

Vertreterversammlung

Wir wollen uns nicht der gegenseitigen Kannibalisierung ausliefern

Bericht von der 43. Vertreterversammlung der KV Sachsen am 12.12.07

Bevor der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Herr **Dr. Stefan Windau**, die ärztliche Solidarität mit dem obigen Satz anmahnte, begrüßte er Frau **Wilma Jessen** als Vertreterin des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und den Ehrenvorsitzenden der KVS, Herrn **Dr. Hans-Jürgen Hommel**. Er verabschiedete Herrn **Dr. Wolfgang Beyreuther** als Mitglied der Vertreterversammlung und würdigte seine Verdienste beim Aufbau der KV Sachsen und als langjähriger Stellv. Vorsitzender der Vertreterversammlung, als Bezirksgeschäftsstellenleiter bzw. Stellv. Vorsitzender der Bezirks(geschäfts)stelle Chemnitz. Als Nachfolger in der Vertreterversammlung rückte **Herr Dipl.-Med. Ulrich Göhler** nach.

Frau Jessen übermittelte die Grüße von Frau Staatsministerin **Helma Orosz** und bat die Ärzteschaft um Hilfe bei der Suche nach ärztlichen Gutachtern für das Sächsische Landesamt für Familie und Soziales. Das entsprechende Infoblatt liegt diesen KVS-Mitteilungen bei.

Bericht zur Lage

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, **Dr. Stefan Windau**, ging in seinem Bericht zur Lage auf die in Bewegung gekommene berufspolitische Landschaft ein. Das gilt besonders, seit die AOK Baden-Württemberg einen Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b ausgeschrieben hat. Patienten würden sich in ein hermetisch abgeriegeltes System begeben, es gäbe Konsequenzen für die Notfallversorgung und vieles mehr. Dr. Windau sieht die Ausschreibung dieses Vertrages als Versuchsballon. Diese Selektivverträge sind ein klares Mittel zum Zweck, nämlich divide et impera. Das Neue ist, dass die AOK Baden-Württemberg die Versorgung ihrer 3,9 Mill. Versicherten mit 3.000 Hausärzten in Zukunft allein sicherstellen möchte. Dazu beabsichtigt sie die Gesamtvergütung entsprechend zu bereinigen.

Danach beschäftigte sich Dr. Windau mit dem neuen Spitzenverband der Krankenkassen. Dieser wird sich 2008 als wesentlicher Verhandlungspartner etablieren. Bedeutsame Vertragsinhalte für die

Honorarverteilung und für viele andere Dinge, die bisher zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Landes-KVen vereinbart wurden, werden auf Bundesebene verlagert. Das wird auch das KV-System vor neue, ganz erhebliche Aufgaben stellen.

Dann ging der VV-Vorsitzende auf den EBM 2008 ein: Allein die EBM-Änderungen werden niemandem nur einen Cent mehr Honorar im nächsten Jahr bringen. 2008 ist eine reine Zwischenphase.

Dr. Windau benannte die „zwei Stellschrauben in der Zukunft“. Ab 2009 werden der verhandelte auf Morbidität bezogene Leistungsbedarf und die Orientierungspunkt-werte entscheidend sein. Darin sieht er für 2009 zum ersten Mal eine Chance, tatsächlich auch dem Krankheitsgeschehen entsprechend deutlich mehr Honorar herauszuverhandeln. Voraussetzung dafür ist, dass die entsprechende Morbidität auch über die Anzahl und die Art der Behandlung der behandelten Patienten dargestellt wird. Dafür ist 2008 sehr wenig Zeit.

In der Diskussion brachte Dr. Windau die Situation mit dem Satz in der Überschrift auf den Punkt: „Wir wollen uns nicht der gegenseitigen Kannibalisierung ausliefern.“

Aber, alle Dinge, die von der KV Sachsen zu lösen sind, sieht Dr. Windau in einem guten Fahrwasser.

Geschäftsbericht des Vorstandes
Dr. Klaus Heckemann wählte das Bild des Schachspiels um das Agieren der Akteure im Gesundheitswesen zu veranschaulichen. Dabei gehe es nicht um die Sache selbst, sondern darum, einen Anderen der Handlungsfähigkeit zu berauben und ihn Matt zu setzen. Die Situation der GKV verglich er passend mit einer Patt-Situation: die Akteure platzen fast vor Aktionismus und das Gesamtsystem scheint trotzdem erstarrt zu sein.

Der Vorstandsvorsitzende der KV Sachsen berichtete ebenfalls vom sehr positiven Vertragsabschluss zur Gesamtvergütung 2007/08 mit der IKK (siehe Editorial auf Seite 3).

Er beleuchtete die zähfließenden Verhandlungen mit der AOK. Ausgehend davon, dass die sächsischen Ärzte für AOK-Patienten Leistungen in einem Umfang von ca. 3 Mrd. Punkten im Quartal erbringen und davon bislang quartalsweise über 600 Mio. Punkte lediglich zum Restleistungspunktwert vergütet bekommen, forderte die KV Sachsen auf dieser Grundlage eine Erhöhung um 73 Mio. Euro. Dieser Argumentation hat sich die AOK vollständig verschlossen, weshalb das Schiedsamt angerufen werden musste.

Die AOK ihrerseits sieht nur eine Möglichkeit die Gesamtvergütung spürbar zu erhöhen, wenn die Sicherstellung nachweislich



Dr. Heckemann bei seinem Bericht

gefährdet ist. Nach Auffassung des Schiedsamtes sprechen vor allem unangenehme Wartezeiten für einen unzureichend befriedigenden Versorgungsbedarf. Der Schiedsamtsvorsitzende beauftragte ein neutrales Institut mit einer repräsentativen Befragung. In 55 % der Fälle erhielten die Testanrufer keinen oder einen unzumutbar späten Termin. Diese „Mystery calls“ sind sicher nicht fair gegenüber dem einzelnen Arzt, waren aber vor dem Schiedsamt notwendig, um die Wartezeiten und damit den Ärztemangel nachweisen zu können.

Die einzelnen Ergebnisse sind aufgrund des laufenden Verfahrens noch nicht öffentlich. Dr. Heckemann betonte hier erneut, dass alle Maßnahmen der KV Sachsen letztendlich der flächendeckenden ambulanten medizinischen Versorgung in Sachsen dienen. Die Bedarfsplanung (von 1992!) basiert immer noch auf der Versorgungssituation der alten Länder in den 80er Jahren! Sie zeigt den Mangel aufgrund der sich ändernden Altersstruktur nicht an, aber einige Politiker wie Frau Staatsministerin Orosz haben das inzwischen erkannt.

Dr. Heckemann schilderte auch die fragwürdigen Schachzüge der AOK im Umfeld der Kündigung der Onkologie-Vereinbarung. Da es sich um ein besonders drastisches Beispiel des versuchten Sparens an Schwerkranken handelte, war der öffentliche Aufschrei besonders laut. Jeder Entzug von Mitteln verschärft die Sicherstellungsprobleme. Zurzeit wird wieder verhandelt. Der Vorstandsvorsitzende betonte erneut, dass die Angleichung des Honorarniveaus Ost-West der absolute Königsweg und weiterhin das primäre Ziel bleibt.



Wahlmarathon

Nachfolger gewählt

Nach dem Ausscheiden von Herrn **Prof. Dr. Heiner F. Porst** aus der Vertreterversammlung war die Funktion des Stellv. Vorsitzenden der Vertreterversammlung vakant. Herr **Dr. Frank Eisenkrätzer** schlug als Nachfolger Herrn **Dr. Joachim Pilz** vor. Dr. Pilz, Jahrgang 1954 und seit 1991 in Dresden als Augenarzt niedergelassen, nannte die Schwerpunkte seiner berufspolitischen Arbeit. Der Zusammenhalt der Ärzte und die Erhaltung der Freiberuflichkeit sowie der Ost-West-Angleich sind für ihn am wichtigsten. Die Vertreter wählten ihn mit großer Mehrheit zum Vertreter von Herrn Dr. Windau. Außerdem bestimmten sie ihn als Nachfolger von Herrn Prof. Porst in die Vertreterversammlung der KBV.



Dr. Windau gratuliert Dr. Pilz zu seiner Wahl

Nachwahlen für den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

Bei der Vertretung der KVS im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ergab sich bisweilen die Situation, dass durch terminliche Verhinderung von Mitgliedern der KVS im Landesausschuss und auch deren Stellvertretern eine vollzählige Teilnahme (acht Stimmen) der KVS erschwert wurde. Aus diesem Grund wird der Bedarf gesehen, weitere Stellvertreter zu benennen. So wurden als weitere Stellvertreter der KVS für den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Sachsen Herr **Andreas Altmann**, Herr **Andreas Fritschi** und Herr **Dieter Gerlich** einstimmig gewählt.

Nachwahlen für die Bereitschaftsdienstkommission

Herr **Dr. Klaus Pöhlandt** hat zum 30.09.2007 seine vertragsärztliche Tätigkeit als niedergelassener Arzt beendet und ist seit 01.10.2007 als angestellter Arzt in einem MVZ tätig. Dadurch stand er nicht mehr als Mitglied für die Bereitschaftsdienstkommission im RB Leipzig zur Verfügung. Herr **Dipl.-Med. Peter Raue** wurde als Nachfolger vorgeschla-

gen und einstimmig gewählt. Herr Raue ist seit Juli 1996 als Facharzt für Kinderchirurgie in Leipzig niedergelassen.

Unternehmensleitbild

Die Stellv. Vorsitzende Frau **Dr. Ulrike Schwäblein-Sprafke** stellte das Unternehmensleitbild der KVS vor. Die 41. Vertreterversammlung hatte vor gut einem Jahr die Notwendigkeit bestätigt, dass sich der Vorstand und die Geschäftsführung vor dem Hintergrund der gesetzgeberischen Aktivitäten zukünftig verstärkt mit strategischen Fragestellungen und Fragen der zukünftigen Ausrichtung der KV Sachsen befassen sollen. Dieser Anforderung sind der Vorstand und der Hauptausschuss umfangreich nachgekommen. Auszüge des Leitbildes finden Sie auf Seite 9 dieses Heftes.

Änderungen der Abrechnungsordnung

Dr. Windau begründete die notwendigen Korrekturen. Vor allen Dingen handelt es sich um eine Änderung des § 7, mit der die künftige Finanzierung der KV Sachsen sichergestellt werden soll. Die Satzung der KV ermöglicht, neben einer umsatzbezogenen Verwaltungskostenerhebung auch fixe Pauschalbeträge pro Mitglied zur Finanzierung der Verwaltungsaufwendungen der KV Sachsen zu erheben. Bisher hat die KV Sachsen ausschließlich den ersten Ansatz gewählt, obwohl der Verwaltungsaufwand zu Teilen je Mitglied unabhängig von der Höhe des Honorarumsatzes entsteht.

Dr. Windau betonte:

- Ziel dieses Schrittes ist, auch jene Ärzte angemessen an den körperchaftlichen Aufwendungen zu beteiligen, die einen Großteil ihres Umsatzes mit Einzelverträgen erwirtschaften wollen und dadurch nur noch einen geringen Honoraranteil über die KVS erbringen und damit zwangsläufig die Basis für die herkömmliche Umlage minimieren.
- Unabhängig von der neuen Erhebungsstruktur muss die KV im Falle umfangreich erodierender Umsätze ihre Strukturen und Kosten anzupassen haben, vornehmlich in der Abrechnung und den flankierenden Prozessen.
- Selbstredend ist deshalb bei der Einführung der Pauschale der honorarabhängige Umlagesatz anzupassen. Wie bereits gesagt, haben wir es selbst in der Hand, ob dieser Vorrats-Beschluss seine Wirkung entfaltet.

Im Übrigen werden in der Abrechnungsordnung Übergangsregelungen anlässlich der Einführung des EBM 2000plus gestrichen. Für die Einführung des EBM 2008 sind Übergangsregelungen nicht erforderlich. Anschließend wurde der Antrag des Vorstandes, die Abrechnungsordnung wie vorgelegt mit Wirkung ab 1. Januar 2008 zu ändern mit zwei Gegenstimmen angenommen.

Die neue Abrechnungsordnung liegt diesem Heft bei.

Bekämpfung von Fehlverhalten

Zu den Aufgaben des Vorstands gehört auch, im Abstand von zwei Jahren die Vertreterversammlung über die Arbeit der „Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ nach § 81a Abs. 1 SGB V zu unterrichten. Dr. Heckemann tat dies. Es wird eingeschätzt, dass im Berichtszeitraum die Zusammenarbeit mit den Kassen und anderen Institutionen und



Dr. Klemm bei seinem Bericht

Gremien spürbar verbessert werden konnte. Der Bericht wird auch der Aufsichtsbehörde übermittelt. Umfangreiche Auszüge der Rede finden Sie nachstehend.

Haushaltsbericht 2006 und Haushaltsvoranschlag 2008

Im nichtöffentlichen Teil der Versammlung erläuterte der Vorsitzende des Finanzausschusses, Herr **Dr. Wolfgang**

Klemm, den Rechnungsabschluss 2006. Dr. Windau dankte dem Finanzausschuss anschließend für die gute Arbeit. Nach dem Vortrag entlasteten die Vertreter einstimmig den Vorstand vom Haushalt 2006. Danach trug Dr. Klemm den Haushaltsvoranschlag 2008 vor. Die Verwaltungskostenumlage für die sächsischen Ärzte und Psychotherapeuten bleibt auch 2008 bei 2,7 %. Ausführlichere Darstellungen zum Haushalt 2008 werden im nächsten Heft erfolgen. Die Versammlung stimmte allen Anträgen einstimmig zu.

Herr Dr. Windau dankte allen Vertretern und Referenten herzlich und schloss die Versammlung.

– Öffentlichkeitsarbeit/im –

Bericht des Vorstandes der KVS an die VV der KVS über die Tätigkeit der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß § 81a Abs. 1 SGB V

im Zeitraum vom 1. Januar 2006 bis 31. Dezember 2007. (gekürzt)

Gemäß § 81a Abs. 5 SGB V hat der Vorstand im Abstand von zwei Jahren der Vertreterversammlung über Arbeit und Ergebnisse der organisatorischen Einheiten nach § 81a Abs. 1 SGB V zu berichten. Diesen Bericht legt der Vorstand vor. Er wird auch der Aufsichtsbehörde übermittelt. Die Befugnis der Stelle des § 81a Abs. 1 SGB V erstreckt sich auf Fälle, in denen die Stelle unmittelbar angesprochen wird. In Fällen der Zuständigkeit anderer Prüfungsgremien erfolgt gegenüber dem Anzeigenden eine Benachrichtigung über die Abgabe des Vorganges an die zuständige Stelle.

Zusammenarbeit mit der Staatsanwaltschaft

Die Zusammenarbeit mit den Staatsanwaltschaften konnte intensiviert werden. So erfolgte am 21. November 2006 ein Gedankenaustausch mit zwei Oberstaatsanwälten der Generalstaatsanwaltschaft des Freistaates Sachsen. Die Generalstaatsanwaltschaft erklärte sich bereit, ausgewählte frühere Verfahren einer nachträglichen Auswertung zuzuführen, damit die KV Sachsen die Erfolgsaussichten von Strafanzeigen präziser abzuschätzen vermag. Zur bundesweit häufig diskutierten Frage der Geringfügigkeitsgrenze bestand mit der Generalstaatsanwaltschaft Einigkeit darüber, dass eine starre Grenze den Besonderheiten des konkreten Einzelfalls nicht gerecht werden würde. Ein vergleichsweise geringer Schaden erzeugt ein Ermittlungsbedürfnis beispielsweise dann, wenn die Sachlage für eine hohe kriminelle Energie spricht oder die Aufdeckung weiterer Schäden nicht ausgeschlossen ist.

Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

1. Die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen für eine wirksame Bekämpfung von Fehlverhalten ist von übergeordneter Bedeutung. Manche Sachverhalte können nur dann einer Prüfung durch die KV Sachsen unterzogen werden, wenn Kassen die hierfür erforderlichen Informationen bereitstellen. So kann eine Ermittlung von widerrechtlichen Leistungsabrechnungen nach dem Tod von Patienten nur erfolgen, wenn die entsprechenden Sterbedaten der Versicherten vorliegen. Im Berichtszeitraum fanden eine Reihe von Gesprächen mit der AOK Sachsen und ein Treffen mit dem VdAK statt.
2. Das Zusammenwirken auch mit der Sächsischen Landesärztekammer gestaltete sich zunehmend enger und wird weiter ausgebaut.
3. Nach § 81a Abs. 1 SGB V hat die Stelle Fällen und Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf

rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln hindeuten. Für den Fall, dass die Ermittlungen wegen des Fehlens eines Anfangsverdachts auf eine strafbare Handlung nicht zu einer Unterrichtung der Staatsanwaltschaft führen, ist bei Vertragsarztrechtswidrigkeit des ärztlichen Verhaltens ein Disziplinarverfahren indiziert. Zur Gewährleistung einer reibungslosen Schnittstelle zwischen strafrechtlicher und disziplinarrechtlicher Prüfung fand ein Gespräch mit den Vorsitzenden der Disziplinarausschüsse statt, in welchem die beiderseitigen Sichtweisen ausgetauscht wurden. In Bezug auf wesentliche Verfahrensfragen bestand Konsens.

In folgenden Angelegenheiten wurde ermittelt:

1. Abrechnung von Leistungen nach dem Tod von Patienten

Seit dem 1. Quartal 2004 informiert die AOK Sachsen die KV Sachsen über Ärzte, die Leistungen nach dem Tod von

Versicherten zur Abrechnung bringen. Diese Angaben stellen die Basis für das umfangreichste Tätigkeitsgebiet der Stelle nach § 81a SGB V dar, da in diesen Fällen eine strafrechtliche Relevanz grundsätzlich nicht ausgeschlossen ist. Auffälligkeiten dieser Art sprechen dafür, dass Leistungen in größerem Umfang generiert werden, da der Verdacht nahe liegt, dass nicht erbrachte Leistungen auch unter Bezugnahme auf nicht verstorbene Versicherte abgerechnet werden. Die Hinweise der AOK Sachsen erstrecken sich auf derzeit 94 Ärzte. Der Vorstand der KV Sachsen entschied, dass in allen Fällen eine interne Ermittlungstätigkeit, im Minimum in Gestalt der Einholung einer Stellungnahme, eingeleitet werden soll, außer bei einmaliger Auffälligkeit. 50 Stellungnahmen wurden bislang abverlangt. Ein Betrugsverdacht bestätigt sich dabei meist nicht.

Der Umfang der Ermittlungen bestimmt sich maßgeblich nach der Häufigkeit der Auffälligkeiten und danach, ob zwischen dem Todestag und dem Abrechnungszeitpunkt Quartalsgrenzen überschritten wurden. Intensivierte Ermittlungen, die z. B. mit Recherchen über die Anzahl pro Tag eingeleiteter Krankenversichertenkarten einhergehen, erfolgten bislang in acht Fällen. Nach Vorstandsvorladungen in vier dieser Fälle erfolgten eine Strafanzeige sowie zwei Beantragungen von Disziplinarverfahren. Zumindest in den Fällen mit Quartalsüberschreitung, also in noch 14 Fällen, sind weitere intensivierte Ermittlungen geplant.

2. Einzelfälle

- Nach einem von der LKK zugeleiteten anonymen Hinweis, stand eine Ärztin im Verdacht, von Ihren Patienten Krankenversichertenkarten Angehöriger zur Einlesung und Abrechnung von Leistungen verlangt zu haben. Sowohl durch die Befragung der Ärztin als auch von Patienten ließ sich der Verdacht nicht erhärten, sodass die Ermittlungen eingestellt wurden.
- Auf der Grundlage einer Versichertenbeschwerde wurde seitens der Bezirksgeschäftsstelle Leipzig bei einem Arzt festgestellt, dass Überweisungsinhalt und abgerechnete Leistungen nicht übereinstimmen. Die Ermittlungen hierzu dauern noch an.
- Die AOK Sachsen wandte sich an die Stelle nach § 81a SGB V, nachdem ein Arzt in Verdacht geraten war, im Rahmen der medizinischen Betreuung von Sportvereinen nichterbrachte Leistungen abge-

rechnet zu haben. Die von der AOK Sachsen erstattete Strafanzeige blieb erfolglos. Seitens des Vorstandes der KV Sachsen wurde die Durchführung eines Disziplinarverfahrens beantragt.

- Beruhend auf dem Hinweis der Bezirksgeschäftsstelle Leipzig wurde bei einem ermächtigten Arzt im Rahmen einer Prüfung, ob ein Verstoß gegen die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung vorliegt, ein Antrag auf Durchführung eines Plausibilitätsverfahrens eingereicht, um die Leistungsabrechnung einer Überprüfung zuzuführen.
- Ein Bürger hatte seine Bedenken geäußert, ob eine Ärztin berechtigt sei, frauenärztliche Leistungen gegenüber von Schülerinnen im Klassenkollektiv zu erbringen und abzurechnen. Der Vorstand der KV Sachsen klärte die Ärztin über die Widerrechtlichkeit dieser Abrechnungspraxis und die möglichen Sanktionspotentiale auf.
- Eine Psychotherapeutin steht im Verdacht, Leistungen mit Zeitbezug verkürzt zu erbringen und dennoch abzurechnen. Die Befragung einzelner Versicherter durch die DAK und ein Vorstandsgespräch führten nicht zur Klärung der Angelegenheit, so dass weitere Ermittlungen notwendig sind.
- Der von einer Betriebskrankenkasse geäußerte Verdacht einer Doppelabrechnung bestätigte sich nach Einholung der Stellungnahme des Arztes nicht.
- Der VdAK bat um Überprüfung der Abrechnung eines Arztes, weil in dessen Abrechnungen Nummern von Krankenversichertenkarten, die nicht mehr im Umlauf sein sollten, auftauchten. Auf Nachfrage konnte vom Kassenverband nur in drei Fällen die nachweisliche Einziehung der Karten versichert werden. Da der Arzt unerwartet verstarb, konnten die Ermittlungen nicht zu Ende geführt werden. Im Rahmen der Prüfung war jedoch eine bislang unbeteiligte Ärztin aufgefallen, indem die Nummer einer eingezogenen Versichertenkarte auch bei dieser festgestellt wurde. Die so ausgelösten Ermittlungen sind noch nicht abgeschlossen; eine Strafanzeige ist jedoch wahrscheinlich.
- Die Stelle nach § 81a SGB V beschäftigte sich mit dem über die KV Brandenburg weitergeleiteten Hinweis der AOK Brandenburg, wonach ein sächsischer Arzt auf Überweisung tätig geworden ist und Leistungen nach dem Tod einer Patientin abgerechnet haben soll. Im Ergebnis der Überprüfungen konnte festgestellt werden, dass dieser Verdacht auf der fehlerhaften Eintra-

gung der Versichertennummer beruhte und die Patientin lebt.

- Das SMS informierte, dass ein Laborarzt möglicherweise nicht indizierte Leistungen erbringt, die seine Abrechnung im hohen Maß unplausibel werden lassen. Die eingeleiteten Ermittlungen konnten wegen des Todes des Arztes nicht fortgesetzt werden.
- Es war aufgefallen, dass einer Patientin von ihrer Frauenärztin in Rechnung gestellte Leistungen ebenfalls zu Lasten der GKV abgerechnet wurden. Die Ärztin wurde zur Stellungnahme aufgefordert. Sie räumte ein organisatorisches Fehlverhalten ein. Die Abrechnung wurde durch die KV Sachsen entsprechend korrigiert.
- Auch bei einer weiteren Ärztin bestand der Verdacht der Doppelabrechnung zu Lasten der GKV und des Patienten, wobei zudem implausible Karteneinlesedaten festgestellt werden mussten. Eine Prüfung ergab, dass keine vollständige Identität der Abrechnungsposten zu verzeichnen war. Die Ärztin wurde auf die Unzulässigkeit teilweise erfolgter doppelter Abrechnungen hingewiesen, ebenso der Patient. Die sonstigen Implausibilitäten hielten einer näheren Überprüfung nicht stand.

Fazit und Ausblick

Es wird eingeschätzt, dass im Berichtszeitraum die Zusammenarbeit mit den Kassen und anderen Institutionen und Gremien spürbar verbessert werden konnte. Dieser Umstand versetzt die Stelle nach § 81a SGB V in die Lage, Fälle mit zweifelhaften Verdachtsmomenten einer breiteren bzw. tieferen Ermittlung zuzuführen. Zudem besteht die berechtigte Hoffnung, dass die Wirksamkeit von Strafanzeigen durch die Verbindung zu den Staatsanwaltschaften über die Generalstaatsanwaltschaft oder den staatsanwaltlichen Ansprechpartnern erhöht werden kann. In inhaltlicher Hinsicht hat sich gezeigt, dass eine strafrechtlich vollkommen irrelevante Nichteinhaltung von Festlegungen und Vorschriften schnell in einem Betrugsverdacht münden kann. Es wird auch als Aufgabe der Stelle gesehen, die Ärzte entsprechend zu sensibilisieren und auf deren generell rechtmäßiges Verhalten nicht zuletzt mit den Mitteln der Generalprävention hinzuwirken. Weiterhin angestrebt wird die Harmonisierung der Schnittstellen zwischen den etablierten Prüfverfahren, speziell der Plausibilitätsprüfung.

*Der Vorstand der
Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen*