

Abs.: privat
Dr. med. Christian Riethe
Brucknerstrasse 1
D- 73441 Bopfingen
Tel.: 07362/922683
Fax: 07362/922771
e-mail: drriethe@aol.com

Handy: 0172/6686278

dienstlich:
Praxis Dres. Riethe
Härtsfeldstrasse 12
73441 Bopfingen
07362/3811
07362/921246
arzt@drriethe.de, christian.riethe@dgn.de
www.drriethe.de
Facharzt für Allgemeinmedizin
Notfall- und Palliativmedizin

30.01.'13

Stichworte zu Regress für Arzneimittel bzw. Heilmittel (KG, Ergo, etc.)

- In dem Zusammenhang schon das Wort „Regress“ falsch, weil ein Regress eine Rückforderung einer Zuviel-Bezahlung darstellt. Aber an Rezept-Verordnungen verdient ein Arzt nichts, er verschreibt Medikamente nicht zu seinem persönlichen Profit, sondern zum Wohle des Patienten (Pat.). Also handelt es sich bei „Regressen“ für Arznei- oder Heilmittel um eine Strafzahlung, das wäre das richtige Wort.
- Deutschland ist das einzige Land auf der Welt, wo es so ein System gibt, in dem sich Ärzte an den Kosten der Medikamente für ihre Pat. beteiligen sollen (berühmter Spruch: „Ist so, als würde die Feuerwehr ihr eigenes Löschwasser bezahlen“)
- In der Regressgesetzgebung §106 SGB V wird das Grundgesetz umgedreht: Eine Statistik klagt den Arzt an, und macht ihn erst einmal schuldig, und der Arzt muss dann (in aufwändigen Ausarbeitungen) versuchen, seine Unschuld zu beweisen.
- Regresse werden nach den Richtmittelgrößen vergeben. Diese werden von einem Ausschuss im vornerein festgelegt. Es handelt sich hierbei um reine Durchschnittswerte, die grob für einen Selbst- oder Familienversicherten pro Quartal bei 50€, und bei einem Rentner bei ca. 150€ liegen (Summe aller Med., auf die der Pat. pro Quartal ein Anrecht hat, bzw. was ich an Arzneimitteln für den Pat. verordnen darf).
In diese RMG fließen keine Diagnosen oder medizin. Erkenntnisse ein, es gibt also nur den „Durchschnittspat.“ (jeder wird gleich bewertet, egal wie krank er ist) (Sozialismus, der real nicht existieren kann, die Realität sieht eben anders aus, den „Durchschnittspat. gibt es nicht....)
Weiterhin handelt es sich bei Festlegung dieser Richtmittelgrößen im Vornerein um Planwirtschaft, die auch nicht funktionieren kann (Krankheiten kann man nicht „planen“).
- Die Regresse werden von der Prüfstelle berechnet und vergeben, einer unabhängigen Behörde, die sich aus KV- und Kassen-Vertretern zusammensetzt, die aber nicht mehr für die KV oder Kassen arbeiten, also unabhängig von KV und Kassen sind. Eine übergeordnete Behörde zur Prüfstelle ist der Beschwerdeausschuss, der dann entscheidet, welche Praxisbesonderheiten beim Regress-Arzt berücksichtigt werden und in welcher Höhe, und dann geht es vors Sozialgericht.

- Sobald der Regress vom Beschwerdeausschuss festgelegt ist, muss der Arzt erstmal in Vorleistung gehen, d.h. den Regress bezahlen, bis dann **Jahre später** das Sozialgericht die endgültige Entscheidung trifft und der Arzt evtl. wieder etwas zurückbekommt (das widerspricht unserer Rechtsstaatlichkeit, eine Strafe kann eigentlich nur ein Gericht feststellen....und nicht ein Ausschuss.....).
- Viele Punkte, bei der unsere Rechtsstaatlichkeit bis hin zum Grundgesetz verdreht wird.....
- Deshalb fürchten sich die Politik, Krankenkassen, ja sogar Ärzteverbände vor einer öffentlichen (jurist.) Überarbeitung/Reformierung der Regress-Gesetzgebung, da diese Un-Rechtsstaatlichkeit, die ja viele Jahre praktiziert wurde, dann auffallen würde....
- Deshalb wird jeglicher Protest gg. die Regress-Gesetzgebung sofort hinter den Kulissen unterbunden durch Einschüchterung, die Presse bis hin zu großen Fernsehsendern wagen nicht, sich intensiver mit der Materie zu befassen. (Eine Chefredakteurin einer lokalen Zeitung hier hat nach Artikeln über meine Regresse zugegeben, dass Sie von Lokalpolitik und Krankenkassen deutlich gewarnt wurde, sich weiterhin intensiver mit der Materie zu befassen oder weitere Artikel zu bringen.....) (Ärzteverbände haben mich im persönlichen Gespräch vor Öffentlichkeitsarbeit gewarnt, dass sie mir nicht helfen können, wenn ich meine Regresse zu sehr publik mache....)
- Das System selbst ist absichtlich so kompliziert und verwirrend aufgebaut, dass kaum einer es durchblickt. Selbst Ärzte, die nicht durch einen Regress betroffen sind und sich daher intensiver mit der Materie befassen, verstehen die Systematik nicht und leben nach dem Prinzip: „Der Regress-Arzt ist selber schuld, zum Glück betrifft es mich nicht, also geht es mich nichts an.....“ Auch mit Juristen einiger großer Ärzteverbände habe ich gesprochen und dabei erkannt, dass sie die Problematik in keinsten Weise verstanden wurde: Wie soll es dann ein Pat. verstehen können (den es ja schließlich auch betrifft)....?!?
- Selbst von den Prüfstellen wird mittlerweile zugegeben, dass der ganze Regress-Komplex ein Minus-Geschäft ist: D.h. die Verwaltungskosten zur Ausarbeitung der Regresse kostet auf Grund seiner Komplexität viel mehr als dann über Strafzahlungen eingespielt wird: Durchschnittlich werden nur 10% der Ausgaben wieder über Strafzahlungen eingenommen. Die Differenz, also die restlichen 90% Ausgaben über Verwaltungskosten zahlt der Steuerzahler, also der Pat.
- Deshalb geben selbst die Prüfstellen zu, dass es sich hierbei um eine reine Einschüchterungstaktik handelt: Der Arzt soll verunsichert werden, sich nicht mehr trauen, den Pat. Med. zu verschreiben, bzw. soll die Behandlung von chron. kranken („teuren“) Pat. ablehnen.

- Dadurch werden diese Pat. nicht mehr so gut behandelt und leben nicht so lange, kosten dem Ges.system also weniger...
-(der niedergelassene Arzt hat das Recht, Behandlungen von Pat. außer im akut-lebensbedrohlichen Zustand, abzulehnen, ähnlich wie der Pat. NOCH freie Arztwahl hat....) (Die Angst unter den Ärzten und der andauernde staatlich gewollte Druck, sich gegenseitig bei Verschreibungen zu unterbieten, geht zu Lasten des Pat., da viele Ärzte oft aus Angst zu wenig verordnen).
- Genau darauf spekulieren bes. die GKV: Dass irgendwann kein Arzt es sich mehr „leisten“ kann, chron. kranke Pat. zu behandeln, weil ihm solche Pat. zu sehr ins Budget gehen (also KEIN soziales Gesundheitsgesetz). Die GKV, die keinen Versorgungsauftrag haben, sagen zu den Pat., „ihr Arzt kann ihnen alles verschreiben, was er für notwendig hält“, verschweigen aber den Pat., dass sie dann hinter den Kulissen ein Teil der Kosten vom Arzt über Strafzahlungen zurückholen
- **„Wer am Wenigsten und am Billigsten verschreibt ist der beste Arzt“.** Ausserdem sollen sich die Ärzte hierbei gegenseitig unterbieten in ihrer Verschreibungstaktik.
Diese Einschüchterungstaktik geht zu Lasten des Pat., wenn der Arzt sich nicht mehr traut, Med. zu verschreiben.
Der Arzt sitzt hierbei auch rechtlich zwischen den Stühlen: Verschreibt er zu wenig, kann er vorm Zivilgericht wegen unterlassener Hilfeleistung verurteilt werden, verschreibt er zu viel, bekommt er einen (oft existenzvernichtenden) „Regress“ bzw. Strafzahlung vor dem Sozialgericht.
- Deutliche Benachteiligungen von Landärzten: Es gibt nicht so viel Gebiets-Fachärzte, wo die Pat. hinkönnten, um sich Rezepte verschreiben lassen zu können, weite Wegstrecken zu den Gebiets-Fachärzten und (teilweise extrem) lange Wartezeiten auf Termine. Daher muß auf dem Lande der Hausarzt die notwendigen Med. verordnen.
- Außerdem wird dem Ges.system an sich keine Kosten gespart, ob nun z.B. ein Neurologe ein Med. verordnet, dass der Pat. benötigt, oder der Hausarzt
- Extrem kurzsichtig gedachte Sparmaßnahmen der GKV und Politik: Es ist bewiesen, dass die frühzeitige medikamentöse Behandlung bei chronischen Erkrankungen Folgeerkrankungen (und damit langfristig deutlich höhere Kosten fürs Ges.system) verhindern oder zumindest abmildern kann. Die Politik und die KK denken aber in Wahlperioden, die Ärzte sollen jetzt sparen, was aber langfristig im System deutlich mehr Kosten verursacht. Das interessiert die Politiker und KK-Funktionäre aber nicht, da Auswirkungen dieser langfristigen Sparmassnahmen ihre Amtszeit nicht mehr betrifft.
- Im Gegenteil, wenn chron. kranke Pat. medizin. nicht ausreichend versorgt sind, sterben sie nach Studienlage deutlich früher (geringere Lebenserwartung) und spart dem System Geld (so hart das klingt ist das Realität).

- Die Prüfstelle macht bei der Regressberechnung etc. auch viele Fehler, die nur sehr schwer und aufwendig zu widerlegen sind, da das System übermäßig kompliziert ist. Meist stimmen schon die Vergleichswerte nicht für die RMG.
- Die Praxisbesonderheiten werden nicht richtig berechnet, ebenso müssen die Arzneimittel-Rabatte (mittlerweile sogar praxisindividuell) berücksichtigt werden, was nicht machbar ist, weil viele kleinere Krankenversicherungen selbst diese Daten an die Prüfstelle so nicht liefern können. Und dann dies alles im Rahmen der Beweislastumkehr, der Arzt muss seine Unschuld beweisen.
- Die psychische Belastung der Regress-Ärzte ist immens, denn der Arzt soll sich ja „schuldig“ fühlen. Schuldig in was? Seine Pat. ZU gut behandelt zu haben? Es gab schon einige Selbstmorde bei Ärzten deshalb. (Prominenter Fall: Hans-Jürgen Quathamer er war Arzt in Niedersachsen).
- Die Ärzte werden zu Fortbildungen verpflichtet (mind. 50 Stunden im Jahr), sonst gibt es Honorarabzug. Mit diesen Fortbildungen sollen wir uns aus dem neuesten (wissenschaftlich) medizinischen Stand halten, dürfen aber gerade diese neuen und teuren Med., die wir lernen **müssen**, nicht verordnen. Ist doch Irrsinn? (Wir müssen es also KÖNNEN, DÜRFEN aber nicht....).
- Mit jedem 3. Pat. muss man diskutieren, warum ich wie was alternativ oder nicht mehr verordnen kann, ich muss den Pat. die gesetzlichen Rahmenbedingungen erklären, was überhaupt nicht meine Aufgabe ist.. Das geht zu Lasten des Behandlungszeitraumes (der Arzt hat noch weniger Zeit für seine eigentliche Aufgabe, nämlich die Behandlung des Pat. selbst). Und geht auch zu Lasten der Untersuchungen, es erhöht den eh schon immens hohen Bürokratismus in der Praxis. Es ist unsere Aufgabe, Pat. zu untersuchen und behandeln, und nicht diese medizin. meist total unsinnigen gesetzl. Bestimmungen mit jedem 3. Pat. diskutieren und erklären zu müssen.
- S. Argumente aus Anhang, Stellungnahme bei Prüfstelle gg. RMG 2010 vom 04.10.2012:
- Benachteiligungen für Landärzte (Punkt 2a) und Bestrafung für die Behandlung von überdurchschnittlich vielen chron. kranken Pat. (Punkt 2b, Diagnosen-bezogen, die in den RMG selber keine Beachtung finden, s.o., „Durchschnittspat.“).
- Punkt 3: Langfristige Kosteneinsparungen durch leitliniengerechte Behandlung (nicht nur Kosteneinsparung langfristig durch frühzeitige Behandlung chron. Krankheiten mit Vermeidung von Folgeerkrankungen, sondern auch im Sinne des Pat.: milderer Verlauf der Erkrankung, weniger Leiden später beim Pat., weniger Schmerzen etc., das worauf der Pat. ein **ANRECHT** hat, nämlich dass er adäquat behandelt wird, und zwar von Anfang an, und nicht erst, wenn es zu spät ist)

- Betrug der Ärzte in den Hausarztverträgen: War anfängl. ein Hauptlockmittel von Hausärzterverband und Medi, dass sich Ärzte in die Verträge einschreiben, mit Veröffentlichung der ursprünglichen Vertragsinhalte, s. Punkt 6 im Anhang:
- Dann einige nachträgliche Vertragsänderungen OHNE Veröffentlichung, worin diese ins Gegenteil umgewandelt wurden: von keine Regresse im HzV, wenn man sich an bestimmte Richtlinien im HzV halte, bis hin zu heutzutage sehr wohl Regresse im HzV.
- Hinzukommend Verlust des Überblicks über Budgets des Arztes durch 2 getrennte Systeme: Das KV-System und der HzV (früher war das noch überschaubarer und die KV hat zumindest im Nachhinein bei der Abrechnung eine Übersicht über die verschriebenen Med. aufzeigen können, z.B. wie viel man über dem Budget liegt, kann jetzt aber die KV nicht mehr, da sie keinen Zugriff auf die Daten der im HzV verschriebenen Med. hat. (Also keine statist. Auswertung des einzelnen Arztes mehr durch die KV möglich). Die Prüfstelle kann dies allerdings sehr wohl, da sie die Daten von den KK und nicht von der KV bekommt. Und bei den GKV wird nicht unterschieden zwischen KV- und HzV-Pat.).
- Regressbedrohung auch mittlerweile nachgewiesenermaßen ein großer Hinderungsgrund für Ärzte, sich (besonders auf dem Land) niederzulassen, unterstützt also deutlich den (Land-) Ärztemangel
- Verein „Krisenstab Richtgröße“ (www.krisenstab-richtgroessen.de) spricht von *Sozial-Kommunismus* mit diktatorischer Rechtsverkürzung für Ärzte (der Verein wird nun leider bald aufgelöst, s. beiliegendes Schreiben)

und sagt weiter:

- "Die Richtgrößenprüfung stellt nur eine Tarnung für amtliche Willkürakte dar"
- Viele Ärzte geben auf Grund des Regress-Drucks ihre Kassenzulassung zurück und arbeiten nur noch für Privat-Pat., ausserdem verschärft der Regress-Druck auch bei den Kassenärzten die 2-Klassen-Gesellschaft in der Medizin: privat-Pat. werden bevorzugt und medikamentös besser behandelt, da es von Privat-KK keine Regresse gibt
- Das neue Gesetz „Beratung vor Regress“ ist auch nur eine Verschleierrtaktik der Politik: Die Proteste gg. die Regress-Gesetze bzw. RMG-Prüfungen hatten von Seiten der Ärzteverbände und sogar einiger KVen stark zugenommen. So hat man dann die derzeitigen Regresse erst einmal fallengelassen, um neue zu erschaffen, die hieb- und stichfester sein sollen: Die Prüfstelle BW hat diese „individuelle Beratung“ schriftlich verschickt aus Textbausteinen von (umstrittenen) Veröffentlichungen des Bundesausschusses für Arzneimittel, um dann ab dem Folgejahr Regresse vergeben zu können, gg. die man noch viel weniger Widerspruchsmöglichkeiten hat (man ist ja „beraten“ worden, „Fehler“ danach werden streng bestraft....).

- Auf unserer Praxis-Webseite finden Sie einiges zu Regress (Zeitungsartikel etc.): <http://www.drriethe.de/regress.htm>
- Regress-Gesetzgebung hat sich durch frühere Ges.minister (zuerst Seehofer, CSU, dann Schmid, SPD) stark verändert. Früher waren Regresse Einzelfallprüfungen: Wenn eine Praxis auffällig wurde, wurde der Einzelfall der Verordnungen der Praxis für 1 Jahr überprüft. Daher hatte der Arzt auch damals deutlich mehr Widerspruchsrechte bzw. konnte an Hand von Einzelfall-Dokumentationen aufzeigen, dass er korrekt und wirtschaftlich verordnet, heisst, das System war damals wenigstens noch etwas fairer und gerechter als heute, wo nur noch Durchschnittsstatistiken zählen und gar nicht mehr der einzelne Pat. und seine Erkrankungen).
- Heutzutage sind die RMG-Prüfungen eine reine Statistik: Einfache Rechnung: ich habe so und so viel Mitglieder/Familierversicherte a ca. 50€ Med./Quartal und so und so viel Rentner a ca. 150€, also darf ich Med. in einer Summe von so und so viel/Quartal verordnen. Liege ich 15% drüber, werde ich gewarnt, bei 25% drüber unweigerlich Regress (hat der Gesetzgeber so festgelegt):
- Wenn ich also einen Rentner habe, der für 250€/Quartal Med. braucht, kann ich es mit einem anderen Rentner ausgleichen, der nur 50€ braucht....der Arzt aber, der überdurchschnittlich (chron.) kranke Pat. betreut, wird dann dafür gestraft. (So ist wird bei uns in Deutschland gehandhabt, weil die Diagnosen nicht in den RMG berücksichtigt werden. **Was ist das für ein blödsinniges System.**)
- Die Prüfstellen müssten theoretisch aber auch Ärzte prüfen, die 25% drunter liegen, ob diese nicht zu wenig verordnen und dadurch den Pat. schaden bzw. eine notwendige Therapie vorenthalten, wird aber nicht gemacht!!! „Billigärzte“ werden nicht geprüft oder bestraft (wie es eigentlich im Gesetz steht).
- Die Ärzte trauen sich oft nicht, über ihre Regresse öffentlich zu sprechen, da sie sich schuldig fühlen. Die Dunkelziffer ist hoch.....!
- Einige jurist. Aspekte, die ich zum Teil selbst nicht verstehe: s. Anhang Nr. 2, Brief an meine Anwälte aus 2010 bezüglich der Argumente des Kollegen Dr. Schnetzer

Mit ein paar Recherchen bzw. Gesprächen darüber könnte man diese Liste bestimmt noch verlängern....

Bitte überlegen Sie sich also, ob diese „Regress-Schweinerei“ nicht einer separaten Veröffentlichung wert ist.

VLG,
Christian rieth