

KV-Statistiken genau durchleuchten

Das schützt vor Regressen

Es gibt Kollegen, die die Post von ihrer KV gar nicht erst öffnen und die Umschläge mit Statistiken ungelesen zum Steuerberater geben. Dabei ist es sinnvoll, sich mit den Zahlen zumindest ein wenig zu beschäftigen: Zum einen bilden die Daten die Grundlage für die Steuerung des Unternehmens Arztpraxis. Zum anderen kann der Arzt ablesen, ob er in bestimmten Bereichen eine Prüfung fürchten muss bzw. einen drohenden Regress frühzeitig abwenden kann. Tipps hierzu gibt Allgemeinarzt und Ökonom Dr. Bernhard Riedl aus Wenzenbach.

— Die KV-Abrechnung bietet dem Arzt wichtige Informationen zum Stand und eventuell auch zur Entwicklung seines Unternehmens, erklärt Riedl, der dem Prüfungsausschuss Ärzte in Bayern als Unparteiischer vorsitzt. Aus den Statistiken können z.B. das Spektrum der Praxis, Schwerpunkte, evtl. Defizite (der Arzt hat viele Rentner, führt aber kaum geriatrische Untersuchungen durch) sowie Prüfungsgefahren herausgelesen werden. Wichtig sind im Prinzip alle Daten, so Kollege Riedl auf dem Seminar „Der niedergelassene Arzt im Problemkreis der Wirtschaftlichkeitsprüfung“ bei der Practica. Denn: In diese Prüfungen fließen alle möglichen Informationen ein (Überweisungstätig-

keit, vorstationäre Einweisungen), die zwar nicht unbedingt eigenständig geprüft werden, aber einen Eindruck über das Gesamtbild des ärztlichen Handelns vermitteln. Manche Daten aber fehlen Ärzten: So liefern einige KVen keine Informationen über Heilmittelverordnungen. Bei Ärzten, die einem solchen Blindflug ausgesetzt sind, dürfte eigentlich kein Regress verhängt werden. Ob trotzdem ein Regress durchgesetzt werden kann, das hält Riedl für juristisch fragwürdig.

Auch den Praxisbedarf haben die Krankenkassen gern im Blick

Geprüft wird mit vielen Instrumenten, in vielen Bereichen und zu allen Zeitpunkten. Krankenkassen, so Riedl, können z.B. jederzeit Einzelfallprüfungen initiieren, sobald sie eine Unwirtschaftlichkeit vermuten. Einige BKKen in Bayern zeigen sich hier sehr kreativ, wie Riedl weiß. Im Fokus der Kassen stehen etwa unwirtschaftliche oder unzulässige Verschreibungen (OTC-Präparate, Off-label-use).

Auch den Praxisbedarf haben Kassen gern im Blick. So können Krankenkassen feststellen, ob ein Arzt eine He-

patitis-B-Impfung über den Praxisbedarf laufen lässt, diese aber eigentlich auf Einzelrezept hätte verschrieben werden müssen.

Einige Patienten setzen Ärzte bei der Arzneiverordnung gern unter Druck. Schlimm, berichtet dazu ein Arzt aus dem Publikum, seien mitunter Mitglieder von Selbsthilfegruppen. So habe er selbst einen Fall erlebt, in dem die Mutter einer Patientin damit drohte, ihn in Haftung zu nehmen, sollte er sich weigern, das Originalpräparat zu verschreiben und die Tochter aufgrund des „Billigmedikaments“ einen epileptischen Anfall haben. Das sollte er auch noch unterzeichnen.

Dass Ärzte von allen Seiten derart unter Druck gesetzt werden, ist fast schon unerträglich, aber nicht zu ändern. In Einzelfällen, so Riedl, kann durchaus auch ein kostenintensiveres Medikament verordnet werden. Dies sollte aber immer gut dokumentiert werden. Heilmittel können per Durchschnitt, anhand von Richtgrößen oder im Einzelfall geprüft werden. Problemfälle bei der Durchschnittsprüfung (teilweise auch im Einzelfall) sind regelmäßig:



Dr. Bernhard Riedl: Bei Verordnung kostenintensiver Arzneien gut dokumentieren!

Foto: Anke Thomas

- Missverhältnis Massagen – Krankengymnastik,
- grundsätzlich Fango statt Heißluft,
- kein Massagerezept ohne Fango,
- Überschreitung Höchstmenge pro Rezept bzw. Indikation,
- Überschreitung des Regelfalls ohne Begründung etc..

Bei der Verschreibung von Heilmitteln sollten auch Diagnose und Leitsymptomatik nicht fehlen. Sehen die Kassen ein offensichtliches Missverhältnis bei der Verordnung von Heilmitteln, stellen sie gemeinsam einen Antrag. Dann läuft das Prüfungsverfahren an, und der Arzt wird innerhalb einer Frist um Stellungnahme gebeten. Diese Frist sollte er (wie im Übrigen in anderen Prüfverfahren auch) unbedingt einhalten und in der Stellungnahme (sachlich und knapp) erklären, dass er z.B. eine bestimmte Patientenklientel hat.

Am Ende entscheidet der Prüfungsausschuss.

Erkennt der Arzt, dass er in bestimmten Bereichen in der gefährlichen Zone liegt, ist zu empfehlen – sofern z.B. die Überschreitungen bei bestimmten Leistungen nicht durch Praxisbesonderheiten erklärbar sind – die Tätigkeit in diesem Bereich einzuschränken. Keinesfalls aber, so Riedl, sollten Ärzte Hausbesuche durchführen, diese aber dann nicht abrechnen, um sich vor Prüfungen zu schützen.

Ein Tipp: „Finger weg von Anwendungsbeobachtungen!“

Wichtig bei Überschreitungen ist immer, dass diese nachvollziehbar (und dokumentiert) sind. Konsequentes Verordnen von Generika (auch bei Neueinführungen rasch handeln!), Einsatz von Mustern oder Vermeiden

von Me-too-Präparaten sind Handlungsmöglichkeiten. „Finger weg von Anwendungsbeobachtungen!“, so ein weiterer Tipp von Riedl, denn diese sind mittlerweile ebenfalls Bestandteil von Prüfungen. Beim Praxisbedarf heißt es, diesen möglichst sparsam anzufordern und darauf zu achten, Präparate (z.B. Infusionen) auf Patientenrezept zu verordnen.

Im Prüfungsfall hat der Arzt die Möglichkeit des Widerspruchs. Greift dieser nicht, sollte der Arzt sich nicht davor scheuen, auch juristischen Beistand zu suchen. „Bitte wählen Sie sich hier einen auf Arztrecht spezialisierten Anwalt“, rät Riedl. „Diese sind zwar etwas teurer, aber Anwälte, die sich nicht im Medizinrecht auskennen, können hier mehr Schaden anrichten, als sie abwenden.“

ANKE THOMAS ■

Behandlungstermin kurzfristig geplatzt

Richter verneinen Schadenersatz durch Patienten

Wenn Patienten nicht zum vereinbarten Behandlungstermin erscheinen oder kurzfristig absagen, ist dies gerade bei aufwendigen, langfristig geplanten Terminen ein Ärgernis. Ob der Arzt in diesen Fällen Anspruch auf Schadenersatz hat, ist in der Rechtsprechung umstritten. In einem aktuellen Fall urteilten die Richter des OLG Stuttgarts zugunsten des Patienten.

— Vier Stunden vor dem vereinbarten Behandlungstermin, der über zwei Stunden angesetzt war, sagte der Patient den Termin bei seinem Zahnarzt wegen eines anderen Termins ab. Erbot über die kurzfristige Absage zog der Zahnarzt vor Gericht und verlangte entgangenes Honorar in Höhe von 5916,49 Euro. Der Zahnarzt verwies dabei auch auf seinen Anamnesebogen, auf dem unter anderem folgender Hinweis abgedruckt ist: „Wir bitten darum, Terminänderungen bzw. Terminabsagen uns mindestens 24 Stunden, bei Vollnarkoseeingriffen drei Tage vorher mitzuteilen. Andernfalls sind

wir berechtigt, Ihnen eine Ausfallzeitgebühr zu berechnen.“

Das Landgericht gab dem Arzt Recht und sprach ihm zwar nicht den geforderten Honorarbetrag, sondern Schadenersatz in Höhe von 2512 Euro zu, da der Patient Nebenpflichten des Vertrages verletzt habe. Aus den Aussagen des Steuerberaters ergab sich, dass der Zahnarzt im Jahresdurchschnitt pro Stunde 1256 Euro erwirtschaftet, sodass der Schaden bei zwei Stunden mit 2512 Euro festgesetzt wurde. Schließlich hätte der Arzt, argumentierten die Richter, wegen der kurzfristigen Absage keinen anderen Patienten behandeln können.

Der Patient ging in die Berufung, und der Fall landete vor dem Oberlandesgericht. Die Richter des OLG Stuttgart folgten der Meinung des Landgerichtes nicht. Zwar wurde auch hier eine Verletzung der vertraglichen Nebenpflichten durch den Patienten festgestellt. Der Arzt konnte aber auch nicht schlüssig beweisen, dass er einen anderen Patienten hätte behandeln können, wenn der Patient den Termin früher bzw. mindestens 24 Stunden vorher abgesagt hätte. Außerdem, so die Richter weiter, sei es ohnehin fraglich, ob der Arzt mit der kurzfristigen Behandlung eines anderen Patienten tatsächlich den durchschnittlichen Stundenverdienst von 1256 Euro hätte erwirtschaften können.

ANKE THOMAS ■

■ OLG Stuttgart, Urteil vom 17.4.2007, AZ. 1 U 154/06

Folge des Wettbewerbs

Kassen mögen Kranke nicht mehr

Am liebsten würde ich den neuen EBM in die Ecke schmeißen, so Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes auf dem berufspolitischen Abend der Practica. Der Hausärzterverband sucht sein Heil weiterhin in eigenständigen Verträgen mit den Krankenkassen, in denen Hausärzte ihre Interessen besser durchsetzen können.

— Wie steht der Bundesverband zu den Plänen der bayerischen Hausärzte, die einen gemeinsamen Austritt aus dem System erwägen (vgl. MMW Nr. 43), wollten bayerische Kollegen wissen. Die Vertreter des Bundesverbandes hielten sich bedeckt und verwiesen auf die eigene Strategie, bessere Verträge für alle Hausärzte abzuschließen. Dabei sei

wichtig, so Eberhard Mehl, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes, flächendeckende Verträge auszuhandeln. Würden kleinere Ärzteguppen Verträge mit den Kassen abschließen, sei die Gefahr sehr groß, dass Ärzte in den Verhandlungen den Kürzeren ziehen.

Martin Grauduszus, Präsident der Freien Ärzteschaft, kritisierte, dass KBV, Hausärzterverband und Ärztegenossenschaften sich in den letzten Jahren von Politik und Kassen nur hätten an der Nase herumführen lassen. Auch er forderte erneut den Ausstieg der Ärzte aus dem System – gemeinsam mit den Fachärzten.

„Ich vermisse den Ausblick“, kommentierte Weigeldt die Forderungen von Grauduszus. Die Verträge nach SGB V §§ 140 und 73 b seien der rich-



Abb.: A. Thomas

Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes: Vorteile durch eigenständige Verträge mit den Kassen

tige Weg, betonte er. Dann äußerte er sich doch noch zu den bayerischen Aktivitäten. Schließlich verfolge auch Dr. Wolfgang Hoppenthaler, Chef des Bayerischen Hausärzterverbandes, das Ziel, besser honorierte Verträge für die Hausärzte zu erreichen. „Erst wenn dies nicht gelinge, komme ein Systemausstieg infrage.“

ANKE THOMAS ■

Aktuelle Abrechnungsfragen

Üben Sie Solidarität mit Ihren Kollegen!

Ärzte als Patienten – schon immer ein besonderes Thema. Wie soll man die Behandlung eines Kollegen abrechnen? Hausarzt Dr. Roman Machens aus Landshut hat sich dazu Gedanken gemacht.

— Die Kollegialität alter Prägung war eine wirklich schöne Tradition. Sie ging davon aus, daß die meisten Ärzte nicht versichert oder in einem besonderen Ärztetarif versichert waren. Leider ist in den letzten Jahren der Zusammenhalt der Ärzteschaft erheblich dünner geworden. Typische Ärztetarife gibt es weniger, und die meisten Ärzte sind schon aus Angst krankenversichert. Es gilt auch im Allgemeinen nicht mehr als standeswidrig, einem anderen Arzt und Kollegen eine Rechnung zu stellen.

Prüfen Sie sich selbst: Ärgern Sie sich insgeheim, wenn Sie für Ihre Leis-



Foto: privat

Dr. med. Roman Machens setzt sich intensiv mit Abrechnungsfragen auseinander.

tungen kein Geld erhalten? Leidet gar Ihr Engagement für den Patienten darunter? In diesem Fall müssen Sie dem Kollegen eine Rechnung stellen! Oder freuen Sie sich, einen Kollegen zu behandeln, um die schöne Tradition der Solidarität und der kollegialen Hilfsbereitschaft aufrechtzuerhalten oder wiederzubeleben?

Wichtig ist, dass Sie über das Thema vor Beginn der Behandlung ganz offen reden. Äußern Sie sich klar, wie Sie abrechnen wollen, und fragen Sie, ob das für den Kollegen in Ordnung

ist. Manchmal ist der 1.0-fache GOÄ-Satz eine gute Lösung.

Besonders problematisch ist die Frage der Abrechnung bei Kollegen, die eine Privatversicherung mit hoher Selbstbeteiligung haben. Fragen Sie unbedingt danach! Denn um Kosten zu sparen, meiden viele den Gang zum Kollegen nach dem Motto: „Ich kann selbst für mich sorgen, ich bin ja selbst Arzt.“ Ärzte mit hoher Selbstbeteiligung in ihrer Krankenversicherung laufen dadurch ein extrem hohes Risiko: Aus Sparsamkeit verzichten sie auf notwendige Kontrollen und Behandlungen. Dies betrifft besonders den psychischen oder psychosomatischen Bereich.

In solchen Fällen ist Ihre Solidarität noch stärker gefordert, der Verzicht auf das Honorar sollte noch leichter fallen. Denn wer möchte schon einen Kollegen im Stich lassen?

DR. MED. ROMAN MACHENS ■