

meiste aber ist wie vieles, was von den „Linken“ kommt, unsinnig.

1. Abschaffung der PKV! Die Beiträge für die GKV müssten um mindestens fünf bis zehn Prozent steigen, um die Ausfälle zu kompensieren. Zurzeit subventionieren die PKVs die GKV-Versicherten.

2. Nichtabschaffung der KVen!

Auch hier wird die Aufgabe der KVen auf den Sicherstellungsauftrag reduziert, was mehr als simpel ist. Bei der Schaffung gab es gegenseitige Zusicherungen:

Die KV garantierte den Sicherstellungsauftrag und den Verzicht auf Streik. Der KV wurden die freie Selbstverwaltung und die freie Austauschbarkeit (ohne Politik!) der Honorare mit den Krankenkassen garantiert! Von den Garantien der Politik ist nicht viel geblieben. Jedoch auf den Verpflichtungen der KVen wird energisch bestanden. Alles gehört auf den Prüfstand!

3. GKV! Wenn Herr Spieth Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Thüringen ist/war, sollte man ihm einmal vorschlagen, alle gesetzlichen KK zusammenzulegen. (Er will ja keinen Wettbewerb!). Dann würde sich das Problem mit dem RSA von allein erledigen und der Druck seitens der Kassen auf die Ärzte (möglichst viele chronisch Kranke zu „machen“) erübrigen. Und jede Kasse dürfte dann auch nur das Gleiche bei Behandlung, Medikation und Krankenhauskosten übernehmen, was natürlich von unabhängigen Stellen überprüft werden müsste.

Einkommensabhängige Beiträge sind bereits jetzt ein starker sozialer Faktor. Niedrigstverdiener erhalten die gleichen medizinischen Leistungen wie Verdiener bis oder über der Beitragsbemessungsgrenze. So ist Herr Spieth letztendlich ein Opfer seiner einseitigen Sichtweise, so-

wohl als Kassenvertreter als auch als Linkspopulist.

Dr. med. Gregor Jansen, I.-Rote-Haag-Weg 52, 52076 Aachen

FORTBILDUNG



Deutlich mehr als 90 Prozent der nachweispflichtigen Ärzte haben die geforderte Punktzahl erreicht (DÄ 42/2009: „Fortbildungsnachweis: Zielsetzung erfüllt“ von Thomas Gerst).

Keinerlei Hilfestellung

Dr. Köhler meint, die hohe Anzahl der Ärzte, die ihre Nachweispflicht erfüllt haben, zeige, wie ernst sie die Fortbildung nähmen. Haben sie das vorher nicht getan und mussten erst dazu gezwungen werden? ... ►

Etwas ganz anderes ist richtig: Ärzte werden in ihrem Studium und in der Ausbildung mehr oder weniger gut auf den Umgang mit den Patienten und vor allem auf den mit Krankheiten vorbereitet. Für das tägliche Ringen mit Behörden, Kassen, KV und anderen bürokratischen Organisationen erhalten sie, im Gegensatz zu z. B. Juristen, Wirtschaftsingenieuren, Beamten ... keinerlei Hilfestellung. Ärzte müssen ohnehin in einem gleichgeschalteten System ohne Niederlassungsfreiheit infolge von Honorardeckelung und Festbeträgen ohne Gerechtigkeit der Kostenerstattung leben, sie sind Unternehmer, die das volle unternehmerische Risiko tragen, ohne über den Gewinn verfügen zu können. Nur den Konkurs dürfen sie ganz allein verantworten und bewältigen.

Jedenfalls gut, dass man die Ärzte endlich in Handschellen zur Fortbildung bringt, denn vorher waren deutsche Ärzte anscheinend eine undisziplinierte und faule Horde, die ihre Patienten nach Gutdünken behandelt hat. Wenn man nun noch zu Zeiten einer etwas rückläufigen

Ärztenschwemme denen die Zulassung entzieht, die Fleißpunkte nicht vorlegen (was nicht heißt, dass sie sich nicht fortbilden!), spart man noch mehr Geld: bei den Kassen, weil insgesamt weniger Patienten behandelt werden können, vielleicht auch bei den Rentenversicherungen, weil die Menschen wieder früher sterben. Und das Ausland, das nach wie vor um die gut ausgebildeten deutschen Mediziner wirbt, wird sich freuen, Bürgermeister abgelegener deutscher Gemeinden weniger.

Dr. med. Peter Pommer, Hubertusstraße 2,
82487 Oberammergau

E-MAIL

Briefe, die die Redaktion per E-Mail erreichen, werden aufmerksam gelesen. Sie können jedoch nur veröffentlicht werden, wenn sie ausdrücklich als „Leserbrief“ bezeichnet sind. Voraussetzung ist ferner die vollständige Anschrift des Verfassers (nicht nur die E-Mail-Adresse). Die Redaktion behält sich ohne weitere Mitteilung vor, E-Mail-Nachrichten, die als Leserbrief erscheinen sollen, zu kürzen.

DÄ

die hohen Prüfquoten zu legitimieren, ist daher nicht seriös. Es wäre wünschenswert, wenn auch durch den MDK/MDS beziehungsweise Kostenträgern bei Interviews mit den Medien Sachlichkeit an den Tag gelegt würde ...

Ist es verwunderlich, wenn Krankenhäuser reagieren, wenn ihnen durch den MDS beziehungsweise die Kostenträger in Massenmedien direkt Betrug ohne eine nachvollziehbare Grundlage vorgeworfen wird ... Grund für die hohen Prüfquoten im leistungsrechtlichen Bereich sind anscheinend im Wesentlichen die aktuellen Anreize, die das G-DRG-System und die Abrechnungsbestimmungen bieten. Klar ist, dass unter diesen Bedingungen auf Abrechnungsprüfungen nicht gänzlich verzichtet werden kann. Dies haben wir auch gar nicht verlangt. Dass sich die Ergebnisse in „den Zahlen der Medizinischen Dienste, als auch in einigen Zahlen von Krankenkassen durchaus anders“ als bei den Krankenhäusern darstellen, kann nicht verwundern. Zum einen kennen die Medizinischen Dienste und die Krankenkassen jeweils nur ihren eigenen Ausschnitt aus den Rechnungsprüfungen. So dürften den Medizinischen Diensten Anzahl und Ergebnisse der Rechnungsprüfungen anderer Kostenträger (private Versicherer, Berufsgenossenschaften, Knappschaft, Beihilfe) unbekannt sein, während jedes Krankenhaus den kostenträgerunabhängigen Gesamtüberblick über seine eigenen Fälle hat. Zum anderen wird sicherlich niemand davon ausgehen, dass das Ergebnis einer Begutachtung durch den MDK dem Ergebnis der Rechnungsprüfung als ganzer gleichzusetzen wäre. Das Begutachtungsergebnis selbst stellt immer die individuelle Überzeugung eines Prüfarztes dar und ist selbstverständlich von dessen Erfahrungen und Kenntnissen, sowie von den zur Begutachtung angeforderten medizinischen Unterlagen abhängig. Es darf daher nicht einseitig als richtig und als Benchmark für korrekte Codierung interpretiert werden. Fehlcodierungen gibt es, und sie werden auch künftig nicht auszu-

FALLPAUSCHALEN



Die Autoren Fiori et al. halten die Vorwürfe der Kostenträger, wonach die Krankenhäuser im großen Stil falsch abrechnen, für unberechtigt (DÄ 41/2009: „Konfliktsituationen sind unvermeidlich“ Leserbrief von Annette Busley und Jürgen Windeler zu DÄ 33/2009: „Codierqualität in den Krankenhäusern: Unberechtigte Vorwürfe“ von Wolfgang Fiori et al.).

Es gibt keinen Massenbetrug

Den Leserbrief von Frau Dr. Busley und Herrn Prof. Windeler des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) zu unserem Artikel über die Rechnungsprüfungen im DÄ 33/2009 können wir nicht unkommentiert lassen.

Ziel unseres Artikels war die sachliche Auseinandersetzung mit dem in den Massenmedien dargestellten Vorwurf, Krankenhäuser würden im großen Stil die Abrechnungen manipulieren. Die unserer Kritik zugrunde liegenden Daten wurden nicht von uns oder den Krankenhäusern einseitig erhoben, sondern sowohl von Kostenträgern und vom MDK beziehungsweise MDS veröffentlicht. Unsere als „Zahlenspieleereien“ abgetanen soliden und mathematisch korrekten Berechnungen haben gezeigt, dass der Vorwurf des „Massenbetrugs“ absolut unangemessen ist. Der MDS und die Autoren des Leserbriefs bestätigen selbst, dass Überprüfungen der korrekten Codierung nur eine Minderheit der Rechnungsprüfungen darstellen. Die hohen Angaben zu Prüf- und Erfolgsquoten in einem Zusammenhang mit „Upcoding“ und damit Abrechnungsbetrug der Krankenhäuser zu stellen und damit