

Wirtschaftlichkeitsprüfungen kassenärztlicher Tätigkeit

Zu dem Beitrag von Dr. med. Wolfgang Heinz
in Heft 18/1979, Seite 1251 ff.

Falsche Voraussetzung?

So interessant die Ausführungen von Dr. Wolfgang Heinz über die Statistik als Entscheidungshilfe in Wirtschaftlichkeitsfragen erscheinen – sie täuschen nur eine Objektivität vor, die in mancher Hinsicht von falscher Voraussetzung ausgeht.

Ob man „wirtschaftlich“ arbeitet, hängt von der Höhe der Zahl der Scheine ab. Zehn spezifische Leistungen bei 500 Scheinen bedeuten eine Überschreitung von 100 Prozent im Verhältnis zu einer Praxis mit 1000 Scheinen mit der gleichen Leistungszahl.

Setzen wir voraus, daß in beiden Praxen Gleiches geleistet wird – so wird der Kollege mit der kleineren Praxis immer dem Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit ausgesetzt sein, der andere sich aber der Tatsache erfreuen, daß die Hälfte seiner Patienten etwa nur einer Beratung im Quartal bedarf, ihre Scheine aber eben auch in die Statistik eingehen und ihn daher als „wirtschaftlich arbeitend“ erscheinen lassen.

Jetzt wird man einwenden: So wird ja bei uns nicht gearbeitet, wir vergleichen auch Praxen mit gleicher Scheinzahl!

Auch da werden „Äpfel mit Birnen“ verglichen. Es ist ein Unterschied, ob eine Praxis im Aufbau sich befindet – und dieser Aufbau kann sich über Jahre hinziehen, oder ob sie einen relativ stabilen Patientenstamm besitzt; und beide können die gleiche Fallzahl haben, nicht aber miteinander verglichen werden. So werden konsequenterweise immer neu niedergelassene Kolle-

gen ermahnt, „wirtschaftlicher“ zu arbeiten und gekürzt. Zynisch wird ihnen vorgehalten, sie würden zu sehr noch im klinischen Denken verhaftet sein, statt ihnen gerechterweise klarzumachen, daß es allein ein statistisches Problem ist, wirtschaftlich zu sein. Der junge Kollege wird nie in der Lage sein (von Ausnahmen abgesehen), eine „Besonderheit“ seiner Praxis darzustellen, wird sich aber immer vergleichen lassen müssen mit dem Kollegen, der bei einem ihm bekannten „alten“ Patientenstamm nicht den gleichen hohen diagnostischen Aufwand betreiben muß.

Zwar meint Dr. Heinz auch, „... das Patientengut bestimmt dabei das ... ärztliche Handeln“, aber das Patientengut spielt bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht die geringste Rolle, sie wird prinzipiell als „normal verteilt“ angesehen, wenn der Kollege nicht eine nachweisbare Spezialisierung angibt.

Auch hier also wieder das statistische Denken im Vordergrund. Das wäre sogar noch tolerabel, wenn man dem Kollegen nur formulieren würde, er befände sich außerhalb der statistischen Grenzen (d. h. natürlich immer oberhalb der oberen Grenze, denn von einem Kollegen, der gescholten wurde, weil er unterhalb von D-2s lag, habe ich noch nicht gehört, obgleich dieser doch als Vorbild für die Wirtschaftlichkeit gelten müßte); statt dessen schreibt man Briefe, in welchen man bittet, das ärztliche Handeln zu überdenken und vielleicht wirtschaftlicher zu arbeiten. Hilfen werden eh nicht angeboten. Der arme Kollege erkennt keinen Fehler in seinem Handeln und ist ratlos. Die nächste Kürzung kommt bestimmt!

Bevor medizinisches Handeln in jedem Quartal statistisch erklärt werden muß – was ohnehin unmöglich ist, sollte folgende Regelung getroffen werden:

► Jeder oberhalb eines bestimmten statistischen Bereiches sollte *ohne* Rechtfertigungsgrund gekürzt werden. Das ist zwar ungerecht, führt aber dazu, daß der Kollege in den nächsten Quartalen Maßnahmen in den gekürzten Leistungen vermindert. Er befürchtet keinen wirtschaftlichen Schaden mehr, da er wirtschaftlich arbeitet. Es ist bedauerlich, daß Patienten darunter leiden könnten.

Diese Vorstellung ist „unärztlich“, zweifellos, man arbeitet aber endlich statistisch wirtschaftlich. Ob etwas für den Patienten auch notwendig ist, ist auch irrelevant wie bisher, wenn das Bundessozialgericht gesagt haben soll, daß eine Schätzung ... zulässig ist, wenn eine Überprüfung aller Einzelfälle ... zu schwierig und aufwendig ist.

Sie finden meine Vorschläge zu unseriös? Ich glaube, sie werden bereits praktiziert. Unseriös wird es tatsächlich, wenn der Kollege die statistische Wirtschaftlichkeit vor der Notwendigkeit ärztlichen Handelns stellt. Aber das ist wieder medizinisch gedacht und nicht statistisch.

Dr. med. Peter-P. Rösner
Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Abteistraße 13–15
4300 Essen 16

Schlußwort

Eine Gegenargumentation zu dem Brief Dr. Rösners besteht vorrangig darin, Begriffe zu ordnen und zu erklären:

1. Objektivität habe ich weder angesprochen noch vorgetäuscht. Um über Objektivität zu sprechen, muß man nicht die Philosophie bemühen, wenn hirnpfysiologische Erkenntnisforschungen (John Eckles) oder

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

wissenschaftstheoretische Aussagen (Karl Popper) zu der Auffassung verleiten, daß es Objektivität überhaupt nicht oder überall gibt. Es gibt keine objektive Welt, aber eine Welt voller Objektivitäten, das heißt, scheinbar paradox, eine Welt subjektiver Beziehungen.

2. Gleiches mit Gleichem zu vergleichen, ist ziemlich sinnlos. Wohl aber kann man Ähnliches mit Ähnlichem vergleichen und die Unterschiede herausfinden. Die Scheinzahl ist nur als Größenordnung, wie andere Größenordnungen auch, ein Anhaltspunkt. Eine unterschiedlich große Scheinzahl kann für sich allein oder als Hauptargument keine Begründung für Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit sein.

3. Das Bundessozialgericht (BSG) hat ausdrücklich herausgestellt, daß Anfangs quartale kassenärztlicher Tätigkeit mit geringer oder hoher Scheinzahl mit größerem Toleranzspielraum zu betrachten und zu beurteilen seien, da die Überwindung von „Umstellungsschwierigkeiten“ von Klinik in Praxis dem niedergelassenen Arzt zugute gehalten werden müssen. Danach bieten Honorarabrechnungen bis zu einer Überhöhung um 50 Prozent keinen Raum für die Annahme von Unwirtschaftlichkeit. In diesem Zusammenhang werden also nicht Äpfel mit Birnen, sondern allenfalls Äpfel mit mehr oder weniger langem Stiel oder mehr oder weniger harter Schale usw. verglichen.

4. Damit die jungen Kollegen von Anfang an über Gewicht und Bedeutung ihrer Praxisbesonderheiten ungefähr im klaren sind, führen wir vor und nach der Niederlassung Informationsgespräche durch. Selbst wenn einem Kollegen die Besonderheiten seiner Praxistätigkeit nicht bewußt sind, werden sie in seiner Honorarabrechnung Ausdruck finden und in den meisten Fällen von den sie beurteilenden Kollegen in den Prüfungsgremien erkannt werden. Sollte dies nicht der Fall sein, wird sich der betroffene Arzt in seinem begründeten Widerspruch entsprechend argumentieren müssen. Das

gleiche Prüfungsgremium muß dann diese Sachlage noch einmal verhandeln. Der betroffene Arzt kann erneut Widerspruch einlegen, woraufhin die gleiche Sache nun ein drittes Mal vor einem Prüfungsgremium verhandelt wird, das personell völlig anders besetzt sein muß als die Vorinstanz. Hier hat der Kollege auch Gelegenheit, ausreichend persönliches Gehör zu finden. Wenn bis dahin Praxisbesonderheiten nicht bekannt waren oder erkannt wurden, muß der betroffene Arzt sie in der mündlichen Verhandlung darlegen, und das Prüfungsgremium muß diese dann beurteilen.

Die Beurteilung von Praxisbesonderheiten im Zusammenhang mit dem Problem der Wirtschaftlichkeit muß dem gleichen Gang der Überlegungen folgen wie der von Nicht-Praxisbesonderheiten: Zuerst muß der medizinisch-fachliche Zusammenhang dargestellt werden. Daraus wird das Maß des Ausreichenden und Zweckmäßigen entwickelt. Daraufhin sollten ursächliche Zusammenhänge zwischen Mehr- und Minderaufwendungen herausgearbeitet werden. Erst jetzt kann eine Abschätzung des auf Unwirtschaftlichkeit beruhenden Mehraufwandes erfolgen.

Praxisbesonderheiten haben als Begriff in der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung den Zweck, den Vergleich mit der Fachgruppe eben nicht „festzunageln“, sondern außer der höchstrichterlich zuerkannten „angemessenen Streuung“ noch einen zusätzlichen Toleranzspielraum zu schaffen, um bei bekannten und möglicherweise auch schon in Prüfungsgremien abgehandelten und für wirtschaftlich durchgeführt beurteilten Praxisbesonderheiten immer weitere Einleitungen von Prüfverfahren zu vermeiden.

5. Das Patientengut ist nicht prinzipiell „normal“ verteilt. „Normal verteilt“ sind jedoch Durchschnitte aus Stichproben aus ein und derselben, auch inhomogenen Grundgesamtheit. Bei der Beurteilung der Zusammensetzung des Patientengutes richtet man sich fürs erste nach den

Erfahrungen medizinischer Realität (es ist beispielsweise unwahrscheinlich, daß in einem Quartal bei 500 Patientenfällen 200 Patienten mit Phonokardiogrammen differentialdiagnostisch abgeklärt werden müssen). Bei Unklarheiten werden persönliche oder telefonische Kontakte zwischen dem betreffenden Kollegen, der KV, dem Fachreferenten und dem Prüfungsgremium hergestellt.

6. Statistisches Denken existiert nur insofern, als man über Statistik nachdenken könnte. Hier ist aber Denken im Umgang mit statistischen Zahlen gemeint.

7. Statistik erklärt nicht, „warum und wieso“ etwas ist, Statistik zeigt lediglich Größenverhältnisse und Wahrscheinlichkeiten auf. Zur Erhebung der Bedeutung von Sinn und Unsinn dieser Daten („Relevanz“) sind die Prüfungsgremien aufgerufen, die jeden Beschluß begründen müssen und nicht Prüfbescheide wie Wasserrechnungen absetzen dürfen. Deshalb gibt es auch keine „statistische Wirtschaftlichkeit“, sondern lediglich den Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit, der sich mehr oder weniger wahrscheinlich aus statistischen Daten herleiten läßt, durch Überprüfung der tatsächlichen Gegebenheiten aber erhärtet oder verworfen, jedenfalls nachgeprüft werden muß.

Liegt jedoch eine sehr starke, offensichtliche Abweichung vor und irgendwelche Besonderheiten lassen sich nicht finden, so ist zur Erklärung dieses statistischen Anscheins der betroffene Arzt aufgerufen. Kann dieser auch nicht sagen, wodurch diese starke Überhöhung zustande kam, so liegt es im Ermessen des Prüfungsgremiums, durch eine Schätzung eine Honorarminderung herbeizuführen. Wird eine solche starke Überhöhung nicht durch wenige schwere und teure Patientenfälle hervorgerufen, was bei Durchsicht der Abrechnungsunterlagen leicht festzustellen ist, so ist davon auszugehen, daß viele Unwirtschaftlichkeiten in einer Vielzahl von Fällen vorliegen. Wenn die medizinisch-fachlichen Bestandsmerkmale von

Unwirtschaftlichkeit im Ausdruck der großen Zahl gefunden wurden, ist die Überprüfung aller Einzelfälle zu schwierig und zu aufwendig, wie das BSG dies formuliert hat. Dann ist eine Schätzung möglich.

8. Statistische Berechnungen und Methoden sagen lediglich aus, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Ereignis zutrifft. Statistik kann kein Individualproblem lösen. Deshalb wird bei fundierten wissenschaftlichen Arbeiten, die auf statistischen Daten beruhen, auch die Wahrscheinlichkeit des Irrtums angegeben. Man muß nicht Heisenbergs Unschärferelation und die Aussage Einsteins heranziehen, wonach auch das Schicksal eines kleinen Elementarteilchens nicht individuell bestimmt, sondern nur statistisch erfaßt werden kann, um einzusehen, daß das Häufige eben häufig und das Seltenes selten ist. Dies trifft genauso für die klassischen Krankheitsbilder der Schulmedizin zu, jedoch nicht für Symptome. Das einzelne Schicksal eines Patienten ist damit kein Problem der Statistik, obwohl es in statistische Darstellungen eingeht. Wohl aber ist es mit Hilfe der Statistik möglich, Häufigkeiten und Schwere von Schicksalsereignissen darzustellen und als eine der möglichen Grundlagen der Behandlung von „Häufungen“ z. B. von Krankheiten heranzuziehen.

Dessen ungeachtet hängt das Schicksal eines Patienten nur allzu oft ganz entscheidend vom persönlichen Engagement, Wissen und Können seines Arztes ab. Deshalb geht beiden, Arzt und Patient, die Statistik eigentlich nichts an. In statistischen Daten äußert sich aber das, was wiederkehrend häufig geschah und möglicherweise geschehen wird. Dies kann deshalb nicht anders sein, weil jede Erkrankung eines Patienten aus ärztlicher Sicht gezielt abgeklärt und therapiert werden soll. Aber auch hier wird das Häufige sich als häufig herausstellen. Seltenheiten sind unwahrscheinlich, aber nicht unmöglich. Die „Wahr“-nehmung sehr vieler Seltenheiten scheint un-, „wahr“, das heißt unwahrscheinlich. Wenn man

das in der Natur gefundene Gesetz der „Normal“-Verteilung betrachtet, muß man erkennen, daß was ganz Unwahrscheinliches auch einmal eintreten kann, ja daß theoretisch sogar alles Mögliche durch alles Mögliche möglich ist. Dies aber ist so unwahrscheinlich wie der freie Fall nach „oben“, könnte dennoch aber morgen schon eintreten. Je mehr sich ein Arzt mit der Erkrankung eines Patienten beschäftigt, um so mehr wird er gezielt vorgehen. Das ist der Zweck. Das Maß des Zweckes, die Zweckmäßigkeit, wird durch den Begriff des „Ausreichenden“ limitiert. Nur damit lassen sich die Mittel einer Gemeinschaft, wenn diese nur in beschränktem Ausmaß zur Verfügung stehen, gerecht verteilen. In diesen Gedankengängen ist das Gebot der Wirtschaftlichkeit verankert. Am Anfang steht also das medizinisch und ärztlich fundierte („schulmedizinische“) Handeln. Dieses darf in der Vergabe von Mitteln (hier Geld) das Maß des Ausreichenden und Zweckmäßigen nicht überschreiten.

Diese Begriffe ändern sich ständig. Die Richter erkannten, daß sie nicht festschreibbar sind. Deshalb müssen sie von Mal zu Mal neu ausgelegt werden. Dies soll die Ärzteschaft selbst tun. Wenn Kollegen in den Prüfungsgremien dies nicht oder nicht genügend getan haben, so muß versucht werden, *ihnen* das persönlich oder schriftlich darzulegen. Kommt es zu keiner Einigung, so muß der betroffene Arzt einen Unparteiischen, einen Richter anrufen. Dieser überprüft den Hergang des Verfahrens. Entdeckt er einen Verfahrensfehler, gibt er die ganze Sache zurück oder entscheidet unter Beweisaufnahmen durch. Geht es aber um medizinisches und ärztliches Beurteilungsvermögen, so kommt auch er *ohne* ärztliche Beisitzer oder Sachverständige nicht aus. Diese aber entstammen wiederum dem eigenen Berufsstand . . .

Dr. med. Wolfgang Heinz
Prüfarzt
Kassenärztliche Vereinigung Pfalz
Maximilianstraße 22
6730 Neustadt/Weinstraße

KREBSANGST

Zu dem Beitrag: „Die unklinische Visite“ (Heft 4/1979), in dem Dr. med. Georg Schreiber über Erfahrungen mit seiner „Klinik-Talkshow“ in einer Krebsnachsorgeklinik berichtete:

Aufklärung des Kranken bietet nichts

. . . Prominente mögen befähigt sein, im immer wiederkehrenden Rampenlicht die seelischen Belastungen, die das Wissen um die Krebserkrankung mit sich bringt, wenigstens vorübergehend zu kompensieren. Ihnen gegenüber aber steht die Masse jener ängstlichen, meist auch einsamen oder vereinsamten Menschen, denen im Alltag niemand zur Seite steht, die, programmiert durch die Medien und das Gerede der Leute, ständig in sich hineinhorchen und jeden kleinsten Schmerz als den Beginn jenes großen Leidens registrieren, das sie nach dem Gehörten und Gesehenen als den Abschluß ihrer Krebserkrankung zu erwarten hätten. Soll man die Angst der Krebskranken noch dadurch fördern, daß man ihnen sagt, woran sie leiden? Soll man sich, wie das ja auch ernstlich diskutiert wird, bei ihnen niederlassen, um mit ihnen die Gedanken und Gefühle zu analysieren, die der auf sie zukommende Tod in ihnen auslöst? Der in seiner Praxis tätige Arzt wird auch zu Patienten gerufen, die, aus der klinischen Behandlung entlassen, ihm bis dahin nicht bekannt waren. Die Angehörigen empfangen den Arzt dann nicht selten mit dem Bemerken, daß der Kranke nichts von seiner Erkrankung wisse. Es scheint also trotz einer starken Strömung in Richtung auf eine lückenlose Aufklärung noch Kliniken und Ärzte zu geben, die der Meinung sind, daß man kranke Menschen nicht unnötig mit Angst konfrontieren sollte. Wenn etwas das Dasein eines Kranken erleichtert, so ist es die Hoffnung auf Genesung. Sie ist das Bindeglied zwischen dem Arzt und seinen Patienten. Diese Hoffnung darf der Arzt nie zum Erlöschen bringen. Tut er es, „dann kommt sie unweigerlich, diese entsetzliche Angst“. Mit Angst kann