

Sächsischen Ärzten droht Insolvenz

In Sachsen haben 272 niedergelassene Ärzte von der zuständigen Prüfstelle Regressandrohungen wegen Richtgrößenüberschreitungen des Budgets im Gesamumfang von 40 Mill. EUR erhalten. Diese einzigartig hohen Forderungen werden Ärzte in die Insolvenz treiben. Und das, weil sie sich tagtäglich für die Gesundheit ihrer Patienten einsetzen und die individuell besten Medikamente verordnen. Damit ist auch die Schließung weiterer Praxen vorprogrammiert.

Gerade vor dem Hintergrund des Ärztemangels in Sachsen ist das Vorgehen der Prüfstelle nicht nachvollziehbar. Zumal offensichtlich sehr restriktiv mit der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten und außergewöhnlich teuren und notwendigen Verordnungen für chronisch Kranke umgegangen wurde. Dieses Signal wird sicher nicht dazu führen, junge Ärzte für eine Niederlassung auf dem Lande mit vielen älteren und damit auch stärker zu versorgenden Patienten zu begeistern. Da helfen dann auch keine Förderprogramme. Eine Intervention des Vorgangs über die zuständige amtierende Sozialministerin wurde eingeleitet, wobei keinesfalls schon eine Entwarnung gegeben werden kann.

Die drohende Regressgefahr und Verbitterung unter den Ärzten, gepaart mit erheblicher Verwirrung wegen permanenter Änderungen, führte bereits in der Vergangenheit zu deutlich anderen Verordnungsgewohnheiten mit beginnender Ratio- nierung. Verschiedene Maßnahmen wie Richtgrößen-, Durchschnittsprüfungen, Bonus-Malus etc. waren und sind zusätzliche Fallstricke. Das Prüfverfahren selbst erfolgt neuerdings

offensichtlich mit weniger ärztlichem Sachverstand.

Bei der Anerkennung von Praxisbesonderheiten und außergewöhnlich teuren und notwendigen Verordnungen kam es bereits im Vorprüfverfahren zusätzlich zu erheblichen Erschwernissen. Die Liste der per se anzuerkennenden Praxisbesonderheiten ist nicht sehr lang. Und Praxisbesonderheiten heute 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.

Es ist oft die breite Masse der Patienten mit einer breiten Menge an Verordnungen, welche zu höheren Verordnungskosten führen. 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 Ärzte sich nach Leitlinien richten, die auf Krankheiten und nicht auf multimorbide Patienten orientiert sind?

Die jetzt erfolgte rein rechnerische Prüfung ohne ärztlichen Sachverstand führt zu enormen Richtgrößenüberschreitungen von bis zu 900.000 EUR pro Arzt. Die Angst und der Schrecken, die ein solches Vorgehen bereitet, sind verständlich. Zudem ist die Bürokratie für die betroffenen Kollegen erheblich. Stellt man allein das zur Verfügung gestellte Datenmaterial, welches zudem unübersichtlich und mit einfachen EDV-Mitteln nicht verwertbar ist, in Papierseiten dar, so kommen leicht über 1.000 bedruckte A4-Seiten pro Regressverfahren zusammen.

Nicht hilfreich sind da Aufforderungen an betroffene Ärzte, Patienten doch an andere Kollegen zu überweisen – oft ist das bei älteren Patienten nicht möglich, schadet eher als dass es hilft und bringt keine Ersparnis. 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.

Erik Bodendieck
Vizepräsident