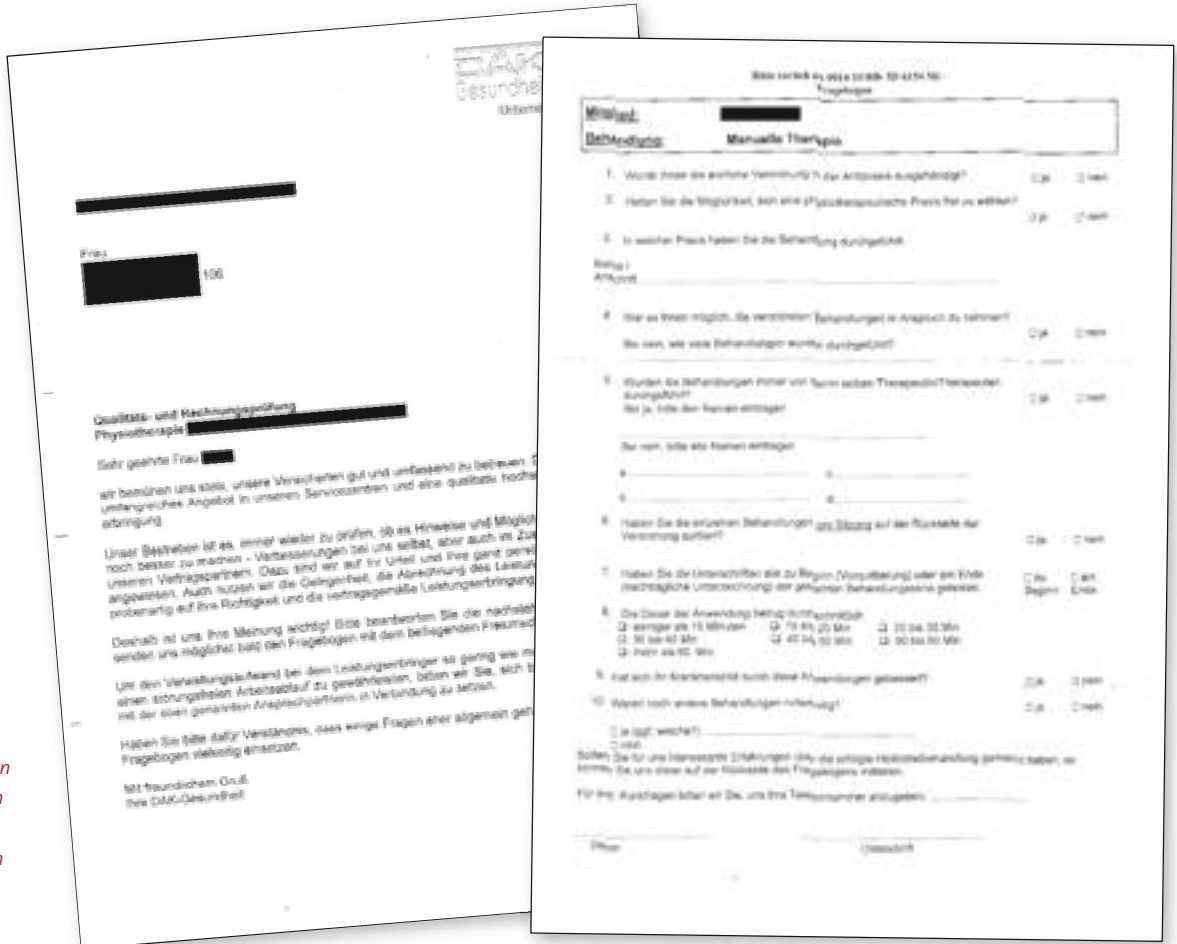


Krankenkassen führen Patientenbefragung durch

## So schnell führt Qualitätsprüfung zum Abrechnungsregress



In ihrem Schreiben an den Versicherten bittet die Kasse um die Beantwortung des mitgeschickten Fragebogens.

**Immer mehr Krankenkassen schicken ihren Patienten Fragebögen zu, mit denen sie Details zur Behandlung in Heilmittelpraxen abfragen. Solche Nachfragen bei den behandelten Patienten werden nicht zufällig durchgeführt, sondern sind in der Regel der Anfang einer Rechnungsprüfung, die oft mit hohen Rückforderungen an die Heilmittel-Praxis endet. Praxisinhaber sollten deswegen sehr genau auf die Einhaltung ihrer Verträge achten.**

„Qualitäts- und Rechnungsprüfung“ steht in der Betreff-Zeile des Schreibens einer Krankenkasse, mit dem Details zur Behandlung durch eine Physiotherapie-Praxis beim Patienten abgefragt werden. „Unser Bestreben ist es, immer wieder zu prüfen, ob es Hinweise und Möglichkeiten gibt, etwas noch besser zu machen“, beginnt das Schreiben an den Versicherten Mario Müller\*. Er war vor einiger Zeit zur Behandlung in der Praxis von Siegrid Tauchelt\*, Physiotherapeutin in Hessen. Seine Krankenkasse möchte nun „Verbesserungen bei uns selbst, aber auch in Zusammenwirken mit unse-

ren Vertragspartnern“ bei ihm erfragen. Und noch etwas bezweckt die Kasse mit ihrem Schreiben: „Auch nutzen wir die Gelegenheit, die Abrechnung des Leistungserbringers stichprobenartig auf ihre Richtigkeit und die vertragsgemäße Leistungserbringung zu überprüfen.“ Die Anlage enthält einen detaillierten Fragebogen, den Mario Müller gebeten wird, auszufüllen. Aber – ohne vorher bei seinem Therapeuten rückzufragen! „Um den Verwaltungsaufwand bei dem Leistungserbringer so gering wie möglich zu halten und einen störungsfreien Arbeitsablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie, sich bei Rückfragen direkt mit der oben genannten Ansprechpartnerin [der Krankenkasse] in Verbindung zu setzen“, erklärt die Kasse den Grund.

### Patientenbefragung keine Seltenheit mehr

Die Befragung von Patienten hinsichtlich der Durchführung von Behandlung in Logopädie-, Ergo- und Physiotherapiepraxen gehört inzwischen zum Prü-

fungsalltag der Prüfungsstellen der Krankenkassen. Liegt ein hinreichend begründeter Anfangsverdacht, zum Beispiel auf eine Falschabrechnung vor, dann werden alle Patienten einer bestimmten Praxis solch einer Befragung unterzogen. So auch geschehen bei Rolf Tappert\*, Logopäde aus Göppingen mit einer Zweigstelle in Stuttgart: Alle Patienten seiner Stuttgarter Filiale erhielten einen Fragebogen, in dem es unter anderem darum ging, wer genau während der Therapie anwesend war. So kam heraus, dass von Tapperts Mitarbeitern zeitweise Einzeltherapien abgerechnet wurden, obwohl zwei Patienten gleichzeitig behandelt worden waren. Das war auch für Tappert eine Überraschung mit teuren Folgen: 125.000 Euro hatte die Krankenkasse ursprünglich gefordert, im Vergleich einigte man sich dann auf 25.000 Euro.

Meistens kann man an den Fragen der Krankenkasse bereits erkennen, welche Vorwürfe untersucht werden. Im Fall von Siegrid Tauchelt geht es um die Leistung „Manuelle Therapie“, die ja nur von entsprechend zertifiziert und angemeldeten Mitarbeitern erbracht werden darf. „Wurden die Behandlungen immer von demselben Therapeuten durchgeführt? Wenn ja, bitte Namen eintragen. Wenn nein, bitte alle Namen eintragen.“ Derlei Fragen zeigen, dass die Krankenkasse hier erhebliche Zweifel an der Qualifikation der Therapeuten hat. Auch die Dauer der Behandlung in Minuten wird abgefragt und wie viele Therapiesitzungen denn überhaupt stattgefunden hätten. Auch weitere Formalien spielen für die Krankenkasse eine Rolle: „In welcher Praxis ist die Verordnung durchgeführt worden?“ „Haben Sie die einzelnen Behandlungen pro Sitzung auf der Rückseite der Verordnung quittiert?“

### Kassen forschen detailliert nach

Die Krankenkasse zeigt sich auch hinsichtlich der freien Therapeutenwahl interessiert: „Wurde Ihnen die ärztliche Verordnung in der Arztpraxis ausgehändigt?“ lautet eine, die um eine Folgefrage ergänzt wird: „Hatten Sie die Möglichkeit, eine physiotherapeutische Praxis frei zu wählen?“ Ganz zum Schluss des Fragebogens wird Mario Müller noch einmal aufgefordert, über seine Erfahrungen mit der Praxis zu berichten: „Sollten Sie für uns interessante Erfahrungen über die erfolgte Heilmittelbehandlung gemacht haben, so können Sie uns dieses auf der Rückseite des Fragebogens mitteilen.“

„Ich hätte nicht gedacht, dass die Krankenkassen so detailliert nachforschen“, fasst Siegrid Tauchelt ihre bisherigen Erfahrungen zusammen. Sie ahnt bereits, was die Kasse sucht. Was vielen Praxisinhabern als kleine „Schummellei“ erscheint, bekommt für Tauchelt plötzlich bedrohliche Dimensionen: „So etwas wie Kavaliersdelikte gibt es bei den Kassen-

verträgen offensichtlich nicht – in Zukunft werden wir noch genauer auf die Einhaltung von Verträgen achten!“ (bu)

\*Name v.d. Red. geändert

## i Hintergrund

### Krankenkassen prüfen Abrechnungen genau nach

#### Dürfen die das?

Dürfen Krankenkassen, die eine Rechnung ohne Beanstandung bezahlt haben, später einfach noch einmal ihre Meinung ändern und womöglich Jahre später Geld zurück verlangen? Darauf gibt es eine einfache Antwort: Die Krankenkassen dürfen das nicht nur, sie müssen es sogar!

Jede Krankenkasse ist gesetzlich verpflichtet, sogenannte „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ einzurichten. Gemäß §197a, SGBV müssen diese Stellen aktiv werden, wenn es Hinweise auf „Unregelmäßigkeiten“ gibt, wie zum Beispiel:

- ▶ **Abrechnung von nicht erbrachten Leistungen („Luftleistungen“/„Luftrezepte“);**
- ▶ **Abrechnung von einer, mit nicht notwendigen Qualifikationen, erbrachten Leistung;**
- ▶ **Annahme, Gewährung und/oder Vorenthaltung von Rückvergütungen („kick-back“);**
- ▶ **Rezept- und/oder Verordnungsfälschung;**
- ▶ **Unzulässige Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Vertragsärzten**

Jeder Leistungserbringer, der mit der GKV abrechnet, versichert in seiner Abrechnung, dass er sich an die jeweils geltenden Verträge gehalten hat. Aufgrund der großen Menge der zur Abrechnung gebrachten Heilmittelverordnungen dürfen die Kassen nach Ansicht des Bundessozialgerichtes davon ausgehen, dass sich Leistungserbringer auch wirklich an die jeweiligen Bestimmungen der Verträge halten. Insofern ist die Nichteinhaltung der vertraglichen Rahmenbedingungen kein Kavaliersdelikt, sondern ein Vertragsverstoß der vier Jahre rückwirkend wirksam werden kann.

Geht die Krankenkasse bei ihrer Prüfung davon aus, dass der abrechnende Leistungserbringer sich vorsätzlich nicht an die vertraglichen Bestimmungen gehalten hat, muss die Krankenkasse die Staatsanwaltschaft einschalten, und der Regress kann über die oben genannten vier Jahre hinaus auch noch länger zurück wirken. Die dabei entstehende Regress-Summe stellt für den Leistungserbringer in der Regel ein erhebliches Problem dar. (bu)