

Einzelregresse: Kassen zielen genau – und treffen Ärzte oft

Richtgrößenprüfungen sind passé: Kassen setzen zunehmend auf Einzelregressanträge. Die Schadenshöhe ist für Ärzte meist nicht existenzgefährdend, doch der psychologische Schaden verheerend.

Von Florian Staeck



Einzelregress: Ein paar hundert Euro sind schnell weg – ein Abschreckungsmittel für den Nachwuchs. © apops / fotolia.com

chert sind sowie davon, ob nur eine oder mehrere Kassen Anträge gestellt haben.

Aus allen KV-Regionen kommt übereinstimmend die Meldung, dass die – aus Sicht der Kassen – „Erfolgsquote“ bei Einzelanträgen deutlich höher ist als bei Richtgrößenprüfungen. In Schleswig-Holstein gab es im Schnitt zwischen 2009 bis 2014 jährlich 671 Anträge: 42 Prozent führten zu einer Regressfestsetzung. In Bremen liegt diese Quote sogar bei 70 Prozent. Oft gehe es bei diesen Anträgen um formale Verstöße der Verordner, die nicht durch Praxisbesonderheiten erklärt werden können, heißt es aus Westfalen-Lippe. Die KV Baden-Württemberg führt den höheren „Erfolg“ darauf zurück, dass Einzelfallanträge nicht von Amts wegen in Gang kommen. Daher prüften Kassen vorab, ob sich der Aufwand für den Antrag „lohnt“.

Die psychologischen Folgen eines Regressantrags seien, unabhängig von der Schadenshöhe, „immens“, so die KV Bremen. Solche Berichte machten „die Lebensentscheidung Niederlassung für junge Ärzte nicht einfacher“. (Mitarbeit: di/cben/iss)

NEU-ISENBURG. Richtgrößenprüfungen verlieren an Bedeutung, dafür entdecken Krankenkassen das Instrument der Einzelregressanträge neu. Das zeigen Berichte aus fünf KV-Regionen.

In Hessen sind Vertragsärzte in den vergangenen Monaten durch Einzelregressanträge in Atem gehalten worden. Wurden dort 2013/2014 pro Quartal im Schnitt noch etwa 200 Regressanträge gestellt, so schnellte deren Zahl auf 500 im zweiten Quartal 2015 und auf 1050 im dritten Quartal 2015 hoch. Wirtschaftlich brisant sind dort insbesondere Regressanträge, die auf den Ergebnissen der frühen Nutzenbewertung beruhen: Angegriffen werden von den Kassen dabei Verordnungen in Subgruppen, für die der Gemeinsame Bundesausschuss keinen Zusatznutzen gesehen hat.

Dieser Trend scheint sich – noch – auf Hessen zu konzentrieren, zeigt eine Umfrage der „Ärzte Zeitung“ in Bremen, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe, Nordrhein und Baden-Württemberg. In Westfalen-Lippe gibt es im ersten Quartal dieses Jahres 276 Anträge wegen mutmaßlichen Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, keiner von ihnen betrifft die frühe Nutzenbewertung. Ebenso in Bremen: 64 Anträge sind bis Ende März gestellt worden, keiner von ihnen bezieht sich auf Verordnungen in Subgruppen.

Die KV Baden-Württemberg meldet für I/2016 nur „wenige“ Einzelfallanträge, exakte Zahlen lägen der Prüfstelle vor, heißt es. Im Südwesten werden Vertragsärzte insbesondere wegen Verstößen gegen Anlage 3 der Arzneimittelrichtlinie in die Mangel genommen – dort sind Verordnungseinschränkungen aufgeführt. In Schleswig-Holstein sind 143 Anträge gestellt worden. Dass Verordnungen ohne nachgewiesenen Zusatznutzen im Fokus stünden, sei „absolut nicht zutreffend“, heißt es dort. Die durchschnittliche Höhe des geltend gemachten Schadens ist überwiegend nicht existenzgefährdend. So waren es in Bremen zuletzt 154 Euro, die Spanne reichte von 31 bis 1004 Euro. In Westfalen-Lippe belief sich im Jahr der Schaden im Durchschnitt auf 82 Euro, dafür ist die Varianz größer: Sie reichte von 50 bis 3500 Euro.

Aus Baden-Württemberg fehlen genaue Zahlen. Zur Begründung wird auf die Spezifika der Einzelanträge verwiesen. So sei die Schadenshöhe abhängig davon, wie viele Patienten bei der antragstellenden Kasse versichert sind sowie davon, ob nur eine oder mehrere Kassen Anträge gestellt haben.

70%

p.aerztezeitung.de/_data_online/2016/08/08/az/articles/img/Pic-p57177h.jpg

der Einzelanträge führen in Bremen zur Festsetzung eines Regresses. In Schleswig-Holstein lag die – aus Sicht der Kassen – „Erfolgsquote“ zwischen 2009 und 2014 bei 42 Prozent.