

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE VERANSTALTUNG Anregende Gespräche am Fluss | KINDERMEDIZIN Integrierte Hilfe für kleine Patienten | ABRECHNUNGSBETRUG Pflegebranche im Visier

## BREMEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . AUGUST 2016

### PRÄVENTIONSGESETZ

## Gesundheit für sozial Benachteiligte



FOTO: DAK Gesundheit

Auch in Bremen wird das neue Präventionsgesetz bald umgesetzt: Seit April sitzen die Krankenkassen und ihre Verbände, die Renten- und Unfallversicherungen sowie das Land Bremen zusammen und beraten über eine Landesrahmenvereinbarung. Diese soll regeln, wie Gesundheit in Settings wie Quartier, Kita oder Arbeitsleben besser gemeinsam gefördert werden kann. Den Krankenkassen ist dabei besonders an den sogenannten vulnerablen Gruppen gelegen, da z.B. sozial Benachteiligte mehr Unterstützung benötigen, um sich um ihre Gesundheit zu kümmern. Daneben sind die Kassen nach wie vor kompetente Ansprechpartner für die betriebliche Gesundheitsförderung. Mit konkreten Ergebnissen ist voraussichtlich ab Herbst 2016 zu rechnen. Auf regelmäßigen Präventionskonferenzen sollen sich alle an der Prävention Beteiligten einbringen.

### STRUKTURFONDS

## Jetzt stationäre Versorgung optimieren

Eine große Klinik-Reform war eines der gesundheitspolitischen Ziele der Bundesregierung. Seit dem 1. Januar 2016 ist das Krankenhausstrukturgesetz in Kraft, das viele Neuerungen bringt. Unter anderem einen Strukturfonds, der eine Umstrukturierung auch finanziell fördert.

In den Strukturfonds fließen für fünf Jahre rund 500 Millionen Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, also letztlich Gelder von Versicherten. Die Länder müssen sich in gleicher Höhe beteiligen. Ziel ist es, die Zahl der bundesweit noch etwa 1980 Krankenhäuser deutlich zu reduzieren. Damit soll die Qualität und Effizienz der verbleibenden Häuser gestärkt und das Angebot besser an den Bedarf angepasst werden. Überkapazitäten abbauen, stationäre Angebote konzentrieren und Krankenhäuser umwandeln in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen – das sind drei Schritte auf dem Weg der Reform, die aus Sicht der Ersatzkassen dringend nötig sind, um die Krankenhausversorgung zukunftsfähig zu machen.

Die Fördermittel können über die Länder beim Bundesversicherungsamt (BVA) im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen bis zum 31. Juli 2017 abgerufen werden. Über den Strukturfonds ist eine maximale Förderung in Höhe von 50 Prozent der Kosten eines Umstrukturierungsprozesses möglich.

### Welche Vorhaben?

Auf Bremen bezogen, könnten rund 4,7 Millionen Euro aus dem Fonds zur Verfügung stehen, wenn das Land eine entsprechende Summe ergänzt. Jetzt hat der Senat für den Haushalt 2017 insgesamt 5 Millionen Euro eingestellt. Damit könnte der Fonds ausgeschöpft werden. Doch welche Vorhaben sollen im kleinsten Bundesland verwirklicht werden? Darüber diskutieren Land und Krankenkassenverbände derzeit.

Wichtig ist den Ersatzkassen, dass es bei den förderfähigen Anträgen um wirkliche Veränderungen geht. Zu überprüfen ist daher, ob z.B. ein ganzes Krankenhaus oder Teile davon dauerhaft geschlossen werden können, wenn der Bedarf nicht entsprechend bzw. die Qualität unzureichend ist. Möglich ist zudem der Zusammenschluss von zwei Häusern an einem Standort oder die Konzentration von mindestens zwei Abteilungen unterschiedlicher Häuser. Auch die Umwandlung von stationären Einrichtungen in Pflegezentren oder stationäre Hospize ist denkbar.





# Kindern helfen, Klinik-Aufenthalte zu vermeiden

Seit fünf Jahren gibt es das KIM: Kinder- und Jugendfachärzte im Medicum-Bremen, die die integrative fachärztliche Versorgung von kleinen Patienten sicherstellen: Für Ärzte, Patienten und Kassen ein Erfolgsmodell.

**L**eidet ein Kind aus unerklärlichen Gründen unter einem dauerhaften Reizhusten, hat es nach einer einfachen Operation unerwartete Nachblutungen oder ist der behandelnde Kinderarzt aus anderen Gründen ratlos über Ursache oder Therapie, wurden bisher die Kinder oft ins Krankenhaus überwiesen. Dazu ist das KIM eine gute Alternative. „Wir bieten den niedergelassenen Kollegen eine interdisziplinäre Diagnostik an“, erklärt Dr. Wolfgang Soldan, einer von sechs Fachärzten im KIM. Von der Endokrinologin bis zum Allergologen, vom Neuropädiater zum Onkologen sind fast alle Disziplinen vertreten.

Die sechs haben neben ihrer Präsenzzeit im KIM noch eigene Praxen, kennen also auch die Probleme der Niedergelassenen. „Dank des von den Krankenkassen unterstützten Konzepts können wir manche Klinik-Aufenthalte vermeiden“, betont Dr. Marco Heuerding, der ebenfalls seit Beginn dabei ist.

Meistens geht es im KIM tatsächlich nur um die Diagnostik: Viele Kinder und Jugendlichen mit unklaren Symptomen kommen einmal zur Abklärung und werden mit dem Ergebnis wieder in die überweisenden Praxen zurückgegeben – oder auf Wunsch bei chronischen Krankheiten in den Stammpraxen der KIM-Ärzte weiter betreut. Dr. Soldan: „Wir bekommen von überall Patienten überwiesen, von Kinderärzten und Allgemeinmedizinern in und

um Bremen, aber auch in den Stammpraxen aus einem Umkreis von Hamburg bis Münster, von Wilhelmshaven bis Hannover.“ Auch

## » Klären, was die nächsten Schritte sind.«

der Kontakt zu weiteren Experten wie Psychologen und Psychiatern, Physiotherapeuten, Ernährungsberatern oder Klinikärzten sei eng. „Wir versuchen nicht nur zu klären, was der kleine Patient hat, sondern auch, was die nächsten Schritte sein können.“

Hilfreich für eine gute Diagnostik sind nicht nur die ausführlichen Gespräche mit Kind und Eltern, sondern auch die regelmäßigen Fallbesprechungen und gemeinsamen Fortbildungen, die die sechs KIM-Ärzte jeweils über ihr Fachgebiet hinaus blicken lassen. Dr. Heuerding: „Viele Patienten haben ja verschiedene Probleme, die sich überlappen. Wir können auch die Schnittfelder gut überblicken.“ Dr. Soldan ergänzt: „Unsere Stärke ist es, Patienten gemeinsam anzusehen und dabei nicht nur an die



DR. MARCO HEUERDING im Gespräch mit der Sprechstundenhilfe Nina Kollasch

besonderen Erkrankungen aus der eigenen Fachdisziplin zu denken, sondern auch die anderen Spezialisierungen mit einzubeziehen.“

Dazu ist in der KIM-Praxis hochwertige Diagnose-Technik vorrätig, die sich selten in einer einzelnen Praxis findet – auch dies ist möglich dank der bundesweit einmaligen Kooperation mit den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen. Immerhin ermöglichen die Kassen hier eine gesonderte Finanzierung. War das Projekt zunächst auf drei Jahre befristet, steht es nun auf festen Füßen und wird von allen Kassen finanziert. Die sechs KIM-Ärzte, die sich die räumlich begrenzte Praxis im Medicum an der Schwachhauser Heerstraße teilen, sind froh, dass das Konzept so gut angenommen wird. „Wir sind zwar voll ausgelastet, aber wir versuchen dennoch, einen ersten Termin innerhalb von vier Wochen zu ermöglichen“, verspricht Dr. Soldan. Ausfälle in dieser Bestellpraxis, wie sie immer mal vorkommen, seien daher besonders ärgerlich. „Anders als in unseren eigenen Praxen können wir diese Zeiten meistens nicht anderweitig vergeben.“

Auch die Krankenkassen können zufrieden sein mit dem Ergebnis, sind sich Dr. Heuerding und Dr. Soldan sicher: „Die von uns angebotene Diagnostik kann in vielen Fällen teilstationäre und stationäre Aufenthalte ersetzen, und das ist für die Krankenkassen günstiger und fürs Kind oft angenehmer.“ ■

# Gespräche am Fluss über Gesetze mit teuren Nebenwirkungen

Versorgungsstärkungsgesetz, Krankenhausstrukturgesetz, Pflegestärkungsgesetz ... Kein Gesundheitsminister hat innerhalb kurzer Zeit so viele teure Gesetze auf den Weg gebracht, wie Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.



FOTOS (B) vdek

DIE REDNER DES FORUMS: v.l. Dr. Christoph Vauth, Uwe Schneider-Heyer, Kathrin Herbst, Christian Zahn

**W**ie wirken sich die Reformen im Gesundheitsbereich aus? Und wie kann es sein, dass einerseits die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hoch sind wie nie und gleichzeitig viele Kassen ihre Zusatzbeiträge erhöhen müssen? Wie ist das Verhältnis zwischen Ausgabensteigerungen und deren Nutzen? Und hat Wirtschaftlichkeit noch eine Lobby? Diesen Fragen widmeten sich die Ersatzkassen am 20. Mai bei ihrer Veranstaltung „Gespräche am Fluss“ mit Gästen aus Politik und Gesundheitswesen. Die Veranstaltung war gut besucht und es herrschte eine gute und kommunikative Stimmung auf dem Theaterschiff an der Weser.

Christian Zahn, Vorsitzender des Verbands der Ersatzkassen und Verwaltungsratsmitglied des Spitzenverbands der Krankenkassen auf Bundesebene konstatierte,

dass die Reformen der Großen Koalition der gesetzlichen Krankenversicherung finanziell viel abverlangen. „Wir rechnen in den nächsten fünf Jahren mit etwa 15 Milliarden Euro Mehrausgaben. Diese werden nach aktueller Rechtslage über den Zusatzbeitrag allein von den Versicherten zu tragen sein.“, sagte er.

Darauf bezog sich auch Kathrin Herbst, Leiterin der vdek-Landesvertretung Bremen in ihrer Eröffnung der Veranstaltung: „Wenn die Regierung nicht gegensteuert, wird der Zusatzbeitrag immer weiter steigen. Und damit wird sich der Gesamtbeitrag der Versicherten zur Krankenversicherung immer weiter von dem der Arbeitgeber entfernen“.

## Nicht mehr in einem Boot

Dass der Arbeitgeberbeitrag bei 7,3 Prozent des gemeinsamen Beitrags von

14,6 Prozent eingefroren wurde und die Versicherten alle aktuellen und zukünftigen Kostensteigerungen über einen Zusatzbeitrag zahlen müssen, hat nicht nur direkte Auswirkungen. Neben den Aspekten der Finanzierungs- und der Beitragsgerechtigkeit stellte Zahn die Frage, ob es eine so teure Krankenhausreform überhaupt gegeben hätte, wenn die Arbeitgeber noch mit den Krankenkassen in einem Boot sitzen würden. Denn wer nicht von steigenden Kosten betroffen ist, kämpft auch nicht für deren Vermeidung. Er plädierte damit für eine Finanzierungsreform, in der die Arbeitnehmer und Arbeitgeber wieder gemeinsam für die Weiterentwicklung und Finanzierung des Gesundheitssystems eintreten.

## Rechnungen kommen in den nächsten Jahren

„Eine große Koalition ist eine teure Koalition“, stellte er mit Blick auf die aktu-

## **»Wir rechnen in den nächsten fünf Jahren mit etwa 15 Milliarden Euro Mehrausgaben.«**

elle Gesetzgebung fest. Zur Aufgabe der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und der Politik sagte er: „Die Rechnungen werden uns in den nächsten Jahren präsentiert. Es ist unsere Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass sie nicht höher ausfallen als unbedingt nötig.“ Deshalb sollten in einem ersten Schritt die Rücklagen im



DR. CHRISTOPH VAUTH, Vorsitzender des Landes-  
ausschusses der Ersatzkassen

Gesundheitsfonds zur Finanzierung der gesetzlich induzierten Mehrausgaben herangezogen werden.

„Mehr Geld im Gesundheitssystem ist meines Erachtens aber nur dann gerechtfertigt, wenn mehr für die Versicherten herauskommt“, sagte er. Dies wäre der Fall, wenn

- die Versorgungsstrukturen verbessert werden,
- die Qualität der Behandlung gesteigert wird,
- die Leistungen dauerhaft wirtschaftlicher erbracht werden können.

Der größte Kostenfaktor werde die Krankenhausreform sein, die bis 2020 rund 9 Milliarden Euro kosten wird. Im Hinblick auf die von ihm genannten Anforderungen stellte Zahn aber auch positiv fest. „Erstens: Das Gesetz setzt auf Qualität. Und zweitens: Mit dem Gesetz wird ein Strukturfonds aufgelegt.“

Aus dem Strukturfonds sollen Projekte in den Ländern finanziert werden, die zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung beitragen. Die rund fünf Millionen Euro, die Bremen aus dem bundesweiten Strukturfonds erhalten könnte, sind abrufbar, wenn das Land entsprechende Projekte ebenfalls mit fünf Millionen Euro unterstützt. Darauf bezog sich Herr Schneider-Heyer, der als Krankenhausplaner die Senatorin vertrat. Hier müssten sinnvolle Projekte gefunden

werden, die wirkliche strukturelle Verbesserungen brächten. Ein konkretes Vorhaben war zu dem Zeitpunkt allerdings noch nicht benannt worden.

### Krankenhausplanung für Qualität

Über die Richtigkeit und Bedeutung der Kopplung von Krankenhausplanung und Qualität ließ Schneider-Heyer keinen Zweifel. Ein Bremisches Gesetz soll zukünftig genau diese Verknüpfung verbindlich herstellen.

In Bezug auf die Finanzierung der Kassenbeiträge bestätigte er, dass die Senatorin das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung mit Sorge betrachte und entsprechend aktiv sei. Das Land Bremen hat sich einer Initiative der Länder zur Wiederherstellung der Parität angeschlossen. Darin wird die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die vollständige paritätische Finanzierung von Krankenversicherungsbeiträgen durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber wiederhergestellt wird.

### Umsetzung in Bremen

Dr. Christoph Vauth lenkte, als LA-Vorsitzender des Landes, den Blick auf die praktische Umsetzung der aktuellen Gesetze. Er stellte die Frage, ob beispielsweise die derzeitige Struktur der Level-Versorgung im Bereich der Frühgeborenen den Anforderungen nach Qualität und Wirtschaftlichkeit entspräche, oder ob eine Konzentration der Leistung unter diesen beiden Aspekten denkbar wäre. Hier sinnvolle Strukturen zu schaffen könnte ein Projekt sein, für das sich Gelder aus dem Strukturfonds beantragt lassen. Als dringend lösungsbedürftig schilderte er auch die Situation in der Notfallversorgung.

### Notfälle ohne Not

Die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen an den Krankenhäusern steigt kontinuierlich. Dabei



CHRISTIAN ZAHN, Vorsitzender des vdek

lässt sich beobachten, dass die Menschen auch mit Bagatellbeschwerden die Notaufnahmen aufsuchen, oder den Rettungsdienst rufen, ohne dass akute Not besteht. Hier müsse erforscht werden, welche Gründe für eine Fehlinanspruchnahme vorliegen und welche strukturellen Veränderungen und Kooperationen unter den an der Versorgung beteiligten Institutionen (ambulant, stationär, Pflegeheim, Notdienst, Rettungsdienst etc.) eine zielgerichtete Nutzung in Bremen ermöglichen könnten. Wie schon Christian Zahn betonte auch Dr. Vauth die Notwendigkeit, mutig sinnvolle Lösungen auch vor Ort in Bremen auszuprobieren, und sich nicht hinter Zuständigkeitsfragen und Mehrvergütungsforderungen zu verstecken.

### **»Eine große Koalition ist eine teure Koalition.«**

Mit den Gesprächen am Fluss wurde die Bedeutung der aktuellen Gesetzgebung dargestellt, die entsprechenden Schlüsse daraus gezogen und die Auswirkungen für die Versicherten aufgezeigt. Die Ersatzkassen werden nun bei der Umsetzung der Gesetze darauf achten, ob die mit den Reformen beabsichtigten Verbesserungen tatsächlich erreicht werden. ■

# Systematische Falschabrechnungen auch in Bremen

Im Frühjahr hat ein Thema große mediale Aufmerksamkeit erlangt: Der systematische Betrug der Kassen durch osteuropäische und russische Banden, der die Sozialsysteme in Milliardenhöhe geschädigt hat.

Bereits im Herbst vergangenen Jahres war das Bundeskriminalamt (BKA) zu der Erkenntnis gelangt, dass es sich um ein bundesweites Phänomen handelt und hatte ermittelt. Den Erkenntnissen nach gründen diese Banden gezielt Pflegedienste und rechnen bei den Kassen Leistungen ab, die sie zum Teil gar nicht, in wesentlich geringerem Umfang oder mit nicht qualifiziertem Personal erbringen.

„Beim Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen durch russische Pflegedienste handelt es sich um ein Phänomen, das insbesondere dort auftritt, wo sich durch Sprachgruppen geschlossene Systeme bilden“, so das BKA in seinem Bericht. Auch in Bremen hat es durch den Pflegedienst „Svetlana“ einen solchen Betrugsfall gegeben, der nach intensiven Ermittlungen 2012 aufgedeckt wurde.

## 15 Patienten und 219 Kilometer in vier Stunden

Nach dem Auftauchen erster Unregelmäßigkeiten war die Bremer Prüfgruppe der Krankenkassen dem Fall gemeinsam mit der Kriminalpolizei nachgegangen. Dafür wurden alle Abrechnungen des Pflegedienstes von den Krankenkassen zusammengetragen, da die zu pflegenden Personen bei unterschiedlichen Kassen versichert waren. Das Ergebnis der Auswertung war eindeutig: Eine Pflegerin wollte beispielsweise in vier Stunden 219 Kilometer gefahren sein, um 15 Patienten im Bremer Stadtgebiet zu versorgen – zudem noch in einer völlig unlogischen

Reihenfolge. 2014 wurde die Geschäftsführerin zu einer einjährigen Haftstrafe auf Bewährung und einer Geldzahlung von 15.000 Euro verurteilt.

Derzeit arbeitet die Prüfgruppe der Krankenkassen an einem weiteren Fall eines Pflegedienstes mit osteuropäischem Hintergrund. Ein Problem bei den Ermittlungen ist, dass die Pflegebedürftigen und deren Angehörige, die in der Regel ebenfalls aus dem entsprechenden Sprachraum stammen, teilweise in den Betrug eingebunden sind. Es ist schwierig Betrug nachzuweisen, wenn beispielsweise die Dokumentation mit dem Kürzel der Pflegekräfte versehen und von den Patienten unterschrieben ist – auch wenn es Anhaltspunkte gibt, die vermuten lassen, dass hier keine oder nicht die angegebene Leistung stattgefunden hat.

## Gute Aufdeckungschance in Bremen

Bremen ist jedoch mit einer Abteilung „Abrechnungsbetrug“ bei der Kriminalpolizei und einer Schwerpunktstaatsanwaltschaft zu diesem Thema deutlich besser aufgestellt, als viele andere Bundesländer. Zusammen mit der guten Kooperation der Krankenkassen untereinander funktioniert die Verfolgung dieser Betrugsfälle sehr gut. Dies gilt auch für alle anderen Fälle von Betrug und Manipulation im Land Bremen. Denn neben der systematischen Bandenkriminalität gibt es viele andere Delikte im Gesundheitswesen. Diese machen den Hauptteil der von der Prüfgruppe der Krankenkassen zurückerlangten 5,9 Millionen Euro aus. ■

## Was tut die Politik gegen Betrug in der Pflege?

Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe hat sich den Leitspruch „Keine Toleranz bei Betrug in der Pflege!“ auf die Fahnen geschrieben. Daher hat er in diesem Jahr bereits die Kontrollrechte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in der Altenpflege verschärft. War es bisher für den MDK optional möglich, im Rahmen der Qualitätsprüfung auch die Abrechnung zu überprüfen, ist dies jetzt verpflichtend. Grundsätzlich gilt: Prüfungen in ambulanten Pflegediensten werden am Tag zuvor angekündigt, Anlassprüfungen aufgrund von Beschwerden erfolgen unangemeldet. Aber nicht nur in der Altenpflege, auch in der Krankenpflege kommt es zu Betrugsfällen.

Hier besonders bei der Versorgung von Intensivpatienten im häuslichen Umfeld. In diesem Fall betreuen die Pflegedienste Patienten nicht rund um die Uhr, sondern suchen sie nur zwei- oder dreimal am Tag kurz auf – für die Betroffenen ein lebensgefährlicher Betrug. Hier kann der MDK bisher nicht aktiv werden, da das Gesetz für diese Leistungen aus der Krankenversicherung keine Kontrollmöglichkeiten vorsieht.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz III soll sich dies nun ändern. Zukünftig darf der MDK regelmäßig Qualität und Abrechnungen sämtlicher ambulanter Pflegedienste überprüfen – auch jener, die ausschließlich häusliche Krankenpflege anbieten. Zudem sollen diese Dienste bei Verdacht auch ohne Anmeldung kontrolliert werden können. Zudem sollen Kassen und Leistungserbringer die Landesrahmenverträge so zu formulieren, dass betrügerische Dienste nicht einfach unter neuem Namen eine neue Zulassung erhalten können. Stimmt der Bundesrat dem Gesetz zu, wird es zum 1. Januar 2017 in Kraft treten.

## INTERVIEW

# Ermittlungen bei Pflegediensten haben zugenommen

Andreas Ernst ist Kriminalhauptkommissar und zuständig für den Bereich „Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen“ bei der Kriminalpolizei Bremen.

**Die tatsächliche Schadenssumme beim Abrechnungsbetrug ist vermutlich oft höher als der nachweisbare Schaden. Was erschwert den Nachweis?**

In der Regel sind wir auf Zeugenaussagen angewiesen, die bestätigen, dass Leistungen, die abgerechnet wurden, nicht erbracht worden sind. Hier kommen lediglich die Pflegebedürftigen, deren Angehörige oder auch die Pflegekräfte in Betracht. Da die Pflegebedürftigen und die Pflegekräfte sich aber unter Umständen selbst belasten würden, ist deren Aussagebereitschaft sehr gering. Angehörige sind hingegen nur selten in der Lage, Auskünfte über die tatsächlich erbrachten Leistungen zu geben.

**Warum ist gerade die Kranken- und Pflegeversicherung in Gefahr, durch kriminelle Machenschaften geschädigt zu werden? Ist etwa das Vertrauen zu groß?**

Ein gewisses Maß an Vertrauen ist notwendig, da es schlicht unmöglich ist, alle Leistungserbringer engmaschig zu kontrollieren. Darüber hinaus besteht häufig ein positiv verstandenes Vertrauens- und Abhängigkeitsverhältnis zwischen den Leistungsempfängern und den Pflegekräften. Hinzu kommt das Problem jeder Versicherung, dass derjenige, der die Leistung erhält, nicht derjenige ist, der direkt die Kosten zu tragen hat. In der Fachsprache heißt dies „moral hazard“ (moralisches Risiko): Menschen verhalten sich verantwortungslos, weil sie die Folgen ihres Handelns nicht direkt spüren oder sich der Folgen nicht bewusst sind. Für die Solidargemeinschaft bedeutet dies, dass dadurch begünstigt, die kriminell beeinflussten

Einnahmen der Straftäter das Gesundheitssystem belasten, so dass in absehbarer Zeit die steigenden Kosten auf die Allgemeinheit umgelegt werden müssen.

**Haben sich Ihrer Ansicht nach die Art und der Umfang des Betrugs im Gesundheitswesen verändert oder verschärft?**

Es kann angenommen werden, dass ein Großteil der begangenen Straftaten für uns tatsächlich gar nicht sichtbar wird (Dunkelfeld). Die polizeiliche Kriminalstatistik bezieht sich lediglich auf das „Hellfeld“ – also auf Straftaten, die der Polizei bekannt geworden sind. Für diesen Bereich lässt sich im Zusammenhang mit Betrug im Gesundheitswesen insofern die Entwicklung feststellen, dass wir noch vor einigen Jahren zum Beispiel deutlich mehr Fälle im Bereich der Physiotherapie zu bearbeiten hatten und wir heute hingegen eine deutlich größere Anzahl von Ermittlungsverfahren im Bereich der Pflegedienste zu verzeichnen haben. Ob hier eine tatsächliche Kriminalitätsverschiebung stattgefunden oder sich nur der gesellschaftliche Fokus verschoben hat, bleibt offen. Gleichsam müssen wir davon ausgehen, dass sich die organisierte Form der Kriminalität im Gesundheitswesen ausgeweitet hat.

**Besonders der großen Mehrheit der korrekt handelnden Leistungserbringer wird der Betrug ein Dorn im Auge sein. Zum einen werden die „erbeuteten“ Summen aus dem System abgezogen und zum anderen wird ihre Branche in Verruf gebracht. Gibt es eine Zusammenarbeit mit den Verbänden der Leistungserbringer?**



FOTO privat

ANDREAS ERNST

Bisher gibt es eine gute Zusammenarbeit der Kriminalpolizei mit den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den entsprechenden Aufsichtsbehörden. Eine Zusammenarbeit mit den Verbänden hat bisher nicht stattgefunden, soll aber im Bereich der Pflege mit einem gemeinsamen Präventionsprojektes neu etabliert werden. Hierzu finden aktuell Abstimmungen mit den Pflegeverbänden und den Krankenkassen statt.

**Besonders bei organisierten Banden kann man ja annehmen, dass die Drahtzieher unter anderem Namen einfach einen neuen Pflegedienst gründen und erneut betrügen. Wie kann man das Gesundheitssystem schützen?**

Ein vollständiger Schutz ist nicht möglich. Das Gericht kann durch die Verhängung von Berufsverboten die Neugründung zwar erschweren, diese erfolgt dann aber häufig unter Zuhilfenahme von Strohgeschäftsmännern dennoch. Deutlich erschwert würde eine Neugründung sicherlich durch langjährige Haftstrafen für die Geschäftsführer. Hilfreich sind immer auch Hinweise durch Versicherte, Angehörige und anderer Leistungserbringer, wenn ein Verdacht auf Abrechnungsbetrug besteht. ■

BÜCHER

## Gesundheitliche Fallen im Büroalltag

Vielen Menschen leiden unter ungesunden Routinen, die sich in ihren Arbeitsalltag eingeschlichen haben: ständiger Stress, Bewegungsmangel, unregelmäßiges und gehetztes Essen, schädliche Haltung am Schreibtisch und Freizeitdefizite. Die Autorin zeigt am typischen Tagesablauf eines Büroangestellten die Vielzahl gesundheitlicher Fallen auf. Zudem lädt sie die Leser mit Selbstreflexionen, Checklisten, Fragebögen und Übungen dazu ein, tatsächlich ab sofort etwas für gesundes Arbeiten zu tun – und damit für sich selbst.



Hannah Frey  
Gesund im Büro  
Projekt: Gesund leben  
2015, 191 S., € 14,99  
Herder Verlag, Freiburg

## Das Geschäft mit dem Krebs

Die Familie, in der niemand Krebs hatte, wird statistisch gesehen bald die Ausnahme sein. Darauf weist der Wissenschaftler, Arzt und Politiker Karl Lauterbach gleich zu Anfang seines Werks hin. Er beschreibt, wie rund um die Volkskrankheit eine ganze Industrie entstanden ist, die oftmals den Profit mehr im Fokus hat als die Heilung oder die Steigerung der Lebensqualität des Patienten. Wer mehr über die Prävention der Krankheit weiß und die Mechanismen der Industrie versteht, hat bessere Chancen im Kampf gegen den Krebs, so das Credo des Autors.



Karl Lauterbach  
Die Krebs-Industrie  
2015, 287 S., € 19,95  
Rowohlt Verlag, Berlin

ERFOLG

## Kaiserschnittrate gesunken

Die Zahl der Kaiserschnitte im Land Bremen ist in den vergangenen drei Jahren um 2,7 Prozent gesunken. Laut statistischem Landesamt lag die Rate 2015 bei 30,5 Prozent, während sie 2012 noch landesweit bei 33,2 Prozent lag. Ein Grund ist auch das Bremer Bündnis zur Förderung der natürlichen Geburt, in dem sowohl Ärzte und Hebammen aus dem niedergelassenen und stationären Bereich als auch Krankenkassenvertreter seit Anfang 2013 zusammensitzen. Gemeinsam wurden Ursachen für die hohe Sectio-Rate analysiert und Empfehlungen erarbeitet, wie Kaiserschnitte vermieden werden können. Häufig ist ein erster Kaiserschnitt der Grund für einen weiteren bei der nächsten Entbindung. Die bundesweit einmalige enge Zusammenarbeit im Bündnis will die natürliche Geburt zum Wohl von Kind und Mutter besser fördern.

HOSPIZDIENSTE

## Mehr Geld für Sterbebegleitung

Die ambulanten Hospizdienste erhalten in diesem Jahr 45 Prozent mehr von den Krankenkassen im Land Bremen. Das sind insgesamt über 741.000 Euro, von denen allein die Ersatzkassen etwa 285.000 Euro geben. Neu ist, dass jetzt auch Teile der Sachkosten der Hospizdienste bezahlt werden dürfen. Im vergangenen Jahr haben 370 ehrenamtliche Helferinnen und Helfer mit der Unterstützung der Kassen 362 schwer kranke Patienten und ihre Angehörige begleitet, darunter 88 Kinder.

RETTUNGSDIENST

## Private Krankentransporte in Bremerhaven



FOTO: Barmer GEK

Die Berufsfeuerwehr Bremerhaven hat im vergangenen Jahr 1160 zusätzliche Einsätze in der Notfallrettung verzeichnet. Die steigende Zahl hat dazu geführt, dass die Bedarfsplanung in Abstimmung mit den Krankenkassen angepasst wird. Neben dem Einsatz weiterer Rettungswagen und eines zweiten Notarztwagens nachts sowie am Wochenende sollen ab sofort die Krankentransporte nur noch von privaten Dienstleistern durchgeführt werden. Dadurch können sich die Rettungswagen der Feuerwehr auf die Notfallrettung mit Blaulicht und Martinshorn konzentrieren, während die nicht zeitkritischen Einsätze von fünf privaten Krankentransportunternehmen durchgeführt werden. Ab 2017 sollen außerdem alle Krankentransporte über eine Rufnummer der Integrierten Regionalleitstelle disponiert werden.

IMPRESSUM

### Herausgeber

Landesvertretung Bremen des vdek  
Martinistr. 34, 28195 Bremen  
Telefon 04 21 / 16 56 5-6  
Telefax 04 21 / 16 56 5-99  
E-Mail LV-Bremen@vdek.com  
Redaktion Ch. Rings, B. Tillmann  
Verantwortlich Kathrin Herbst  
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH  
Konzept ressourcenmangel GmbH  
Grafik schön und middelhaufe  
ISSN-Nummer 2193-4061