

Manfred Moewes

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Rechte ihrer Mitglieder gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen und die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, „die Kassenärzte nötigenfalls unter Anwendung der in § 368 m Abs. 4 vorgesehenen Maßnahmen“ zur Erfüllung der Pflichten anzuhalten und Disziplinarmaßnahmen zu ergreifen. Die mit der Einzelleistungsvergütung verbundene Abrechnungsweise, mit der die Kassen- und Vertragsärzte ihre Forderungen gegenüber den KV'en und über diese gegenüber den Versicherungsträgern geltend machen, bedarf ebenso der Tätigkeit von Kontrollinstanzen. Im § 368 n der RVO heißt es dazu: „Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung im einzelnen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen nach näherer Bestimmung der Satzungen Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse...“ Diese vom Gesetzgeber dem genossenschaftlichen Zusammenschluß der Kassenärzte übertragene Aufgabe als entbehrlich zu bezeichnen wäre realitätsfern, wenn man – und davon ist mangels besserer Modelle auszugehen – das bisherige System der ambulanten gesundheitlichen Versorgung erhalten will.

Vorbeugen ist besser als heilen, beraten ist besser als maßregeln. Deshalb gehört die Beratung der Kassenärzte durch die verschiedensten Verwaltungseinrichtungen und Gremien der KV zu deren vornehmsten Aufgaben. Dazu bedarf es keines Gesetzestextes. In besonderer Weise sind die Prüfungsgremien, Prüfungsabteilungen und Prüfärzte aufgerufen, diese Beratungsfunktion wahrzunehmen. Die KV'en sollten diese Dienstleistung für den niedergelassenen Kollegen mehr als bisher anbieten. Der Kassenarzt sollte sich keinesfalls scheuen, diesen Service ebenso in Anspruch zu nehmen,

Beraten ist besser als maßregeln

Wirtschaftlichkeitsprüfung als Aufgabe der Selbstverwaltung

Die Kassenärzte dürften den hier veröffentlichten Artikel eines hauptamtlichen KV-Prüfarztes als nützlich empfinden, weil er viele Mißverständnisse und Fehlinterpretationen bei der Beurteilung des Komplexes „Wirtschaftlichkeit“ ausräumt. Die Meinungsbildung des Prüfarztes ist auch nicht auf die Sicht einer bestimmten Kassenärztlichen Vereinigung vereingt.

wie er beispielsweise in anderen Fragen seinen Steuerberater zu Rate zieht. Die KV'en werden von Honoraranteilen der Kassenärzte finanziert. Sie können und wollen dem Kassenarzt mehr als eine „kassenärztliche Kontroll- und Verrechnungsstelle“ sein.

Die Zumutbarkeit des Vergleichs

Selbstverständlich kann keinerlei Zweifel daran bestehen, daß das besondere Verhältnis zwischen Arzt und Patient jedes nur denkbaren Schutzes – insbesondere auch hinsichtlich der Patientendaten – bedarf. Dennoch ist es unvermeidbar, bei der Beurteilung der Abrechnungsweise und Verordnungsweise eines Arztes auch einzelne Beispielfälle zu prüfen. Andererseits muß teilweise von der individuellen Betrachtungsweise abgegangen werden und die Arbeitsweise eines Arztes auch im Vergleich zur Tätigkeit der übrigen Kassenärzte gleicher Gebietsbezeichnung beurteilt werden.

Es ist durchaus mit den Prinzipien einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung vereinbar, wenn die Mitglieder einer Gruppe untereinander

der in ihrem Verhalten verglichen werden. Kein vernünftiger Mensch wird sich in einer pluralistischen Gesellschaft gegen Regelungen, die zum Schutz aller getroffen worden sind, mit dem Argument wenden, daß diese für ihn nicht zuträfen, weil er aufgrund seiner charakterlichen Haltung oder sonstigen Fähigkeiten und Fertigkeiten ohnehin nicht in die Gefahr käme, gegen das Allgemeininteresse zu verstoßen. Die Wahrnehmung dieser Überprüfungsaufgaben durch die KV selbst ist die einzige Möglichkeit, andere gesellschaftlich vielleicht einflußreichere Gruppen von der Forderung abzuhalten, die Überprüfung in „neutrale“ Hände zu legen. Die Freiheit ärztlichen Handelns wird nicht dadurch geschmälert, daß der einzelne den allgemein gültigen Maßstab, der für alle innerhalb der Gruppe gilt, auch bei sich anlegen lassen muß.

Besonderheiten der Praxis

Selbstverständlich ist es Aufgabe der Prüfungsgremien, die Besonderheiten der Praxis so individuell wie nur irgend möglich zu überprüfen. Daß dies nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist, resul-

tiert schon aus der Tatsache, daß den Prüfungsgremien lediglich die Eintragungen auf den Krankenscheinen und Rezepten und die statistischen Daten zur Beurteilung zur Verfügung stehen. Korrekturen des auf dieser Basis entstehenden Eindrucks können dann angebracht werden, wenn der Arzt von seinem Anhörungsrecht vor den entsprechenden Gremien Gebrauch macht und imstande ist, darzulegen, daß die Eindrücke, die aus den schriftlichen Unterlagen entstanden sind, nicht oder nur teilweise richtig sind oder der Ergänzung bedürfen. Die allseits geübte Schelte, daß ein „Heckenschnitt“ betrieben würde und nur die Durchschnittswerte zur Beurteilung der kassenärztlichen Tätigkeit und ihrer Wirtschaftlichkeit herangezogen würden, ist fast ausnahmslos unberechtigt. Allerdings ist es – zumindest bei der ersten Überprüfung – unumgänglich notwendig, die ermittelten statistischen Durchschnittswerte zur Beurteilung heranzuziehen.

Selbstverständlich wird eine seit Jahren gleichbleibende und ständig als unwirtschaftlich erkannte Abrechnung nicht Quartal für Quartal einer subtilen Einzelfallprüfung unterzogen. Der von der Sozialgerichtsbarkeit eingeführte Begriff des „offensichtlichen Mißverhältnisses“ bei weit überdurchschnittlicher Häufigkeit in der Abrechnung fachgruppentypischer Leistungen ohne plausible Begründung erlaubt es den Prüfungsgremien, ohne permanente Wiederholung einer individuellen Überprüfung eines sattsam bekannten Sachverhaltes, eine Kürzung des Honoraranspruches durch Kostenvergleich und Schätzung auszusprechen.

Die nicht selten mit Emphase gebrachte Behauptung, daß man in seiner Tätigkeit als Arzt nicht mit anderen vergleichbar wäre, weil man eine besondere Ausbildung genossen habe, sich in spezifischer Weise fortgebildet habe und überhaupt eine ganz besondere nicht vergleichbare Einstel-

lung zum ärztlichen Handeln habe, provoziert zur Frage der Eingliederungsbereitschaft in einen Rahmen mit ohnehin sehr weit gesteckten Grenzen. Fehlt diese völlig, müßte man bereit sein, auf das relativ sichere Einkommen als Kassenarzt zu verzichten. Auch die ärztliche Tätigkeit in Kliniken, Instituten und wo sonst auch immer, ist besonderen Regeln unterworfen, die es nicht gestatten, jede individuelle Regung ohne Rücksicht auf das Team in die Tat umzusetzen. So muß sich auch



Die allseits geübte Schelte, daß ein „Heckenschnitt“ betrieben würde und nur die Durchschnittswerte zur Beurteilung der kassenärztlichen Tätigkeit und ihrer Wirtschaftlichkeit herangezogen würden, ist fast ausnahmslos unberechtigt. Allerdings ist es unumgänglich notwendig, die ermittelten statistischen Durchschnittswerte zur Beurteilung heranzuziehen.



der Kassenarzt, dessen Honorarforderungen den Fachgruppenvergleichswert erheblich übersteigen, fragen lassen, aus welchen Gründen er eine derartig aufwendige Behandlung betreibt, wenn nicht a priori bereits Praxisbesonderheiten festgestellt werden können, die diese erhöhten Honorarforderungen rechtfertigen.

Noch vielmehr muß gegebenenfalls auch der Arzt Rechenschaft ablegen oder einen Regreß hinnehmen, dessen Arzneiverordnungsweise klar erkennen läßt, daß er bei der Verschreibung von Medikamenten unkritisch vorgeht und dadurch Kosten verursacht, die in keiner Weise notwendig sind. Leider kann die Vermutung

nicht generell abgewiesen werden, daß der Arzneimittelverbrauch in Deutschland in keinem verständlichen Verhältnis mehr zur tatsächlichen Morbidität steht.

Leistung, Kosten, Wettbewerb

Im Gegensatz zum Wettbewerb unter Gewerbetreibenden und Unternehmern stellt der Preis kein Regulativ der kassenärztlichen Tätigkeit dar. Der Kassenspatient als „Abnehmer“ kann eventuell den Aufwand, der getrieben wird, beurteilen, kennt aber die Kosten nicht.

Das Prinzip der Honorierung nach Einzelleistung beinhaltet die Gefahr der Honorierung nach Aufwand. Ärztliches Wissen, Berufserfahrung, Menschenführung können nicht auf direkte Weise honoriert werden. Im Gegenteil wird der erfahrene Arzt durch Verzicht auf überflüssige Untersuchungen zunächst zur Minderung seines eigenen Einkommens beitragen. Ein orientierender Vergleich der Honorarforderungen an den durchschnittlichen Forderungen der Ärzte gleicher Gebietsbezeichnung ersetzt nur sehr unvollkommen die Kontrollmechanismen des Marktes, durch die z. B. das Angebot eines Gewerbetreibenden über Leistung und Preis permanent mit denen seiner Mitbewerber verglichen wird. Dabei wird fast ausschließlich der preiswerteste Anbieter einer Leistung zum Maßstab genommen.

Durchschnittskosten, Streubreite

Wenn die Honorarforderungen für ärztliche Leistungen im Rahmen der groben ersten Überprüfung durch die Prüfungsgremien mit den Durchschnittskosten verglichen werden, so wird bereits hier ein „Rabatt“ erheblichen Grades gegeben. Dieser Durchschnittswert wird noch einmal mit dem „Bonus“ der sog. Streubreite – also einer zu tolerierenden Überschreitung – versehen, ehe eine

individuellere Überprüfung erfolgt. Diese hat dann in einem großen Teil der Fälle das Ergebnis, daß die Überschreitung durch Praxisbesonderheiten erklärt wird und damit zu akzeptieren ist. Erfolgt dennoch wegen erheblicher Überschreitung fachgruppentypischer Leistungen eine Kürzung der Honorarforderung, so steht dem Arzt der gesamte Rechtsweg offen.

Zur Vermeidung einer falschen Beurteilung muß in diesem Zusammenhang betont werden, daß der Begriff der „Kürzung“ exakter anders zu definieren wäre, indem er präzise heißen müßte: „Dem Antrag des Arztes auf Teilnahme an der Gesamtvergütung aller Kassen- bzw. Vertragsärzte wurde nicht voll entsprochen.“

Der Patient überprüft im Rahmen seiner Möglichkeiten das Leistungsangebot eines Arztes; die Genossenschaft – denn nichts anderes ist die Kassenärztliche Vereinigung – überprüft im Rahmen ihrer Möglichkeiten die Kosten der erbrachten Leistungen.

Abstriche bei der Honorarforderung

Bei allen regionalen Unterschieden kann festgestellt werden, daß die Gesamthonorarforderung aller Kassenärzte in der Bundesrepublik durch Kürzungen seitens der Prüfungsgremien und rechnerische Berichtigungen durchschnittlich nur um zirka 1,5 Prozent bis maximal 2 Prozent reduziert wird. Selbstverständlich ergeben sich bei den betroffenen Ärzten höhere prozentuale Abstriche bei der Honorarforderung in einzelnen Leistungssparten bzw. im Gesamthonorar. Ungefähr 10 Prozent aller Abrechnungen werden von Kürzungsmaßnahmen betroffen. Daraus geht hervor, daß vierundfünfzigtausend der insgesamt sechzigtausend deutschen Kassenärzte Quartal für Quartal völlig unbeanstandet ihr angefordertes Honorar auch erhalten.

Tabelle: Kürzung, Regreß, Rückzahlung, Schadensersatz, rechnerische Berichtigung

Honorarkürzung	Der Honoraranspruch wird wegen vermuteter Abrechnung nicht notwendiger (und damit unwirtschaftlicher) Leistungen nicht in voller Höhe anerkannt	Kürzung des Honoraranspruches in Prozentanteilen bestimmter Leistungssparten oder (selten) des Gesamthonorars
Arzneiregreß	Die Arzneiverordnungsweise (bzw. andere vom Arzt veranlaßte Maßnahmen) wird nicht für wirtschaftlich gehalten	Beschluß einer Geldforderung gegen den Arzt meist in Prozentanteilen der Mehrverordnung gegenüber dem Fachgruppenvergleichswert
Schadensregreß	Eine Verordnung oder andere Maßnahme hat zu Kosten geführt, ohne daß die Krankenkasse dafür zahlungspflichtig gewesen wäre (z. B. durch Nichtbeachtung gesetzl. oder vertragl. Bestimmungen, mangelnde Sorgfalt bei der Ausstellung von Bescheinigungen, schuldhaftes Verletzung kassenärztl. Pflichten)	Beschluß einer Geldforderung gegen den Arzt in Höhe des entstandenen Schadens
Rechnerische bzw. sachl. Berichtigung	Richtigstellung der Honorarforderung primär durch die KV oder auf Kassenantrag z. B. bei Fehlinterpretation der Gebührenordnung	Korrektur der Forderungen durch Streichung oder Umwandlung der entsprechenden Gebührenordnungsnummern

Arzneimittelregresse

Genauere Zahlen über die Höhe der ausgesprochenen Arzneimittelregresse lassen sich allerdings nicht ermitteln, zumal viele derartige Verfahren auch auf dem Vergleichswege bereinigt werden. Es kann jedoch mit Sicherheit gesagt werden, daß die Zahl der betroffenen Ärzte weit niedriger ist, es

dürfte sich zirka um 1 Prozent bis 2 Prozent aller Kassenärzte handeln, die je mit einem Arzneimittelregreß konfrontiert worden sind. Wenn es dabei in wenigen Fällen zu durchaus nennenswerten Regreßsummen gekommen ist, so fast ausschließlich deshalb, weil infolge desolater Praxisorganisation und völlig unzureichender Kontrolle Arzneimittelmengen

verschrieben worden sind, die nur als unbegreiflich zu bezeichnen sind. Die medizinisch indizierte Verordnung auch außerordentlich teurer Medikamente kann niemals eine Begründung für einen Arzneiregriß sein.

Unzulässigkeiten

Über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit hinaus mit der eventuell festzusetzenden Kürzung des Honoraranspruches oder eines Regresses wegen unwirtschaftlicher Verordnung haben die Prüfungsgremien leider sehr häufig Rückzahlungsforderungen der Krankenkassen zu bearbeiten. Für unzulässige Verordnungen im Sprechstundenbedarf oder bei der Arzneiverordnung zugunsten der Patienten sind die Krankenkassen selbstverständlich nicht zahlungspflichtig. Wird ein Vertrags- oder Kassenarzt für die Verordnung unzulässiger Präparate, Produkte oder Materialien zur Rückzahlung herangezogen, so wäre es nicht redlich, darüber zu klagen, „von der KV gekürzt“ worden zu sein. Es muß vom Kassenarzt gefordert werden können, daß er sich über die Arzneimittelrichtlinien, Sprechstundenbedarfsvereinbarungen, neben den wichtigsten Paragraphen des Bundesmantelvertrages und der Prüfvereinbarungen hinreichende Kenntnisse verschafft oder sich in Zweifelsfällen von der KV informieren und beraten läßt.

Gebot der Wirtschaftlichkeit

Der Text des § 368 e RVO beschreibt den wirtschaftlichen Rahmen kassenärztlicher Tätigkeit: „Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist... Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der an der kassen-

ärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt darf sie nicht bewirken oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen...“

Da die Begriffe Kürzung, Regriß, Rückzahlung, Schadensersatz, rechnerische Berichtigung verwechselt werden, soll in der *Tabelle* eine knappe Darstellung versucht werden.

Selbstverständlich gibt es kein System, das nicht auch zur Kritik herausfordert. Bei der Vielfalt ärztlichen Handelns und den unterschiedlichsten individuellen Ansprüchen der Patienten kann es nicht ausbleiben, daß auch Entscheidungen von Prüfungsgremien immer wieder korrigiert werden müssen, wenn neue Erkenntnisse und Einsichten dies erforderlich machen. Den berechtigten Forderungen der betroffenen Ärzte kann aber um so besser nachgekommen werden, je mehr fachliche Kompetenz den Prüfungsgremien zur Verfügung steht.

„Fremdkörper“ KV?

Leider ist aber zu konstatieren, daß sich die Kollegen, die sich für diese Tätigkeit zur Verfügung stellen, gelegentlich ungerechtfertigten Anwürfen ausgesetzt sehen. Auch ist die Zahl derer, die in den Prüfungsgremien oder in anderen Gremien der kassenärztlichen Selbstverwaltung mitzuarbeiten bereit sind, sehr gering. Die Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der Prüfungsgremien wird um so qualifizierter sein, je mehr Kollegen die Notwendigkeit erkennen, sich innerhalb eines genossenschaftlichen Zusammenschlusses und einer Körperschaft des öffentlichen Rechts für eine ehrenamtliche Tätigkeit zur Verfügung zu stellen. Der Kassenarzt ist nicht nur verantwortlich für seine eigene Praxis, sondern zugleich auch für die Tätigkeit und das Ansehen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie haben Aufgaben wahrzunehmen, denen

der einzelne Kassenarzt, hätte er sie selbst durchzuführen, nicht gewachsen wäre, wenn er seine Patienten noch nach den Regeln der ärztlichen Kunst versorgen will.

Die Überprüfung der Honorarforderungen, der veranlaßten Kosten durch Arzneiverordnungen, sonstiger Kosten, für die die Kassen nicht aufzukommen haben, und der Rechnungslegung nach den Gebührenordnungen ist eine wichtige Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Wahrnehmung dieser Aufgabe kann nur durch die Kassenärzteschaft selber erfolgen, wenn man nicht früher oder später staatliche Kontrollorgane hinnehmen will.

Zusammenfassung

Die Verpflichtung der Prüfungsgremien zur größtmöglichen Beachtung individueller Besonderheiten und der sogenannten „Gesamtwirtschaftlichkeit“ gebietet es, ständig nach einer Verbesserung in der Beurteilung der Tätigkeit eines Kassenarztes zu suchen, um den berechtigten Ansprüchen des Arztes und seiner Patienten gerecht zu werden. Eine vergleichende Betrachtung anhand von Durchschnittswerten ist dabei eine wichtige Hilfe, wenn auch keinesfalls ein allein entscheidendes Kriterium bei der Beurteilung der Tätigkeit eines Arztes aus wirtschaftlicher Sicht. Ohnehin ist die Bewertung ärztlicher Leistungen nach einer Gebührenordnung, die Einrichtungen aufzählt, mehr als unvollkommen und muß viele essentielle Bestandteile ärztlichen Tuns außer Betracht lassen. Das Ausmaß des persönlichen Einsatzes kann durch keine Gebührenordnung und durch keinen Vergleich mit dem Durchschnittswert der Fachgruppe erfaßt werden.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Manfred Moewes
im Hause der KV-Bezirksstelle
Clever Straße 13/15
5000 Köln 1