

Glossar

Adhärenz (Adherence)

bezeichnet die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt aufgestellten Therapieziele. Grundlage einer erfolgreichen Therapie ist die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Patienten (partizipative Entscheidungsfindung) sowie die Berücksichtigung von Faktoren, die es dem Patienten erschweren, das Therapieziel zu erreichen. Adhärenz ersetzt zunehmend den älteren Begriff „Compliance“, mit dem das überholte Modell der paternalistischen Entscheidungsfindung assoziiert wird (vgl. Kapitel 1.2).

Aggregat

steht für ein Arzneimittel eines Herstellers mit einer bestimmten Wirkstoffzusammensetzung, unabhängig von Darreichungsform, Packungsgröße und Wirkstoffgehalt.

Analogpräparate

(synonym: Me-too-Präparate) haben ähnliche oder gleichwertige Wirkungen wie bereits existierende Medikamente. Sie bieten in der Regel keine besonderen therapeutischen Vorteile und sind oft erheblich teurer als Originalpräparate oder Generika der Präparate, von denen sich die Analogpräparate ableiten. Die Grenzen zwischen Analogpräparaten und Innovationen sind manchmal fließend.

Arzneimittelgesetz (AMG)

Das AMG zielt auf die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln, deren Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit. Es regelt insbesondere deren Herstellung, Zulassung und Abgabe, die Verschreibungspflicht, Vertriebswege, Arzneimittelüberwachung, die Beobachtung, Sammlung und Auswertung von Arzneimittelrisiken, die Haftung für Arzneimittelschäden sowie die Berufsausübung des Pharmaberaters und die Verantwortlichkeit für Arzneimittelschäden, die als Gefährdungshaftung ausgestaltet ist. Verstöße gegen das AMG werden als Ordnungswidrigkeiten oder als Straftaten geahndet.

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AKdÄ)

Wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer (BÄK) zu Themen der Arzneimitteltherapie und Arzneimittelsicherheit. Neben der wissenschaftlichen Beratung der BÄK und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist die AKdÄ vor allem mit Risikomeldungen aus der deutschen Ärzteschaft (Dokumentation und Bewertung) befasst. Nach der ärztlichen Berufsordnung sind Ärzte verpflichtet, der AKdÄ unerwünschte Arzneimittelwirkungen mitzuteilen.

Arzneimittel-Richtlinien

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA [▶](#)) regelt die Verordnung von Arzneimitteln mit dem Ziel einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Die Richtlinien werden fortlaufend an den medizinischen Fortschritt angepasst. Der Inhalt ist für

die Vertragsärzte, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich und umfasst insbesondere

- ▶ allgemeine Regeln für eine wirtschaftliche Verordnungsweise, auch zur Verordnungsmenge,
- ▶ Verordnungsaußschlüsse und -einschränkungen,
- ▶ Therapiehinweise zu ausgewählten Wirkstoffen,
- ▶ Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen unter Berücksichtigung ihrer therapeutischen Vergleichbarkeit (Aut-idem-Regelung [▶](#)),
- ▶ Informationen zur Verordnungsfähigkeit von zugelassenen Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten (Off-Label-Use [▶](#)),
- ▶ Informationen zur Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten,
- ▶ Informationen zur Verordnung besonderer Arzneimittel, z. B. Präparate mit hohen Jahrestherapiekosten,
- ▶ Informationen zur Bildung von Festbetragsgruppen.

Außerdem enthalten die Richtlinien eine Liste über verordnungsfähige, aber nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (OTC-Arzneimittel [▶](#)).

ATC-Code

Klassifikationssystem für Wirkstoffe auf anatomisch-therapeutisch-chemischer Basis.

Aut-idem-Regelung

verpflichtet die Apotheken, ein preisgünstiges Arzneimittel abzugeben, z. B. wenn der Arzt die Ersetzung eines Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches nicht ausgeschlossen hat. Dabei müssen Wirkstärke und Packungsgröße identisch, die Darreichungsform muss gleich bzw. austauschbar und das Mittel muss für den gleichen Indikationsbereich zugelassen sein. Der Substitution dürfen keine betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften entgegenstehen.

Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen unter Berücksichtigung ihrer therapeutischen Vergleichbarkeit enthält die Anlage VII der Arzneimittel-Richtlinien ([▶](#)). Nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist die Ersetzung eines Arzneimittels grundsätzlich durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vorzunehmen, für das die Krankenkasse mit einem pharmazeutischen Unternehmen einen Rabattvertrag ([▶](#)) abgeschlossen hat. Besteht keine solche Vereinbarung, hat die Apotheke eines der drei jeweils preisgünstigsten Arzneimittel auszuwählen.

Die Aut-*simile*-Substitution, in der ein verschriebenes Medikament gegen ein wirkstoffähnliches ausgetauscht wird, ist in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zulässig.

Bioäquivalenz

Der Nachweis der Bioäquivalenz geschieht durch eine vergleichende standardisierte Bioverfügbarkeitsstudie (Bioverfügbarkeit [▶](#)) zwischen Test- und Referenzprodukt. Gemäß europäischen Richtlinien ist das Testprodukt mit dem Referenzprodukt bioäquivalent, wenn das 90%-Konfidenzintervall (CI) des Test-/Referenzquotienten der untersuchten Parameter (AUC und C_{max}) innerhalb der vorher

festgelegten Akzeptanzlimits von in der Regel 0,80–1,25 liegt.

Biosimilars/Bioidenticals

Biosimilars und Bioidenticals sind biotechnologisch hergestellte Arzneimittel. Während *Bioidenticals* in Herstellungsprozess und Struktur mit dem Originalpräparat *identisch* sind, weisen *Biosimilars* aufgrund eines abweichenden Herstellungsprozesses nur strukturelle *Ähnlichkeiten* mit dem Originalpräparat auf, verfügen aber über die gleichen pharmakologischen Wirkungen an den jeweiligen Rezeptoren. Die Aut-idem-Substitution von Biosimilars bzw. Bioidenticals ist in der Diskussion (vgl. Kapitel 1.5).

Bioverfügbarkeit

ist definiert als Ausmaß und Geschwindigkeit der Freisetzung des Wirkstoffs/der Wirkstoffe aus einer Arzneiform, der Aufnahme durch den Körper und der Verfügbarkeit am Wirkort.

Case-Management

verfolgt das Ziel, die Qualität der Patientenversorgung zu sichern und Kosten zu senken. Für die fortlaufende Fallbeobachtung, die Organisation eines optimalen Behandlungsprozesses und die Betreuung des Patienten sowie zur Stärkung der Adhärenz (▶) sind Case-Manager zuständig. Case-Management wird auch häufig zur Fallführung bei chronischen Erkrankungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen (▶) eingesetzt.

Compliance

Siehe Adhärenz

Chroniker

Die von Chronikern zu leistenden Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind auf maximal 1 % ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt. Die Belastungsgrenze für nicht chronisch kranke Menschen liegt dagegen bei 2 % ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer mindestens einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang nachweisen kann und zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllt: entweder Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 oder aber ein Grad der Behinderung bzw. eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 %.

Außerdem ist Chroniker, wer eine kontinuierliche medizinische Versorgung benötigt, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Defined Daily Dose (DDD)

Die definierte Tagesdosis („Defined Daily Dose“) ist die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffs bei Erwachsenen. Bei der DDD handelt es sich um eine rein rechnerische Größe, die nicht unbedingt die empfohlene oder die tatsächlich angewendete Dosierung eines Wirkstoffs wiedergibt.

Disease-Management-Programm (DMP)

Ziel der Disease-Management-Programme (DMPs) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist es, die Versorgung bei chronischen Erkrankungen zu verbessern. Chronisch kranke Patienten sollen durch eine abgestimmte und kontinuierliche Betreuung mehr Lebensqualität erlangen und vor Spätfolgen ihrer Erkrankung weitgehend bewahrt werden. Ergänzend sollen DMPs langfristig auch Kosten sparen, die sonst für die Therapie der Spätfolgen aufgewendet werden müssten.

Die teilnehmenden Ärzte werden im DMP durch Behandlungsempfehlungen unterstützt. Diese beruhen auf einer aktuellen und gesicherten Auswertung medizinischer Forschung (evidenzbasierte Medizin ▶). Falls bei den teilnehmenden Patienten Komplikationen auftreten, ist die Weiterleitung an besonders qualifizierte Ärzte oder Einrichtungen geregelt. Der koordinierende DMP-Arzt – in der Regel der Hausarzt – sorgt für eine sinnvolle Abstimmung der Behandlung mit Fachärzten oder Kliniken.

Die Teilnahme an einem DMP ist für Patienten und Ärzte freiwillig. Derzeit bestehen rechtliche Grundlagen für DMPs für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, koronare Herzkrankheit, Brustkrebs, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Die inhaltliche Ausgestaltung der DMPs erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA ▶).

Durch die Teilnahme an einem DMP können Patienten, die nach der Chronikerregelung (▶) des G-BA als chronisch krank eingestuft worden sind, ihr „therapiegerechtes Verhalten“ nachweisen. Sie profitieren damit von der reduzierten Belastungsgrenze, nach der die Zuzahlung für Medikamente auf 1 % des Bruttoeinkommens verringert ist (gegenüber 2 % im Regelfall).

Effektivität (Effectivity)

beschreibt, wie gut eine Maßnahme geeignet ist, ein definiertes Ziel zu erreichen.

Effizienz (Efficiency)

beschreibt, wie gut geeignet eine Maßnahme im Sinn der Kosten-Nutzen-Relation ist. Vgl. Wirtschaftlichkeitsgebot (▶).

Erstanbieter-Präparate

sind Originalpräparate. Nach Ablauf der Patentfrist stehen für sie normalerweise wirkstoffidentische Präparate eines Zweitanmelders zur Verfügung (Generika ▶). Ein Einsparpotenzial ergibt sich in der Regel durch Verzicht auf Erstanbieter-Präparate und Verordnung preisgünstiger Generika.

Evidenzbasierte Medizin (EbM)

zielt auf die kontinuierliche Qualitätsverbesserung medizinischen Wissens, indem für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung von Patienten aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse systematisch aufbereitet und für den einzelnen Arzt nutzbar gemacht werden.

Nach festen Verfahrensregeln werden wissenschaftliche Informationen zu diagnostischen oder therapeutischen Verfahren auf ihre Aussagekraft und klinische Relevanz durch die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung überprüft (David L. Sackett). Hierdurch soll die

Anwendung unwirksamer oder sogar schädlicher Verfahren verhindert werden. In systematischen Übersichtsarbeiten („Systematic Reviews“) wird das verfügbare medizinische Wissen aus kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von Maßnahmen der medizinischen Versorgung zusammengeführt.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Auf welche Leistungen gesetzlich Versicherte Anspruch haben, regelt seit dem 1. Januar 2004 der gemeinsame Bundesausschuss. Seine Träger sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Das Gremium darf auch Arznei-, Heil- und Hilfsmittel von der Verordnungsfähigkeit ausschließen.

Generika

sind nach Ablauf des Patentschutzes des Erstanbieter-Präparats in den Verkehr gebrachte Fertigarzneimittel von sog. Zweitanmeldern. Ein mögliches Einsparpotenzial ergibt sich hier insbesondere durch Verordnung rabattierter, ggf. sogar zuzahlungsbefreiter Generika.

Generikafähiger Markt

Er umfasst ausschließlich Präparate mit Wirkstoffen, die nicht mehr patentgeschützt sind. Der generikafähige Markt besteht somit aus Erstanbieter-Präparaten ohne Patentschutz und Generika.

Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG)

Basierend auf 80 Krankheiten hat das Bundesversicherungsamt 106 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) definiert. Jeder HMG sind bestimmte ICD-Codes zugeordnet. Die Anzahl der HMGs ist nicht deckungsgleich mit den 80 Krankheiten, da einige Krankheiten nach Schweregrad differenziert sind.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Das IQWiG wurde im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes am 1. Juni 2004 als eine Einrichtung der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gegründet und ist im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder des Bundesministeriums für Gesundheit tätig. Das IQWiG ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut. Es untersucht den Nutzen medizinischer Leistungen sowie deren Qualität und Wirtschaftlichkeit. Im Einzelnen gehört zu seinen Aufgaben u. a. die Bewertung von Behandlungsleitlinien, von Operations- und Diagnoseverfahren sowie Arzneimitteln.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde das IQWiG mit der erweiterten Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln beauftragt, um therapie- bzw. patientenrelevante Zusatznutzen von Arzneimitteln auf ihre Mehrkosten hin zu analysieren. Dieser erweiterte Auftrag der Kosten-Nutzen-Bewertung ist eine fachliche Aufbereitung des Instituts ohne unmittelbare Wirksamkeit für das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es bleibt Aufgabe der zuständigen Einrichtungen der Selbstverwaltung, über die Umsetzung zu entscheiden.

Lifestyle-Präparate

sind Präparate, die die Lebensqualität und das individuelle Wohlbefinden steigern und gegen Symptome gerichtet sind, die nicht die Definition von Krankheit erfüllen (z. B. Präparate gegen männlichen Haarausfall), oder gegen Gesundheitsstörungen wirken, die auch ohne Arzneimittel therapiert werden könnten (z. B. Präparate gegen Fettleibigkeit als Diätersatz). Lifestyle-Präparate werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

Die Finanzierung der medizinischen Versorgung orientiert sich seit dem 1.1.2009 v. a. auch ambulant an Zuschlägen, die sich auf die tatsächliche Krankheitsschwere beziehen. Die kostenaufwendigeren Krankheiten bzw. Behandlungszustände werden damit – überwiegend in der ambulanten Versorgung – erfasst über

- ▶ die Höhe der verordneten Arzneimittel,
 - ▶ die regelmäßige Wiedervorstellung der Versicherten und
 - ▶ vor allem die korrekte endstellige Kodierung,
- was dann die spezifischen Zuschläge auslöst für die Versorgung der Betroffenen.

Hiermit soll Krankenkassen auch der Anreiz genommen werden, nur gesunde Versicherte aufzunehmen, also solche ohne chronische Erkrankungen oder andere kostenintensivere Behandlungsrisiken.

Me-too-Präparate

Siehe Analogpräparate.

Off-Label-Use

Werden Arzneimittel außerhalb ihrer Zulassung eingesetzt, spricht man von Off-Label-Use. Grundsätzlich beschränkt sich die Leistungspflicht der Krankenkassen auf die in der Arzneimittelzulassung genannten Anwendungsgebiete. Ausnahmen hierzu hat das Bundessozialgericht formuliert: Die Verordnung eines Medikaments in einem nicht zugelassenen Anwendungsgebiet kommt in Betracht, wenn es um die Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung geht, keine andere Therapie verfügbar ist und wenn aufgrund der Datengrundlage Aussicht besteht, dass mit dem Präparat ein Behandlungserfolg erzielt werden kann. Für eine Leistungspflicht der Krankenkassen müssen alle drei Bedingungen gleichzeitig erfüllt sein.

Die Arzneimittel-Richtlinien (▶) enthalten in ihrer Anlage VI eine Auflistung von Arzneimitteln, die unter Beachtung der dazu gegebenen Hinweise in den dort aufgelisteten nicht zugelassenen Anwendungsgebieten ordnungsfähig sind.

OTC-Präparate (Over the Counter)

sind freiverkäufliche, nicht verschreibungspflichtige Präparate. Seit dem GKV-Modernisierungsgesetz werden die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nur noch in Ausnahmefällen von den Krankenkassen übernommen.

Praxisbesonderheiten

können bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen (▶) vom Vertragsarzt geltend gemacht werden. Als Praxisbesonderheiten kommen nur solche Umstände in Betracht, die sich auf das Behandlungs- oder Verordnungsverhalten des ge-

prüfen Arztes auswirken und in Praxen der Fachgruppe typischerweise nicht oder nicht in derselben Häufigkeit anzutreffen sind. Um Praxisbesonderheiten darzulegen, genügt es deshalb nicht, bestimmte Leistungen oder Verordnungen der geprüften Arztpraxis bloß als besonders kostenintensiv herauszustellen. Vielmehr muss substantiiert dargelegt werden, inwiefern sich die Praxis gerade in Bezug auf diese Merkmale im angeführten Sinn von anderen Praxen der Fachgruppen unterscheidet. Anerkannt werden Praxisbesonderheiten z.B. aufgrund eines besonderen Patientenkreises, eines hohen Rentneranteils oder einer Anlaufpraxis, einer besonderen Praxislage (z.B. Landarztpraxis) oder einer bevorzugten Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden.

Kann der Vertragsarzt Praxisbesonderheiten konkret darlegen, darf er für den entsprechenden Mehraufwand nicht in Regress (☉) genommen werden.

Rabattverträge

Mit dem Beitragssatzsicherungs-Gesetz (BSSichG) ermöglichte der Gesetzgeber erstmals auch den Abschluss von Rabattverträgen zwischen einzelnen pharmazeutischen Unternehmen und den Krankenkassen nach § 130a Abs. 8 SGB V, um die Arzneimittelversorgung bei gleicher Qualität effizienter zu gestalten. Deutliche Anreize und Vorgaben zur Stärkung der Rabattverträge wurden durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz für alle an der Arzneimittelversorgung beteiligten Akteure gesetzt.

Regress

Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens (☉) um mehr als 25 % setzt der Prüfungsausschuss nicht nur Beratungs- und Kontrollmaßnahmen, sondern darüber hinaus einen Regress in Höhe des sich aus der Überschreitung des Prüfungsvolumens (Richtgrößenvolumen zuzüglich 15 %) ergebenden Mehraufwandes fest, den der Vertragsarzt an die Krankenkassen zu zahlen hat. Soweit der Prüfungsausschuss Verordnungen aufgrund von Praxisbesonderheiten (☉) anerkennt, hat er den Regressbetrag entsprechend zu mindern.

Richtgrößen

Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren jährlich, wie viel Geld aus der Gesamtvergütung den Vertragsärzten zur Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln zur Verfügung gestellt wird. Damit die Vertragsärzte bei der Verordnung das vereinbarte Ausgabenvolumen nicht überschreiten, werden einheitliche arztgruppenspezifische Werte, sog. Richtgrößen, als Durchschnittswerte bestimmt, die das Volumen der jährlich je Vertragsarzt ordnungsfähigen Leistungen pro Versichertem festlegen.

Die Richtgrößen leiten den Vertragsarzt bei seinen Verordnungen nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot (☉). Die Richtgrößen dienen auch dazu, das individuelle Ordnungsverhalten im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (☉) zu kontrollieren: Überschreiten die Verordnungen eines Arztes die für ihn geltenden Richtgrößen um mehr als 25 %, muss der Arzt den Mehraufwand erstatten (Regress ☉), es sei denn, ihm gelingt der Nachweis ursächlicher Praxisbesonderheiten (☉).

Richtgrößenprüfung

Für die Prüfung der Verordnungen des einzelnen Vertragsarztes nach Richtgrößen sind gesetzlich bestimmte Grenzwerte vorgesehen, deren Überschreitung ein Prüfungsverfahren und abgestufte Sanktionen bis hin zu einem Regress (☉) beim unwirtschaftlich verordnenden Arzt auslösen.

Ein Prüfungsverfahren bei einem Arzt wird eingeleitet, wenn die von ihm in einem Kalenderjahr veranlassten Ausgaben für Arzneimittel das für ihn geltende Richtgrößenvolumen um mehr als 15 % übersteigen (Prüfungsvolumen). Das Prüfungsverfahren wird nicht eingeleitet, wenn aufgrund der vorliegenden Daten davon auszugehen ist, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten (☉) begründet ist (Vorab-Prüfung).

Richtgrößenvolumen

Aus der je Patient rechnerisch zugrunde gelegten Richtgröße (☉) und der im Kalenderjahr behandelten Patientenzahl errechnet sich das Richtgrößenvolumen für den einzelnen Arzt. Anhand dieses Richtgrößenvolumens wird entschieden, ob bei einem Arzt eine Wirtschaftlichkeitsprüfung (☉) eingeleitet wird.

Wirtschaftlichkeitsgebot

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Dies bedeutet im Einzelnen:

- **Ausreichend:** Die Leistungen müssen dem Einzelfall angepasst sein, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.
- **Zweckmäßig:** Entscheidend ist, dass die Leistung für das Behandlungsziel dienlich ist.
- **Notwendig:** Die Leistung muss objektiv erforderlich sein, um im Einzelfall ausreichend und zweckmäßig zu sein. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gilt seit dem 1. Januar 2009 der Behandlungsbedarf der Versicherten als notwendige medizinische Versorgung.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot erstreckt sich auf alle Gebiete der vertragsärztlichen Versorgung, einschließlich Diagnostik und Therapie, Arzneiverordnungen, Früherkennungsmaßnahmen usw. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA ☉) sollen den Vertragsärzten helfen, das Wirtschaftlichkeitsgebot einzuhalten. Ob Vertragsärzte sich an das Wirtschaftlichkeitsgebot halten, wird im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (☉) kontrolliert. An das Wirtschaftlichkeitsgebot sind Versicherte, Krankenkassen und Leistungserbringer gleichermaßen gebunden.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Überwachung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung ist eine gemeinsame Aufgabe der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V wird zwischen Auffälligkeits- und Zufälligkeitsprüfungen unterschieden. Auffälligkeitsprüfungen werden vorgenommen, wenn die ärztlich verordneten Leistungen die Richtgrößen (☉) überschreiten.