



Haben sich die „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ bewährt?

Stellungnahme von Transparency Deutschland zu den Berichten der Bundesregierung an den Gesundheitsausschuss

(Stand: 12.09.2008)

Sachstand:

Mit dem Inkrafttreten des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes (GMG) am 1. Januar 2004 wurden die Krankenkassen und ihre Spitzenverbände, gegebenenfalls auch die Landesverbände der Krankenkassen, verpflichtet, organisatorische Einheiten zu schaffen, die Fehlverhalten im Gesundheitswesen bekämpfen sollen (§ 197a, SGB V). Vergleichbare Vorschriften wurden für die Kassenärztlichen/ Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und ihre Bundesvereinigungen in § 81a SGB V und für die Pflegekassen in § 47a SGB XI gemacht. Die Vorstände der jeweiligen Institutionen wurden zugleich verpflichtet, im Abstand von zwei Jahren ihre jeweilige Vertreterversammlung, beziehungsweise den jeweiligen Verwaltungsrat schriftlich über die Arbeit und die Ergebnisse dieser Stellen zu unterrichten und die Berichte zeitnah auch der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten.

Diese gesetzlichen Vorschriften waren das Ergebnis der Erkenntnis, dass das Bundesgesundheitsministerium endlich handeln musste, denn die äußerst kostenträchtigen Fehlentwicklungen im deutschen Gesundheitswesen hatten öffentlich den Ruf nach einer zentralen Institution zur Korruptionsbekämpfung („Antikorruptionsbeauftragter“) immer lauter werden lassen. An dieser Erkenntnis hatten einerseits die Ermittlungsstellen einzelner Krankenkassen, andererseits auch die Strukturanalysen von Transparency Deutschland wichtigen Anteil. Zeitgleich wurde außerdem in Brüssel das „European Healthcare Fraud and Corruption Network“ gegründet, das seither in unseren Nachbarländern missbräuchliche Praktiken in den Gesundheitssystemen analysiert und bekämpft; diesem Analyse-, Erfahrungs- und Bekämpfungs- Verbund hat sich bisher keine Spitzenorganisation des deutschen Gesundheitswesens und haben sich weder Bund noch Länder angeschlossen, obgleich zum Beispiel in Großbritannien Millionenbeträge wieder hereingeholt werden, die sonst dem Gesundheitssystem durch Verschwendung, Betrug und Korruption verloren gehen würden.

Der zweite Bericht des Bundesgesundheitsministeriums über die Jahre 2006/2007 liegt seit wenigen Wochen vor (Ausschussdrucksache 16(14)0402 vom 24. 6. 2008); der erste Bericht über die Jahre 2004/2005 (Ausschussdrucksache 16(14)0402) stammt vom 8. Mai 2007. Beide Berichte zeigen das Bemühen der Bundesregierung, bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen substantiell voranzukommen. Eine Reihe von Arbeitstagen von Bund und Ländern bzw. mit den Auf-

sichtsbehörden haben in den vergangenen Jahren stattgefunden, die die offenkundigen Mängel und beabsichtigte Verbesserungen beschrieben haben. Die dem Gesundheitsausschuss zugeleiteten Papiere zeigen allerdings schon bei der Analyse die Kompromisse, die das Bundesgesundheitsministerium im Hinblick auf die Länderzuständigkeiten eingehen muss. Nach Lage der Dinge wird die Diskussion des zweiten Berichtes im Bundesgesundheitsausschuss schwerlich zu einer öffentlichen Debatte führen, weil diese die anstehende und nach wie vor umstrittene Einführung des Gesundheitsfonds mit seinen absehbaren Verteuerungen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber zusätzlich belasten würde und somit für das Erscheinungsbild der Koalition schädlich wäre.

Um Öffentlichkeit herzustellen hat sich deshalb die „Arbeitsgruppe Korruption im Gesundheitswesen“ von Transparency Deutschland mit den Folgen des Gesetzes von 2004 und seinen Defiziten befasst und Folgendes festgestellt:

Defizite des Gesetzes:

1. Das Gesetz macht keinerlei Vorschriften, wie die gesetzlich verankerten „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten“ auszustatten, wo sie anzubinden, wie sie zu kontrollieren und was ihre konkreten Aufgaben sind. Infolgedessen handhaben sowohl die Kassen wie die auf Länderbasis organisierten Kassenärztlichen/ Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Vorschrift äußerst unterschiedlich. Die Berichtszeiträume sind verschieden, die Anstrengungen zur Ermittlung von Fehlverhalten unterscheiden sich erheblich, die ermittelten Schadenssummen und deren Regulierung lassen keine verallgemeinernden Schlüsse zu. Maßnahmen zur Behebung von Missständen werden nicht abgefragt.

Die Folge dieser gesetzlichen Ungenauigkeit ist eine totale Unvergleichbarkeit der Ergebnisse der Einzelberichte. Dies führt dazu, dass eine aussagefähige Zusammenfassung nicht möglich ist. Bestenfalls kann man sagen, dass die Kassen dem gesetzlichen Auftrag gründlicher nachgekommen sind als die ärztlichen Körperschaften; so stammen beispielsweise die den beiden Berichten angehängten Beispiele aus Aufstellungen der Krankenkassen. Die Aussagen über die Arbeit der Stellen bei den Kassenärztlichen/ Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind auch im zweiten Bericht äußerst dürftig. Über die Pflegekassen, die häufig in die Krankenkassen integriert sind, findet sich in beiden Berichten kein Wort.

2. Das Gesetz definiert nirgendwo, was unter „Fehlverhalten“ zu verstehen ist.

Die Folge ist, dass höchst unterschiedliche Missbrauchstatbestände („Fehlverhalten“, „Missbrauch“, „Abrechnungsbetrug“, „Falschabrechnung“) aufgelistet werden, für deren Bekämpfung ebenfalls unterschiedliche Maßnahmen nötig wären. Eine Analyse oder Gewichtung findet nicht statt.

3. Das Gesetz schreibt nicht vor, dass eine aussagefähige Zusammenfassung der Berichte aller berichtspflichtigen Institutionen bei einer zentralen Stelle vorgesehen ist.

Infolgedessen stellen die Berichte lediglich eine vermehrte interne Bürokratie dar, deren Nutzen den Körperschaften kaum verständlich zu machen ist. Interne Informationen, die Transparency Deutschland zugingen, ergeben, dass

die Krankenkassen diese Berichte als überflüssige Bürokratie sehen, da sie absolut folgenlos bleiben und nur Arbeitskraft binden.

4. Das Gesetz schreibt nicht vor, dass die Berichte veröffentlicht werden müssen. Sie sollen lediglich zeitnah den vorgesetzten Behörden zugeleitet werden, die daraus eine Zusammenfassung herstellen und dem Bundesgesundheitsministerium zuleiten müssen. Wird dieser Bericht im Gesundheitsausschuss diskutiert, bleibt auch diese Debatte ohne öffentliche Resonanz, denn die Sitzungen sind nicht öffentlich.

Die Folge ist somit keineswegs ein Zuwachs an Transparenz wie angeblich angestrebt, denn die Grundlagen für spezifiziertes Nachfragen und für qualifizierte Korrekturen werden nicht geliefert.

Defizite der Berichte:

1. Der Bericht 2004/2005 machte sich die Auffassung des Bundeskriminalamtes zu Eigen, dass man bei Straftaten im Gesundheitswesen nicht länger von sogenannten Kavaliersdelikten ausgehen kann. „Fehlverhaltensfälle haben eine Größenordnung angenommen, die konsequent angegangen werden muss“. Dazu „hat der Gesetzgeber diese Aufgabe gesetzlich manifestiert, um den Organisationen eine klare Grundlage für diese Tätigkeit zu geben“.

Von dieser Analyse und der daraus abgeleiteten „klaren Grundlage“ für die Folgetätigkeit ist im Bericht 2006/2007 nichts Mutiges mehr geblieben. Vielmehr bescheidet sich das Bundesgesundheitsministerium im fünften Jahr der Existenz der entsprechenden Vorschriften damit, die Zahl der Sitzungen der „Arbeitsgruppe Abrechnungsmanipulationen“ der Krankenkassen aufzulisten und zu behaupten, dass „nach fast übereinstimmender Auffassung der Aufsichtsbehörden der Länder und auch des Bundesversicherungsamtes (BVA) ... Maßnahmen zur Standardisierung der Berichte nicht erforderlich“ sind, zumal es „keine gesetzlichen Vorgaben zu den Inhalten der Berichte gebe“, so dass „Vorgaben der Aufsichtsbehörden für eine Standardisierung und Vereinheitlichung“ schwerlich durchsetzbar seien. Dies kann man nur als Eingeständnis der Schwäche verstehen.

2. Der Bericht 2006/2007 stellt fest (Seite 3, der Bericht 2004/2005 hat keine Seitenzahlen), dass „die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) ihre zweiten Berichte ...dem Bundesministerium für Gesundheit als der zuständigen Aufsichtsbehörde vorgelegt“ haben. Formal wurde dem Gesetz also Genüge getan. Da die Spitzenverbände selbst Missbrauch und Korruption aber weder aufdecken noch verfolgen, sondern diese von den Untergliederungen in deren Berichten gemeldet erhalten, „enthalten die Berichte dieser Organisationen keine flächendeckenden Angaben über die Zahl der gemeldeten Fälle, die Höhe des Schaden usw.“

Lediglich die Berichte des AOK- Bundesverbandes und des VdAK/ AEV stellen - wie schon der Bericht 2004/2005 - weiterführende Kennzahlen zur Verfügung. Aber auch diese lassen (S.4 Bericht 2006/2007) nicht erkennen, ob die durchgesetzten höheren Schadenersatzforderungen nun auf ein Ansteigen des Fehlverhaltens oder auf die erfolgreiche Tätigkeit der Stellen zur Fehlverhaltensbekämpfung zurückzuführen sind.

Dass das Bundesgesundheitsministerium sich mit dieser Feststellung begnügt, stellt der Wirkung des Gesetzes ein Armutszeugnis aus.

3. Um einen annähernd flächendeckenden Überblick über das Wirken der Stellen zu erhalten, hat das Bundesgesundheitsministerium im März 2008 die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder um weitere Informationen gebeten: Zahl der gemeldeten Fälle, Höhe der Schadenssummen, Zahl der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren, etc. Noch ist der Rücklauf nicht vollständig.

Klar ist aber, dass auch nach Eingang all dieser Informationen kein belastbares Bild für das Bundesgebiet entstehen wird, da die Aufsichtsbehörden die ohnehin nach unterschiedlichen Kriterien erstellten Einzelberichte auch noch mit unterschiedlicher Intensität auswerten (S. 5 Bericht 2006/2007).

4. Ein entscheidender Mangel wird deutlich genannt: die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen lässt zu wünschen übrig. Dieses Problem belegt der Bericht 2006/2007) durch die angehängte Sammlung von Beispielen, die allesamt aus den Teilberichten der Krankenkassen stammen. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen scheinen ihre Missbrauchsfälle möglicherweise zu erfassen, aber selbst in anonymisierter Form kaum weiterzugeben.

Wer an diesem Punkt nach positiven Abweichungen sucht, ist auf eigene Recherchen angewiesen: die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat nicht nur eine hervorragend organisierte Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten eingerichtet, sondern sie betreibt auch zusammen mit der AOK eine anonyme Hotline, an die jeder in Bayern Versicherte Fälle von Missbrauch und Korruption melden kann. Interne Umfragen von Transparency Deutschland geben punktuell ebenfalls Ansätze von Transparenz in anderen Gegenden Deutschlands zu erkennen, beispielsweise in Bremen und Nordrhein. In den Berichten 2004/2005 und 2006/2007 schlägt sich dergleichen aber nicht nieder.

5. Besonders problematisch erscheint ein Punkt, der in beiden Berichten nicht angesprochen wird: Missbrauch und Korruption im Gesundheitsbereich werden nicht dadurch „geheilt“, dass diejenigen unter den Ärzten, Apothekern, Pharmaunternehmen oder Patienten/ Versicherten, die das System missbräuchlich ausnutzen, Schadenersatz leisten müssen. Das ist selbstverständlich. Sie müssen darüber hinaus aber auch empfindlich bestraft und ihr Verhalten muss geächtet werden, ferner müssen die Missbrauchsmöglichkeiten für die Zukunft verstopft werden. Der Schadenersatz allein mag für die Kassen wichtig sein, aber er leistet nichts zur Verbesserung des Systems. Dafür bedarf es ordentlicher Gerichtsverfahren und Verurteilungen.
6. Es verwundert, dass Missbrauchsfälle bei den Pflegekassen in den Berichten nicht gesondert auftauchen und dass dies das Bundesgesundheitsministerium nicht anmahnt, da dieser Sektor in der Öffentlichkeit unter starker Beobachtung und Kritik steht. In den angefügten Beispielen sind zwar solche des Pflegebereichs genannt, hier fehlt aber jegliche Systematik.

Zusammenfassend stellt Transparency Deutschland fest, dass die „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ zwar von einer löblichen Absicht getragen sind, dass sie aber keineswegs das leisten, was die Versichertengemeinschaft erwarten darf: Transparenz im Dschungel des Abrechnungs-Chaos herzustellen.

len und kostensenkend zu wirken, ferner kriminellem Handeln, das die Solidarität des Systems missbraucht, einen Riegel vorzuschieben. Dies ist eine schlechte Ausgangsbasis für den nächsten Schritt zur „Reformierung“ des Systems. Der Gesetzgeber ist gefordert, die Vernetzung der beteiligten Stellen durch Vorgaben zu erleichtern und zu vereinheitlichen.

Transparency Deutschland fordert daher:

1. Eine Systematisierung der Berichte hinsichtlich des Ermittlungszeitraums und hinsichtlich der Ermittlungskriterien, sowie hinsichtlich der Vorgehensweise zur Schadensregulierung sowie zur Schadensprävention. Auch die Sanktionierung von dolosem Handeln im Gesundheitsbereich muss Gegenstand der öffentlichen Debatte werden.
2. Eine Aufschlüsselung des Gesamtberichtes, aus der sich ergibt, a) wie viele Kassen, KVen, KzVen Berichte abgeliefert haben, b) wie viele Hinweise auf doloses Verhalten und dessen Bereinigung in diesen Berichten enthalten waren, c) wie viele Strafverfahren eingeleitet wurden, d) wie hoch die Schadenssummen im Einzelfall und in der Summe waren.
3. Eine Darstellung über die Anbindung und Ausgestaltung der „Stellen“ mit einer Analyse über deren Erfolge, so dass sich Folgen ergeben für eine Verbesserung des Systems
4. Eine Veröffentlichung künftiger Berichte, so dass eine öffentliche Debatte möglich ist.
5. Eine Darstellung der Effizienz dieses Gesetzes im Vergleich zu internationalen Anstrengungen zur Verbesserung der Effizienz der Gesundheitssysteme (z.B. der National Health Service in Großbritannien).