

# Der Gesundheitspolitische Kommentar

## DIPL.-POL. EKKEHARD RUEBSAM-SIMON

### Regressitis

Im Jahre 2004 hatte ich in einem Gesundheitspolitischen Kommentar geschrieben:

„Seit unendlichen Zeiten lässt sich die Ärzteschaft mit untauglichen Mitteln das sauer verdiente Geld aus der Tasche ziehen. Kein anderer Berufsstand hat eine derart perverse Selbstüberprüfung etabliert, wie die Ärzteschaft. Das Postulat „Wirtschaftlichkeit“ sei als relative Häufigkeit des durchschnittlichen Arztes einer Fachgruppe quantitativ zu erfassen, ist weder widerlegbar noch beweisbar. Je mehr jedoch sozialrechtliche Zwänge das Verhalten des Vertragsarztes deformieren, um so weniger lässt sich wirtschaftliches Verhalten als Durchschnitt begreifen. Angstgesteuertes Verhalten ersetzt „vernünftige“ Abwägungen. Wir verlassen das Gebiet des vernünftigen, autonomen Subjekts und bewegen uns zunehmend im Psychologischen.

Auf logischer Ebene ist eine „Wirtschaftlichkeit“ aufgrund von Häufigkeitsmerkmalen nicht zu etablieren, auch wenn es zahlreiche „Prüfärzte“ gibt, die sich damit ein kärgliches Zubrot verdienen. Da immer nur die relative Differenz zum Fachgruppendurchschnitt und nicht „wahre“, absolute Zahlen gemessen werden, können Fachgruppendurchschnitte beliebig beeinflusst werden, wenn die entsprechende Fachgruppe das nur will. Kleine homogene Fachgruppen könnten – rein theoretisch – durch klare Absprachen ein bestimmtes Abrechnungsverhalten systematisieren und damit den Durchschnitt beliebig manipulieren. Ich behaupte nicht, daß sie das tun, aber Ansätze dazu mag es vielleicht geben. Alle diese Versuche verändern die gemessenen Abrechnungshäufigkeiten, stellen Artefakte dar, die in die Wirtschaftlichkeitsprüfung eingehen. Fachgruppen, die groß sind und inhomogen, wie zum Beispiel Allgemeinärzte haben diese Beeinflussungsmöglichkeit in weitaus geringerem Maße. (...) Zurzeit besteht kein nachvollziehbarer Bezug zwischen *Leistungsprozeß* (Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen nach dem SGB V), *Abrechnungsprozeß* (Kategorisierung von Leistungen in abrechenbaren Ziffern) und *Honorierungsprozeß* (ökonomisch nachvollziehbare Bewertung einzelner Leistungen). Insbesondere die eingeführte Budgetausnahme „Praxisbesonderheit“ suggeriert vom Begriff her, daß das Leistungsverhalten des Vertragsarztes vom medizinisch vorliegenden Sachverhalt definiert wird. Die Übung der KVen, nebst Richtgrößenprüfung exekutiert jedoch ein anderes Muster: indem die Praxisbesonderheit an Umsätze gekoppelt wird, entfällt ein großer Teil des „medizinisch Besonderen“ bei vielen Kollegen – und sie gucken entgeistert in die Röhre. Insofern ist die „Praxisbesonderheit“ ein von KVen, Krankenkassen und Sozialgerichten konstruiertes Gebilde, das Geldsteuerungsabsichten bei Vertragsärzten verfolgt, nicht jedoch der Erklärung morbiditätsverursachter Kosten- und Leistungsprozesse. (...) Bedenkt man die unglaublichen Kosten, die wir selbst aus unseren Honoraren für diesen Unfug bezahlen (Sitzungsgelder, Rechtsanwaltskosten, Praxisausfallzeiten usw.) so muss man sich fragen, ob das „Weiter so“ sinnvoll ist. Wenn man bedenkt, daß gewohnheitsmäßig von den Prüfärzten der „unwirtschaftliche Mehraufwand“ niemals jedoch der „unwirtschaftliche Minderaufwand“ von der Fachgruppe geprüft wird, so ergibt sich notwendig eine gravierende Verzerrung der Gesamtstichprobe. Bedenkt man weiter, daß diese Prüfungen oft in einem subjektiv erlebten Klima der Bedrohung durchgeführt werden, daß sogar beabsichtigt ist, die neuen Heilmittelvereinbarungen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu unterziehen, obwohl diese so konstruiert sind, daß sie durch einen Kodex der notwendigen und wirtschaftlichen Verordnung bei definierten Krankheitsbildern bestimmt sind, so kann man sich fragen, ob die Entscheidungsträger unserer Selbstverwaltung von allen guten Geistern verlassen worden sind.“

Wir sind jetzt 4 Jahre fortgeschritten, geändert hat sich bisher nichts, im Gegenteil. Liest man die berufspolitischen Nachrichten der letzten Zeit, so kann man von einem *Deja vu* ausgehen. In Hessen

werden 1150 Ärzte mit Heilmittelregressen bis zu 280.000 € verfolgt, in Bayern will die KV 90 Millionen € mit Regresshöhen bis zu 250.000 € von den Hausärzten eintreiben, in Niedersachsen sollen 820 Ärzte 106 Millionen € für die Jahre 2003 bis 2005 berappen, in Mecklenburg-Vorpommern sind gerade 30% der Heilmittelverordner wegen Überschreitung der Heilmittel Richtgrößen angeschrieben worden usw. usf. Wie erklärt sich der plötzliche Eifer der Prüfungsgremien zum Jahresende?

Beinah unbemerkt von der Öffentlichkeit hat der Gesetzgeber bei der letzten Reform die *Vorstandshaftung* von KV und Kasse in das SGB V geschrieben. D.h.: Wenn die Regresse nicht fristgemäß abgewickelt werden, so werden die ausstehenden Summen nicht einfach auf die Vertragsärzte übertragen (bisherige Übung) sondern die Vorstände der Körperschaften haften persönlich. Paragraph 106 SGB V Abs. 4 b beschreibt dieses Szenario exakt. Für Bayern würde dies zum Beispiel bedeuten, dass die 3 Vorstände Munte, Schmidt und Bittner für jeweils 8, 16 Millionen € persönlich geradestehen müssten. Man versteht jetzt, warum die Prüfungsgremien in solch hektische Aktivität verfallen sind - sie bekommen jetzt etwas von dem Druck ab, den die niedergelassenen Ärzte schon seit vielen Jahren permanent aushalten müssen.

Kehren wir nochmals zum Grundsätzlichen zurück: Die in den meisten KVen existierenden Richtgrößen für Medikamente und Heilmittel wurden aus budget-infizierten Zahlen der Neunzigerjahre konstruiert. Die sogenannten. Fortschreibungen beruhen nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen oder methodischen Verbesserungen sondern entspringen einer wilden Schätzometrie. Ist schon vom Ansatz her nicht begreiflich, wie medizinische Qualität durch Häufigkeiten abgebildet werden soll, so hat der Prozess der Budgetierung und Rationierung der seit über einem Jahrzehnt über die Ärzteschaft rollt, die methodologischen Grundlagen der Statistik völlig deformiert. Hatte es seinerzeit noch einen gewissen Sinn anzunehmen, dass die Verordnungen von Medikamenten durch sparsame und verschwenderische Ärzte im „freien Spiel“ ungefähr zufällig nach einer Gaußschen Kurve verteilt werden, so hat sich durch die systematische Kappung des „unwirtschaftliche Mehraufwands“ ergeben, dass der „unwirtschaftliche Minderaufwand“ gänzlich wegrationalisiert wurde. Das bedeutet: Es gibt keine Gaußsche Verteilung mehr, da alle Ärzte höchst sparsam verordnen und das seit vielen Jahren. Der Druck der Körperschaften und der Politik hat auch den dümmsten Kollegen Mores beigebracht - statistisch ergibt sich somit eine Schraubenbewegung nach unten. Es ist also überhaupt nicht verwunderlich, dass wir zurzeit solche großen Probleme mit dem Richtgrößen haben. Sie sind das Ergebnis einer permanenten Sparpolitik, die das andere Ende der Gaußschen Verteilungskurve von Runde zu Runde gekappt hat. Die Vertragsärzte haben dieses Dilemma selbst mitverantwortet und zahlen jetzt die Zeche.

Die Prüfungsgremien, juristisch unabhängig von den KVen, oft von fachfremden Personen geleitet (meistens Juristen) sind paritätisch mit Kassen- und KV-Vertretern besetzt. Aufgrund der Tatsache, dass bei der inhaltlichen Prüfung der inkriminierten Ärzte meistens nichts herauskommt, da diese fast immer indikationsgerecht und kostenbewusst verordnen, ist guter Rat teuer. Die bisher existierenden Instrumente scheinen nicht zu genügen, auch die Zufälligkeit- Prüfung, die in das SGB V aufgenommen wurde, und die unabhängig von einer Auffälligkeit gemacht wird, scheint nicht ausreichen. Die Prüfungsgremien kosten mehr als sie „einbringen“. In jeder freien Marktwirtschaft würde eine solche Abteilung eines Unternehmens geschlossen – nicht jedoch im Zwangssystem der Körperschaft. Es geht um die Produktion von Angst, sonst nichts.

Wenn man diesem kompletten Schwachsinn überblickt, so kann man sich nur noch wundern, auf welcher Basis viele das hohe Lied der Körperschaften singen. Diese sind gerade in diesem Bereich nichts anderes als permanente Bedrohungsexperten, die dafür sorgen sollen, dass wir Ärzte uns dem ständigen Druck beugen. Methodologisch ist es an der Zeit, den Unfug der Prüfmethode durch Statistiker zu widerlegen. Dass die Ärzteschaft es bisher vermieden hat, zeigt, dass sie gerade da, wo es um Ihre eigenen Interessen geht, insuffizient reagiert. Ich denke dass sich das ändern lassen wird: Der einfachste Weg ist der, das System zu verlassen. Parallel dazu können ja Menschen, die glauben dass dieses System noch eine Zukunft hat, die statistikkritische Arbeit durchführen. Viel Spaß dabei!