

Wirtschaftlichkeit nachweisen und Regress vermeiden

Als Vertragsarzt und Leistungserbringer sind Sie im Rahmen des Sachleistungsprinzips verpflichtet, Ihre Behandlungserfolge unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu erzielen. Solange Ihre Verordnungen und die Kosten bei den Krankenkassen im Durchschnitt liegen oder Sie weder zu wenig noch zu viel Zeit für Ihre Behandlungen benötigen, müssen Sie in der Regel nicht mit Konsequenzen rechnen.





Bewegt sich Ihre Arbeit jedoch außerhalb der Richtgrößen, kann Ihre Abrechnung von den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf Plausibilität und Wirtschaftlichkeit geprüft werden. Erfahren Sie hier, was Sie über diese Prüfungen und Regresse wissen müssen.

Gesetzliche Grundlage

Das sogenannte **Wirtschaftlichkeitsgebot** nach **§ 12 SGB V** dient als Maßstab für die Einordnung der GKV-Leistungen. Diese müssen demnach stets **ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich** und **notwendig** sein.

Scheinen Ihre Leistungen diesen Vorgaben nicht zu entsprechen und kommt es zu einer Prüfung, bilden die Rahmenvorgaben nach **§ 106 Abs. 2 SGB V** die Grundlage für die Vereinbarungen gemäß **§ 106b Abs. 1 SGB V** zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Betrachtet werden im Rahmen von **Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen** immer **sämtliche Leistungen**, wie Verordnung von Arzneimitteln oder Heilmitteln, Sprechstundenbedarf, Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit, Verordnung von Hilfsmitteln etc.



Die Wirtschaftlichkeitsprüfung verfolgt keine Strafabsicht, sondern dient der Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Was heißt Wirtschaftlichkeit?

Ausreichend sind Leistungen,

- wenn sie dem Einzelfall angepasst hinreichende Chancen auf Heilung bieten,
- dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen
- und dem medizinischen Fortschritt genügen.

Zweckmäßig sind Maßnahmen,

- die objektiv wirksam und geeignet sind, den Heilerfolg herbeizuführen.

Notwendig sind Behandlungen,

- die nicht über den Umfang dessen hinausgehen, was im Einzelfall zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit unentbehrlich, unverzichtbar oder unvermeidlich ist.

Wirtschaftlich sind Leistungen,

- wenn die gewählte Therapie im Vergleich zu alternativen Behandlungsoptionen ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist.



i

Sogenannte Ampellisten nach § 73 Abs. 8 SGB V sind von Krankenkassen oder KVen herausgegebene Hinweislisten, die über die Preise der gängigen Verbandmittel informieren und Ihnen bei der Einhaltung der Wirtschaftlichkeit helfen sollen. Sie besitzen lediglich Empfehlungscharakter und garantieren keinen Schutz vor einer Wirtschaftlichkeitsprüfung oder Regressansprüchen.

Regress vermeiden

Wenn Sie einige Dinge in der Praxis beachten, können Sie das Risiko einer Wirtschaftlichkeitsprüfung reduzieren und einen Regress vermeiden.

✓ **Lückenlose Dokumentation**

- inkl. Fotodokumentation

✓ **Zeitprofil im Auge behalten**

- Rechnen Sie nicht mehr als 12 Stunden am Tag und 780 Stunden pro Quartal ab

✓ **Praxisbesonderheiten nachweisen**

- Nachweis unter Angabe von Versichertennummer, Patientenname, Geburtsdatum und Diagnose (ICD-Schlüssel)
- Verordnete Arzneimittel, Verbandmittel und Heilmittel (inkl. der Mengen und der entstandenen Kosten)
- Besondere Ausrichtung der Praxis
- Spezialisierung
- Anfängerpraxis
- Hohe Fluktuation

- Spezielles Patientengut
- Einzugsgebiet der Praxis
- Örtliche Besonderheiten
- Belegärztliche Tätigkeiten
- Durchführung ambulanter Operationen
- Überdurchschnittlich hoher Überweisungsempfang

✓ **Begründung für Fallzahlsteigerungen**

- Tod/Vertretung eines Kollegen
- Praxis im Neubaugebiet
- saisonale Schwankungen
- Änderungen des Leistungsspektrums, z. B. durch erweiterte Qualifikation oder neue Geräte



Sie wollen mehr zum Thema Regressvorsorge in der Wundversorgung und Abrechnung von Verbandmitteln erfahren? Informieren Sie sich jetzt unter



[www.molnlycke.de/
regress/](http://www.molnlycke.de/regress/)



Verhalten bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die erbrachten ärztlichen Leistungen Ihrer Praxis können nur auf Antrag einer KV oder Krankenkasse hin geprüft werden. Hierfür muss ein begründeter Verdacht vorliegen, dass Sie nicht im Sinne der Wirtschaftlichkeit gearbeitet haben.

Muss sich Ihre Praxis einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterziehen:

1. Überprüfen Sie den Prüfantrag auf formale Kriterien
2. Schalten Sie ggf. einen Fachanwalt ein
3. Beantragen Sie Akteneinsicht
4. Verlängern Sie ggf. die Stellungnahmefrist
5. Ermitteln und analysieren Sie Praxisbesonderheiten und Auffälligkeiten in der Abrechnung
6. Bereiten Sie Ihre Stellungnahme sorgfältig vor und legen Sie entsprechende Einzelfälle samt Unterlagen wie Befunde oder Röntgenbilder bei
7. Beantragen Sie ggf. eine persönliche Anhörung
8. Reichen Sie Ihre vollständige Stellungnahme ein

Nachdem das Prüfungsgremium Ihre Stellungnahme erhalten und den Sachverhalt geprüft hat, erlässt die KV einen Bescheid über die Regressforderung. Diese kann eine konkrete Rückzahlungssumme enthalten.



Der einfache Verweis auf eine spezifische Patientenstruktur (Alter etc.) reicht nicht aus. Begründen Sie stattdessen die hieraus ableitbaren Mehrkosten oder Leistungsanforderungen.



Verhalten bei einem Regress

Hat die Prüfung Ihrer ärztlich verordneten Leistungen ergeben, dass Sie nicht im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots gearbeitet haben, geht Ihnen ein Regressbescheid zu.

Liegt Ihnen bereits ein Regressbescheid vor, dann:

1. Prüfen Sie diesen genau
2. Legen Sie fristgerecht (binnen 1 Monats) schriftlich Widerspruch beim Beschwerdeausschuss ein
3. Fügen Sie dem Widerspruch eine Begründung bei, in der Sie z.B. auf Praxisbesonderheiten eingehen.
4. Nehmen Sie möglichst an der mündlichen Verhandlung des Beschwerdeausschusses teil
5. Lassen Sie sich dabei anwaltlich vertreten
6. Nehmen Sie vom Ausschuss Vergleiche nur unter Widerrufsvorbehalt an
7. Reichen Sie im Zweifel beim Sozialgericht innerhalb eines Monats gegen den Bescheid Klage ein



Neue Verbandmittelrichtlinie

Ende 2020 erfolgte eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL). Es traten Abschnitt P und Anlage Va in Kraft, die Einfluss auf die künftige Erstattungsfähigkeit von Wundversorgungsprodukten nehmen. Sie enthalten eine neue Verbandmitteldefinition.

02.12.2020

Inkrafttreten des
Beschlusses des G-BA

36-monatige Übergangsfrist

01.12.2023

Ende der
Übergangsfrist

01.07.2021

Start der Übergangsfrist
und der neuen Stichtagsregelung
(rückwirkend ab 02.12.2020)

Alle Produkte sind bis zum 01.12.2023 erstattungsfähig. Nach der 36-monatigen Übergangsfrist verlieren einige Produkte ihre Erstattungsfähigkeit.

Die Verordnung erfolgt weiterhin über das Rezeptformular Muster 16.

i

Informieren Sie sich hier weitergehend
über die Erstattungsfähigkeit von
Wundversorgungsprodukten:



[www.molnlycke.de/
verbandmitteldefinition/](http://www.molnlycke.de/verbandmitteldefinition/)



Aktuell erstattungsfähige Produkte in der Wundversorgung

Nach der neuen Verbandmittelrichtlinie werden nun folgende Unterscheidungen in der Verordnung von Wundversorgungsprodukten vorgenommen:

KATEGORIE 1 EINDEUTIGE VERBANDMITTEL

Klassische Verbandmittel, die bedecken und/oder aufsaugen, wie bspw. sterile und unsterile Verbandstoffe, Kompressionsbinden und Saugkompressen, sind **nach wie vor voll erstattungsfähig**. Das sind z. B. Wundschnellverbände aber auch Material zur Fixierung.

KATEGORIE 3 SONSTIGE PRODUKTE ZUR WUNDBEHANDLUNG

Auch **andere Produkte**, deren **Hauptwirkung nicht im Bedecken und Aufsaugen** besteht oder die eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung haben, **verlieren ab 02.12.2023 erst einmal ihre Erstattungsfähigkeit**.

KATEGORIE 2 VERBANDMITTEL MIT ERGÄNZENDEN EIGENSCHAFTEN

Ebenfalls als Verbandmittel **weiterhin verordnungs- und erstattungsfähig** sind Produkte, die **neben der Hauptwirkung über zulässige ergänzende Eigenschaften verfügen** und z. B. die Wunde feuchthalten oder reinigen, Wundexsudat oder Gerüche binden, ein Verkleben mit der Wunde verhindern (antiadhäsiv) beziehungsweise sich atraumatisch wechseln lassen. Das sind z. B. Schaumverbände, Superabsorber, Wundkontaktauflagen, Filmverbände, Alginate und Faserverbände.

Produkte, die allerdings eine **antimikrobielle Wirkung** an oder in der Wunde entfalten, die als pharmakologisch, immunologisch oder metabolisch anzusehen ist, sind **nach einer Übergangsfrist nur noch bis zum 01.12.2023 erstattungsfähig**. Danach können sie zwar weiterhin verordnet werden, allerdings erst nach Prüfung des medizinischen Nutzens durch den G-BA und Aufnahme in den Leistungskatalog. Dazu zählen ggf. auch silber-, jod- und PHMB-haltige Produkte wie Wundgele und antimikrobielle Wundauflagen.



i

Wundversorgungsprodukte, die bisher zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wurden, sind noch bis Ende der Übergangsfrist zum 01.12.2023 erstattungsfähig.

Verordnung und Erstattung von Sprechstundenbedarf (SSB)

Als Sprechstundenbedarf (SSB) gelten Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Gegenstände und Stoffe, die bei mehr als einem Patienten in der vertragsärztlichen Behandlung Verwendung finden oder bei Notfällen sowie im Zusammenhang mit einem ärztlichen Eingriff bei mehr als einem Patienten zur Verfügung stehen müssen.

Der Sprechstundenbedarf gilt nur für die ambulante Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, aber nicht für die stationäre Versorgung sowie nicht für Privatversicherte und BG-Patienten. Er ist in den SSB-Vereinbarungen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in unterschiedlicher Form geregelt.

Auf unserer Website finden Sie eine Übersicht mit den jeweils in Ihrem KV-Gebiet erstattungsfähigen Produkten im Sprechstundenbedarf sowie eine Anleitung, wie Sie unsere Produkte als SSB verordnen:



[www.molnlycke.de/
sprechstundenbedarf/](http://www.molnlycke.de/sprechstundenbedarf/)



Wirtschaftlichkeit bei Sprechstundenbedarf (SSB)

- Verordnung von SSB nach Wirtschaftlichkeitsgebot
- Verwendung von Rezeptformular Muster 16
- SSB wird kalendervierteljährlich bezogen
- unterschiedliche SSB-Vereinbarungen in allen 17 KV-Gebieten
- bei unangemessenem Verhältnis von SSB zu Behandlungsfällen und Praxisausrichtung droht Regress

i

Verbrauchsmaterialien und Hygieneartikel, die nicht zum SSB zählen, müssen als Praxisbedarf von der Praxis selbst eingekauft werden.

Nachhaltigkeit bei der Verbandmittelverordnung

Mölnlycke unterstützt Sie dabei, Ihre Behandlung nachhaltiger zu gestalten. Durch Verbandmittel, die länger auf der Wunde verbleiben können, tun Sie nicht nur der Umwelt etwas Gutes, sondern v. a. auch Ihren Patienten und Ihrem Praxisgeldbeutel.

NACHHALTIGE BUDGETENTLASTUNG SCHON AB DER ERSTEN ANWENDUNG:

Durch eine längere Tragedauer des Verbandes reduzieren Sie Ihren Personaleinsatz und Materialkosten.

NACHHALTIGE BEHANDLUNG FÜR IHRE PATIENTEN:

Weniger Verbandwechsel bedeuten für Ihre Patienten weniger Schmerzen, mehr Zeit und Flexibilität.

NACHHALTIGER UMGANG MIT MATERIALIEN:

Mit hochwertigen Verbandmitteln senken Sie Ihren Bedarf an Verbänden, Auflagen, Einmalhandschuhen etc. und reduzieren so Ihren Praxisabfall.

Qualität rechnet sich auf Dauer.

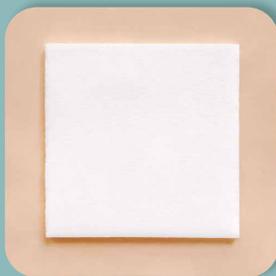
Achten Sie bei der Verbandmittelwahl nicht allein auf einen günstigen Stückpreis, sondern schauen Sie sich an, welche Kosten Sie insgesamt haben.



Mepilex® Border Flex

10x10 cm
12,60 €¹

AEP/Stück



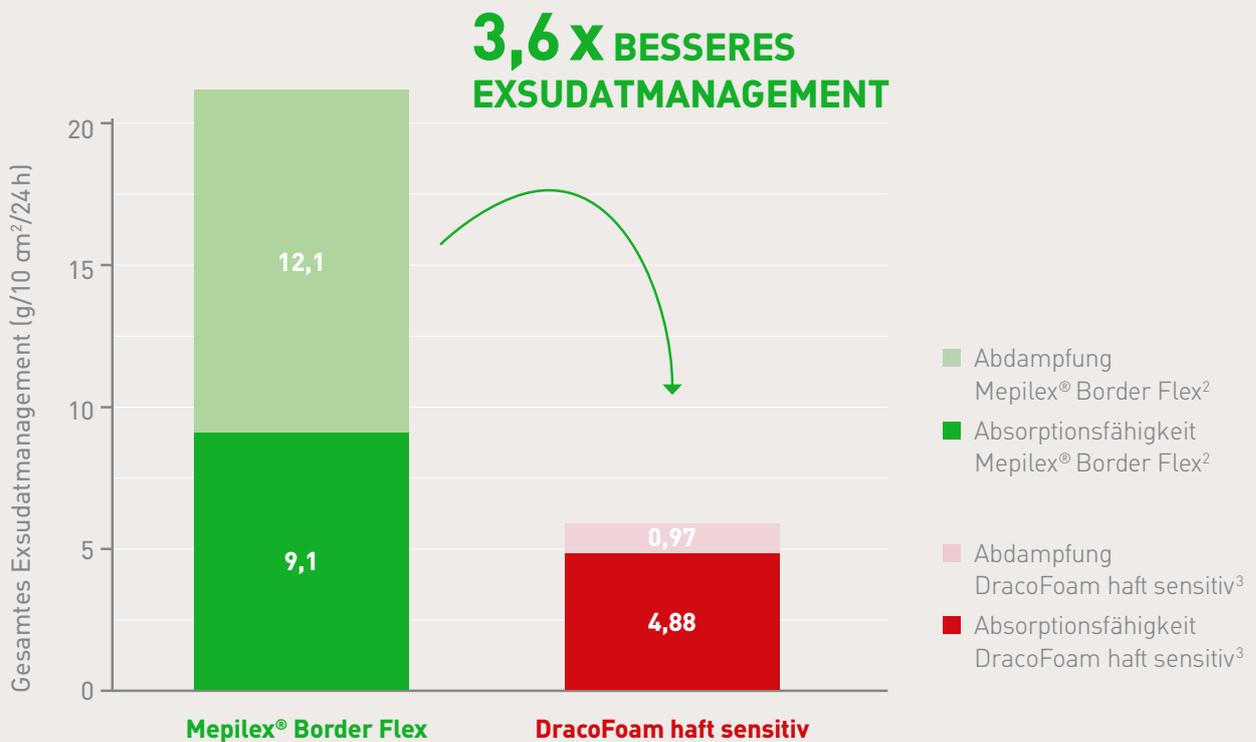
DracoFoam haft sensitiv

10x10 cm
7,70 €¹

AEP/Stück



Um die Auflagen hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit zu bewerten, werden Aufnahmekapazität sowie Abdampfungsrate von Wundauflagen beobachtet.



Zwar ist Mepilex® Border Flex im Stückpreis höher, verfügt aber über eine deutlich höhere Aufnahmekapazität und Abdampfungsrate als das vergleichbare Produkt DracoFoam haft sensitiv. Mepilex® Border Flex kann darum deutlich länger liegen und macht weniger Verbandwechsel nötig.^{2,3}

Dank des besseren Exsudatmanagements von Mepilex® Border Flex benötigen Sie lediglich 1 statt 3 Wundauflagen für einen vergleichbaren Zeitraum.

8 x 12,60 € im Monat = 100,80 € für Mepilex® Border Flex
24 x 7,70 € im Monat = 184,80 € für DracoFoam haft sensitiv

Das ergibt eine Ersparnis von bis zu 84,00 € pro Monat bei 2 Verbandwechseln pro Woche mit Mepilex® Border Flex und 6 Verbandwechseln pro Woche mit DracoFoam haft sensitiv. Hinzu kommen die Kosten für den Personaleinsatz, die Sie bei weniger Verbandwechseln mit unserem Produkt einsparen.

² Mepilex® Border Flex: Test report 20170222-007. Data on file.

³ DracoFoam haft sensitiv: Lab test report reference: RISE Research Institutes of Sweden AB, Reference O100106-130034, Report Date 2021-02-18.

Sie finden uns online:

www.molnlycke.de

Und im Social Web:



 /Molnlyckewundversorgung

 /molnlycke_wundversorgung

 /molnlyckehealthcare

Hotline für Produktfragen:
0211 92088-400

Mölnlycke Health Care GmbH

Grafenberger Allee 297
40237 Düsseldorf
Tel. 0211 92088-0
Fax 0211 92088-170

Die Namen Mölnlycke Health Care und das Safetac Logo sowie alle genannten Produkte sind weltweit eingetragene Marken eines oder mehrerer Mitglieder der Mölnlycke Health Care Unternehmensgruppe.

© 2023 Mölnlycke Health Care AB. Alle Rechte vorbehalten.
DWC0118. Stand: April 2023


Mölnlycke®