

Drohender Regress trotz „Wohlverhalten“ – ein Fallbericht

Am 1. Juni 2000 habe ich eine Vertragsarztpraxis übernommen und bin seitdem als hausärztlicher Internist tätig. Von Seiten der Patienten wird unsere Praxis angenommen, haben sich doch die abgerechneten Behandlungsausweise seither mehr als verdoppelt. Nachdem die ersten Erfahrungen in der Niederlassung gesammelt waren, habe ich mich in wachsendem Maße darum bemüht, dem Gebot der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimitteltherapie zu entsprechen. Natürlich gibt es auch in diesem Bereich eine Lernkurve. Auch verordnet man mitunter unter ungünstigen Umständen, wie zum Beispiel im Hausbesuch ohne Computerunterstützung. Insgesamt bin ich aber der Überzeugung, indikationsgerecht, modern und, im Rahmen des dann Möglichen, sparsam zu verordnen.

Obwohl nun diese Bemühungen um Wirtschaftlichkeit von Anfang an erheblich und darauf gerichtet waren, die Patienten unter den gegebenen Bedingungen optimal medikamentös zu behandeln, bekam ich mit jedem Honorarbescheid und der beigefügten Arzneimittelfrühinformation den Hinweis, dass ich das entsprechende Budget in aller Regel deutlich überschreite, zuletzt in der Größenordnung von etwa 80 Prozent. Daraufhin sah sich meine zuständige KV-Bezirksstelle Chemnitz im Jahr 2002 erstmalig veranlasst, mich zu einer Arzneimittelberatung einzuladen. Dem bin ich gefolgt und habe die dort gegebenen Anregungen durchaus in die Tat umgesetzt. Es handelte sich ausnahmslos um Empfehlungen, die die Versorgung der Patienten nach meiner Meinung nicht zwangsläufig verschlechtern. Sie bezogen sich insbesondere auf den Einsatz von Generika und Reimporten; auch die so genannten Analog-Präparate waren ein Thema, wenngleich ich hier persönlich der Meinung bin, dass häufig Äpfel mit Birnen verglichen werden. Nicht alle Analog-Präparate verursachen nur höhere Kosten, sie tun dies teilweise bei gleicher Wirkung mit einem wesentlich geringeren Nebenwirkungsprofil. Ich nahm trotzdem die Hinweise offen auf und setzte um, was aus meiner Sicht mit einer zeitgemäßen und indikationsgerechten Behandlung meiner Patienten vereinbar war.

Nichtsdestotrotz änderte sich an den Informationen über mein Ordnungsverhalten nichts. Weiterhin und teilweise sogar zunehmend zeigten sich deutliche Überschrei-

tungen. Erklärt werden könnte das zum einen durch einen hohen Anteil Diabetiker in meiner Praxis – relativ gesehen behandle ich doppelt so viele Diabetiker wie der „Fachgruppendurchschnitt“. Die große Zahl an Diabetikern wurde zuletzt noch einmal deutlich erhöht, nachdem der am Ort ansässige Schwerpunkt-Diabetologe ohne Nachfolger in Rente ging (nunmehr allein 100 Insulin spritzende Diabetiker, auch Pumpenträger). Zum anderen kommen viele Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zu uns. Dies ergibt sich aus meiner vormaligen Tätigkeit in einer gastroenterologisch geprägten Klinik.

Im Jahr verordne ich für ca. 650.000 Euro Medikamente (Stand 2005). Rechnet man jetzt eine Überschreitung von 180 Prozent, und weiß dabei, dass normalerweise die Differenz zwischen 125 und 180 Prozent nach dem Wortlaut des Gesetzes vom Vertragsarzt als Regress zu entrichten ist, so versteht man sicher, dass ich angesichts dieser Zahlen Angst bekam. Das würde ja bedeuten, dass ich in einem Jahr allein 200.000 Euro an die Kassen für die Medikamente meiner Patienten zurückzahlen müsste. Also meldete ich mich in eigener Initiative Ende 2005 in meiner KV-Bezirksstelle zu einem neuerlichen Beratungsgespräch an, welches am 14. Dezember 2005 in Chemnitz stattfand. Es empfingen mich eine Mitarbeiterin der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und eine Beratungsapothekerin der AOK. Das Gespräch von über zweieinhalb Stunden lässt sich natürlich nicht im Detail wiedergeben. Jedoch folgende Kernsätze daraus:

Von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung wurde nach Herunterrechnung aller „Ausnahmetatbestände“ und „Praxis-Besonderheiten“ eine Regresssumme für das Jahr 2004 von 36.000 Euro für realistisch gehalten. Diese Zahl wird mit hoher Wahrscheinlichkeit Ausgangspunkt der Betrachtung des Ausschusses für die Prüfung der Richtgrößen sein. Dieser hälftig aus Kassenvertretern und Ärzten besetzte Ausschuss wird dann darüber befinden, ob sich diese Summe durch das besondere, in meiner Praxis behandelte Klientel noch begründen lässt. Solange aber habe ich damit zu rechnen, eine Summe in dieser Größenordnung erstatten zu müssen. Als Kontrapunkt wurde mir von der Beratungsapothekerin wörtlich attestiert: „Ich weiß eigentlich nicht, warum

Sie hier sind und was ich Ihnen sagen soll: Sie machen alles richtig“(!). Zum Beispiel verordne ich 10 Prozent mehr Generika und ebenso viel mehr Reimporte als der Arztgruppendurchschnitt, andererseits weniger sogenannte Analogpräparate. Insgesamt wurde in der Betrachtung für 2005 1 (ein) fälschlich verordnetes „OTC-Präparat“ und ein mögliches Einsparpotenzial von ca. 1.000 Euro bei einer Sondennahrung (wer weiß da schon noch, was gerade verordnungsfähig ist!) bei einer Gesamtverordnungssumme von größenordnungsmäßig ca. 300 T € (anteilig AOK-Patienten) festgestellt. Systematische Defizite in meiner Ordnungsweise konnten nicht erkannt werden.

Ich musste unter anderem mit Erstaunen zur Kenntnis nehmen, dass bei Insulin spritzenden Diabetikern lediglich das Insulin aus dem Budget herausgerechnet wird, während die Begleitmedikation der meistens polymorbiden Patienten völlig unberücksichtigt bleibt und sich dann zum Problem für den Behandler entwickelt.

Betrachtet man alle diese Gesichtspunkte im Überblick, so muss man feststellen, dass der deutsche Vertragsarzt, welcher sich bemüht, seine Patienten nach den modernen Grundsätzen, auch den Leitlinien, zu behandeln, dies nur tun kann, indem er seine finanzielle Existenz und das Bestehen seiner Praxis gefährdet. Selbst die Ausnutzung aller von den Kassen und der Politik propagierten Einsparpotenziale führt nicht dazu, dass das Überschreiten der engen und völlig willkürlichen Budgets vermieden werden kann.

Im Kontext zu den vom Bundesgesundheitsministerium geplanten gesetzlichen Neuordnungen, insbesondere im Arzneimittelbereich, muss gesagt werden, dass Ärzte, welche multimorbide, und damit „teure Patienten“ behandeln, die Verlierer sind und bleiben werden. Die Politik riskiert damit, dass sich die Versorgung solcher Patienten und damit letztlich ihre Lebenssituation deutlich verschlechtern kann, da der Vertragsärzteschaft wohl nicht ernsthaft zugemutet werden kann, die medikamentöse Behandlung solcher Patienten selbst zu finanzieren.

Dr. med. Steffen Liebscher, Aue
Vorstandsmitglied der Sächsischen
Landesärztekammer