

Richtgrößenprüfungen adé

Prüfer gängeln Ärzte weiter

Aus Sicht des Gesetzgebers ist der Wegfall der Richtgrößen eine schöne Botschaft für Ärzte. Doch die Prüfungsgremien suchen sich offenbar neue Beschäftigung. Die Zahl der Prüfanträge geht in die Tausende. Machen Ärzte tatsächlich so häufig Fehler oder stimmt etwas an der Prüfsystematik nicht? Ein Gastbeitrag von Dr. Jürgen Bausch

In der vergangenen Legislaturperiode hat das Parlament die Klagen der Ärzte über die Qual mit den Wirtschaftlichkeitsprüfungen erhört [und die Richtgrößenprüfung abgeschafft](#). So könnte man aus Sicht der Politik Regelungen beschreiben, die in Berlin beschlossen wurden. Schaut man jedoch genauer in die Details, dann hat der Gesetzgeber den Vertragspartnern erlaubt, Richtgrößen durch andere Prüfungen zu ersetzen. Die zurückliegenden Prüfzeiträume wurden ohnehin nach altem Recht abgearbeitet

Denn in der Tat gibt es eine neue gesetzliche Vorgabe, die es den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene zusammen mit den KVen ermöglicht, richtgrößenablösende Vereinbarungen treffen zu können. Das erzielte Ergebnis ist jedoch erstens verwirrend und zweitens vollkommen uneinheitlich. Denn in allen KV-Bereichen wurden mit den Kassen stark unterschiedliche Regelungen gefunden. Was einen einheitlichen Zugang aller Patienten in Deutschland zu Arzneimitteln nicht leichter macht. Und den praktizierenden Ärzten die Arbeit erschwert. Föderalismus hat seinen Preis.

Von wegen "Abschaffung"!

Die "Abschaffung" der Richtgrößenprüfungen wurde zudem vielerorts in Regelungen umgesetzt, die nicht zu einem "Weniger", sondern zu einem "Mehr" an Prüfer geföhrt haben. Das war von Seiten der KVen so nicht geplant, denn die Abschaffung wurde positiv gesehen und begrüßt.

Dahinter steckt ein großes Missverständnis zwischen Ärzten und der Gesundheitspolitik. Für die Ärzte war die Forderung nach Abschaffung der Richtgrößenprüfung ein Synonym für die Generalforderung, das Prüfungswesen in Deutschland zu beseitigen. Nirgendwo sonst in Europa werden die Ärzte derart gängelt. Und es hatte sich nach Einführung der frühen Nutzenbewertung durch das Arzneimittelgesetz AMNOG 2011 bei den Ärzten die Überzeugung festgemacht, dass neu bewertete Arzneimittel im Markt nach Abschluss der Preisverhandlungen mit den Kassen grundsätzlich wirtschaftlich sind – und deswegen auch indikationsgerecht verordnet werden können, ohne regressbedroht zu sein.

Wie konnte sich eine solche Auffassung in der Ärzteschaft festsetzen? Ganz einfach: Der Gesetzgeber hatte das AMNOG geschaffen, um den Kassen die Möglichkeit zu eröffnen, die Preise für neue Arzneien am Verhandlungstisch vereinbaren zu können (notfalls auch über eine Schiedsstelle). Und die Kassen wirken in allen Stufen der Nutzenbewertung vollverantwortlich mit. Am Ende kann aus Sicht eines "schlichten" Kassenarztes nur ein Erstattungspreis für ein neues Medikament herauskommen, der

wirtschaftlich ist. "Ziemlich naiv" dürfte man sich auf Seiten der Kassen gedacht haben. Denn auf der Ebene des GKV-Spitzenverbands wurden alsbald vom Gesetzgeber nicht beabsichtigte Prüfkonzepte entwickelt mit Ampelsteuerung, nutzenorientiertem Entgelt, Subgruppencodierung, Teilindikationen und Verordnungsausschlüssen. Aus all dem wurde jedoch bislang nichts.

Rückenwind für neue Prüfungen

Das LSG Berlin-Brandenburg indes hält seit Neuestem die sich zwingend aus der Logik der Nutzenbewertung ergebende Mischpreisbildung für rechtswidrig. Und die Verordnung von Wirkstoffen in Patientensubgruppen ohne Zusatznutzen für unwirtschaftlich. Das ist auch Meinung der Kassen und führt zu Prüfanträgen. Jetzt bleibt abzuwarten, welche Auffassung das Bundessozialgericht dazu entwickeln wird. [Bis dahin ist das LSG-Urteil nicht rechtskräftig, beflügelt aber Prüffantasien.](#)

Seit der Möglichkeit, richtgrößenablösende neue Prüfvereinbarungen verhandeln zu können, sind allein in Hessen die Einzelprüfanträge innerhalb von drei Jahren von einer niedrigen dreistelligen Zahl auf eine hohe vierstellige Zahl dramatisch gewachsen. Die Quälerei hat zugenommen. Ähnliche Beobachtungen berichtet die KBV aus den anderen KVen. Das LSG-Urteil zur Mischpreisbildung hat damit jedoch am wenigsten zu tun.

[Es gibt noch keine bundesweite Analyse über das beunruhigende geänderte Verhalten der Kassen bei Einzelfallprüfungen.](#) Da es sich meist um geringe Einzelbeträge handelt, um die gestritten wird, halten sich die tatsächlichen Regresse zusammengerechnet in Grenzen. Aber der mit solchen Nadelstichen ausgelöste Ärger, den man sich vorstellen, aber noch nicht quantifizieren kann, beeinträchtigt die Lebensqualität der Vertragsärzte zusätzlich zu anderen Belastungen, die durch Bürokratie und Personalmangel ausgelöst werden. Man darf sich nichts vormachen! Ärzte lieben ihren Beruf und arbeiten gerne. Sie sind auch Kummer gewohnt. Aber sie verorten ihren zunehmenden massiven Bürokratie- und Prüferger im "System", in den Kassen, der Politik und natürlich in den KVen. Der Ton wird, wie von Kassen- und KV-Mitarbeitern berichtet wird, aggressiver – unter totalem Wegfall aller Höflichkeitsregeln. Parallelen zum derzeit enthemmten politischen Diskurs in der Öffentlichkeit sind unverkennbar. Mandatsträger im System haben keinen leichten Stand. Und die Nachwuchssuche in den Selbstverwaltungsgremien wird vielerorts zum Problem.

Wer wundert sich eigentlich noch, dass es unter diesen Rahmenbedingungen der Gängelei so schwer geworden ist, ärztlichen Nachwuchs mit dem Willen zur Selbstständigkeit und Freiberuflichkeit in eigener Praxis zu finden?

Bei diesem Thema entspannt sich auf der Ärzteseite niemand, wenn man auf die Fakten hinweist, die da lauten: Regresse sind extrem selten und sie sind in der Höhe mit einer gesetzlichen Obergrenze eingebremst. Viele Prüfanträge sind unbegründet und landen im Papierkorb, nachdem sie Arbeit und Ärger ausgelöst haben.

Vielmehr geht es Vertragsärzten um eine Entlastung in ihrem beruflichen Alltag von überflüssigem bürokratischem Ballast – wozu auch Prüfanträge zählen –, die sich zum Beispiel auf eine Arzneimittelrichtlinie des GBA stützen, die nur Fachleute kennen. Und deren komplizierte Regelungssystematik nicht alltagstauglich ist. Sie sind aber ausreichend rechtlich abgesichert, um sogar Bagatellfälle erfolgreich regressieren zu können. Die Arzneimittelfachabteilungen in den KVen können in den meisten Fällen ihre Ärzte vor dieser neuen Prüftaktik nicht schützen, weil die Einzelprüfanträge häufig in der Sache berechtigt sind.

Wer irrt: Ärzte oder das Regelwerk?

So richtig es ist, die Zahl der Studienplätze für Medizin auszubauen, den Numerus clausus höchstrichterlich zu prüfen und finanzielle Niederlassungsförderung auszuloben, so falsch ist es zu glauben, dass es uns dadurch gelingen könnte, mehr Ärzte dahin zu bringen, wo sie dringend gesucht und gebraucht werden. Dies gilt vor allem dann, wenn man sie weiterhin mit Bagatellbürokratie und Regressen verärgert und bedroht. Obwohl es genügend Gegenden in Europa gibt, in denen die persönliche Haftung eines Arztes für seine Verordnungen unbekannt ist und dort die Arzneimittelausgaben nicht stärker wachsen als in Deutschland, ist es dennoch politisch unrealistisch, an eine Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsbürokratie zu glauben.

Wenn in einer KV mit rund zehntausend Vertragsärzten bei 1500 pro Quartal Prüfanträge gestellt werden, dann braucht man sich nicht wundern, wenn massiver Protest und wütende Reaktionen die Folge davon sind. Denn ein Prüfantrag setzt eine Verletzung eines Regelwerkes voraus. Begangen von Ärzten, die mehrheitlich mit einer Abiturbestnote zwischen 1.0 und 1.5 einen Studienplatz ergattert haben. Die anschließend ein sechsjähriges Studium erfolgreich durchlaufen haben und nach dem Staatsexamen weitere fünf bis sieben Jahre im Krankenhaus weitergebildet wurden, bevor sie sich erst nach der Facharztprüfung niederlassen konnten.

Es gibt immer noch einen gesunden Menschenverstand. Wenn man diesen benutzt, muss man zu dem Ergebnis kommen: Es kann doch wohl nicht sehr wahrscheinlich sein, dass 1500 Doktores mit dieser enormen schulischen und beruflichen Qualifikation in drei Monaten so viele Verordnungsfehler begehen, dass sie einen Prüfantrag rechtfertigen.

Es liegt unter diesen Umständen nahe, dass das Regelwerk als rechtliche Grundlage für solche Prüforgien schwere Konstruktionsfehler aufweist, die korrigiert werden müssen. Und es muss der Verdacht aus der Welt, dass in den gemeinsamen Prüfeinrichtungen von Kassen und KVn durch Wegfall der Richtgrößenprüfung andere Arbeitsfelder eröffnet wurden, um die eigene Existenzberechtigung zu belegen.