleine nicht mehr zu bewältigen. Vielmehr bedarf es der ganzheitlichen Sichtweise der Rehabilitation für eine effektive Versorgung der Patienten. Die medizinische Rehabilitation stellt deshalb aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung einen unverzichtbaren Bestandteil einer integrierten, am Patienten orientierten Versorgung dar.

Qualitätssicherung als Legitimation

Die moderne Rehabilitation erfordert spezifische Konzepte, räumliche und apparative Strukturen, besondere Organisationsformen sowie ein qualifiziertes interdisziplinäres Mitarbeiter-Team. Mit „morgens Fango, abends Tango“ und „Kurlaub“ hat sie nichts zu tun. Mit solchen Sprüchen hat man dem Ansehen der Rehabilitation schwere Schäden hinzugefügt. Nach wie vor hat die Branche mit den pauschalen und zumeist undifferenzierten

Feststellungen von Versorgungsdefiziten und Qualitätsmängeln zu kämpfen.

Die in der Vergangenheit nicht immer sachlich geführte Diskussion hat aber auch deutlich gemacht, dass nicht nur den gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträgern, sondern auch den Leistungserbringern, also den ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen, an dokumentierter und transparenter Qualität gelegen sein muss. Nur so kann man sich künftig vor unsachlichen Vorwürfen schützen und sich nicht zuletzt auch gegenüber Mitbewerbern auf dem Reha-Markt positiv abgrenzen. Externe Qualitätssicherung gibt Rehaeinrichtungen die Möglichkeit, ihre Qualität mit einer einheitlichen Methodik zu messen, durch Vergleiche ihre Stärken und Schwächen zu erkennen und mit gezielten Maßnahmen kontinuierlich die Qualität weiterzuentwickeln.

Belegungssteuerung mittels Qualitätssicherung

Die gesetzlichen Krankenkassen sind sich der Bedeutung und des Nutzens der medizinischen Rehabilitation bewusst. Daher bemühen sie sich, eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung in diesem Versorgungsbereich zu organisieren. Die Mittel zur Finanzierung des Gesundheitswesens sind bekanntlich begrenzt. Die Qualität der angebotenen medizinischen Leistungen spielt bereits jetzt eine wichtige Rolle bei der Allokation von knappen Ressourcen. Um alle Missverständnisse auszuräumen soll an dieser Stelle gesagt werden, dass durch die Qualitätssicherung nicht mehr Geld in die Rehabilitation als Ganzes kommt. Für die einzelne Rehaklinik dagegen bringt die Qualitätssicherung neue Chancen, bei der Verteilung der begrenzten Finanzmittel der Krankenkassen im Vergleich zu ihren Mitbewerbern besser abschneiden zu können.

Eines steht bereits jetzt fest: Die Krankenkassen werden nur die Rehaeinrichtungen belegen, die hohe Qualität zum annehmbaren Preis anbieten. Die Belegungssteuerung in der Rehabilitation wird noch stärker an die Qualitätssicherung gekoppelt. Dabei legen die gesetzlichen Krankenkassen großen Wert auf die Transparenz im qualitätsorientierten Wettbewerb der Rehakliniken untereinander. Die Transparenz schafft die Basis für die Auswahl der geeigneten Einrichtung für die Versicherten.

Sorgen der Kostenträger

Für die gesetzlichen Krankenkassen sind folgende Fragen von zentraler Bedeutung: Welche Leistung liefert welche Klinik zu welchem Preis und in welcher Qualität? Welche Kliniken erzielen für bestimmte Indikationen auch mittel- und langfristig gute Ergebnisse in der Rehabilitation der Versicherten? Wie zufrieden sind die Patienten als gemeinsame Kunden der Rehakliniken und der Kostenträger?

Die Antworten darauf werden als Entscheidungsgrundlage für Kooperationen mit Rehabilitationseinrichtungen, aber auch für die Beratung und Zuweisungssteuerung von Versicherten benötigt. Auch bei der Entwicklung von Fallpauschalen sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung unverzichtbarer Bestandteil. Dies ist Voraussetzung dafür, dass die Qualität nicht zu Lasten eines Preisdumpings in Frage gestellt wird. Durch ein umfassendes externes Qualitätssicherungsprogramm haben die gesetzlichen Kassen und die Rehakliniken die Möglichkeit, anstelle eines auf Dumpingpreise ausgerichteten Wettbewerbs einen qualitätsorientierten, gleichwohl kostenbewussten Wettbewerb zu initiieren.

Neue Konkurrenz seitens der Krankenhäuser

Seit dem Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahre 2001, wonach die Krankenkassen Versorgungsverträge nach § 111 SGB V nicht mehr an der Frage des Bedarfs ausrichten dürfen, kommt ein neuer Wettbewerbsdruck auf die Rehaeinrichtungen zu. Die Krankenhäuser wollen sich zunehmend als Konkurrenten im Rehabereich etablieren. Aus der Sicht der Krankenkassen ist dies in vielen Fällen weder wirtschaftlich noch sinnvoll. Der Aufbau von Doppelstrukturen ist fraglich, auch wenn er durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht zu verhindern ist.

Auch aus diesem Grund werden sich die Krankenkassen bei der Belegungssteuerung verstärkt an der Qualität der einzelnen Einrichtung orientieren. Das Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen gewinnt an Bedeutung und wird künftig die Basis für eine qualitätsbewusste Belegung sein.

Gesetzliche Verpflichtung

Der Gesetzgeber hat mit der Gesundheitsstrukturreform 2000 und mit dem Inkrafttreten des § 20 SGB IX die Qualitätssicherung zu einem wichtigen Eckpfeiler deklariert. Dabei geht der gesetzliche Auftrag zur konkreten Ausgestaltung sowohl an die Adresse der Ärzte, Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen als auch an die gesetzlichen Krankenkassen. Die



Christian Bredl, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Bayern, referierte über die Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Ersatzkassen.

Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ihrer Leistungen verpflichtet. Die Rehaeinrichtungen müssen sich an einrichtungsübergreifenden, so genannten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligen, insbesondere mit dem Ziel, die Ergebnisqualität zu verbessern.

Darüber hinaus müssen stationäre Rehakliniken ein internes Qualitätsmanagement einführen und weiterentwickeln. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben zusammen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Rehabilitationseinrichtungen die Aufgabe, Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung sowie Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu vereinbaren.

Bisherige Erfahrungen mit Qualitätssicherung

Selbstverständlich wurde Qualitätssicherung nicht erst mit der Gesundheitsreform 2000 „erfunden“. In vielen Kliniken werden die Grundsätze der Qualitätssicherung seit Jahren berücksichtigt und angewandt. Im Bereich der externen Qualitätssicherung haben die

gesetzlichen Krankenkassen und die gesetzliche Rentenversicherung bereits vor dem Reformgesetz 2000 Aktivitäten im Bereich Rehabilitation entwickelt. So wurde in Bayern bereits im Oktober 1992 ein Qualitätssicherungsvertrag zwischen dem Verband der Privatkrankenanstalten und der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände geschlossen. Unter Beteiligung der Landesärztekammer wurde der Schwerpunkt zunächst auf eine quantitative und qualitative Erfassung der Strukturqualität aller nach § 111 SGB V zugelassenen Einrichtungen gelegt und anschließend Mindeststandards für die verschiedenen Leistungsstufen und Indikationen entwickelt.

Im Jahre 2001 begann das Pilotprojekt der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen zur Qualitätssicherung in der stationären Rehabilitation. Dafür wurden zwei Indikationen – muskuloskeletale Erkrankungen und Kardiologie – als Pilotbereiche ausgesucht. Zusammen mit 26 an dem Pilotprojekt beteiligten Einrichtungen – auch aus Bayern – wurden die Instrumente und Inhalte für das gemeinsame Qualitätssicherungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt. Mit diesem Projekt wurde das neue Zeitalter der gemeinsamen Qualitätssicherung eingeläutet.

Der Abschluss des Projektes liegt nun fast zwei Jahre zurück. Die erarbeiteten Qualitätskriterien werden bereits in zahlreichen Kliniken umgesetzt. Für die weiteren Indikationen werden die Inhalte der Qualitätsinstrumente angepasst und zum Teil ganz neue Instrumente entwickelt. Dies ist nur unter wissenschaftlicher

Unterstützung und Einbindung medizinischer Experten aus Rehaeinrichtungen möglich. Die Ausdehnung der Qualitätssicherung auf möglichst alle Indikationsbereiche der medizinischen Rehabilitation ist ein wichtiges Anliegen der gesetzlichen Krankenkassen.

Parallele Qualitätssicherungsverfahren – ein lösbares Problem

Ein gewisses Problem für die Rehaeinrichtungen stellt die Tatsache dar, dass es noch kein bundesweit einheitliches Qualitätssicherungsverfahren

der Kostenträger gibt. Denn parallel zum Verfahren der gesetzlichen Krankenversicherung läuft das Verfahren der gesetzlichen Rentenversicherung. Das Letztere betrifft seit einigen Jahren überwiegend die von der Rentenversicherung federführend belegten Einrichtungen. Verschiedene Qualitätssicherungsverfahren bringen unnötige und vermeidbare Belastungen für die Rehakliniken. Sie verursachen zum Teil die Unsicherheit, Intransparenz und auch die Ablehnung in der Rehabilitationslandschaft.

Um dies auszuräumen arbeiten die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger sehr intensiv an der Harmonisierung der beiden Qualitätssicherungsverfahren. Die Ersatzkassen sind zuversichtlich, dass eine Zusammenführung von beiden Qualitätssicherungsverfahren möglich ist. Die wichtigen Schritte auf diesem Weg sind bereits eingeleitet. Die im Oktober 1999 formulierten Ziele der Rehabilitationsträger zeigen den richtigen Weg in Richtung Vereinheitlichung der Qualitätssicherungsverfahren auf.



Peter Rothmund, 1. Vorsitzender des Verbandes der Privatkrankenanstalten in Bayern, und Christian Bredl im Gespräch mit Journalisten.

Ein Lernprozess geht weiter

Qualitätssicherung ist kein statischer, sondern ein dynamischer, lernender Prozess.

Daher wird das Qualitätssicherungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung einer laufenden Anpassung und Weiterentwicklung unterliegen. Alle Beteiligten sind aufgerufen, sich dabei konstruktiv einzubringen. Das Qualitätssicherungsverfahren liefert Hinweise auf die Wirksamkeit einer qualitativ hochwertigen Rehabilitation und gibt Anstoß für ihre gezielte konzeptionelle Weiterentwicklung. Es berücksichtigt die spezifischen Anforderungen und Bedürfnisse der medizinischen Rehabilitation und wird dazu beitragen, über eine definierte und transparente Qualität die Legitimation der Rehabilitation insgesamt zu stärken. Wichtig ist der systematische Nachweis

der Leistungsfähigkeit der Rehabilitation und die genaue Definition ihrer Aufgaben und Grenzen. Dies ist vor dem Hintergrund der Einführung der DRGs

(Diagnosis Related Groups) in den Akutkrankenhäusern und dem damit verbundenen Druck auf die Rehabilitation wichtiger denn je.

Gesundheitspolitischer Meinungsaustausch mit Joachim Herrmann



V. l. n. r.: Hans-Peter Haslinger (GEK), Helmut Heckenstaller (TK), Christian Bredl (VdAK/AEV), Joachim Herrmann, MdL, Winfried Geisenberger (DAK), Wilhelm Saiger (KKH).

Joachim Herrmann, Vorsitzender der CSU-Fraktion im Bayerischen Landtag, traf sich mit den Landesgeschäftsführern der Ersatzkassen zu einem gesundheitspolitischen Meinungsaustausch in der bayerischen Landesvertretung der Ersatzkassenverbände. Im Mittelpunkt der Diskussion mit den bayerischen Ersatzkassenvertretern stand die aktuelle gesundheitspolitische Lage. Zu den Kernthemen des Gesprächs gehörten die Umsetzung und Wirkung der Gesundheitsreform, der nach wie vor bestehende Reformbedarf im deutschen Gesundheitswesen sowie die Reformvorschläge zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Kräftige finanzielle Unterstützung der Selbsthilfe

Ersatzkassen bauen die Förderung aus

DIE FINANZIELLE FÖRDERUNG DER SELBSTHILFE IST LAUT DEM FÜNFTEN SOZIALGESETZBUCH EIN GEBOT FÜR DIE GESETZLICHEN KRANKENKASSEN. DOCH FÜR DIE ERSATZKASSEN IN BAYERN IST DIESE UNTERSTÜTZUNG SEIT JAHREN ZU EINER HERZENSACHE GEWORDEN. MIT DEN GELDZUSCHÜSSEN UNTERSTÜTZEN DIE ERSATZKASSEN EINE BEDEUTENDE GESELLSCHAFTLICHE BEWEGUNG: AUS EIGENINITIATIVE SCHLIEßEN SICH DIE BETROFFENEN UND IHRE ANGEHÖRIGEN ZUSAMMEN, UM DURCH DIE GEGENSEITIGE HILFE DIE FOLGEN EINER IN DER REGEL CHRONISCHEN ERKRANKUNG ZU MEISTERN. ES IST UNBESTRITTEN, DASS OHNE DIE SELBSTHILFE IN DER HEUTIGEN FORM DIE SITUATION VIELER CHRONISCH KRANKER SCHWIERIGER WÄRE. DIE STRUKTUR DER SELBSTHILFE – ÖRTLICHE SELBSTHILFEGRUPPEN, REGIONALE SELBSTHILFEKONTAKTSTELLEN, SELBSTHILFEORGANISATIONEN AUF LANDES-

UND BUNDESEBENE – IST ZU EINEM NICHT WEGZUDENKENDEN TEIL DES MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSSYSTEMS IN DEUTSCHLAND GEWORDEN.

Unbürokratische Förderung der Selbsthilfegruppen

Die Grundlagen der Selbsthilfeförderung sind im § 20 Abs. 4 SGB V festgehalten. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben „Gemeinsame und einheitliche Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe“ am 10. März 2000 verabschiedet und am 9. Mai 2004 aktualisiert. Die Ersatzkassen haben zudem die verbandsinternen Regeln aufgestellt und seit Jahren praktiziert. Danach obliegt die Förderung der Selbsthilfegruppen den Ersatzkassen vor Ort. In mehreren

bayerischen Städten wurden die Fördergemeinschaften der Ersatzkassen gegründet, die über die Förderanträge der Selbsthilfegruppen entscheiden. Die Zusammenarbeit verläuft unbürokratisch: Es wird nur ein Antrag auf Förderung gestellt, der für alle Ersatzkassen gilt. Damit spart man Arbeit, Zeit und Geld. Im Jahr 2003 wurden die Selbsthilfegruppen durch die Ersatzkassen in Bayern mit einem Betrag von ca. 120.000 Euro gefördert.

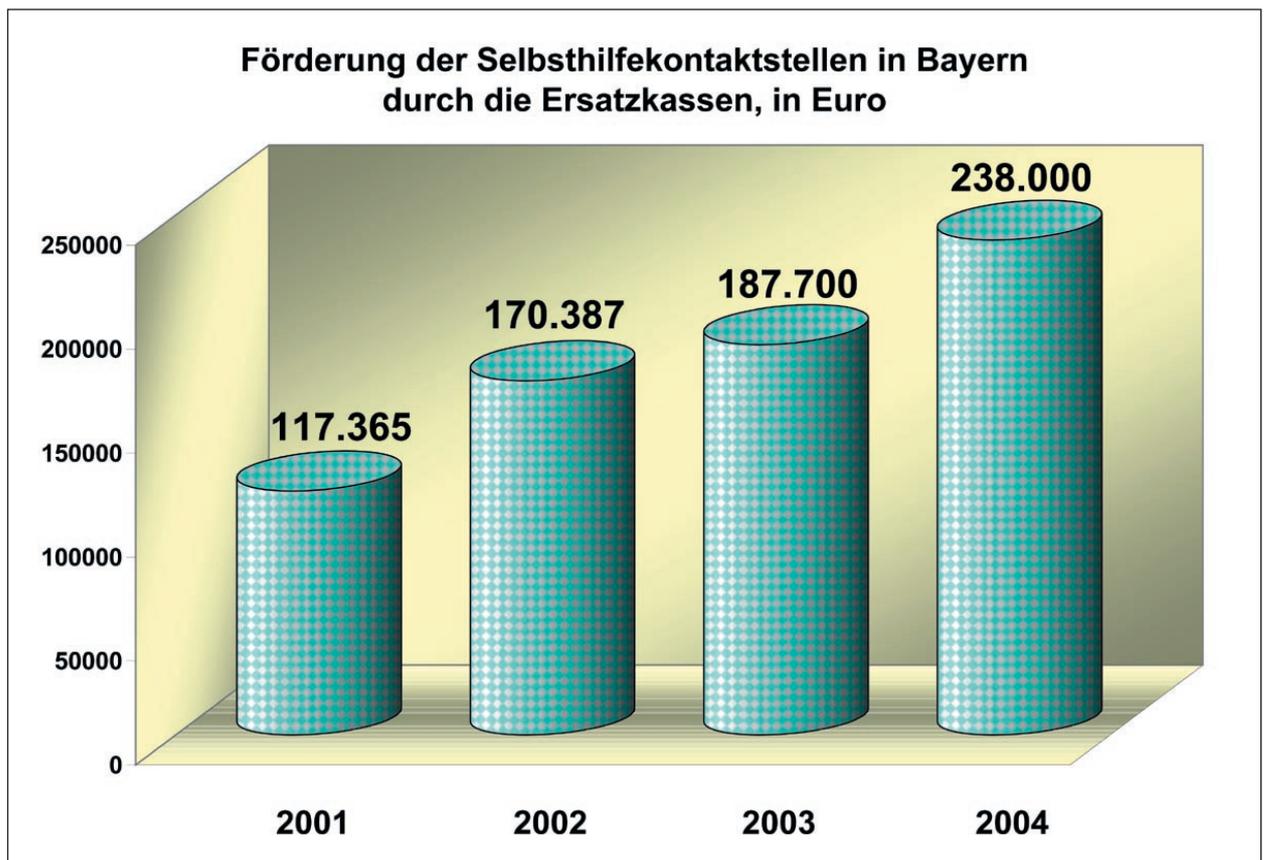
Förderung der Selbsthilfekontaktstellen nach Qualitätskriterien

Die zweite Ebene in der Selbsthilfestruktur bilden die Selbsthilfekontaktstellen. Sie sind regional organisiert und betreuen die Selbsthilfegruppen in ihrer tagtäglichen Arbeit. Die Struktur der Selbsthilfekontaktstellen ist schlicht und sparsam, doch ihre Mitarbeiter arbeiten sehr effizient und erbringen beachtliche Leistungen. Für die Unterstützung der Selbsthilfekontaktstellen ist die Landesvertretung der Ersatzkassenverbände in Bayern zuständig. Auch hier ist die Zusammenarbeit transparent und ohne die unnötige Bürokratie organisiert. Die Förderanträge werden einheitlich an alle gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände in Bayern gerichtet. Die Ersatzkassen übernehmen die Förderung in Höhe von 30% der beantragten Summen. Dies entspricht in etwa

ihrem Marktanteil. Bundesweit einmalig sind die Qualitätskriterien, welche die gesetzlichen Krankenkassen und die Selbsthilfekontaktstellen gemeinsam entwickelt haben. Bei der Entscheidung über die Förderung einer Selbsthilfekontaktstelle berücksichtigen die Ersatzkassen die personelle Ausstattung, die Anzahl der betreuten Selbsthilfegruppen sowie die Einwohnerzahl im Einzugsgebiet der Selbsthilfekontaktstelle.

Überdurchschnittliche Förderung in Bayern

Die finanzielle Förderung der Selbsthilfekontaktstellen durch die VdAK/AEV-Landesvertretung wurde in den letzten vier Jahren konsequent ausgebaut. Im bundesweiten Vergleich wurden die bayerischen Selbsthilfekontaktstellen durch die Ersatzkassen im Jahr 2003 überdurchschnittlich gefördert. Während die Ersatzkassen im Durchschnitt knapp 7.100 Euro pro Selbsthilfekontaktstelle in Deutschland ausgaben, lag diese Zahl in Bayern bei über 10.800 Euro. Der Spitzenreiter in der gesamten Bundesrepublik war das Selbsthilfezentrum München, das von den Ersatzkassen 48.100 Euro an Fördergeldern erhielt. Obwohl die Daten für dieses Jahr noch nicht vorliegen, gehen die Ersatzkassen in Bayern davon aus, dass auch im Jahr 2004 dieser Trend anhält.



Gegenüber dem Vorjahr stieg das Fördervolumen in Bayern um fast 27%. Sowohl die Zahl der Anträge als auch die beantragten Fördergelder erhöhten sich in diesem Jahr. Insgesamt wurden 22 Anträge der Selbsthilfekontaktstellen bewilligt. Die Ersatzkassen in Bayern erhöhten die Förderung bei 15 Selbsthilfekontaktstellen gegenüber dem Vorjahr. Zwei Selbsthilfekontaktstellen wurden neu in die Förderung aufgenommen. Bei vier Kontaktstellen wurde die Förderung auf dem Vorjahresniveau beschlossen und nur ein Antrag

wurde nicht in der beantragten Höhe gebilligt. Alle in diesem Jahr geförderten Selbsthilfekontaktstellen erhalten von den Ersatzkassen das Geld sowohl in Form der institutionellen Förderung als auch zur gezielten Unterstützung ihrer Projekte.

Die landesweit organisierten Selbsthilfeorganisationen werden durch die Landesgeschäftsstellen der Ersatzkassen gefördert. Im Unterschied zu den Selbsthilfekontaktstellen werden die Selbsthilfeorganisationen nach einem Krankheitsbild organisiert. 17 Landesorganisationen der Selbsthilfe erhielten von den Ersatzkassen 2003 fast 60.000 Euro an Fördergeldern. Die Landesorganisationen der Selbsthilfe bekommen außerdem eine indirekte Finanzhilfe der Ersatzkassen über ihre „Mutter“-Verbände auf Bundesebene, die durch den Verband der Angestellten-Krankenkassen und den Arbeiter-Ersatzkassen-Verband mitfinanziert werden.

Öffentliche Hand muss weiterhin fördern!

der Finanzierung der Selbsthilfekontaktstellen schrittweise zurückzuziehen. Mit Verweis auf die eigene angestrenzte Finanzlage entziehen sich kommunale Entscheidungsträger ihrer Verantwortung für die Selbsthilfe. Dass die Geldsäcke der öffentlichen Hand nicht üppig gefüllt sind, ist allgemein bekannt. Dennoch müssen die Ersatzkassen in Übereinstimmung



V. l. n. r.: Theresa Keidel, Leiterin der Selbsthilfekoordination (SeKo) Bayern, Christian Bredl, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Bayern, und Eva Kreling, Vorstand des Vereins „Selbsthilfekontaktstellen Bayern“, Selbsthilfezentrum München.

mit der Selbsthilfe die Kommunalpolitiker daran erinnern, dass die Selbsthilfe nicht nur für die Krankenversicherten da sind, sondern auch für alle Bürgerinnen und Bürger. Für die Ersatzkassen ist es nicht akzeptabel, wenn sich die Kommunen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung aus der Finanzierung der Selbsthilfe verabschieden wollen. Auch die privaten Krankenversicherungen müssen endlich ihren Beitrag zur Förderung der Selbsthilfe leisten. Der Hinweis der privaten Versicherer darauf, dass § 20 Abs. 4 SGB V für sie nicht gilt, ist eine Ausrede und darf nicht hingenommen werden. Auch die gesetzliche Rentenversicherung muss ihrer gesetzlichen Verpflichtung, Selbsthilfe zu fördern, in angebrachter Art und Weise nachkommen. Die Selbsthilfe ist und bleibt eine Gemeinschaftsaufgabe, die auch nur gemeinsam geschultert werden soll.

Für die Ersatzkassen in Bayern ist die Förderung der Selbsthilfe ein gut angelegtes Geld. Sie werden sich auch künftig dabei engagieren und ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen. Wie einige wissenschaftliche Untersuchungen nachweisen, kommt jeder Euro, der in die Selbsthilfe investiert wird, volkswirtschaftlich gesehen dreifach zurück. Auch die Bezeichnung der Selbsthilfe von dem ehemaligen Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer als „vierte Säule des Gesundheitswesens“ hat an ihrer Gültigkeit und Richtigkeit nichts eingebüßt.

Ersatzkassen bekämpfen die Abrechnungsmanipulation im Gesundheitswesen

IM JAHR 2003 HABEN DIE BAYERISCHEN ERSATZKASSEN 35 FÄLLE AUF VERDACHT AUF ABRECHNUNGSMANIPULATION UNTERSUCHT. DIE UNTERSUCHUNGEN WURDEN IN DREI FÄLLEN BEREITS IM JAHR 2003 ERFOLGREICH ABGESCHLOSSEN. DIE STAATSANWALTSCHAFT ERMITTELT IN SECHS DER BEHANDELTEN FÄLLE. AUCH IM JAHR 2004 WURDEN BISHER DREI UNTERSUCHUNGEN MIT ERFOLG ZU ENDE GEBRACHT.

Das ist das Ergebnis der Arbeit der regionalen Arbeitsausschüsse der Ersatzkassen, die bayernweit gebildet wurden und gemäß § 197 a SGB V die Aufgaben zur Bekämpfung von Abrechnungsmanipulation und Betrug im Gesundheitswesen auf Landesebene wahrnehmen.

Umfassende Aufgaben der Arbeitsausschüsse

Die Aufgaben der Arbeitsausschüsse umfassen die allgemeine Abrechnungsprüfung, die systematische Untersuchung von Feldern, bei denen eine besondere Gefahr der Abrechnungsmanipulation zu vermuten ist, die Aufbereitung von Einzelfällen, die Zusammenführung von Ermittlungsergebnissen, die Abstimmung von Handlungsempfehlungen und Prüftätigkeiten im Einzelfall sowie die Geltendmachung von Regressansprüchen.

Während der Ermittlung des Gesamtschadens werden die Verhandlungen mit den Strafverfolgungsbehörden, den Leistungserbringern bzw. dessen Rechtsbeistand und den Verbänden und Innungen der Leistungserbringer geführt. Ziel der Untersuchungen ist die Feststellung und die Rück-

forderung des materiellen Schadens, der durch die Falschabrechnung von medizinischen Leistungen den Ersatzkassen zugefügt wurde.

Die aufbereiteten Fälle werden anschließend in einer Gesamtübersicht auf Bundesebene zusammengeführt und unter verschiedenen Gesichtspunkten ausgewertet. Dabei werden die berufsgroupenspezifischen Schwerpunkte gebildet, unterschiedliche Manipulationsvarianten aufgedeckt und sachliche Zusammenhänge festgestellt. Aus der Analyse werden die Vorschläge für geeignete Präventivmaßnahmen abgeleitet.

Konsequentes Vorgehen gegen „schwarze Schafe“

Nicht jeder untersuchte Fall wird zu einem Skandal, der Schlagzeilen in der Presse macht. Der Übergang von versehentlich unkorrekter Abrechnung zu bewusster Abrechnungsmanipulation ist fließend. Es kann nicht immer dazwischen klar unterschieden werden. Daher ist eine äußerste Sorgfalt geboten. Die Verdachtsfälle werden von den Ersatzkassen gewissenhaft und gründlich untersucht. Auf jeden Fall wollen die Ersatzkassen die unbegründeten und pauschalieren Beschuldigungen von ganzen medizinischen Berufsgruppen vermeiden, denn es geht hier um die berühmten „schwarzen Schafe“.

In den bisher untersuchten Fällen waren neben Ärzten und Zahnärzten die Leistungserbringer aus dem Bereich Heilmittel am stärksten vertreten.

IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Bayern des VdAK/AEV
 Arnulfstr. 201a · 80634 München
 e-mail: LV_Bayern@VdAK-AEV.de
 Telefon (0 89) 55 25 51-0 · Telefax (0 89) 55 25 51-14
 Redaktion: Dr. Sergej Saizew · Verantwortlich: Christian Bredl