

## § 106b

## Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

(1) <sup>1</sup> Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen wird ab dem 1. Januar 2017 anhand von Vereinbarungen geprüft, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu treffen sind. <sup>2</sup> Auf Grundlage dieser Vereinbarungen können Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106 Absatz 3 festgelegt werden. <sup>3</sup> In den Vereinbarungen müssen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen enthalten sein. <sup>4</sup> Die Vereinbarungen nach Satz 1 gelten für Leistungen, die ab dem 1. Januar 2017 verordnet werden.

**(1a) <sup>1</sup> Bei Verordnungen saisonaler Grippeimpfstoffe gilt eine angemessene Überschreitung der Menge gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich. <sup>2</sup> Das Nähere ist in den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 zu regeln.**

**(1a) – richtig; (1b) Muss für ein Arzneimittel auf Grund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden, ist die erneute Verordnung des Arzneimittels oder eines vergleichbaren Arzneimittels bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen.**

(2) <sup>1</sup> Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren einheitliche Rahmenvorgaben für die Prüfungen nach Absatz 1. <sup>2</sup> Darin ist insbesondere festzulegen, in welchem Umfang Wirtschaftlichkeitsprüfungen mindestens durchgeführt werden sollen. <sup>3</sup> Festzulegen ist auch ein Verfahren, das sicherstellt, dass individuelle Beratungen bei statistischen Prüfungen der Ärztinnen und Ärzte der Festsetzung einer Nachforderung bei erstmaliger Auffälligkeit vorgehen; dies gilt nicht für Einzelfallprüfungen. <sup>4</sup> Die Vereinbarungspartner nach Satz 1 legen zudem besondere Verordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln fest, die bei den Prüfungen nach Absatz 1 anzuerkennen sind. <sup>5</sup> Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können darüber hinaus weitere anzuerkennende besondere Verordnungsbedarfe vereinbaren. <sup>6</sup> Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Oktober 2015 nicht zustande, entscheidet das **zuständige** Schiedsamt gemäß § 89.

**(2a) <sup>1</sup> Nachforderungen nach Absatz 1 Satz 2 sind auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung zu begrenzen. <sup>2</sup> Etwaige Einsparungen begründen keinen Anspruch zugunsten des verordnenden Arztes. <sup>3</sup> Das Nähere wird in den einheitlichen Rahmenvorgaben nach Absatz 2 vereinbart.**

(3) <sup>1</sup> Sofern Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 31. Juli 2016 ganz oder teilweise nicht zustande kommen, wird der Vertragsinhalt durch das **zuständige** Schiedsamt gemäß § 89 festgesetzt. <sup>2</sup> Bis zu einer Vereinbarung nach Absatz 1 gelten die Regelungen in den §§ 84, 106, 296 und 297 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung fort.

(4) Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen nicht:

1. Verordnungen von Heilmitteln für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nach § 32 Absatz 1a;
2. Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Absatz 8 beigetreten ist; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Laufzeit der Verträge;
- 3. Verordnungen von Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7;**
- 4. Verordnungen von Heilmitteln nach § 73 Absatz 11 Satz 1.**

(5) § 130b Absatz 2 und § 130c Absatz 4 bleiben unberührt.

Begründung zum GSAV:

*Zu Absatz 1a – richtig: 1b*

*Die erneute Verordnung eines Arzneimittels in Fällen eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit kann zu einer Belastung des Vertragsarztes im Fall einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 führen. Um den besonderen Umständen der Ersatzverordnung Rechnung tragen zu können, sollten diese als Praxisbesonderheit bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt werden.*

**Begründung zum TSVG:**

*Zu Absatz 2 Satz 6, Satz 7 – aufgehoben*

*Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89 zur Verwirklichung eines weitgehend einheitlichen Schiedswesen im SGB V. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 nicht zustande, entscheidet das zuständige Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 2. Satz 7 wird aufgehoben, da bereits in § 89 Absatz 9 Satz 4 geregelt ist, dass Klagen gegen Entscheidungen des Schiedsamtes keine aufschiebende Wirkung haben.*

*Zu Absatz 3 Satz 1, Satz 2 – aufgehoben*

*Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89 zur Verwirklichung eines weitgehend einheitlichen Schiedswesen im SGB V. Kommen Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 nicht zustande, entscheidet das zuständige Landesschiedsamt nach § 89 Absatz 1. Satz 2 wird aufgehoben, da bereits in § 89 Absatz 9 Satz 4 geregelt ist, dass Klagen gegen Entscheidungen des Schiedsamtes keine aufschiebende Wirkung haben.*

**Der 14. Ausschuss begründet das Einfügen von Absatz 1a und 2a sowie von Absatz 4 Nummer 3 und 4 wie folgt:**

*Zu Absatz 1a*

*Bei saisonalen Grippeimpfstoffen kann es aufgrund herstellungsbedingter Besonderheiten, verbunden mit kurzen Vorbestellfristen und regionalen Unterschieden der Bestellung dieser Impfstoffe für den Praxisbedarf zu Problemen bei der Versorgung versicherter Personen kommen. Grippeimpfstoffe werden von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auf Grund von Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen nicht personenbezogen, sondern als Sprechstundenbedarf zur vertragsärztlichen Behandlung verordnet. Grippeimpfungen, die Krankenkassen für ihre Versicherten freiwillig als Satzungsleistungen übernehmen, sollen bei der Verordnung als Sprechstundenbedarf berücksichtigt werden. Ärztinnen und Ärzten soll zur Sicherstellung der Versorgung ermöglicht werden, bei der Bestellung und Verordnung für ihren Praxisbedarf einen angemessenen „Sicherheitszuschlag“ einkalkulieren zu können, ohne allein auf Grund dieser Tatsache bei einer geringeren Zahl durchgeführter Impfungen etwaige Regressforderungen befürchten zu müssen. Die näheren Festlegungen bleiben den Vereinbarungen der Vertragspartner nach Absatz 1 überlassen. Für eine Impfsaison soll eine angemessene, mindestens jedoch zehnprozentige Überschreitung gegenüber der erst im Nachhinein tatsächlich feststellbaren Menge durchgeführter Impfungen in jeden Fall noch als „wirtschaftlich“ gewertet werden. Auch das Paul-Ehrlich-Institut hat bei der Bedarfsprüfung nach § 132e Absatz 2 eine zusätzliche Reserve von 10 Prozent zu berücksichtigen. Die sonstigen Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit der Verordnung saisonaler Grippeimpfstoffe, die in den Vereinbarungen jeweils geregelt sind, sind ungeachtet dessen zu beachten.*

*Zu Absatz 2a*

*Durch die Änderung wird die Höhe von Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise auf eine Differenzberechnung beschränkt. Die Nachforderung ergibt sich aus dem Mehrbetrag, der nach Abzug der ärztlich verordnungsfähigen Leistung zu Lasten des Kostenträgers verbleibt. Soweit sich durch eine unzulässige Verordnung Kostenersparnisse zugunsten des Kostenträgers ergeben, kommt dies nicht dem verordnenden Arzt zugute. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren das Nähere in den einheitlichen Rahmenvorgaben nach Absatz 2.*

*Zu Absatz 4*

*Zu Nummer 3*

*Zum Abbau von Regressrisiken und von Bürokratieaufwand unterliegen Verordnungen von Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 künftig nicht mehr den Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Der Durchführung derartiger Wirtschaftlichkeitsprüfungen steht nach Angaben aus der Praxis auch die vielfach schlechte Datenlage entgegen. Nach § 39 Absatz 1 Satz 2 ist es weiterhin insbesondere auch die Aufgabe des Krankenhauses, die Erforderlichkeit der Behandlung zu prüfen. Zudem ist die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung im Streitfall uneingeschränkt von der Krankenkasse und ggf. durch Gericht zu überprüfen (BSG, Gr. Senat, Beschl. v. 25.9.2007, Az. GS 1/06 = SozR 4 – 2500 § 39 Nr. 10). Die Leistungen bzw. Behandlungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen müssen von den Krankenkassen im Vorfeld genehmigt werden. Dabei haben die Krankenkassen bereits auch das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 zu beachten. Eine Herausnahme der Verordnungen von*

*Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen aus den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher verordneter Leistungen ist daher sachgerecht.*

*Zu Nummer 4*

*Die Ergänzung regelt, dass die Versorgungsform der sogenannten „Blankverordnung“ nach dem neuen § 125a, durch die der Vertragsarzt bei der Verordnung von Heilmitteln die Entscheidung über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten dem Therapeuten überlässt, nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt. Der Vertragsarzt hat bei dieser Versorgungsform keine Möglichkeit, auf die Entscheidung über die Art und den Umfang der Heilmittelbehandlung Einfluss zu nehmen, da diese dem Therapeuten obliegt.*