

## **Antwort**

**der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Drucksache 17/6798 –**

### **Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 106 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse werden bei künftigen Ärztinnen und Ärzten laut einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter 12 000 Medizinstudierenden als eines der größten Investitionshemmnisse für die Niederlassung als Vertragsarzt/Vertragsärztin empfunden. Eine weitere Umfrage der KBV belegt jedoch auch, dass im Schnitt weniger als 1 Prozent der Ärztinnen und Ärzte von Regressen betroffen sind. Bei 2,7 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wurde im Jahr 2007 ein Richtgrößenverfahren eingeleitet. Diese Diskrepanz zwischen der wahrgenommenen Existenzbedrohung und den tatsächlichen Regressen verhindert eine objektive Diskussion der Problematik und trägt zur Verzerrung des Gesamtbildes bei.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet. Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel dürfen nur in einem bestimmten Umfang verordnet werden. Zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen vertragsärztlichen Versorgung vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen fachgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen. Gleichzeitig sind die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) dazu verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen zu überwachen. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch die arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V – (Auffälligkeitsprüfung) sowie durch die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 Prozent der Ärztinnen und Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung).

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Gesetzliche Regelungen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Verordnungen sind unverzichtbar. Das Gemeinwesen ist darauf angewiesen, dass jede Ärztin und jeder Arzt im Rahmen des Möglichen dafür Sorge trägt, dass überflüssige Kosten in der Gesundheitsversorgung vermieden werden.

Damit das mit einem vertretbaren Aufwand für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte möglich ist, hat der Gesetzgeber eine Reihe von Erleichterungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgesehen: So sollen Auffälligkeitsprüfungen in der Regel für nicht mehr als 5 Prozent der Ärztinnen und Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden. Damit soll erreicht werden, dass nur solche Ärztinnen und Ärzte mit besonders auffälligem Ordnungsverhalten in die Prüfung einbezogen werden. Zudem muss bei der Prüfung einem besonderen Ordnungsbedarf von Ärztinnen und Ärzten aufgrund der Morbiditätsstruktur ihrer Patienten durch die Anerkennung von sogenannten Praxisbesonderheiten Rechnung getragen werden. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, Praxisbesonderheiten vorab zu definieren, die in der Folge ohne gesonderte Darlegung der betroffenen Ärztin oder des betroffenen Arztes berücksichtigt werden müssen. Im Rahmen dieser Vorabprüfung wird bereits ein Großteil der Überschreitungen erklärt, so dass weitere Schritte verhindert werden. Die Regressfestsetzung darf nicht länger als zwei Jahre nach Ende des geprüften Ordnungszeitraums erfolgen. Zur Milderung der Folgen von Regressen besteht die Möglichkeit für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung, den Betrag zu stunden oder zu erlassen. Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarkts in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde diese Möglichkeit auch für die Krankenkassen geschaffen. Darüber hinaus wurde die Höhe eines Regresses für die ersten beiden Jahre einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent auf insgesamt 25 000 Euro begrenzt.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz soll der Aufwand für Ärztinnen und Ärzte weiter begrenzt werden, wobei dem Grundsatz „Beratung vor Regress“ Rechnung getragen werden soll.

1. a) Trifft es zu, wie die Umfrage der KBV nahelegt, dass anders als dies etwa künftige Ärztinnen und Ärzte vermuten, nur ein geringer Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte von Regressen betroffen ist?  
Wenn ja, worauf führt die Bundesregierung die Diskrepanz zwischen tatsächlicher und empfundener Betroffenheit zurück?
- b) Wenn es zutrifft, auf welche Weise will die Bundesregierung in der niedergelassenen Ärzteschaft sowie bei angehenden Ärztinnen und Ärzten auf eine bessere Information über den tatsächlichen Umfang von Regressen hinwirken?
- c) Welche Maßnahmen der KV und der KBV sind der Bundesregierung bekannt, in der niedergelassenen Ärzteschaft Transparenz über den tatsächlichen Umfang von Regressen herzustellen?
- d) Wie häufig werden inzwischen Softwareprogramme eingesetzt, die zeitnah eine Einschätzung erlauben, ob das Ordnungsverhalten der Praxis zu einer Überschreitung der Richtgrößenvolumina führt?

In der genannten bundesweiten Befragung von Medizinstudierenden in Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurde unter Nennung von verschiedenen Faktoren gefragt, welche davon gegen eine Niederlassung in eigener Praxis sprechen würden. Einer der genannten Faktoren lautete „drohende Regressforderungen durch die Krankenkassen“. Die Frage stellt auf die theoretische Möglichkeit von Regressforderungen ab – und nicht auf die Wahrscheinlichkeit einer tatsächlichen Betroffenheit durch einen Regress. Aus

der Umfrage ergibt sich somit nicht, wie hoch die Befragten den Anteil der von Regressen betroffenen Ärztinnen und Ärzte einschätzen.

Aus Sicht der KBV entspricht die empfundene Bedrohung durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse dem Alltag eines niedergelassenen Vertragsarztes. Eine Diskrepanz zwischen tatsächlicher und empfundener Betroffenheit liegt aus Sicht der KBV nicht vor.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) informieren die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte regelmäßig über den Abschluss und die Umsetzung von Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Dazu zählen auch Informationen über Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Information erfolgt über verschiedene Medien wie z. B. Zeitschriften, Rundschreiben oder das Internet. Darüber hinaus bieten viele Kassenärztliche Vereinigungen ihren Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an, sich individuell telefonisch oder persönlich zu informieren.

Nach Informationen des GKV-Spitzenverbandes sehen die Zertifizierungsvorgaben nach § 73 Absatz 8 SGB V für Praxisverwaltungssysteme ein Ausgaben-Controlling für die Ärztinnen und Ärzte bzw. die Praxis vor. Der Bundesregierung ist der Nutzungsgrad dieser Funktion nicht bekannt.

2. Liegen der Bundesregierung konkrete Erkenntnisse darüber vor, wie viele Auffälligkeitsprüfungen nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V seit der Einführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung pro Jahr und Bundesland durchgeführt worden sind?

Falls ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Die Verantwortung für die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung obliegt den Vertragspartnern der Selbstverwaltung auf Landesebene. Die Aufsicht über die dabei beteiligten Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Umfangreiche Berichtspflichten an die Bundesregierung über Einzelheiten der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind daher nicht vorgesehen.

3. a) Liegen der Bundesregierung konkrete Erkenntnisse darüber vor, wie viele Zufälligkeitsprüfungen nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V seit der Einführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung pro Jahr und KV durchgeführt worden sind?

Falls ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

- b) Wie groß ist der Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, deren Verordnungen pro Quartal einer Zufälligkeitsüberprüfung unterzogen werden (bitte pro KV und Arztgruppe aufschlüsseln)?

Es wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

4. a) Wie hat sich die Zahl der Prüfverfahren seit der Einführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung entwickelt?
- b) Wie hat sich die Zahl der gezielten Beratungen nach § 106 SGB V entwickelt?
- c) Wie hoch war bisher der Anteil von gezielten Beratungen aufgrund einer Überschreitung der maximale Verordnungsmenge
  - bei Erst- und Folgeverordnungen von Heilmitteln,

- von Hilfsmitteln, die über den Standard nach dem Hilfsmittelverzeichnis hinausgehen,
  - bei Arzneimitteln?
- d) In wie vielen Fällen erfolgten nach der Stellungnahme der Ärztinnen und Ärzte keine weiteren Maßnahmen, und aus welchen Gründen?
- e) In wie vielen Fällen wurde ein Regressverfahren eingeleitet?
- f) Wie viele Regresse wurden ausgelöst infolge der Überschreitung der maximalen Verordnungsmenge bei
- Erst- und Folgeverordnungen von Heilmitteln,
  - Hilfsmitteln, die über den Standard nach dem Hilfsmittelverzeichnis hinausgehen,
  - bei Arzneimitteln?
- g) Wie viele Ärztinnen und Ärzte erhielten einen Regressbescheid, und in welcher Höhe (bitte Spannbreite angeben)?
- h) Welchen Anteil haben die jeweiligen Arztgruppen bei den Regressbescheiden?
- i) Welche Aussagen können zu Häufungen von Regressen getroffen werden, beispielsweise ob diese eher in städtischen oder ländlichen Regionen vorkommen?
- j) Wie hoch ist der Anteil von verordnenden Ärztinnen und Ärzten, die Praxisbesonderheiten geltend machen?
- k) Wie häufig werden Praxisbesonderheiten, die zu einem Vorwegabzug von Verordnungskosten führen, erst im Nachhinein im Rahmen eines Prüfverfahrens geltend gemacht?

Der Bundesregierung liegen keine detaillierten Daten in Bezug auf die Einzelheiten der Durchführung und die Ergebnisse der Prüfverfahren vor. Insoweit wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

Soweit Informationen vorliegen, weisen diese insgesamt nicht die erforderliche Qualität hinsichtlich Vollständigkeit und Eindeutigkeit auf. Für die Verordnungszeiträume 2007 und 2008 verfügt die Bundesregierung für den Arzneimittelbereich über Daten aus eigenen Erhebungen, die jedoch nicht vollständig sind.

Danach betrug für den Verordnungszeitraum des Jahres 2007 die Summe der festgesetzten Erstattungsbeträge bei Arzneimitteln rund 21 Mio. Euro (bundesweit, ohne Bayern und Niedersachsen). Betroffen waren rund 0,7 Prozent aller verordnenden Praxen. Für den Verordnungszeitraum des Jahres 2008 betrug die Summe der festgesetzten Erstattungsbeträge bei Arzneimitteln rund 17,5 Mio. Euro (bundesweit, ohne Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern). Betroffen waren rund 0,5 Prozent aller verordnenden Praxen. Der durchschnittlich festgesetzte Ausgleichsbetrag betrug rund 30 000 Euro. Es ist nicht bekannt, wie viele Bescheidempfinger Widerspruch beim Beschwerdeausschuss einlegten, in wie vielen Fällen dieser erfolgreich war, wie viele der vor dem Beschwerdeausschuss nicht erfolgreichen Ärzte beim Sozialgericht Klage einreichten und in wie vielen Fällen diese erfolgreich war.

Nach den vorliegenden Informationen geht die Bundesregierung für den Heilmittelbereich insgesamt eher von einer geringeren Betroffenheit der Vertragsärztinnen und -ärzte aus.

Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass die gesetzlichen Vorgaben zur Hilfsmittelversorgung eine Vereinbarung von Ausgabenvolumina, Verordnungsmengen oder Richtgrößen und darauf basierende Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht vorsehen. Auch die vertragsärztliche Verordnung hat im Hilfsmittelbereich einen anderen Stellenwert. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Hilfsmitteln wird im Wesentlichen im Rahmen des Bewilligungsverfahrens und durch ver-

tragliche Regelungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern sichergestellt.

5. Welchen jeweiligen Anteil bei den Regressen infolge von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Absatz 2 Nummer 2 SGB V haben die in § 106 Absatz 2a SGB V genannten Maßstäbe?

Angaben zur Quantifizierung liegen der Bundesregierung nicht vor. Aus Stellungnahmen der verschiedenen Gemeinsamen Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung ergibt sich, dass diese Maßstäbe grundsätzlich wichtig sind. So richtet sich die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten auch nach den dort genannten Maßstäben, was bedeutet, dass eine Therapie, die bei Indikation, Effektivität, Qualität und Effizienz nicht die Kriterien einer evidenzbasierten Medizin erfüllt, nicht als Besonderheit anerkannt wird.

- a) Werden die von den Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüssen nach § 106 Absatz 7 SGB V einmal jährlich zu erstellenden und der jeweiligen Aufsichtsbehörde vorzulegenden Übersichten über die Zahl der durchgeführten Beratungen und Prüfungen sowie die von ihnen festgesetzten Maßnahmen veröffentlicht?  
Falls ja, wo werden sie veröffentlicht?
- b) Falls nein, warum werden diese Übersichten nicht veröffentlicht?
- c) Inwieweit teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass eine Veröffentlichung dieser Daten (unter Berücksichtigung des Datenschutzes) geeignet wäre, mögliche Ängste in der niedergelassenen Ärzteschaft oder bei künftigen Ärztinnen und Ärzten auszuräumen?

Es gibt keine gesetzliche Verpflichtung zur Veröffentlichung der von den Prüfungsstellen und den Beschwerdeausschüssen jährlich zu erstellenden und den Aufsichtsbehörden vorzulegenden Übersichten. Die Berichtspflicht dient primär der Verfahrenskontrolle durch die zuständigen Aufsichtsbehörden. Teilweise werden entsprechende statistische Daten jedoch von den Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Mitgliedern zur Verfügung gestellt. Um mögliche Ängste auszuräumen, sind nach Auffassung der Bundesregierung transparente Verfahren und eine umfangreiche Unterstützung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei der rationalen Verordnung von Arznei- und Heilmitteln besser geeignet, als die Veröffentlichung statistischer Erhebungen. Es ist beabsichtigt, den Aufwand für Ärztinnen und Ärzte weiter zu begrenzen, wobei dem Grundsatz „Beratung vor Regress“ Rechnung getragen werden soll.

7. Welchen Einfluss haben die Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf die Arznei- und Heilmittelvereinbarungen?

Arznei- und Heilmittelvereinbarungen werden gemeinsam und einheitlich von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen. Die Vertragspartner sind nicht gesetzlich verpflichtet, Ergebnisse von Wirtschaftlichkeitsprüfungen in die Arznei- und Heilmittelvereinbarungen einfließen zu lassen. Darüber hinaus liegen bestandskräftige Ergebnisse von Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der Regel mit Zeitverzug vor, so dass durch gegebenenfalls veränderte Rahmenbedingungen kein direkter Zusammenhang mit den aktuellen prospektiv ausgerichteten Arznei- und Heilmittelvereinbarungen gegeben sein könnte oder herzustellen ist.

8. Sind der Bundesregierung Forschungsvorhaben bekannt, die das Ziel haben, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse auszuwerten?

Falls ja, wie interpretiert die Bundesregierung die Ergebnisse?

Falls nein, will die Bundesregierung entsprechende Forschungsvorhaben fördern?

Der Bundesregierung sind solche Forschungsvorhaben nicht bekannt, auch liegen derzeit keine Anträge auf Förderung entsprechender Vorhaben vor.



