

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Wirtschaftlichkeitsprüfung: ab 2017 neue Regeln

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber Änderungen der Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommen. Die Richtgrößenprüfung wird zum 1. Januar 2017 als – bundesweite – Regelprüfmethode durch geeignete regional vereinbarte Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen abgelöst. Vereinbarungspartner sind die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbände.

Grundlage der regionalen Prüfvereinbarungen sind die auf Bundesebene durch die KBV und den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) geschlossenen „Rahmenvorgaben nach § 106b SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich veranlasster Leistungen“. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben sind darin insbesondere der Umfang, in dem Wirtschaftlichkeitsprüfungen mindestens durchgeführt werden zu bestimmen und Vorgaben für ein Verfahren festzulegen, das sicherstellt, dass bei erstmaliger Auffälligkeit im Rahmen einer statistischen Prüfung individuelle Beratungen der Festsetzung einer Nachforderung vorgehen.

Geltungsbereich

Die Rahmenvorgaben gelten für die regional zu vereinbarenden Prüfungen der Wirtschaftlichkeit der Versorgung aller Bereiche ärztlich verordneter Leistungen nach § 73 Abs. 2 SGB V. Darüber hinaus finden sie grundsätzlich auch Anwendung für die Prüfung weiterer Leistungen wie beispielsweise am Krankenhaus erbrachte ambulante ärztliche und belegärztliche Leistungen, Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements, bei Inanspruchnahme eines Krankenhauses, im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung oder Verordnungen von Hochschulambulanzen.

Umfang der Prüfungen

Sofern in den regionalen Prüfvereinbarungen statistische Prüfmethode vereinbart werden, soll/sollen

- vorrangig Auffälligkeitsprüfungen geregelt werden
- der Prüfzeitraum ein Jahr umfassen (bei unterjährigem Wechsel der Betriebsstättennummer können abweichende Regelungen getroffen werden)

Die Durchführung der Prüfung kann auf für die Versorgung relevante Anwendungsgebiete beschränkt werden. Voraussetzungen für Einzelfallprüfungen sind zu regeln, weitere Prüfungsarten können vereinbart werden.

Im Fall von Auffälligkeitsprüfungen sollen maximal fünf Prozent der Ärzte einer Fach- bzw. Vergleichsgruppe geprüft werden (Höchstquote). Darüber hinaus sollen in den regionalen Vereinbarungen bei vereinbarten Zielwerten Auffälligkeitsgrenzen vereinbart werden. Das heißt, dass den verordnenden Ärzten unter anderem „Abweichungen von vereinbarten Zielwerten in einem angemessenen Umfang ermöglicht werden“. Außerdem sieht die Rahmenvorgabe die Möglichkeit („Kann“-Regelung) für die regionalen Prüfvereinbarungen vor, Ärzte mit einem geringen

Verordnungsumfang von den Prüfungen auszunehmen sowie Geringfügigkeitsgrenzen zu vereinbaren.

Beratungen

Die gesetzliche Vorschrift, dass bei erstmaliger Auffälligkeit bei einer statistischen Prüfung zunächst eine individuelle Beratung erfolgt, bevor weitere Maßnahmen festgesetzt werden, wurde umgesetzt. Hierbei gilt:

- Beratung vor Regress gilt für jeden Verordnungsbereich gesondert (z. B. Arzneimittel, Heilmittel)
- Es erfolgt keine „Nullstellung“ für Altfälle.

Als wichtige Neuerung konnte erstmalig eine Verjährungsregelung in die Rahmenvorgaben aufgenommen werden: Ein Arzt, bei dem vor mehr als fünf Jahren eine Maßnahme festgesetzt wurde, gilt bei erneuter Auffälligkeit wieder als „erstmalig auffällig“ und erhält demzufolge zunächst erneut eine „Beratung vor weiteren Maßnahmen“.

Für neu zugelassene Ärzte gilt, dass erst ab dem dritten Prüfzeitraum nach Zulassung eine „Beratung vor weiteren Maßnahmen“ festgesetzt werden kann. Damit soll ihnen Zeit gegeben werden, sich mit den Regeln für wirtschaftliches Verordnungsverhalten im vertragsärztlichen Bereich vertraut zu machen.

Die regionalen Vereinbarungen müssen Regelungen zum Inhalt und zur Durchführung der individuellen Beratungen enthalten. Dabei kann festgelegt werden, dass die Beratung statt im Rahmen eines persönlichen Gesprächs schriftlich erfolgt. Möglich ist auch, dass der Arzt auf Wunsch ergänzend mündlich beraten wird.

Über **weitere Maßnahmen** verständigen sich die regionalen Vertragspartner. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben kann eine weitere Maßnahme nach erfolgter Beratung insbesondere auch die Festsetzung einer Nachforderung oder Kürzung sein. In diesem Fall sollen – wie bisher auch – gesetzliche Rabatte und Zuzahlungen berücksichtigt werden.

Spezifische Vorgaben

Die spezifischen Vorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen befinden sich in den Anlagen 1 bis 3 der Rahmenvorgaben:

- **Anlage 1:** Spezifische Vorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Arzneimittel.
- **Anlage 2:** Spezifische Vorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Heilmittel.
- **Anlage 3:** Spezifische Vorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der über den Arznei- und Heilmittelbereich hinausgehenden verordneten Leistungen.

In der Wahl der Prüfungsart und -methode sind die regionalen Vertragspartner frei. Dies gilt auch für die zu vereinbarenden Prüfgegenstände. Die Bundesvertragspartner vertreten die Auffassung, dass auf der Landesebene auch Regelungen getroffen werden können, die sich auf die Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele der Arzneimittelvereinbarung (§ 84 Abs. 1 SGB V) beziehen (Arznei- und Heilmittelbereich).

Im Arzneimittelbereich können auch Zielkriterien auf Basis eines Kataloges für indikationsgerechte wirtschaftliche Wirkstoffauswahl in versorgungsrelevanten Indikationen (z. B. Medikationskatalog) herangezogen werden. Außerdem sollen auch weiterhin Verordnungen von Ärzten geprüft werden, die an Anwendungsbeobachtungen teilnehmen. Verankert wurde hier

außerdem, dass die regionalen Vertragspartner Praxisbesonderheiten vereinbaren können, die vor Einleitung eines Prüfverfahrens berücksichtigt werden sollen. Darüber hinaus kann der Arzt wie bisher auch weitere individuelle Praxisbesonderheiten im Rahmen der Prüfung geltend machen.

Im Heilmittelbereich kann entsprechend der spezifischen Vorgaben regional vereinbart werden, dass die gesetzliche Vorgabe „Beratung vor Regress“ für jeden Zielbereich gesondert gilt (z. B. Physio- und/oder Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Podologie). Für Praxisbesonderheiten wird die Diagnoseliste der bundesweiten Vereinbarung über Praxisbesonderheiten (derzeit in Überarbeitung) Bestandteil der Rahmenvorgaben. Darüber hinaus können die regionalen Vertragspartner regionale besondere Ordnungsbedarfe vereinbaren. Damit diese anerkannt werden können, gilt auch zukünftig, dass neben der Angabe der Diagnose gemäß ICD-10-GM-Code der entsprechende Indikationsschlüssel auf dem Verordnungsvordruck aufgetragen wird.

Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung weiterer ärztlich verordneter Leistungen wurde in den Rahmenvorgaben lediglich festgelegt, dass in den regionalen Vereinbarungen die Voraussetzungen für Einzelfallprüfungen vorzusehen sind. Verordnungen, die durch die Krankenkassen genehmigt wurden, sind nur insoweit in die Einzelfallprüfung einzubeziehen, wenn begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des Ordnungsverhaltens im jeweiligen Ordnungsbereich insgesamt vorgebracht werden.

Fazit

Die Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen sind die Grundlage für die regionalen Vereinbarungen. Sie beinhalten

- verbindliche Mindeststandards für die Wirtschaftlichkeitsprüfung,
- weitere Vorgaben, die durch die regionalen Vertragspartner inhaltlich ausgestaltet werden,
- Möglichkeiten zur Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung (z. B. Prüfgegenstand), bei denen die regionalen Vertragspartner in der Umsetzung frei sind.

Entscheidend und maßgeblich für den Vertragsarzt ist die jeweilige regionale Prüfvereinbarung, die entsprechend der gesetzlichen Vorgaben bis zum 31. Juli 2016 zu schließen ist und für Verordnungen ab dem 1. Januar 2017 gelten soll.

Die Rahmenvorgabe nach § 106b SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen können Sie u. a. auf der Web-Site der KBV unter Service/Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen/Arznei-, Heil- und Hilfsmittel abrufen.

Übersichtsartikel

Remission hält bei vielen stabilen RA-Patienten nach Absetzen der Medikamente längerfristig an

Bei rund einem Drittel aller RA-Patienten wird heute mit einer modernen Krankheits-modifizierenden Therapie eine Remission erreicht. Ist die Erkrankung dann über mindestens 6 Monate stabil, kann in Absprache mit den Patienten ein schrittweiser Therapieabbau erwogen werden. Laut Studiendaten ist ein solches Vorgehen bei 30 bis 60 Prozent der Patienten zumindest vorübergehend erfolgreich, berichten deutsche Rheumatologen in einem Übersichtsartikel. Besonders erfolgversprechend sei die kontrollierte Therapiereduktion bei Patienten mit niedriger Krankheitsaktivität bei Therapiebeginn, mit Seronegativität und insbesondere kurzer Krankheitsdauer bei The-

rapiebeginn. In Leitlinien zum Management erwachsener RA-Patienten wird empfohlen, zuerst das Glukokortikoid abzusetzen, anschließend das Biologikum zu reduzieren, ggf. später abzusetzen, schließlich bei anhaltender Remission ähnlich mit dem synthetischen DMARD, in der Regel Methotrexat, zu verfahren. Bei diesem letzten Schritt ist das Rückfallrisiko am höchsten. Bei Kindern mit juveniler idiopathischer Arthritis sieht die Reihenfolge etwas anders aus: Nach dem Absetzen der Glukokortikoide wird meist erst MTX reduziert und bei weiterer inaktiver Erkrankung das zuletzt in die Therapie eingeführte Biologikum abgesetzt, so Professor Hans-Iko Huppertz aus Bremen in einer Pressemitteilung zum DGRh-Kongress 2015 in Bremen.

☛ QUELLEN

- Krüger K, Edelmann E: Therapieabbau bei stabil eingestellter rheumatoider Arthritis. Z Rheumatol 2015; 74(5): 414-420
- Jahreskongress der Dt. Ges. für Rheumatologie (DGRh), 2.-5. September 2015, Bremen

Studie

Respiratorische Mortalität bei Frauen mit Rheumatoider Arthritis deutlich erhöht

Über ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko von Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) ist schon häufiger berichtet worden. Daten der Nurses' Health Study mit rund 119.000 Teilnehmerinnen und knapp 1.000 RA-Neuerkrankungen im Beobachtungszeitraum von 36 Jahren deuten jetzt darauf hin, dass außer der kardiovaskulären Mortalität der Patienten auch die Sterberate aufgrund von Atemwegserkrankungen erhöht ist. Die kardiovaskuläre Mortalität von Frauen mit RA war im Vergleich zu Studienteilnehmerinnen ohne RA um 45 Prozent erhöht, die respiratorische Mortalität sogar mehr als verdoppelt. Bei Frauen mit seropositiver RA war die Sterblichkeit aufgrund von Atemwegserkrankungen sogar fast dreifach erhöht. Die Gesamt-Sterblichkeit war um 40 Prozent erhöht, die Krebs-Sterblichkeit ähnlich wie in der Kontrollgruppe.

☛ QUELLE

- Sparks J et al.: Rheumatoid arthritis and mortality among women during 36 years of prospective follow-up: Results from the Nurses' Health Study. Arthritis Care & Research 2015; doi: 10.1002/acr.22752

Kniegelenksarthrose

Avisierter Kniegelenkersatz kann konservativ meist gut hinausgezögert werden

Patienten mit fortgeschrittener Kniegelenksarthrose und Schmerzen kann durch eine Kniegelenks-Totalendoprothese (TEP) in der Regel gut geholfen werden. Allerdings kann der Eingriff durch eine intensive konservative Therapie bei den meisten Betroffenen auch noch für längere Zeit hinausgeschoben werden. Das könnte das Fazit einer dänische Studie bei 100 Patien-

ten mit mittelgradiger bis schwerer Kniegelenksarthrose sein, die für eine einseitige Knie-TEP ausgewählt worden waren. Bei der Hälfte der Studienteilnehmer wurde die Op vorgenommen, gefolgt von einer 12-wöchigen konservativen Behandlung, die übrigen erhielten nur die konservative Intensivtherapie, bestehend aus Physiotherapie, körperlicher Aktivität, Beratung inklusive Ernährungsempfehlungen, Versorgung mit Einlegesohlen und Schmerzmitteln. Bei Beurteilung von Funktionalität, Schmerzgrad und Lebensqualität schnitten die operierten Patienten nach einem Jahr signifikant besser ab als die konservativ Behandelten. Allerdings hatten sich die Score-Werte auch bei den konservativ Behandelten verbessert und drei Viertel konnten die Op das volle Jahr hinausziehen, schreiben die Autoren. Zu berücksichtigen sind außerdem häufigere unerwünschte Wirkungen am In-dexknie in der Op-Gruppe (8 vs. 1), in erster Linie tiefe Venenthromben und Steifheit (jeweils 3 Patienten).

☛ QUELLE

- Skou S et al.: A Randomized, Controlled Trial of Total Knee Replacement. N Engl J Med 2015; 373:1597-1606

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: info@rheumaguide.de

Redaktion

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin),
Dr. Stephan Voß M.A. (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Hexal AG

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290
E-Mail: service@hexal.com

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.

rheumaguide.de

Alle bisher erschienenen Beiträge des RheumaGuide finden Sie im **Volltextarchiv** unter www.rheumaguide.de.

Dort können Sie zudem alle seit 2012 erschienenen **Ausgaben als PDF** downloaden oder in den Rubriken

- Abrechnung
- Recht
- Praxisführung
- Therapie

nach interessanten Inhalten suchen.

Leserservice: Wenn Sie Fragen zur Berichterstattung oder zu Problemen in Ihrem Praxisalltag haben, schreiben Sie uns an info@rheumaguide.de