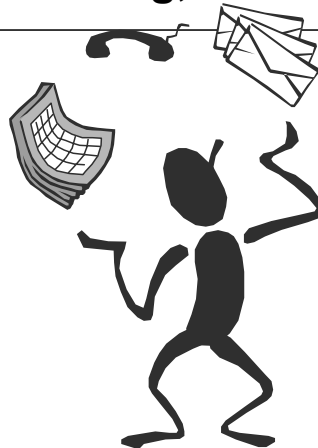
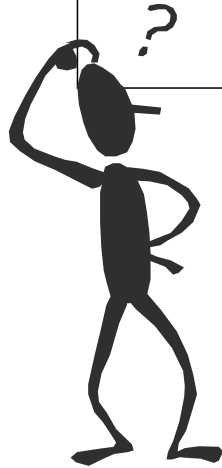


## VWA- Gesundheitsmanagement

Hallo und herzlich  
Willkommen zum letzten Themenblock  
„Ambulante vertragsärztliche Versorgung“  
am Freitag, 10.11.06



Seite 1

## Heutige Themen

- **Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) - Auswirkungen auf die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung – Ergänzung**
- **Finanzierungsaspekte der ärztlichen Praxisgründung**
- **Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung – Bedürfnis, Bedarf und Nachfrage an ärztlichen Leistungen**
- **Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung**



## Heutige Themen

- **Überprüfung der ärztlichen Tätigkeit**
  - Plausibilitätsprüfung
  - Wirtschaftlichkeitsgebot und Wirtschaftlichkeitsprüfung
  
- **Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung**
  - Notwenige und wirtschaftliche Versorgung unter den gesetzlichen Vorgaben?



## Neue Welt ab 2007

**Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften  
(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄG)**

**Umsetzung zum 1. Januar 2007**

**Mit erheblichen rechtlichen Problemen behaftet**

## Wesentliche Ziele VÄG

- **Anpassung der bundesrechtlich normierten vertragsärztlichen Berufsausübungsregelungen an die Neuerungen des landesgesetzlich geregelten Berufsordnungen**
- **Lösung zunehmender vertragsärztlicher Versorgungsprobleme, insbesondere in den östlichen Bundesländern**

## 1. Teilzulassung

- **Bisher: Vollzulassung („in erforderlichem Umfang“)**
- **Neu: Teilzulassung („halber Versorgungsauftrag“)**

### Konsequenzen:

- **Aufheben von Zulassungssperren im Falle von Reduzierungen in gesperrten Planungsbereichen**
- **Probleme bei der „Rückumwandlung“ einer Teil- in eine Vollzulassung, da Bedarfsplanung zu berücksichtigen ist**
- **Verordnungsgeber muss – anders als bisher – Anwesenheitszeiten in der Praxis vorgeben, die der Vertragsarzt zu erfüllen hat. Nur so lässt sich ein „halber Versorgungsauftrag“ definieren.**
- **Auch zwei Teilzulassungen in unterschiedlichen KV-Bereichen möglich**



## 2. Vereinbarkeit Vertragsarzt/Krankenhausarzt

- **Bisher: Tätigkeit als Vertragsarzt schließt Tätigkeit als Krankenhausarzt aus (Ausnahme: nicht patientenbezogen tätige Vertragsärzte)**
- **Neu: Zulässig, auch in MVZ!**

### Konsequenzen:

- **Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten (Bsp: Krankenhausträger als Betreiber MVZ, angestellte Krankenhausärzte zugleich „teilzugelassene“ Vertragsärzte)**



## 3. Angestellte Ärzte in der Vertragsarztpraxis

- **Bisher: Anstellung maximal eines vollzeitbeschäftigten oder zweier teilzeitbeschäftigter Ärzte („Job-Sharing“)**
- **NEU:**
  - **Keine zahlenmäßige Begrenzung**
  - **In offenen Planungsbereichen: ohne Leistungsbeschränkung, aber Berücksichtigung bei der Bedarfsplanung**
  - **In gesperrten Planungsbereichen: Job-Sharing wie bisher, aber ohne Begrenzung der Zahl der angestellten Ärzte, bei „lokalem Versorgungsbedarf“ u. U. Wegfall der Leistungsbeschränkung**
  - **Hausärzte können Inhaber von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin beschäftigen.**



## 4. Berufsausübungsgemeinschaften

### a. Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften

- **Bisher:** Im Saarland bereits zulässig, aber nur unter Vertragsärzten
- **Neu:**
  - Zulässig nach Genehmigung ZA unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern (Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, MVZ)
  - Zulassungsbezirksübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften
  - Wahl eines „Hauptsitzes“ hinsichtlich aller Regelungen (Zulassung, Abrechnung, Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeitsprüfung), Bindung an Wahl: ein Jahr



## 4. Berufsausübungsgemeinschaften

### b. Teilberufsausübungsgemeinschaften

- **Bisher:** Nicht zulässig!
- **Neu:** Grundsätzlich zulässig!
  - **Beispiel:** Kooperation eines Kinderarztes mit einem Neurologen bei der Durchführung kinderneurologischer Untersuchungen
  - **Ausnahme:** Nicht zulässig bei Bildung zur Erbringung überweisungsgebundener Leistungen („Keine Zuweisung gegen Entgelt!“), Bsp.: Internist und Laborarzt



## 5. Zweigpraxen

- **Bisher: Genehmigungsfähig, wenn aus Gründen der Sicherstellung erforderlich (regelmäßig nicht der Fall in überversorgten Planungsbereichen)**
- **Neu:**
  - Anzeigepflicht
  - Ausreichend, dass Versorgung an den weiteren Orten verbessert (und am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt) wird
  - Keine zahlenmäßige Begrenzung (anders als in der SBOÄ: lediglich zwei weitere Filialen)
  - Zulassungsbereichsübergreifend möglich (Ermächtigung durch den für den Bereich der fremden KV zuständigen Zulassungsausschuss erforderlich)
  - Beschäftigung angestellter Ärzte in Zweigpraxis zulässig



## Altersgrenzen

- **Bisher: Keine Zulassung oder Ermächtigung eines Arztes, welcher das 55. Lebensjahr vollendet hat und Beendigung mit Vollendung des 68. Lebensjahres**
- **Neu:**
  - Die Vorschriften, mit denen eine Zulassung oder Ermächtigung eines Arztes, welcher das 55. Lebensjahr vollendet hat, ausgeschlossen wird, werden insgesamt gestrichen
  - Die Zulassung oder Ermächtigung endet dann nicht mit Vollendung des 68. Lebensjahres, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung in einem bestimmten Gebiet festgestellt hat.



## Praxisgebühr

- **Bisher: Keine Belastung des Versicherten mit Gerichts- und Verfahrenskosten, wenn er trotz zweifacher Mahnung die 10€ Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) nicht gezahlt hat.**
- **Neu:**
  - **Kostenbeitrag mindestens in Höhe von 150 € SG und**
  - **225€ LSG und 330€ BSG**



## VWA- Gesundheitsmanagement

**Ende des Vortrages zum Themenbereich**

- **VÄndG und die neue wunderbare Welt der ambulanten Versorgung nach dem 1. Januar 2007**

## VWA- Gesundheitsmanagement

### Finanzierungsaspekte der ärztlichen Praxisgründung

Durchschnittliches Gesamtfinanzierungsvolumen in den alten Bundesländern in den Jahren 2003/2004

Arztgruppe	Einzelpraxen		Gemeinschaftspraxen (Betrag je Partner)	
	Neugründung	Übernahme	Überführung Einzelpraxis	Praxisbeitritt
Allgemeinärzte	116.944 €	144.880 €	154.884 €	123.540 €
Anästhesisten	81.667 €	104.333 €	-	194.458 €
Augenärzte	217.443 €	225.887 €	227.544 €	273.500 €
Chirurgen	287.311 €	279.607 €	297.643 €	261.052 €
Gynäkologen	175.225 €	218.116 €	200.579 €	229.830 €
HNO-Ärzte	-	229.283 €	228.836 €	237.700 €
Hautärzte	206.563 €	241.907 €	-	141.280 €
Internisten	208.927 €	220.654 €	214.068 €	268.101 €
Kinderärzte	95.555 €	175.492 €	200.950 €	121.613 €
Nervenärzte/Neurologen	76.991 €	116.404 €	225.320 €	130.375 €
Orthopäden	224.009 €	309.978 €	253.320 €	354.529 €
Psychoth./Psychiater	50.178 €	70.000 €	-	-
Urologen	199.200 €	306.831 €	-	248.850 €



## Formen der Finanzierung

- **Langfristiges Darlehen**  
dient der Finanzierung von Übernahmepreis und Investitionen.
- **Betriebsmittelkredit**  
dient zur Abdeckung des Geldbedarfs des Arztes für die Praxis- und Lebenshaltungskosten bis zur nächsten Honorarzahlung.  
In der Gründungsphase dient er auch zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten.  
Die Kredithöhe ist limitiert und richtet sich nach dem individuellen Bedarf der Praxis und privater Lebensführung.

## Langfristige Finanzierungsarten

- **Annuitätendarlehen**  
Zahlung einer regelmäßige Rate, die Zinsen und Tilgung umfasst
- **Tilgungsdarlehen**  
Vereinbarung einer konstanten Tilgung, Zinsen werden separat bezahlt, d.h. bei jedem Zahlungstermin reduziert sich die Gesamtrate aufgrund der vorgenommenen Tilgung
- **Endfälliges Darlehen**  
wird in einer Summe am Ende der Laufzeit bezahlt, d.h. neben den Zinsen muss ein Tilgungersatz angespart werden (z.B. Lebensversicherung, Sparplan o.ä.)



## Öffentliche Kredite

**werden in unterschiedlichen Tilgungs- und Laufzeitvarianten angeboten und zeichnen sich häufig durch bessere Konditionen aus**

- Anlaufstelle ist generell das Kreditinstitut, bei dem der Arzt seine Finanzierung abwickelt
- Das individuelle Risiko jeder Finanzierung wird dort geprüft und wirkt sich auf die Kreditmodalitäten aus (z.B. Zinssatz, Sicherheiten)



## Trend zur Kooperation

**Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank und das Zentral-Institut für die Kassenärztliche Versorgung haben 2.200 Finanzierungen von Praxisgründungen in den Jahren 2003 und 2004 analysiert.**

**Demnach ist der Gemeinschaftspraxisbeitritt mit 18,4 % der Finanzierungen in Westdeutschland inzwischen der zweit-häufigste Start in die Selbständigkeit hinter der Einzel-praxisübernahme (44,1 %).**

**Erst an dritter Stelle folgt die Einzelpraxisneugründung mit 12,7 %, gefolgt von der Überführung einer Einzelpraxis in eine Gemeinschaftspraxis (9,5 %).**



## Mögliche Schwierigkeiten bei der Finanzierung

- Wird bei der Finanzierung durch endfällige Darlehen bezüglich des Tilgungersatzes eine Sparform gewählt, deren Rendite oder Wertsteigerung nicht garantiert ist (z.B. Lebensversicherung, Rentenversicherung), kann am Laufzeitende eine Finanzierungslücke entstehen. Die Differenz zwischen angespartem Betrag und Darlehenssumme muss dann aus Eigenmitteln oder durch eine Anschlussfinanzierung aufgebracht werden.
- Vom Kreditinstitut geforderte Sicherheiten können nicht oder nur teilweise gestellt werden.  
Konsequenz: höherer Sollzinssatz (Stichwort: Basel II)



## Mögliche Schwierigkeiten bei der Finanzierung

- Wird bei Antragstellung der Zinssatz nicht bis zum Ende der Laufzeit, sondern für einen kürzeren Zeitraum festgeschrieben (z.B. Laufzeit 10 Jahre, Zinsfestschreibung 5 Jahre), entsteht ein Zinsänderungsrisiko. D.h., dass nach Ablauf der Zinsbindung bei gestiegenem Zinsniveau unter Umständen eine höhere Rate zu zahlen ist als zu Beginn der Finanzierung.
- Nach Ablauf von anfänglichen Steuervergünstigungen muss die dadurch u.U. höhere Ratenzahlung durch höhere Erträge kompensiert werden, um zurückgehende Liquidität zu verhindern.



## Mögliche Schwierigkeiten bei der Finanzierung

- Ändern sich die Prämissen während der Laufzeit wesentlich, sollten die Kreditmodalitäten ggfs. im Gespräch mit der Hausbank neu verhandelt werden, um drohende Schieflagen frühzeitig zu verhindern.
- Ein sinnvolles Finanzierungskonzept kann die Verknüpfung von Praxisfinanzierung, Altersvorsorge und ggfs. die Finanzierung der selbstgenutzten Immobilie sein.



## Mögliche Schwierigkeiten bei der Finanzierung

### Fazit:

**Jede Finanzierungsform hat Vor- und Nachteile, insofern sind die persönlichen Bedürfnisse entscheidend für die Wahl des „richtigen“ Kredites.**

**Die individuellen Gegebenheiten und Zielvorstellungen sollten durch einen Vergleich verschiedener Finanzierungsmodelle mit Hilfe kompetenter Berater (z.B. Hausbank, Steuerberater) abgewogen werden.**



## **Beratungsangebot der KV Saarland**

- **Im Rahmen der Niederlassungsberatung erhalten die Mitglieder der KVS neben Informationen zu Zulassungsvoraussetzungen und -möglichkeiten bei Bedarf auch Hinweise zu möglichen Finanzierungsformen und zum aktuellen Zinsniveau.**
- **Das geplante Niederlassungsvorhaben wird unter betriebswirtschaftlichen Aspekten beleuchtet und EDV-gestützt modellhaft dargestellt. Auswirkungen von Investitionen, Kosten sowie persönlichen Einkommensverhältnissen auf Umsatz und Ertrag der Praxis sind dabei detailliert zu erkennen.**



## **VWA- Gesundheitsmanagement**

**Ende des Vortrages zum Themenbereich**

**Finanzierungsaspekte der ärztlichen Praxisgründung**

## VWA- Gesundheitsmanagement

### **Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung der GKV-Versicherten**

- Begriffe
- Historische Entwicklung
- Theorie und
- Praxis

## Bedarfsplanung

### **Begriffe Bedürfnis, Bedarf und Nachfrage**

- **Unterschiedliche Erklärungsansätze, Beziehung nicht eindeutig definiert, Problem der Ermittlung des objektiven Bedarfs an ärztlichen Leistungen**
  - Bedürfnis als subjektiv empfundener Drang, Forderung, Wunsch nach einem Gut, egal ob als „natürliches“ oder „gewecktes“ Bedürfnis, der einer Erfüllung bzw. Befriedigung zugeführt werden soll
  - Bedarf als objektivierbare Größe, zumindest in Form einer intersubjektiven Übereinstimmung für die Notwendigkeit, ein bestimmtes Gut zur Verfügbarkeit zu bringen.
  - Nachfrage als reeller Effekt an einem Markt für ein bestimmtes Gut.



## Bedarfsplanung

### Geschichtliche Entwicklung

- Bis 1913 (Berliner Abkommen) bestimmte jede einzelne Krankenkasse vor Ort selbst die Zahl der Ärzte, mit denen sie Verträge abschließen wollte
- Ab 1913 einheitliche Soll-Wert-Vorgaben je Kasse; Richtwert 1.350 Versicherten/Arzt, bei eingeschlossener Familienversicherung von 1000 Versicherten je Arzt; diese wurden in der Folge variiert/verändert
- Mit Einführung der GKAR 1955 wurden wieder Verhältniszahlen in das System gebracht – undifferenziert galten bundeseinheitlich 500 Versicherte je Kassenarzt als Richtzahl
- 1960 BVG-Urteil verwarf diese Vorgaben als verfassungswidrig
- Erst 1977 wurde in Folge des Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetzes (KVWG) die Bedarfsplanung zur Behebung partieller Unterversorgungen wieder eingeführt



### Theorie und Praxis

#### ▪ **Bedarfsorientierter Ansatz**

Versuch den objektiven Bedarf zu ermitteln, zu messen und für die Zukunft zu prognostizieren

Problem: Wie wird der Bedarf an medizinischen Leistungen definiert und gemessen

#### ▪ **Nachfrageorientierter Ansatz**

Versuch die tatsächlich ausgeübte Nachfrage der Bevölkerung zu messen und die zukünftige Entwicklung abzuschätzen

#### ▪ **Zielorientierter Ansatz – Mischform unter Beachtung knapper Ressourcen**



## Bedarfsplanung

- **Gesetzliche Vorgabe einer flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung**
- Durch den Bedarfsplan soll mittel- und langfristig eine wirksame Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erreicht werden (§ 12 Ärzte-ZV).
- Der Bedarfsplan ist auch Grundlage für:
  - Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung,
  - für die Beratung von Ärzten, die zur vertragsärztlichen Versorgung bereit sind,
  - für die Bedarfsprüfung bei der Ermächtigung gemäß §§ 31 und 31a Ärzte-ZV,
  - für die Feststellung, ob eine Überversorgung besteht bzw. eine Unterversorgung eingetreten ist oder droht.



## Bedarfsplanung

- **Normativer Ansatz : Ermittlung von Versorgungsgraden durch Meßzahlen Arzt je Einwohner**
  - Versorgung zum Stichtag 31.12.1990 !
  - Bundesweit in Bezug auf die Bevölkerung
  - Unterteilung nach vorgegebenen Arztgruppen
  - Differenzierung nach vier Planungsbereichskategorien auf Grundlage der Raumordnungsplanung





## Bedarfsplanung

- **Begriffe Unterversorgung und Überversorgung**
  - Eine Unterversorgung liegt vor, wenn in bestimmten Planungsbereichen als bedarfsgerecht vorgesehene Vertragsarztsitze nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigung von Ärzten oder Einrichtungen nicht behoben werden kann
  - Eine Unterversorgung ist zu vermuten, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 % und der Stand der fachärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf von mehr als 50 % unterschreitet. Eine Unterversorgung droht, wenn diese Grenzwerte aufgrund der Altersstruktur der Ärzte oder aus anderen Gründen voraussichtlich zu einem bestimmten Zeitpunkt erreicht werden.



## Bedarfsplanung

- Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad für eine Arztgruppe in einem Planungsbereich um 10% überschritten ist (§ 101 SGB V).

## Vertragsärzte im Saarland Std. 10/06

Arztgruppe	Stand: 01.10.2006	davon in MVZ angestellt oder zugelassen	Job-Sh. Zugel.	Gesamt
<b>Allgemeinärzte</b> (hausärztlich)	519	2	3	522
<b>Internisten</b> (hausärztlich)	137	1	0	137
<b>Kinderärzte</b> (hausärztlich)	72	0	0	72
<b>Hausärzte Gesamt</b>	728	3	3	731
<b>Fachärzte Gesamt</b>	809	8	16	825
<b>Zugelassene Vertragsärzte insgesamt</b>	<b>1537</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	1556

## Vertragsärzte im Saarland Std. 10/06

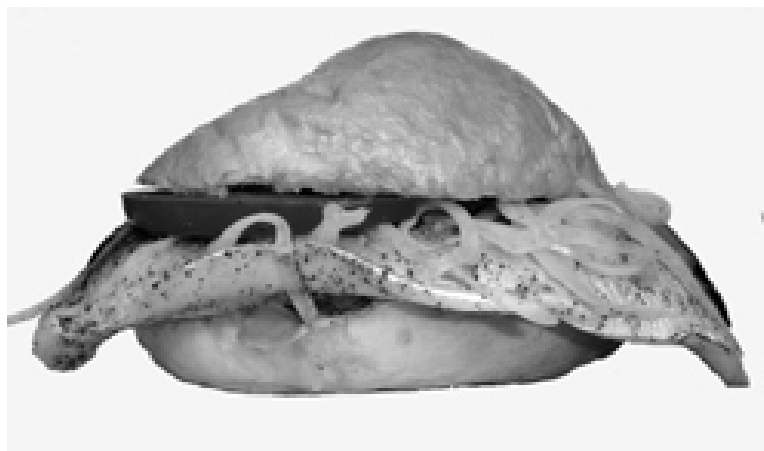
<b>Niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</b>	169	0	2	171
<b>Persönliche Ermächtigungen an Krankenhausärzte</b>	156			
<b>I n s g e s a m t</b>	<b>1862</b>		21	
<b>Insgesamt mit Job-Sharing</b>	<b>1883</b>			
Zur Info	Hausärzte	Fachärzte	Psychoth.	Gesamt
Angestellte Ärzte (§ 32 b)-alte Fass.- <b>Ganztags-</b>	4	6	0	10
Angestellte Ärzte (§ 32 b)-alte Fass.- <b>Halbtags-</b>	3	1	0	4
Angestellte Ärzte (Job-Sharing) <b>-Ganztags-</b>	7	8	0	15
Angestellte Ärzte (Job-Sharing) <b>-Halbtags-</b>	9	7	0	16

**Gesamtübersicht über die Versorgungssituation (in %)  
im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland  
Stand: 01.12.2005**

Arztgruppe	Planungsbereich (Stadtverband/Kreis)					
	Saarbrücken	Saarlouis	Merzig-Wadern	St.Wendel	Neunkirchen	Saarpfalz
Anästhesisten	117,5	144,0	135,0	151,9	210,4	157,2
Augenärzte	115,4	108,8	109,6	123,4	101,1	148,4
Chirurgen	125,0	159,8	250,6	140,9	155,6	193,8
Fachärztlich tätige Internisten	182,8	275,6	378,8	284,1	296,7	415,6
Frauenärzte	113,1	111,9	126,7	116,6	116,7	116,3
HNO-Ärzte	120,8	135,8	127,2	107,3	138,8	111,1
Hautärzte	121,5	114,0	119,1	134,0	166,6	181,5
Kinderärzte	116,0	114,4	109,1	122,8	119,4	122,7
Nervenärzte	115,3	114,7	164,5	129,5	125,7	185,8
Orthopäden	121,8	150,8	126,4	113,7	125,9	176,3
Radiologen	119,3	190,9	157,5	177,1	171,7	120,2
Urologen	116,7	165,5	139,9	157,4	138,2	129,0
Hausärzte	110,2	106,2	111,4	108,5	111,6	114,3
Psychotherapeuten	115,1	119,6	133,6	139,6	129,6	122,1

**Erläuterung**

Eine Zulassungsbeschränkung ist bei einem Versorgungsgrad ab 110,0% angeordnet.



**Gesamtübersicht über die Versorgungssituation (in %)  
im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland  
Stand: 01.12.2005**

Arztgruppe	Planungsbereich (Stadtverband/Kreis)					
	Saarbrücken	Saarlouis	Merzig-Wadern	St.Wendel	Neunkirchen	Saarpfalz
Anästhesisten	X	X	X	X	X	X
Augenärzte	X	ist geöffnet (für 1)	ist geöffnet (für 1)	X	ist geöffnet (für 1)	X
Chirurgen	X	X	X	X	X	X
Fachärztlich tätige Internisten	X	X	X	X	X	X
Frauenärzte	X	X	X	X	X	X
HNO-Ärzte	X	X	X	ist geöffnet (für 1)	X	X
Hautärzte	X	X	X	X	X	X
Kinderärzte	X	X	ist geöffnet (für 1)	X	X	X
Nervenärzte	X	X	X	X	X	X
Orthopäden	X	X	X	X	X	X
Radiologen	X	X	X	X	X	X
Urologen	X	X	X	X	X	X
Hausärzte	X		X	ist geöffnet (für 1)	X	X
Psychotherapeuten	X	X	X	X	X	X

Ärztliche Psychotherapeuten können noch in fünf Planungsbereichen zugelassen werden  
-mit Ausnahme Planungsbereich Kreis Saarpfalz-

<b>Erläuterung</b>	X	Eine Zulassungsbeschränkung ist angeordnet.
--------------------	---	---

## Hausärztliche Versorgung im Saarland

**Stand: 31.12.2005**

Hausärzte: 72

Einwohner  
je Arzt: 1.476

Hausärzte: 64

Einwohner  
je Arzt: 1.476

**Kreis Merzig-Wadern**

**Kreis St.  
Wendel**

Hausärzte: 98

Einwohner  
je Arzt: 1.468

Hausärzte: 131

Einwohner  
je Arzt: 1.608

**Kreis Saarlouis**

**Kreis  
Neunkirchen**

**Verwaltungskarte  
des Saarlandes**

**Zeichenerklärung**

- Landesgrenze
- Kreis- bzw. Stadtverbandsgrenze
- Gemeindegrenze
- Sitz des Kreises bzw. Stadtverbandes
- Sitz einer Stadt- bzw. Gemeindeverwaltung

**Stadtverband  
Saarbrücken**

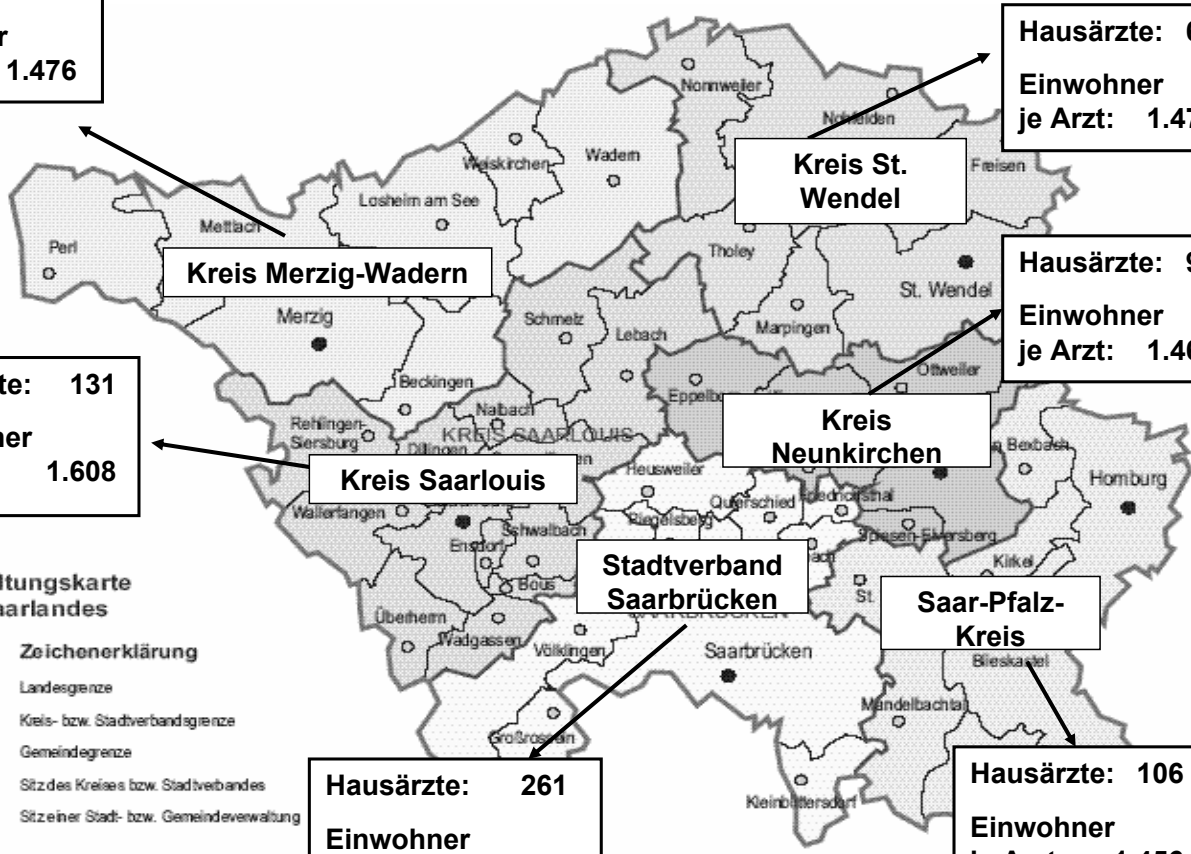
**Saar-Pfalz-  
Kreis**

Hausärzte: 261

Einwohner  
je Arzt: 1.311

Hausärzte: 106

Einwohner  
je Arzt: 1.456



# Fachärztliche Versorgung im Saarland

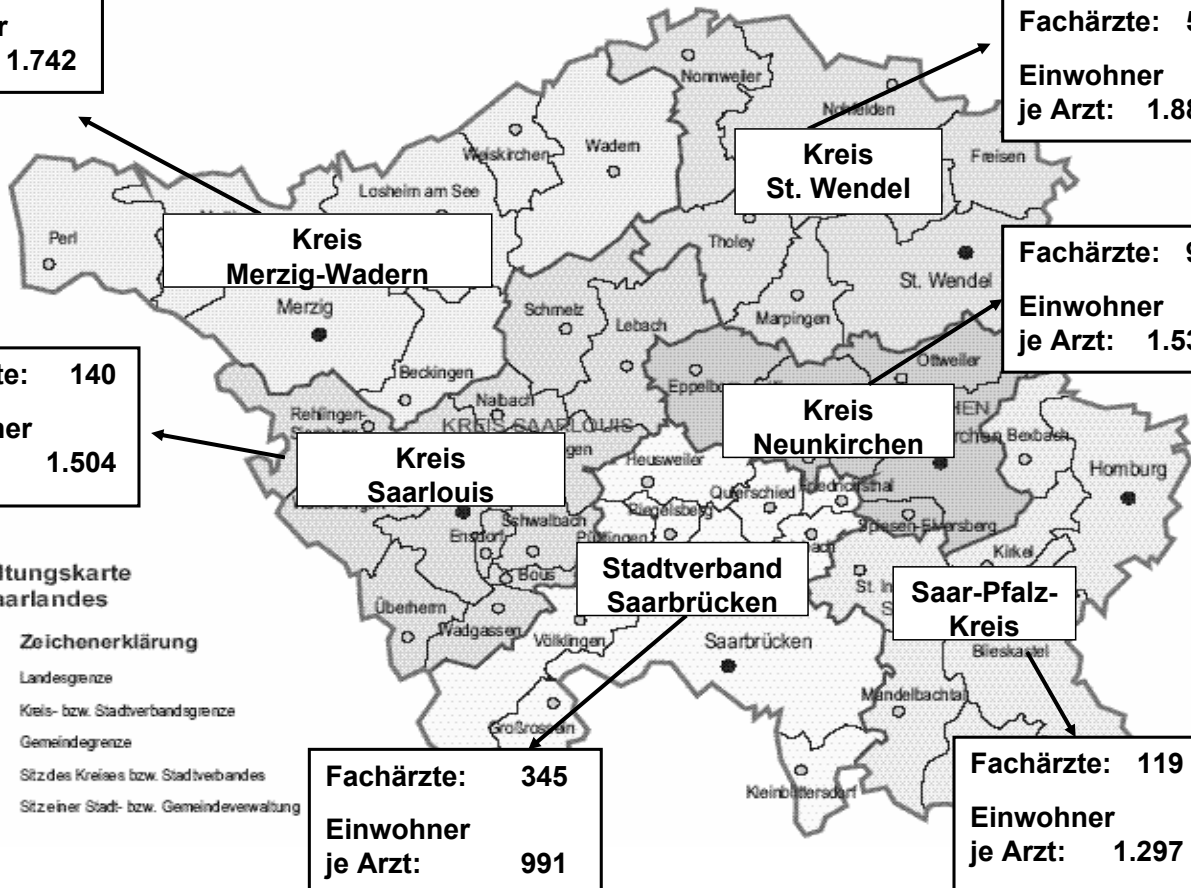
Stand: 31.12.2005

Fachärzte: 61

Einwohner  
je Arzt: 1.742

Fachärzte: 50

Einwohner  
je Arzt: 1.886



Fachärzte: 94

Einwohner  
je Arzt: 1.531

Fachärzte: 140

Einwohner  
je Arzt: 1.504

Fachärzte: 345

Einwohner  
je Arzt: 991

Fachärzte: 119

Einwohner  
je Arzt: 1.297

Verwaltungskarte  
des Saarlandes

## Zeichenerklärung

- Landesgrenze
- Kreis- bzw. Stadtverbandsgrenze
- Gemeindegrenze
- Sitz des Kreises bzw. Stadtverbandes
- Sitz einer Stadt- bzw. Gemeindeverwaltung



## Bedarfsplanung

### ■ Kritik:

- Die Chancen, mit einer verbindlichen und damit wirksamen Planung die Versorgungssituation in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu bestimmen, sind begrenzt.
- Auch die derzeitige Planung zeigt die relative Wirksamkeit solcher Maßnahmen, denn trotz der Planung ergab sich auch weiterhin ein Zuwachs an Ärzten unter Berücksichtigung von Ausnahmeregelungen verschiedenster Art (Sonderbedarf, Job-Sharing, partielle Öffnung).
- In den Neuen Ländern kann der Unterversorgung in unattraktiven ländlichen Gebieten nicht wirksam entgegengehalten werden.
- Auch die Relativität des Planungsansatzes, der auf dem jeweils bestehenden Versorgungsniveau eines definierten Zeitpunkts aufbaut und nur eine gleichmäßige Verteilung der Angebote bezweckt, zeigt die Grenzen des Planungskonzepts
- Durch das VÄndG wird die Bedarfsplanung Vollendens ad absurdum geführt



**Ende des Vortrages zum Themenbereich**


- **Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung der GKV-Versicherten**

**Pause ?**



**VWA - Gesundheitsmanagement**

**Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung**



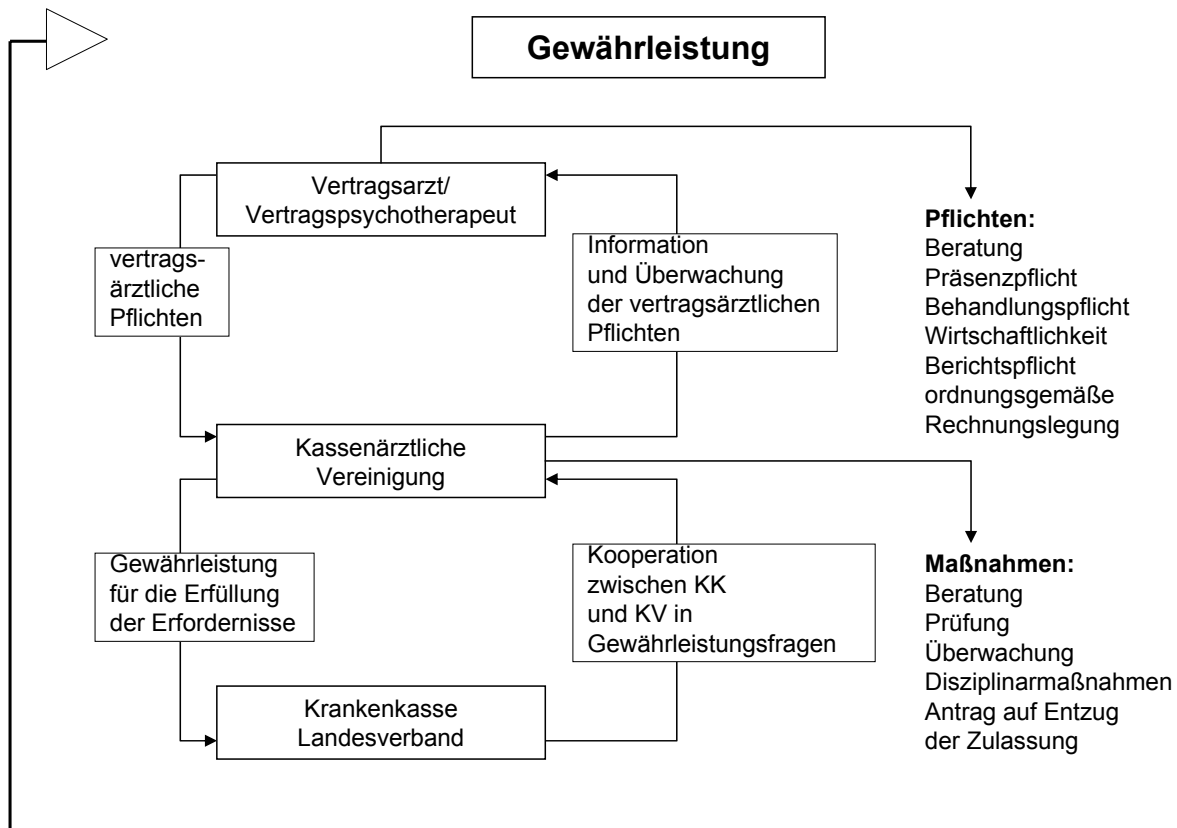
## **Aufgaben der KVS (nach § 75 SGB V)**

- **Der Sicherstellungsauftrag**
  - Garantie für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (incl. BDP)
- **Der Gewährleistungsauftrag**
  - Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Durchführung der vertragsärztlichen Tätigkeit
- **Die Interessenvertretung**
  - Wahrung der Interessen der Vertragsärzte
- **Die Vertragshoheit**
  - Zuständigkeit zum Abschluss von Verträgen
- **Die Ausschussbesetzung**
  - Recht zur Besetzung von Ausschüssen der gemeinsamen Selbstverwaltung



## **QS/QM - Rechtliche Vorgaben (1)**

- **§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V „Die KVen ...haben...den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht**



## QS/QM - Rechtliche Vorgaben (2)

- **SGB V : Neunter Abschnitt – Sicherung der Qualität der Leistungserbringung**
  - § 135 SGB V „Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ durch den G-BA
    - Abs. 2 Vorgaben an die Qualität der Leistungserbringung
  - § 135 a SGB V „ Verpflichtung zur Qualitätssicherung“
  - § 136 SGB V „Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen“ - Stichprobenprüfungen
  - § 136 a SGB V „Qualitätssicherung in der vertragärztlichen Versorgung“ - Richtlinien des G-BA zu
    1. Einrichtungsinternen Qualitätsmanagement
    2. Qualitätsanforderungen für diagnostische und therapeutische Leistungen, insbesondere bei aufwändigen med. Leistungen



## Was ist Qualität ?

- Duden: qualis (lat.) wie beschaffen, qualitas => Beschaffenheit, Verhältnis, Eigenschaft => zuerst einmal wertneutral
- Die Bandbreite reicht von „Qualität ist, wenn es funktioniert“ über „Qualität ist etwas Anständiges“ (Th. Heuss) bis hin zu „Qualität ist, was der Kunde wünscht“
- Qualität ist kein Zufall, sondern das Produkt einer Arbeit.
- Qualität ist das Erreichte im Verbundesein mit dem Machbaren im Bezug auf das Wünschenswerte.
- Qualität ist die systematische Dokumentation und Nachweisbarkeit der geleisteten Arbeit.
- Qualität ist die möglichst fehlerfreie Ausführung eines Prozesses oder einer Dienstleistung.
- Qualität ist der Grad der Erfüllung vorher festgelegter Ziele.
- Qualität ist reproduzierbar.
- DIN ISO EN 8402 (1995): „Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit (Produkt, Tätigkeit, Prozess, Organisation) bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“.


## Woran erkennt man Qualität?

- **Hohe Qualität in der ambulanten Versorgung erkennt man an**
  - einem guten medizinischen und wirtschaftlichen Ergebnis
  - einem hohen Maß an Professionalität in der Diagnostik und Behandlung
  - einer hohen Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen
  - einer hohen Zufriedenheit des Praxisteam
  - einem effizienten Ressourceneinsatz



## Qualität ist keine statische Größe

Qualität ist eine komplexe Größe, die auf die jeweiligen Erfordernisse zu beziehen ist. Die Ansprüche an ein Produkt oder eine Dienstleistung ändern sich im Laufe der Zeit. Maß der Qualität ist der Erfüllungsgrad der *aktuellen* Anforderungen. Gute Qualität von gestern kann heute schon überholt sein



## Dimensionen von Qualität nach Donabedian (am. Wissenschaftler)

sehr weit verbreitetes Qualitätskonzept, das drei Ebenen unterscheidet :

- **Strukturqualität** → Ausstattung, Apparate, Räumlichkeiten, fachliche Qualifikation aller Mitarbeiter, finanzielle Mittel → Rahmenbedingungen
- **Prozessqualität** → Organisation und Steuerung des Behandlungsverlaufes, der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, (Anamnese, Patientenaufklärung, Indikationsstellungen zu Untersuchungen und deren Durchführung etc.) → Handlungsabläufe
- **Ergebnisqualität** → kann als Ergebnis aus Struktur- und Prozessqualität betrachtet werden und umfasst die kritische Beurteilung des abschließenden Ergebnisses der Behandlung. Hierzu zählen vergleichende Analysen, Aufdeckung von Schwachstellen auf der Basis von erhobenen Daten, wissenschaftlichen Erhebungen und das subjektive Gesundheitsgefühl der Patienten nach der Behandlung → Behandlungsergebnis
- **Neue 4. Dimension: Erlebnisqualität** → persönliche Kompetenz (subjektives Erleben und Bewerten der Patienten der kommunikative und fachliche Fähigkeiten des gesamten Praxisteam), aber auch Erreichbarkeit, Präsentation von Service und Umgang/Berücksichtigung mit/von Patientenwünschen.

## Qualitätssicherung versus Qualitätsmanagement

**Die Qualitätssicherung im ärztlichen Bereich bezieht sich auf die Sicherung eines Qualitätsniveaus im ärztlichen Handeln, das sich an vorgegebenen Richtlinien und Normen orientiert durch**

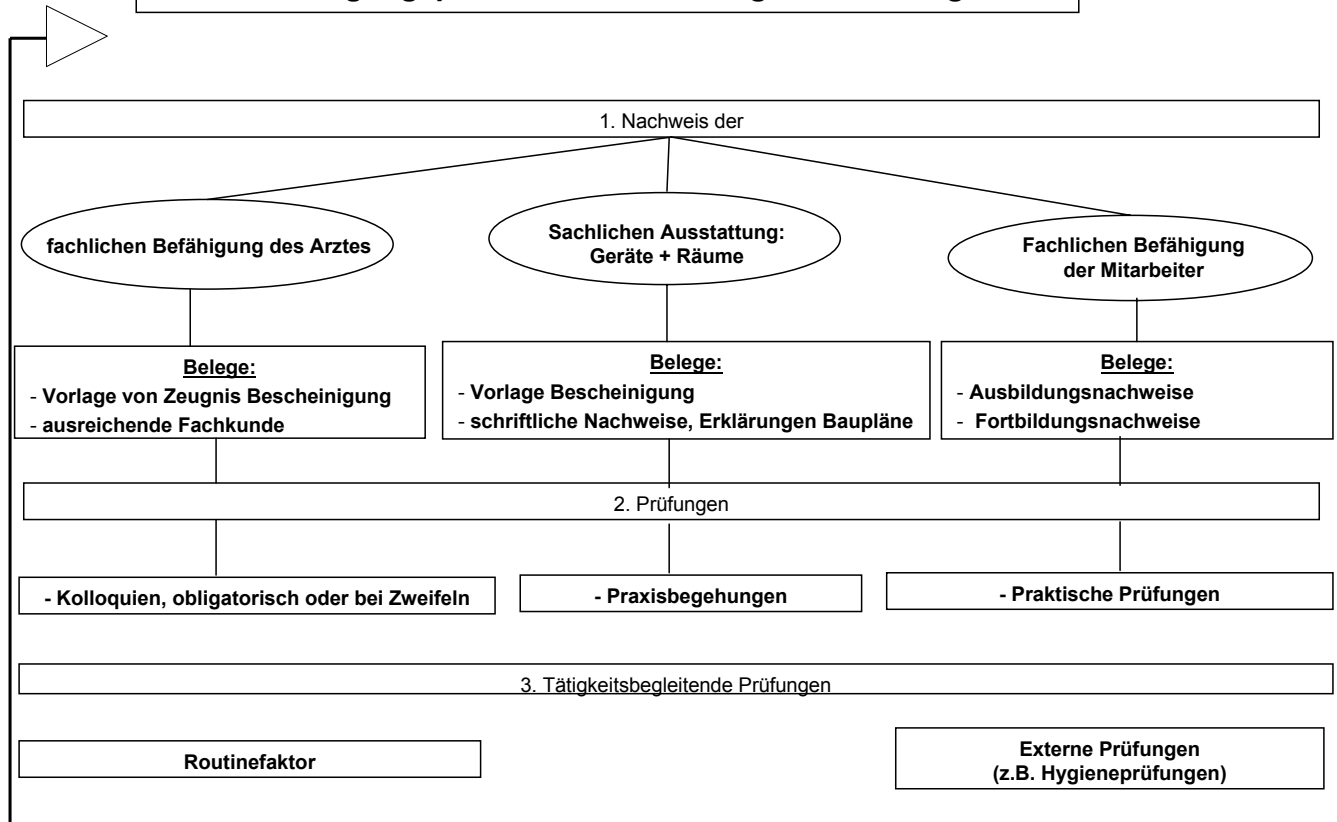
- Prüfung der Strukturqualität: Fachliche, apparative, räumliche und personelle Vorgaben in bundeseinheitlichen Richtlinien – Genehmigung durch KVen vor Abrechnung der betreffenden Leistungen
- Prüfung der Prozeß- und Ergebnisqualität in Form von
  - Ringversuchen
  - Qualitätsprüfung im Einzelfall z.B. durch Stichproben
  - Kolloquien
  - Rezertifizierung, Frequenzvorgaben (Höchst- bzw. Mindestvorgaben), Hygieneüberprüfungen, Begehungen, Indikationsüberprüfung

## Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung

### Genehmigungsbereiche

- Allgemeine Radiologie / Strahlentherapie
- Ambulante Dialysebehandlung
- Ambulantes Operieren
- Arthroskopie
- Chirotherapeutische Leistungen
- Computertomographie
- Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)
- Herzschrittmacher-Kontrollen
- Invasive Kardiologie
- Kernspintomographie
- Knochendichtemessung
- Koloskopie
- Laboruntersuchungen nach Abschnitt E der Labor-Richtlinien (O III-Leistungen)
- Langzeit-EKG
- LDL-Apherese
- Mammographie
- Medizinische Rehabilitation
- Nuklearmedizin
- Otoakustische Emissionen
- Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
- Physikalisch medizinische Leistungen
- Psychosomatische Grundversorgung
- Schlaf-Apnoe
- Schmerztherapie
- Sonographie
- Soziotherapie
- Strahlentherapie
- Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen
- Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- TSH-Test im Rahmen der Früherkennung von Kinderkrankheiten
- Übende und suggestive Verfahren
- Verhaltenstherapie
- Zytologische Untersuchungen Krebsfrüherkennung

**AUSGANGSPUNKT:  
Genehmigungspflicht zur Abrechnung von Leistungen**



**Qualitätssicherung versus  
Qualitätsmanagement**

**Was ist Qualitätsmanagement?**

- **Managen** umschreibt die sinnvolle Führung, Planung und Organisation einer Institution, berücksichtigt dabei umfassend betriebswirtschaftliche, organisatorische und kommunikative Aspekte.
- **Qualitätsmanagement** hat die Aufgabe, durch kontinuierliche Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität die Ergebnisqualität zu fördern und zu verbessern. Durch Sicherung und Weiterentwicklung der Arbeitsabläufe und deren Ergebnisse, durch die Identifizierung, Analyse und Nutzung von Verbesserungspotentialen und durch die Verbesserung der internen und externen Kooperation und Kommunikation soll dieses Ziel erreicht werden.



## **Qualitätsmanagementsystem als Voraussetzung?**

**QM muss auf allen Betriebsebenen umgesetzt werden, durch alle Mitarbeiter verwirklicht werden, jedoch von der obersten Leitung angeführt werden.**

**Wenn QM in einer Praxis erfolgreich praktiziert werden soll, setzt dies voraus, dass in jedem Bereich, in jeder Abteilung, in jeder Gruppe wirksame QM-Instrumente eingesetzt und angewendet werden.**

**Um zu erreichen, dass die Instrumente wirksam organisiert und umgesetzt werden, ist ein Qualitätsmanagement-System (QMS) erforderlich. Ein QMS ist zunächst lediglich ein Schema, ein Gerüst, nach dem Qualität in einer Organisation aufgebaut und gesichert wird. Es bildet die Organisationsstruktur des QM und bildet somit den entscheidenden Rahmen, in dem alle qualitätsrelevanten Maßnahmen eines Unternehmens ablaufen**



## **Argumente für QM (1)**

- **Identifizierung von Leistungslücken und Schwachstellen in den Betriebsabläufen**
- **Festlegung von Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten**
- **Schaffung Transparenz innerhalb einer Organisation**
- **Absicherung und Optimierung komplexer Abläufe**
- **Vermeidung redundanter Tätigkeiten**
- **Reduktion von Fehlern**
- **Verbesserung der Kommunikation und Information**
- **Gleichmäßige Versorgungsqualität**



## Argumente für QM (2)

- **rationelle, zielgerichtete Diagnostik**
- **Erhaltung des Wissens bei Personalwechsel**
- **Effiziente Grundlage beim kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP)**
- **Nachweis der Sorgfaltspflicht bei Haftungsfragen, Grundlage für Risk-Management**
- **Erfüllung festgelegter Ziele**
- **Basis für interne und externe Benchmarking-Projekte**
- **Steigerung der Effizienz durch klare Abläufe, beherrschte Prozesse und weniger Fehler**
- **Positiver Marketingeffekt**
- **Förderung des Qualitätsbewußtseins**



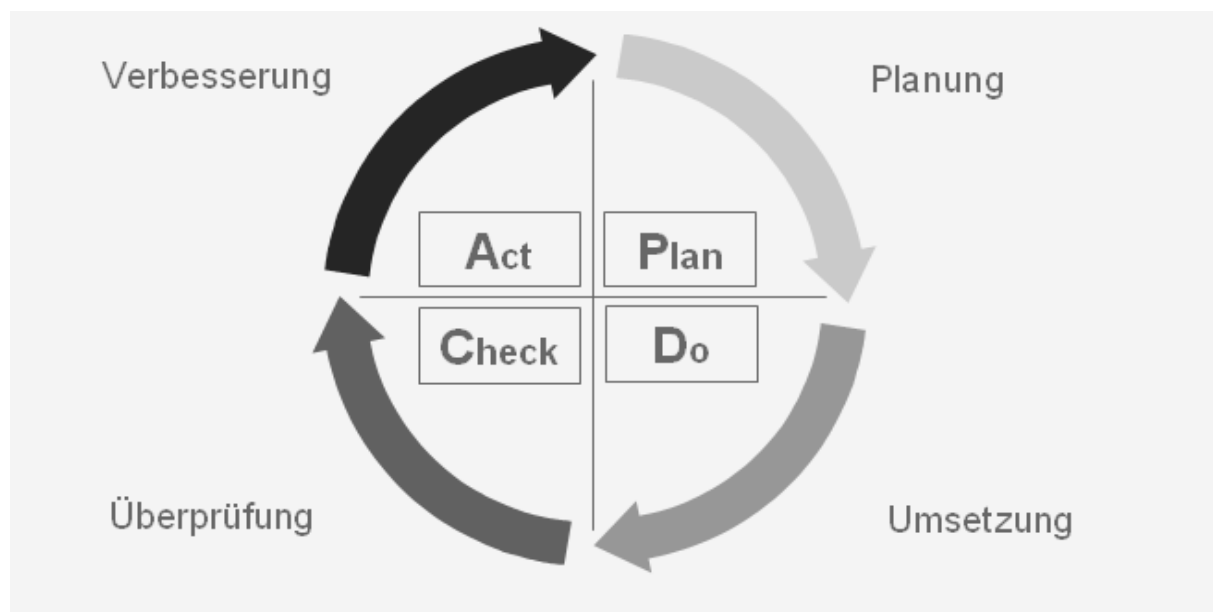
## Gründe für die Einführung von QM in der Arzt-Praxis

- **Inhaltliche Gründe (Innovationen und wachsender wissenschaftlicher Kenntnisstand; veränderte Patientenerwartungen)**
- **Organisatorische Gründe (Komplexität des Leistungsgeschehens; neue Vertragsformen, § 95 Medizinische Versorgungszentren, §140 Integrierte Versorgung)**
- **Wirtschaftliche Gründe (Wettbewerbsdruck, §115 Öffnung der KH für Ambulantes Operieren; Verschärfte Haftungsregelungen)**
- **Änderung SGB V ab 01/2004 (GMG): Verpflichtung zu praxisinternem QM**

## Nutzen von Qualitätsmanagement

- Dokumentation des Praxis-Know-Hows (Spezialwissen zugänglich machen, Einarbeitung neuer Mitarbeiter)
- Effiziente, standardisierte Organisation (Abläufe, Zuständigkeiten, Verantwortung)
- Kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität
- Reduzierung von Fehlern
- Transparente Darstellung, Nachweisbarkeit und Vergleichbarkeit der Praxisarbeit
- Steigerung der Zufriedenheit von Patienten, Mitarbeitern und Praxisleitung

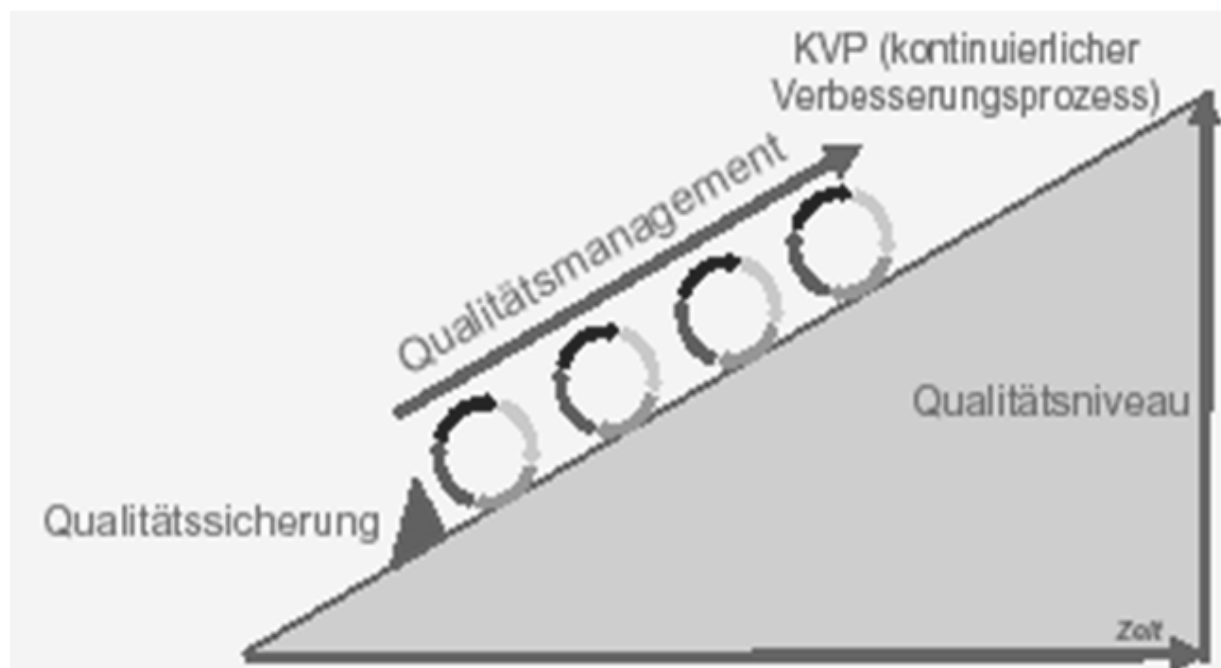
## Management-Zyklus (PDCA) nach Deming



Unter QM versteht man aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Lenken und Leiten einer Organisation, die darauf abzielen, die Qualität der produzierten Produkte oder der angebotenen Dienstleistungen zu verbessern.

- 1.) Maßnahmen und Tätigkeiten, durch die die Qualitätspolitik, Ziele und Verantwortungen in einer Praxis festgelegt werden.
- 2.) Verwirklichung der Ziele und Qualitätspolitik durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung
- 3.) QM soll sicherzustellen, dass Tätigkeiten/Abläufe so stattfinden, wie sie geplant sind. Es geht darum die Einstellung des Praxisteam (auch PL) so anzupassen und Methoden einzuführen, dass Verbesserungspotential erkannt und genutzt wird und man dadurch Probleme/Fehler vermeidet.

## Qualitätsmanagement und -sicherung







## Qualitätsmanagement und -sicherung

- QM ist eine **Führungsaufgabe** und erfordert die unbedingte Bekennung der Leitung dazu.
- QM ist die Leitungsverpflichtung, alle qualitätsrelevanten Tätigkeiten systematisch und strukturiert aufeinander abzustimmen.
- QM fordert und fördert das gesamte Praxisteam.
- QM versucht durch die Erfüllung von Patientenforderungen langfristige Bindungen zu beiderseitigem Nutzen aufzubauen.
- QM ist prozess- und ergebnisorientiert.
- QM zielt auf kontinuierliche Verbesserung.



## Qualitätsmanagement und -sicherung

- QM ist **keine** Einschränkung der ärztlichen Handlungsmöglichkeiten oder der Therapiefreiheit.
- Qualitätsmanagement nimmt **keinen** Einfluss auf medizinisch-fachliche Inhalte – es gewährleistet deren systematische Anwendung in transparenter und nachvollziehbarer Weise.
- QM folgt den Prinzipien des gesunden Menschenverstandes, selbst wenn sich dies erst auf den zweiten Blick erschließt!
- QM bedeutet, das eigene Arbeiten kritisch zu reflektieren und transparent zu machen, mit dem Ziel, sich stetig weiterzuverbessern.



### Änderung § 135 SGB V ab 01/2004 (GMG)

- *Mit der Änderung des Sozialgesetzbuches V (SGB V) wurde für Praxen die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung eines Qualitätsmanagements geschaffen.*
- *Im § 135a (2) ist die Verpflichtung zur Einführung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements geregelt.*
- *In § 136 a (1) ist geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die konkreten Anforderungen festlegt.*



### Richtlinie gemäß § 136 a SGB V

Die Richtlinie „Internes QM“ des G-BA ist am 01.01.2006 in Kraft getreten:

- es ist **keine Zertifizierung** vorgeschrieben
- 2 Jahre für Orientierung, Fortbildung und Planung des praxisinternen QM-Systems
- weitere 2 Jahre für die Umsetzung
- das fünfte Jahr (2010) für die Überprüfung des Geleisteten
- anschließend steht die kontinuierliche Weiterentwicklung im Mittelpunkt



## Richtlinie gemäß § 136 a SGB V

- Es wird kein QM-System vorgeschrieben (KTQ<sup>®</sup> -ISO-EPA-QEP<sup>®</sup> und eigene Systematik möglich).
- Die KVen richten QM-Kommissionen ein, die jährlich 2,5% der Praxen stichprobenartig überprüfen auf Konformität mit der Richtlinie („Aufforderung zum schriftlichen Nachweis“). Im Falle der Nonkonformität Beratung durch die KV.
- Die KV-Kommissionen nehmen ihre Tätigkeit spätestens im I. Quartal 2007 auf.



## Richtlinie gemäß § 136 a SGB V

Es werden grundlegende Elemente und Instrumente von QM-Systemen vorgegeben, u. a.

- Organigramm (4.1.2)
- Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die Praxis und nachweisbare Überprüfung derselben sowie Dokumentation (5.1.3)
- regelmäßige strukturierte Teambesprechungen (3.1.4)
- Prozessbeschreibungen (1.2.1-3, 1.3.3-4, 1.7.1, 3.1.3, 4.2.2, 5.1.2)
- Dokumentation von Behandlungsverläufen und Beratungen (1.3.1-2, 1.4.1, 2.1.1)
- Patientenbefragungen, wenn möglich mit validen Fragebögen (5.1.4)
- Beschwerdemanagement und Fehlermanagement (5.1.4)



## **Richtlinie gemäß § 136 a SGB V**

Es werden grundlegende Elemente und Instrumente von QM-Systemen vorgegeben, u. a.

- Ausrichtung der Versorgung an medizinischen Standards und Leitlinien (1.3.4)
- Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und Beratung (1.2.3, 1.3.1-5, 1.5.1, 1.6.1, 2.1.1, 2.1.4, 4.2.1-2, 4.3.1)
- Notfallmanagement (1.7.1-2)
- Integration bestehender QS-Maßnahmen ins QM-System (5.1.4)
- Mitarbeiterorientierung (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung) (3.2.2, 4.3.1)



## **Aufbau eines praxisinternen QMS**

- Grundsatzbeschuß der Praxisleitung
- Information an alle MitarbeiterInnen
- Auswahl, Benennung und Schulung einer/s QMB's
- IST-Analyse
- Erarbeitung wichtiger Grundlagen
- Zusammenfassung, Beschreibung und Dokumentation des QMS
- Implementierung des Systems
- Überprüfung und Weiterentwicklung des QMS und der Qualität
- Darlegung der Qualität



## QM Modelle, Normen und Bewertungssysteme

- *QEP*
- *DIN EN ISO 9000:2000*
- *qu.int.as*
- *EPA*
- *EFQM*
- *KTQ*
- *KPQM 2006*
- *qu.no 2006*



## Modul 3: Motivation der KBV / KVen

- Unterstützung/Serviceangebot für Ärzte und Psychotherapeuten durch ein auf den niedergelassenen Bereich zugeschnittenes QM-System
- Selbstbestimmung durch eigene Entwicklung/Qualitätsdefinition (Stärkung der Profession)
- Transparenz gegenüber Öffentlichkeit und Politik



## QEP-Entwicklung

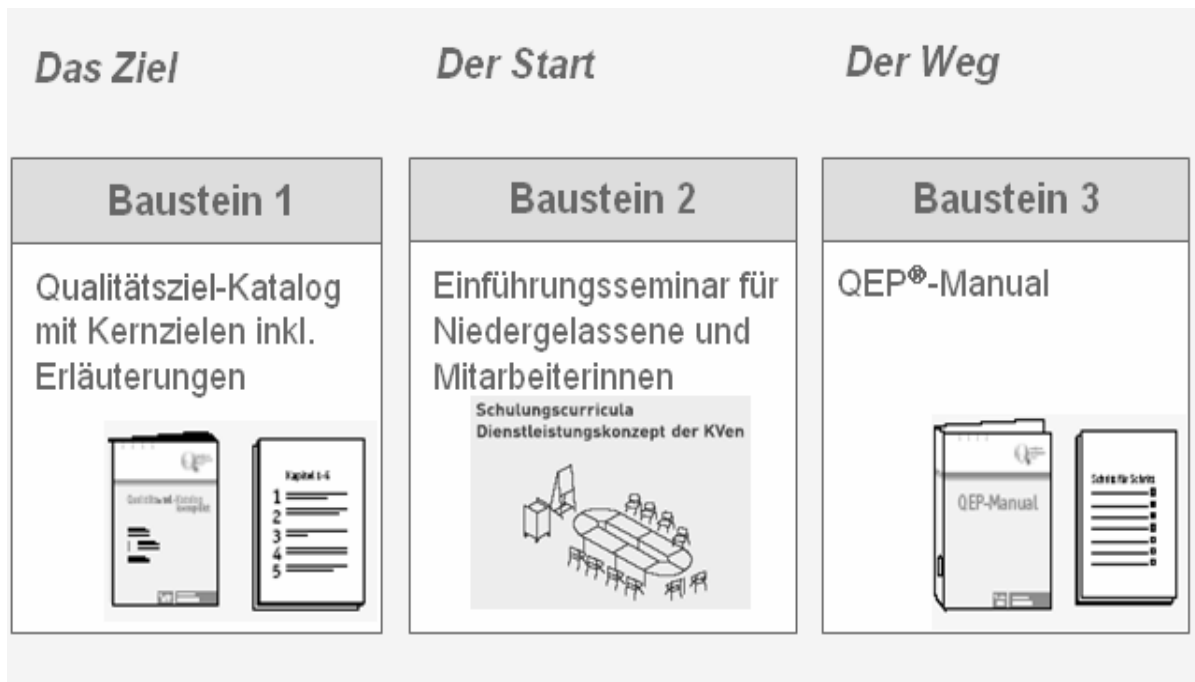
Ziel:	Entwicklung eines spezifisch auf den niedergelassenen Bereich zugeschnittenen QM-Systems
Vorgehensweise:	Sichtung bestehender nationaler und internationaler Systeme  Entwicklung von Qualitätsziel-Katalog, Musterdokumenten und Schulungskonzept durch AG und evaluierte Pilotphase in 60 Praxen (alle Fachrichtungen)
Ergebnis:	Qualitätsziel-Katalog, Schulungscurriculum, Umsetzungshilfen



## \*Routinephase

- Seit I/2005 QEP-Einführungsseminare und weiterführende QEP-Seminare
- Selbstbewertung nach QEP<sup>®</sup> und Einführung von QM nach QEP<sup>®</sup> in den Praxen
- Lizenzierung von QEP<sup>®</sup>-Trainern bei der KBV
- Akkreditierung von Zertifizierungsstellen durch die KBV
- Schulung und Akkreditierung von Visitoren durch die KBV
- Kontinuierliche Weiterentwicklung des QEP<sup>®</sup>-Systems

## Bausteine von QEP®

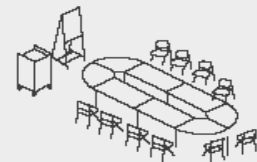


## Begleitung

- *Dienstleistungskonzept der KVen*
  - **Informationsveranstaltungen**
  - **QEP®-Einführungsseminare**
  - **und weitere Fortbildungsangebote zur Einführung eines QMS in Praxen**

### Baustein 2

Schulungscurricula  
Dienstleistungskonzept der KVen



## Begleitung

Hotline  
Beratung durch KVen



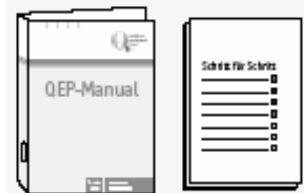
### Dienstleistungskonzept der KVen

- KV-“Infoline“: Information und Begleitung der Praxen bei der Umsetzung
- Qualitätszirkel (QEP-Dramaturgie)

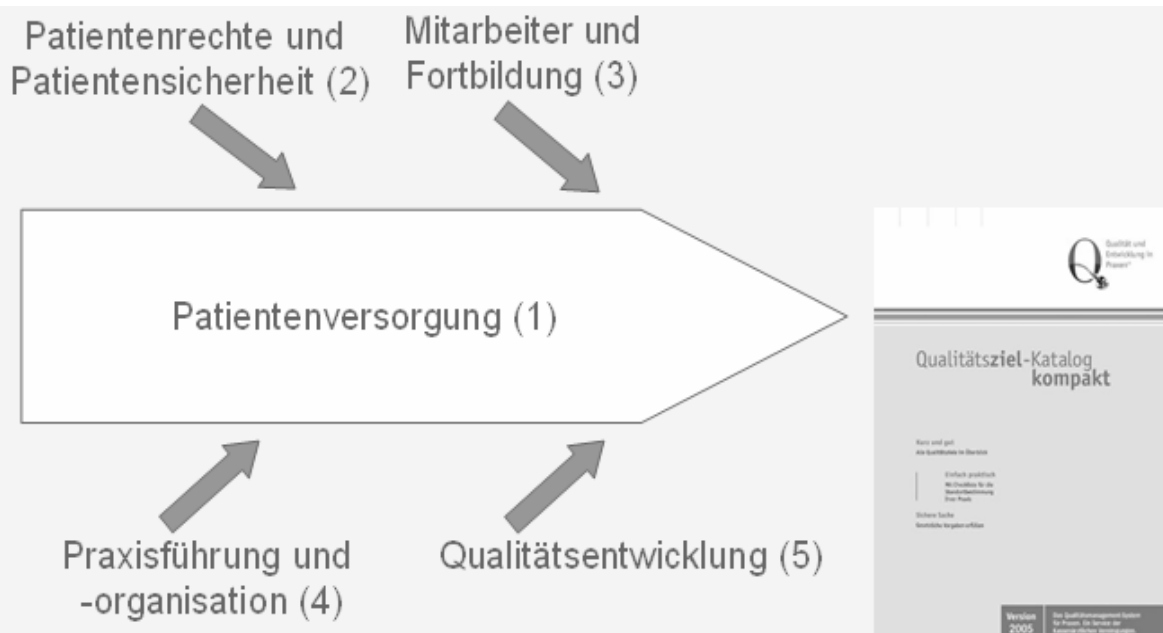
### QEP<sup>®</sup>-Manual (optional)

- Umsetzungsvorschläge (UV)
- Musterhandbuch mit Musterdok.

### Baustein 3



## Modul 4: Der Qualitätsziel-Katalog





## Der Aufbau des Qualitätsziel-Katalogs

### Kapitel (1.)

↳ untergliedert in Bereiche (1.1)

↳ aufgeteilt in Kriterien (1.1.1)

↳ mit jeweils verschiedenen  
Qualitätszielen (1.1.1 (1))

- Zu jedem Ziel konkrete Nachweise bzw. Indikatoren
  - Zu jedem Nachweis konkret formulierte Fragen
- Ergänzt durch Erläuterungen zur näheren Erklärung.

## Beispiel für ein Ziel

### 1.7.2. Notfallsausstattung

#### **Ziel 1 (Kernziel)**

**Eine dem Leistungsspektrum der Praxis angemessene Notfallsausstattung steht jederzeit vollständig zur Verfügung und wird regelmäßig überprüft.**

Nr	Nachweis / Indikator	Das sollten Sie sich fragen
1.	Es gibt eine schriftliche Interne Regelung wie sichergestellt wird, dass die Notfallsausstattung für die in der Praxis durchgeführten Leistungen angemessen, vollständig und funktionsfähig vorhanden ist.	Entspricht die Notfallsausstattung den in Ihrer Praxis ausgeführten Leistungen? Wie stellen Sie sicher, dass die Notfallsausstattung vollständig und funktionsfähig ist bzw. die Verfallsdaten nicht überschritten sind?
2.	Es gibt eine Liste aller erforderlichen Notfallinstrumente und Medikamente.	Wie informieren Sie sich und Ihre Mitarbeiter über für die Notfallsausstattung erforderlichen Notfallinstrumente und Medikamente?
3.	Die Notfallsausstattung ist jederzeit schnell zugänglich und übersichtlich angeordnet.	Wie stellen Sie sicher, dass die Notfallsausstattung jederzeit für jeden schnell zugänglich ist und Medikamente übersichtlich und griffbereit angeordnet sind?
4.	Das Praxisteam beherrscht den Einsatz der Notfallsausstattung.	Wie stellen Sie sicher, dass das Praxisteam den Einsatz der Notfallsausstattung beherrscht?
5.	Intervalle für Funktions- und Vollständigkeitsprüfungen bzw. Wartungen sind festgelegt und die Prüfungen werden dokumentiert.	Wie oft überprüfen Sie die Notfallsausstattung? Wie stellen Sie sicher, dass Wartungsintervalle eingehalten werden? Wie dokumentieren Sie die Überprüfung?



## **Kernziele und Gesamt-Ziele**

- **Kernziele** sind diejenigen Qualitätsziele, die bei Einführung von QM zunächst bearbeitet werden sollten und bei deren Erfüllung ein Zertifikat ausgestellt wird
- Der **Gesamtziel-Katalog** enthält weitere Qualitätsziele mit der Möglichkeit zu kontinuierlicher Weiterentwicklung und Verbesserung und stellt die Grundlage späterer Excellence-Bewertungen dar



## **VWA- Gesundheitsmanagement**

**Ende des Vortrages zum Themenbereich  
Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung**



## VWA- Gesundheitsmanagement

### Überprüfung der ärztlichen Tätigkeit

- Plausibilitätsprüfung
- Wirtschaftlichkeitsgebot und Wirtschaftlichkeitsprüfung



## Plausibilitätsprüfung

**Plausibel (lat.):** annehmbar, einleuchtend,  
begreiflich *lt. Duden*

Übertragen auf das Vertragsarztrecht heißt das:  
Plausibilitätsprüfung ist ein Oberbegriff für jede Art der Überprüfung einer Fehlabrechnung bis hin zur betrügerischen Honorarabrechnung. (Zit.: Dr. Bluttner, ehrenamtl. Richter am BSG)



## Plausibilitätsprüfung

### Was ist das?

#### Sonderfall der sachl.-rechnerischen Berichtigung

Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung zielt auf die Feststellung, ob die abgerechneten Leistungen rechtlich ordnungsgemäß, also ohne Verstoß gegen gesetzliche, vertragliche oder satzungrechtliche Bestimmungen erbracht worden sind.

Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung erstreckt sich nicht auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Leistungserbringung!!



## Worauf bezieht sich eine Plausibilitätsprüfung?

- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen.
- Der Leistungsinhalt wird nicht in vollem Umfang erbracht.
- Nichtbeachtung einer Leistungslegende.
- Implausibilität des Umfangs der abgerechneten Leistungen, insbesondere im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand.
- Implausibilitäten im Behandlungsablauf, insbesondere der abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebenen Diagnosen.
- Auffällige Veränderungen im Abrechnungsverhalten.
- Abrechnungen von Leistungen unter Verstoß des Gebots der persönlichen Leistungserbringung.
- Nichtbeachtung der vertraglich vereinbarten Abrechnungsbestimmungen.
- Fehlen der fachlichen und apparativen Voraussetzungen (einheitliche Qualifikations-Erfordernisse)
- Nichteinhaltung des Überweisungsauftrags zur Auftragsleistung.
- Fehlende ICD- und/oder OPS-Kodierung.
- Unzulässiges Überweisungsverhalten.

## Plausibilitätsprüfung „Historie“

Die Abrechnungsprüfung (siehe § 106 a SGB V) ist bisher in der Praxis als sachlich-rechnerische Richtigstellung bekannt. Eingeschlossen in diese von der KV durchzuführende Prüfung ist auch die Überprüfung der Plausibilität der Abrechnung.

Die KBV hat in der Vergangenheit Empfehlungen unterbreitet, wie die Plausibilität der Abrechnung anhand von bestimmten Zeitkriterien durchgeführt werden kann. Die KVen haben solche Plausibilitätsprüfungen in ihre Praxis einbezogen. § 106 a SGB V schreibt nunmehr diese Plausibilitätsprüfung als Zeitaufwandsvergleich für die Abrechnungsprüfung obligatorisch vor.

Grundlage dafür sind Richtlinien, die von der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam beschlossen wurden. Wesentlicher Gegenstand dieser Richtlinien ist die Konkretisierung der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung. Gegenstand dieser arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes. Unter rechtlichen Gesichtspunkten hat sich allerdings daran nichts geändert, dass die Plausibilitätsprüfung eine Ermittlungsmethode ist. Erst wenn sich Implausibilität zur Feststellung von Unrichtigkeit verdichtet hat, darf die KV die Abrechnung richtigstellen.

## Gesetzliche und vertragliche Grundlagen ab 01.01.2005

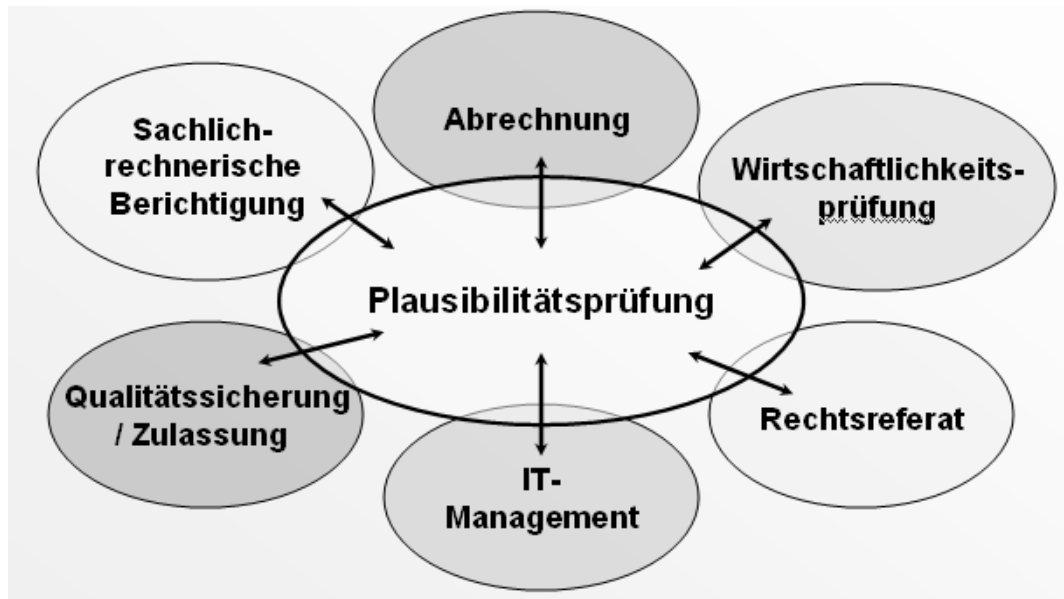
### § 106a SGB V:

#### Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen prüfen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes.

## Plausibilitätsprüfung

Austausch von Informationen zur Durchführung und Umsetzung von Plausibilitätsprüfungen

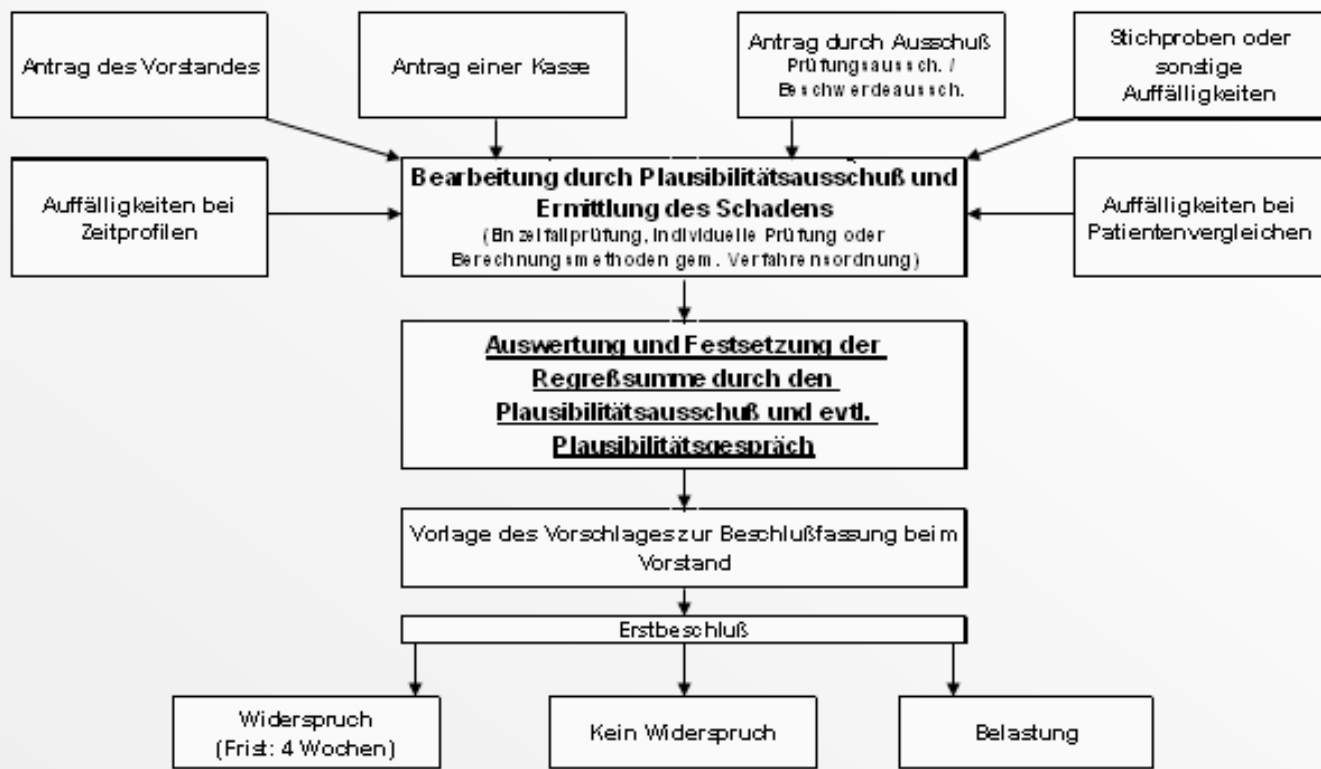


## Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den Zeitaufwand

- Für jeden Tag der ärztlichen Tätigkeit wird im Hinblick auf die angeforderten Leistungen bei Vertragsärzten, -therapeuten, bei ermächtigten Ärzten, bei ermächtigten Instituten und ermächtigten Krankenhäusern gleichrangig ein Tageszeitprofil und ein Quartalszeitprofil ermittelt.
- Bei der Ermittlung der Zeitprofile bleiben Leistungen im organisierten Notfalldienst, die auf Muster 19 der Vordruckvereinbarung abgerechnet werden, Leistungen aus der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der Sprechstundenzeiten und bei Unterbrechung der Sprechstunde mit Verlassen der Praxis sowie – bei Belegärzten – Visiten außer Betracht.
- Beträgt bei Vertragsärzten und -therapeuten die auf der Grundlage der Prüfzeiten ermittelte arbeitstägliche Zeit bei Tageszeitprofilen an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als zwölf Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden, erfolgen weitere Überprüfungen. Dasselbe gilt bei ermächtigten Ärzten, ermächtigten Instituten und ermächtigten Krankenhäusern, wenn die arbeitstägliche Zeit an mindestens drei Tagen mehr als zwölf Stunden im Tageszeitprofil oder im Quartalsprofil mehr als 156 Stunden beträgt.

# Ablaufschema gem. Verfahrensordnung der KVS f.d. Durchführung von Plausibilitätskontrollen gemäß § 83 Abs. 2 SGB V

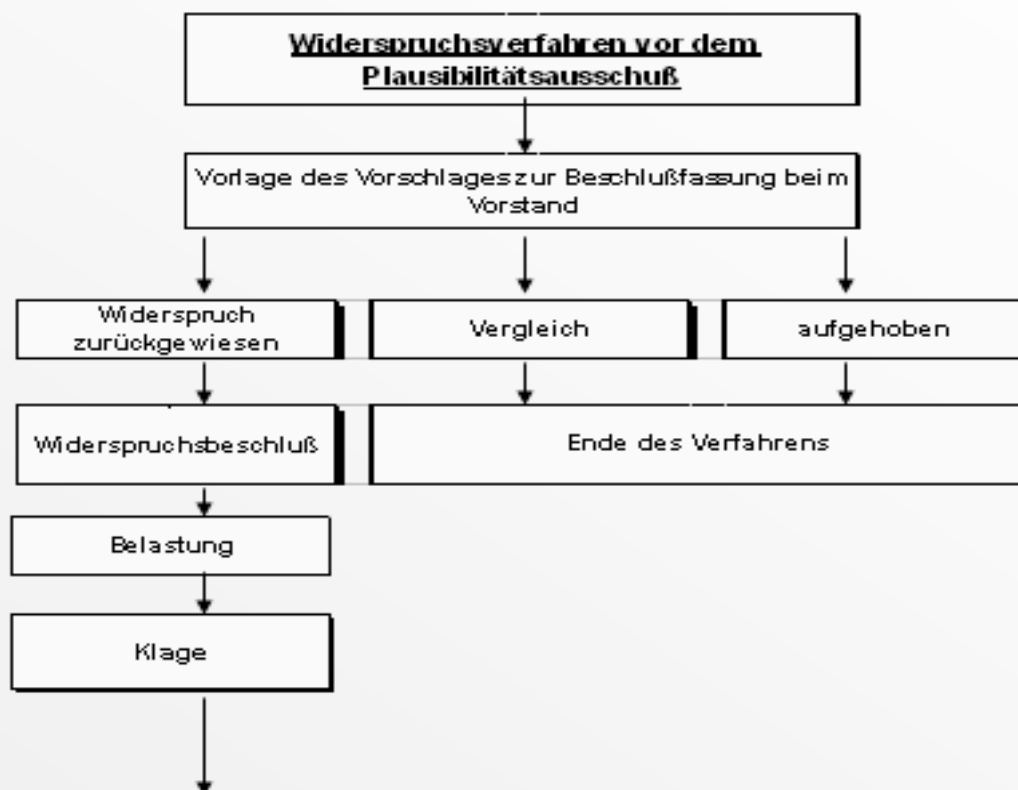
## 1. Verfahrensstufe I



## 2. Verfahrensstufe II

### Plausibilitätsprüfung

## 2. Verfahrensstufe II



## 3. Sozialgerichtsverfahren



## Plausibilitätsprüfung

### Weitere mögliche Maßnahmen des Vorstandes nach Durchführung einer Plausibilitätsprüfung:

1. Beantragung eines Disziplinarverfahrens
2. Mitteilung an die Ärztekammer wegen Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens
3. Einleitung eines Verfahrens zur Entziehung der Kassenzulassung durch den Zulassungsausschuss
4. Mitteilung an die Staatsanwaltschaft
5. Mitteilung an die zur Entziehung der Approbation zuständigen Behörde



## Arzt/Patientenverhältnis im Spannungsfeld gesetzlicher Regelungen

§ 28 SGB V – „Regeln der ärztlichen Kunst“

§ 70 SGB V – „Stand der medizinischen Kenntnisse“

- ausreichend
- zweckmäßig
- wirtschaftlich

§ 34 SGB V – Negativliste

Ausschluss von Arzneimitteln z. B. bei folgenden Anwendungsgebieten:

- Erkältungskrankheiten
- Mund- und Rachentherapeutika
- Abführmittel
- Reisekrankheiten
- lebensqualitätserhöhende Medikamente

§ 35 SGB V – Festbeträge

- derselbe Wirkstoff
- pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe
- therapeutisch vergleichbare Wirkung

§ 73 Abs. 5 SGB V – Mitteilungspflicht bei Mehrkosten

Arzt - Patient

Preisvergleichsliste

§ 92 Abs. 2 SGB V

Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

§ 84 SGB V

Arznei- und Heilmittelvereinbarungen

Richtgrößen

- arztgruppenspezifisch

§ 106 SGB V

Wirtschaftlichkeitsprüfung nach

- Richtgrößen
- Stichproben





## Wirtschaftlichkeitsgebote im Bereich der GKV

### Das Prinzip der Wirtschaftlichkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird definiert in § 12 Abs. 1 SGB V:

- Die Leistungen müssen **ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich** sein; sie dürfen das **Maß des Notwendigen** nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

### Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist dabei als gemeinsame Verpflichtung für alle Beteiligten zu sehen, nämlich für

- Versicherte
- Leistungserbringer
- Krankenkassen



## Wirtschaftlichkeitsgebote im Bereich der GKV

Speziell für den Bereich der Beziehungen der Krankenkassen zu den sog. Leistungserbringern hat der Gesetzgeber eine weitere Norm als Wirtschaftlichkeitsgebot eingeführt, die allerdings die Aspekte Qualität und Humanität gleichrangig zur Berücksichtigung bringen soll (§ 70 Abs. 1 und 2 SGB V):

1. Die Krankenkassen und Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität und wirtschaftlich erbracht werden.
2. Die Krankenkassen und Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

## Wirtschaftlichkeitsgebote im Bereich der GKV

**Ergänzend zum Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 werden hier weitere Begriffe ins Spiel gebracht:**

- allgemein anerkannter Stand der medizinischen Erkenntnisse
- humane Krankenbehandlung

**Was ausreichend, notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist, ist im Gesetz nicht expressis verbis geregelt → Ermessensspielraum → Spannungsfeld der Interessensgegensätze → Arzt-Patient-Kasse-KV**

## Wirtschaftlichkeitsgebote im Bereich der GKV

**Was ist nun ausreichend, notwendig und zweckmäßig?**

- Als **ausreichend** ist eine Behandlung zu verstehen ist, deren Intensität der Art und Schwere der Krankheit des Patienten entspricht und den Stand der medizinischen Erkenntnisse berücksichtigt.
- Im Rahmen des **Notwendigen** liegt eine Behandlung, die nicht über den Umfang dessen hinausgeht, was im Einzelfall zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit unentbehrlich ist. Notwendig ist alles, worauf der Arzt bei der Behandlung eines Patienten nicht verzichten darf, andernfalls die Behandlung nicht ausreichend wäre.

## Wirtschaftlichkeitsgebote im Bereich der GKV

- **Zweckmäßig** sind solche Leistungen, die "objektiv" geeignet sind, im Rahmen der anerkannten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten den angestrebten Heilerfolg zu erzielen. Dabei spielt die ärztliche Erfahrung eine besondere Rolle.
- Fehlt es an der **Qualität** und **Wirksamkeit** der Behandlung oder lässt der Arzt den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§§ 70, 72 Abs. 2 SGB V) und damit den medizinischen Fortschritt unberücksichtigt, so ist die Behandlung nicht ausreichend und auch nicht zweckmäßig.
- Dieses ist auch der Fall bei einer Behandlungsmethode, die **nicht dem Anspruch der Wissenschaftlichkeit** entspricht, wenn also nach wissenschaftlich gesicherter Erkenntnis angenommen werden muss, dass z. B. eine „neue“ Behandlungsmethode nicht zu dem angestrebten Therapieerfolg führen wird (BUB-Richtlinien des G-BA)

## Wirtschaftlichkeitsgebote im Bereich der GKV

### **Wirtschaftlich“ heißt nicht „billig“**

Die vertragsärztliche Versorgung ist wirtschaftlich, wenn der Vertragsarzt die (notwendigen, ausreichenden und zweckmäßigen) Leistungen mit einem möglichst geringen Aufwand an „Kosten“ (im Sinne von Ausgaben der Krankenkassen) erbringt. Stehen dem Arzt bei einer bestimmten Indikation für eine als notwendig erkannte Therapie mehrere gleich wirksame und dem Patienten zuträgliche Alternativen zur Verfügung, soll der Vertragsarzt die „kostengünstigste“ Möglichkeit wählen. Das heißt nicht, dass nur das wirtschaftlich ist, was möglichst wenig kostet. **Vor** den Kosten einer Behandlung oder dem Preis eines Arznei-, Verband- oder Heilmittels rangiert stets der Nutzen einer Therapie für den angestrebten Behandlungserfolg.



## Wirtschaftlichkeitsgebote im Bereich der GKV

Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt für alle Bereiche der ärztlichen Tätigkeit, also sowohl für die

- Durchführung der eigenen ärztlichen Leistungen (Diagnostik und Therapie) als auch für die verordneten und veranlassten Leistungen
- Überweisung an andere Vertragsärzte,
- Verordnung von Arzneimitteln und Sprechstundenbedarf,
- Verordnung von Heilmitteln ,
- Verordnung von Hilfsmitteln,
- Verordnung von Krankenhausbehandlung,
- Verordnung von Krankentransporten,
- Ausstellung von AU-Bescheinigungen



## Wirtschaftlichkeitsgebote im Bereich der GKV

Das Wirtschaftlichkeitsgebot wird konkretisiert

▪ durch die Richtlinien des G-BA

- Arzneimittel-Richtlinien
- Heilmittel-Richtlinien
- BUB-Richtlinien (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

▪ durch die Rechtsprechung

▪ durch Leitlinien

▪ Vertragliche Vereinbarungen (z.B. DMP)

und im Bereich der GKV in ein umfassendes Kontrollsystem eingebunden, die sog. Wirtschaftlichkeitsprüfung



## Die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V

- Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist eine gemeinsame Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen
- Die **Prüfungsarten** sind gesetzlich definiert
- Durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung wird in einer WiPrüfVO u. a. das Nähere zur Geschäftsführung der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstellen geregelt
- Das Gesetz sieht einen gemeinsamen Abschluss von Prüfvereinbarungen vor, die bundeseinheitliche Vorgaben zu beachten haben



## Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse nach § 106 Abs. 4 SGB V

- Die Wirtschaftlichkeitsprüfung gem. § 106 SGB V erfolgt durch eigenständige Einrichtungen, die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse. Diese sind paritätisch mit Vertretern der Ärzte und Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden zu besetzen. Sie sind autonome Behörden mit eigener Rechtsfähigkeit.
- Die Zahl der Mitglieder jeder Seite in den Ausschüssen ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. Sie bewegt sich in der Regel bei 3 bis 4 Mitgliedern je Seite, also insgesamt 6 bis 8 Mitgliedern. Im Saarland jeweils 3.
- Für den Bereich jeder Kassenärztlichen Vereinigung ist ein Prüfungs- und Beschwerdeausschuss zu errichten. Um die Vielzahl der Verfahren abwickeln zu können, ist die Bildung von Kammern als Untergliederung dieser Ausschüsse möglich. Im Saarland jeweils zwei Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse (Hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich)
- Die Ausschüsse werden von Geschäftsstellen unterstützt. Die Partner der Prüfvereinbarungen einigen sich über den Sitz der Geschäftsstellen; sie können bei der KV ( so im Saarland), bei einem der Landesverbände der Krankenkassen oder einer Arbeitsgemeinschaft errichtet werden. Sie sind eigenständige Einrichtungen und agieren auf Weisung der Ausschußvorsitzenden.



**Gesamtstätigkeit des Arztes ist ausschlaggebend bei der Frage der Wirtschaftlichkeit**

**Praxisbesonderheiten und kausale Einsparungen**

- Das Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV richtet sich auf die Gesamtstätigkeit des Vertragsarztes, also die Gesamtheit seiner eigenen Tätigkeit und der verordneten und veranlassten Leistungen. Dem entsprechend hat auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung diese Gesamtstätigkeit zu berücksichtigen
- Problem der Datenlage (Zeit, Qualität und Umfang) und praktischen Durchführbarkeit führt in der Praxis zu Prüfungen einzelner Versorgungsbereiche (Honorar-, Arznei- und Heilmittelprüfungen)
- Praxisbesonderheiten und kausale Einsparungen in anderen Versorgungsbereichen rechtfertigen aber höhere Leistungsanforderungen oder Verordnungskosten



**Bildung von Vergleichsgruppen**

- **Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit werden Vergleichsgruppen (Fachgruppe, Schwerpunkte etc.) gebildet, die nicht unbedingt Massen homogen sein können**
- **Den Unterschieden der Praxen in der Vergleichsgruppe ist dann Rechnung zu tragen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:**
  - Besonderheiten in der Zusammensetzung der Patientenstruktur der Praxis (z. B. Rentneranteil, Überweisungsfälle),
  - Ausrichtung der Praxistätigkeit auf besondere, aufwendigere Diagnostik- und Therapieverfahren (z. B. onkologische Chemotherapie, mehrfach behinderte Kinder)



## Berücksichtigung von Einsparungen

Da die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Regel zunächst sektoral durchgeführt wird, kann es dazu führen, dass der Arzt zunächst unwirtschaftlich erscheint. Dies kann jedoch durch Einsparungen in anderen Bereichen gerechtfertigt sein :

Es kann jedoch durchaus sein, dass diese vermutliche Unwirtschaftlichkeit in den zunächst geprüften Bereichen durch Einsparungen in einem anderen Bereich gerechtfertigt sein kann. Zum Beispiel können

- **erhöhte Hausbesuche als Zeichen einer intensiven Betreuung schwerkranker Patienten durch signifikant geringere Krankenhauseinweisungen**
- **oder eine erhöhte Injektionsbehandlung durch geringere Arzneiverordnungen**
- **oder vermehrte Verordnung von physikalischer Therapie durch geringere Arzneiverordnungen**

kompensiert werden, wenn diese Einsparungen kausal durch die Mehraufwendungen im Leistungsbereich verursacht sind.



## Ermittlung von Amts wegen und Mitwirkungsverpflichtung des Arztes

Für die Durchführung eines Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens gilt für die damit betrauten Gremien der Amtsermittlungsgrundsatz (Untersuchungsgrundsatz gem. § 20 SGB X):

- die Behörde ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen
- die Behörde hat alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch die für die Beteiligten günstigen Umstände zu berücksichtigen

Allerdings sind die Besonderheiten der Praxis und bestimmte Zusammenhänge in der Tätigkeitsstruktur des Arztes aus den vorhandenen Daten und statischen Vergleichen etc. nicht ohne weiteres zu ermitteln. Es besteht von daher für den Arzt in seinem eigenen Interesse eine Mitwirkungsverpflichtung im Prüfverfahren.



## Prüfungsarten

die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung ist zu prüfen durch

- eine arztbezogene **Prüfung** ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 (**Auffälligkeitsprüfung**) → jahresbezogen
- eine arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben (**Zufälligkeitsprüfung**). → jeweils arztbezogen
- Darüber hinaus können die Vertragspartner „andere arztbezogene Prüfungsarten“ vereinbaren. z. B. eine arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten – sog. Durchschnittsprüfung (im Honorarbereich bislang die Regelprüfung)



## Prüfung nach Durchschnittswerten

**Wesentliche Aspekte bei dieser Prüfmethode sind:**

- **Bestimmung der Vergleichsgruppe → Homogenität, Grösse**
- **Statistischen Grundlagen → Mittelwert, Standardabweichung, Normalverteilung?**
- **Grenzbereiche der Auffälligkeit bzw. Unwirtschaftlichkeit (BSG-Rechtsprechung)**
  - Bis D+20% Einzelfallprüfung
  - Über D+20% bis D+40% repräsentative, eingeschränkte Einzelfallprüfung
  - Ab D+40% rein statistische Prüfung mit Umkehr der Beweispflicht - offensichtliches Missverhältnis





## Richtgrößenprüfung

- Die Richtgrößenprüfung ist eine Prüfung anhand von ex-ante normativ vorgegebenen Werten für eine Vergleichsgruppe. Die Richtgrößen sollen insofern auch eine Steuerungswirkung im Sinne gesundheitspolitischer Zielsetzung übernehmen.
- Der Gesetzgeber hat diese Prüfungsart bisher nur für die Prüfung der Verordnungsweise bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln eingeführt (§ 106 Abs. 2 Ziff. 1 SGB V).
- Die konkreten Regelungen zur Definition der Richtgröße, deren Strukturierung und die Weiterentwicklung der Richtgrößen überläßt das Gesetz den Vertragspartnern.
  - Maßnahmen sind zu ergreifen wenn folgende Grenzen überschritten werden (§ 106 Abs. 5 a SGB V):
  - bei einer Überschreitung um mehr als 15 % ist eine Beratung des Vertragsarztes durch den Prüfungsausschuß durchzuführen (oder zu veranlassen?), soweit die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist,
  - bei einer Überschreitung um mehr als 25 % ist der (unwirtschaftliche) Mehraufwand durch den Vertragsarzt den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.



## Zufälligkeits-/Stichprobenprüfung

**Nach dem Willen des Gesetzgebers seit 1.1.04 vorrangige Prüfung der Wirtschaftlichkeit ( Zufälligkeitsprüfung § 106 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) → Probleme der praktischen Umsetzung**

- je Quartal mindestens 2 v.H. der Vertragsärzte, gesondert nach Arztgruppen (Stichprobe)
- Prüfungsgegenstände sind:
  - Die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),
  - die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),
  - die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
  - die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel



## Zufälligkeits-/Stichprobenprüfung

- Die Stichprobenprüfung umfassen:
  - neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwendige medizinisch-technische Leistungen
  - Die Bewertung der Wirtschaftlichkeit nach den Indikationsvoraussetzungen und den Kriterien der Effektivität und Qualität setzt eine zeitaufwendige Zusammenführung und Durchsicht des arzt- und patientenbezogenen Datenmaterials (Leistungsabrechnung, Verordnungsdaten, Befunddokumentation, Krankenhaus-Entlassungsbefunde, Überweisungen usw.) voraus
  - Diese Daten liegen bislang zum Teil erst 1 bis 2 Jahre nach dem Abrechnungsquartal vor
  - Die Prüfung ist sehr zeit- und personalaufwendig



## Die Prüfmaßnahmen

- Das Gesetz sieht folgende Maßnahmen vor:
  - Beratung vor Kürzung/Regreß
  - Kürzung der Honoraranforderung
  - Regreß wegen unwirtschaftlicher Verordnung von Arznei-/Heilmitteln oder Veranlassung weiterer Leistungen (sonstiger Schaden)
- Die Kürzung des Honorars richtet sich direkt gegen den Anspruch des einzelnen Arztes
- Ein Regress aus einer Richtgrößenprüfung wird gegen die Gesamtvergütung der KV gerechnet und verringert diese entsprechend (§ 106 Abs. 5 b S. 3 SGB V).



## Die Prüfmaßnahmen

- Die KV wiederum hat einen Rückforderungsanspruch in der jeweiligen Höhe gegen den einzelnen Vertragsarzt. Sie kann diesen Anspruch stunden oder erlassen, wenn der Arzt nachweist, dass ihn die Rückforderung wirtschaftlich gefährden werde. In diesen Fällen ginge diese Maßnahmen zu Lasten der Gesamtheit der Vertragsärzte
- Aber auch der Prüfungsausschuss selbst hat die Möglichkeit, auf eine Regressfestsetzung zu verzichten, wenn er mit dem Arzt statt dessen eine individuelle Richtgröße unter Berücksichtigung seiner Praxisbesonderheiten vereinbart und der Arzt sich verpflichtet, diese Richtgröße einzuhalten bzw. hierfür (automatisch) den tatsächlich entstandenen Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. (§ 106 Abs. 5 d SGB V)



## Das Verfahren (1)

- **Das Verfahren in der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist ein zweistufiges bzw. dreistufiges Verwaltungsverfahren. Das Verfahren vor den Beschwerdeausschüssen ist ein Vorverfahren im Sinne des Sozialgerichtsgesetzes.**
- **Verfahrensbeteiligte sind die Kassenärztlichen Vereinigung, die Krankenkassen bzw. ihre Landesverbände und der betroffene Vertragsarzt.**
- **Die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen und ggf. nach Durchschnittswerten (Auffälligkeitsprüfung) sowie die Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung) erfolgen durch den Prüfungsausschuss bzw. dessen Kammern von Amts wegen. Darüber hinaus erfolgen Prüfungen auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der Landesverbände der Krankenkassen in Einzelfällen.**



## Das Verfahren (2)

- **Gegen die Entscheidungen des Prüfungsausschusses können alle Verfahrensbeteiligten beim Beschwerdeausschuss Widerspruch einlegen. Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung. Im Saarland gab es bislang noch ein Abhilfeverfahren beim PA.**
- **Gegen die Entscheidungen der Beschwerdeausschüsse wiederum ist der Rechtsweg mit der Klage beim Sozialgericht gegeben. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung. Darüber hinaus ist entsprechend den Bestimmungen des SGG Berufung und Revision bei den Obergerichten möglich.**



## Grundsätzliche Probleme

- **Absolute und relative Sicht – Einzelfall versus Gesamtsicht unter dem Aspekt eingeschränkter Ressourcen**
- **Homogenität versus Heterogenität der Vergleichsgruppen – statistische Verfahren**
- **Ex-post und ex-ante Betrachtungen**
- **Abhängigkeit von der Vergütungsform – Einzel- und Komplexleistungen**
- **Kollektivvertrag und Einzel-/Sonderverträge**



**VWA- Gesundheitsmanagement**

**Ende des Vortrages zum Thema**

**Überprüfung der ärztlichen Tätigkeit**

- Plausibilitätsprüfung
- Wirtschaftlichkeitsgebot und Wirtschaftlichkeitsprüfung



**VWA- Gesundheitsmanagement**

▪ **Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung**

- Notwenige und wirtschaftliche Versorgung unter den gesetzlichen Vorgaben?

## Verwendete Begriffe

- **Arzneimittel:** Gemäß dem Arzneimittelgesetz sind nach § 1, Absatz 1 Arzneimittel *„Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die dazu bestimmt sind, durch Anwendung am oder im menschlichen ... Körper Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhafte Beschwerden zu heilen, zu lindern, zu verhüten oder zu erkennen“*.

## Verwendete Begriffe

- **Heilmittel:** Für den Begriff Heilmittel lassen sich verschiedene Definitionen finden; das Rehabilitationslexikon führt aus, dass es sich *„um sächliche Mittel oder auch um Dienstleistungen in Form von physikalischen Behandlungsmethoden [handelt], die während der Heilbehandlung Anwendung finden“*. Gemäß Heilmittelrichtlinien (Abschnitt II, Nr. 6) sind Heilmittel *„persönlich zu erbringende medizinische Leistungen“*. Darunter fallen *„die einzelnen Maßnahmen der physikalischen Therapie, die einzelnen Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, die einzelnen Maßnahmen der Ergotherapie“*. Zur physikalischen Therapie zählen beispielsweise Krankengymnastik und Massage; die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie umfasst logopädische Maßnahmen, z. B. zur Wiedererlangung der Sprechfähigkeit nach einem Schlaganfall; die Ergotherapie stellt eine Arbeits- und Beschäftigungstherapie dar, die die Bewegungsfähigkeit bei Lähmungen nach einem Schlaganfall oder bei Erkrankungen des ZNS wiederherstellen soll.

## Verwendete Begriffe

- **Hilfsmittel:** Ebenfalls verordnet werden können **Hilfsmittel**; dieses sind nach den Hilfsmittelrichtlinien (Abschnitt A I, Nr. 2) „*sächliche medizinische Leistungen. Zu ihnen gehören:*
  - *Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel*
  - *Sehhilfen*
  - *Hörhilfen*
  - *sächliche Mittel oder technische Produkte, die dazu dienen, Arzneimittel ... in den Körper zu bringen (z. B. Spritzen, Inhalationsgeräte)“.*

## Verwendete Begriffe

- **Budget**
  - Dies war bis zum 01. Januar 2002 die für ein Kalenderjahr gesetzlich festgelegte Obergrenze für die von den Vertragsärzten einer KV-Region insgesamt veranlassten Ausgaben für Arznei-, Verbands- und Heilmittel, wobei für Arznei- und Verbandsmittel auf der einen bzw. Heilmittel auf der anderen Seite getrennte Budgets galten.
  - Überschreibungsbeträge dieser Obergrenze konnten die Kassen im Rahmen eines so genannten Kollektivregresses zu gleichen Teilen von allen Vertragsärzten zurückfordern, wobei während der Gültigkeit dieser Gesetzesgrundlage ein solcher Kollektivregress jedoch nie ausgesprochen wurde.



## Verwendete Begriffe

### **Ausgabenvolumen**

- **Zum 01. Januar 2002 trat das sogenannte Arzneimittelbudget-Ablösegesetz (ABAG) in Kraft. Damit wurde mit dem Ausgabenvolumen der Gesamtbetrag der pro Kalenderjahr und KV-Region von den Vertragsärzten veranlaßten Leistungen, getrennt nach Arzneimitteln und Heilmitteln, beschrieben. Eine Überschreitung dieses Ausgabenvolumens führte nicht mehr prinzipiell zum Kollektivregreß, sondern sollte lediglich zur Ursachenforschung der Ausgaben herangezogen werden mit einer entsprechenden vertraglichen Regelung der Konsequenzen zwischen Krankenkassen und Ärzten.**



## Verwendete Begriffe

### **Richtgröße**

- **Unter Richtgröße versteht man den durchschnittlichen Betrag an Verordnungskosten für Arznei- bzw. Heilmitteln je Versichertem pro Quartal. Diese Verordnungskosten sind arztfachgruppenspezifisch definiert und in der so genannten Richtgrößenvereinbarung (einer vertraglichen Übereinkunft zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen) festgelegt. Der Richtgrößenbetrag ist Bezugspunkt für die so genannte Richtgrößenprüfung und einer ggf. daraus resultierenden individuellen Beratung bzw. Schadenersatzzahlung von Ärzten, wenn deren Ordnungsverhalten als unwirtschaftlich eingestuft worden ist.**





## Verwendete Begriffe

- **Generika:** Hierunter sind wirkstoffgleiche Präparate zu verstehen, die von Zweitanbietern nach Ablauf des Patentschutzes des Originalpräparates auf den Markt gebracht werden. Kennzeichen der Generika ist, daß sie in aller Regel preisgünstiger als das Originalpräparat sind, da die Entwicklungs- und Zulassungskosten durch den Zweitanbieter nicht mehr refinanziert werden müssen.
- **Me-too-Präparate:** Dies sind Analogpräparate, die einen ähnlichen Inhaltsstoff wie bereits auf dem Markt befindliche Präparate haben, der allerdings marginale Unterschiede zu dem Erstpräparat aufweist. Sie stellen chemische Innovationen mit pharmakologisch ähnlichen oder gleichartigen Wirkungen ohne besondere therapeutische Vorteile dar. Man spricht bei ihnen auch von so genannten „Schrittinnovationen“. Da sie für sich genommen ebenfalls eine Neuentwicklung sind, befinden sie sich preislich auf dem Niveau des Erstpräparates oder darüber.



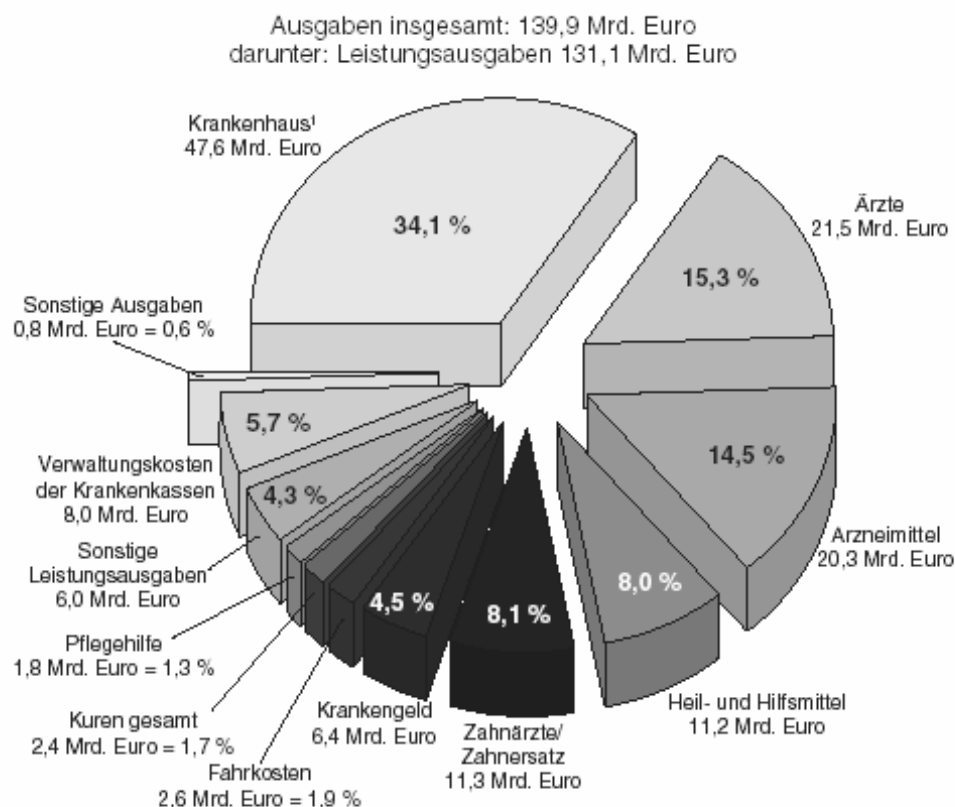
## Verwendete Begriffe

- **Innovationen:** Dies sind Arzneimittel mit einem neuartigen Wirkstoff oder Wirkprinzip bzw. mit einer Verbesserung pharmakodynamischer und pharmakokinetischer Qualitäten bereits bekannter Wirkprinzipien. Der innovative Charakter zeigt sich dann darin, dass hierdurch Krankheitsbilder bzw. Krankheitszustände einer Behandlung zugeführt werden können, die bis dato nicht behandelbar waren. Dementsprechend ist auch der Preis innovativer Arzneimittel hoch angesiedelt.
- **Spezialpräparate:** Hierunter versteht man Präparate, die für spezielle Therapieverfahren (beispielsweise in klinischen Zentren) eingesetzt und in der ambulanten Behandlung nach stationärer Therapieeinleitung weiterverordnet werden. Dies sind beispielsweise Mittel der Transplantationsmedizin, der Onkologie oder Aids-Therapie, die somit auch im preislich hochrangigen Sektor anzutreffen sind

## Verwendete Begriffe

- **Sprechstundenbedarf:** Dieser wird von Ärzten zur Ersatzbeschaffung derjenigen Mittel verordnet, die sie bei der ambulanten Behandlung von Patienten verbrauchen. Hierzu zählen beispielsweise:
  - Arzneimittel für Notfallpatienten
  - Arzneimittel zur Anwendung bei mehreren Patienten
  - Ampullen zur Erstanwendung am Patienten
  - Mittel zur Diagnostik und Therapie
  - Verbandsmittel

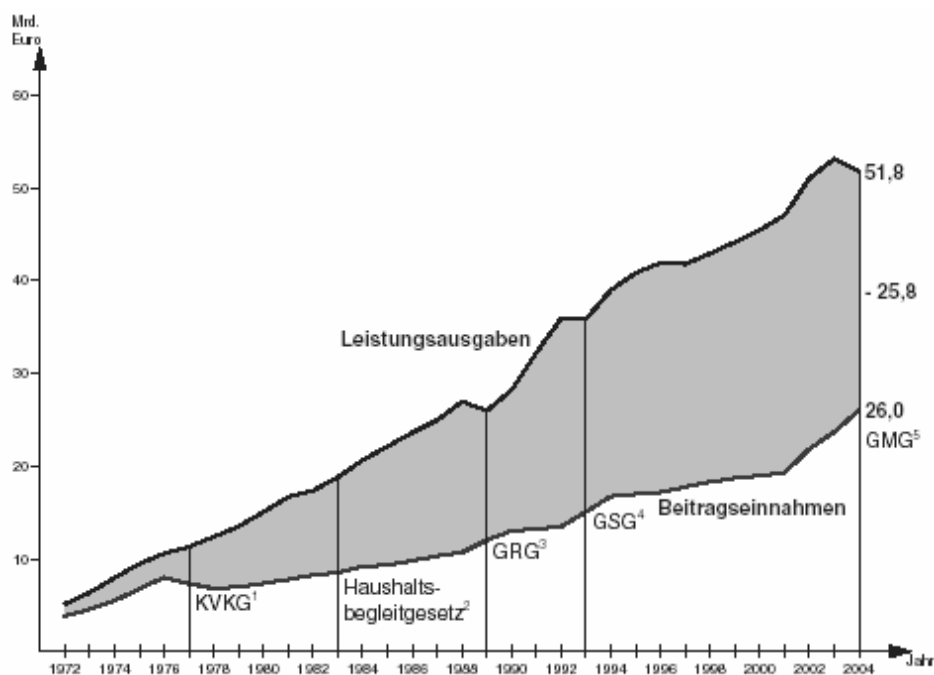
## Ausgaben der GKV 2004 nach ausgewählten Bereichen



Leistungsausgaben für ausgewählte Leistungsarten in der GKV und deren Anteil an den Gesamtleistungsausgaben

Jahr	Summe der Leistungsausgaben in Mio. Euro	Darunter:											
		Behandlung durch Ärzte		Behandlung durch Zahnärzte		Zahnersatz		Arzneien, Heil- und Hilfsmittel				Krankenhausbehandlung	
		In Mio. Euro	In Prozent von Sp. 1	In Mio. Euro	In Prozent von Sp. 1	In Mio. Euro	In Prozent von Sp. 1	In Mio. Euro	In Prozent von Sp. 1	In Mio. Euro	In Prozent von Sp. 1	In Mio. Euro	In Prozent von Sp. 1
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>alte Bundesländer</b>													
1970	12 193,9	2 790,6	22,9	873,3	7,2	423,5	3,5	2 159,7	17,7	341,2	2,8	3 072,6	25,2
1975	29 742,1	5 756,4	19,4	2 111,4	7,1	2 137,2	7,2	4 551,2	15,3	1 320,1	4,4	8 965,1	30,1
1980	43 948,5	7 852,4	17,9	2 821,2	6,4	3 758,6	8,6	6 428,2	14,6	2 495,5	5,7	13 020,2	29,6
1985	55 579,4	10 052,0	18,1	3 403,2	6,1	3 919,6	7,1	8 489,0	15,3	3 329,6	6,0	17 394,2	31,3
1990	68 634,7	12 460,6	18,2	4 178,5	6,1	2 474,5	3,6	11 166,9	16,3	4 424,7	6,4	22 801,3	33,2
1991	77 529,3	13 670,6	17,6	4 668,8	6,0	2 899,9	3,7	12 519,4	16,1	5 095,2	6,6	25 116,6	32,4
<b>gesamtes Bundesgebiet</b>													
1991	88 743,5	15 375,3	17,3	5 478,6	6,2	3 477,0	3,9	14 558,4	16,4	5 651,3	6,4	29 191,4	32,9
1992	102 033,3	17 068,2	16,7	6 402,4	6,3	4 890,1	4,8	16 641,5	16,3	6 663,2	6,5	32 853,3	32,2
1993	102 326,0	17 927,5	17,5	6 604,6	6,5	3 122,7	3,1	14 050,9	13,7	6 874,4	6,7	35 024,9	34,2
1994	111 070,2	18 880,7	17,0	6 940,1	6,2	3 593,2	3,2	14 915,2	13,4	7 827,9	7,0	38 114,4	34,3
1995	116 991,6	19 669,8	16,8	7 049,3	6,0	3 793,0	3,2	16 057,1	13,7	8 608,1	7,4	39 731,4	34,0
1996	120 880,8	20 111,1	16,6	7 573,4	6,3	4 198,7	3,5	17 097,7	14,1	9 429,7	7,8	40 001,7	33,1
1997	118 287,3	20 494,2	17,3	7 606,7	6,4	4 311,0	3,6	16 384,4	13,9	9 008,1	7,6	40 934,7	34,6
1998	120 120,4	20 780,2	17,3	7 853,2	6,5	2 990,6	2,5	17 185,6	14,3	9 477,4	7,9	42 194,4	35,1
1999	123 208,5	21 191,4	17,2	7 699,5	6,2	3 266,6	2,7	19 206,9	15,6	9 156,3	7,4	42 371,2	34,4
2000	125 942,7	21 503,3	17,1	7 709,4	6,1	3 521,2	2,8	20 121,0	16,0	9 430,5	7,5	43 145,2	34,3
2001	130 634,4	21 896,6	16,8	7 933,6	6,1	3 664,6	2,8	21 355,4	16,3	10 736,1	8,2	43 614,9	33,4
2002	134 328,1	22 309,2	16,6	7 968,3	5,9	3 523,8	2,6	22 254,9	16,6	11 596,2	8,6	44 930,2	33,4
2003	136 223,3	22 859,3	16,8	8 033,4	5,9	3 785,5	2,8	22 822,7	16,8	12 245,6	9,0	45 295,5	33,3
2004	131 108,4	21 459,7	16,4	7 677,0	5,9	3 626,8	2,8	20 339,2	15,5	11 213,8	8,6	45 913,4	35,0

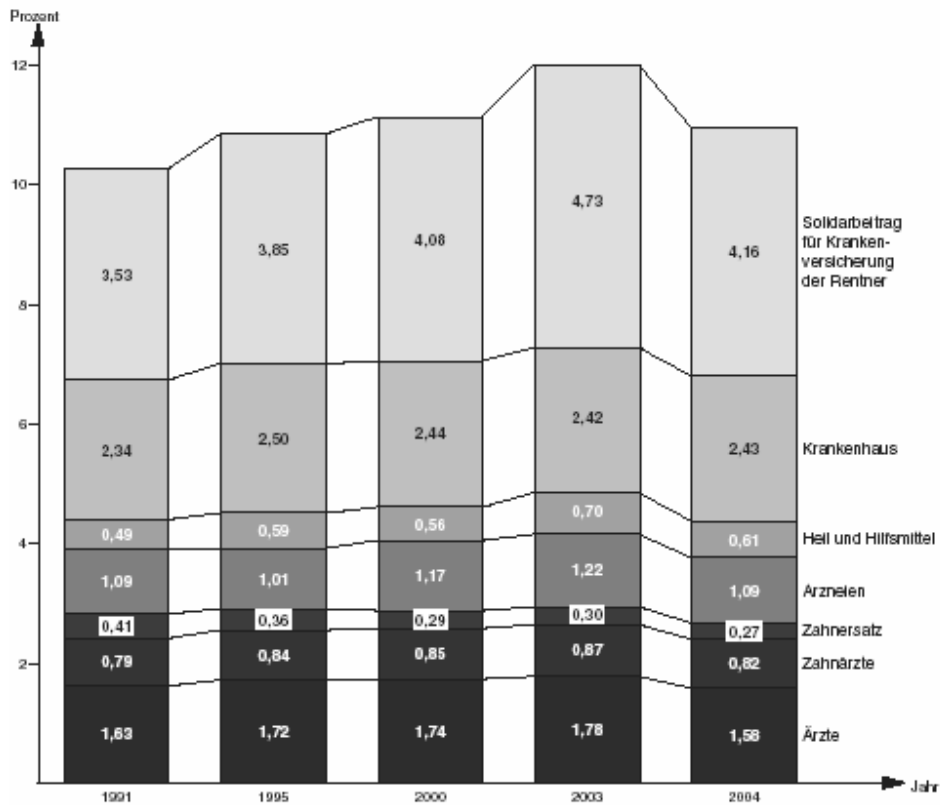
Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben in der KV der Rentner – alte Bundesländer



Quelle: BMGS (Arbeits- und Sozialstatistik, Bundesarbeitsblatt, KJ 1, KV 45), ab 1996 einschließlich Berlin (Ost)

- Mit dem „Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz“ (KVKG, 1977) wurde der Krankenversicherungsbeitrag, den die Rentenversicherung an die GKV leistet, von 17 % der Rentenausgaben auf 11,8 % herabgesetzt.
- Das Haushaltsbegleitgesetz 1983 entlastete die Rentenversicherung u.a. dadurch, dass es die Einnahmen der KVWR um ca. 800 Mio Euro verringerte.
- Das Gesundheitsreformgesetz (GRG, 1989) brachte vermehrte Zuzahlungsregelungen, Leistungsausgrenzungen und Arzneimittelkostenbeiträge.
- Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG, 1993) enthielt weitere Leistungsausgrenzungen.
- Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG, 2004) brachte weitere Zuzahlungsregelungen und Leistungsausgrenzungen sowie die Praxisgebühr.

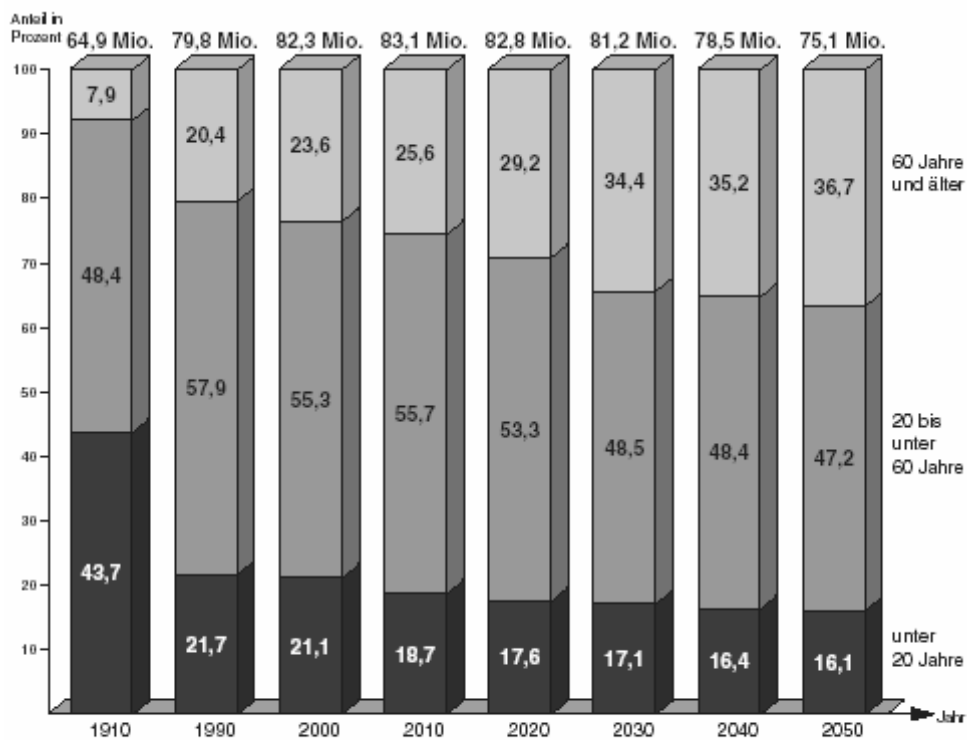
## Leistungsausgaben der GKV für Allgemeinversicherte in Prozent vom Grundlohn je Mitglied



Quelle: BMGS (Arbeits- und Sozialstatistik, Bundesarbeitsblatt, KJ 1, KM 1, KV 45)

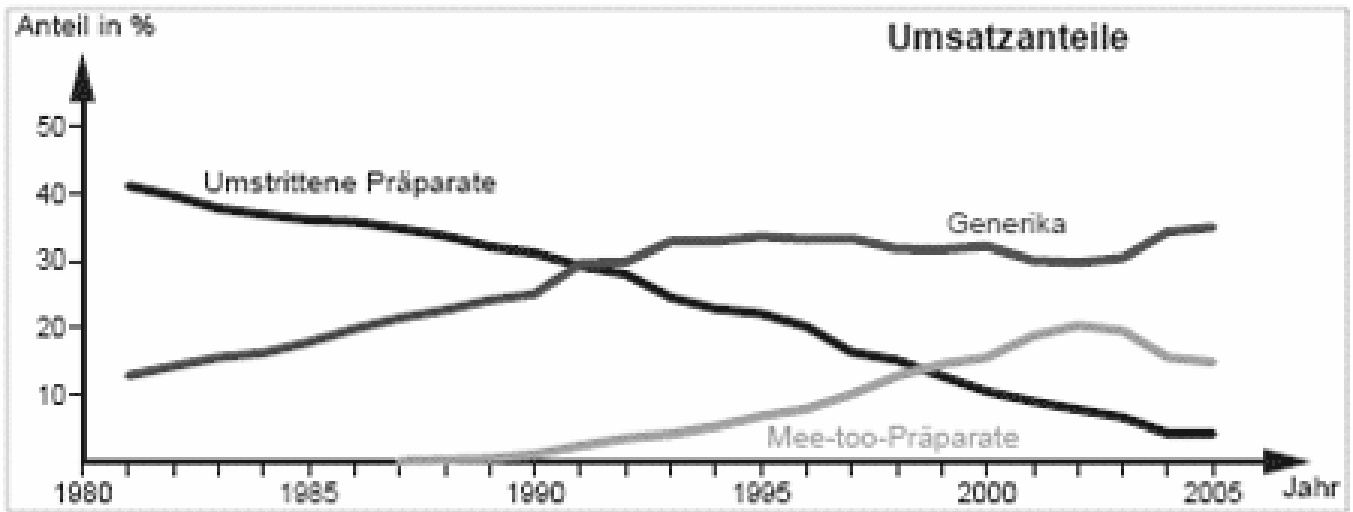
1 beitragspflichtige Entnahmen

## Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland

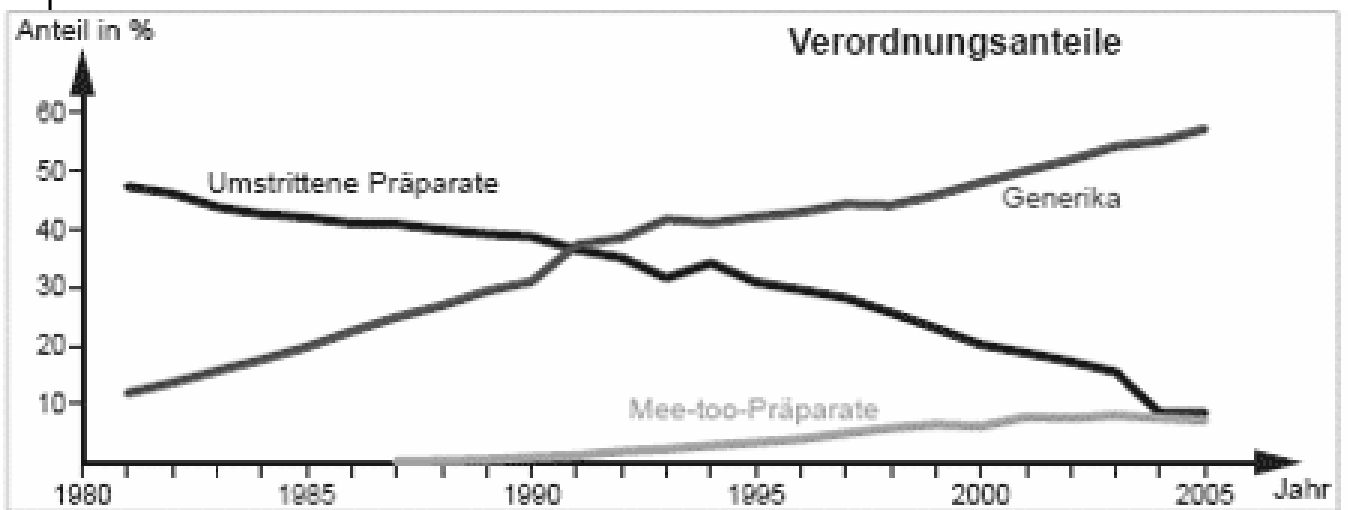


Quelle: Statistische Bundesamt, 2010 bis 2050: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 5)

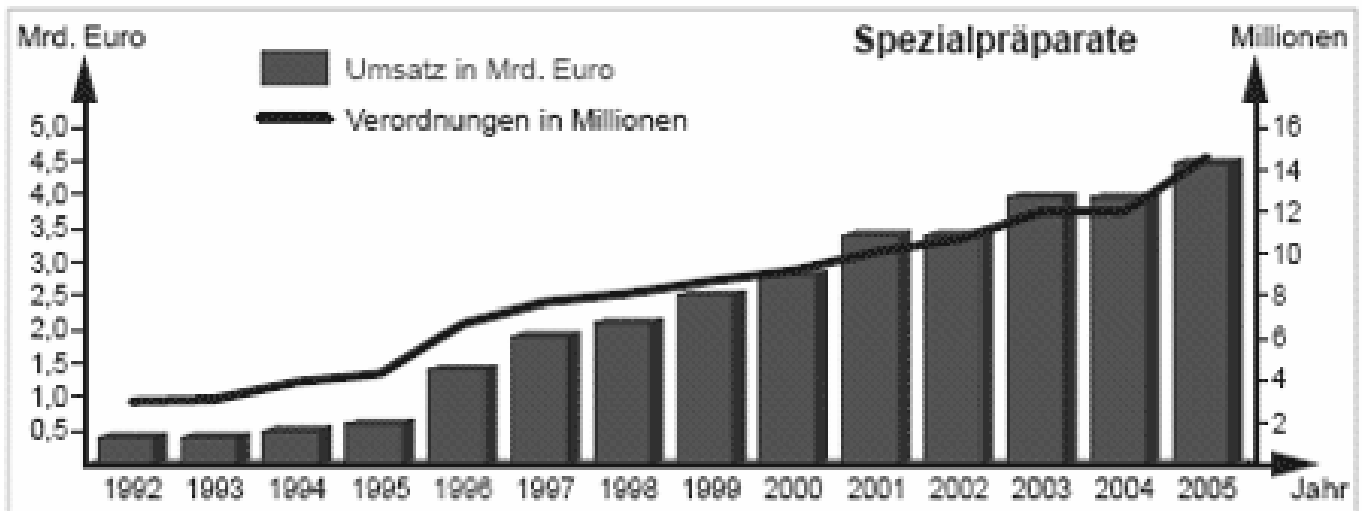
**Entwicklung ausgewählter Arzneimittel-Marktsegmente in der GKV**



**Entwicklung ausgewählter Arzneimittel-Marktsegmente in der GKV**



## Entwicklung ausgewählter Arzneimittel-Marktsegmente in der GKV



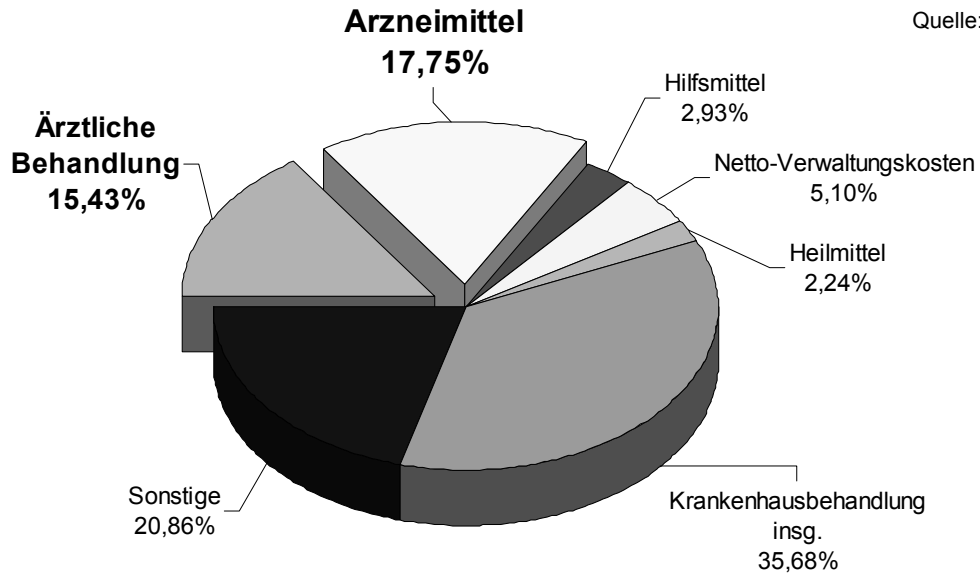
## Indikatoren zur Entwicklung der Arzneimittelausgaben

Lrd. Nr.	Vorgang	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1.0</b>	<b>Anzahl der Verordnungen und Rezepte</b>								
1.1	Rezepte (in Mio.)	596,9	520,6	498,7	483,4	490,3	510,7	480,1	335,3
1.2	Rezepte je Versichertem (Anzahl)	12,3	11,3	11,2	11,0	11,0	10,5	10,2	8,4
1.3	Verordnungen (in Mio.)	973,0	833,0	783,0	749,2	760,0	761,0	749,0	570,0
1.4	Verordnungen je Versichert. (Anzahl)	20,0	18,1	17,3	17,0	17,0	15,7	15,9	14,4
1.5	Verordnungen je Rezept (Anzahl)	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,6	1,7
<b>2.0</b>	<b>Ausgaben<sup>1</sup></b>								
2.1	für Arzneien insgesamt (in Mrd. Euro)	16,90	17,40	18,80	19,30	21,30	22,70	24,10	21,70
2.2	für Arzneien je Versichertem (Euro)	233,00	243,00	263,00	271,00	301,00	321,00	343,00	308,00
2.3	je Rezept (Euro)	28,31	33,42	37,70	39,93	43,44	44,45	50,19	64,72
2.4	je Verordnung (Euro)	17,37	20,89	24,01	25,76	28,03	29,83	32,18	35,07
<b>3.0</b>	<b>Anteil der verordneten Medikamente in Prozent je Arztgruppe</b>								
3.1	Allgemeinärzte/Praktische Ärzte	56,7	55,7	54,1	53,7	54,5	54,1	54,7	53,4
3.2	Internisten	14,2	17,8	20,7	16,4	16,4	18,1	18,5	19,3
3.3	Kinderärzte	6,0	7,1	3,9	8,0	7,3	7,0	6,5	7,9
3.4	Nervenärzte	2,4	2,4	2,4	2,8	2,9	2,6	2,9	3,4
3.5	Frauenärzte	3,0	4,0	6,5	4,6	4,4	4,1	3,8	3,3
3.6	Hautärzte	1,9	2,4	1,8	2,6	2,4	2,9	2,4	2,0
3.7	Übrige Arztgruppen	15,8	10,6	10,6	12,2	11,9	11,2	11,2	10,7

## Ausgaben für Arzneimittel

GKV-Ausgabenanteile im 1. Quartal 2006

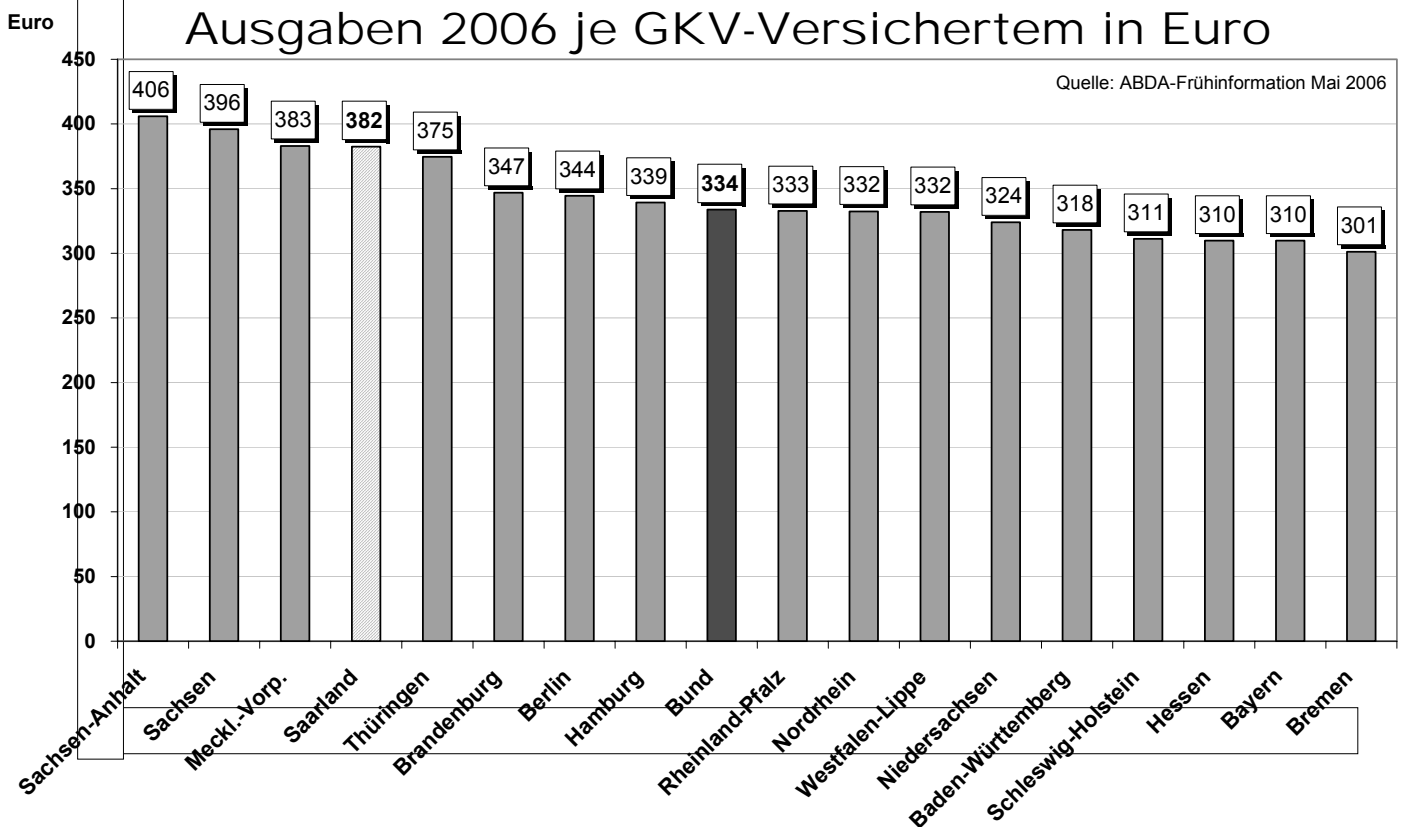
Quelle: BMGS



## Ausgaben für Arzneimittel

Ausgaben 2006 je GKV-Versichertem in Euro

Quelle: ABDA-Früheinformation Mai 2006



## Ausgaben für Arzneimittel

### Ursachen für die im Saarland höheren Arzneimittelausgaben Regional:

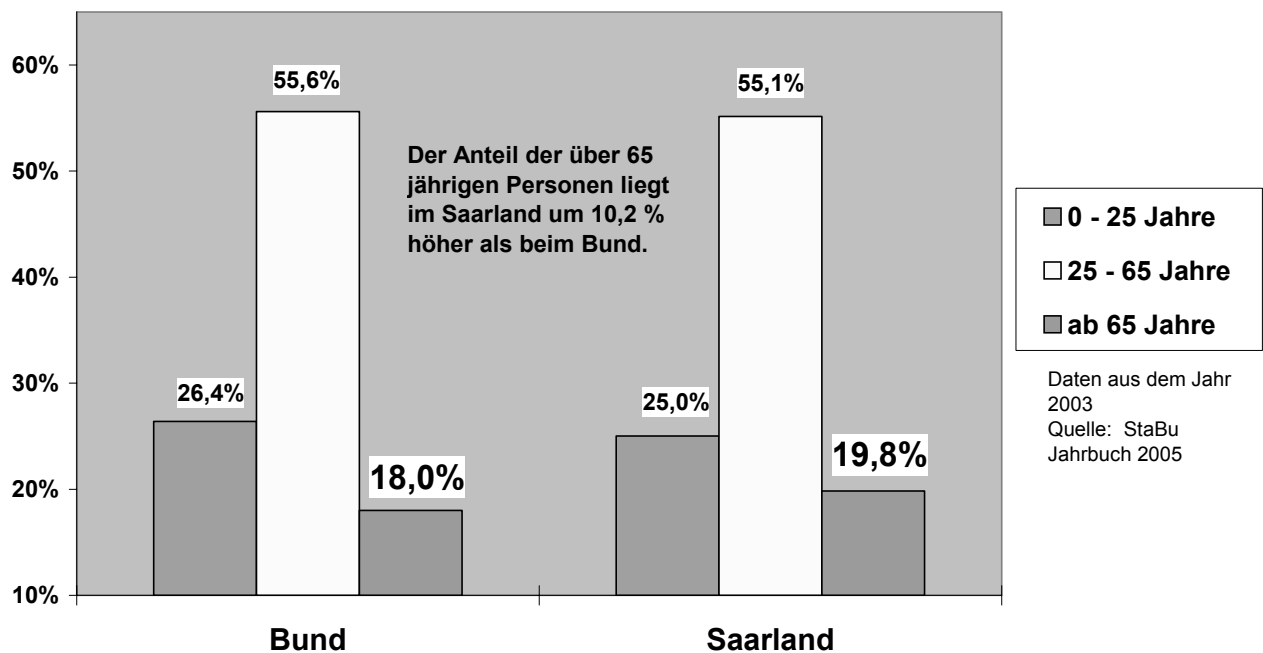
- **Altersstruktur** (Anteil der über 65jährigen im Saarland höher als beim Bund)
- **hoher Anteil multimorbider Patienten**

### Verantwortlichkeit auf Seite der Ärzte:

- im Saarland werden etwa 25% mehr Rezepte ausgestellt als bundesweit
- teure Entlassungsmedikation

## Ausgaben für Arzneimittel

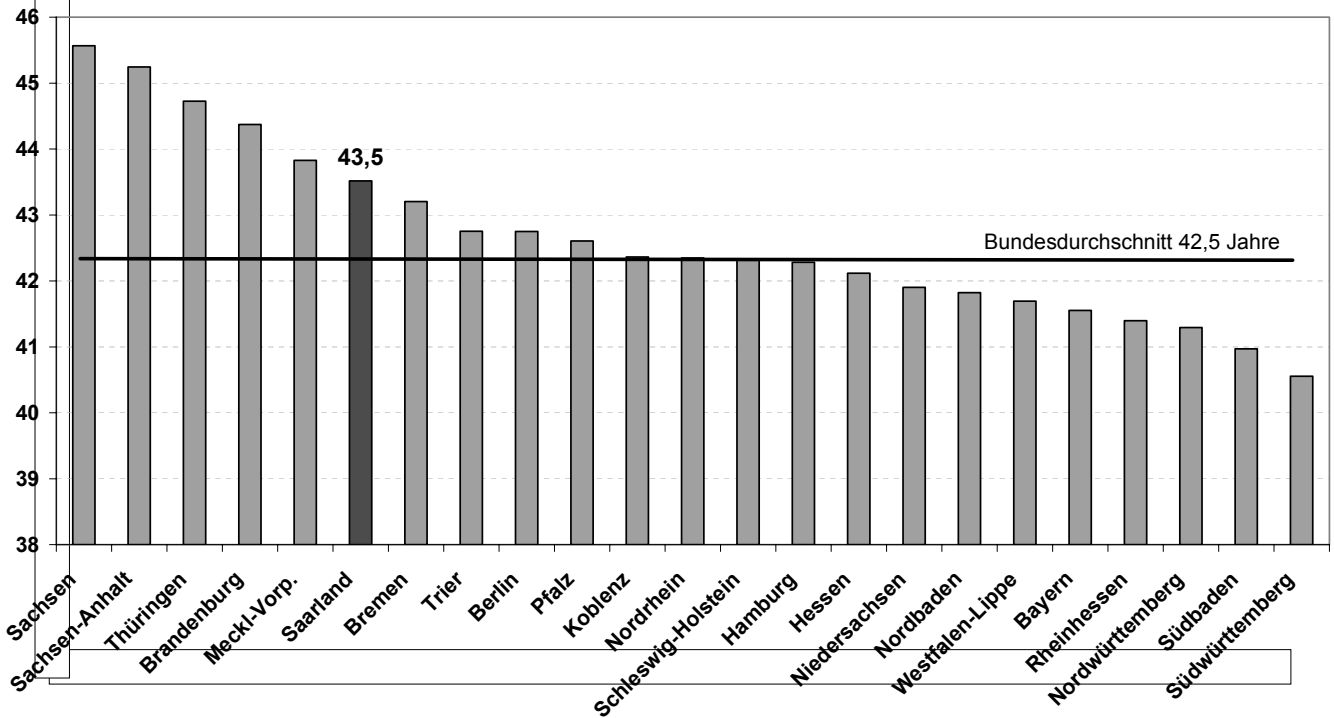
### Altersstruktur Bund/Saarland





## Ausgaben für Arzneimittel

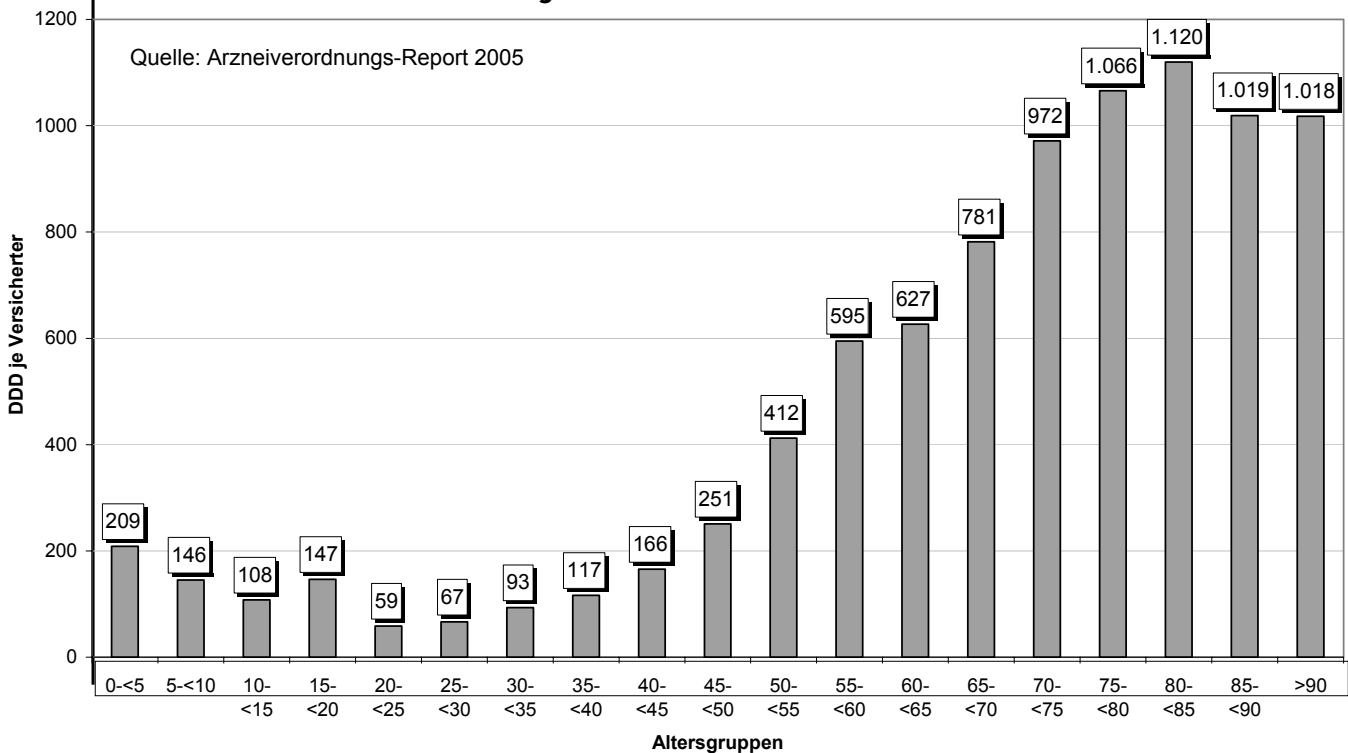
### Durchschnittsalter aller GKV-Versicherten im Jahr 2005 je KV



Quelle: eigene Berechnungen nach Km6 Stichtag 1.7.2005

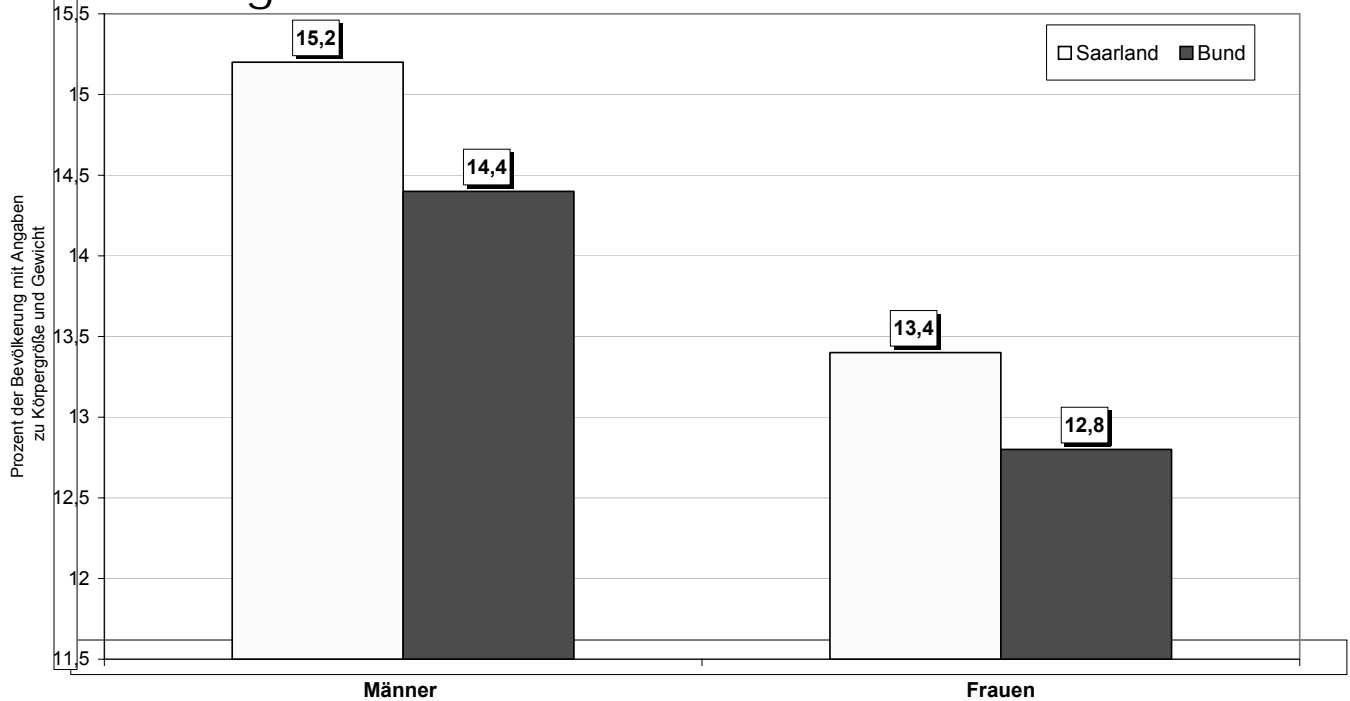
## Ausgaben für Arzneimittel

### Arzneiverbrauch je Versicherten in der GKV 2004



## Ausgaben für Arzneimittel

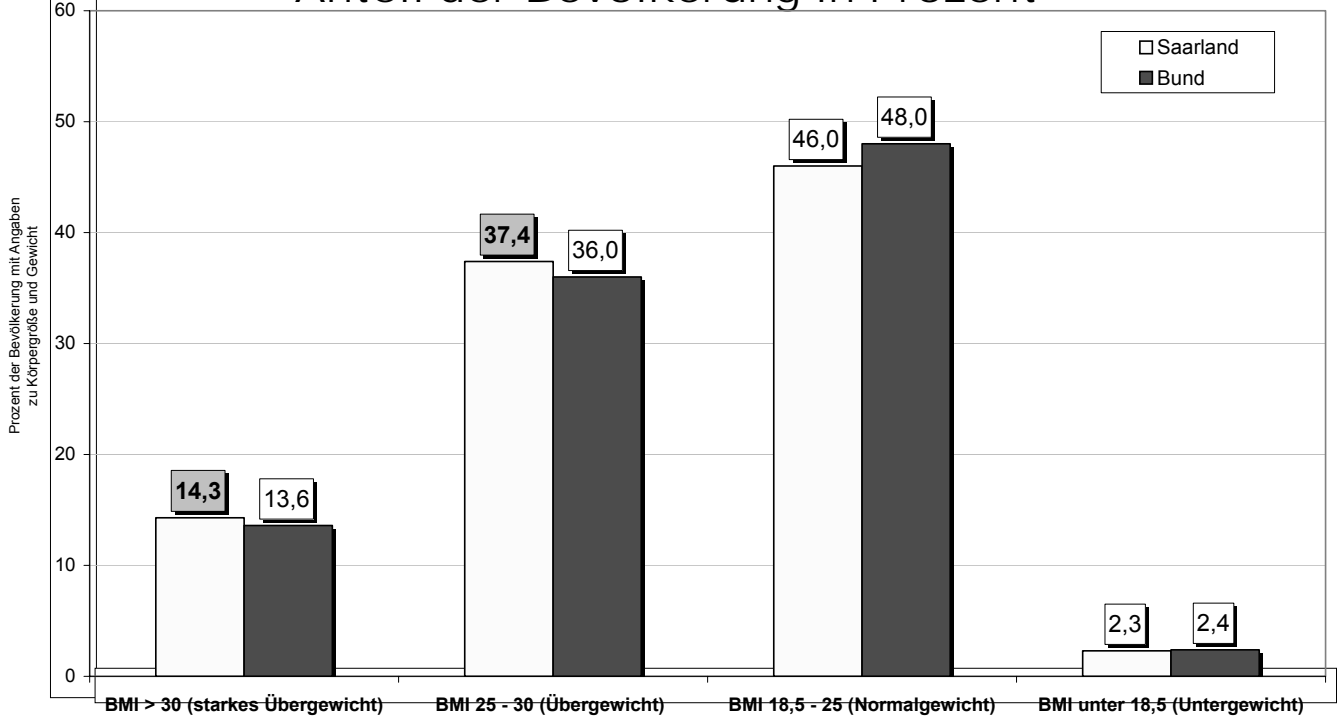
BMI > 30 (starkes Übergewicht)  
Vergleich Bund/Saarland nach Geschlecht



Quelle: Statistisches Bundesamt 2006 - Leben in Deutschland - Ergebnisse des Mikrozensus 2005

## Ausgaben für Arzneimittel

BMI Vergleich Bund/Saarland  
Anteil der Bevölkerung in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt 2006 - Leben in Deutschland - Ergebnisse des Mikrozensus 2005



**Maßnahmen zur Steuerung/Beeinflussung  
des Ordnungsverhaltens**

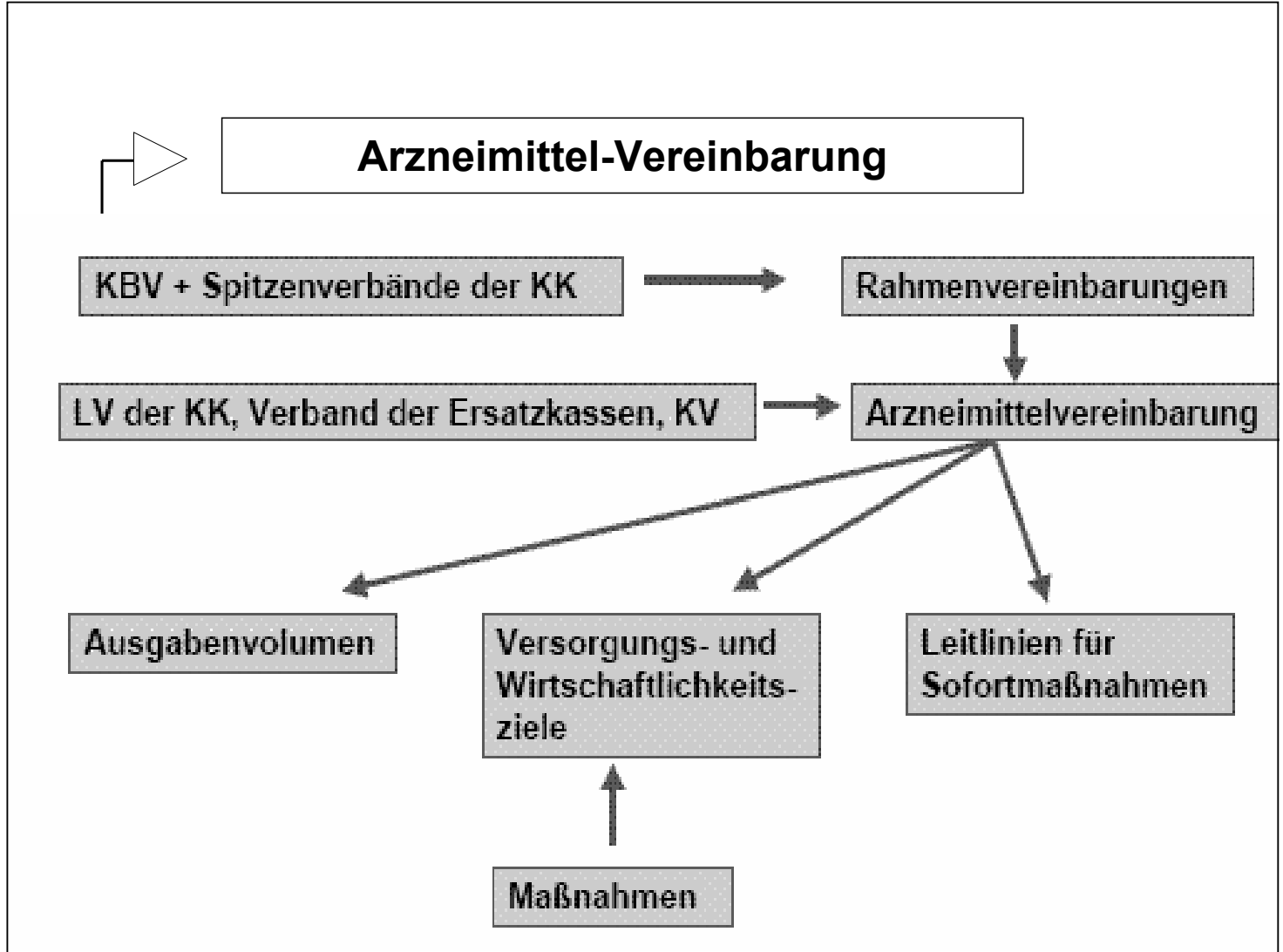
- **Arznei- und Heilmittelrichtlinien**
- **Vereinbarungen von Ausgabenvolumen bei Arznei- und Heilmitteln und Zielvereinbarungen**
- **Richtgrößen/-prüfungen**
- **Pharm-PRO-Beratung**
- **Sprechstundenbedarf**
- **Impfstoffe**
- **Frühinformationen**
- **AVWG - Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetz**
- **GKV-WSG – GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz**



**Arzneimittel-Vereinbarung**

Gemeinsame Steuerungsinstrumente  
der **Kassenärztlichen Vereinigungen** und der  
**Kassenverbände**

- **Ausgabenvolumina**
- **Zielvereinbarungen**
- **Arzneimittel-Richtlinien**
- **Richtgrößen**
- **Durchschnittsprüfungen**



**Arzneimittel-Vereinbarung**

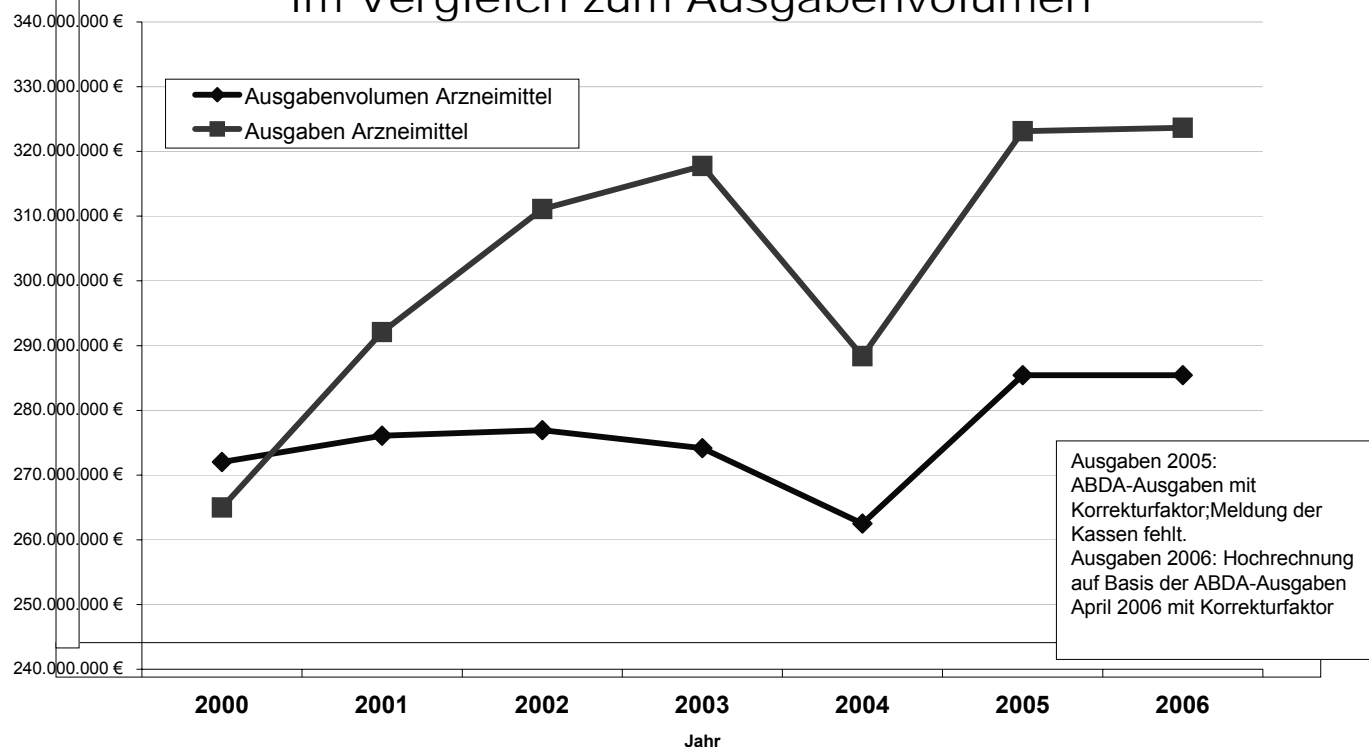
Ausgabenvolumen

**Gesetzliche Grundlage: § 84 Absatz 5 SGB V**

- ist Bestandteil der Arzneimittelvereinbarung
- dient der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung
- je Kassenärztliche Vereinigung von den Vertragspartnern auf Landesebene jährlich zu vereinbaren
- eine Über- bzw. Unterschreitung ist Gegenstand der Gesamtverträge
- erfaßt sämtliche von den Vertragsärzten nach § 31 veranlaßten Leistungen
- wird getrennt vereinbart für Arznei- und Verbandmittel und für Heilmittel
- dient als Ausgangsbasis zur Ermittlung der Richtgrößen

## Arzneimittel-Vereinbarung

Entwicklung der Ausgaben für Arzneimittel  
im Vergleich zum Ausgabenvolumen



## Arzneimittel-Vereinbarung

Zielvereinbarungen

➤ Reduzierung der Kosten in folgenden Indikationsgruppen:

Indikationsgruppe	Betrag Gesamtjahr	Betrag für Zielvereinbarung ab 01.07.2005
Analgetika/Antirheumatika	460.000,00 €	230.000,00 €
Beta-,Ca-BI.,Angiotensin-Hemmst.	390.000,00 €	195.000,00 €
Magen-Darm-Mittel	1.300.000 €	650.000 €
Antidiabetika	900.000 €	450.000 €
Broncholytika/Antiasthmatika	650.000 €	325.000 €
Antibiotika/Antiinfektiva	1.300.000 €	650.000 €
Lipidsenker	800.000 €	400.000 €
Thrombozytenaggregationshemmer	900.000 €	450.000 €
Diuretika	1.000.000 €	500.000 €
Hypophysen-, Hypothalamushormone	1.200.000 €	600.000 €
Sexualhormone	380.000 €	190.000 €
<b>Zielwert insgesamt</b>	<b>9.280.000,00 €</b>	<b>4.640.000,00 €</b>

## Arzneimittel-Vereinbarung

Zielvereinbarungen

- keine Substitution von apothekenpflichtigen zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln
- Verzicht auf Verordnungen kontrovers diskutierter Arzneimittel
- Reduzierung der Anzahl der verordneten Packungen

## Arzneimittel-Vereinbarung

Zielvereinbarungen

- keine Substitution von apothekenpflichtigen zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln
- Verzicht auf Verordnungen kontrovers diskutierter Arzneimittel
- Reduzierung der Anzahl der verordneten Packungen

derzeit beträgt die Anzahl der verordneten Packungen je Versichertem hochgerechnet auf das Gesamtjahr:

**im Saarland 12,2**

**im Bund 9,1**

das entspricht einer Abweichung von rund 25%

Quelle: GAmSi Jan bis Mrz 2006

## Arzneimittel-Vereinbarung

### **Kontrovers diskutierte, bzw. umstrittene Arzneimittel**

„Als umstrittene Arzneimittel werden Wirkstoffe oder Fertigarzneimittel bezeichnet, deren therapeutische Wirksamkeit nicht oder nicht in ausreichendem Maße durch kontrollierte klinische Studien nachgewiesen worden ist.“

Quelle: Arzneiverordnungs-Report 2002

## Arzneimittel-Vereinbarung

Ständige Arbeitsgruppe –  
von **GKV** und **KVS** zur **Steuerung** der  
**Arzneimittelversorgung** und **Erreichung** der vereinbarten  
Ziele ins Leben gerufen

### **Aufgaben:**

- **Analyse der regionalen Ausgabenentwicklung**
- **Bewertung der Verordnungsstrukturen**
- **Vorschlag situationsbezogener Maßnahmen zur Einhaltung der vereinbarten Ziele**  
→ **Herausgabe von Informationen an Ärzte**



# Arzneimittel-Richtlinien

## Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in der GKV

### Arzneimittel

apothekenpflichtig

nicht apothekenpflichtig

nicht verschreibungspflichtig

verschreibungspflichtig

keine Kassenleistung

keine Kassenleistung

**Ausnahmen:**  
Kinder bis 12 Jahre

Jugendliche mit  
Entwicklungsstörungen  
bis 18 Jahre

Ausnahmeliste des  
Gemeinsamen  
Bundesausschusses

**Kassenleistung**

„Bagatell-Arzneimittel“ \*)  
für Versicherte 18 Jahre und älter  
§ 34 Abs. 1 Satz 5 SGB V

„Lifestyle-Arzneimittel“  
§ 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V  
z. B. Xenical, Viagra

ausgeschlossen durch  
„Negativliste“ \*\*)  
§ 34 Abs. 3 SGB V

ausgeschlossen durch  
„Arzneimittel-Richtlinie“  
z.B. Organhydrolysate

fehlende Notwendigkeit und  
therapeutischer Nutzen

Therapieziel kann durch  
**nicht**medikamentöse  
Maßnahmen erreicht werden

nein

\*) bei Erkältungskrankheiten  
Mund-/Rachentherapeutika  
Mittel gegen Reisekrankheiten  
Abführmittel

\*\*) Mittel mit geringem oder  
umstrittenen therapeutischen  
Nutzen  
Mittel mit geringem Abgabepreis

# Arzneimittel-Richtlinien

## OTC - Ausnahmeliste

### Ausschluss

- Umstrittene Arzneimittel
  - Enzyme
  - Kreislaufmittel
  - Leber-Galle-Mittel
- Bagatell- Arzneimittel
  - Nasentropfen
  - Hustensaft
  - Schmerzstillende Einreibungen

### Ausnahmen

- Arzneimittel, die zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten  
z. B.:
  - Acetylsalicylsäure (ASS) als Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen
  - Jodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen



## Richtgrößen

- das Ausgabenvolumen wird aufgeteilt auf einzelne Fachgruppen
- Fachgruppenanteile werden prozentual errechnet anhand der arztbezogen erfaßten Daten der Krankenkassen aus dem vorletzten Kalenderjahr
- dienen zunächst nur der Berechnung, ob der Arzt sein Gesamtverordnungsvolumen überschritten hat
  - ➔ keine Begrenzung auf einzelne Patienten
- Arztgruppen ohne Richtgrößen unterliegen den übrigen Prüfverfahren ( Auffälligkeits-, Zufälligkeits- oder Einzelfallprüfung)

## Richtgrößen

für Arzneimittel und Sprechstundenbedarf 2005

FG-Nr.	Arztgruppe	RG M	RG F	RG R
04	Augenärzte	9,39 €	5,44 €	15,56 €
07	Chirurgen	16,84 €	14,30 €	21,38 €
10	Gynäkologen	17,58 €	18,04 €	30,81 €
13	HNO-Ärzte	11,55 €	10,96 €	6,76 €
16	Hautärzte	26,22 €	21,95 €	26,01 €
19	hausärztlich tätige Internisten	63,15 €	49,38 €	148,38 €
19	fachärztlich tätige Internisten	54,97 €	43,68 €	95,34 €
19	Nephrologen	325,89 €	270,67 €	459,21 €
19	Internisten/Lungen- und Bronchialheilkunde	75,89 €	79,95 €	105,62 €
23	Kinderärzte	24,85 €	24,85 €	24,85 €
38	Nervenärzte/Psychiater/Ärzte für Psych. und Psychotherapie/Neurologen	87,09 €	79,66 €	100,65 €
44	Orthopäden	11,01 €	8,18 €	21,20 €
56	Urologen	30,00 €	24,35 €	66,59 €
80	Allgemeinärzte	51,50 €	35,83 €	142,56 €

## Richtgrößen

Informationsmaßnahme für Ärzte

- **GKV – Arzneimittel Schnellinformation** - § 84 Abs. 5 SGB V
  - monatliche Frühinformation als Hilfestellung für den Vertragsarzt zur kurzfristigen Überprüfung seines Arzneimittelverordnungsverhaltens hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit
  - Insgesamt 14 Berichte pro Jahr (10 Monatsberichte, 3 Quartalsberichte und 1 Jahresbericht)
  - monatlicher Versand bei der KVS an: Allgemeinärzte, Gynäkologen, Internisten, Kinderärzte und Neurologen
  - Versand der Quartals- bzw. des Jahresberichtes an alle Ärzte
- **Quartalsweise Kostenmitteilungen** der Krankenkassen über die geprüften Verordnungsdaten im Vergleich zum Richtgrößenvolumen - Versand jeweils etwa 10 Monate nach Ablauf des betreffenden Abrechnungszeitraumes

## Richtgrößenprüfung

1. Entscheidung über die Einleitung des Prüfverfahrens

1.1 Ermittlung des Jahresrichtgrößenvolumens

	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>R</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Fälle</b>	2.000	1.200	2.400	

<b>X</b>	<b>Richtgröße</b>	<b>51,50 €</b>	<b>35,83 €</b>	<b>142,56 €</b>
----------	-------------------	----------------	----------------	-----------------

<b>=</b>	<b>Richtgrößenvolumen</b>	<b>103.000€</b>	<b>42.996€</b>	<b>342.144€</b>	<b>488.140€</b>
----------	---------------------------	-----------------	----------------	-----------------	-----------------

## Richtgrößenprüfung

1. Entscheidung über die Einleitung des Prüfverfahrens
- 1.2 Feststellung der veranlaßten Leistungen

<b><u>Brutto-Verordnungskosten</u></b> (einschließlich Zuzahlung und Apothekenrabatt)	<b>650.000 €</b>
--	------------------

- 1.3 Feststellung der Prüfpflicht

<b><u>Brutto-Verordnungskosten</u></b>	<b>650.000 €</b>
<b>Richtgrößenvolumen</b>	<b>488.140 €</b>
<b>Überschreitung</b>	<b>33,2 %</b>

## Richtgrößenprüfung

2. Prüfung nach § 106 Abs. 5a SGB
- 2.1 Praxisbesonderheiten (Anlage 2 -Vorab-Prüfung)
- 2.2 Praxisbesonderheiten im Rahmen der Prüfung (Anlage 3)

<b><u>Brutto-Verordnungskosten</u></b>	<b>650.000 €</b>
abzüglich Wirkstoffkosten <b>Anlage 2</b> und b	
abzüglich Mittel (z.B. Insuline) und andere Praxisbesonderheiten	
<b>Bereinigte Brutto-Verordnungskosten</b>	
<b>Restüberschreitung</b>	<b>20,0 %</b>

**Die Anerkennung von  
Praxisbesonderheiten ist ab 01.07.2005  
auf eine ausreichende, zweckmäßige und  
wirtschaftliche Verordnungshöhe unter  
Berücksichtigung des anerkannten  
Standes der medizinischen Erkenntnisse  
und der Arzneimittel- bzw. Heilmittel-  
Richtlinie begrenzt.**

## Richtgrößenprüfung

### 3. Feststellung der Erstattungspflicht

#### 3.1 arztindividuelle Nettoquote

<b>Netto-Verordnungskosten</b>	<b>(552.500 €)</b>
<b>im Verhältnis zu den</b>	<b>85 %</b>
<b>Brutto-Verordnungskosten</b>	<b>(650.000 €)</b>

#### 3.2 Feststellung des Regressbetrages

<b>bereinigte Brutto-Verordnungskosten</b>	<b>625.000 €</b>
<b>- abzüglich Richtgrößenbetrag (+25%)</b>	<b>610.175 €</b>
<b>= ergibt <u>Brutto</u>-Regressbetrag</b>	<b>14.825 €</b>
<b>x arztindividuelle Nettoquote</b>	<b>85 %</b>
<b>= Regressbetrag</b>	<b>12.601 €</b>

## Richtgrößenprüfung

Durchführung einer Prüfung:

- jeweils nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten-

- Beratung : Richtgrößenvolumen > 15 %
- Regress: Richtgrößenvolumen > 25 %



## Richtgrößenprüfung

### Ablauf einer Richtgrößenprüfung

2  
der  
  
B.  
  
id  
id  
—  
ns-



## Richtgrößenprüfung

### Arzneimittel - aktueller Stand

Richtgrößenprüfung - Arzneimittel	für das Jahr 2002	für das Jahr 2003	für das Jahr 2004
Praxen mit Richtgrößen für Arzneimittel	<b>1.077</b>	<b>1.097</b>	<b>1.083</b>
betreffene Praxen	228	276	226
Praxen, bei denen die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist („Vorab-Prüfung“)	<b>157</b>	<b>167</b>	
Praxen, die nach Beschluß der Prüfungsausschüsse über eine Prüfung informiert wurden	71	109	



## Richtgrößenprüfung

### Arzneimittel - aktueller Stand

Ergebnis der Prüfung - Arzneimittel	für das Jahr 2002	für das Jahr 2003
Keine Maßnahme beschlossen aufgrund der Praxisbesonderheiten	8	9
Hinweis ausgesprochen	46	58
Regreß	17	20
noch offen	-	22



## Heilmittel-Richtlinien

### Grundsätze der Heilmittelverordnung

- Eine Verordnung nach dem **Regelfall** bezeichnet.
- Wenn die im den **Gesamtverordnungs** „Verord. außerhalb des“  

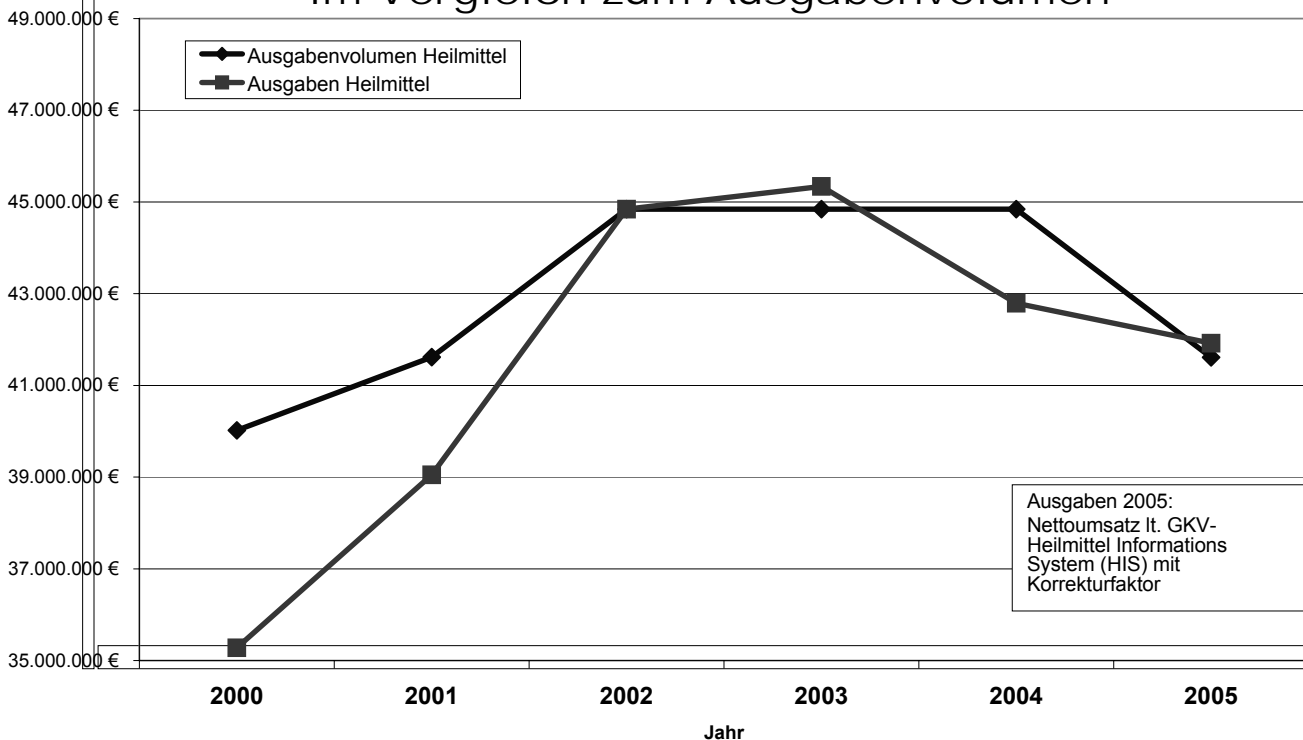
Mit wenigen Ausnahmen (Bundesknappschaft, LKK und einige BKK's) haben die Kassen auf die vorherige Vorlage von Verordnungen außerhalb des Regelfalles verzichtet
- Eine solche Verordnung muß von der Krankenkasse genehmigt werden und es muß dazu an der vorgesehenen Stelle des Rezeptformulars eine Begründung mit prognostischer Einschätzung abgegeben werden.

# Heilmittel-Richtlinien

Indikation		Ziel der Physikalischen Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall		
Diagnosengruppe	Leitsymptomatik: Schädigung, Funktionsstörung		A. vorrangige Heilmittel B. optionale Heilmittel C. ergänzende Heilmittel D. standardisierte Heilmittelkombinationen	Verordnungsmengen je Diagnose weitere Hinweise	
<b>WS2</b> <b>Wirbelsäulenerkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>mit prognostisch länger-dauerndem Behandlungsbedarf (insbesondere Einschränkungen von relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens, multistrukturale oder funktionelle Schädigung)</li> </ul>	a	Funktionsstörungen /Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung, Gelenkblockierung (auch ISG oder Kopfgelenke)	Funktionsverbesserung, Schmerzreduktion durch Vermindern o. Beseitigen der Gelenkfunktionsstörung	A. KG / MT C. <i>Traktion / Wärmetherapie / Kältetherapie</i>	<b>Erst-VO:</b> • bis zu 6x/VO <b>Folge-VO:</b> • bis zu 6x/VO <b>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:</b> bis zu 18 Einheiten davon für <b>Massagetechniken</b> bis zu 10 Einheiten davon für <b>standardisierte Heilmittelkombination</b> bis zu 10 Einheiten <b>Frequenzempfehlung:</b> mind. 2x wöchentlich <b>Ziel:</b> Erlernen eines Eigenübungsprogrammes <b>Hinweise:</b> Sofern im Einzelfall verlaufsabhängig unmittelbar ein Wechsel von <b>WS1</b> zu <b>WS2</b> medizinisch begründet ist, ist die bereits zu <b>WS1</b> erfolgte Verordnungsmenge auf die Gesamtverordnungsmen-
	b	Funktionsstörungen /Schmerzen durch Fehl- oder Überbelastung discoligamentärer Strukturen	Funktionsverbesserung Verringerung, Beseitigung der Fehl- oder Überbelastung discoligamentärer Strukturen	A. KG C. <i>Traktion</i>	
	c	Muskeldysbalance, -insuffizienz, -verkürzung	Wiederherstellung, Besserung der gestörten Muskelfunktion	A. KG / KG-Gerät B. Übungsbehandlung / Chirogymnastik	
	d	segmentale Bewegungsstörungen	Wiederherstellung; Besserung der gestörten Beweglichkeit	A. KG / MT B. Übungsbehandlung / Chirogymnastik C. <i>Wärmetherapie / Kältetherapie</i>	
	e	motorische Parese von Extremitätenmuskeln / sensomotorische Defizite	Erhalt der kontraktilen Strukturen, Verbesserung der Kraft der paretischen Muskulatur bei prognostisch reversibler Denervierung	A. KG / KG-Gerät B. Übungsbehandlung C. <i>Elektrostimulation</i>	
	f	Schmerzen / Funktionsstörungen durch Muskelspannungsstörungen; Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen, Gewebequellungen, -verhärtungen, -verklebungen	Regulierung der schmerzhaften Muskelspannung, der Durchblutung, des Stoffwechsels, Beseitigung der Gewebequellungen, -verhärtungen und -verklebungen	A. KMT B. UWM / SM / PM / BGM C. <i>Elektrotherapie / Wärmetherapie / Kältetherapie / hydroelektrische Bäder</i>	
z.B.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bandscheibenprolaps insbesondere mit radiculären Syndromen</li> <li>Spondylolisthesis</li> <li>Foramenstenosen</li> <li>Korsettversorgte Skoliosen / Kyphosen</li> <li>Floriide juvenile Hyperkyphosen</li> <li>Seronegative Spondarthritis / M. Bechterew</li> <li>Entzündlich-rheumatische WS-Erkrankungen</li> </ul>				

# Heilmittelausgaben

Entwicklung der Ausgaben für Heilmittel im Vergleich zum Ausgabenvolumen







## Impfstoffe

- Verordnungsfähig sind **nur vorbeugende Impfstoffe zur aktiven Immunisierung**
- bei der Verordnung sind die **Empfehlungen der STIKO** (*Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut*) in der jeweils gültigen Fassung **zu berücksichtigen**

### Bezug:

Verordnung auf „rosa Rezeptblatt“ (Muster 16), im Personalienfeld mit Kennzeichnung „*Impfstoffe*“ und Markierung im Statusfeld „8“ und „9“, als Kostenträger ist die *AOK – Die Gesundheitskasse im Saarland* anzugeben

## Impfstoffe

### **Beispiele für die Verordnungsfähigkeit von Impfungen zu Lasten der Krankenkasse:**

#### **Tetanus:**

- Grundimmunisierung und Auffrischungsimpfungen

#### **Hepatitis B:**

- Grundimmunisierung bis zum 18. Lebensjahr
- ab dem 18. Lebensjahr nur bei bestimmten Indikationen (z.B. chron. Lebererkrankungen, Dialysepatienten...)

*nicht verordnungsfähig zu Kassenlasten sind Hepatitis-B-Impfungen*

- bei gefährdetem Personal (z. B. Krankenpfleger/in); hier zahlt der Arbeitgeber die Impfung
- bei Reisen in Gebiete mit hohem Hepatitis-B-Vorkommen in der Bevölkerung; hier trägt der Patient die Kosten für die Impfung selbst („Reiseimpfung“)



## War es das – nein es geht weiter

Weitere gesetzgeberische Eingriffe

- 1. Die wichtigsten Fakten zum AVWG**
- 2. Gesundheitsreform 2006-Arzneimittel-**



## Arzneimittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz - AVWG

### Inhalte und Maßnahmen

- Neue Festbetragsregelung
- Rabattverträge zwischen Arzneimittelhersteller und einzelnen Kassen – auch über Differenz zum Festbetrag
- Zweijähriges Preismoratorium für Arzneimittel (bis zum 31.März 2008)
- Verbot von Naturalrabatten
- Preissenkung bei generikafähigen Arzneimitteln um 10%
- zertifizierte Praxissoftware ohne irreführende Angaben
- Krankenhäuser sollen bei der Entlassungsmedikation auf Wirtschaftlichkeit achten
- Zuzahlungsbefreiung für preisgünstige Arzneimittel ab dem 01.07.06
- Arzneimittelvereinbarungen mit Tagestherapiekosten und „Bonus-Malus-Regelungen“

## Arzneimittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz - AVWG

### Zuzahlungsbefreiung für preisgünstige Arzneimittel ab dem 01.11.2006

- 130 Festbetragsgruppen
- von den Spitzenverbänden der Krankenkassen 14täglich aktualisierte Übersichten im Internet abrufbar ([www.gkv.info.de](http://www.gkv.info.de))
- **Problem für die Praxis:**  
zeitaufwendige Suche nach zuzahlungsbefreiten Medikamenten in sich fortlaufend ändernden Informationen
- **Empfehlung:**  
bei der Verordnung eines Medikamentes den INN (weltweit gültiger Freiname eines Arzneistoffes nach WHO) bzw. den Wirkstoffnamen verwenden – Verpflichtung des Apothekers eines der drei preisgünstigsten Präparate herauszugeben

## Arzneimittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz – AVWG Arzneimittelvereinbarung 2007

Vereinbarung von Durchschnittskosten je definierter  
Doseinheit für 7 Arzneimittelgruppen

Arzneimittelgruppe <i>Leitsubstanz</i>	1. Statine		2. PPI		3. Selekt. Betablocker	
	<i>Simvastatin</i>		<i>Omeprazol</i>		<i>Bisoprolol</i>	
KV-Wert sortiert	Anteil nach DDD in %	Kosten je DDD in €	Anteil nach DDD in %	Kosten je DDD in €	Anteil nach DDD in %	Kosten je DDD in €
1	84,3%	0,368	73,2%	1,085	41,4%	0,374
2	82,9%	0,378	71,4%	1,116	39,0%	0,403
<b>Drittbestער Wert</b>	<b>78,8%</b>	<b>0,397</b>	<b>67,9%</b>	<b>1,158</b>	<b>32,5%</b>	<b>0,403</b>
4	78,3%	0,410	67,2%	1,169	31,8%	0,409
5	76,5%	0,412	66,5%	1,177	29,9%	0,410
6	76,2%	0,414	60,5%	1,227	29,8%	0,411
7	73,9%	0,414	59,8%	1,232	29,7%	0,412
8	73,6%	0,420	57,0%	1,259	29,0%	0,416
9	72,9%	0,420	54,4%	1,270	28,9%	0,417
10	72,8%	0,421	51,9%	1,273	28,8%	0,419
11	72,7%	0,423	50,7%	1,294	27,6%	0,423
12	72,0%	0,428	50,7%	1,318	25,4%	0,424
13	71,2%	0,428	44,3%	1,326	22,1%	0,430
14	67,2%	0,435	41,5%	1,357	21,6%	0,431
15	67,0%	0,456	41,4%	1,362	21,1%	0,433
16	66,3%	0,456	41,2%	1,375	19,7%	0,433
17	60,9%	0,475	39,1%	1,401	18,1%	0,442

Werte der KV Saarland farblich unterlegt

# Arzneittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz – AVWG Arzneittelvereinbarung 2007

Arzneittelgruppe <i>Leitsubstanz</i>	4. Alpha-Rezep.-Blocker		5. SSRI		6. Bisphosphonate		7. Triptane	
	<i>Tamsulosin</i>		<i>Citalopram</i>		<i>Alendronsäure</i>		<i>Sumatriptan</i>	
KV-Wert sortiert	Anteil nach DDD in %	Kosten je DDD in €	Anteil nach DDD in %	Kosten je DDD in €	Anteil nach DDD in %	Kosten je DDD in €	Anteil nach DDD in %	Kosten je DDD in €
1	72,5%	0,728	24,6%	0,711	65,9%	1,445	30,2%	7,181
2	71,8%	0,733	24,4%	0,744	63,4%	1,489	29,0%	7,226
<b>Drittbester Wert</b>	<b>69,4%</b>	<b>0,735</b>	<b>17,8%</b>	<b>0,747</b>	<b>61,2%</b>	<b>1,531</b>	<b>27,7%</b>	<b>7,258</b>
4	69,4%	0,744	17,3%	0,757	60,2%	1,533	27,4%	7,295
5	68,9%	0,753	17,0%	0,757	59,7%	1,554	27,4%	7,301
6	67,5%	0,761	16,9%	0,767	59,2%	1,554	26,8%	7,307
7	66,9%	0,762	16,9%	0,769	58,7%	1,557	26,7%	7,310
8	66,3%	0,764	16,7%	0,771	58,6%	1,573	26,7%	7,363
9	65,3%	0,768	16,4%	0,774	58,6%	1,581	24,9%	7,363
10	64,1%	0,776	16,2%	0,775	58,5%	1,591	24,1%	7,373
11	63,8%	0,777	12,8%	0,779	58,0%	1,593	23,9%	7,393
12	62,7%	0,777	12,2%	0,790	57,6%	1,656	22,5%	7,403
13	62,4%	0,783	11,1%	0,792	55,0%	1,692	21,2%	7,404
14	62,2%	0,783	10,2%	0,793	54,7%	1,711	21,1%	7,408
15	61,5%	0,801	9,5%	0,811	54,3%	1,729	20,6%	7,516
16	59,7%	0,808	7,8%	0,834	52,5%	1,786	20,1%	7,543
17	58,9%	0,815	5,7%	0,844	52,5%	1,793	19,1%	7,694

Werte der KV Saarland farblich unterlegt

# Arzneittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz - AVWG

## Arzneivereinbarung 2007

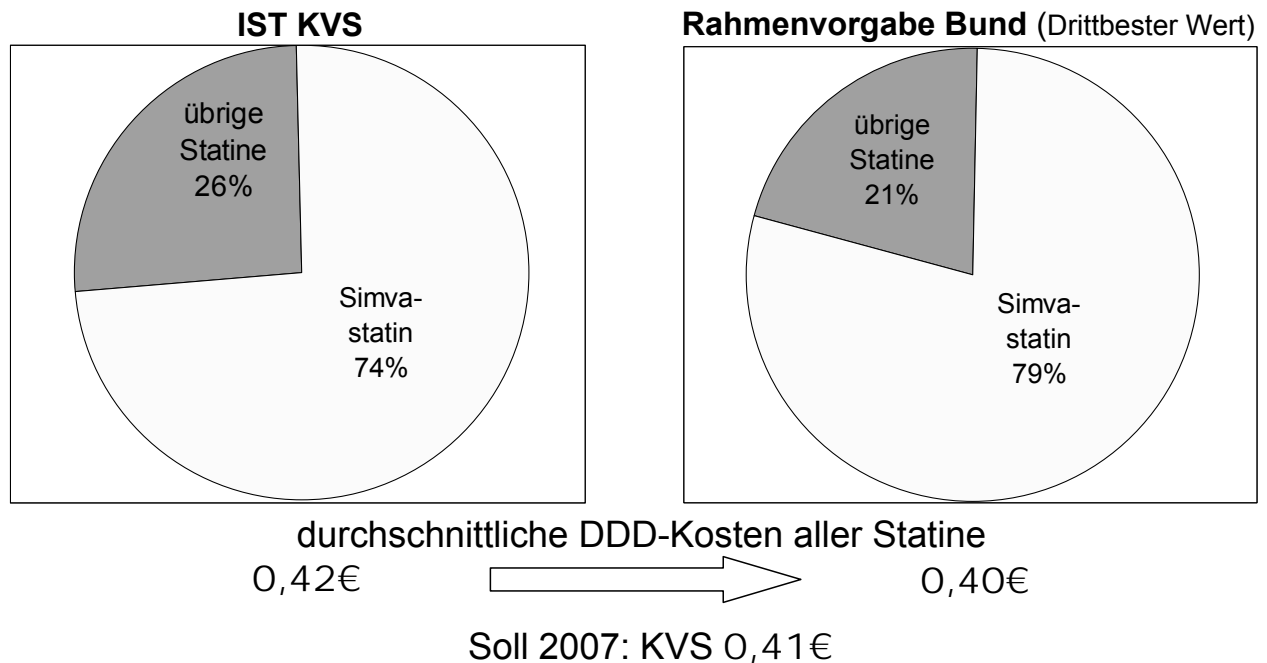
Vereinbarung von Durchschnittskosten je definierter Dosiseneinheit für 7  
Arzneittelgruppen

Arzneittelgruppe	Leitsubstanz	KVS Zielwerte 2007	
		Anteil nach DDD in %	Kosten je DDD in €
		<i>mindestens</i>	<i>höchstens</i>
Protonenpumpen-Inhibitoren (PPI)	<i>Omeprazol</i>	<b>60,6 %</b>	<b>1,23 €</b>
Statine	<i>Simvastatin</i>	<b>75,5 %</b>	<b>0,41 €</b>
Selektive Betablocker	<i>Bisoprolol</i>	<b>30,6 %</b>	<b>0,42 €</b>
Alpha-Rezeptorenblocker	<i>Tamsulosin</i>	<b>64,7 %</b>	<b>0,79 €</b>
Selektive-Serotonin-Rücknahme-Inhibitoren (SSRI)	<i>Citalopram</i>	<b>24,6 %</b>	<b>0,78 €</b>
Bisphosphonate	<i>Alendronsäure</i>	<b>56,9 %</b>	<b>1,71 €</b>
Triptane	<i>Sumatriptan</i>	<b>27,5 %</b>	<b>7,36 €</b>

# Arzneimittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz - AVWG

Anwendung Durchschnittskostenregelung

## Beispiel Statine – Simvastatin



## Berechnung der Tagestherapiekosten

- **DDD** (Defined Daily Doses)

$$\text{Preis} / \left( \frac{\text{Packungsgröße} \times \text{Wirkstoffmenge je Einheit}}{\text{DDD (nach DIMDI*)}} \right)$$

### Beispiel:

90 Tabletten, Nexium mups 40mg, Preis 113,20 €  
(WHO-DDD Esomeprazol 30mg)

### Berechnung nach Formel:

$$\frac{113,20 \text{ €}}{((90 \text{ Tab} \times 40 \text{ mg}) / 30 \text{ mg})} = \mathbf{0,94 \text{ €}}$$

### Alternative Berechnungsmethode:

#### Schritt 1:

$$90 \text{ Tab} \times 40 \text{ mg} = 3.600 \text{ mg}$$
$$3.600 \text{ mg} / 30 \text{ mg} = 120 \text{ DDD}$$

#### Schritt 2:

$$113,20 \text{ €} / 120 \text{ DDD (Ergebnis aus Schritt 1)} = \mathbf{0,94 \text{ €}}$$

## Arzneimittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz - AVWG

### Kosten von Dosiereinheiten von PPI

DDD-Zielwert 2007 PPI 1,23 €

Präparate	<b>20 mg</b>			
	Menge	DDD je Packung	Preis €	DDD- Kosten,€
<b>Omeprazol DDD 20mg</b>				
Omeprazol ratiopharm	100 Tab	100	67,30	<b>0,67</b>
Omeprazol AL	100 Tab	100	68,16	<b>0,68</b>
Omeprazol Heumann	100 Tab	100	74,45	<b>0,74</b>
Omedoc	100 Tab	100	90,28	<b>0,90</b>
Omelind	100 Tab	100	114,82	<b>1,15</b>
<b>Pantoprazol DDD 40mg</b>				
Pantozol Emra	100 Tab	50	86,14	<b>1,72</b>
Rifun	100 Tab	50	86,44	<b>1,73</b>
<b>Esomeprazol DDD 30mg</b>				
Nexium mups	90Tab	60	78,46	<b>1,31</b>

\*Preise nach DIMDI 01.10.2006, WHO-DDD

## Arzneimittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz - AVWG

### Kosten von Dosiereinheiten von PPI

DDD-Zielwert 2007 PPI 1,23 €

Präparate	<b>40 mg</b>			
	Menge	DDD je Packung	Preis €	DDD- Kosten,€
<b>Omeprazol DDD 20mg</b>				
Omeprazol dura	100 Tab	200	107,11	<b>0,54</b>
Omeprazol AL	100 Tab	200	107,15	<b>0,54</b>
Omeprazol STADA	100 Tab	200	107,20	<b>0,54</b>
<b>Pantoprazol DDD 40mg</b>				
Pantozol	100 Tab	100	125,19	<b>1,25</b>
Rifun	100 Tab	100	125,19	<b>1,25</b>
<b>Esomeprazol DDD 30mg</b>				
Nexium mups	90 Tab	120	113,20	<b>0,94</b>

\*Preise nach DIMDI 01.10.2006, WHO-DDD

## Arzneimittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz - AVWG

### Kosten von Dosiereinheiten von Statinen

Präparate	10 mg			
DDD-Zielwert 2007 Statine 0,41 €	Menge	DDD je Packung	Preis €	DDD- Kosten,€
<b>Simvastatin DDD 15 mg</b>				
Simvastatin corax	100 Tab	67	20,69	<b>0,31</b>
Simvastatin Heumann	100 Tab	67	24,19	<b>0,36</b>
Simvastatin Wolff	100 Tab	67	37,82	<b>0,57</b>
Zocor MSD	100 Tab	67	38,36	<b>0,58</b>
<b>Pravastatin DDD 20 mg</b>				
Pravabeta	100 Tab	50	28,91	<b>0,58</b>
Pravasin STADA	100 Tab	50	37,10	<b>0,74</b>
Sigaprava	100 Tab	50	46,49	<b>0,93</b>
Pravasin protect	100 Tab	50	54,64	<b>1,09</b>
<b>Lovastatin DDD 30 mg</b>				
Lovastatin ABZ	100 Tab	33	25,54	<b>0,77</b>
Lovastatin TEVA	100 Tab	33	25,55	<b>0,77</b>
Lovastatin SAAR	100 Tab	33	26,09	<b>0,78</b>
Mevinacor MSD	100 Tab	33	36,53	<b>1,10</b>
<b>Fluvastatin DDD 40 mg</b>				
<b>20 mg</b>				
Locol	100 Tab	50	37,99	<b>0,76</b>
Cranoc Kohl	100 Tab	50	59,75	<b>1,20</b>
Lescol Kohl Pharma	100 Tab	50	79,32	<b>1,59</b>

\*Preise nach DIMDI 01.10.2006

## Arzneimittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz - AVWG

### Kosten von Dosiereinheiten von Statinen

Präparate	40 mg			
DDD-Zielwert 2007 Statine 0,41 €	Menge	DDD je Packung	Preis €	DDD- Kosten,€
<b>Simvastatin DDD 15 mg</b>				
Simvastatin Corax	100 Tab	267	49,35	<b>0,19</b>
Simvastatin STADA	100 Tab	267	55,24	<b>0,21</b>
Zocor	100 Tab	267	74,89	<b>0,28</b>
<b>Pravastatin DDD 20 mg</b>				
Pravabeta	100 Tab	200	53,27	<b>0,27</b>
Pravasin STADA	100 Tab	200	71,94	<b>0,36</b>
Sigaprava	100 Tab	200	90,82	<b>0,45</b>
Pravasin	100 Tab	200	111,01	<b>0,56</b>
<b>Lovastatin DDD 30 mg</b>				
Lovabeta	100 Tab	133	52,25	<b>0,39</b>
Lovastatin -Ct	100 Tab	133	58,85	<b>0,44</b>
Mevinacor MSD	100 Tab	133	70,61	<b>0,53</b>
Mevinacor Eurim	100 Tab	133	107,27	<b>0,80</b>
<b>Fluvastatin DDD 40 mg</b>				
Locol	100 Tab	100	52,62	<b>0,53</b>
Cranoc	100 Tab	100	52,62	<b>0,53</b>
Lescol Kohl Pharma	100 Tab	100	81,64	<b>0,82</b>

\*Preise nach DIMDI 01.10.2006

# Arzneimittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz - AVWG

## Kosten von Dosiereinheiten nur *Simvastatin*

Präparate Packungsgröße 100 Tbl.* <b>DDD-Zielwert 2007</b>	10 mg 1000 mg=67 DDD		20 mg 2000 mg=133 DDD		40 mg 4000 mg=267 DDD	
	Preis €	DDD- Kosten, €	Preis €	DDD- Kosten, €	Preis €	DDD- Kosten, €
<b>Statine 0,41 €</b>						
simvastatin-corax®	20,69	0,30	30,29	0,22	49,35	0,19
simvadura	20,81	0,31	30,47	0,22	49,49	0,19
Simvastatin-1A Pharma	21,63	0,32	30,79	0,23	49,79	0,19
Simvastatin AbZ	21,63	0,32	30,79	0,23	49,79	0,19
Simvastatin AL	21,63	0,32	30,79	0,23	49,79	0,19
Simvabeta®	24,19	0,36	36,28	0,27	55,23	0,21
Simva TAD®	24,20	0,36	36,30	0,27	55,20	0,21
SimvaHexal®	24,20	0,36	36,30	0,27	55,24	0,21
Simvastatin-ratiopharm®	24,20	0,36	36,30	0,27	55,24	0,21
Simvastatin STADA®	24,20	0,36	36,30	0,27	55,24	0,21
Simvastatin Sandoz®	24,20	0,36	36,30	0,27	55,24	0,21
Simvacard®	35,22	0,53	47,11	0,35	74,89	0,28
Simvastatin-Wolff®	37,82	0,57	53,14	0,40	74,89	0,28
Zocor®	38,36	0,57	53,14	0,40	74,89	0,28

\*Preise nach DIMDI 01.10.2006, WHO-DDD 15 mg

## Therapiekosten pro Vertragsarzt nach vereinbarten Tagestherapiekosten

Ein Arzt verordnet **20.000 Tagesdosen** für **54 Patienten**  
nur simvadura 20 mg (**0,22 €/Tag**)

→ **Ausgabenvolumen für Statine 8.200 €** (20.000 DDD x 0,41€)

→ Ausgaben 4.400 € → **Unterschreitung 3.800 €**

### Zusammenfassung:

- Vorgabe von Tagestherapiekosten
- **keine Mengengrenzung/ keine Patientenbegrenzung**
- nur Preis der verordneten Medikamente ausschlaggebend
- Morbiditätsrisiko bei der Krankenkasse

eine Verordnung entsprechend der therapeutischen Notwendigkeit im  
*Einzelfall* (höhere Wirkstoffmenge und/oder häufigere Einnahme) ist möglich  
(z.B. 30 mg Simvastatin → 2x Durchschnittskosten, 60 mg → 4x Durchschnittskosten)



## Arzneimittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz - AVWG

### „Bonus-Malus-Regelung“

**Unterschreitung** des Ausgabenvolumens → **Bonus** an KV - an Ärzte zu verteilen, die wirtschaftlich verordnen und die Durchschnittskosten unterschreiten

**Malus** - Ausgleichsverpflichtung gegenüber den Krankenkassen bei:

<b>Überschreitung</b> der	> 10 – 20%	<b>20% der Mehrkosten</b>
Durchschnittskosten	> 20 – 30%	<b>30% der Mehrkosten</b>
je DDD	> 30 %	<b>50% der Mehrkosten</b>

Arzneimittel bei denen die „Bonus-Malus-Regelung“ Anwendung finden unterliegen nicht der Richtgrößenprüfung. Die Richtgrößen sind entsprechend zu bereinigen.

## Arzneimittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz - AVWG

### Verfahrensablauf

- Feststellung der Über-/Unterschreitung durch Prüfungsausschuss
- nach Ablauf eines Quartals
- auf der Grundlage der GAmSi-Schnellinformation
- Verfahren wie in der Wirtschaftlichkeitsprüfung

### Rechtsschutz

- Gegen Festsetzung eines Ausgleichsbetrages
  - **Widerspruch (aufschiebende Wirkung)**
  - **Klage zum Sozialgericht (keine aufschiebende Wirkung)**

## Gesundheitsreform 2006 (01.04.2007)

- **Arzneimittelvertrieb: Öffnungsklauseln für Preisvereinbarungen (Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs)**
- **Erleichterung der Abgabe von einzelnen Tabletten durch Apotheken (Auseinzelung)**
- **Kosten-Nutzen-Bewertung für Arzneimittel**
- **Verordnung spezieller Arzneimittel nur in Abstimmung mit besonders qualifizierten Ärzten**
- **Schutz der Arzneverordnungsdaten**
- **Anwendungsbeobachtungen bei Arzneimitteln**
- **Wirtschaftlichkeitsprüfungen**
- **Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittelreste (nur BTM)**

## Noch Fragen?



## VWA - Gesundheitsmanagement

**Hiermit sind wir am Ende der heutigen Veranstaltung**



Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Aufmerksamkeit und rege Beteiligung bedanken und wünsche Ihnen einen erfolgreichen Abschluss Ihres Studienganges