

Pflegemodell „Buurtzorg“ aus NRW erhält vdek-Zukunftspreis



Der vdek-Zukunftspreis 2020 geht an die Gesellschaft „Buurtzorg Deutschland Nachbarschaftspflege“ aus Münster. Buurtzorg (niederländisch: Nachbarschaftshilfe) ist ein ambulantes Pflegeprojekt, das Pflegekräften mehr Eigenverantwortung gibt. Die Pfleger werden zu „Pflegermanagern“. In enger Abstimmung mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen organisieren sie die Pflege und Versorgung im sozialen Umfeld der Betroffenen. Auch ehrenamtliche Unterstützung wird einbezogen. Uwe Klemens, vdek-Verbandsvorsitzender und Jury-Chef des Zukunftspreises, würdigt die Idee als praxisnah und bedarfsgerecht: „Pflegerkräfte erhalten bei Buurtzorg zusätzliche Handlungskompetenzen, was die Zufriedenheit und die Attraktivität des Berufs steigern kann. Gleichzeitig kann das Projekt dazu beitragen, dass Pflegebedürftige sich ihre Autonomie lange erhalten und im gewohnten Umfeld versorgt werden.“ Der Preis ist mit 10.000 Euro dotiert. (pm)

Ersatzkassen erhielten 1,5 Millionen Euro zurück

Die Ersatzkassen sind erfolgreich bei der Bekämpfung von Abrechnungsmanipulationen. In den vergangenen beiden Jahren haben sie rund 1,5 Millionen Euro an Rückzahlungen erhalten. Dabei kooperieren alle gesetzlichen Krankenkassen in NRW.

Text: Ralf Baas

Seit der Veröffentlichung des Landeskriminalamtes NRW in 2017 über Ermittlungen wegen einer gewerbs- und bandenmäßigen Betrugsmasche von Pflegediensten („Curafair“) stehen ambulante Pflegedienste auch im Fokus von Überprüfungen der gesetzlichen Krankenkassen und Pflegekassen. In 80 Fällen wurden seither bei Pflegediensten in Nordrhein-Westfalen Falschabrechnungen aufgrund der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen oder des Einsatzes von nicht ausreichend qualifiziertem Personal aufgedeckt. Insgesamt flossen 585.000 Euro an die Ersatzkassen zurück. Allein im vergangenen Jahr machten sie Rückforderungen von rund 382.000 Euro geltend. Mehr als die Hälfte dieses Betrages mussten sieben Pflegedienste zahlen.

Sachverhalte von besonderer Schwere wurden zur Anzeige gebracht.

Abrechnungsdaten zusammengeführt

Die Fehlrechnungen konnten nur durch die Zusammenführung und Auswertung der Abrechnungsdaten aller Krankenkassen aufgedeckt werden. Die vom Gesetzgeber für den Medizinischen Dienst ausgeweitete Prüfkompetenz, für die sich auch die Ersatzkassen stark gemacht haben, hat sich positiv ausgewirkt.

Rückforderungen gab es in den vergangenen Jahren auch vereinzelt bei Ärzten, Heil- und Hilfsmittelerbringern. Dabei ragt ein Fall besonders heraus: Eine Arztpraxis musste rund 400.000 Euro an die Ersatzkassen zahlen, da Behandlungen von einem angestellten und



FOTO: Astrid Gast - stock.adobe.com

ermächtigten Arzt nicht persönlich, sondern von anderen Ärzten der Praxis erbracht wurden.¹³ Überprüfungen betrafen 2019 Leistungserbringer im Heil- und Hilfsmittelbereich. Rund 50 Prozent der Rückforderungen, die sich auf gut 53.000 Euro beliefen, konzentrierten sich auf zwei Leistungserbringer. So wurden in einem Fall gefälschte Verordnungen abgerechnet, in dem anderen Heilmittel in einer nicht zugelassenen Praxis abgegeben und abgerechnet. Weitere rund 50.000 Euro musste ein Krankentransportunternehmer an die Ersatzkassen zahlen. Dieser hatte statt Fahrten mit einem PKW höherwertige Transportmittel abgerechnet. ■