

## „Zuckerbrot und Peitsche“ oder doch kalter Krieg?

Nur der unverbesserlichste Schönwetterprophet und Ignorant kann wirklich der Meinung sein, dass im deutschen Gesundheitswesen alles mit rechten Dingen zugeht. Allenthalben steht die Frage, von welcher Seite die Betrachtung erfolgt. Hören wir politische Meinungsbildner, so sind es Ärzte und andere Gesundheitsberufe, welche als Nutznießer und Gewinner aus ihrer Arbeit immer wieder an den Pranger gestellt werden. Andererseits aus dem Blickwinkel derer, sind es vor allem die hilflose Politik und zum Teil auch die Krankenkassen, welche das System der Krankenversicherung in Deutschland mit immer neuen Verwerfungen überziehen. Wären die Finanzen unendlich, so könnten Demografie, medizinisch technischer Fortschritt und wirtschaftliche Entwicklung abgedeckt werden, nur dies bleibt ein Wunschtraum. Ein sparsamer Mitteleinsatz ist aus diesem Grunde notwendig, über die Art und Weise und die Methoden der Kontrolle desselben lässt sich allerdings ebenso gut streiten.

§ 106 in Verbindung mit § 84 SGB V beschreiben die aktuellen Vorschriften zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Arznei- und Heilmittelbereich. Nach diesem ist aus der gemeinsamen Geschäftsstelle der Prüfungsgremien der Ärzte und Krankenkassen nunmehr die Prüfstelle der Ärzte und Krankenkassen entstanden. Einigen ist sicherlich in Erinnerung, dass bei Änderung der Vorschriften im SGB V mit dem GKV-Wirtschaftlichkeitsstärkungsgesetz versprochen wurde, die Ärztinnen und Ärzte von Regressandrohungen und bürokratischen Aufwänden zu befreien und ebenso die Nachwirkzeit auf zwei Jahre zu begrenzen.

Was ist aber tatsächlich passiert. Im Rückblick: Zuerst lag die Prüfungshoheit in den Händen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Ärztlicher Sachverstand führte in aller Regel dazu, dass Kolleginnen und Kollegen zwar mit deutlichem Aufwand, aber meist erfolgreich Praxisbesonderheiten darstellen konnten.

Die drohende Regressgefahr und Verbitterung unter den Kolleginnen und Kollegen, gepaart mit erheblicher Verwirrung wegen permanenter Veränderung, führte bereits hier zu deutlichen Veränderungen

in den Verordnungsgewohnheiten mit beginnender Rationierung. Verschiedene Maßnahmen wie Richtgrößen-, Durchschnittsprüfungen, Bonus-Malus etc. waren und sind flankierend. Allerdings gaben sich Politik und Krankenkassen damit nicht zufrieden. Als neues Instrument wurden dann die gemeinsamen Geschäftsstellen geschaffen und das Prüfverfahren aus den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgegliedert. Auch hier war es, wenngleich schwieriger und weniger aussichtsreich, durch ärztlichen Sachverstand bereits in der ersten Instanz noch möglich, viele zusätzliche Besonderheiten des individuellen ärztlichen Verhaltens im einzelnen Fall zu berücksichtigen. Natürlich war der Aufwand groß und die nunmehr durch Regressverhängung eingespielten Mittel deckten nach allgemeinen Aussagen gerade mal die Kosten der Prüfung.

Abhilfe nach dem Motto von „Zuckerbrot und Peitsche“ soll nun die Neuausrichtung des Prüfgeschäftes bringen.

Ganz bewusst wurde zwar die Zahl der zur Prüfung anstehenden Kolleginnen und Kollegen auf maximal fünf Prozent der „Überschreiter“ reduziert und auf maximal zwei Jahre nach Veranlassung der Kosten beschränkt. Aber bei der Anerkennung von Praxisbesonderheiten und außergewöhnlich teuren und notwendigen Verordnungen bereits im Vorprüfverfahren hat es zu erheblichen Erschwernissen geführt. Die Liste der per se anzuerkennenden Praxisbesonderheiten ist aus gutem Grund nicht sehr lang. Betrachtet man allerdings die Wirklichkeit, so sind allerdings andere Maßstäbe zu setzen. Widerspiegeln ausgewählte Medikamentengruppen die Praxiswirklichkeit? Dies mag für hochspezialisierte Sprechstunden gelten, für Hausärzte allerdings kommt dies nicht zum Tragen. Hier ist es oft die breite Masse der Patienten mit einer breiten Menge an Verordnungen, welche zu höheren Verordnungskosten führt. Es ist die Klientel der älteren und multimorbiden Patienten zu betrachten, welche die Medikamentenauswahl nicht zuletzt wegen bestehender Wechselwirkungen schwierig macht. Welches Medikament ist entbehrlich, wenn wir uns nach Leitlinien richten, die auf Krankheiten und nicht auf multimorbide Patienten orientiert sind?

So kommt es, dass in Sachsen nunmehr Regressandrohungen im Raume stehen,

welche jegliche Sachbezogenheit vermischen lassen. Hatten Ärztinnen und Ärzte überwiegend bisher mit Androhungen im hohen vier bis niedrigen fünfstelligen Bereich zu rechnen, so ist nun vom mittleren bis hohen sechsstelligen Bereich auszugehen. Verständlicher Grund ist nunmehr der fehlende, weil politisch nicht mehr gewünschte Sachverstand und die einfache rechnerische Prüfung. Die Angst und der Schrecken, den ein solches Vorgehen bereitet, ist verständlich. Die Bürokratie ist für die betroffenen 237 Kolleginnen und Kollegen erheblich. Stellt man allein das in einer unübersichtlichen und mit einfachen EDV-Mitteln nicht verwertbare zur Verfügung gestellte Datenmaterial in Papierseiten dar, so kommen leicht 1.500 bis 2.000 bedruckte A4-Seiten zusammen.

Praxisbesonderheiten nun zu begründen wird schwierig, da insbesondere ausführliche Erläuterungen notwendig sind, um den Sachbearbeitern in der Prüfstelle klar zu machen, warum und wieso eine Verordnung erfolgte. Die einfache Diagnose reicht eben hier nicht mehr. Ist dies die versprochene Vereinfachung des Prüfgeschäftes?

Nicht hilfreich sind da Aufforderungen an durch Prüfverfahren belastete Ärztinnen und Ärzte weiter zu überweisen – oft ist das für ältere Patienten nicht möglich, hat keine Ersparnis für die Kosten und schadet dem Patienten oft mehr als es hilft. Ebenso sind die Auswirkungen auf den Honorarbereich nicht abzuschätzen, wenn allein dadurch eine Art „Ringüberweisungsmentalität“ besteht, nur weil das Budget der einzelnen Praxis erschöpft ist.

Was können die Folgen sein?

- Praxisschließungen, sei es durch Insolvenz oder durch Verdruss, sind vorprogrammiert!
- Versorgungsengpässe werden sich verschärfen!
- Es wird weitere massive Erschwernisse für Patienten geben!
- Das Vertrauen der Patienten in ihren Arzt wird weiter untergraben!
- Der ärztliche Nachwuchs wird sich weiterhin abwenden und alle eingeleiteten Maßnahmen werden schon deshalb ad absurdum geführt!

Kann sich dies das sächsische Gesundheitswesen leisten?