

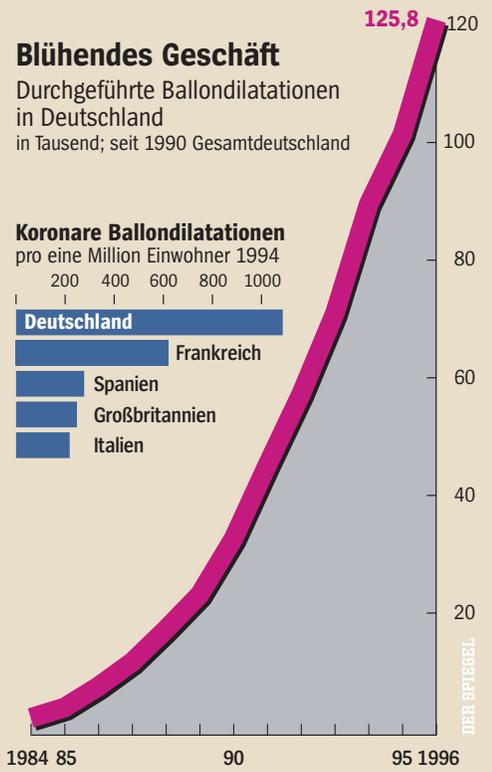
Katheter im Sterilisations-schrank

Blühendes Geschäft

Durchgeführte Ballondilatationen in Deutschland in Tausend; seit 1990 Gesamtdeutschland

Koronare Ballondilatationen pro eine Million Einwohner 1994

200 400 600 800 1000



R. FROMMANN / LAIF

AFFÄREN

„Kriminelles Geflecht“

Erstmals lassen die Krankenkassen systematisch einen ganzen Berufszweig der Mediziner durchleuchten. Schockierendes Ergebnis: In der millionenschweren Kardiologenbranche soll der Betrug grassieren. Den Ärzten drohen künftig scharfe Kontrollen und Strafanzeigen.

Das Team trägt einen harmlosen Namen: „ad hoc-Arbeitsgruppe Kardiologie“. Die Adresse „Friedrich-Ebert-Straße (Technologiepark)“ in Bergisch Gladbach deutet auf ein wissenschaftliches Forschungsprojekt.

Hinter dem unscheinbaren Etikett verbirgt sich eines der brisantesten Fahndungsunternehmen der deutschen Medizingeschichte: In der Abgeschiedenheit des Bergischen Landes mühen sich Dutzende Juristen, Mediziner, Betriebswirte und Verwaltungsexperten seit einem halben Jahr, ein hochkomplexes Puzzle zusammenzusetzen. Sie sichten Zehntausende Medizinerrechnungen, studieren Operationspläne, prüfen Kontobewegungen.

Zweck der strenggeheimen Operation: Zum erstenmal lassen die Kassen eine ganze Medizinerbranche durchleuchten. Nahezu alle 100 Praxen der niedergelassenen Kardiologen in ganz Deutschland werden systematisch überprüft. Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer wurde vorsorglich schon einmal diskret informiert. Seine Parole: „Keine Nachsicht für diejenigen, die das System ausnutzen.“

Vorige Woche schlugen die Revisoren zu. Vertraulich gingen 10 Strafanzeigen gegen insgesamt 30 renommierte Herzspezialisten an Staatsanwaltschaften in der ganzen Republik. Vorwurf der Kassen: Die Mediziner sollen Akteure in einem kriminellen „Millionengeschäft“ sein. Ihren Verdacht untermauern die Juristen in umfangreichen Schriftsätzen nebst Tabellen, Gutachten und Rechnungsunterlagen: Sie beschuldigen die Ärzte des gezielten Betrugs und fragwürdiger medizinischer Praktiken zwecks persönlicher Bereicherung.

Von systematisch gefälschten Abrechnungen, Strohmännern, Briefkastenfirmen, frisierten Patientendaten und Steuerbetrug sprechen die Gesundheitsermittler. „Ein Sumpf ist trocken zulegen“, sagt ein Kassenmanager. „Züge von Organisierter Kriminalität“ vermutet der SPD-Sozialexperte Rudolf Dressler.

Die Zunft der niedergelassenen Kardiologen, insgesamt etwa 300, betreibt einen der blühendsten Zweige des deutschen Medizingewerbes. Ausgerüstet mit Diagnose- und Heilapparaten im Liliputformat erobern sie jene lukrative Sparte, in der früher die Herzchirurgen allein herrschten: die Behandlung infarktbedrohter Patienten.

Noch Ende der siebziger Jahre kamen Kranke mit verengten Herzkranzgefäßen unters Messer. In blutigen Operationen öffneten die Chirurgen mit der elektrischen Säge den Thorax, um mit Nadel und Faden ihre Bypässe zu legen.

Jetzt haben die Skalpellkünstler mächtige Konkurrenten, die sanfter arbeiten. Elegant schieben die Kardiologen Katheter durch die Adern ihrer Patienten, mit Diagnosegeräten dringen sie bis zu den Herzhöhlen vor. Winzige Laserkatheter gleiten durch die Gefäße. Hoch-



Verdächtiger Fischer

K.-U. KNOODT

frequenzfräsen mit mikroskopisch kleinen Diamantköpfen werden ferngelenkt an die Gefäßherde herangeführt.

Wichtigste Behandlungstechnik der Zunft ist die sogenannte Ballondilatation. An der Spitze eines Spezialkatheters befindet sich ein aufblasbarer Ballon, der verengte Adern mechanisch weitet. Da jedoch mehr als ein Drittel der Patienten rückfällig wird – die Arterie verengt sich erneut –, bauen die Ärzte nun gern Gefäßstützen ein. Die gitterartigen Hülsen aus Edelstahl oder Spezialkunststoff, Stents genannt, sollen einen Gefäßeinbruch verhindern. Doch auch beim Einsatz von Stents liegt die Verschlussrate bei rund 25 Prozent.

Die schlechte Heilquote bei Ballondilatationen hat unter Ärzten zu einer Dauerdebatte über die Künste der Kardiologen geführt: Wie sinnvoll sind die Eingriffe? Jetzt stehen die Kardiologen auch juristisch im Kreuzfeuer.

Daß die Vorwürfe von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankensversicherer gemeinsam erhoben werden, verleiht der Attacke besondere Wucht. Nie zuvor haben die Sachwalter der Patientengelder eine ganze Sparte des Gesundheitsbetriebs überprüft und unter Verdacht gestellt.

Die Rasterfahndung signalisiert eine drastische Trendwende: Die Treuhänder von jährlich immerhin rund 265 Milliarden Mark galten bisher als ziemlich nachsichtig gegenüber ihren medizinischen Vertragspartnern. Nun treibt sie die Not. Die Gesundheitskosten explodieren allen Reformen zum Trotz, weitere Beitragserhöhungen sind politisch kaum durchzusetzen. „Wir stehen zu Recht unter dem massiven Druck, alle Wirtschaftlichkeitsreserven auszunutzen“, sagt Gernot Kiefer, Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen und Chef der Task Force Kardiologie. Auf „einige hundert Millionen Mark“ schätzt er den Schaden.

Die Jagd auf die Abzocker im Medizinergewerbe ist eröffnet. Einzelne Strafanzeigen hat es immer wieder gegeben, systematische Überprüfungen aber blieben aus. Jetzt erreichen die Task Force immer neue Hinweise auf dubiose Praktiken in zahlreichen weiteren Sparten. Und die Kassen

wollen durchgreifen. Radiologen und Augenärzte sollen die nächsten sein.

Betroffen von den blauen Briefen der vergangenen Woche sind Herzspezialisten in Norddeutschland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg – jeder zehnte Praxis-Kar-

plizierten Eingriffe am Herzen nötig ist. Die Auslagen für diese Utensilien müssen die Krankenkassen den Ärzten als sogenannte Sachkosten gegen Vorlage der Rechnung in voller Höhe erstatten.

Die aufmerksame Kassenfrau reichte ein Abrechnungskvolut der Katheterpraxis an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDK) weiter. Die MDK-Experten, unter ihnen ein langgedienter Kardiologe, stellten fest, daß die Doktoren aus Hannover ihr Arsenal aus Ballonkathetern, Dilatationsdrähten und Stents häufig zum sogenannten Listenpreis abgerechnet hatten.

F. DARCHINGER



Pressekonferenz der Kassenfahrer*: „Ein Sumpf ist trockenizulegen“

Kassieren in der Praxis

Beispiel der Materialabrechnung für eine Ballondilatation in einer Kardiologienpraxis

- 2 Katheter-Sets
- 1 PTCA*-Set
- 5 PTCA*-Drähte
- 12 Ballonkatheter
- 1 Infusionskatheter
- 4 Stents
- 3 Führungskatheter

35 560,78 Mark

*Perkutane transluminale koronare Angioplastie

zum Vergleich:

Krankenhaus-Pauschale für eine Ballondilatation

6738,- Mark

Materialabrechnungen einer norddeutschen Kardiologienpraxis nach Angaben der Krankenkassen in Mark

PRODUKT	BERECHNETER PREIS	VERMUTETER EINKAUFSPREIS
Katheter Europass 3.0-20	1300	700 bis 900
Katheter Cutting Ballon 2.5	1890	700 bis 900
Katheter Express Long Supra 3.5	1691	700 bis 1000
Katheter Viva 2.0	1691	642
Micro Stent 3.0 18 mm	2950	ca. 1000
Micro Stent 3.0 30 mm	4495	ca. 1500
Micro Stent JL 3.5	2950	ca. 1000

DER SPIEGEL

diologe. Dabei soll es nicht bleiben. Zwei bis drei Dutzend weiterer Strafanzeigen gegen Kardiologensozialitäten sind in Arbeit.

Der Feldzug der Kassen begann unspektakulär. Im Sommer 1996 stieß eine Mitarbeiterin einer Krankenkasse bei ihrem Routinecheck auf die Abrechnung der hannoverschen Kardiologensozialität Klaus Fischer, einem millionenschweren Ärzteunternehmen. Der Prüferin fielen stark variierende Preise für allerlei teures Untersuchungsgerät auf, das für die kom-

Praxis etwa für einen Katheter der Marke Krauth rund 1000 Mark, kassiere aber 1804,85 Mark. Für Stents der Firma AVE stelle sie 3204,65 Mark in Rechnung, obwohl sie selbst nur 1200 Mark gezahlt habe.

Bei den Kassen reichte eine CardioMed Handelsgesellschaft mit Sitz in der Vahrenwalder Straße 269 A in Hannover die astronomischen Rechnungen ein. Fischer hatte 1995 mitgeteilt, er werde sich künftig bei diesem Lieferanten eindecken.

Die Prüfer argwöhnten, Fischer habe sein Material keineswegs von der CardioMed bezogen, sondern weiterhin direkt

* Am vergangenen Freitag in Bonn.

„Schaden im Milliardenbereich“

Interview mit Gernot Kiefer, Vorstandsmitglied der Innungskassen, über betrügerische Ärzte und die Versäumnisse der Kassen

SPIEGEL: Die Kassen haben jahrelang eher weggesehen, wenn Ärzte dubiose Abrechnungen eingereicht haben. Warum schlagen Sie jetzt zu?

Kiefer: Von Wegsehen kann nicht die Rede sein. Man braucht Insider-Wissen, um Licht in das Geflecht zwischen Medizin und Industrie zu bringen. Dazu kommt: Die Summen, die wir ausgeben können, wachsen nicht mehr so wie in den siebziger und achtziger Jahren. Für Mediziner ist deshalb offensichtlich die Versuchung größer als in der Vergangenheit, ihr Einkommen anders zu steigern, als es unsere Verträge vorsehen ...

SPIEGEL: ... also zu betrügen.

Kiefer: Weil wir diesen Verdacht leider immer häufiger haben, weiten wir unsere Kontrollen aus.

SPIEGEL: Sie reagieren reichlich spät.

Kiefer: Ich räume ein: Die gesetzlichen Krankenversicherungen wären möglicherweise schon früher auf erhebliche Mißstände gestoßen, wenn sie schärfer kontrolliert hätten. Die entscheidende

Aufsichtspflicht kommt im übrigen den Ärzteorganisationen zu. Dennoch denken wir radikal um. Von der Vorstellung, daß alle Ärzte sich wie selbstverständlich an die Vereinbarungen halten, müssen wir uns verabschieden. Die Zeit des Vertrauens ist vorbei, wir brauchen systematische Kontrollen. Das führt zu einem Kulturbruch in den Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen.

SPIEGEL: Der Berliner Ärztekammerpräsident, Ellis Huber, behauptet, 20 Prozent seiner Kollegen seien Trickser. Liegt die Zahl womöglich noch höher?

Kiefer: Jede solche Zahl ist spekulativ. Wir gehen davon aus, daß nur kleinere Gruppen planmäßig betrügen.

SPIEGEL: Bloß ein paar schwarze Schafe?

Kiefer: Nein. Auch wenn wir keinesfalls einen ganzen Berufsstand beschuldigen wollen, müssen wir doch von Dimensionen ausgehen, die erhebliche Schäden verursachen. Das Ausmaß der kriminellen Energie in einigen medizinischen Sparten hat uns überrascht.

SPIEGEL: Wie hoch ist der Schaden?

Kiefer: Eine seriöse Schätzung gibt es nicht. Zur Größenordnung kann man

nur soviel vermuten: Da wir allein bei den niedergelassenen Kardiologen Schäden von einigen hundert Millionen Mark befürchten, kommt man bei Nachforschungen quer durch alle Branchen wohl in den Milliardenbereich.

SPIEGEL: Patienten haben mitunter das Gefühl, daß Ärzte sie mit überflüssigen und riskanten Therapien traktieren – Hauptsache, das Konto füllt sich.

Kiefer: Das ist ein weiteres wichtiges Motiv, warum wir handeln. In der Kardiologie etwa sehen wir keine medizinische Begründung dafür, daß Ballondilatationen derart en vogue sind. Aufschlußreich ist der Vergleich mit anderen Ländern: Dort, wo die Vergütungen relativ hoch sind, steigen die Zahlen für Katheteroperationen steil an. Offenbar bewirkt der ökonomische Anreiz eine Fehlentwicklung in der medizinischen Versorgung.

SPIEGEL: Wie viele Patienten werden falsch behandelt?

Kiefer: Der Prozentsatz der medizinisch fragwürdigen Kathetereingriffe liegt laut einer aktuellen Untersuchung bei 20 Prozent.

SPIEGEL: Und die Konsequenzen?

Kiefer: Wir sind dabei, die Verträge mit den praktizierenden Kardiologen zu ändern. Die Mengen und die Preise für Katheter, Stents und andere Utensilien werden wir standardisieren, so daß die Ärzte dafür einen

Festbetrag erhalten. Diese Pauschale müssen wir zügig an die Preisentwicklung auf dem Markt anpassen.

SPIEGEL: Müssen die Kardio-Praktiker um ihre Existenz fürchten?

Kiefer: Das mag im Einzelfall sein, aber wir vertreten nicht die Interessen der Ärzte, sondern die der Patienten.

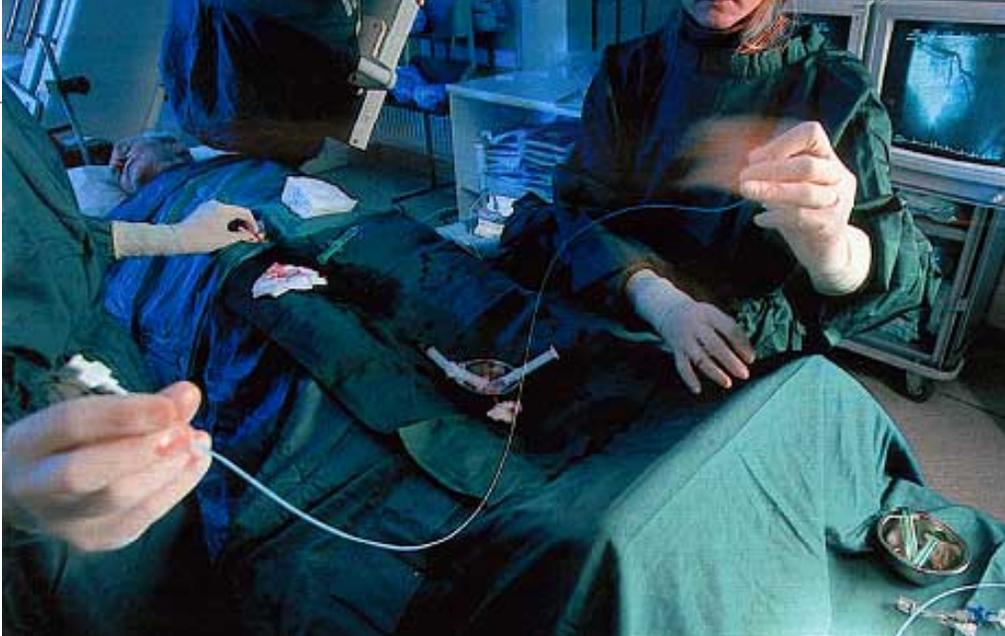
SPIEGEL: Welche medizinischen Sparten wollen Sie noch umkrempleln?

Kiefer: Wir sind dabei, den Markt systematisch zu durchleuchten. Probleme sehen wir überall, wo teure Medizinprodukte eine Rolle spielen, beispielsweise Röntgenfilme oder sogenannte Intraokularlinsen. Als nächste wollen wir deshalb Radiologen und Augenärzte unter die Lupe nehmen.



M. DRACHINGER

Kiefer



R. FROMMANN / LAIF

Katheteroperation: „Das Ausmaß der kriminellen Energie hat uns überrascht“

von den üblichen Medizingeräteherstellern. Bei der CardioMed, schrieben sie in ihre Strafanzeige, handle es sich um eine „Briefkastenfirma“. Ein sogenanntes Büroserviceunternehmen diene „als Anlauf- und Vermittlungsstelle für 33 dort am Türschild aufgeführte Firmen“. Die CardioMed werde „nur eingeschaltet, um einen deutlich über den tatsächlichen Sachkosten liegenden Preis zu realisieren“.

Die Staatsanwaltschaft Hannover registrierte die Anzeige unter dem Aktenzeichen 224 Js 11299/97. Zur Bearbeitung wurde sie der Abteilung II A, zuständig für organisierte Wirtschaftskriminalität, zugewiesen. Die Ermittler durchsuchten Praxis- und Büroräume der Herzmonteure und der CardioMed. Bei 21 Lieferfirmen rückten Fahnder an und beschlagnahmten Preislisten und interne Korrespondenz.

Aus den Unterlagen ergab sich nach Überzeugung der Ermittler ein klares Bild: Fischer habe die CardioMed durch seinen Steuerberater gründen lassen, der nur als „Strohmann“ die Geschäftsanteile für den Kardiologen halte. Bei den Lieferanten sei der Arzt persönlich erschienen, um ordentliche Rabatte auszuhandeln.

Insgesamt 10 329 756,74 Mark Sachkosten stellte die CardioMed den Kassen allein 1996 in Rechnung. Der Betrag wurde anstandslos beglichen. Nach den Ermittlungen der Staatsanwaltschaft zahlte Fischers Firma den Herstellern tatsächlich rund 4,5 Millionen Mark weniger – Geld, das den Kassen zustehe.

Fischers Rechtsanwalt Wolfgang Krafczyk hält die Vorwürfe für konstruiert. Die Frage nach eventuellem Rabattbetrug stelle sich bei CardioMed-Abrechnungen nicht, vielmehr beruhten die Preisunterschiede auf einer rechtmäßigen „Spanne zwischen Einkaufs- und Verkaufspreis“.

Krafczyk wirft den Kassen vor, sie wollten „von eigenen Versäumnissen ablenken“. Im sogenannten Sachkostenrecht gebe es „gravierende Lücken, die nun kriminalisiert werden“. So würden etwa die

Kosten, die den Kardiologen durch die notwendige Lagerhaltung von Kathetern und Stents entstehen, in den kassenärztlichen Verträgen nicht berücksichtigt.

Derzeit kämpfen die Kassen vor Gericht um rund drei Millionen Mark aus dem Fischer-Vermögen. Das Geld soll bei den Banken eingefroren werden, um für einen eventuellen späteren Schadenersatz verfügbar zu sein.

Hinter dem Fall Fischer witterten die niedersächsischen Ermittler rasch eine bundesweite Betrugsaffäre, zumal in Göttingen schnell ein ähnlicher Fall auftauchte. Freimütig erklärte Medizinzulieferer, kaum ein Kardiologe zahle den in den Prospekten ausgedruckten Betrag. „Alles Mondpreise“, spottete ein Manager.

Das schreckte die Spitzenverbände der Krankenversicherer auf. Am 23. Mai trafen Kassenfunktionäre in Köln den hannoverschen Chefermittler Hans-Jürgen Mahnkopf. Der Oberstaatsanwalt machte klar, der Fall könne keine Ausnahme sein. Er appellierte an seine Gesprächspartner, die „kriminellen Geflechte“ von Ärzten seien nur durch ein „konzentriertes Vorgehen“ aufzudecken. Jedes weitere Zögern sei unverantwortlich – und riskant: „Denken Sie an Ihre Vorstandshaftung.“

Das wirkte. Drei Tage nach dem Kassengipfel beriefen die Gesundheitsmanager die „ad hoc-Arbeitsgruppe Kardiologie“. Per Rundschreiben wurden Hunderte Kassenge-

schäftsstellen in ganz Deutschland zur Mitarbeit verpflichtet, ausgewählte Mitarbeiter vergattert: „Alle Recherchen mit äußerster Diskretion.“

Kiefers Gruppe orderte Zehntausende Abrechnungen aus den Jahren 1995 bis 1997 über hochpreisige Arzt-Utililien wie sogenannte Führungskatheter, Angiomat-spritzen oder Stents. Die Namen der Patienten wurden geschwärzt.

Der beispiellose Kraftakt, so die Task Force in einem internen Ukas, sei nötig, „um das Ansehen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu schädigen“. Den „öffentlich vielfach geäußerten Vorwürfen, Abrechnungsmanipulationen würden mit Wissen und unter den Augen der Krankenkassen geschehen“, müsse „mit Nachdruck“ begegnet werden.

Daß der sumpfige Untergrund des Medizinergerwerbes den Geldgebern über Jahre hinweg verborgen geblieben sein könnte, ist kaum glaubhaft. Task-Force-Chef Kiefer rechtfertigt die mangelnden Kontrollen resigniert: „Das Ausmaß der kriminellen Energie hat uns überrascht.“ Dabei ist systematischer Rabattbetrug spätestens seit dem 1994 bekanntgewordenen Herzklappenkandal in der Branche justiznotorisch.

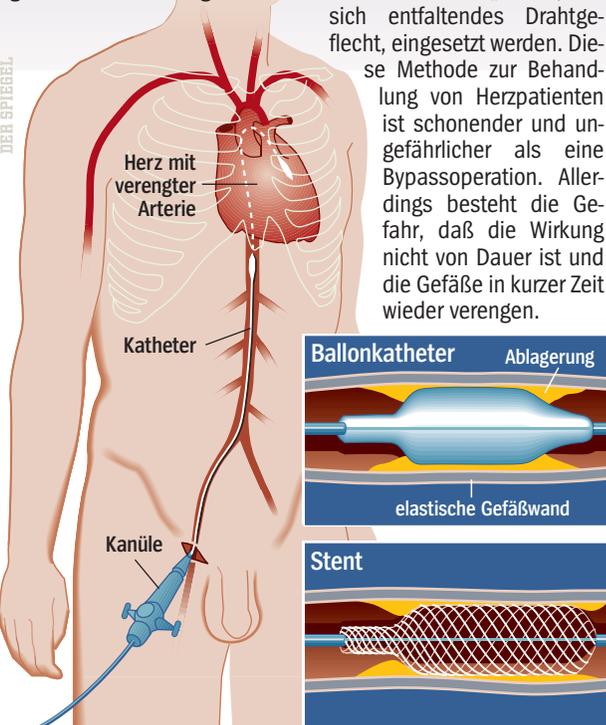
Gegen mehr als 1600 Krankenhauschirurgen, Angestellte von Medizinbetrieben und Kardio-Techniker ermitteln die Staatsanwaltschaften im ganzen Land. Der Vorwurf: Betrug, Untreue, Bestech-

Durch den Bauch zum Herz

Gefäßerweiterung durch Ballondilatation

Der Katheter wird über die Leistenarterie bis in die Herzregion an die verengte Stelle geschoben. Ein aufgeblase-

ner Ballon erweitert die Arterie und drückt die Ablagerungen an die Gefäßwand. Anschließend kann der „Stent“, ein sich entfaltendes Drahtgeflecht, eingesetzt werden. Diese Methode zur Behandlung von Herzpatienten ist schonender und ungefährlicher als eine Bypassoperation. Allerdings besteht die Gefahr, daß die Wirkung nicht von Dauer ist und die Gefäße in kurzer Zeit wieder verengen.



lichkeit. Doch die Strafverfolger haben Mühe, ihre Anschuldigungen gerichtsfest nachzuweisen – und stellen die Verfahren reihenweise ein. Kaum einer der Ärzte oder Firmenmitarbeiter, die das anrühige Geschäft betrieben haben, plaudert. Ohne Insiderwissen fehlt oft der letzte Schuldbeweis. Eine Verteidigerin des beschuldigten Herzklappenherstellers Medtronic berichtete kürzlich stolz im Kreise von Kollegen: „Die Staatsanwaltschaft stößt auf eine Wand des Schweigens.“

Mit den Kardiologen könnten es die Ermittler etwas leichter haben. Der entscheidende Unterschied: Bei den Herzklappen wirtschafteten die beschuldigten Ärzte meist nicht direkt in die eigene Tasche, sondern verwendeten die den Krankenkassen vorenthaltenen Rabatte für ihre Forschungsausrüstung oder für die medizinische Fortbildung.

Die vergangene Woche angezeigten Kardiologen stehen dagegen im Verdacht, sich systematisch persönlich bereichert zu haben. Die Liste der Vorwürfe ist lang: Sie sollen bis zu 280 Prozent über den Marktpreisen abgerechnet und das Geld inkassiert haben. Außerdem sollen sie etliche medizinische Kleinteile, die ihnen die

„Wir brauchen eine grundlegende Neuordnung der Abrechnungspraxis“

Firmen kostenlos überließen, in Rechnung gestellt und die Kassen auch noch bei der Mehrwertsteuer betuppt haben. Mancher Doktor rechnete 15 Prozent ab, zahlte aber den Herstellern nur die für Medizinimplantate üblichen sieben Prozent.

Hinter den Betrügereien vermuten die Kassen-Ermittler ein „planmäßiges“ System. Die exklusive Gilde der Herzspezialisten pflegt ein reges Verbandswesen. Sogar online am Bildschirm tauschen sich die Kardiologen über die letzten Kniffe aus, ein Darmstädter Kollege bietet sich via Internet als „Beauftragter für den Sammel-einkauf“ an. Noch ist unklar, wie viele Ärzte überhaupt ehrlich abrechneten. Nur bei 20 Prozent ist Kiefer derzeit sicher.

Pure Geldschneiderei betrieben etliche der beschuldigten Mediziner nach Feststellungen der Kassen auch mit den Gebühren für die eigene Arbeit. Hundertfach fand die Task Force auf den Abrechnungen die EBM-Ziffer 98. Der Gebührenschlüssel steht dem Arzt für Operationen von mehr als dreieinhalb Stunden Dauer, bei „Assistenz von mehr als einem Arzt“, zu. Doch bei Lektüre der OP-Protokolle stellten die Kassenprüfer fest, daß die Gefäßerweiterungen mittels Ballondilatation „allenfalls 48 bis 56 Minuten“ gedauert hatten.

Etliche der Kardiologen rechneten nach den Erkenntnissen der „Arbeitsgruppe Kardiologie“ die Eingriffe zudem zwar als ambulante Leistung ab, behandelten ihre

Patienten aber regelmäßig im Krankenhaus – vor allem in den eigenen Belegbetten. Preisunterschied zu Lasten der Kassen: oft 100 Prozent und mehr.

Daß die gleiche Behandlung dem Operateur mal mehr, mal weniger einbringt, je nachdem, ob er seine Patienten in der Praxis oder in der Klinik verarztet, ist eine der zahlreichen Grotesken des deutschen Gesundheitssystems. Der niedersächsische Sozialminister Wolf Weber (SPD) fordert: „Wir brauchen eine grundlegende Überprüfung und Neuordnung der Abrechnungspraxis.“ Für den Eingriff im Krankenhaus stehen Arzt und Klinik sogenannte pauschalierte Sonderentgelte zu.

Mit denen werden die medizinischen Dienstleistungen ebenso wie die Sachkosten komplett vergütet. Eine Ballonerweiterung bringt beispielsweise nach diesem Modus 6738 Mark ein, Material inbegriffen. Schmu mit überhöhten Rechnungen ist da nicht drin. In der Praxis rechnen clevere Kardiologen für die gleiche Prozedur schon mal bis zu 35 560,78 Mark Sachkosten ab, das ärztliche Honorar kommt noch hinzu.

Die niedergelassenen Kardiologen geben den Kassen Kontra. So verdächtigt der Bremer Herzspezialist Klaus Kallmayer die Revisoren, sie betrieben den „Ruin der invasiven Praxen“.

Der Münchner Rechtsanwalt und Mediziner Alexander Ehlers, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen, hält es für ausgeschlossen, „daß die Kardiologen insgesamt betrügerisch tätig sind“. Allerdings könne es „wie unter anderen Berufsgruppen schwarze Schafe geben“. In einigen Fällen, räumt Ehlers ein, könnten sich die in den Strafanzeigen erhobenen Vorwürfe „später als gerechtfertigt erweisen“.

Den Krankenkassen geht es freilich um die Praktiken der ganzen Sparte. Den rapiden Anstieg der Herzkatheteruntersuchungen und Stent-Implantationen beobachten sie seit längerem mit Mißtrauen.

Deutschland führt die einschlägigen Statistiken in Europa mit weitem Vorsprung an.

Die Kassen argwöhnen, daß etliche der lukrativen Eingriffe am Herzen nur vorgenommen werden, um Geld zu schneiden – obwohl der Eingriff für den Patienten risikant sein kann. Zahlreiche Interventionen könnten ambulant gar nicht vorgenommen werden, ohne das Leben der Patienten übermäßig zu gefährden.

Der schwere Vorwurf stützt sich auf prominente Gutachter. So wirft der ehemalige Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Jürgen Meyer, Professor an der Mainzer Uni-Klinik, den niedergelassenen Kollegen teilweise unverantwort-

liche Praktiken vor. Bei Dilatationen und dem Implantieren von Stents könne es „auch bei sachgerechter Durchführung“ zu schwersten „Komplikationen“ kommen: „akuter Infarkt, tödliche Herzrhythmusstörungen und Herzbeutelamponade mit kardiogenem Schock“. Ohne ein „chirurgisches Stand-by“, urteilt Meyer unter Berufung auf die Standards der Kardiologen-Gesellschaft, könnten „vermeidbare Todesfälle“ auftreten.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassenversicherung Niedersachsen vertritt in einer Expertise die Ansicht, daß es bei immerhin „drei bis acht Prozent aller zunächst erfolgreich ballonerweiterten Patienten zum Akutverschluß mit einem drohenden Herzinfarkt“ komme. Eine schnelle, lebensrettende Operation sei wohl kaum möglich, „wenn der Versicherte nach dem Eingriff nach Hause geht“.

Nach Meinung der niedergelassenen Kardiologen ist das pure Polemik. In ihren Praxen, heißt es in einer Stellungnahme des Berufsverbandes, würden die Patienten nach dem Eingriff in einer „ambulanten Nachsorgeeinrichtung“ für „12 bis 24 Stunden“ überwacht. Die Mediziner verweisen auf erfolgreiche Eingriffe an vielen

Die laxen Überprüfungen der Kassen haben Schmu nicht allzuschwer gemacht

tausend Patienten. Als Sicherheitsmaßnahme sei eine „20 Autominuten“ entfernte Herzchirurgie ausreichend.

Die niedersächsischen Krankenkassen haben sich in dem Streit bereits entschieden: Seit Juni erstatten sie die Kosten für ambulante Implantationen von Stents nicht mehr. Nur in Krankenhäusern, so die Begründung, könnten die „Versicherten gefahrlos behandelt werden“.

In einem Musterprozeß mühen sich drei Kardiologen aus Rotenburg an der Wümme, den Kassenentscheid juristisch zu kippen. Die Implantationen von Stents, argumentiert Ehlers, habe sich „im Verlauf der letzten zwei Jahre als revolutionäre Verbesserung“ der herzmedizinischen Praxis erwiesen. Deshalb sei die Stent-Technik in der ambulanten Arbeit unentbehrlich.

Das Sozialgericht Hannover indes lehnte den Antrag ab, die Kassen durch Eilentscheid zum Weiterzahlen zu verpflichten. Das Hauptsacheverfahren steht noch aus.

Der Kardio-Komplex wird die Justiz wohl bis ins nächste Jahrtausend beschäftigen. Noch in diesem Jahr will die Staatsanwaltschaft Anklage wegen Betruges in Hunderten von Fällen gegen Fischer aus Hannover erheben.

Eine Trumpfkarte dürfte Fischer wie seine beschuldigten Kollegen auch allerdings haben: Die laxen Überprüfungen der Kassen haben Schmu nicht allzuschwer gemacht – das gilt als strafmildernd. ♦