

Richtiges Handeln bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Am Beispiel: Augenarztpraxis

Aufsatz der KANZLEI FÜR MEDIZINRECHT

PROF. SCHLEGEL HOHMANN MANGOLD UND PARTNER

Sehr geehrte Damen und Herren,
das Wirtschaftlichkeitsgebot verlangt vom Augenarzt, dass von mehreren gleichwertigen Therapiealternativen die preiswertere eingesetzt werden sollte. Das bedeutet aber nicht, dass kostenintensive Therapien deshalb unwirtschaftlich sind oder nicht eingesetzt werden können. Vielmehr muss die Behandlung stets dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und zur Erreichung des Behandlungsziels geeignet und ausreichend sein. Nur bei Beachtung dieser Forderungen kommt das Wirtschaftlichkeitsgebot zum Tragen.

So ist z.B. eine kostengünstigere Glaukomtherapie nur dann einzusetzen, wenn verschiedene Therapiealternativen für den jeweiligen Behandlungsfall jeweils eine Versorgung nach dem aktuellen medizinischen Standard gewährleisten. Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot sind also kostenintensive Therapien wie z.B. innovative Anti- glaukomatosa nicht unwirtschaftlich. Liegen medizinische Gründe zur Auswahl einer kostenintensiven Behandlungsoption vor, ist diese auch wirtschaftlich. Vom Arzt wird weder verlangt, dass er eine Therapie stets mit dem (offensichtlich unzureichenden) preiswertesten Präparat beginnt oder eine Kosten-Nutzen-Abwägung durchführt.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot kann mit verschiedenen Methoden durchgesetzt werden. Die gesetzliche Regelprüfmethode ist die Richtgrößenprüfung, daneben sind andere Prüfmethoden möglich. Eine Überschreitung des Richtgrößenvolumens bedeutet aber nicht, dass damit der Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit besteht und ein Regress zu zahlen ist. Vielmehr ist zu prüfen, ob die Überschreitung durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt ist. Dem Begriff Praxisbesonderheit kommt also in der Prüfung eine zentrale Rolle zu.

Ärzte wurden durch neuere Gesetze bei Prüfungen erheblich entlastet:

So sind die von den Krankenkassen erhaltenen Rabatte vom Verordnungsvolumen des Arztes abzuziehen. Derzeit tun sich die Krankenkassen mit der Offenlegung der Rabatte schwer, was Rechtsunsicherheiten für Prüfungen bedeutet. Allerdings trägt der Arzt die Verantwortung, ob im Einzelfall ein rabattiertes Präparat verordnet und/oder aut-idem zugelassen wird.

Durch die Einführung der frühen Nutzenbewertung kommt es zu Erstattungsbeträgen, die ein wirtschaftliches Verordnen gewährleisten. Die durch dieses Verfahren als Praxisbesonderheit vereinbarten Arzneimittel sind bei einer Prüfung von Amts wegen heraus zu rechnen.

Auch ohne Prüfverfahren kann die Anerkennung kostenintensive Therapien als Praxisbesonderheit vorab beantragt werden.

Bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens wird statt eines Regresses eine individuelle Beratung festgesetzt (Beratung vor Regress). Die Regelung gilt auch für Altfälle.

Ein Regress kann bei künftigen Überschreitungen erstmals für einen nach der Beratung liegenden Verordnungszeitraum festgesetzt werden. Dieses gilt für Richtgrößenprüfungen (Arznei- und Heilmittel), jedoch auch für Durchschnittsprüfungen, die anstelle von Richtgrößenprüfungen durchgeführt werden. Regresse auf Grund von Einzelfallprüfanträgen der Krankenkassen oder Off-Label-Verordnungen sind hiervon nicht erfasst. Statt eines Regresses kann der Arzt einen Regress ablösende Individualvereinbarung beantragen. Es ist kein Regress zu zahlen, wenn die vereinbarten individuellen Richtgrößen für die Dauer von vier Quartalen eingehalten wurden. All diese Entwicklungen haben dazu geführt, dass Ärzte seltener in Prüfungen geraten und Regresse zu Gunsten von weniger restriktiven Maßnahmen selten werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot Ärzte sind gehalten, ihre Patienten nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse mit ausreichenden und zweckmäßigen Methoden zu behandeln, welche das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden. Diese unbestimmten Begriffe erfordern eine Auslegung, denn gemeint ist, dass jeder individuelle Fall je nach medizinischer Möglichkeit dann preiswert zu versorgen ist, wenn damit noch die Standards erfüllt werden - es geht also nicht um reine Billigmedizin.

Wirtschaftlichkeitsgebot und Behandlungsstandards

Jeder Patient hat einen Anspruch auf eine Behandlung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts. Die Maßnahme muss zur Erreichung des Behandlungsziels geeignet und ausreichend sein. Eine Unterschreitung dieser Anforderungen -etwa aus Kostengründen - ist rechtswidrig, der Patient könnte sich sogar wegen eines Behandlungsfehlers mit Haftungsansprüchen gegen den Arzt wenden.

Schon deshalb darf das Wirtschaftlichkeitsgebot keine Unterschreitung des geschuldeten medizinischen Standards fordern, weil es die behandelnden Ärzte sonst in einen Pflichtenwiderspruch drängen würde. Nach dem Grundsatz der Einheitlichkeit der Rechtsordnung löst sich der scheinbare Widerspruch so auf, dass in erster Linie die individuelle adäquate Therapie zu leisten ist.

Stehen dabei verschiedene Therapiealternativen zur Verfügung, ist eine möglichst preiswerte einzusetzen, soweit damit noch die (vorrangigen) Standards erfüllt werden. Sind also im konkreten Behandlungsfall verschiedene Therapien unterschiedlich nützlich, so darf der medizinische Standard nicht deshalb unterschritten werden, weil die dem Standard entsprechende Therapie teurer ist.

Solange die Mehrkosten einer Behandlung nicht völlig außer Verhältnis zu dem medizinischen Nutzen stehen, kann ein Patient auch kostenintensive Therapien beanspruchen, wenn nur sie dem medizinischen Standard entsprechen. Nach der Rechtsprechung ist die Frage, ob Mehrkosten in einem angemessenen Verhältnis zum Mehrnutzen stehen (Kosten-Nutzen-Bewertung) nicht Aufgabe des einzelnen Arztes, sondern Aufgabe der Politik (BSG vom 31.05.2006 -B 6 KA 13/05 R).

Seit 2011 gibt es zu diesem Zweck die frühe Nutzenbewertung für alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, auf deren Grundlage ein nutzenangemessener Erstattungspreis geregelt wird.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Arzneibereich gliedert sich nach 106 SGB V wie folgt:

Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Arzneiverordnung durch Richtgrößenprüfungen geprüft (= Regelprüfung / Auffälligkeitsprüfung) sowie durch Stichprobenprüfungen, die mindestens 2% der Ärzte je Quartal umfassen

-Zufälligkeitsprüfung (= selten).

Die Prüfung der Arznei- und Verbandmittelverordnungen nach Durchschnittswerten, die bis zur Einführung der Richtgrößenprüfung noch der Regelfall war, ist gesetzlich nicht mehr vorgeschrieben. Sie wird durchgeführt, wenn keine Richtgrößen vereinbart wurden. Anhand des Fachgruppendurchschnitts wird auch geprüft, wenn eine Richtgrößenprüfung nicht durchführbar ist. In diesem Fall richtet sich die Prüfung nach Durchschnittswerten nach den für die Richtgrößenprüfung geltenden Grundsätzen.

Außerdem können die Partner der Gesamtverträge über die gesetzlich vorgesehenen Prüfungen hinaus andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren (z.B. Quotenprüfungen), welche die Richtgrößenprüfung ablösen können.

Die Richtgrößenprüfung

Die Richtgrößenprüfung ist seit Jahren die Regelprüfmethode. Auf KV-Ebene werden jährlich arztgruppen- spezifische Arznei- und Heilmittelrichtgrößen vereinbart, die einen konkreten Eurobetrag pro Fall und Quartal als Richtgröße festlegen.

Die Richtgröße pro Patient ist keine maximale Ausgabengrenze, sondern ein Durchschnittswert, der nach Auffassung von KV und Krankenkassen bei wirtschaftlicher Verordnungsweise erreichbar ist. Aus der Multiplikation der Richtgrößen mit den Fallzahlen ergibt sich das jährliche Richtgrößenvolumen, dessen Überschreitung Maßnahmen auslösen kann (bei mehr als 15 % eine Beratung, bei mehr als 25 % ein Regress), soweit die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.

Praxisbesonderheiten

Gerade bei innovativen und kostenintensiven Therapien können die Richtgrößen überschritten werden. Dies bedeutet jedoch nicht automatisch einen Regress. Stattdessen stellen innovative Therapien im Falle ihrer medizinischen Notwendigkeit eine Praxisbesonderheit dar, weil sie dem Arzt auch unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes ein Einhalten der Richtgröße nicht ermöglichen.

Nach der herkömmlichen Definition sind Praxisbesonderheiten äußere, in der Regel in den Patienten begründete Faktoren, die

- einen höheren Behandlungsaufwand fordern und
- in der eigenen Praxis häufiger sind als in der zum Vergleich herangezogenen Fachgruppe (Vergleichsgruppe)

Diese Definition orientiert sich sowohl hinsichtlich der Behandlungskosten als auch in Bezug auf die Häufigkeit dieser Patienten an der Vergleichsgruppe, denn sie wurde von der Rechtsprechung für die alte (nicht mehr obligate)

Durchschnittsprüfung aufgestellt. In Zeiten der Richtgrößenprüfung sind Praxisbesonderheiten neu zu definieren, weil die Richtgröße nicht am Durchschnitt, sondern an historischen Verordnungswerten oder frei verhandelten Werten anknüpft. Deshalb werden auch Sachverhalte als Praxisbesonderheiten berücksichtigt, die

- bei der Berechnung der Richtgröße noch nicht so behandelt wurden oder werden konnten, z. B. weil das Arzneimittel noch nicht zugelassen war und
- auch bei wirtschaftlicher Verordnungsweise Mehrkosten verursachen, die auch von einer hohen Fallzahl an Patienten nicht mehr ausgeglichen werden können,
- ohne dass notwendigerweise die Indikation in der zu prüfenden Praxis häufiger auftritt als in der Vergleichsgruppe. Im Regelfall werden Praxisbesonderheiten in den Anlagen zur regionalen Richtgrößenverein festgelegt. In den meisten Regelungen wurde unterschieden zwischen:
 - Indikationen / Wirkstoffen, die vollständig herausgerechnet werden (diese können schon bei der Verordnung mit einer Pseudoziffer gekennzeichnet werden)
 - Indikationen / Wirkstoffen, deren über dem Fachgruppenschnitt liegende Kosten herausgerechnet werden
 - Sonstigen Praxisbesonderheiten auf Vortrag des Arztes

Weiter sind die auf Bundesebene nach der frühen Nutzenbewertung vereinbarten Praxisbesonderheiten von Amts wegen abzuziehen. Wenn die Behandlung einer Erkrankung mit bestimmten Arzneimitteln als Anlagen-Praxisbesonderheit in einem KV-Bereich oder bundesweit vereinbart wurde, ist damit anerkannt, dass die überdurchschnittlichen Verordnungskosten keine Unwirtschaftlichkeit bedeuten. Hier ist lediglich die Verordnung als indikations- und leitliniengerecht zu dokumentieren.

Ist eine kostenintensive Therapie nicht als Praxisbesonderheit vereinbart, wird sie im Rahmen der Richtgrößenprüfung nicht automatisch berücksichtigt. Dennoch kann diese Therapie die Anforderungen an eine Praxisbesonderheit ebenso erfüllen. Der einzige wesentliche Unterschied besteht darin, dass der Arzt von sich aus selbst vortragen muss, dass dies eine Praxisbesonderheit ist. Um ihren Pflichten zu genügen, müssen die Prüfungsgremien zumindest einmal den betroffenen Arzt darauf hinweisen, welche Daten im Einzelnen von ihm beizubringen sind und anhand welcher Maßstäbe und Kriterien sie die Praxisbesonderheiten prüfen.

Weitere Maßgaben zur Richtgrößenprüfung

Selbst wenn eine Richtgrößen Überschreitung von mehr als 25% nicht durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt ist, rückt ein Regress aufgrund diverser Neuregelungen in weite Ferne: So gilt, dass bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % eine individuelle Beratung statt eines Regresses festzusetzen ist. Ein Regress

kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden. Praktisch bedeutet dies für Verordnungen im Jahr 2014, dass für den Fall, dass gegen den betroffenen Vertragsarzt bislang (nach 2012) kein Richtgrößenregress festgesetzt wurde, in der im Jahr 2016 durchgeführten Richtgrößenprüfung auch bei

offensichtlicher Unwirtschaftlichkeit nur eine Beratung festgesetzt werden kann. Erfolgt die Beratung dann im Jahre 2017, kann erstmals für den darauffolgenden Prüfzeitraum - voraussichtlich 2017 oder 2018 - ein Regress (im Jahr 2020) festgesetzt werden. Im Rahmen der Beratung kann der Arzt sich den Umfang seiner Praxisbesonderheiten bestätigen lassen, um insoweit Regresssicherheit zu gewinnen. Gelangen die Prüfungsgremien zu dem Ergebnis, dass eine Regressfestsetzung wegen einer unwirtschaftlichen Verordnung erforderlich ist, so setzen sie als Regress die Kosten fest, die durch die unzulässige Arzneimittelverordnung entstanden sind. Patientenzuzahlungen und von der Krankenkasse erhaltene Rabatte (Apothekenrabatte, gesetzliche Herstellerrabatte, Rabattverträge) sind allerdings abzuziehen. Es muss gewährleistet sein, dass Einsparungen der Krankenkasse aus Rabattverträgen den jeweils verordnenden Ärzten zu Gute kommen. Entsprechende Zuordnungen konnten bislang noch nicht erfolgen, so dass Prüfungen derzeit nicht rechtssicher sind. Weiter gilt für Ärzte, die erstmals das Richtgrößenvolumen um mehr als 25% überschreiten, eine Regressobergrenze von 25.000,00€ für die ersten beiden Jahre ab einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens. Schließlich können sich Ärzte ganz von einem Regress befreien, wenn auf deren Antrag eine regressablösende individuelle Richtgröße vereinbart wird, die für die Dauer von vier Quartalen einzuhalten ist. Die Durchschnittsprüfung kann das Ordnungsverhalten nicht an Richtgrößen gemessen werden (weil dies nicht oder rechtswidrig vereinbart wurden), soll die Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise durch einen Vergleich der Ordnungskosten je Fall der Praxis mit den - als wirtschaftlich vermuteten - durchschnittlichen Ordnungskosten je Fall der Vergleichsgruppe gemessen werden (Auffanginstrument). Auch hier gilt, dass teure Arzneitherapien, die medizinisch notwendig sind, nicht deswegen unwirtschaftlich sein können, weil damit die Arzneikosten der Vergleichsgruppe überschritten werden. Vielmehr kommt auch hier ein Regress wegen Unwirtschaftlichkeit nur in Betracht, wenn die Abweichung vom Fachgruppendurchschnitt nicht durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt ist. Auch für die Durchschnittsprüfung gilt, dass die Arzneikosten als Praxisbesonderheit dokumentiert und in einem etwaigen Prüfverfahren vorlegt werden sollten.

Die Einzelfallprüfung

Die Einzelfallprüfung wurde vom Gesetzgeber nicht ausdrücklich als Prüfmethode aufgeführt, wurde jedoch in den regionalen Prüfvereinbarungen festgelegt. Danach können auf Antrag einer gesetzlichen Krankenkasse auch einzelne Arzneiverordnungen geprüft werden. Teilweise wird dieses Verfahren als Feststellung eines sonstigen Schadens bezeichnet und verlangt neben der Überschreitung der Bagatellgrenze eine dezidierte Einzelfallbegründung. Der Antrag muss nach den meisten Prüfvereinbarungen innerhalb einer bestimmten Frist nach dem Ordnungsquartal eingegangen sein. Hierbei ist zu beobachten, dass einzelne Krankenkassen dieses Instrument nutzen, um aus ihrer Sicht umstrittene Arzneitherapien in einer Vielzahl von Einzelfällen überprüfen zu lassen. Dadurch wird offenbar erhofft, dass sich durch den mit der Einzelfallprüfung verbundenen Arbeitsaufwand beim Arzt ein zurückhaltendes Ordnungsverhalten bezüglich des betroffenen Medikamentes einstellt. Grundlage zur Abwehr dieses Regresses kann eine Dokumentation in Anlehnung an Leitlinien sein, die -ggfs. zusammen mit Therapiehinweisen des Gemeinsamen Bundesausschusses - eine wirksame Prophylaxe darstellt. Praktisch bedeutet dies, dass Ärzte -wie bei allen anderen

Verordnungen auch -stets in der Lage sein müssen, die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall darzulegen. Die Prüfanträge betreffen überwiegend vermeintliche Verstöße gegen die Arzneimittel-Richtlinien, Verordnungen im Off-Label-Use oder umstrittene Analogpräparate (sog. Me-too). Anerkannte Therapien zur Glaukom Behandlung sind bislang nicht gezielter Gegenstand solcher Einzelfallprüfungen.

Zusammenfassung

Trotz der zahlreichen Prüfinstrumente des Gesetzgebers, gilt, dass auch kostenintensive Arzneimittel von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldet und wirtschaftlich sind, wenn sie bei Beachtung des medizinischen Standards im Einzelfall indiziert sind.

In Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren erfolgt dies durch Anerkennung als Praxisbesonderheit.

Für Glaukomtherapien sind die Leitsubstanzquoten irrelevant: Maßgeblich bleiben die Richtgrößen- und ggf. Durchschnittsprüfung. Werden moderne Glaukomtherapien in den Prüf- bzw. Richtgrößenvereinbarungen als Praxisbesonderheit vereinbart, so ist damit anerkannt, dass die überdurchschnittlichen Verordnungskosten keine Unwirtschaftlichkeit bedeuten. Soweit eine kostenintensive Therapie nicht als Praxisbesonderheit vereinbart wurde, kommt eine Anerkennung als individuelle Praxisbesonderheit in Betracht, wenn dieses bei dem jeweiligen Prüfungsgremium vorgebracht wird.

Dokumentation von Praxisbesonderheiten

Der Dokumentation von Praxisbesonderheiten kommt im Prüfverfahren eine entscheidende Bedeutung zu. Es ist deshalb unter Nutzung der Möglichkeiten der modernen Praxis-EDV so unbürokratisch wie möglich zu dokumentieren, um damit wenig Zeit zu verlieren und die Dokumentation auch schnell griffbereit zu haben. Deshalb gilt:

- Zeitnah dokumentieren, anstatt nach Einleitung eines Prüfverfahrens für einen lange zurückliegen- den Zeitraum das damalige Ordnungsverhalten auf Praxisbesonderheiten nachzuvollziehen und nachzutragen,
- Sich schon bei der Verordnung bewusst zu machen, welche Umstände als Praxisbesonderheiten relevant sind und für diese ein effizientes Dokumentationsverfahren (Kürzel) zu entwickeln, kostenintensive Diagnosegruppen mit einem Merkmal dokumentieren, so dass die dazugehörigen Patienten mit folgenden Angaben auf Kopfdruck gefunden werden können: Ordnungsquartal, Patientennamen und Versichertennummer, verordnetes Medikament, Dosierung, Indikation.

Für eine kostenintensive Verordnung im Einzelfall kann im Einzelfall eine patientenindividuelle Begründung nötig werden. Hierfür können standardisierte Begründungen im PC hinterlegt werden, die immer wie- der auftauchen wie z. B.:

- UAW eines preisgünstigeren Präparats (Wirkstoff nennen)
- Kontraindikation (Diagnosen und Ko-Medikation nennen)
- Interaktionspotential (verschiedene Präparate nennen)
- therapeutisch ausgereizt (second line, ohne ausreichendes Ansprechen auf Standardtherapie)
- gut verträglich bei starker Wirksamkeit (Compliance)
- Fortführung stationärer Therapie (zumindest in der Übergangszeit)
- Risikopatient (Risiko und Score nennen)
- beträchtlicher Zusatznutzen
- Ko-Morbidität
- Kosten / Kosten Begleittherapie

Zur Geltendmachung von Praxisbesonderheiten ist zu prüfen, welche Pseudoziffern im jeweiligen KV- Bereich für deren automatische Anerkennung gelten. Diese Informationen können ebenso wie die gültigen Prüf- und Richtgrößenvereinbarungen von den Internetseiten der KV eingesehen und heruntergeladen werden.

Anhand der Verordnungsvolumina in der Vergangenheit kann festgestellt werden, ob eine Praxis nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten das Richtgrößenvolumen deutlich unterschreitet oder ob ggf. weitere Praxisbesonderheiten geltend zu machen sind.

Praxisbesonderheiten im Verhältnis zur Fachgruppe können

- aus dem GKV-Arzneimittel-Schnellinformationen (Trendmeldungen) der regionalen KV
- aus der pharmPRO-Analyse der AOK (wird auf Anfrage kostenlos zugesandt)
- aus einem Diagnosen Abgleich mit den Diagnosehäufigkeiten in der Fachgruppe (auf der Homepage der KV Nordrhein)
- aus den Informationen des Beratungsarztes der KV (die KVen verfügen über die gleichen Daten wie die Prüfungsgremien) entnommen werden, dies dient der optimalen Prüfungsvorbereitung.

Verhalten in der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Wenn ein Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren eingeleitet wird, sollten folgende Hinweise beachtet werden:

- Die Einleitung eines Prüfverfahrens bedeutet noch nicht den Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit. Vielmehr soll nur geprüft werden, ob ein unwirtschaftliches Verhalten vorlag. Wenn sich der Arzt hierzu nicht äußert, wird von einer Unwirtschaftlichkeit ausgegangen. Jeder betroffene sollte sich zeitnah und einmal intensiv (statt halbherzig über mehrere Instanzen) einlassen.
- Von den Prüfungsgremien gesetzte Fristen zur Stellungnahme sind häufig kurz. Es handelt sich nur um Hilfsfristen, diese können durch ein einfaches formloses Anschreiben regelmäßig verlängert werden (z.B. 6 Wochen).

- Achtung: Dagegen ist die 1-Monats-Frist zur Einlegung eines Widerspruchs oder einer Klage gegen einen Regressbescheid zwingend. Eine Widereinsetzung bei versäumter Frist gelingt selten. Jedoch kann die Begründung nachgereicht werden.
- In der Begründung sollte sachlich und knapp die Struktur der Praxis beschrieben und Gründe für ein hohes Verordnungsvolumen bezeichnet werden. Am besten sind die Praxisbesonderheiten gleich zu benennen.
- Im Wege der Akteneinsicht ist die erweiterte Arzneimitteldatei zu prüfen. Hierbei ist das Verordnungsvolumen mit den Daten im Praxis-PC abzugleichen. Implausible Daten sind zu rügen (unbekannte Versichertennummer, durch neue Versichertenkarte nicht zuordnungsfähige Daten, Verordnungsdatum aus Vorjahr, Verordnungen anderer Ärzte, Verordnungen von Produkten, die normalerweise nicht verordnet werden; Hilfsmittel, Impfstoffe; Präparate ohne oder mit falscher PZN etc.). Die Prüfungsgremien müssen diese Implausibilitäten aufklären bzw. die hiervon betroffenen Verordnungskosten abziehen.
- Antrag auf mündliche Anhörung stellen und den Termin wahrnehmen. Häufig lassen sich im sachlichen Gespräch Unklarheiten aufklären und so Regresse vermeiden. Hier kann auch der Antrag auf Abschluss einer regressablösenden Individualvereinbarung gestellt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Jörg Hohmann
Rechtsanwalt

HINWEIS: Dies stellt keine Rechtsberatung dar. Jegliche Haftung wird ausgeschlossen