

MedTech ambulant № 01/11

8. März 2011; Auflage: 1040 Stück

Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragsärztlichen Behandlung und Verordnung



Weitere Änderungen ab 2011 für den Arzt

Die bisher von den gesetzlichen Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlten Leistungen unterliegen ab 2011 einer strikten Mengenbegrenzung. Einbezogen werden hier u. a. die Leistungen des ambulanten Operierens, regional vereinbarte Sonderleistungen, die Vergütung der Onkologie-Vereinbarungen, Wegekosten und Strahlentherapie.

Um **medizinisch nicht begründete** Ausgabensteigerungen in diesem Bereich und eine weitere Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Jahren 2011 und 2012 zu vermeiden, soll der Ausgabenzuwachs durch vertragliche Vereinbarungen begrenzt werden. Die Vertragspartner werden verpflichtet, vertragliche Maßnahmen zur Mengensteuerung (Preisabstaffelungen, Fallzahlbegrenzungen oder Quotierungen) zu vereinbaren.

Die „extrabudgetäre Vergütung“ soll im Jahr 2011 das Ausgabenvolumen des Jahres 2010 zuzüglich der Hälfte der für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V (Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen) nicht überschreiten. Eine entsprechende Anhebung ist auch für das Jahr 2012 vorgesehen.

Außerhalb dieses Budgets bleiben nur noch Präventions- und Früherkennungsleistungen, die gesetzlich vorgeschrieben sind oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beruhen.



Neuregelungen des AMNOG

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) bringt seit 01.01.2011 eine Veränderung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Behandlungs- und Verordnungstätigkeit mit sich. So werden künftig die Verordnungsanteile aus den Selektivverträgen bei der Richtgrößenprüfung berücksichtigt (bereinigt). Dies soll zu einer gerechteren Bewertung des Ordnungsverhaltens der Ärzte führen. Weiterhin kann die Richtgrößenprüfung abgelöst werden. An ihre

Stelle treten dann Prüfungen der Wirkstoffauswahl und der verordneten Wirkstoffmenge. Grundlage bilden gesetzlich verankerte Wirkstoffquoten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen hierzu Prüfvereinbarungen auf Landesebene ab.

Des Weiteren ist die umstrittene Bonus-Malus-Regelung entfallen und die maximale Regresssumme für Neueinsteiger für die ersten beiden Jahre wurde auf 25.000 € begrenzt.

Wann kommt es zu einer Wirtschaftlichkeitsprüfung?

Es ist zwischen Auffälligkeits- und Zufälligkeitsprüfungen zu unterscheiden. Bei ersteren handelt es sich um arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina. Erst ab einer Überschreitung von mehr als 15 % des vorgegebenen Richtgrößenvolumens, wird ein automatisches Prüfverfahren durch die Prüfstelle eingeleitet. Bei einer Überschreitung von 25 % droht dem Arzt ein Regress, wenn er die Überschreitung nicht mit Praxisbesonderheiten erklären kann. Die Durchführung der Prüfungen soll max. 5 %

einer Fachgruppe beinhalten und konzentriert sich daher auf die größten Ausreißer. Neben den Auffälligkeitsprüfungen können aber auch Zufälligkeitsprüfungen durchgeführt werden. Zufälligkeitsprüfungen sind arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens zwei Prozent der Ärzte je Quartal umfassen muss. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass es bei nur ca. 2 Prozent aller geprüften Ärzte zu berechtigten Regressforderungen kommt.

Was wird geprüft?

Gegenstand der Beurteilung ist die Indikation, die Effektivität, die Qualität und die Angemessenheit der Leistungen im Hinblick auf die Kosten und das Behandlungsziel. Maßgeblich für die Prüfungen sind die festgelegten Heilmittel-Richtgrößen und die Arznei-/Verbandmittel-Richtgröße der jeweiligen KV. Der Arznei-/Verbandmittel-Richtgröße werden fol-

gende Produkte zugeordnet: Arzneimittel, Teststreifen, Verbandmittel, arzneimittelähnliche Medizinprodukte (z. B. Spüllösungen) und künstliche Ernährung.

Hinweis: Für die Verordnung von Hilfsmitteln gibt es keine Richtgrößen. Hier ist eine besonders gekennzeichnete Verordnung zu verwenden.

Was ist bei Regressandrohung?

Führt das Prüfverfahren in der ersten Verwaltungsinstanz zu einer Regressfestsetzung, sollte der Arzt Widerspruch einlegen und mitteilen, dass eine detaillierte Stellungnahme zu seinen Verordnungskosten folgt. Dabei ist die Fristwahrung wichtig. Zur Erarbeitung der Stellungnahme benötigt der Arzt von der Prüfungsstelle sämtliche Verordnungen. Zudem muss er seinen Patientenstamm analysieren, z. B.

nach Alter und Problemfällen, um daraus die individuellen Abweichungen im Ordnungsverhalten zu erklären.

Vielfach haben die KVen Beratungsstellen eingerichtet, die den Arzt in der Darstellung des Sachverhaltes gegenüber den Prüfungsstellen unterstützen. Eine Datenanalyse lässt oftmals entlastende Praxisbesonderheiten erkennen.

Was sind Praxisbesonderheiten?

Zu den Praxisbesonderheiten, die die regionalen Vertragspartner (Kassen und KV) in einer sogenannten Prüfvereinbarung festgelegt haben, zählen beispielsweise schwerwiegende Krankheitsbilder (wie onkologische Erkrankungen) oder anerkannte Subspezialisierungen (wie ambulantes Operieren, Betreuung im Pflegeheim). Nähere Informationen erhält der Arzt bei seiner zuständigen KV. Darüber hinaus können Vertragsärzte individuelle Praxisbesonderheiten gel-

tend machen, die die Prüfungsstelle entsprechend bewertet, z. B. ein besonderer Versorgungsauftrag oder eine für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung. **Wichtig ist das Dokumentieren der Praxisbesonderheiten!** Die Dokumentation und Begründung muss stets patientenbezogen erfolgen. Es ist empfehlenswert, für einzelne Diagnosegruppen je eine Patientenliste mit **Name/Versichertennummer/Kasse/Diagnose/Präparat/Kosten** zu erstellen.