

**Bericht zur Lage des 1. Vorsitzenden der KVWL, Dr. Wolfgang-Axel Dryden,
anlässlich der Vertreterversammlung am 8. September 2017 in Dortmund**

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

Johann Wolfgang von Goethe war der Lieblingsdichter meines Vaters. Da ich nur zweihundert Jahre und wenige Tage nach Goethe geboren wurde, trage ich einen seiner beiden Vornamen, Wolfgang. Das stellt schon einen gewissen Bezug her. „Willkommen und Abschied“ ist eines der berühmtesten Gedichte von Goethe. Diese Zeile kommt einem sofort in den Sinn, wenn man die deutsche Gesundheitspolitik in diesem Sommer begleitet. Die Landtagswahlen im Mai brachten den Abschied für Barbara Steffens und ein erneutes Willkommen für einen alten Bekannten auf dem Ministerstuhl: Karl-Josef Laumann. Ihn haben wir nicht nur im übertragenen Sinn, sondern auch tatsächlich willkommen geheißen, denn er hat uns, dem Vorstand der KVWL, bereits einen Antrittsbesuch abgestattet.

Für einige Abschiede werden auch die Bundestagswahlen in wenigen Tagen sorgen. Wir werden sehen, wer uns dann als Minister gegenübertritt und welche Ansprechpartner wir dann im Gesundheitsausschuss des Bundestages haben.

Ob mit der Amtsübernahme oder auch im Wahlkampf, die CDU hat nun auch für sich das Thema hausärztliche Versorgung erkannt. Bundesminister Gröhe fordert mehr Lehrpraxen, um junge Mediziner für die Grundversorgung auf dem Lande zu begeistern.

Auch Minister Laumann sorgt sich um die Zukunft der hausärztlichen Versorgung, zu Recht! Ich habe das Ministerium bereits im Jahre 2005 auf den drohenden Hausarztmangel hingewiesen. Minister Laumann hat recht: Es ist 12 Jahre wenig geschehen, um dieses Dilemma zu lösen. Zwar steigen die Zahlen von Abschlüssen in der Weiterbildung Allgemeinmedizin bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe wieder leicht an, aber angesichts des anstehenden altersbedingten Abganges von Hausärzten, dem damit

verbundenen Nachbesetzungsbedarf, grenzwertiger Versorgungsdichten insbesondere in ländlichen Bereichen und der Diskussion um die Öffnung des Ruhrgebietes für Hausärzte, was weiteren Besetzungsbedarf mit Hausärzten auslösen würde, sehe ich unsere Aufgabe, eine flächendeckende gute Versorgung dauerhaft zu garantieren als äußerst problematisch an.

Bei einer Studiendauer von sechs Jahren und einer daran anschließenden Weiterbildung über mindestens 5 Jahre, bei der zunehmenden Zahl von Weiterbildungen in Teilzeit etc. sehe ich frühestens in 11 Jahren Licht am Ende des Tunnels. Dabei sind 11 Jahre das Minimum. Der zunehmende Trend nach Weiterbildung in Teilzeit wird diese Zeitspanne im Schnitt noch weiter verlängern. Es sind also weitere, zusätzliche Maßnahmen gefordert.

Wir, die KVWL, haben bereits viel getan. Infolge der Notfalldienstreform wurde die Abschaffung der Residenzpflicht ermöglicht. Zudem hat diese Reform mit Einführung planbarer Arbeitszeiten für selbständig tätige Vertragsärztinnen und –ärzte die Niederlassung deutlich attraktiver gemacht.

Kooperationsmöglichkeiten, wie sie das SGB V seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eröffnet, bieten darüber hinaus Chancen attraktiver Arbeitsplätze in der vertragsärztlichen Versorgung.

Das war aber nicht alles, was wir bewirkt haben. Sie sehen in der Präsentation schon seit einiger Zeit unten einen sogenannten Ticker. Diesen möchte ich zu einem regelmäßigen Bestandteil meiner Vorstandsberichterstattung machen. Mit diesem Ticker informiere ich Sie über den aktuellen Stand der Förderungen von Famulaturen, Blockpraktika, PJ-Stipendien und Weiterbildungen im haus- und fachärztlichen Bereich. Ich möchte damit für Sie Transparenz über unsere Maßnahmen zur Nachwuchsgewinnung herstellen. Einen Block möchte ich heute herausgreifen: Die Famulaturförderung.

Im ersten Tertial dieses Jahres haben wir insgesamt 142 Famulaturen finanziell gefördert. Fast die Hälfte der so geförderten Studenten kamen von der Ruhr Universität Bochum, ca. 20 % von der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster, ca. 15 %

von der Universität Duisburg/Essen, weniger als 10 % aus Witten/Herdecke und gut 10 % von anderen Universitäten Deutschlands.

Im Rahmen von Einzelfallentscheidungen des Vorstandes konnten so auch Studierende der Universitäten Tübingen, Göttingen, Marburg, Mainz, Kiel, Lübeck, Hannover, München und auch der beiden NRW-Universitäten Aachen und Düsseldorf einen Bezug zu der vertragsärztlichen Tätigkeit hier in Westfalen-Lippe gewinnen. Wir hoffen, dass der Eine oder Andere sich positiv an diese Zeit erinnert und nach Abschluss seines Studiums bzw. seiner Weiterbildung zurück nach Westfalen kommt, um hier vertragsärztlich tätig zu werden.

Die Notwendigkeit der Nachwuchsförderung ist eines der Schwerpunktthemen aller drei Amtsperioden, die ich nun hauptamtlich begleite. Bereits 2005 habe ich den damaligen und nun wieder amtierenden Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen auf den sich abzeichnenden Hausarztmangel in unserem Zuständigkeitsbereich hingewiesen. Wir haben gehandelt. So haben wir die Rahmenbedingungen der ambulanten ärztlichen Tätigkeit verändert, z.B. durch die Notfalldienstreform 2011. Wir haben Förderprogramme ins Leben gerufen. Minister Laumann hat bereits in seiner ersten Legislaturperiode als Gesundheitsminister unseres Landes ein Hausarztförderprogramm gestartet, das auch von seiner Nachfolgerin fortgesetzt wurde. Langsam zeichnet sich auch eine leichte Erholung der Anzahl von jungen Ärztinnen und Ärzten ab, die als Hausärzte in die Versorgung wollen. Aber alle Anzeichen sind noch keine endgültige Wende.

Daher begrüßen wir Initiativen Einzelner wie auch der neuen Landesregierung, die das Studium der Medizin fördern. Insbesondere Initiativen, die auf die Versorgung im ländlichen Raum abzielen, erscheinen uns vielversprechend. Eine davon möchte ich beispielhaft für andere herausgreifen: Die neu geschaffene Möglichkeit des Medizinstudiums in Siegen.

Ein Mitglied unserer Vertreterversammlung hat sich dafür lange Zeit eingesetzt und die Ochsentour zum Erfolg beschritten: Dr. Michael Klock. Gemeinsam mit anderen hat er letztlich auch die Politik von der Notwendigkeit eines zusätzlichen Ausbildungs-Standorts in Südwestfalen überzeugt. In Kooperationen mit den Universitäten Mainz und

Bonn erfolgt in der zweiten Hälfte des Studiums ein Teil der ärztlichen Ausbildung patientennäher in der Region Siegen. Was schon in meinen Studententagen immer wieder gefordert wurde, wird nun vielleicht Wirklichkeit: eine patientennahe ärztliche Ausbildung.

Ich möchte an dieser Stelle Michael Klock für sein Engagement und seine Hartnäckigkeit recht herzlich danken. Ich bin davon überzeugt, dass er und andere, die vergleichbare Modelle umsetzen, sich auf dem richtigen Weg befinden.

Eine Schande im Vergleich zu unseren Bemühungen und den Worten der Politiker ist aber die Vergütung unserer Arbeit. Mit dem, was uns die Kassen bis heute zahlen, können wir in dieser Mangelsituation hinreichende Honorare auszahlen. Wenn wir aber Erfolg mit unserem Bestreben, neue Ärzte zu gewinnen, haben sollten, darf dieser Zuwachs nicht die Honorarerwartungen der dann schon etablierten Ärztinnen und Ärzte schmälern. Das heißt für mich, dass angesichts problematischer Honorarverhandlungen in etlichen KVen der Gesetzgeber endlich mal klare Kante zeigen und Klartext dazu reden muss, was er sich durch die Nachverhandlungsoption bei nachgewiesener unterdurchschnittlicher Zahlung der Krankenkassen an eine KV-Region erwartet. Mehr Ärzte gibt es nur für mehr Geld. Auch diese Botschaft muss stimmen.

Angesichts der bestehenden Probleme der Sicherstellung und Vergütung in der Grundversorgung der Bevölkerung und gleichzeitig sich auf ca. 17 Milliarden Euro auf-türmender Juliustürme bei den Krankenkassen, besteht dringender Handlungsbedarf für die Politik. Wenn nicht noch in dieser Legislaturperiode, so muss die Politik spätestens in neuer oder fortgeführter alter Konstellation endlich die Grundlagen für eine bedingungslose morbiditätsorientierte Vergütung ärztlicher Tätigkeit in ganz Deutschland schaffen.

Weiterer Handlungsbedarf für die Gesundheitspolitik entsteht aus dem Urteil des Landessozialgerichtes Magdeburg zur Mischpreisbildung bei Arzneimittelinnovationen, die die frühe Nutzenbewertung beim GBA durchlaufen haben. Die Richter des LSG kritisieren nicht nur die Entscheidungsfindung des Schiedsamtes unter Leitung von Prof. Wasem, sondern auch die fehlenden Leitplanken für solche Entscheidungen durch den Gesetzgeber. In diesem Zusammenhang stellen die Richter fest, dass die bisherige

Praxis der Festlegung von Mischpreisen zu nicht unerheblichen Regressrisiken in der Verordnungspraxis führen kann. Vertragsärzte müssten davor geschützt werden, dass eine nicht offenkundig regelwidrige Behandlungsweise im Nachhinein auf der Grundlage ganz allgemeiner Erwägungen zu wirtschaftlichen Alternativen als fehlerhaft bewertet wird.

Nach meiner Interpretation dieser Aussage kann man momentan nur davor warnen, Arzneimittel, die die frühe Nutzenbewertung durchlaufen haben und für die ein Mischpreis verhandelt worden ist, außerhalb der mit Zusatznutzen bewerteten Subindikationen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu verordnen. Diese Warnung erhält eine besondere Bedeutung dadurch, dass – wie die Richter selber betonen – die Behandlung außerhalb der Subindikationen nicht offenkundig regelwidrig ist. Sie weisen sogar zwischen den Zeilen darauf hin, dass die, wie sie sich ausdrücken „allgemeinen Erwägungen zu wirtschaftlichen Alternativen“ für sie problematisch sind.

Ein vollständiger Verzicht auf die Verordnung von Innovationen außerhalb der mit Zusatznutzen monographierter Indikationen bedeutet einen Verordnungs Ausschluss bei Indikationen, in denen der Einsatz dieser Medikamente durchaus sinnstiftend sein kann. Eine patientenindividuelle Entscheidung des Arztes für den indikationsgerechten Einsatz einer Innovation muss ohne Regressbedrohung möglich sein. Die Grundlage dafür muss der Gesetzgeber zügig schaffen. Ich habe bereits mehrfach betont, dass wir als Ärzte gerne für die Qualität der Behandlung einstehen, aber nicht mehr für deren Preise, die längst andere entscheidend beeinflussen. Wir stehen zu unserer Verantwortung für die Auswahl des richtigen Arzneimittels zur richtigen Zeit, beim richtigen Patienten in der richtigen Dosierung und Anwendungsform, aber zu nichts anderem! Im Klartext: kostenorientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen gehören auf den Friedhof der Vergangenheit!

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, unlängst haben Sie alle Post erhalten. Eine Gruppierung mit dem Namen Pro Arzt hat Sie angeschrieben. Lassen Sie mich den Tenor des Schreibens kurz zusammenfassen: Ich wusste von nichts. Ich bin unschuldig. Die KV ist böse. Die KV handelt willkürlich und gegen das Gesetz. Die KVWL ist ein besonderer Scharfmacher. Andere KVen schützen ihre Mitglieder, die KVWL verfolgt sie.

Sie sind alle angesprochen worden. Sie sind alle unter Rechtfertigungsdruck gesetzt worden. Daher halte ich es für notwendig, Sie noch einmal umfassend zu diesem Thema zu informieren. Ich zähle darauf, dass Sie mir diese Zeit zugestehen.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, ich kann die Diktion der betroffenen Ärzte verstehen. Diese Kollegen stehen vor einem Scherbenhaufen in Form hoher Honorarrückforderungen. Sie fühlen sich existenziell bedroht. Dass man in einer solchen Situation die Schuld bei anderen sucht und sich selbst und sein Handeln nicht reflektiert, ist nur menschlich. Es bleibt aber falsch.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, das Geld, das die Krankenkassen uns zur Honorarverteilung zahlen, reicht, wie Sie wissen, nicht aus, um alle Ansprüche unserer Mitglieder aus der mGV vollständig zu bedienen. Damit ist es natürlich nachvollziehbar, wenn unsere Kolleginnen und Kollegen, die mit ihrer Praxis einen kleinen Wirtschaftsbetrieb führen, auf Gewinnmaximierung achten. Im Rahmen des Zulässigen macht das selbstverständlich die große Mehrheit unserer Mitglieder. Wird aber das Maß des Zulässigen überschritten, werden Regeln, die bekannt sind oder bekannt sein müssten, gebrochen, dann ist das zumindest grob fahrlässig oder vielleicht auch vorsätzliches Handeln. In diesem Fall müssen wir schützen – und unser Schutz muss denen gewährt werden, die sich korrekt verhalten. Ihnen allen wird Geld entzogen, wenn unberechtigte Forderungen aus der mGV nicht gestoppt werden.

Also lassen Sie mich das Problem noch einmal konkret, z.T. auch gespiegelt an den Vorwürfen, die man der KVWL macht, aufarbeiten.

Der erste wesentliche Vorwurf betrifft die Gesetzeskonformität unseres Handelns. Hierzu meine Aussage: Die KVWL handelt entsprechend der Gesetzeslage, der Richtlinien, der Rechtsprechung und der Vorgaben, die die Revision durch das Aufsichtsministerium uns erteilt hat.

Als Rechtsgrundlagen dienen das SGB V, in der aktuellen Version des Gesetzes § 106 d, in der vorherigen Version § 106 a SGB V. Danach hat die zuständige KV die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Ärzte und Psychotherapeuten festzustellen. Bestandteil dieser Feststellung ist u.a. die **arztbezogene** Prüfung der

Abrechnungen auf Plausibilität. Daraus ergibt sich, dass die Plausibilitätsprüfung sich stets auf den Arzt bezieht, der eine Quartalsabrechnung einreicht.

Die Bundesvereinbarung zum Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfungen, ich werde sie im Folgenden als Richtlinie bezeichnen, gibt in § 11 Grenzwerte vor, ab denen die Abrechnungen von Praxisgemeinschaften implausibel sein können. Diese Grenzwerte und Prüfungen beziehen sich nicht nur auf angezeigte oder vertraglich definierte Praxisgemeinschaften, sondern nach § 11, Absatz 4 dieser Richtlinie auch auf Ärzte, die nicht in „*Organisationsgemeinschaften miteinander verbunden*“ sind. Diese Grenzwerte sind Aufgreifkriterien. Sind diese in einem Fall erfüllt, **müssen** wir in die Prüfung der Plausibilität dieser Abrechnungen einsteigen.

Die Art der Prüfung wird uns frei gestellt. Wir können eine Komplettprüfung über alle eingereichten Abrechnungen durchführen, wir können die Prüfungen aber auch auf Stichproben beschränken. Die letztgenannte Option haben wir in Westfalen-Lippe gewählt, weil wir der Ansicht waren, dass nicht alle Abrechnungen unter einen Generalverdacht gestellt und die Kolleginnen und Kollegen nicht durch eine zusätzliche, durchgängige und quartalsgleiche Prüfung belastet werden sollten. Das führt natürlich zu dem Effekt, dass auffällige Praxisgemeinschaften vorläufig durch das Prüfraster fallen. Bei einer 2 % Stichprobenprüfung sind erst nach 50 Quartalen, also 12 ½ Jahren, rechnerisch alle Praxen erfasst.

Ich muss allerdings einräumen, dass dieses Verfahren zwar die meisten unserer Mitglieder schützt, die Auffälligen aber anschließend stark belastet, weil die Rückforderungen aus diesen Verfahren teilweise sehr erheblich sind. Es ist dabei nicht die Absicht der KVWL, Praxen zu zerstören, sondern einen Schadensausgleich vorzunehmen. In Anbetracht der Höhe der jeweiligen Schäden versuchen wir die Schadensregulierung so zu strecken, dass die daraus resultierenden Belastungen tragbar sind. In immerhin 50 % der Verfahren konnte eine einvernehmliche Vereinbarung zum Ausgleich abgeschlossen werden. Sollte eine Rückforderung der KV immer noch für die individuelle Praxis zu hoch sein, sind wir natürlich gesprächsbereit. In diesen Fällen erwarten wir jedoch, dass die Ärzte durch Offenlegung ihrer wirtschaftlichen Situation belegen, dass sie eine weitere Streckung der Rückzahlungen benötigen. Diese Option ist inzwischen lediglich von einzelnen Betroffenen gezogen worden.

Verzichten können wir auf diese Prüfungen nicht. Das ist zum einen wegen des Schadens nicht möglich, der allen Mitgliedern der KVWL entsteht, zum anderen hat uns die Revision – eine Maßnahme im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung unserer Vorgehensweisen – die Umsetzung der Abrechnungsprüfungsrichtlinie explizit ins Stammbuch geschrieben.

Noch einmal zur Verdeutlichung: 20 % Patientenidentität bei fachgleich kooperierenden Praxen oder 30 % bei fachübergreifender Kooperation sind **Aufgreifkriterien**, mehr erst einmal nicht!

Unter anderem in den Jahren 2013 und 2014 hat das BSG in mehreren Urteilen eindeutig festgestellt:

Erstens: Wenn eine Patientenidentität von 20 oder 30 % ohne zusätzliche, entlastende Sachverhalte vorliegt, handelt es sich um eine missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform Praxisgemeinschaft.

Zweitens: Beträgt die Patientenidentität 50 % und mehr, ist der Missbrauch der Kooperationsform unwiderlegbar! Eine solche Patientenidentität – so das BSG – erfordere stets eine gemeinschaftspraxis-typische Patientenkoordination und Praxisorganisation.

Das bedeutet, dass wir ab 20/30 % Patientenidentität prüfen und echte Vertretungen sowie Notfallbehandlungen berücksichtigen. Ab 50 % Patientenidentität erübrigt sich diese Berücksichtigung. Dennoch prüfen wir auch solche Fälle immer auf entlastende Faktoren.

An zwei Definitionen scheiden sich dann weiterhin die Geister. Die eine betrifft die Frage, was identische Patienten sind – und die andere betrifft das Wesen einer Praxisgemeinschaft und einer Gemeinschaftspraxis.

Beginnen wir mit der Definition der beiden Kooperationsformen.

Als Praxisgemeinschaft werden entsprechend der einschlägigen Rechtsprechung Praxen bezeichnet, die in sich selbstständig bleiben. Sie nutzen gemeinsam Infrastruktur

wie Räume, Einrichtung und/oder beschäftigen gemeinsam Personal. Eine gemeinsame Berufsausübung ist nicht Gegenstand einer solchen Kooperationsform.

Eine Gemeinschaftspraxis ist dadurch gekennzeichnet, dass die darin organisierten Ärzte sich für die gemeinsame und gemeinschaftliche Berufsausübung zusammengeschlossen haben. Praxen, die oberhalb der Aufgreifkriterien liegen, hätten eine ganz einfache Möglichkeit, sich von solchen Prüfungen und Konsequenzen zu befreien. Sie müssten lediglich zu Gemeinschaftspraxen umfirmieren und damit zulassungsrechtlich und abrechnungstechnisch das nachvollziehen, was sie tun.

Fahren wir mit dem Anteil der identischen oder anders ausgedrückt gemeinsam behandelten Patienten fort. In der Definition ist der Begriff der identischen Patienten vielleicht transparenter. Um es kurz zu machen: identische Patienten sind die Patienten, die im selben Quartal in den Abrechnungen kooperierender Praxen erscheinen. Dies möchte ich mit dem dargestellten Beispiel zweier kooperierender Praxen verdeutlichen. Sie sehen zwei Praxen, hier als A und als B bezeichnet. Patienten aus beiden Praxen wechseln, aus welchen Gründen auch immer, im laufenden Quartal zwischen den beiden Praxen. Diese gesamte Patientengruppe taucht also in den Abrechnungen beider Praxen auf.

Füllen wir diese Betrachtung mit Zahlen, so kommen in dem Quartal 150 Patienten der Praxis A in die Praxis B und 100 Patienten aus der Praxis B in die Praxis A. In Summe sind dies 250 Patienten, die gemeinsam behandelt werden.

Geben wir den beiden Praxen nun eine Größe an Abrechnungsfällen. Das können in Praxis A 1.000 Fälle, in Praxis B 500 Fälle sein. Im Patientenklintel beider Praxen finden sich 250 Patienten, die von beiden Praxen abgerechnet werden. Gemeinsam behandelt sind also in Praxis A 250 von 1000 Patienten, in Praxis B 250 von 500 Fällen. Daraus ergibt sich eine Relation in Praxis A von 25 %, in Praxis B von 50 %. Beide Praxen sind bei Fachgleichheit im Sinne der Aufgreifkriterien auffällig.

Nach den schon beschriebenen höchstrichterlichen Vorgaben könnte Praxis A sich nun durch den Nachweis echter Vertretungen, Notfallbehandlungen, Überweisungen etc. entlasten, in Praxis B wäre gemäß Rechtsprechung der Formmissbrauch bestätigt.

Diese Darstellung belegt, dass große Praxen größere gemeinsam behandelte Patientenidentitäten verkraften können, ohne auffällig zu werden. Bei kleinen Praxen entsteht das Missverhältnis schneller. Damit sind große Versorgerpraxen in der Fläche weniger gefährdet, als die kleinen Ehegatten- oder Neueinsteigerpraxen.

In Kooperationen wie der dargestellten mit deutlich unterschiedlich großen Praxen, kann sich jedoch die große Praxis nicht so einfach aus der Schlinge ziehen. Sie wird von der kleinen „infiziert“. Dann werden beide gemeinsam geprüft.

Genau die Konstellation zwischen einer Einsteigerpraxis mit geringen Fallzahlen und einer etablierten Praxis vor Ort mit hohen Scheinzahlen macht uns erhebliche Bauchschmerzen. Im Beispiel wird deutlich, dass der kleinere Kooperationspartner letztlich gemessen an seinem Umsatz deutlich höhere Rückforderungen zu erwarten hat, als der größere. Für diese Kleinpraxen kann das tödlich sein. Daher meine Bitte an Sie: Sorgen Sie durch Kommunikation vor Ort dafür, dass Praxiseinsteiger nicht durch solche Kooperationsformen kaputt gemacht werden!

Ein weiterer Kritikpunkt ist die Rückwirkung der Schadensberechnung über mehr als die sonst üblichen 16 Quartale. Diese Schutzfrist ist dann aufgehoben, wenn der Arzt seinen Honorarbescheid durch arglistige Täuschung, Drohung oder Bestechung erwirkt hat, wenn der Honorarbescheid auf Angaben beruht, die der dadurch Begünstigte vorsätzlich oder fahrlässig in wesentlichen Teilen unrichtig oder unvollständig gemacht hat oder er die Rechtswidrigkeit kannte, bzw. sie infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte.

Bei dem Vorwurf der groben Fahrlässigkeit wird immer wieder das unrichtige Argument vorgebracht, dass die KVWL nicht oder zu spät informiert habe. Tatsächlich war dies nicht der Fall: Die KVWL und auch die KBV haben zu diesem Thema ausführlich informiert. Bezüglich des Begriffes der groben Fahrlässigkeit hat mir der Autor des Briefes der Gruppierung Pro Arzt, die Sie im Vorfeld dieser VV angeschrieben hat, in einem separaten Schreiben selbst noch einmal bestätigt: Grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn der Arzt das, was ihm zur Last gelegt wird, hätte wissen **müssen**.

Dieses Wissen vermitteln die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften durch ihre amtlichen Mitteilungsblätter. Das sind in unserem Fall das Deutsche Ärzteblatt, das Westfälische Ärzteblatt und in ihrer zeitlichen Aufeinanderfolge der KVWL Pluspunkt und heute KVWL Kompakt. Das Deutsche Ärzteblatt hat sowohl 2004, direkt vor Inkrafttreten des EBM 2000plus, wie auch 2009 informiert. In unseren Medien wurde 2008 und als Letztes 2015 zu dem Thema berichtet. Damit ist jedes unserer Mitglieder formal informiert. Jeder zugelassene Vertragsarzt hätte die Problematik kennen **müssen**. Damit ist ein Verstoß dagegen grob fahrlässig. In dieser Situation sind wir nicht berechtigt, sondern verpflichtet, die begrenzende Frist von 16 Quartalen aufzuheben.

Wir werden die heutige Vertreterversammlung zum Anlass zu einer erneuten schriftlichen Information zu diesem Thema nehmen. Ich bitte Sie, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, Ihre Kollegen in der Umgebung zu motivieren, die amtlichen Mitteilungsblätter auch regelmäßig zu lesen. In diesem Fall hilft Lesen tatsächlich, Schaden zu vermeiden.

Die Abgabe von Verfahren an die Staatsanwaltschaft wird von den Betroffenen ebenfalls kritisiert. Wir haben insgesamt 298 Prüfungen der Plausibilität in Praxisgemeinschaftskonstellationen aufgenommen. Diese betreffen 936 Praxen. 74 Verfahren mit 252 beteiligten Praxen, also ca. jedes Vierte, konnten wir einstellen, weil trotz Überschreiten der Aufgreifkriterien plausibles Verhalten nachgewiesen werden konnte. 158 Verfahren haben wir inzwischen beendet und das überzahlte Honorar zurückgeholt. Um Ihnen eine Dimension zu geben und Verständnis dafür zu wecken, dass es sich bei diesen Verstößen nicht um ein Kavaliersdelikt handelt, sollten Sie sich das Geldvolumen ansehen, das wir zwischenzeitig wieder in die Honorarverteilung zurückholen konnten. Das sind bislang 32,28 Millionen Euro! 32,28 Millionen Euro auf einen Schlag würden 1 % der Gesamtvergütung in Westfalen-Lippe ausmachen. Das ist kein Pappentier!

In 44 Fällen konnten wir das Verfahren nach Schadensausgleich einstellen, in 62 Fällen wurde zusätzlich ein Disziplinarverfahren eingeleitet und 52 von insgesamt 298 Verfahren wurden an die Staatsanwaltschaft abgegeben.

Grundsätzlich sind wir verpflichtet, die Staatsanwaltschaft unverzüglich zu unterrichten, wenn ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringer Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte. Im Interesse unserer Mitglieder haben wir mit der Staatsanwaltschaft diskutiert und erreicht, dass erst bei einer Patientenidentität von 50% und mehr in Praxisgemeinschaften oder ärztlichen Kooperationen eine Abgabe an die Staatsanwaltschaft erfolgen muss. Wir bewahren damit immerhin den absolut größten Teil der an unseren Plausibilitätsverfahren Beteiligten vor diesem Schritt.

Ergebnis der staatsanwaltschaftlichen Verfahren ist derzeit überwiegend eine Einstellung. Betroffene erleben dies als Freispruch. Das ist aber falsch. Die Einstellung erfolgt in der Regel wegen fehlendem öffentlichen Interesses und wegen – ich nenne es mal so – Ersttäterschaft. Verfahrenseinstellung bedeutet in diesen Fällen nicht, dass Unschuld Grund dafür war. Daher sind wir auf Basis unserer Disziplinarordnung angehalten, diese Fälle anschließend noch einmal durch unseren Disziplinarausschuss bewerten zu lassen.

Wie immer bei solchen Interventionen gegen die KV werden von den Betroffenen unterschiedliche Handlungsweisen der KVen ins Feld geführt. In der Tat gehen die KVen unterschiedlich vor. Einige sind dabei stringenter als wir. Eine kürzt die Abrechnungen um den Teil der Patientenidentitäten von 20 bzw. 30 % überschreitet. Andere prüfen im Abrechnungsverfahren alle Abrechnungen auf Patientenidentitäten zwischen Praxen. Sie ziehen diese Praxen dann raus und leiten ein Plausibilitätsverfahren ein.

Darüber können wir auch nachdenken. Wir sind davon ausgegangen, dass wir mit der Stichprobe die große Mehrheit unserer Mitglieder eher entlasten. Man kann das auch anders sehen. Werden die falsch handeln Kollegen erst nach langer Zeit durch den Zufallsgenerator gezogen und identifiziert, ist bei ihnen der Schaden natürlich immens größer. Beides muss man gegeneinander abwägen.

In dem beschriebenen Vorgehen anderer KVen würden auch wir alle Fehler zeitnah entdecken. Der Schaden sowohl für die KVWL als auch für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte wäre geringer, es würde der Honorarverteilung nach einer „Eingewöhnungszeit“ weniger Geld entzogen. Zudem könnte eine Verhaltensänderung erfolgen, mit der

Schaden vielleicht vermieden wird. Allerdings würden alle Praxen jedes Quartal in diese Prüfung kommen. Das kann man machen.

Andere KVen sollen ein Frühwarnsystem besitzen. Sie wissen, dass ich schon in der letzten Amtszeit diese Idee verfolgt habe. Ich habe mich aber belehren lassen müssen, dass in dem Moment, wo die KVWL offiziell Kenntnis von einem Fehlverhalten erlangt, sie auch handeln muss. Das gilt auch für die KV Brandenburg, die **angezeigten** Praxismgemeinschaften auf ihrem Honorarkontoauszug Patientenidentitäten ausweist. Bei Praxen, die die Aufgreifkriterien überschreiten, müssen folglich auch sie sofort handeln.

An dieser Stelle möchte ich eines noch einmal grundsätzlich sagen: Nach Ärzte Zulassungsverordnung muss jede Praxismgemeinschaft angezeigt werden. Unsere Erfahrung ist aber, dass dies nicht erfolgt. In ihren Internetdarstellungen preisen sich einige Praxen sogar als Gemeinschaftspraxen an, obwohl sie zulassungsrechtlich weder diesen Status besitzen, noch als Praxismgemeinschaft gemeldet sind. In diesen Fällen erfolgt auch in Brandenburg keine Darstellung der Patientenidentitäten auf den Honorarbescheiden. An dieser Stelle bitte ich Sie, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen darum, sich als Multiplikatoren zu betätigen und Ihre Kolleginnen und Kollegen über diesen Sachverhalt zu informieren. Wir werden das erneut und in der notwendigen Ausführlichkeit in KVWL Kompakt vornehmen.

Natürlich haben wir zwischenzeitig geprüft, ob und wie eine Umstellung unseres Vorgehens möglich ist. Das Ergebnis lautet: Ein Frühwarnsystem scheidet nach Einreichung einer Abrechnung mit der Erklärung, dass sie korrekt erstellt wurde, aus. Erkennen wir auf dieser Basis gravierende Fehler, sind wir rechtlich verpflichtet, zu handeln. Eine automatisierte Prüfung ist möglich, enthält jedoch Verlustpotenzial.

So ist es möglich, gemeldete Praxismgemeinschaften, adressidentische oder Praxen in zu definierender enger räumlicher Beziehung zueinander quartalsgleich automatisch auf Patientenidentitäten zu screenen. Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass die Meldung von Praxismgemeinschaften unvollständig ist. Daher müsste das Screening auf adressidentische oder räumlich zueinander in Beziehung stehende Praxen ausgeweitet werden.

Was technisch möglich erscheint, erfordert in der Umsetzung einen Zeitvorlauf. Die Abrechnungssoftware muss für diesen Zweck befähigt werden. Das bedeutet entweder erhebliche Aufwände in IT und Fachabteilung oder Fremdvergabe eines Auftrages zur Entwicklung der erforderlichen Softwarekorrektur. Je nachdem, mit welchen operativen und strategischen Aufgaben die IT derzeit befasst ist, lässt sich der zeitliche Aufwand für eine solche Lösung nur schwer einschätzen.

Gehen wir diesen Weg, ist ein anderes Problem noch nicht gelöst. Ein Vorgang hat in besonderer Weise unseren Fokus auf die Praxisgemeinschaften gelenkt. Das war eine ortsübergreifende Praxiskonstellation, die nicht als Gemeinschaftspraxis zugelassen oder als Praxisgemeinschaft war. In Internetauftritten gerieten sie sich jedoch öffentlich als Gemeinschaft. Durch nachgewiesene Manipulationen entstand in dieser Kooperation unseren übrigen Mitgliedern gegenüber ein Schaden in Höhe von über 2 Millionen Euro. Solche Kooperationsformen werden wir durch ein automatisiertes Vorgehen nicht aufdecken können. Hierfür werden weiterhin Stichproben erforderlich sein.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, soweit von meiner Seite zu diesem Thema. Ich hoffe, Ihnen gezeigt zu haben, dass bei den Plausibilitätsprüfungen von Praxisgemeinschaften keinesfalls entschuldbare Lässigkeiten oder Kavaliersdelikte aufgedeckt werden. Der Vertragsärzteschaft in Westfalen-Lippe wird dadurch geschadet, dass man durch den Druck auf Sie von interessierter Seite dieses intern gut zu regelnde Thema in die Öffentlichkeit zieht. Ich bin mir sicher, in der nächsten Zeit lesen zu können: Abrechnungsbetrug – Ärzte rechnen gegenüber den Krankenkassen falsch ab! Nur, das stimmt nicht! Der tatsächliche Schaden entsteht nicht bei den Krankenkassen, sondern bei allen anderen unserer Mitglieder, denen Honoraranteile entzogen werden, die sie sich sauer verdient haben.

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen, die Entscheidung über das künftige Vorgehen ist nicht leicht. Daher würde ich mich freuen, wenn Sie zu diesem Thema und möglichen Lösungsalternativen grundsätzlich diskutieren und mir den Weg aufzeigen, den ich für die Zukunft einschlagen soll. Mir persönlich wäre am liebsten, wenn wir Möglichkeiten hätten, präventiv zu handeln und unsere Mitglieder so weit, wie mög-

lich vor weiterem Schaden zu schützen. Das ist mit der uns derzeit verfügbaren Technik nur eingeschränkt möglich. Daher setzen wir unter anderem auch auf eine Reorganisation der Abrechnung, über die wir an anderer Stelle ja auch noch sprechen müssen.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, auch wenn wir Sommerferien hatten und diese Zeit zumeist eine saure-Gurkenzeit darstellt, gab es heute viele Punkte anzusprechen. Unsere Arbeit wird durch Urlaub etc. nicht beeinträchtigt. Wir bleiben in allen Themen weiter engagiert am Ball.