

enhausen, D	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
baum, C	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
t, S	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
asser, M K	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
nos, Chr	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
er, F	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
ke, S	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
ich, G	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
G	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
her, H	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
er, U	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
le, B	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
er, M	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
ch, X	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
enrauch, E M	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
ate, D	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
e, K	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
m, U	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
enlos, B	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
ntell, C	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
nbrock, F	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
ster, K H	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
baum, M M	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
ert, M	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
ngpfehl, S	5	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
enthal, F	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
shenberg, T	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
erfrau, M M	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
ator, O	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb
ntal, G	1	72	01730	Mehrf.	Abr	selb

Auf die niedergelassenen Ärzte in Berlin rollt eine immense Prüfwelle zu. Im letzten halben Jahr haben Krankenkassen nicht weniger als 100.000 Abrechnungsfälle beanstandet und zwecks Honorarkürzung an die Kassenärztliche Vereinigung geschickt. Und das scheint erst der Anfang zu sein. Die beanstandeten Fälle stammen überwiegend aus den Jahren 2005 bis 2007, das vergangene Jahr ist also noch gar nicht berücksichtigt. Gemessen an den über 60 Millionen Abrechnungsfällen dieser Jahre ist die Zahl der Beanstandungen sehr klein. Doch der KV beschere sie eine Menge Bürokratie, denn geprüft wird individuell.

Wie sich Krankenkassen Geld von den Ärzten zurückholen

„... und Jahre später kommt der blaue Brief“

„Stinksauer“ sei er, schreit der Gynäkologe Hinner Offenthal * ins Telefon, weil er eine Honorarkürzung bekommen habe. Es ging bei mehreren Patientinnen um Krebsvorsorgeuntersuchungen, die er angeblich jeweils zweimal innerhalb eines Kalenderjahres abgerechnet haben soll. Eine Krankenkasse hatte das kürzlich bei der KV Berlin reklamiert. „Wissen Sie, von wann die Fälle sind?“, will Offenthal wissen, um wutschnaubend selbst die Antwort zu geben: „Von 2005! Und jetzt, Jahre später, kommt dann der blaue Brief.“ Eine Unverschämtheit sei das und darüber müsse mal geschrieben werden. Der Weddinger Gynäkologe ist im Netz der Leistungsprüfungen einer Krankenkasse hängen geblieben.

Die Palette der Prüfformen ist beeindruckend: Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Gesundheitsuntersuchungen, Versichertenprüfungen, Ambulante Leistungen und Laboraufträge während eines Krankenhausaufenthaltes, Praxisgebühr-Einzug, Altersgrenzenverletzung bei bestimmten Leistungen, Akupunkturleistungen oder die Mehr-

fachabrechnung von Mutterschaftsvorsorge-Leistungen durch mehrere Ärzte. Handelt es sich dabei um außerbudgetäre Leistungen, dann fließt in aller Regel Geld an die Kassen zurück.

Hinter den beanstandeten Abrechnungen des letzten halben Jahres stehen nicht weniger als 54 Krankenkassen,

darunter auch die großen Kassen in Berlin. Spitzenreiter unter ihnen ist eine große Ersatzkrankenkasse mit knapp 30.000 Fällen, gefolgt von einem Primär-Landesverband mit etwa 25.000 Fällen. Weniger spektakulär geht es ab dem Mittelfeld weiter, wo sich Allgemeine Ortskrankenkassen aus mehreren Bundesländern mit jeweils 25 und weniger



Fortsetzung von Seite 17

Fällen tummeln, gefolgt von Betriebskrankenkassen aus ganz Deutschland, die keinem Dachverband angehören. Gemeldet wird so ziemlich alles, was implausibel erscheint oder tatsächlich ist; gleich, ob es sich dabei um einen Fallwert von 3,84 Euro oder 84 Euro handelt.

Die spannende Frage: Sind die Beanstandungen berechtigt oder entspringen sie einer willkürlichen Interpretation der betreffenden Krankenkasse? Immerhin ist der Verwaltungsaufwand enorm, vor allem für die Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Nicht weniger als vier Angestellte der KV Berlin sind hier tag-ein, tagaus mit der Prüfung beschäftigt,

müssen sichten und bewerten. Letztlich muss jeder Fall „angefasst“ werden, wie es im Jargon heißt. Das alles segelt unter der harmlos klingenden Bezeichnung „sachlich-rechnerische Richtigkeit“, meint aber de facto nichts Geringeres als Honorarkürzungen bei betreffenden Ärzten.

Rot-Grün ebnete den Weg für die Prüforgien

Möglich wurde dieser Bürokratie-Wahnsinn durch eine Gesetzesänderung der damals rot-grünen Bundestagsmehrheit im Jahr 2004. Sie verpflichtet Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen gemäß § 106 a SGB V zur

Abrechnungsprüfung. Dabei geht es unter anderem um die Prüfung der Plausibilität von Leistungen, die bei den Krankenkassen in aller Regel vom „Kollegen Computer“ vorgenommen wird, der verschiedene personenbezogene und Leistungsdaten zusammenspielt und wie bei einer Rasterfahndung abgleicht.

Ein Knopfdruck und der Wahnsinn geht los? Das Ergebnis wird der KV in oft endlosen Zahlenkolonnen auf Papier oder Datenträger präsentiert. Die Beweislast für eine unzulässige Abrechnung liegt zwar bei den Krankenkassen, doch deren „Knopfdruckmentalität“ spricht eher dafür, dass dieses Prinzip still und leise umgedreht wird, nach dem Motto: Soll die KV uns doch beweisen, dass wir falsch liegen. Unumwunden räumte bereits vor längerer Zeit ein Spitzenmanager einer großen Berliner Betriebskrankenkasse gegenüber dem KV-Blatt ein, dass es bei den Anträgen seiner Kasse durchaus Fehler geben könne, weswegen die KV die Anträge schließlich zur Prüfung bekomme. Fehlerhafte Anträge würden dann halt wieder zurückgezogen. Nach dem Motto: Man kann's ja mal probieren? Hinter verschlossenen Türen kommt es wegen solcher Prüforgien regelmäßig zum Krach zwischen KV und Krankenkassen. Mal geht es um ungültige Versichertenkarten, mal um doppelt in Anspruch genommene Vorsorgeuntersuchungen bei mehreren Ärzten. Die Ärzte werden jedoch nicht direkt mit solchen Reklamationen konfrontiert, weil deren Berechtigung von der KV geprüft werden muss.

Kassen reklamieren nicht nur ...

Wie so etwas in der Praxis aussehen kann, zeigt die nicht enden wollende Diskussion über die missbräuchliche Verwendung von Chipkarten: „Wir haben Tausende von Fällen zu bearbeiten, in denen Krankenkassen das Honorar zurückfordern, weil die betreffenden Patienten zum Leistungszeitpunkt nicht mehr bei ihnen versichert

Die auffälligsten Beanstandungen

Das haben Krankenkassen am häufigsten beanstandet:

- Vorsorgeleistungen durch denselben Arzt
- Krebsfrüherkennung
- Gesundheitsuntersuchung
- Versichertenprüfung
- Ambulante Leistungserbringung während eines stationären Aufenthaltes
- Laborleistungen während eines stationären Aufenthaltes
- Praxisgebühr
- Lebensalter
- Unter-/Überschreitung der Altersgrenze
- Akupunkturleistungen bei fehlender Diagnose oder zu häufiger Abrechnung
- Mehrfachabrechnung von Mutterschaftsvorsorgeleistungen durch verschiedene Ärzte

(Zeitraum: Meldungseingänge September 2008 bis Februar 2009)

waren“, berichtet eine KV-Mitarbeiterin. Klingt erst einmal plausibel, doch: Woher soll der betreffende Arzt wissen, ob ihm eine gültige Versichertenkarte vorgelegt wird? Einige Krankenkassen, darunter die Betriebskrankenkasse BKK VBU, versuchen schon seit Jahren, mit der sogenannten „Verax-Liste“, einem regelmäßig aktualisierten Datensatz, über ungültige Chipkarten zu informieren, um die größten Probleme bei vertragswidrig oder illegal eingesetzten Versichertenkarten einzudämmen. Das „Verax-Modell“ war damals sogar ein Pilotprojekt der BKK VBU und wird inzwischen als modifizierte Online-Version auch von anderen großen Krankenkassen eingesetzt. Doch unterm Strich ist das Problem immer noch nicht beseitigt.

Allerdings gibt es auch Fälle, in denen der Versicherte bei Behandlungsbeginn keine Chipkarte vorgelegt hat und die betreffende Arztpraxis sich offenbar auch im Nachhinein nicht mehr darum gekümmert hat. Pech gehabt? „Wir prüfen jeden Einzelfall“, heißt es, „aber manchmal können wir wirklich nichts machen“. Heißt: Der Arzt muss in derartigen Fällen mit einer Kürzung sei-



Quartal IV/2005

Patient Name, Vorname	VG	WO-KV	EBM-Nr.	Abrechnungsauffälligkeiten	Datum der abgesetzten Leistung	Anzahl	Punkte	Punktwert	Gesamt in €
Thomas, Gab-	5	72	01730	erneuter Abrechnung im gleichen Kalenderjahr	06.10.2005	1	370,00	0,0415000	15,36 €
Hahn, Doris	1	72	01730	erneuter Abrechnung im gleichen Kalenderjahr	29.11.2005	1	370,00	0,0415000	15,36 €
Lappalainen, Anna-Mari	1	72	01730	erneuter Abrechnung im gleichen Kalenderjahr	21.11.2005	1	370,00	0,0415000	15,36 €
									46,08 €

61,44 €

Die Begründung zur Absetzung der GO-Nr. 01730 wegen erneuter Untersuchung im gleichen Kalenderjahr.

Gemäß § 25 Abs. 2 SGB V haben Versicherte höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen. Nach Überprüfung der

Praxis scheinen auch hier weit auseinanderzuliegen.

Fortsetzung von Seite 19

nes Honorars rechnen, denn eine solche Nachlässigkeit muss und wird keine Kasse gegen sich gelten lassen.

Eindeutig sind auch Vorgänge, in denen bestimmte Vorsorgeleistungen für ein und denselben Patienten mehrmals von einem Arzt abgerechnet wurden, obwohl er anhand der eigenen Patientendokumentation wissen musste und konnte, dass das rechtswidrig ist. In solchen Fällen wird den Mitarbeiterinnen immer dann die Entscheidung abgenommen, wenn die betreffende Krankenkasse von sich aus weitere Maßnahmen eingeleitet hat, etwa die Einschaltung des „Korruptionsbeauftragten“ oder gar eine Strafanzeige. Betrugsannahmen erweisen sich nach Angaben von Insidern dann zwar oftmals als ungerechtfertigt, weil der Arzt zum Beispiel nachweisen kann, ausschließlich auf Drängen des/der Patienten gehandelt zu haben, doch muss das Honorar dennoch gekürzt werden.

Mehrfache Inanspruchnahme – ein altes Streitthema

Fast schon legendär dürfte die Auseinandersetzung um die mehrfache Abrechnung von Mutterschaftsvorsorgeleistungen durch mehrere Ärzte in einem Quartal sein. Patientinnen neh-

men solche Vorsorgeleistungen in einem Quartal bei zwei oder mehreren Ärzten in Anspruch, ohne dass der erstbehandelnde Arzt davon eine Ahnung hat. Gynäkologen wissen, dass das bei Schwangerschaften keine Seltenheit ist, weil Patientinnen, die ihrem Arzt zwar grundsätzlich vertrauen, in einer solchen Ausnahmesituation dennoch mit einer Zweitmeinung sichergehen wollen. Derartige Mehrfachabrechnungen haben vor zwei Jahren zu einer Flut von Reklamationen einer großen Berliner Krankenkasse geführt. Dieser Streit ist zwar beigelegt, aber die damalige Vermutung des Berufsverbandsvorsitzenden der Gynäkologen scheint sich gleichwohl bestätigt zu haben: die Schaffung von Präzedenzfällen. Inzwischen werden solche Reklamationen von fast allen großen Berliner Krankenkassen vorgelegt. Die Position der KV Berlin dazu ist klar: Wenn ein Arzt nichts von einer weiteren Inanspruchnahme solcher Vorsorgeleistungen wissen konnte, wird die Honorarrückforderung auch in Zukunft nicht zu ihm durchgestellt. „Wenn der Arzt jedoch um die quartalsgleiche Behandlung seiner Patientin beim Kollegen weiß“, so KV-Vorstandsmitglied Burkhard Bratzke, „dann muss die Schwangerenbetreuung privat in Rechnung gestellt werden.“ Bleibt die Frage: Wann konnte ein Arzt wissen, dass ein Kollege bereits im selben Quartal die gleiche Leistung erbracht hatte? Mindestens eine Kasse stellte sich damals auf den Standpunkt, dass bereits der Mutterschaftspass Auskunft darüber gäbe. Doch Theorie und

Vergleichsweise gering sind Streitigkeiten wegen der Unter- oder Überschreitung der Altersgrenze für bestimmte Leistungen. Ganz anders bei der Praxisgebühr: In Tausenden von Fällen reklamieren die Krankenkassen, dass Ärzte die Gebühr nicht eingezogen haben. Die oft mühseligen Nachprüfungen ergeben dann meist, dass die Kassen zu Unrecht reklamieren, weil für die betreffende Behandlung entweder ein Überweisungsschein vorgelegen hat oder es sich um Leistungen im Rahmen eines Disease-Management-Programms handelte. Gar nicht mal so selten tritt auch der Fall ein, dass Patienten mitten im Quartal ihre Kasse wechseln oder Befreiungen von der Gebühr aus anderen Gründen vorgelegen haben – ausgestellt von der Kasse, die den Nichteingang der Gebühr reklamiert.

Im Krankenhaus oder in der Arztpraxis?

Ein offenbar beliebtes Prüffthema ist – zumindest nach der Zahl der reklamierten Fälle – die Erbringung von Leistungen bzw. Laborleistungen während eines Krankenhausaufenthaltes. Nachvollziehbar sind die Reklamationen von ambulanten Leistungen, die während eines Krankenhausaufenthaltes erbracht worden sein sollen. Nachvollziehbar ist aber auch die Forderung der KV an die reklamierenden Kassen, „Ross und Reiter“ zu nennen. Einstweilen wurde ein großer Teil dieser Forderungen abgeschmettert, weil die Behauptungen der Kassen für die KV nicht nachvollziehbar sind. Durchaus nicht unbekannt sind Fälle, in denen Patienten aus dem Kran-

kenhaus heraus eine Arztpraxis aufsuchen, etwa, um sich Arzneimittel verschreiben zu lassen – und zwar ohne dass der betreffende Arzt überhaupt von einem Krankenhausaufenthalt weiß. Gänzlich unberechtigt sind Honorarrückforderungen, wenn Quartalspauschalen abgerechnet werden, die gar keinen Patientenkontakt voraussetzen.

Wie mühselig das Prüfgeschäft ist, zeigt allein die Tatsache, dass die KV mit so ziemlich allen „106a-relevanten Implausibilitäten“ der Leistungserbringung konfrontiert wird – und dies, obwohl es eine Bagatellgrenze gibt. Das Über- oder Unterschreiten einer solchen Bagatellgrenze muss Arzt für Arzt und Kasse für Kasse gecheckt werden, bevor die eigentliche Prüfung überhaupt beginnen kann. Dabei reicht es nicht aus, einfach auf den einzelnen Rückforderungsbetrag zu schauen, denn in so manchen Kassenlisten taucht ein und derselbe Arzt gleich mehrfach auf, mit „Kleckerbeträgen“ ebenso wie mit „Summen, die schon ordentlich weh tun“, wie es in der betreffenden KV-Abteilung heißt.

Daten plausibilisieren

Vermutlich können sich die Ärzte bzw. die KV Berlin auch für 2008 auf eine umfangreiche Prüforgie einstellen und das hat vielleicht auch einen handfesten finanziellen Hintergrund – zumindest für einen Teil der Krankenkassenlandschaft: Bereits im September 2007 räumte Vertragsmanager Thomas Mohaupt von der BKK VBU gegenüber dem KV-Blatt ein: „Die ärztlichen Abrechnungsdaten (werden) zukünftig für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich herangezogen. Davon werden wir, die BKK VBU, in erheblichem Umfang betroffen sein. Schließlich zahlen wir 35 % unserer gesamten Einnahmen in diesen Risikostrukturausgleich. Deswegen müssen wir rechtzeitig beginnen, diese Daten zu plausibilisieren (...).“

Reinhold Schlitt

* Name von der Redaktion geändert