



Dokumentation



Von GKV zu GKV – Praxiserfahrungen aus erster Hand

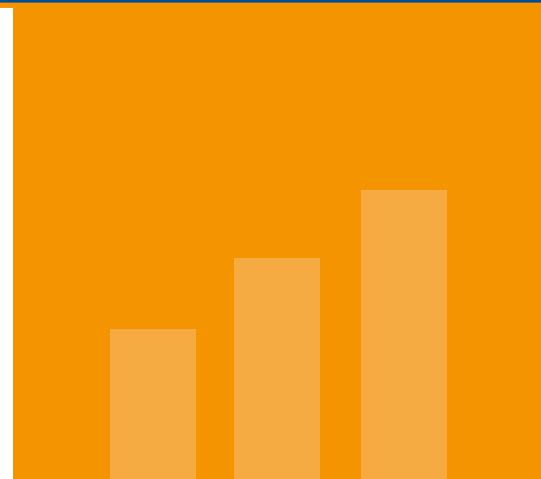
Erfolgsfaktor Strategisches Datenmanagement



GFS-Forum

28./29. September 2011

Cologne Marriott Hotel
Köln





Sehr geehrte Damen und Herren,

das GFS-Forum am 28. und 29. September 2011 in Köln hat diesmal besonders spannende Themen aufgegriffen. Die vielen positiven Rückmeldungen haben uns bestätigt, mit der Themenauswahl wieder am Puls der Zeit gewesen zu sein.

Auch in diesem Jahr fand unter den Teilnehmern wieder ein reger Austausch statt. Die neutrale Plattform für Diskussion, Erfahrungsaustausch und neue Impulse wird von den Kassen nicht nur sehr geschätzt, sondern auch ausgiebig genutzt. Das freut uns sehr, bringen diese Diskussionen doch oft frische Ideen und Ansätze mit sich. Auch das Konzept, diesen Gesprächen etwas mehr Raum zu geben, wurde von den Besuchern ausnahmslos positiv bewertet.

In dieser Dokumentation haben wir nun für Sie die wichtigsten Inhalte der Vorträge in kompakter und übersichtlicher Form zusammengefasst.

Auch 2012 werden wir das GFS-Forum als Plattform zur Verfügung stellen – der Termin steht bereits fest: Bitte merken Sie sich den 26./27. September 2012 vor.

Wir versprechen Ihnen, auch in diesem Jahr wieder wichtige und interessante Themenfelder zu identifizieren, wertvolle Erfahrungsberichte zusammenzutragen sowie neue strategische und zukunftsorientierte Themen für Sie auszuarbeiten.

Herzlichst, Ihr

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dr. Javdani'.

Dr. Jamshid Javdani
Geschäftsführer der GFS GmbH

Ihre Experten für erfolgreiches Datenmanagement im Gesundheitswesen



Agenda 29. September 2011

- 09:00 **Willkommen!** Empfang bei Kaffee und Snacks
- 09:30 **Begrüßung und Einleitung GFS – Flexible, innovative Lösungen für die GKV**
Unternehmensintergründe und -aussichten, Philosophie und Nutzen
Dr. Jamshid Javdani – Geschäftsführer, GFS Gesellschaft für Statistik im Gesundheitswesen mbH
- 09:45 **Data Mining und Analytik – Ergebnisse und Anwendungspotenziale**
Dr. Andreas Skiebe – Leiter Prozess & Projektmanagement, GFS Gesellschaft für Statistik im Gesundheitswesen mbH
- 10:30 **Versorgungsmanagement in der Zukunft, Herausforderungen und Perspektiven**
Dr. Detlev Parow – Leiter der Abteilung Versorgungsmanagement, DAK Unternehmen Leben
- 11:00 **Kaffeepause**
- 11:30 **Selektivverträge als Wettbewerbsfaktor – von HZV bis Versorgungswahltarif, ist Innovation erfolgskritisch?**
Dr. Dr. Heinz Giesen – Geschäftsbereichsleiter Verträge, Vereinigte IKK
- 12:15 **Round Table – Versorgungsmanagement – Chancen und Risiken**
Dr. Detlev Parow, Dr. Dr. Heinz Giesen, Dr. Andreas Skiebe
- 12:45 **Mittagspause**
- 14:00 **Nutzen systematischer Überwachung bei strategischer Arzneimittelabrechnungsprüfung**
Nikolaus Schmitt – Abteilungsleiter Strategie, Planung, Controlling, Vertrags- und Versorgungsmanagement, BARMER GEK
- 14:30 **Abrechnungsbetrug durch Leistungserbringer – Fälle aus der Praxis**
Peter Scherler – Leiter der Ermittlungsgruppe Abrechnungsbetrug, AOK Niedersachsen
- 15:00 **Kaffeepause**
- 15:15 **Fallbeispiele aus der Staatsanwaltschaftlichen Praxis**
Martin Siepermann – Staatsanwalt, Staatsanwaltschaft Braunschweig – Zentralstelle für Wirtschaftsstrafsachen
- 15:45 **Round Table – Erfolgsstrukturen**
Nikolaus Schmitt, Martin Siepermann, Peter Scherler, Dr. Andreas Skiebe
- 16:15 **Fazit**
Dr. Robert Paquet – Moderator
Freier Journalist und Berater für Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft.
- 16:30 **Ende der Veranstaltung**
- 09:00 **bis 18.00 Uhr Praxis-Präsentation: GFS • Online live**

Wir bitten um Verständnis, falls die Agenda aufgrund aktueller Gegebenheiten kurzfristig angepasst oder geändert werden muss.

Die Dokumentation

DATENANALYTIK AUS SEKUNDÄRDATEN – HANDLUNGSFELDER UND ERKENNTNISSE

Dr. Andreas Skiebe,
Leiter Prozess & Projektmanagement,

GFS Gesellschaft für Statistik im
Gesundheitswesen mbH



Fast 70 Prozent ihres Budgets verwenden die gesetzlichen Krankenkassen auch im Jahr 2010 für die drei Sektoren Arzneimittel (18,3%), stationäre (35,2%) sowie ambulante Behandlung (16,4%). In diesen Sektoren lohnt es sich trotz vorhandener Risiken, strategisch in neue Ideen und Methoden zu investieren. An zwei viel diskutierten Brennpunkten – dem Versorgungsmanagement und der Rechnungsprüfung – kann exemplarisch gezeigt werden, wie die Kassen vorhandene Daten einsetzen können, um langfristig bestehende Probleme zu lösen.

Kosten- und Qualitätsvorteile durch datengestütztes Versorgungsmanagement

Für das Versorgungsmanagement ist es notwendig, Daten aus mehreren Sektoren zusammenzuführen. Dies bedeutet einen erheblichen Aufwand. Zum einen sind geeignete Kriterien (Alter, Geschlecht, PZN, Diagnose etc.) für die Analyse im Voraus auszuwählen. Zum anderen müssen die Daten aus rechtlichen Gründen pseudonymisiert werden. Anschließend werden die aufbereiteten Daten analysiert.

Ein leistungsfähiges Daten-Analyseverfahren ist hier beispielsweise das Predictive Modeling. Dabei sucht ein trainierter Algorithmus nach Zusammenhängen und Abhängigkeiten in den Daten aus den einzelnen Sektoren. Er erkennt Muster, sofern vorhanden, und bildet sie in Modellen

„Diese Systeme bieten keine Lösung auf Knopfdruck. Sie bieten Aufgaben auf Knopfdruck, mit denen der Datenbestand priorisiert analysiert werden kann.“

Dr. Andreas Skiebe

ab. Eine Erkrankung lässt sich beispielsweise durch festgelegte Diagnosen, Behandlungen und Verordnungen darstellen. Der Computer sucht in den riesigen Datenmengen nach solchen Mustern und weist jedem Fall einen Wert zu. Dieser sogenannte Score drückt aus, wie stark der betrachtete Datensatz einer Erkrankung ähnelt. Damit erhält man Prognosewerte zur Prädiktion.

An dieser Stelle setzt das Versorgungsmanagement ein. Für die ermittelten Pseudonymlisten kann die Kasse geeignete Maßnahmen für die Vorsorge und Betreuung anbieten. Dies hilft dem Betroffenen ggf. schweren (Folge-) Erkrankungen vorzubeugen. Für die Kasse bietet sich dadurch eine Möglichkeit, gezielt Maßnahmen zu priorisieren und langfristig Kosten zu sparen.

Die strategische Rechnungsprüfung überführt auffällige Leistungserbringer

Ein weiteres Beispiel für den gewinnbringenden Einsatz der vorhandenen Daten ist die Rechnungsprüfung. Verdachtsfälle können bisher nur punktuell und für einen isolierten Zeitraum untersucht werden. Besser wäre es, die Daten permanent und langfristig zu beobachten, um Auffälligkeiten dynamisch zu finden und den Ursachen auf den Grund zu gehen.

Die GFS betrachtet dazu die Datensätze der Arzneimittelabrechnung auf Ebene

der verordnenden Ärzte, der Apotheken und der Arzneimittel – stets in Bezug auf die Versicherten. Die Ergebnisse der Analyse stellt die GFS ihren Kunden monatlich als aktualisierten Report zur Verfügung. Die einzelnen Kennzahlen werden jeweils in Bezug auf alle Werte angezeigt. Ausreißer in den Daten lassen sich auf diese Weise schnell ermitteln und genauer untersuchen.

Die Ursachen für Verdachtsfälle liegen nicht sofort auf der Hand. Fällt beispielsweise ein Versicherter wegen einer plötzlich stark erhöhten Arzneimittelmenge (GFS-Reichweitenanalyse) auf, kann dies an einer besonders schweren Erkrankung liegen. Es kann sich aber auch um Medikamentenmissbrauch handeln.

In Zusammenhang mit anderen Parametern kann sich letztlich auch der Verdacht der Manipulation zeigen. Mittel- bis langfristig lassen sich mit der hier vorgestellten Methode systematisch Abweichungen aufdecken und mögliche Manipulation schneller und effizienter finden. Gleichzeitig kann auch Über- oder Unterversorgung erkannt und behoben werden. Da die Ergebnisse der strategischen Rechnungsprüfung umso genauer sind, je mehr Daten untersucht werden, ist eine Option für die Kassen natürlich auch, zukünftig stärker zusammenzuarbeiten und eine gemeinsame Datenbasis für solche Analysen zu schaffen.



VERSORGUNGSMANAGEMENT IN DER ZUKUNFT – HERAUSFORDERUNGEN UND PERSPEKTIVEN

Dr. Detlev Parow
Leiter der Abteilung
Versorgungsmanagement,
DAK – Unternehmen Leben



Der gesellschaftliche Wandel wirkt sich zunehmend auf die Versorgungsstruktur im Gesundheitswesen aus. Die Menschen werden immer älter, bleiben aber länger gesund. Die Bevölkerung nimmt ab, konzentriert sich aber in den Ballungsgebieten der Großstädte. Die gesetzliche Krankenversicherung muss auf diese Entwicklung geeignete Antworten finden.

Eine dieser Antworten ist das Versorgungsmanagement. Ziel ist es, das eigene Profil zu schärfen und die Versicherten zufrieden zu stellen. Dies gelingt nur, wenn die Versorgung bedarfsgerecht und mit hoher Qualität gewährleistet wird. Gleichzeitig müssen die Kosten gerechtfertigt sein, da die Versicherten auf jede Preissteigerung – etwa durch Zusatzbeiträge – sensibel reagieren. Diese Ziele müssen für ein passendes Versorgungsmanagement in Einklang gebracht werden.

Hochkostenfälle differenziert auswählen und steuern

Hochkostenfälle sind ein möglicher Ansatz. Auf weniger als 2% der Versicherten entfallen mehr als 25% der Leistungsausgaben. Diese 2% erscheinen prädestiniert zu sein, vom Versorgungsmanagement zu profitieren. Doch eine Auswahl allein anhand der Kosten ist nur wenig hilfreich. Etwa 50% der Hochkostenfälle sind nur akut betroffen, weil sie beispielsweise im Krankenhaus behandelt werden.



Weitere 12 bis 15% sind im Folgejahr bereits verstorben. Für ein effizientes Versorgungsmanagement ist es entscheidend, dass genau die 35% herausgefunden werden, die auch in den Folgejahren Hochkostenfälle bleiben werden. Differenzierte Strategien sind gefragt, keine Pauschalisierungen. Systemische Ansätze, die über Kooperationen und Verträge mit anderen Institutionen (Hausärzte, Rabattverträge usw.) erweiterte Sach- und Dienstleistungen anbieten, müssen mit individuellen Ansätzen, die den Versicherten fördern und seine Selbstverantwortung stärken, verknüpft werden.

Präventive Strategien für die Zukunft

Ähnlich differenziert muss das Versorgungsmanagement bei chronischen Krankheiten betrachtet werden. Aber hier wird noch ein weiteres Problem deutlich: Die bisherigen Ansätze waren reaktiv. Die Maßnahmen wurden erst ergriffen, wenn ein konkreter Auslöser (Krankenhausaufnahme oder Arbeitsunfähigkeit) sie veranlasste. Zukünftig wird es stärker darum gehen müssen, Angebote proaktiv zu gestalten und Risikogruppen durch prädiktive Ansätze (z.B. datengestützte Verfahren wie Predictive Modeling) zu identifizieren. Nur so wird es möglich sein, präventiv Fälle zu vermeiden und sie nicht nur nachträglich zu steuern.

Zur Prävention gehört es auch, weitreichend zu informieren. Untersuchungen haben allerdings ergeben, dass sich die Versicherten bevorzugt an ihren Arzt wenden, in mehr oder weniger neutralen Publikationen oder dem Internet nach Informationen suchen. Die Krankenversicherungen spielen hingegen bisher im Informationsverhalten der Versicherten nur eine untergeordnete Rolle. Ansätze des Versorgungsmanagement werden seitens der Versicherten eher skeptisch beurteilt. Hier müssen die Kassen für mehr Akzeptanz sorgen und die Leistungserbringer stärker einbeziehen.

„Wir brauchen Modelle, die nicht wie Wasser im Sand versickern, sondern eine nachhaltige Wirkung haben.“

Dr. Detlev Parow



SELEKTIVVERTRÄGE ALS WETTBEWERBSFAKTOR – VON HZV BIS VERSORGUNGSWAHLTARIF, IST INNOVATION ERFOLGSKRITISCH?

Dr. Dr. Heinz Giesen
Geschäftsbereichsleiter Verträge, Vereinigte IKK

Die Politik setzt für die gesetzliche Krankenversicherung zahlreiche Ziele. Dabei stellt sich die Frage, ob die politischen Vorgaben wirklich als Anreiz für Innovationen dienen.

So soll insbesondere der Wettbewerb unter den Kassen gestärkt werden. Dazu bieten sich prinzipiell drei strategische Optionen: Die Kostenführerschaft, die Qualitätsführerschaft oder die Nische.

Durch eine effiziente Verwaltung, vorteilhafte Verträge, Fusionen oder durch eine günstige Versichertenstruktur lassen sich Preisvorteile erzielen. Allerdings befinden sich die Kassen seit 2009 in einem Wettbewerb, in dem es vorrangig darum geht, Zusatzbeiträge zu vermeiden. Es kann aber nur in der Logik des Gesundheitsfonds einen Kostenführer geben, der als Letzter ohne Zusatzbeiträge bleibt – die anderen Kassen werden preisbewusste Kunden verlieren.

Zielgruppen und Datenanalyse

Bleibt den Kassen, sich Nischen zu suchen. Dies kann eine Lebenswelt sein (z.B. Frauen), eine Region oder ein besonderes Leistungspaket. Die Kasse muss eine Marke bilden, die ihre Zielgruppe an sich binden kann. Das Problem dabei ist, dass es nur wenige Nischen gibt. Vielmehr werden sich alle Kassen bevorzugt auf die gleichen Zielgruppen konzentrieren: die obere Mittelschicht, die hohe Beiträge zahlt und wenig Kosten verursacht. Andere Gruppen werden hingegen durch das Marketing bzw. das Versorgungsmanagement nicht erreicht

Selektivverträge als Wettbewerbsfaktor
Von HZV bis Versorgungswahltarif, ist Innovation erfolgskritisch?

Dr. Heinz Giesen • 29.09.2011

Da fühlt sich mich gut.





oder sind als Versicherte nur wenig interessant.

Die Zielgruppe allein ist also kein hinreichendes Kriterium für das Versorgungsmanagement. Vielmehr ist es notwendig, eine datenbasierte Entscheidungsgrundlage zu schaffen. Dabei sind zwei Faktoren zu beachten: erstens muss die Qualität der Daten hinreichend sein. Die vorhandenen Kassen- und Abrechnungsdaten wurden allerdings nicht zum Zweck des Versorgungsmanagements erhoben und sind somit nur eingeschränkt zu verwenden. Und zweitens muss die Auswertung der Daten zu einem Regelwerk führen, mit dem die Versorgung tatsächlich gesteuert werden kann. Dafür sind aufwändige Verträge und Prozesse notwendig, die nicht eingeführt werden können, ohne der Kasse einen erheblichen Wettbewerbsnachteil zu bringen.

Innovation lohnt sich nicht mehr

Innovation im Versorgungsmanagement lohnt sich im Moment nicht. Die politischen Rahmenbedingungen bieten kaum Anreize und die bürokratischen Hürden für Selektiv- und Wahltarife sind für alle Beteiligten zu hoch. Ohne die Einführung einer „Versorgungsmanagement-Pauschale“ werden weiterhin nicht die Patienten, sondern die Kosten im Mittelpunkt stehen. Durch eine solche Förderung könnte, ähnlich wie im DMP gelungen, auf breiter Front eine Akzeptanz und eine Finanzierung von Innovation auf diesem Feld geschaffen werden. Innovation bleibt den finanzkräftigen Kassen zur Markenbildung vorbehalten. Um dennoch das Versorgungsmanagement weiter zu entwickeln, ist eine interdisziplinäre Expertise und ein Kompetenznetzwerk für die Grundlagenarbeit notwendig.

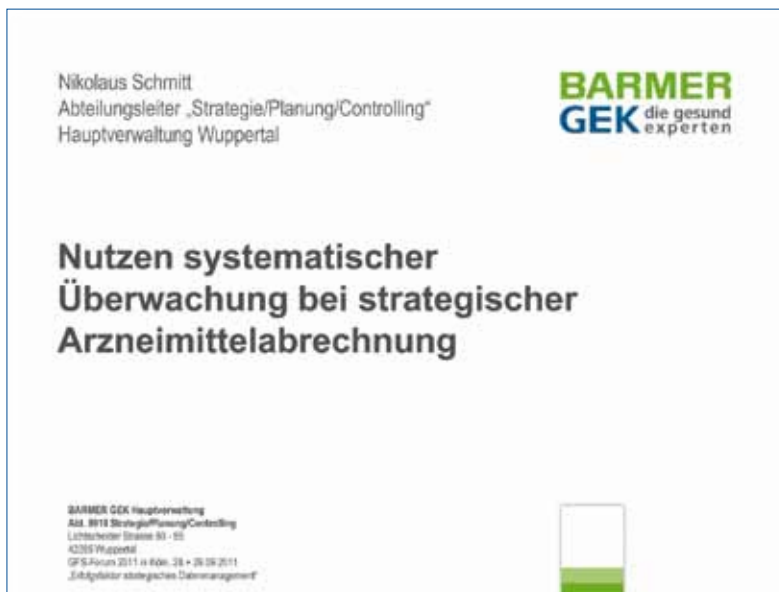
NUTZEN SYSTEMATISCHER ÜBERWACHUNG BEI STRATEGISCHER ARZNEIMITTELABRECHNUNG

Nikolaus Schmitt
Abteilungsleiter Strategie,
Planung, Controlling, Vertrags- und Versorgungsmanagement,
BARMER GEK

Strategische Rechnungsprüfung kann in allen Sektoren nutzbringend eingesetzt werden. Doch sie ist nur ein Teil eines Regelkreises, der bereits mit dem Verhandeln und Vereinbaren prüfbarer Verträge beginnt. Einzelne Rechnungen im operativen Geschäft zu prüfen, ist in diesem Prozess ebenso eingeschlossen wie die Abwehr von Manipulation und Betrug. Alle Erkenntnisse müssen am Ausgangspunkt des Regelkreises wieder genutzt werden, um die bestehenden oder neuen Verträge gezielter auszugestalten. Aus diesem Grunde hat die BARMER GEK die Manipulationsabwehr im Leistungs- und Vertragsbereich unmittelbar dem Vorstand unterstellt und nicht dem Justitariat oder der Revision angegliedert.

„Strategisch“ ist der entscheidende Unterschied

Operativ wird eine Rechnung rein sachlich-rechnerisch auf ihre Richtigkeit geprüft. Es wird festgestellt, ob die betreffenden Verträge zu einem bestimmten Moment eingehalten worden sind. Monatlich wird von den bearbeiteten Rezepten ein Anteil beanstandet und retaxiert. So lässt sich ein Teil des Budgets durch die operative Rechnungsprüfung wieder rückgewinnen.



„Wo man mit der strategischen Rechnungsprüfung hingreift, hat man Erfolg. Die Frage, ob man immer viel mehr Erfolg hat, als man an Ressourcen einsetzt, ist die spannende Frage des Ausprobierens.“

Nikolaus Schmitt

Die strategische Rechnungsprüfung ist der operativen nachgelagert und analysiert die Abrechnungsdaten über längere Zeiträume. Auffälligkeiten und wenig plausible Entwicklungen werden gezielt gesucht, beispielsweise durch die Prüfung doppelter Rezepte.

Apotheken und Versicherte im Fokus der strategischen Rechnungsprüfung

Neben der Rechnungsprüfung bezogen auf die Leistungserbringer, muss auch auf Basis der Versicherten geprüft werden. Dies berührt auch den Bereich des Versorgungsmanagements, z.B. wenn Hochverbraucher auffällig werden. Oder wenn untersucht wird, ob die insgesamt bezogenen Arzneimittel überhaupt zueinander plausibel sind. Interessant wird die Analyse, wenn zusätzliche Informationen hinzugezogen werden. Geodaten, mit denen Entfernungen auf Basis von realen Fahrzeiten (Routingdaten) ermittelt werden können, bieten sich zum Beispiel an, um zu kontrollieren, ob ein Arzt-Patient-Apothekerverhältnis nachvollziehbar ist.

Die systematische Überwachung einzelner Leistungserbringer ist die Stärke der strategischen Rechnungsprüfung. Auslöser für eine genauere Untersuchung kann die Information eines externen Tippgebers oder eine interne Ermittlung sein. Dann helfen statistische Werte wie die durchschnittliche Anzahl an Rezepten, der mittlere Umsatz oder auffällige Häufungen von Verordnungen bestimmter Ärzte, eine Manipulation zu erkennen.

Der Erfolg der strategischen Rechnungsprüfung ist letztendlich an zwei Bedingungen geknüpft. Zum einen kann die Rechnungsprüfung nur so erfolgreich sein wie es die zugrundeliegenden Daten erlauben und zum anderen bedarf es prüffreundlicher Verträge. Ein wesentlicher Bestandteil des Prüfprozesses ist es daher, dass auch die Validität der Ausgangsdaten (z.B. TA3-Daten) bewertet wird. Auf die Rahmenverträge, die von den Spitzenverbänden ausgehandelt werden, haben die Kassen nur indirekt Einfluss. Insbesondere die kurzen Einspruchsfristen machen es schwer, berechnete Forderungen gegenüber den Leistungserbringern durchzusetzen. Gerade für strategische Analysen, die einen längeren Zeitraum benötigen, ist eine Frist von 12 Monaten deutlich zu kurz.



STELLEN ZUR BEKÄMPFUNG VON FEHLVERHALTEN IM GESUNDHEITSWESEN


Peter Scherler
Leiter der Ermittlungsgruppe Abrechnungsbetrug,
AOK Niedersachsen



Bereits seit 1998 gibt es die „ÜdaV“, eine von mehreren Kassen organisierte „Taskforce“ zur „Überwachung der abrechnenden Vertragspartner“. Auslöser war der sogenannte „Herzklappen- und Kardiologieskandal“, der auch zur Einführung des § 299 StGB beigetragen hat

Damals war es bundesweit üblich, dass Herzkatheder oder auch Klebstoffe von den Kardiologen geordert und anschließend eins zu eins als Sachkosten (Auslagenersatz) an die Kassen abgerechnet wurden. Dies verführte einige Täter dazu, Scheinfirmen zu gründen und auf die abrechenbaren Sachmittel Aufschläge bis zu 300 Prozent zu erheben. Nachdem der Fall aufgedeckt werden konnte, kam es zu einem Vergleich, bei dem die Angeklagten 3,5 Mio. DM bezahlten.

Die Kassen pauschalisierten nach dem „Herzklappen-Skandal“ die Sachkosten, um solchen Betrugsfällen präventiv entgegen zu wirken. Und sie riefen die ÜdaV ins Leben, um fortan gezielt gegen solche Manipulationen ermitteln zu können. Inzwischen arbeiten an den beiden Standorten in Hannover und Varel zwölf Mitarbeiter und zwei Assistenten unter dem Juristen Peter Scherler. Angeschlossen haben sich mittlerweile alle Primärkrankenkassen (z.B. AOK, BKK, IKK, KBS, IKK) und eine Ersatzkasse. Auf diese Weise lassen sich im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und in Ein-



zelfällen für einen begrenzten Zeitraum notwendige Daten kassenübergreifend zusammenführen und für die Ermittlungen nutzen.

Die ÜdaV arbeitet fallabschließend

Grundsätzlich arbeitet die ÜdaV fallabschließend. Sie nimmt den Anfangsverdacht auf, ermittelt selbständig bzw. gemeinsam mit anderen Behörden und übergibt die Ergebnisse schließlich der Staatsanwaltschaft. Sie kümmert sich auch um die abschließende Schadensregulierung und gegebenenfalls um den unverzüglichen Entzug der Zulassung bzw. der Kündigung von Verträgen.

Whistleblower – die Informationsquelle für Ermittler

Die ÜdaV recherchiert in vielen Fällen selbst. Hinweise, die zu einem Anfangsverdacht führen, erhalten die Ermittler sowohl von den angeschlossenen Krankenkassen, aber auch von anderen Behörden, von Versicherten, von Konkurrenten oder ehemaligen Mitarbeitern der Leistungserbringer.

Whistleblower, d.h. anonyme Hinweisgeber, spielen dabei eine zunehmend wichtigere Rolle. Bei eingehenden Anrufen stößt man dabei allerdings rechtlich auf einige Probleme, da es der ÜdaV nicht immer möglich ist, Vertraulichkeit zu

garantieren. Denn spätestens wenn die Staatsanwaltschaft den Fall übernimmt, können die Whistleblower unter Umständen zu einem Gespräch verpflichtet werden. In einigen Fällen lassen sie sich umstimmen und unterstützen das Verfahren durch ihre Zeugenaussagen.

Der Erfolg der ÜdaV lässt sich anhand zahlreicher, teils spektakulärer Fälle ermessen. Dabei wurde in den letzten Jahren gegen alle möglichen Leistungserbringer und auch gegen Versicherte ermittelt, wie die folgenden Beispiele exemplarisch zeigen:

- Illegal Importe von Zytostatika
- Handel mit Klinikware im ambulanten Bereich durch krankenhausversorgende Apotheken
- Kopfpauschalen an Ärzte für Einweisungen in Krankenhäuser
- Umsatzbeteiligung für den Arzt bei Rezeptzuweisungen
- Versicherte, die hochpreisige Arzneimittel an den Apothekengroßhandel zurückverkaufen
- Organisierte Kriminalität mit mafiösen Strukturen im Bodybuilder-Milieu oder bei Pflegediensten
- „Selbstbedienung“ durch fingierte Berechtigungsscheine bei Augenoptikern
- Globudent-Skandal

„Der Arzneimittelbereich ist vergleichsweise sehr gut auswertbar, weil wir da gute Daten haben.“

Peter Scherler

DIE STRAFPROZESSUALE BEARBEITUNG VON AUFFÄLLIGKEITEN BEI DER ABRECHNUNG DURCH VERTRAGSPARTNER DER GKV

Martin Siepermann
Staatsanwalt,
Staatsanwaltschaft Braunschweig –
Zentralstelle für Wirtschaftsstrafsachen

Die strafprozessuale Bearbeitung von Auffälligkeiten bei der Abrechnung durch Vertragspartner der GKV

im Anschluss an den Vortrag von Herrn Scherler

Martin Siepermann, Staatsanwaltschaft Braunschweig,
GFS-Forum 2011 in Köln

1

Krankenkassen müssen bei einem Anfangsverdacht auf eine strafbare, d.h. vorsätzlich schädigende Handlung unverzüglich die Staatsanwaltschaft unterrichten. So schreibt es der § 197a Abs. 4 SGB V vor. Der Anfangsverdacht muss allerdings begründet werden. Er darf nicht auf reinen Spekulationen beruhen.

Der Anfangsverdacht und das Motiv

Da es keine formalen Vorschriften für eine solche Begründung gibt, können die als Beweis aufgeführten Tatsachen auch auf einer Datenanalyse beruhen. Die untersuchten Daten müssen allerdings auf eine systematische oder eine zielgerichtete Manipulation hinweisen. Eine irrtümliche Falschabrechnung oder versehentliche Bevorzugung eines Dienstleisters muss unwahrscheinlich sein. Sobald hinter dem Anfangsverdacht ein Motiv erkennbar ist, deutet dies auf einen Vorsatz hin.

Ein Motiv für systematisches Fehlverhalten ist beispielsweise der Versuch, mit wenig Aufwand möglichst hohen Gewinn zu erzielen. Dieses Motiv lässt sich statistisch sehr gut ermitteln, da es durch Häufungen und Abweichungen vom zu erwartenden Mittel der Verordnungen oder Behandlungen auffällt. Ein anderes Motiv wird als „Feigenblatt“ bezeichnet. Es wird erst dann deutlich, wenn der auffällige Vertragspartner mit dem Anfangsverdacht konfrontiert wird und seine Manipulation mit falsch verstandenen oder ungewöhnlichen, für ihn günstigen Auslegungen begründet.



Datentransfer im Bewusstsein des Richters

Der Anfangsverdacht reicht für eine Verurteilung des Täters nicht aus. Es erfolgt ein aufwändiges Verfahren, über dessen Ausgang letztlich der Richter aus freier Überzeugung entscheidet. Grundlage ist die Strafprozessordnung (StPO), die aus dem 19. Jahrhundert stammt und den Einzeltäter als Maßstab nimmt. Der Abrechnungsbetrüger, der oft über einen langen Zeitraum viele Taten mit zum Teil nur kleinen Gewinnen pro Tat begeht, steht außerhalb des Grundkonzepts der StPO.

Ebenso ist der Umgang mit Daten in der StPO von der historischen Basis her ein komplexes Thema. Daraus ergeben sich zahlreiche Probleme: Zum einen muss öffentlich und mündlich verhandelt werden, was zu stundenlangem Verlesen der Anklage führen kann. Auch die den Anfangsverdacht begründende Datenanalyse darf der Richter nicht am eigenen Computer einsehen, sondern muss sie von Zeugen und Sachverständigen erläutert bekommen. Aus diesem Grund sind elektronisch gespeicherte Daten grundsätzlich kein zulässiges Beweismittel.

Der Richter muss vom Ort, der Zeit, der Anzahl der falschen Abrechnungen sowie von der Höhe des Schadens überzeugt sein. Computerfehler und Missverständnisse muss er ausschließen und den Angeklagten und dessen Ansichten hinreichend berücksichtigen. Der Richter muss den gesamten Sachverhalt selbst nachvollziehen und das Urteil im Einzelnen darstellen können. Da er kein Fachwissen besitzt, bedeutet dies für die klagenden Kassen einen gewaltigen Erläuterungsaufwand, dem fundierte und möglichst objektive Ermittlungen vorangestellt werden.

Diese vielen Schwierigkeiten führen zu langen Verfahrensdauern und verleiten viele Richter zu milden Urteilen. Demgegenüber stehen aber auch einige Erfolge. Allein die Möglichkeit des Strafverfahrens und die zu erwartenden berufsrechtlichen Konsequenzen wie Verlust der Kassenzulassung bzw. Approbation wirkt abschreckend.

„Schon die Anzeige hat normbestätigende Wirkung für Ihre Vertragspartner.“

Martin Siepermann





IMPRESSIONEN VOM GET-TOGETHER-ABEND UND VOM GFS FORUM AM 28./29. SEPTEMBER



IMPRESSIONEN VOM GET-TOGETHER-ABEND UND VOM GFS FORUM AM 28./29. SEPTEMBER



IMPRESSIONEN VOM GET-TOGETHER-ABEND UND VOM GFS FORUM AM 28./29. SEPTEMBER



IMPRESSIONEN VOM GET-TOGETHER-ABEND UND VOM GFS FORUM AM 28./29. SEPTEMBER



Die Produktinformationen



VIEW

Alle Arzneimittel- Verordnungsdaten auf Belegebene zuverlässig im Blick

Basierend auf den Abrechnungsdaten gemäß § 300 SGB V erlaubt das Online-Tool VIEW mit vielfältigen Rechercheoptionen einen umfassenden Blick auf sämtliche Verordnungsdaten. Das Sichten, Suchen und Auswerten auf diversen Ebenen (z. B. Arzt, Arzneimittel, Versicherter) mit Anzeige zugehöriger Images gewährleistet z. B. dem Fachbereich Arzneimittel vollkommene Datentransparenz. Durch den Online-Zugriff ermöglicht dieses leistungsfähige Werkzeug eine schnelle Recherche sowie eine unkomplizierte Analyse der archivierten Rezeptdaten.

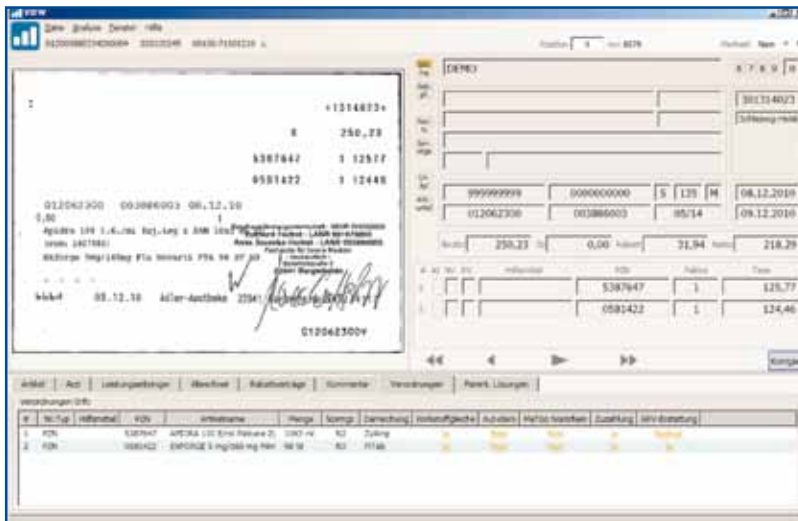
Zielgruppe

Fachbereich Arzneimittel

Funktionen im Einzelnen

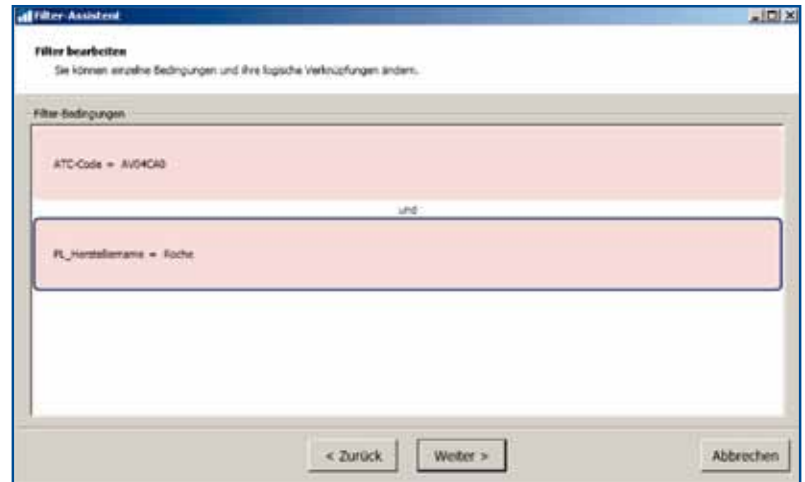
- gleichzeitige Anzeige von Rezeptbildern [TA4] und -daten [TA3]
- Blättern, Markieren und Kommentieren von Rezepten
- Stammdateninformationen zu Apotheken, Ärzten u. a.
- Filtern und Sortieren der Rezepte nach beliebigen Filterkriterien
- Intuitiver Aufbau von verschachtelten Filtern möglich
- Selektionskriterien als eigener Filter abspeicherbar
- Transparenz zu Korrekturdaten und Absetzungen
- umfangreiche Zusatzinformationen zu den verordneten Arzneimitteln
- Anzeige von Einsparpotenzialen für Wirkstoffgleiche und aut idem
- Erstellung verschiedener Toplisten auf Basis einer Rezeptauswahl
- rezeptbezogene Toplisten (z. B.: Abrechner, Arzt, Versicherter)
- verordnungsbezogene Toplisten (z. B.: ATC-Wirkstoff, Hersteller, PZN)
- Export der Daten in Text-, csv- oder zip-Format
- Ausdruck von Images durch Unterstützung von virtuellen PDF-Druckertreibern
- ...

Hauptfenster VIEW

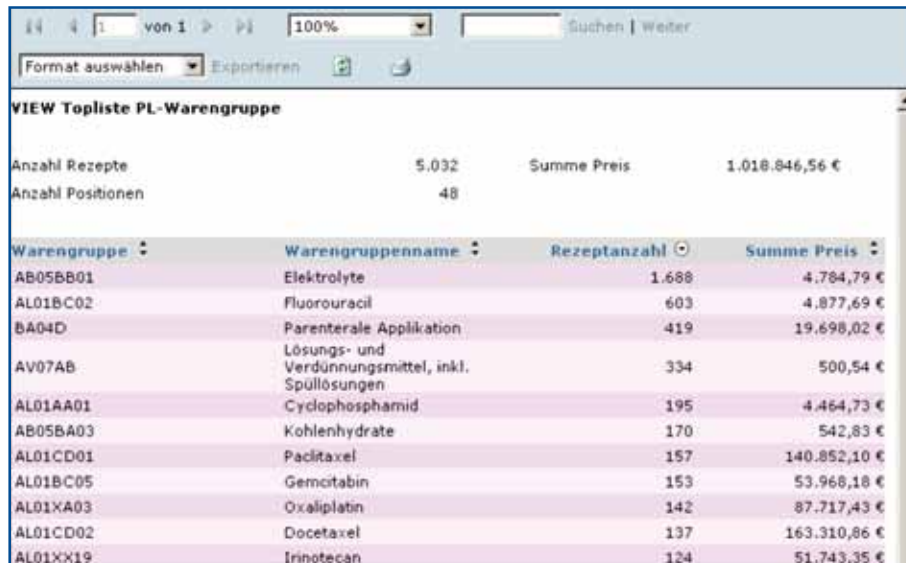


Vorteile & Nutzen

- tägliche Datenaktualisierung
- flexibler Online-Zugriff auf Abrechnungsdaten
- schnelles Recherchieren im digitalen Archiv
- Anzeige zu Korrekturen und Absetzungen
- Ausdruck von Rezept-Images
- vollkommene Datentransparenz



Analyse anhand von Toplisten hier am Beispiel PL_Warengruppe für Zytostatika-Zubereitungen



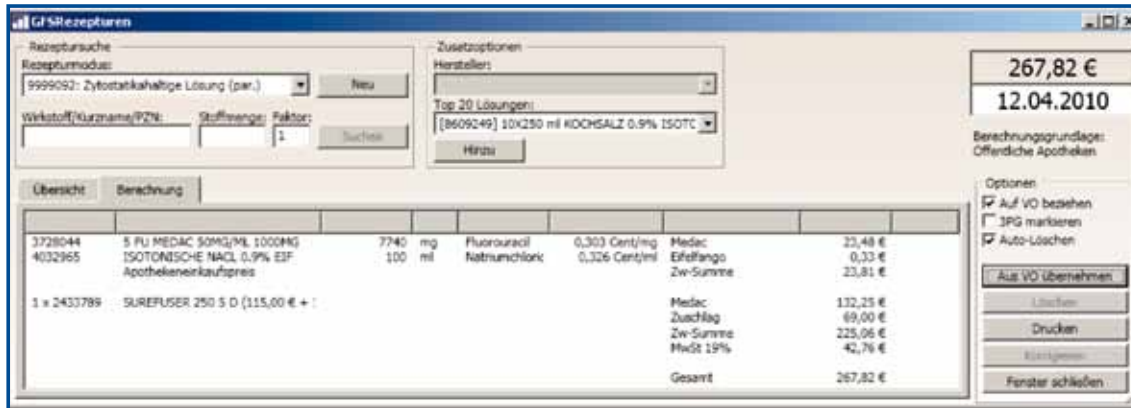
The screenshot shows a table titled 'VIEW Topliste PL-Warengruppe'. Above the table, there are navigation and search options: 'Format auswählen', 'Exportieren', and a search bar with 'Suchen | Weiter'. The table has four columns: 'Warengruppe', 'Warengruppenname', 'Rezeptanzahl', and 'Summe Preis'. The first two rows provide summary statistics: 'Anzahl Rezepte' (5.032) and 'Anzahl Positionen' (48), along with 'Summe Preis' (1.018.846,56 €). The main table lists various drug groups with their respective counts and prices.

Warengruppe	Warengruppenname	Rezeptanzahl	Summe Preis
AB05BB01	Elektrolyte	1.688	4.784,79 €
AL01BC02	Fluorouracil	603	4.877,69 €
BA04D	Parenterale Applikation	419	19.698,02 €
AV07AB	Lösungs- und Verdünnungsmittel, inkl. Spüllösungen	334	500,54 €
AL01AA01	Cyclophosphamid	195	4.464,73 €
AB05BA03	Kohlenhydrate	170	542,83 €
AL01CD01	Paclitaxel	157	140.852,10 €
AL01BC05	Gemcitabin	153	53.968,18 €
AL01XA03	Oxaliplatin	142	87.717,43 €
AL01CD02	Docetaxel	137	163.310,86 €
AL01XX19	Irinotecan	124	51.743,35 €

Vorteile & Nutzen

- Datenaufbereitung und Stammdatenpflege durch die GFS
- Prüfkonzent ist variabel:
Prüfung komplett als Inhouse-Lösung oder teilweise im Outsourcing durch die GFS
- zeitnahe Datentransparenz im Abrechnungsprozess
- Revisionssicherheit und Nachvollziehbarkeit der Korrekturen
- Ausdruck von Rezeptimages
- Aufbau von eigenem Know-how zur imagegestützten Abrechnungsprüfung
- Für Verwaltungsaufgaben kann die Infrastruktur der GFS genutzt werden, z. B. Druck und Versand von Rechnungsbenachrichtigungen
- kompletter IT-Support

GFS Rezepturen



GFS Rezepturen

Rezeptursuche
Rezepturmodus: 9999092: Zytostatikahaltige Lösung (par.)

Wirkstoff/Kurzname/PZN: Stoffmenge: Faktor:

Zusetzoptionen
Hersteller:
Top 20 Lösungen: [8609249] 10X250 ml KOCHSALZ 0.9% ISOTC

267,82 €
12.04.2010
Berechnungsgrundlage:
Öffentliche Apotheken

Optionen
 Auf VO beziehen
 3PG markieren
 Auto-Löschen

Code	Bezeichnung	Menge	Einheit	Wirkstoff	Konzentration	Hersteller	Preis
3728044	5 FLU MEDAC 50MG/ML 1000MG	7740	mg	Fluorouracil	0,303 Cent/mg	Medac	23,48 €
4032965	ISOTONISCHE NACL 0.9% EBF Apothekeneinkaufspreis	100	ml	Natriumchlorid	0,326 Cent/ml	Eifelango	0,33 €
						Zw-Summe	23,81 €
1 x 2433789	SUREFLUSER 250 S D (115,00 € + :					Medac	132,25 €
						Zuschlag	69,00 €
						Zw-Summe	225,06 €
						MwSt 19%	42,76 €
						Gesamt	267,82 €



VERIFY

Arzt abrechnungsprüfung gemäß § 106a SGB V

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz wurde die Verpflichtung zur Überprüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der ärztlichen Abrechnungen über den neu eingeführten § 106a SGB V auf die Krankenkassen ausgedehnt. Für eine zuverlässige und ordnungsgemäße Abwicklung dieser gesetzlichen Anforderungen bieten wir unseren Kunden einen umfangreichen Service rund um die Datenannahme und Prüfung der Arzt abrechnungen.

Je nach den individuellen Anforderungen übernehmen bzw. bieten wir im Einzelnen:

- Datenannahme der KV-Daten im TP1-Format und der Versichertenstammdaten
- automatische Vorkorrektur der Versichertendaten (z. B. Ermittlung der Versichertennummer im Ersatzverfahren)
- maschinelle Prüfung der Daten auf der Grundlage eines Standardprüfkataloges, z. B.:
 - Versichertenprüfung
 - Zuständigkeit anderer Kostenträger
 - Prüfung von Doppelabrechnungen
 - Plausibilität von Vorsorgeleistungen

- Kundenindividuelle Prüfungen (z. B.: Prüfung der abgerechneten Leistungen in Bezug auf die Diagnosen)
- Online-Zugriff auf die Prüfergebnisse zur Nachverfolgung etwaiger Regressforderungen bei der KV und zur manuellen Nachkorrektur über das Online-System P106a
- Lieferung der geprüften TP1-Daten an die Kasse
- Bewertung & Analyse der Daten von unseren Experten sowie Vorortgespräche und Beratung zur weiteren Vorgehensweise

Verfügbare Prüfkomplexe:

- Prüfung Leistungspflicht der Kasse
 - unbekannte Versicherte (mit Versichertenkorrektur)
 - Versichertenverhältnis beendet (mit Versichertenkorrektur)
 - Ersatzverfahren (mit Versichertenkorrektur)
 - Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers
 - Vorsorgeleistungen
 - Ausschluss von Doppelabrechnungen
 - Antrags- und Genehmigungspflicht
 - Kostenerstattung und Sachleistung

- Prüfung Leistung in Bezug auf die Diagnose
 - EBM-/Diagnosenabgleich
 - MDK-/Diagnosenabgleich
- Prüfung Arztbesuche
 - Arzthopping
- Prüfung Zuzahlung
 - keine Praxisgebühr bezahlt
 - keine Praxisgebühr aufgrund einer Befreiung
 - Praxisgebühr trotz Befreiung
 - keine Praxisgebühr wegen hausarztzentrierter Versorgung
 - keine Praxisgebühr wegen Überweisung
 - Vollständigkeit der Dokumentation des Arztes zur Praxisgebühr
- Praxisgebühr und Pseudo-EBM-Nummern
- Formelle Überprüfung der HZV-Kriterien:
 - Chroniker-Pauschale
- weitere Kriterien zum HZV in Abstimmung möglich

Vorteile & Nutzen:

- komplette Dienstleistung verbunden mit fachlicher Beratung
- schneller Online-Zugriff auf aktuelle Abrechnungsdaten
- einfache, übersichtliche Darstellung
- schnelle Suche im digitalen Archiv
- komfortable Weiterbearbeitung der Prüfergebnisse (korrigieren, speichern und exportieren)
- Vergleich der Daten für zurückliegende Quartale
- bereinigte Datenbasis durch Korrektur der Versichertendaten, z. B. für Morbi-RSA-Datenlieferungen
- zentrale Verwaltung Ihrer Daten

Prüfkomplex 1.1: Versichertennummer existiert nicht in der Kasse
(QPS-Führung (Übersichts-Viertel))

FF	Kassen-Nr.	Status	Praxis	Saldo	Anspruch der Rückzahlung	Saldo der Rückzahlung	Folgebuchung	Folgebuchung	Saldo	Saldo
F1	0000000000	HE								
F2	0000000000	HE								
F3	0000000000	HE								
Summe:										

Beispiel:

Prüfkomplex 1.1: Versichertennummer existiert nicht in der Kasse.

Übersichtliche Darstellung der Prüfergebnisse als Bericht:

Als Ergebnis der Prüfung werden alle Abrechnungsfälle ausgegeben, in denen die gemeldete Versichertennummer nicht in den Stammdaten gefunden wird.

Prüfkomplex 1.1: Versichertennummer existiert nicht in der Kasse
Mandant: , Quartal: 2000Q3, KV: Alle KV Bereiche, Status: Alle Status

Versichertensuche

(Originalwerte:)

Aktueller Versichertenstamm Versichertenstamm von: 200809

Vers.Nr:

geboren:

Name: Vorname:

Straße:

PLZ: Ort:

Kasse | Vorname | Nachname | Vorname|Geburtsdatum | Strasse | PLZ | Ort | Anspruch von|Assur

Suchmaske zur Korrektur von Versichertendaten

ANALYSE

Entscheidungsrelevante Informationen auf Knopfdruck

Der Kostendruck im Gesundheitswesen wächst und erfordert von Entscheidungsträgern der Krankenkassen eine effektive und gezielte Steuerung der Arzneimittelausgaben. Um die richtigen Entscheidungen treffen zu können, müssen dem Fachbereich Arzneimittel, dem Controlling und der Vorstandsebene fundierte Daten bzw. Erkenntnisse zum Verordnungsgeschehen im Arzneimittel-sektor vorliegen.

Speziell auf diese Anforderung zugeschnitten, bietet die GFS mit ANALYSE eine Business-Intelligence-Anwendung an, die zur Erstellung detaillierter Statistiken und systematischer Analysen Ihrer Arzneimittelabrechnungsdaten gemäß § 300 SGB V der letzten drei Jahre bis heute dient.

Zielgruppe

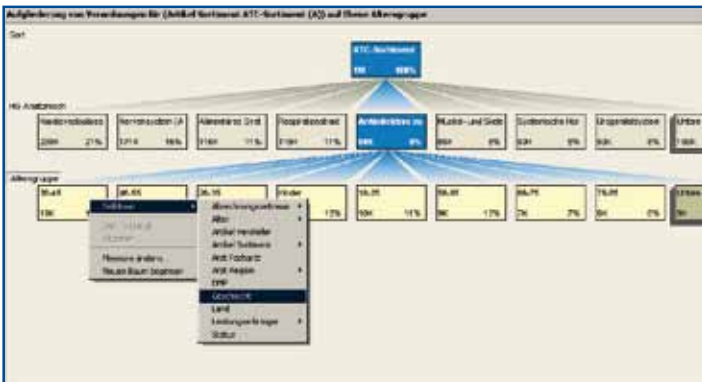
Controlling, Fachbereich Arzneimittel, Vorstandsebene

Vorteile & Nutzen:

- schnelles Abrufen von Ad-hoc-Analysen
- benutzerfreundliche Bedienung und einfache Navigation, Programmierkenntnisse sind nicht erforderlich
- aussagekräftige grafische Darstellung
- schnelles Erkennen von Fakten und Trends im Arzneimittelbereich
- Transparenz im Arzneimittel-sektor
- Einstellung eines Frühwarnsystems zur Kostenkontrolle, z. B. für neue/teure Arzneimittel
- Aufzeigen und Analysieren von Auffälligkeiten und Ausreißern

Durch den Online-Zugriff auf die Arzneimittelabrechnungsdaten können vielfältige Informationen tagesaktuell abgerufen werden wie z. B.:

- Auswertungen:
 - zu Umsatz- und Mengenentwicklung
 - zu Apotheken, Ärzten, Herstellern und Arzneimitteln
 - zu Alter und Geschlecht der Versicherten
 - zu Generika, Re-Importen, Aut-Idem Kreuz und Rabattpräparaten
 - zu Zuzahlung, Netto und Rabatt
 - nach Leistungserbringer wie Krankenhausapotheken, öffentlichen Apotheken und sonstigen Leistungserbringern
 - regionale Auswertungen nach KV-Bereich
- Vergleichsdaten nach Monat, Quartal oder Jahr
- Darstellung der Analysen als Tabelle oder Diagramm



Übersichtliche Darstellung einzelner Analyseschritte mittels Drilldown-Funktion

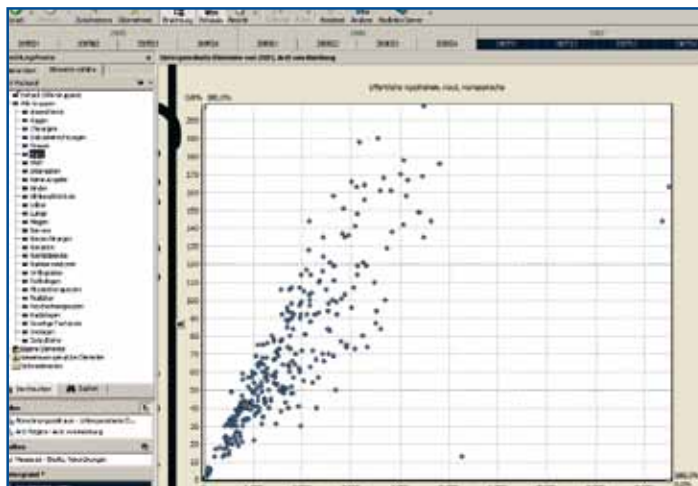
- Darüber hinaus bietet ANALYSE:
 - getrennte Hierarchien zur neuen Arzt- und Betriebsstättennummer
 - zeitnahe monatliche Dateneinspielung und tägliche Datenaufbereitung
 - 14-tägiges Update in den Artikel-Dimensionen
 - Herstellerhistorisierung auf der PZN-Ebene
 - Berücksichtigung von ATC-Code-Wechsel auf der PZN-Ebene
 - erweiterte Analysefunktionen wie z. B. Analysebaum

Analysen, Auswertungen und Statistiken sind auf verschiedenen Ebenen möglich:

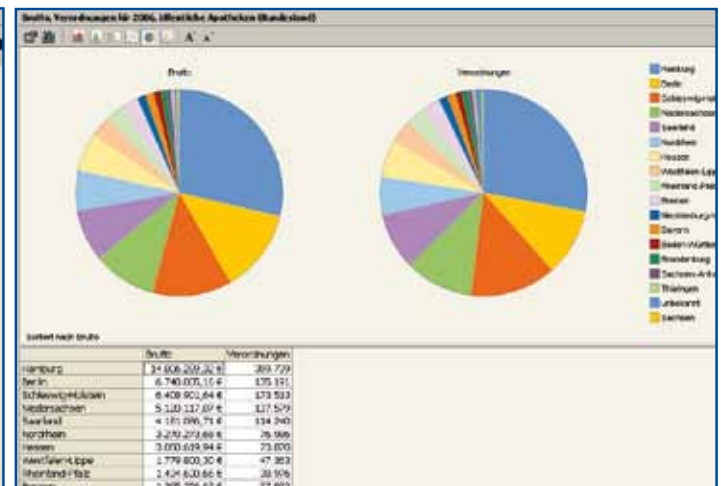
- Abrechnungszeitraum
- Arzt und Facharztgruppe
- Betriebsstätte und KV-Bereiche
- Versicherte: Geschlecht, Alter, Status
- Hersteller: historisierte PZN-Zuordnung

- Artikelsortiment
 - ATC-Sortiment mit Wirkstoffen bis auf untere Ebene einer PZN
 - Randsortiment
 - Sonderkennzeichen
 - Generika
 - Re-Importe
- Leistungserbringer
 - öffentliche Apotheken
 - Krankenhausapotheken
 - sonstige Leistungserbringer

Schnelle Ermittlung von Ausreißern



Darstellung regionaler Arzneimittelausgaben





INFORM

Schnelle Auskunft für einen kompetenten Kundenservice

INFORM ist ein umfangreiches, aktuelles Informationssystem zu nationalen und internationalen Arzneimitteln, Hilfsmitteln und Medizinprodukten. Speziell für den Kundenservice von Krankenkassen entwickelt, gibt INFORM schnelle und aktuelle Auskünfte zu den relevanten Artikeldaten. Im Vergleich zu anderen Artikelinformationssystemen auf dem Markt bietet INFORM die Möglichkeit, kasseneigene, interne Vermerke zu Artikeln oder Wirkstoffen anzulegen.

Zielgruppe

Kundenbetreuer in den Geschäftsstellen, Fachbereich Arzneimittel, Fachbereich Hilfsmittel

Artikelinformationen

- schnelle & aktuelle Informationen zu Arzneimitteln, Hilfsmitteln, Verbandmitteln und Medizinprodukten
- übersichtliche Artikelinformationen wie Hersteller, Wirkstoffe, Indikationsgebiet, Vertriebsstatus, Verschreibungspflicht, Apothekenpflicht, Normgrößen, Klinikpackung, Rabattverträge u. v. m.
- Preisinformation wie Apotheken-Einkaufs- und -Verkaufspreis, Herstellerabgabepreis, Festbetrag, bundeslandspezifische Vertragspreise, allgemeine und kassenspezifische Rabatte, Zuzahlung und evtl. Mehrkosten für den Versicherten sowie Anzeige zuzahlungsfreier Alternativen

- Preisauskunft auch über „alte“ Preise (Preishistorie)
- GKV-Information (z. B. Erstattungsfähigkeit, Arzneimittelrichtlinien, Negativliste, Lifestyle)
- Anzeige wirkstoffgleicher Artikel
- Schnellinformation zu ausländischen Arzneimitteln
- ...

Suchfunktion

- nach Artikelname, PZN, Hilfsmittelnnummer und Wirkstoff
- nach ausländischen Arzneimitteln
- Suchergebnisse können sortiert werden, z. B. nach Rabattverträgen

Notizfunktion

Kasseneigene Zusatzinformationen zu Artikeln oder Wirkstoffen können mittels interner Vermerke von Ihrem Fachbereich angelegt werden

- z. B. kassenindividuelle Erstattungsfähigkeit und Kostenübernahme für strittige Präparate wie z. B. Viagra® bei pulmonaler Hypertonie
- Verlinkung mit Ihrem Intranet zu haus-eigenen Fachinformationen möglich
- Verweise können ausgedruckt werden.
- Leserechte für Ihre Kundenbetreuer oder Lese- und Schreibrechte für Ihren Fachbereich stehen als User-Option zur Verfügung



Vorteile & Nutzen:

- aktuell und umfangreich:
430.000 Artikel (PZN) inkl. Importe und Re-Importe
- Kundenanfragen (z. B. bzgl. Erstattungsfähigkeit) können sofort beantwortet werden.
- einfache Bedienung
- die wichtigsten Basisinformationen auf einen Blick
- schneller Online-Zugriff
- übersichtliche Darstellung

Hauptseite INFORM

Artikelsuche und Information am Beispiel Lioresal®

- Mehrkosten für Versicherte
- Zuzahlungsfreie Alternativen
- Wirkstoffgleiche

Suchergebnis

Ankelszahl	PNZ	Name	Form	Menge	Hersteller	Status
1	495186	LIORESAL 10 mg Tablett	Tabletten	50 St.	F2	Falk-Pharma
2	495184	LIORESAL 10 mg Tablett	Tabletten	100 St.	F2	Falk-Pharma
3	7369903	LIORESAL 10 mg Tablett	Tabletten	20 St.	N1	EMPA-MED
4	8874804	LIORESAL 10 mg Tablett	Tabletten	50 St.	F2	A.C.A. Müller
5	8574810	LIORESAL 10 mg Tablett	Tabletten	100 St.	F2	A.C.A. Müller
6	1437377	LIORESAL 10 Tablett	Tabletten	50 St.	F2	Novartis Pharma
7	2181230	LIORESAL 10 Tablett	Tabletten	100 St.	F2	Novartis Pharma
8	2438923	LIORESAL 10 Tablett	Tabletten	20 St.	N1	Novartis Pharma
9	3912067	LIORESAL 10 Tablett	Tabletten	100 St.	F2	Euro-Pharm

Ankelsinformationen

Verkaufspreis	Nettoverkaufspreis	Nettoverkaufspreis	Zuzahlung	Apothekenbeitrag
27,90 €	23,95 €	23,95 €	5,00 €	2,00 €
Herkunftsangaben: 13,96 €		Zuzahlungsfrei		Herstellerebeitrag: 1,92 €
Mehrkosten für Versicherten: 3,05 €		Zuzahlungsfrei		MuSt: 19%

Wirkstoffgleiche

PNZ	Name	Menge	Hersteller	Status	AV	GRV-Preis	akt. Einz.	rel. Einz.
1	8228615	BACLOFEN-NEURAX 10 MG	100 St.	Neuropharm		16,59 €	1,36 €	82,13%
2	6188150	BACLOFEN AWD 10	100 St.	AWD		16,64 €	1,31 €	80,23%
3	3753409	BACLOFEN RATIOPH 10MG TAB	100 St.	Ratiopharm		18,74 €	1,21 €	80,10%
4	2023237	BACLOFEN DURA 10MG	100 St.	Mylan Dura		21,83 €	1,20 €	84,9%
5	3012067	LIORESAL 10	100 St.	Euro-Pharm		22,41 €	1,54 €	6,43%
6	495184	LIORESAL 10MG	100 St.	Falk-Pharma		22,43 €	1,53 €	6,81%
7	495186	LIORESAL 10	100 St.	CO-Pharma		23,55 €	1,40 €	1,87%
8	8874810	LIORESAL 10MG	100 St.	A.C.A. Müller		23,80 €	1,39 €	1,46%
9	3981805	LIORESAL 10	100 St.	Opi-Arznei		23,81 €	0,94 €	1,41%
10	3177486	LIORESAL 10	2x50 St.	EMPA-MED	AV	23,83 €	1,02 €	1,39%
11	3463717	LIORESAL 10	100 St.	Baregona		23,83 €	0,57 €	1,33%
12	2181230	LIORESAL 10	100 St.	Novartis Pharma		23,95 €	0,00 €	0,00%

Zuzahlungsfreie Alternativen

PNZ	Name	Menge	Hersteller	Status	AV	GRV-Preis
1	8228615	BACLOFEN-NEURAX 10 MG	100 St.	Neuropharm		16,59 €
2	6188150	BACLOFEN AWD 10	100 St.	AWD		16,64 €
3	3753409	BACLOFEN RATIOPH 10MG TAB	100 St.	Ratiopharm		18,74 €
4	2181230	LIORESAL 10	100 St.	Novartis Pharma		23,95 €



REBATE

Mehrkosten-Erstattung nach AMNOG

Um den neuen Freiheiten der Versicherten bei der Arzneimittelwahl kompetent gegenüber zu stehen, haben wir das Tool REBATE – Mehrkosten-Erstattung nach AMNOG entwickelt. Mit REBATE können Ihre Mitarbeiter einfach und ohne lange Einzelrecherche Erstattungsbeträge korrekt und taggenau online berechnen – und verlieren so wenig Zeit wie möglich bei Auskünften zu Erstattungen. Voraussetzung dafür ist die Vorgabe der in ihrer Satzung festgeschriebenen Kriterien. Das Tool ist flexibel gestaltet, so dass es die Rückzahlung von fixen Erstattungsbeträgen bei Rabattvertragspartnern genauso zulässt, wie individuelle prozentuale oder feste Abschläge bei aut idem Verordnungen. Sie nutzen das Tool direkt aus Ihrem Browser (Internet Explorer ab 6.0) und greifen online auf die notwendigen Datenbanken zu.

Die Nutzerverwaltung erfolgt über Client Zertifikate, welche Ihnen die GFS zur Verfügung stellt. Damit ist einerseits eine hohe Performance der Anwendung, andererseits die Datensicherheit gewährleistet. Zugriff auf Sozialdaten ist aus der Anwendung heraus nicht möglich.

Zielgruppe

Kundenbetreuer in den Geschäftsstellen, Fachbereich Arzneimittel, Fachbereich Hilfsmittel

Funktionen

- **Suchfunktion:** Medikamente über den Namen oder über die Pharmazentralnummer (PZN) suchen
- **Möglichkeit taggenauer Preisermittlung** (aufgrund 14-tägiger Preisänderungen), Sie müssen dazu nur das Datumsfeld befüllen.
- **Zuzahlungsbefreiung kann individuell berücksichtigt werden** (Angabe muss ebenfalls im Vorhinein in dem dafür vorgesehen Feld erfolgen)
- **Anzeige der Erstattungsinformation im Berechnungsfenster:**
 - Der Apothekenverkaufspreis (Apo VK) - den der Versicherte entrichtet haben sollte - wird als Ausgangswert angezeigt, einzelne gesetzlich zu berücksichtigende Beträge werden subtrahiert.
 - In der rechten Spalte wird schließlich der Erstattungsbetrag angezeigt, auf den der Versicherte Anspruch hat.

Medikament suchen
(hier z.B. über den Namen)

Name	PZN	Berechnungsbasis	Umsatz	Stärke	Hersteller
1 ABLFY 1 mg/ml Lösung i. Einwaagen	4981271	Lösung	150 ml	keine	SMS / OPG
2 ABLFY 10 mg Schmelztbl.	9038381	Schmelztäbchen	49 St.	H2	CC-Pharma
3 ABLFY 10 mg Schmelztbl.	0822143	Schmelztäbchen	49 St.	H2	Euro-Pharm
4 ABLFY 10 mg Schmelztbl.	0876614	Schmelztäbchen	49 St.	H2	A.C.A. Müller
5 ABLFY 10 mg Schmelztbl.	1919496	Schmelztäbchen	49 St.	H2	EMRAMED
6 ABLFY 10 mg Schmelztbl.	3551982	Schmelztäbchen	49 St.	H2	Westen-Pharma
7 ABLFY 10 mg Schmelztbl.	4033841	Schmelztäbchen	49 St.	H2	Kalix-Pharma
8 ABLFY 10 mg Schmelztbl.	4698722	Schmelztäbchen	28 St.	n.b.	SMS / OPG
9 ABLFY 10 mg Schmelztbl.	4608729	Schmelztäbchen	49 St.	H2	SMS / OPG
10 ABLFY 10 mg Schmelztbl.	8919309	Schmelztäbchen	14 St.	H1	A.C.A. Müller

- Unterliegt ein Arzneimittel einer Festbetragsgruppe, wird der Festbetrag als Berechnungsgrundlage herangezogen, wenn dieser kleiner als der Apothekenverkaufspreis ist.
- **Kundenspezifische Anpassungen – Aktualität:** Als Krankenkasse haben Sie die Möglichkeit, pauschale Abschläge vorzunehmen oder gegebenenfalls pro Wirkstoff, Wirkstoffmenge und Packungsgröße fest definierte Erstattungsbeträge zu vereinbaren. In diesen Fällen werden die Erstattungsbeträge durch uns in der Datenbank hinterlegt und lediglich der Erstattungsbetrag pro Arzneimittel ausgewiesen.
- **Optionen und Ausbaustufen:** REBATE kann neben der Anzeige des korrekten Erstattungsbetrags **optional eine Erstattungsmitteilung zum Versand an den Versicherten** erstellen. Dabei werden die Daten aus der Erstattungsliste übernommen, mit den Versichertenendaten ergänzt und in ein Standard-schreiben zusammengeführt.

Vorteile & Nutzen

- schnelle, aktuelle und rechtssichere Auskunft über die Höhe der Mehrkostenerstattung
- Möglichkeit kundenspezifischer Anpassungen (z.B. individuelle Erstattungen)
- Pflege kundenspezifischer Änderungen (z.B. Pauschalen, definierten Erstattungsbeiträge) durch die GFS
- tagaktuelle Preise und individuelle Erstattungen jederzeit aktuell online zur Verfügung
- einfache Bedienung
- hohe Performance und Datensicherheit
- Ortsübergreifende Ermittlung der Erstattung aus einer Datenquelle für die gesamte Krankenkasse entlastet Ihre Mitarbeiter und schaltet mögliche Übertragungsfehler aus.
- Je nach Bedarf bietet REBATE so immer die passende Lösung für Ihren gewünschten Einsatzzweck.

Beispiel Concerta 18mg 30 Tbl. –
Apothekenverkaufspreis 46,33 Euro / Festbetrag 26,06 Euro :

Abfrageart	Name	PKZ	Einheit	Menge	Packungsgröße	Hersteller	Preis
1	CONCERTA 18 mg Retardtabletten	2842945	Retard Tabletten	30 St	92	Janssen Cilag	
2	CONCERTA 27 mg Retardtabletten	4626553	Retard Tabletten	30 St	92	Janssen Cilag	
3	CONCERTA 36 mg Retardtabletten	2842951	Retard Tabletten	30 St	92	Janssen Cilag	
4	CONCERTA 54 mg Retardtabletten	2842968	Retard Tabletten	30 St	92	Janssen Cilag	

PKZ	Name	Ap. Nr.	FB	Faktor	Apptabelle	Zahlung	20% Vertragsrate	Rebato/GG	10% Preisbremse	Summe	5% Vertragskosten	Erstattungsbetrag
2842945	CONCERTA 18MG RETARDTABELL	4633	€ 26,06 €	1	15.01.2011	5,00 €	5,21 €	0,00 €	2,61 €	13,24 €	0,66 €	12,58 €

Nach Anklicken der korrekten Zeile öffnet sich das Berechnungsfenster



PREDICT

Transparente Prognosen für nachhaltiges Versorgungsmanagement

PREDICT – das neue Prognosetool der GFS, bietet Krankenkassen neue Möglichkeiten zur pseudonymisierten Datenauswertung rund um das Versorgungsmanagement. Effizientes Versorgungsmanagement sollte mit einer klaren Zieldefinition, datengestützt und so exakt wie möglich jene Versichertenpotenziale aufgreifen, die von einer Steuerung profitieren. Dafür notwendige Daten (z. B. TP1, TA3, DRG, AU, ...) werden bei der GFS pseudonymisiert in eine Datenbank zusammengeführt auf die Business-Intelligence-Tools aufsetzen, um Zusammenhänge zwischen den Daten mittels Prognosemodellen basierend auf Entscheidungsbäumen darzustellen. Begleitend dazu bietet die GFS die notwendige fachliche Beratung, hilft Entscheidungskriterien für Interventionen zu finden und bei der Auswahl eines geeigneten Versorgungsmanagementansatzes.

Vorteile & Nutzen:

- Datenaufbereitung und pseudonymisierte Zusammenführung über die GFS
- Prädiktionscores sind für eine Reihe von chronischen Erkrankungen ermittelbar
- Zusammenhänge zwischen einzelnen Daten werden transparent dargestellt
- Abhängigkeitsmuster sind spezifisch für die betrachteten Versicherten
- Reports sind für Übersichts-betrachtungen, das Fallmanagement und Einzelanalysen vordefiniert und lassen sich spezifisch anpassen
- Auf Basis von transparenten Prognosen lassen sich Versichertenkollektive für Intervention und Beobachtung festlegen – die Basis für eine erfolgreiche Evaluation
- Beratung und Projektmanagement erfolgt durch die GFS und Ihre Experten

Predictive-Modeling-Verfahren können Muster für typische Erkrankungen abbilden, Ereignisse wie Hospitalisierungen vorher-sagen, Versicherte auffinden, die Gefahr laufen schwerer zu erkranken, Leistungs-kosten prognostizieren und Muster zur Auswertung von Vergleichsgruppen fin-den. Medizinische Ansatzfelder dafür sind

für uns kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Rückenschmerzen, chronische Atemwegserkrankungen, Multiple Skle-rose oder Rheumatoide Arthritis. Aber auch individuelle Ansätze können auf Kun-denwunsch realisiert werden.

Für die genannten Krankheitsbilder existieren bereits auf dem Markt Ver-sorgungsmanagement-Angebote in ver-schiedener Form, wie z. B. telefonisches Coaching, Telemonitoring, Case Manage-ment und Schulungsprogramme. Anhand von Diagnosen und Arzneimittelverord-nungen (gegebenenfalls weiteren Daten) wird ein Muster erkannt, z. B. das eines typischen Typ-II-Diabetikers. Dieses wird auf den Daten trainiert, bis es ein stabiles Vorhersageergebnis zeigt. Das Resultat ist ein Abhängigkeitsnetzwerk, welches bestimmende Diagnosen und Verord-nungen zeigt und darlegt, wie die Para-meter voneinander abhängen. Jedes Versichertenpseudonym erhält aufgrund seiner Position im Abhängigkeitsnetzwerk einen individuellen Prognosescore. Zu-sätzliche Daten (z. B. stationäre Diagno-sen) erhöhen die Dichte und Vernetzung. Durch regelmäßigen Datenabzug lassen sich Annahmen überprüfen, Modelle ver-bessern und Entwicklungen verfolgen. Die Ergebnisse stehen dem Kunden als

Online-Applikation mit einem Übersichts-report zur Gesamtpopulation zur Verfügung sowie als Versichertenliste gruppiert nach Mindestwahrscheinlichkeit. Zudem zeigt die Einzelfallbetrachtung jene Aufgreifkriterien, aufgrund derer ein Versicherter vom Modell angezeigt wird.

Zusätzliche Regionalanalysen bilden Potenziale geocodiert ab und visualisieren, in welchen Bundesländern oder KV-Bezirken eventuelle Ballungen auftreten. Diese transparenten Informationen helfen, Potenziale für Versorgungsmanagement zu identifizieren und zielgenaue Maßnahmen einzuleiten. Neben kurzfristigen Einsparungen durch die Rechnungsprüfung, können so auch mittel und langfristige Kostenvorteile generiert werden.



Abhängigkeitsnetzwerk – der spezifische Entscheidungsbaum

Das gefundene Abhängigkeitsnetzwerk kann als Excel-Graphik exportiert werden und zeigt individuell die Verknüpfung der einzelnen Abhängigkeitsfaktoren. Dabei richtet sich der als Ergebnis ermittelte Prädiktionscore für das betrachtete Versichertenpseudonym danach, welche der dargestellten Abhängigkeitsfaktoren jeweils bei ihm vorliegen. Im vorliegenden Beispiel sind das lediglich ambulante Diagnosen und ATC-Codes, dies kann jedoch durch Betrachtung weiterer Sektoren vertieft werden.

Damit liegt der gefundene Prädiktionswert transparent, individuell und nachvollziehbar für das Versorgungsmanagement der gesetzlichen Krankenkasse vor.

Über die GFS Gesellschaft für Statistik im Gesundheitswesen mbH

DAS UNTERNEHMEN

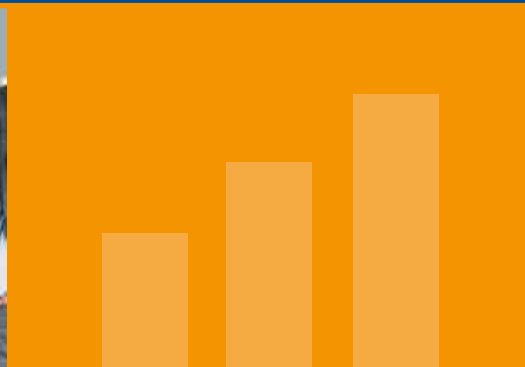
Die GFS übernimmt das Datenmanagement rund um Arzneimittelabrechnungen für Kostenträger im Gesundheitswesen und entwickelt intelligente, maßgeschneiderte Software-Lösungen für mehr Transparenz im Verordnungsgeschehen.

IT-Entwickler, Netzwerkadministratoren, Datenbankspezialisten sowie ein hochqualifiziertes Apothekerteam und pharmazeutisches Fachpersonal gewährleisten – unabhängig von Dritten – eine kompetente Kundenbetreuung von beiden Standorten Unterschleißheim und Dresden aus.

Neben der Abrechnungsprüfung entwickelt die GFS aussagekräftige, flexible Analyse-Tools, leistet fundierte fachliche Begleitung bei der Bewertung der umfangreichen Verordnungsanalysen und erarbeitet gemeinsam mit den Kunden geeignete Konzepte und Maßnahmen.

Als Outsourcing-Partner für gesetzliche Krankenkassen bietet die GFS umfassenden Service aus einer Hand. Neben der Erfassung und Prüfung von Arzneimittelabrechnungsdaten gemäß § 300 SGB des Fünften Sozialgesetzbuches führt die GFS weitergehende Analysen durch und leistet die dazugehörige Beratung in Fach- und IT-Fragen.

Auch private Krankenversicherungen nutzen bereits dieses umfangreiche Know-how. Mit dem Ziel der Prozessoptimierung und -automatisierung im Bereich des Leistungsmanagements werden die geeigneten Prüfmodule entwickelt und fachliche sowie strategische Beratung zur Optimierung der Wirtschaftlichkeit im Arzneimittelbereich angeboten. Durch Verbesserung der Datenqualität und Transparenz kann die GFS ihren Kunden mehr als nur kurzfristige Einsparungen aufzeigen.





Über GFS ONLINE

Mit dem Ziel, umfangreiche Informationen für die GKV performant zur Verfügung zu stellen, wurde das internetbasierte Serviceportal GFS ONLINE entwickelt. Die einzelnen Module bieten einen komfortablen, interaktiven Online-Zugriff auf kasseneigene Abrechnungsdaten und umfangreiche Artikelinformationen. Gezielte Analysen,

Standardberichte oder allgemeine Auskünfte zu Arzneimitteln – mit GFS ONLINE gelingt es, Arbeitsabläufe zu optimieren und den Arbeitsaufwand zu minimieren. GFS-Lösungen bieten die geeignete Entscheidungsgrundlage für eine mittel- bis langfristige Steuerung und effektive Planung im Bereich der Arzneimittelausgaben.

Vorteile des GFS Datenmanagements – in Zukunft gemeinsam stärker!

- Langjährige Erfahrung im Umgang mit großen Datenmengen
- Flexible und transparente Prozesse
- Vielseitige Datennutzung (Data-Warehouse-Lösungen)
- Nutzung modernster Technologien ohne Investitionen
- Verbesserte Datenqualität
- Ausschließlicher Einsatz von Fachpersonal
- Zeitnahe Abwicklung
- Kalkulierbare und günstigere Verwaltungskosten





Ihre Experten für erfolgreiches Datenmanagement im Gesundheitswesen

**GFS Gesellschaft für Statistik im
Gesundheitswesen mbH**

An der Prießnitzau 11-13

01328 Dresden

Fon 0351/2 1697-0

Fax 0351/2 1697-19

info@gfs-web.de

www.gfs-web.de

**GFS Gesellschaft für Statistik im
Gesundheitswesen mbH**

Edisonstraße 8

85716 Unterschleißheim

Fon 089/43 55 28-0

Fax 089/43 55 28-79

info@gfs-web.de

www.gfs-web.de