

Ihre Fragen zur Abrechnung und zur wirtschaftlichen Praxisführung beantwortet unser Experte Helmut Walbert, Würzburg.

Rufen Sie an!  
Tel. 0 93 1 / 2 99 85 94  
donnerstags, 13 bis 15 Uhr  
w@lbert.info



**Helmut Walbert**  
Allgemeinarzt,  
Medizinjournalist und  
Betriebswirt Medizin

# An mir nagt ständige Regressangst – zu Recht?



Nur Mut! Es gibt noch Optionen!

**?** Dr. T. W., Allgemeinarzt: *Ich versuche, rational und kontrolliert zu verordnen. Muss ich dennoch befürchten, die Richtgrößen zu überschreiten?*

**!** MMW-Experte Walbert: Ob Richtgrößen überhaupt noch eine Rolle spielen, ist von den Verträgen abhängig, welche die KV mit den Krankenkassen auf Landesebene schließt. Aber auch wenn sie außer Kraft gesetzt sind, gelten sie für die Zeit bis zum Inkrafttreten der neuen Vereinbarungen. Konkret: Wenn eine neue Vereinbarung seit 2017 gilt, muss man noch bis zum 31. Dezember 2018 mit Regressen für 2016 rechnen, da Richtgrößenprüfungen zwei Jahre rückwirkend erfolgen können.

Die Prüfung wird bei einem Überschreiten des individuellen Richtgrößenbudgets um 15% eingeleitet. Vor einen Regress hat der Gesetzgeber allerdings die Beratung gestellt. Diese ist ernst zu nehmen. Der Vertragsarzt kann hier nachweisen, dass er wirtschaftlich verordnet hat und dass die Überschreitung wegen der Morbidität der Patienten notwendig war. Schafft er das nicht, muss er sich umgehend neu organisieren.

Ab einer Überschreitung von 25% ist dann ein Regress fällig. Diesen abzuwehren, fällt in der Regel sehr schwer. Bereits bei der Beratung ist deshalb präventives Vorgehen angesagt.

In jedem Fall sollte man den Bescheid sorgfältig prüfen und dabei v. a. die Arzneimittelstatistik, die Verordnungslisten (Rezepte) und die behaupteten Verordnungskosten akribisch unter die Lupe nehmen. Nicht selten sind die behaupteten Kosten und Zahlen fehlerhaft – zulasten des Arztes. Sodann gilt es, fristgerecht Einspruch einzulegen.

V. a. aber muss eingehend überprüft werden, ob die Praxisbesonderheiten ausreichend berücksichtigt wurden. So sind z. B. Patienten mit multipler Sklerose, Krebs oder Diabetes innerhalb der Richtgrößenbudgets selten ausreichend therapierbar. Das sollten die Prüfgremien bereits vor der Prüfung berücksichtigen – der Vertragsarzt hat darauf einen Anspruch.

# Die impfnaive 18-Jährige

**?** Frage von Dr. Rupert Bartner, Niedersachsen: *Wie rechne ich Impfungen bei einer 18-jährigen Patientin ab, die noch nie geimpft worden ist?*

**!** MMW-Experte Walbert: Wie bei Kindern können die Basisimpfungen nach den STIKO-Empfehlungen über die GKV abgerechnet werden. Alle anderen Impfungen sind nach GOÄ abzurechnen. Für jede einzelne kommt die Ziffern-Kombi 1/5/375 (2,3-facher Satz) infrage. Für die umfassende Impfberatung und das Erstellen des Impfplans empfehle ich einen gesonderten Termin, der nach Nr. 3 abgerechnet wird. ■

## Erratum zu „Cannabinoide gegen Kopfschmerzen?“

Für den Beitrag MMW 2018;160(S1):70–1 fehlt die Literaturliste.

- Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T. GBD 2015: migraine is the third cause of disability in under 50s. *J Headache Pain.* 2016;17:104
- Müller-Vahl K, Grotenhermen F. Medizinisches Cannabis. Die wichtigsten Änderungen. *Dtsch Arztebl.* 2017;114:A352-6
- Baron EP. Comprehensive review of medicinal marijuana, cannabinoids, and therapeutic implications in medicine and headache: what a long strange trip it's been. *Headache.* 2015;55:885–916
- Soyka M, Preuss U, Hoch E. Cannabisinduzierte Störungen. *Nervenarzt.* 2017;88:311–25
- Fischer B, Russell C, Sabioni P et al. Lower-risk cannabis use guidelines: a comprehensive update of evidence and recommendations. *Am J Public Health.* 2017;107:e1–12
- Ducros A, Boukobza M, Porcher R et al. The clinical and radiological spectrum of reversible cerebral vasoconstriction syndrome. A prospective series of 67 patients. *Brain.* 2007;130:3091–101
- Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S et al. Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2015;313:2456–73
- Lochte BC, Beletsky A, Samuel NK, Grant I. The use of cannabis for headache disorders. *Cannabis Cannabinoid Res.* 2017;2:61–71
- Pini LA, Guerzon S, Cainazzo MM et al. Nabilone for the treatment of medication overuse headache: results of a preliminary double-blind, active-controlled, randomized trial. *J Headache Pain.* 2012;13:677–84
- Leroux E, Taïfas I, Valade D et al. Use of cannabis among 139 cluster headache sufferers. *Cephalalgia.* 2013;33:208–13

Online-Version des Originalartikels:  
<https://doi.org/10.1007/s15006-018-0329-z>