

Die aktuelle Wirtschaftlichkeitsprüfung: Willkür bei den Kriterien

Leitfaden und Analysen zur Unterstützung der Hausärzte
bei Arzneimittelregressen und Prüfverfahren



Sehr geehrte Damen und Herren, verehrte Kolleginnen und Kollegen,

als ich Anfang 2011 das Amt des Vorstandsvorsitzenden der KVB übernommen habe, wollte ich mir einen Überblick über die hausärztliche Versorgung in Bayern verschaffen. So habe ich in der KVB den Auftrag für eine umfassende Analyse erteilt. Die Fakten, die daraufhin von unseren Experten zusammengetragen wurden, brachten durchaus überraschende Ergebnisse – sowohl im Hinblick auf die ärztliche Tätigkeit und Versorgungsbreite als auch hinsichtlich der Versorgungstiefe bei Arzneimittelverordnungen.

Eine der Fragen, die wir uns daraufhin gestellt haben: Wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Arznei- und Heilmittelverordnungen nach Fachgruppendurchschnittswerten den unterschiedlichen Strukturen in der hausärztlichen Versorgung noch gerecht? Wie in dieser Broschüre dargestellt wird, lautet die Antwort: nein! Die Hausärzte, die ihre Patienten sehr umfassend diagnostisch und therapeutisch versorgen, sind von der derzeitigen Prüfsystematik am meisten negativ betroffen und sogar mitunter existenziell bedroht.

Meiner Meinung nach kann die Konsequenz daraus nur heißen, sämtliche Prüfverfahren sofort einzustellen, die entsprechenden Gesetze zu ändern und – wenn der Gesetzgeber auf weitere Prüfmaßnahmen besteht – die Prüfmodalitäten so anzupassen, dass sie keine Bedrohung für die hausärztliche Versorgung mehr darstellen. Allenfalls kann und darf eine Prüfung jene Ärzte treffen, die sich nicht an die Spielregeln halten. Das ist mit einer einfachen Nachbesserung und Anpassung der bisherigen Prüfsystematik nicht erreichbar, da der Themenkomplex Prüfung zahlreiche systemimmanente Fehler auf verschiedenen Ebenen birgt. Die vorliegende Broschüre will diese systemimmanenten Defizite bei der Prüfung nach Fachgruppendurchschnittswerten transparent machen. Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, sollen damit im Falle einer Prüfung sowohl



Dr. Wolfgang Krombholz,
KVB-Vorstandsvorsitzender

vor der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss als auch vor den Sozialgerichten gute Argumente parat haben.

Die Broschüre gliedert sich in einen

- Leitfaden für Hausärzte als Argumentationshilfe bei Widersprüchen,
- vertiefenden Analyseteil auf Basis nachvollziehbarer Daten und Fakten.

Allein die Darstellung der Unterschiede von Arzneimittelpreisen in einigen europäischen Ländern (siehe Seite 13) zeigt exemplarisch die Ungerechtigkeit unseres widersprüchlichen Prüfsystems: Vertragsärzte haften mit ihrem Privateigentum für Kosten, die sie weder transparent überblicken noch beeinflussen können – vor allem nicht vor dem Hintergrund einer im internationalen Vergleich willkürlich erscheinenden Preispolitik der Pharmaunternehmen. Mit der Einführung der „Flatrate“-Chipkarte entstanden weitere Milliardenverluste im System, die ebenfalls nicht durch die Ärzteschaft zu verantworten sind. Im Vergleich dazu kann man durchaus hinterfragen, ob die sogenannte „unwirtschaftliche Verordnung“ wirtschaftlich gesehen überhaupt eine echte Rolle spielt und ob es für den Gesetzgeber nicht andere Optionen gäbe, als permanent neue Prüfscenarien zu ersinnen. Statt auf neue Prüfmodalitäten sollte man lieber auf echte Anreizsysteme setzen. Abschließend noch meine Bitte an Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen: Gehen Sie auch weiterhin verantwortungsbewusst und mit der gebotenen Sparsamkeit bei Verordnungen um.

Mit den besten Grüßen

Dr. Wolfgang Krombholz



Arzneimittelprüfung – Leitfaden für Hausärzte

Wie Sie bei Widersprüchen argumentativ am besten aufgestellt sind

Wir hoffen natürlich, dass die gesetzlichen Krankenkassen sich unseren Argumenten, die in dieser Broschüre dargestellt sind, anschließen werden und in naher Zukunft auf weitere Prüfverfahren bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln verzichten. Sollte die Prüfungsstelle aber weitere Prüfverfahren einleiten und sollten Sie davon betroffen sein oder sich bereits in einem Prüfverfahren befinden, möchten wir Ihnen die notwendigen Argumente an die Hand geben, mit denen Sie – zusammen mit den Erläuterungen Ihrer individuellen Praxisbesonderheiten – gute Aussichten haben, ein Widerspruchsverfahren positiv für sich zu entscheiden. Im Falle eines Prüfverfahrens können Sie die einzelnen Argumente dieses Leitfadens daher gerne zur Untermauerung Ihrer Position eins zu eins übernehmen, soweit die Gesichtspunkte auf Ihre individuelle Praxissituation zutreffen. Weitere vertiefende Informationen zu den einzelnen Argumenten des Leitfadens finden Sie im Analyseteil dieser Broschüre.

1. Im Rahmen der Prüfung auf der Grundlage von Durchschnittswerten muss berücksichtigt werden, dass nach Feststellung der KVB in Bayern etwa 20 Prozent der Hausärzte sogenannte untypische Hausärzte sind, die keine oder nur im geringen Umfang Verordnungen durchführen. Sie drücken dadurch jedoch die durchschnittlichen Verordnungskosten pro Fall zum Nachteil der ausschließlich hausärztlich tätigen Ärzte nach unten. Durch die fehlende Berücksichtigung dieser Tatsache wird der durchschnittliche Verordnungsfallwert der Hausärzte verfälscht, sodass dieser nicht mehr die reale Verordnungssituation wiedergibt.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in der Analyse „Hausärztliche Versorgung unter der Lupe: typisch und untypisch tätige Hausärzte“ auf Seite 19.

2. Die KVB hat in einer ausführlichen Untersuchung festgestellt, dass die Verordnungstiefe in den einzelnen Hausarztpraxen sehr unterschiedlich ist. Während die Patienten in vielen Hausarztpraxen nahezu zu 100 Prozent medikamentös versorgt werden (Versorgerpraxen), werden in ebenso vielen Praxen die Patienten nur partiell medikamentös versorgt. Einen unterschiedlich großen Teil ihrer Medikamente erhalten die Patienten dieser Praxen von einem zweiten Hausarzt oder von Fachärzten. Auch diese Tatsache führt dazu, dass der Fallkostendurchschnitt nicht mehr als Aufgreifkriterium zur Wirtschaftlichkeitsprüfung dienen kann. Bestraft werden vor allem die Hausärzte, die ihre Patienten vollumfänglich medikamentös versorgen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in der Analyse „Einfluss der Verordnungstiefe auf die Höhe der Fallkosten“ auf Seite 31.

3. In der der Prüfung zugrunde gelegten Systematik wird die Altersstruktur der Patienten der geprüften Praxis nur mit einem groben Raster erfasst. Die Untersuchungen der KVB haben ergeben, dass die Einteilung in Mitglieder, Familienangehörige und Rentner bezüglich der Verordnungskosten nicht mehr sachgerecht ist. Je höher das Durchschnittsalter der Patienten einer Praxis, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Praxis in die Prüfung kommt.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in der Analyse „Einfluss des Alters der Patienten auf die Arzneimittelkosten“ auf Seite 25.

4. Die durchschnittlichen Verordnungskosten beziehen sich in der angewandten Prüfsystematik auf die Gesamtheit der Behandlungsfälle. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die einzelnen Praxen aufgrund ihrer Praxisstruktur völlig verschiedene Anteile an Verdünnerfällen haben, aus deren Behandlung keine oder nur geringe Verordnungskosten resultieren. Während Hausärzte mit ei-

nem hohen Anteil an Verdünnerfällen kaum Gefahr laufen, bezüglich ihrer Verordnungstätigkeit geprüft zu werden, steigt durch diese Systematik die Gefahr für die sogenannten Versorgerpraxen, in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kommen erheblich an, ohne dass dies durch unwirtschaftliche Verordnungen verursacht sein muss.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in der Analyse „Einfluss der Verdünnerfälle auf die Höhe der Fallkosten: Konsequenzen für die Auswahl der geprüften Ärzte“ auf Seite 23.

5. Die aktuelle Systematik der Prüfung berücksichtigt nicht die unterschiedliche Morbiditätsstruktur der Patienten einer Praxis. Praxen mit einem höheren Anteil an Patienten mit schweren Erkrankungen haben ein deutlich höheres Risiko, geprüft zu werden.

Auswertungen der KVB zeigen, dass zum Beispiel für Praxen mit einem hohen Anteil an Diabetespatienten und damit einhergehend höheren Verordnungskosten die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, durchschnittliche Verordnungskosten weit über den Prüfungsgrenzen zu erreichen - ohne dass sie unwirtschaftlich verordnen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in der Analyse „Einfluss der Morbidität auf das Risiko einer Prüfung“ auf Seite 27.

6. Die Untersuchungen der KVB belegen, dass bereits eine Zunahme von ein bis zwei Prozent an Patienten, die hochpreisige Arzneimittel oder überdurchschnittlich viele Arzneimittel benötigen, eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach sich ziehen kann. Auf diese Strukturveränderungen des Praxisklientels hat der Arzt keinen Einfluss. Besonders negativ betroffen sind die Ärzte, die Altenheimen und Pflegeeinrichtungen betreuen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in der Analyse „Einfluss hochpreisiger Arzneimittel auf das Risiko einer Prüfung“ auf Seite 29.

7. Die Präparate, die in Rabattverträgen der Krankenkassen beinhaltet sind, gehen mit den in der „Roten Liste“ ausgewiesenen Preisen in die Statistiken des verordnenden Hausarztes ein. Da in der Verordnung das „aut idem“-Kreuz regelmäßig weggelassen wird, gibt der Apotheker die rabattierten Präparate ab, auch wenn es sich laut der „Roten Liste“ um teure Präparate handelt. Durch diesen Mechanismus wird das „Budget“ des Hausarztes belastet

und er kann dadurch in die Überschreitung kommen, ohne dass er das verhindern könnte. Auch ein nachträglich gewährter und in seiner Höhe vom betroffenen Arzt nicht nachvollziehbarer „Bonus“ auf die Regresshöhe verbessert die Situation des Arztes nicht zufriedenstellend, da der Arzt bei der Verordnung die Belastung seines „Budgets“ nicht kennt und auch nicht kennen kann.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in der Analyse „Probleme durch Rabatt-Verträge“ auf Seite 41.

Zusammenfassend zeigen die Untersuchungsergebnisse der KVB, dass die Prüfung der „Arznei- und Heilmittelverordnung nach Fachgruppenschichtwerten“ der tatsächlichen Versorgungssituation nicht mehr gerecht wird und zulasten der Hausärzte geht.

8. Für Teilnehmer an den HzV-Verträgen:

In die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss dürfen Patienten, die in diese Verträge eingeschrieben sind, nicht einbezogen werden. Folglich müssen auch die für diese Patienten ausgestellten Verordnungen herausgerechnet werden. Die Krankenkassen haben im Zeitraum 2/2010 bis 1/2011 auf die Prüfung von Hausärzten bestanden mit der

Behauptung, die Verordnungsvolumina seien entsprechend bereinigt. Tatsächlich wurden die Daten von einigen Krankenkassen zwar nach den vorliegenden Daten um die Zahl der eingeschriebenen Patienten, aber nicht oder nur teilweise um die zugehörigen Verordnungen bereinigt. Der einzelne Hausarzt ist nicht in der Lage, die Richtigkeit der Krankenkassenangaben zu überprüfen. Da Krankenkassen über vier Quartale nachweislich der Prüfungsstelle fehlerhafte Daten übermittelt haben, kann die Richtigkeit der Prüfstatistiken nicht unterstellt werden. Eine auf in erheblichem Umfang unrichtigen Statistiken beruhende Prüfung ist rechtswidrig.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in der Analyse „Einfluss der HzV-Verträge auf die Prüfung: A) Bereinigung“ auf Seite 33.

9. Für Hausärzte, die nicht oder nur in geringem Umfang an den HzV-Verträgen teilnehmen:

Die Überprüfung der Situation des bis zum 31. Dezember 2010 gültigen HzV-Vertrags der AOK ergab, dass in diese Verträge vorwiegend die deutlich kränkeren und somit die erheblich teureren Patienten eingeschrieben wurden. Wird deren Verordnungsvolumen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Prüfungsstelle

beziehungsweise den Beschwerdeausschuss aus dem Gesamtverordnungsvolumen extrahiert, führt das gleichwohl zu nicht sachgerechten Ergebnissen. Denn dadurch wird das durchschnittliche Verordnungsvolumen und somit der durchschnittliche Verordnungsfallwert der HzV-Teilnehmer erheblich vermindert. Nimmt ein Hausarzt nicht oder nur in geringem Umfang an den HzV-Verträgen teil, wird seinem Verordnungsvolumen ein um die HzV-Patienten bereinigtes Verordnungsvolumen entgegeng gehalten. Das durchschnittliche Verordnungsvolumen eines HzV-Teilnehmers bezogen auf seine nicht eingeschriebenen Patienten kann bis auf 20 Euro absinken, während der Nicht-HzV-Teilnehmer durchschnittlich einen Fallkostenwert von über 70 Euro ausweist. Dies ist rechtswidrig, da nicht Gleiches mit Gleichem verglichen wird.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in der Analyse „Einfluss der HzV-Verträge auf die Prüfung: B) Systemfehler beim Durchschnittsvergleich“ auf Seite 35.

Gliederung der KVB-Analysen

- Arzneimittelpreise im europäischen Vergleich (Seite 13)
- Preissteigerungen besonders bei hochpreisigen Medikamenten machen ärztliche Einsparbemühungen zunichte (Seite 15)
- Analysen der KVB zum Thema Chipkarteneffekt (nicht nachvollziehbarer Chipkartengebrauch) (Seite 17)
- Hausärztliche Versorgung unter der Lupe: typisch und untypisch tätige Hausärzte (Seite 19)
- Hausärztliche Versorgung unter der Lupe: Situation bei den Arzneimittelverordnungen (Seite 21)
- Einfluss der Verdünnerfälle auf die Höhe der Fallkosten: Konsequenzen für die Auswahl der geprüften Ärzte (Seite 23)
- Einfluss des Alters der Patienten auf die Arzneimittelkosten (Seite 25)
- Einfluss der Morbidität auf das Risiko einer Prüfung (Seite 27)
- Einfluss hochpreisiger Arzneimittel auf das Risiko einer Prüfung (Seite 29)
- Einfluss der Verordnungstiefe auf die Höhe der Fallkosten (Seite 31)
- Einfluss der HzV-Verträge auf die Prüfung:
 - A) Bereinigung (Seite 33)
- Einfluss der HzV-Verträge auf die Prüfung:
 - B) Systemfehler beim Durchschnittsvergleich (Seite 35)
- Die Verordnungstiefe hat einen hohen Einfluss auf das Risiko, geprüft zu werden (Seite 37)
- Die Versorgungstiefe hat einen hohen Einfluss auf das Risiko, geprüft zu werden (Seite 39)
- Probleme durch Rabatt-Verträge (Seite 41)

Alle im Rahmen dieser Broschüre ausgewerteten Daten stammen – sofern dies nicht ausdrücklich anders angegeben ist – aus den Abrechnungs- und Verordnungsdaten der KVB der Jahre 2009 bis 2011. Diese Daten liegen ausschließlich in anonymisierter Form vor und wurden unter sorgfältiger Einhaltung der Datenschutzbestimmungen ausgewertet und analysiert.

Arzneimittelpreise im europäischen Vergleich		
Patentgeschützte Arzneimittel, umsatzstärkste Packungsgröße	Vergleichsland	Deutsche Arzneimittelpreise im Vergleich
TOP 10	England	+ 66 Prozent
TOP 10	Schweden	+ 56 Prozent
TOP 50	Schweden	+ 48 Prozent
Generika und generikafähige Arzneimittel, umsatzstärkste Packungsgröße		
TOP 10	England	+ 90 Prozent
TOP 10	Schweden	+ 88 Prozent
TOP 50	Schweden	+ 98 Prozent

Tabelle 1

Quelle: KVB, nach Arzneiverordnungsreport 2010 und 2011

Vergleich der Verordnungskosten Deutschland mit Europa am Beispiel der ambulanten Verordnungskosten in Bayern	
Auswahl vergleichbarer Präparate	
Vergleichsland	Deutsche Arzneimittelpreise im Vergleich
Ungarn	+ 70 Prozent
Schweden	+ 47 Prozent
Österreich	+ 33 Prozent

Tabelle 2

Quelle: KVB

Arzneimittelpreise im europäischen Vergleich

Der Vergleich der beiden Tabellen links zeigt deutlich, dass Deutschland im europäischen Raum ein „Arzneimittelhochpreisland“ ist. Auffallend ist, dass der große Unterschied zu den Preisen in anderen europäischen Ländern nicht nur die patentgeschützten Präparate, sondern auch die Generika betrifft. Anstatt dieser Preispolitik der Pharmaindustrie etwas entgegenzusetzen, haben die Regierungen

Hinweis zur Methodik (Berechnungen zur Tabelle 2):

Um die unterschiedlichen Arzneimittelkosten in den aufgeführten Ländern darstellen zu können, haben wir über den ATC-Code (Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem) in landesspezifischen Arzneimitteldatenbanken vergleichbare Medikamente gesucht und ausgewählt. Anschließend wurden die tatsächlich erfolgten Verordnungen dieser Arzneimittel in Bayern modellhaft mit den Arzneimittelpreisen der genannten Länder bewertet.

Die Preisbewertung ist anhand von länderspezifischen Arzneimitteldatenbanken mit vollständigen Informationen auch über die gegenwärtig gültigen Arzneimittelpreise dieser Länder erfolgt (Österreich: eEKO – 08_11 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Ungarn: öffentlicher Arzneimittelstamm (publikus gyógyszerterörzs) der ungarischen Nationalen Gesundheitskasse (Országos Egészségügyi Pénztár, OEP), Schweden: öffentliche Verbraucherdatenbank). Wenn für einen ATC-Bereich mehrere Arzneimittel in

der vergangenen Jahrzehnte immer neue Prüfmodalitäten im Verordnungsbereich erdacht wurden, wurde der Preisbereich erdacht. Durch diese Politik hatten die niedergelassenen Ärzte in Deutschland mit ihrem Privatvermögen für Arzneimittelpreise der Pharmaindustrie, die diese in keinem anderen europäischen Land erzielen kann.

den Datenbanken gelistet waren (es wurde hier die feinste Abstufung, also der siebenstellige ATC-Code gewählt), wurde der Preismedian der jeweiligen Arzneimittel zur Preisbewertung der Verordnungen gewählt. Aufgrund der verschiedenen Packungsgrößen und Wirkstoffstärken ist die Preisbewertung in der Regel über eine Berechnung des Preises je DDD erfolgt.

Insgesamt wurden alle Arzneimittel, die in den Arzneimitteldatenbanken der genannten Länder mit den erforderlichen Informationen gelistet sind, in die Berechnung miteinbezogen. Da die Auswahl der mit den Länderpreisen bewerteten Arzneimittel für jedes Land unterschiedlich ausfällt, stellen die in der Tabelle gezeigten Prozentwerte jeweils nur den Preisvergleich des jeweiligen Landes zu dem deutschen Preisniveau dar. Ein Vergleich zwischen den Preisen in Schweden, Ungarn und Österreich lässt sich hieraus nicht ableiten.

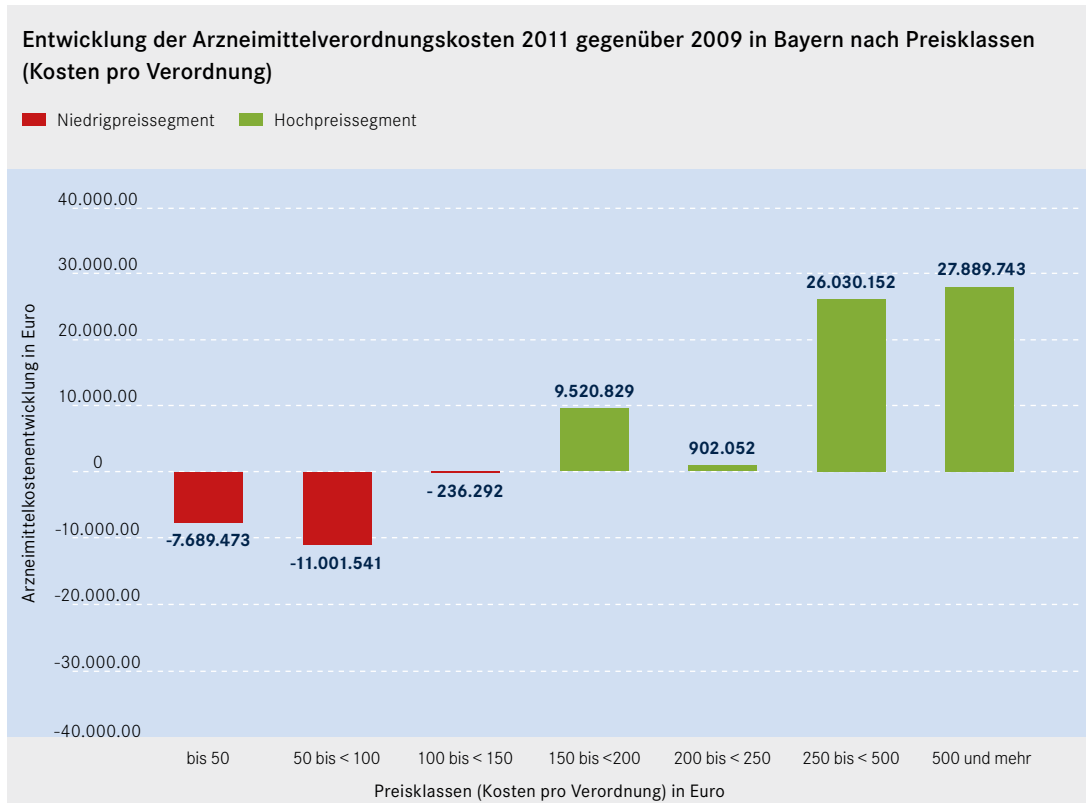


Abbildung 1

Quelle: KVB

Preissteigerungen besonders bei hochpreisigen Medikamenten machen ärztliche Einsparbemühungen zunichte

Betrachtet man in der Abbildung links die Entwicklung der Verordnungskosten der Jahre 2009 zu 2011 in Bayern, so ist festzustellen, dass es der bayerischen Ärzteschaft zwar gelungen ist, im Niedrigpreissegment 19 Millionen Euro einzusparen. Im Hochpreissegment (Arzneimittel, bei denen eine einzelne Verordnung mindestens 250 Euro kostet) – also in der Regel bei den Innovationen – sind die Ausgaben dagegen um 53 Millionen Euro angestiegen. Bedenkt man die weitaus höheren Preise der Originalpräparate in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, ist diese Entwicklung an sich nicht überraschend.

Es ist also festzuhalten, dass die Ausgabendynamik im Arzneimittel-sektor in keiner Weise von einer unkritischen Verordnung der Ärzte, sondern durch die Innovationen und die Preispolitik der Pharmaindustrie ausgelöst wird. Die Ärzte sind die Leidtragenden dieser Entwicklung, auch deshalb, weil die Krankenkassen jeden Euro nur einmal ausgeben können und aufgrund hoher Arzneimittelpreise für die ärztlichen Honorare weniger Geld zur Verfügung steht.

Beispiel für nicht nachvollziehbaren Chipkartengebrauch:
mit einer Chipkarte aufgesuchte Ärzte innerhalb eines Quartals in Bayern

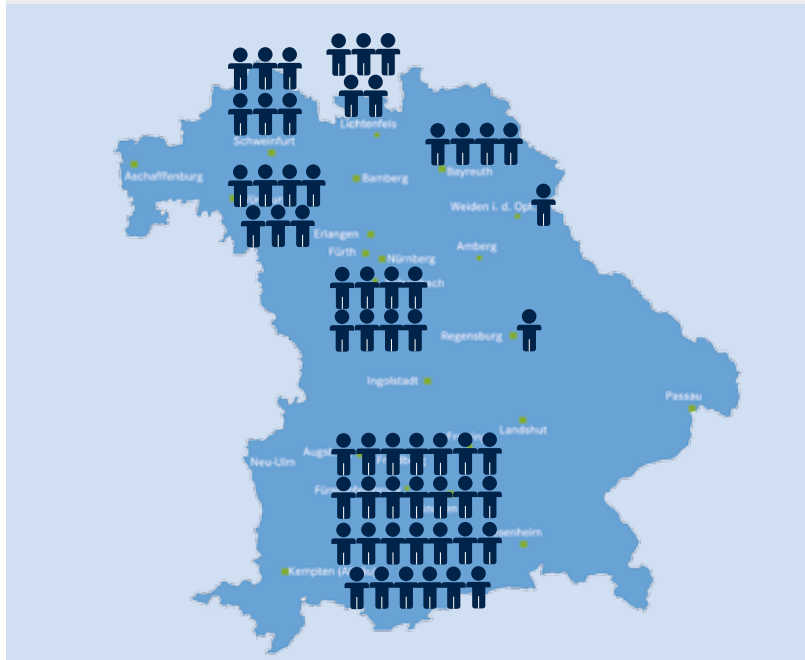


Abbildung 2

Quelle: KVB

Analysen der KVB zum Thema Chipkarteneffekt (nicht nachvollziehbarer Chipkartengebrauch)

Auf der Basis der Verordnungen des Jahres 2001 hat die KVB die Zahl der materiellen Schäden durch Chipkarteneffekte mit nicht nachvollziehbarem Gebrauch oder durch Chipkartenmissbrauch in der ambulanten Versorgung untersucht. Die Abbildung links zeigt exemplarisch, dass eine Krankenversichertenkarte innerhalb eines Quartals in unterschiedlichen Praxen – im Extremfall bei über 60 Ärzten – eingesetzt wurde. Der Schaden, der hierbei für das System entsteht, ist immens. Bundesweit ist mit nahezu einer Milliarde Euro pro Jahr zu rechnen. Es ist davon auszugehen, dass sich dieser

Schaden bis heute Jahr für Jahr wiederholt. Eine erneute Analyse aus dem Jahr 2006 hat die Zahlen aus dem Jahr 2001 im Prinzip bestätigt.

Die KVB fordert von Politik und Krankenkassen – statt einer weiteren Pervertierung des Prüfsystems für Vertragsärzte – Maßnahmen gegen die wahren Kostentreiber (Preispolitik der Pharmaindustrie, unzulässiger beziehungsweise nicht nachvollziehbarer Einsatz der Chipkarte) zu ergreifen.

Schadensbilanz Bayern Quartal 1/2001	Hochrechnung Bayern 2001 Gesamt	Hochrechnung Bund 2001 Gesamt
31 Millionen	123 Millionen	951 Millionen

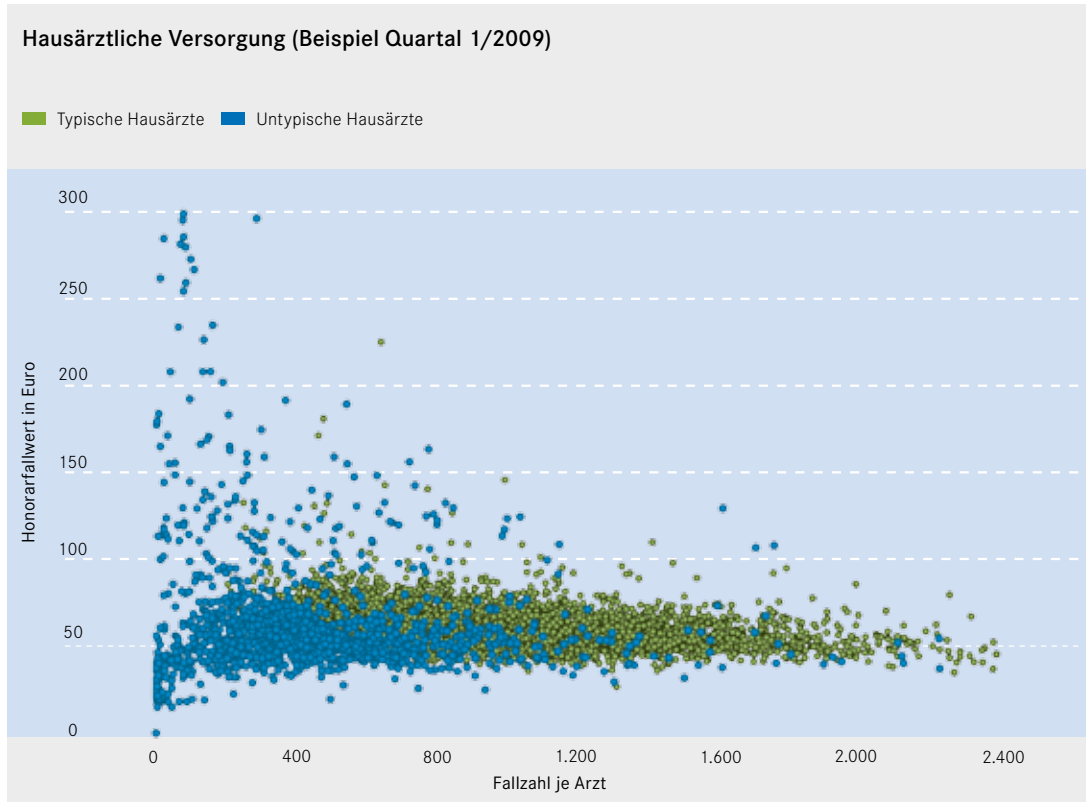


Abbildung 3

Quelle: KVB

Hausärztliche Versorgung unter der Lupe: typisch und untypisch tätige Hausärzte

Der Vorstand der KVB hat im Oktober 2011 eine Studie über die aktuelle Situation der hausärztlichen Versorgung in Bayern in Auftrag gegeben. Die Studienergebnisse haben ergeben, dass sich die rund 9.100 Hausärzte (Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Internisten und praktische Ärzte) in Bayern in ihrer Tätigkeit erheblich voneinander unterscheiden. Etwa 20 Prozent (blau gekennzeichnet) sind im Wesentlichen nicht hausärztlich tätig, sondern gehen anderen ärztlichen Tätigkeiten nach, zum Beispiel Psychotherapie, Schmerztherapie etc. (siehe auch Mitgliedermagazin KVB FORUM Ausgabe 10/2011, Seite 6).

Der Blick auf die Fallzahlen und Fallwerte bei den Hausärzten in Bayern zeigt, welche enorme Spannweite im hausärztlichen Bereich vorliegt. Dies hat schwerwiegende Folgen für das System, da die Inhomogenität im Kollektiv der Hausärzte direkte Auswirkungen auf die Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise hat.

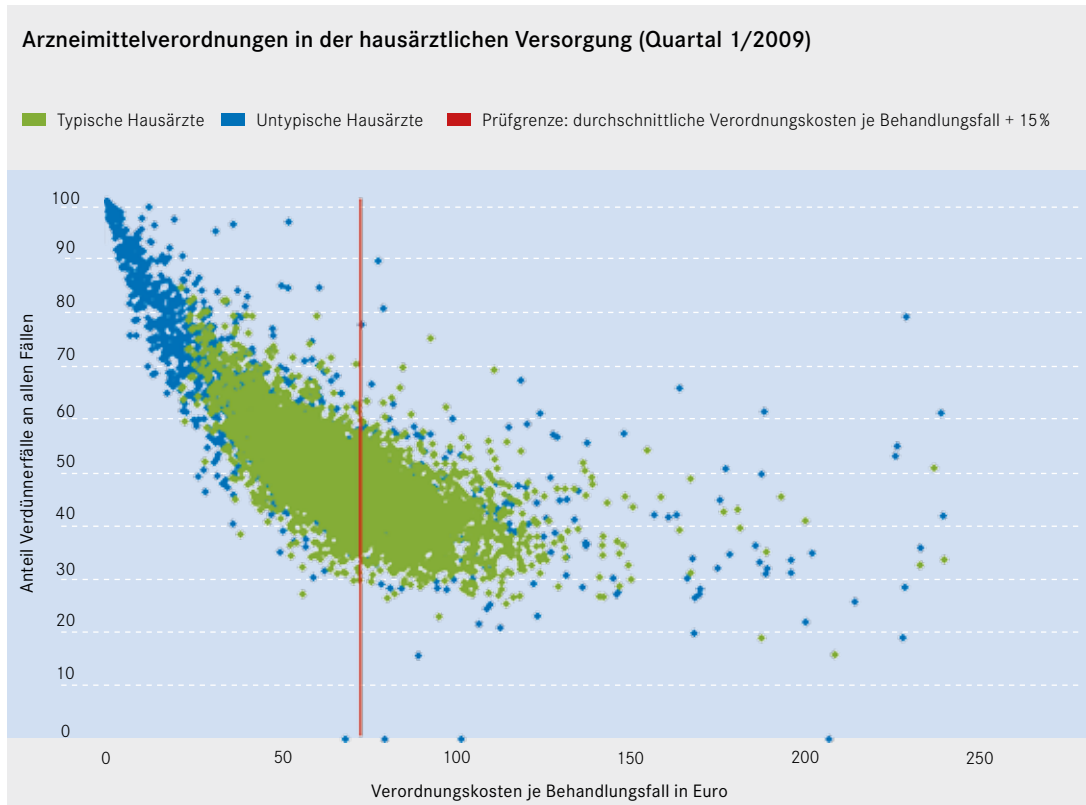


Abbildung 4

Quelle: KVB

Hausärztliche Versorgung unter der Lupe: Situation bei den Arzneimittelverordnungen

Die Abbildung links macht deutlich, dass die Zahl der Verdünnerfälle (Behandlungsfälle mit Verordnungskosten < 15 Euro), die die einzelnen Praxen aufweisen, äußerst inhomogen ist. Dieser hohen Inhomogenität wird mit der derzeitigen Prüfsystematik nicht mehr Rechnung getragen. Vielmehr fließen die Fallkostenwerte aller Ärzte gleichermaßen in den durchschnittlichen Fallkostenwert der Fachgruppe ein. Hierbei wird der Durchschnittswert durch Praxen mit vielen Verdünnerfällen soweit abgesenkt, dass er die reale Kostensituation insbesondere der Praxen, die eine sehr umfassende hausärztliche Versorgung bieten, nicht mehr repräsentiert.

Diese Versorgerpraxen sind aufgrund der Verdünnerproblematik bei der derzeitigen Durchschnittsprüfung in besonderem Ausmaß negativ betroffen. Denn gerade diese Praxen geraten deutlich schneller in die Prüfzone.

Einfluss der Verdünnerrfälle auf die Höhe der Fallkosten: Konsequenzen für die Auswahl der geprüften Ärzte

■ Anteil aller Hausärzte mit einer prüferelevanten Überschreitung des Fachgruppendurchschnittes: 15,8 %

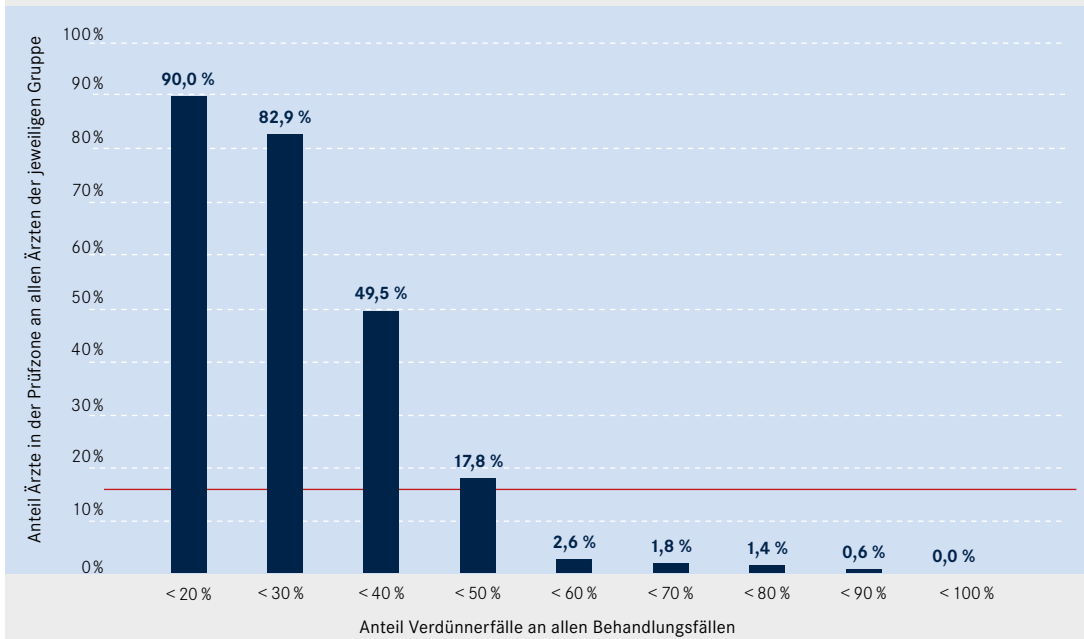


Abbildung 5

Quelle: KVB

Einfluss der Verdünnerfälle auf die Höhe der Fallkosten: Konsequenzen für die Auswahl der geprüften Ärzte

Die Abbildung links zeigt, dass die Gefahr, in die Prüfzone zu geraten, umso geringer ist, je mehr Verdünnerfälle (das heißt, Fälle ohne Verordnungen oder mit minimalen Kosten < 15 Euro) eine Praxis hat. Typische hausärztliche Versorgerpraxen mit einem Anteil von weniger als 50 Prozent an Verdünnerfällen haben ein umso höheres Risiko einer Prüfung.

Ein Hausarzt deckt typischerweise die notwendigen Medikamentenverordnungen seiner Patienten ab. Dabei haben viele Praxen aus den unterschiedlichsten Gründen eine hohe Zahl an Verdünnerfällen. Hinzu kommt, dass untypische Hausärzte insgesamt häufig gar keine oder nur in sehr geringem Umfang Verordnungen ausstellen. Da jedoch die Verordnungsdaten aller Hausärzte zur Bildung des durchschnittlichen Verordnungsfallwertes herangezogen werden, wird dieser regressrelevante Wert durch die Einbeziehung der erwähnten Verdünnerkonstellationen so weit abgesenkt, dass dieser nicht mehr die reale Verordnungssituation widerspiegelt.

Diese Prüfmethode wirkt sich insbesondere zum Nachteil von Versorgerpraxen aus, da diese entsprechend schneller in die Prüfzone geraten. Das regressrelevante Aufgreifkriterium ist eine 25-prozentige Überschreitung der fallbezogenen Bruttoverordnungs-kosten des Vertragsarztes gegenüber dem Durchschnitt seiner Prüfgruppe. Im Schnitt geraten aufgrund dieser Systematik 15,8 Prozent aller hausärztlichen Praxen in Bayern in die Prüfung – für die KVB ein weiterer klarer Beweis dafür, dass eine Durchschnittsbetrachtung der Arznei- oder Heilmittelkostenfallwerte als Aufgreifkriterium für die Prüfung nicht mehr geeignet ist.

Einfluss des Alters der Patienten auf die Arzneimittelkosten

■ Anteil aller Hausärzte mit einer prüfrelevanten Überschreitung des Fachgruppendurchschnittes: 15,8 %

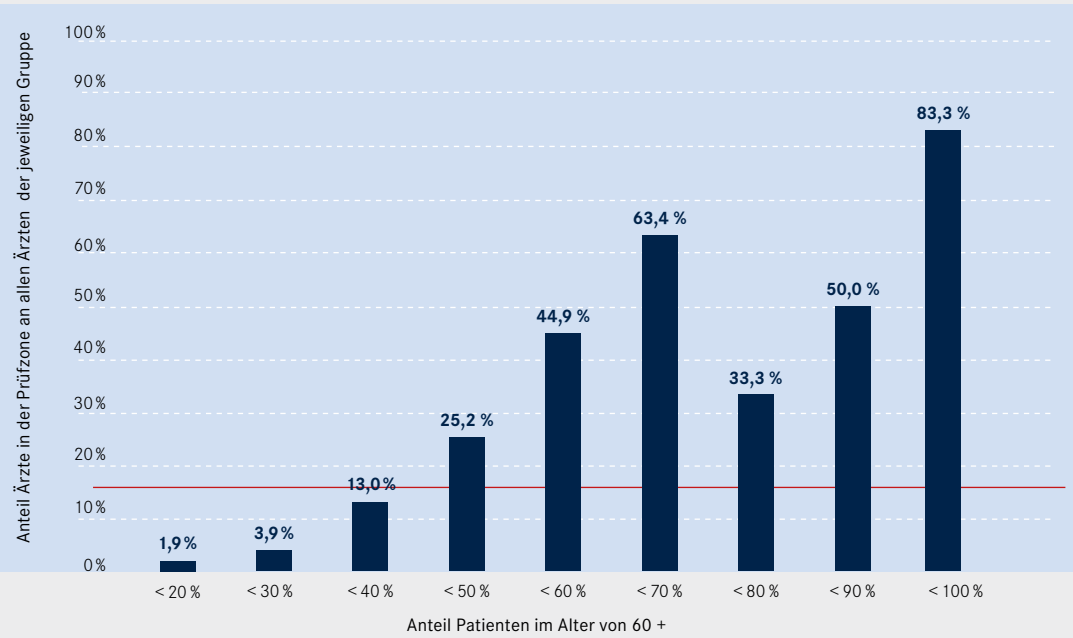


Abbildung 6

Quelle: KVB

Einfluss des Alters der Patienten auf die Arzneimittelkosten

Die Abbildung links zeigt, dass Hausärzte mit einem durchschnittlichen oder hohen Anteil an Patienten, die älter als 60 Jahre sind, ein überdurchschnittlich hohes Prüfrisiko tragen.

Berechnungen der KVB zeigen, dass die Arzneimittelkosten je Patient mit dem Alter der Patienten deutlich zunehmen. In der Prüfsystematik wird zwar die Altersstruktur einer Praxis insofern berücksichtigt, dass Patienten nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern (MFR) unterschieden werden. Diese Altersgewichtung nach MFR entspricht jedoch nicht mehr der Versorgungsrealität. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Praxis in die Prüfung kommt, ist umso größer, je höher das Durchschnittsalter der Patienten einer Praxis ist. Viele und wiederum insbesondere normale Versorgerpraxen tragen so schuldlos ein hohes Risiko, aufgrund angeblich unwirtschaftlicher Verordnungsweise geprüft zu werden.

Der Arzt kann bei der derzeitigen Prüfsystematik nicht nachvollziehen, wie die unterschiedlichen Kosten bei der groben Einteilung nach MFR arztindividuell berücksichtigt werden und wie sein Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt bezogen auf die MFR-Einteilung berechnet wird.

Einfluss der Morbidität auf das Risiko einer Prüfung

■ Anteil aller Hausärzte, die den Fachgruppendurchschnitt um mehr als 25% überschreiten

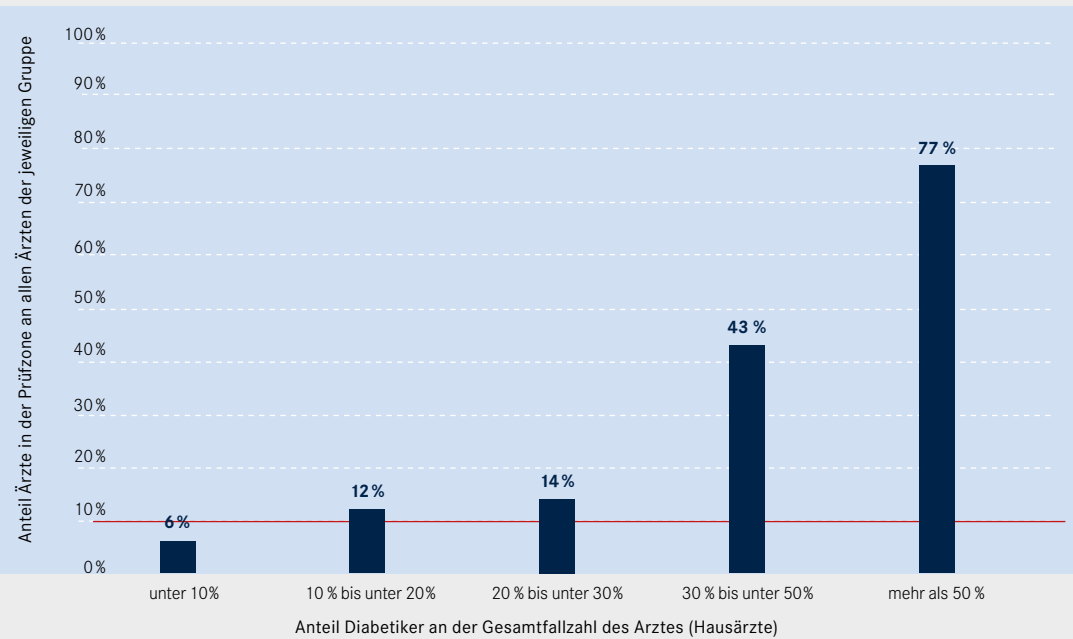


Abbildung 7

Quelle: KVB

Einfluss der Morbidität auf das Risiko einer Prüfung

Der Zusammenhang zwischen dem Morbiditätsprofil der Patienten und den durchschnittlichen Verordnungskosten des behandelnden Arztes lässt sich besonders gut am Beispiel von Diabetespatienten beschreiben. Die Abbildung links zeigt, dass ein Arzt mit einem durchschnittlichen Diabetikeranteil unter seinen Patienten bereits stark gefährdet ist, den Vergleichswert seiner Fachgruppe zu überschreiten und in die Prüfzone zu geraten.

Selbst bei einer Prüfgrenze von 25 Prozent unterschreiten lediglich Hausärzte mit einem Diabetikeranteil von unter zehn Prozent diese Prüfgrenze vergleichsweise seltener als alle Hausärzte insgesamt. Bei einem Diabetikeranteil von mehr als 30 Prozent wird dagegen fast jeder zweite Hausarzt auffällig und überschreitet den regressrelevanten Fachgruppendurchschnitt.

Hausärzte mit einem Diabetikeranteil von 50 Prozent und mehr haben bei der derzeitigen Prüfsystematik nahezu keine Chance: Hier überschreiten mehr als drei von vier Ärzten den Vergleichswert und sind damit allein aufgrund ihrer besonderen Patientenstruktur extrem gefährdet, in die Prüfzone zu kommen.

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich im Bereich anderer Volkskrankheiten. Deshalb sind auch hier insbesondere die Versorgerpraxen negativ betroffen, da gerade sie die Versorgung der chronischen Erkrankungen übernehmen und die multimorbiden Patienten behandeln.

Fazit: Mit der Morbidität der Patienten steigt auch das Risiko einer Prüfung.

Einfluss hochpreisiger Arzneimittel auf die Streubreite der Verordnungskosten

■ Anteil aller Hausärzte mit einer prüfrelevanten Überschreitung des Fachgruppendurchschnittes: 15,8%

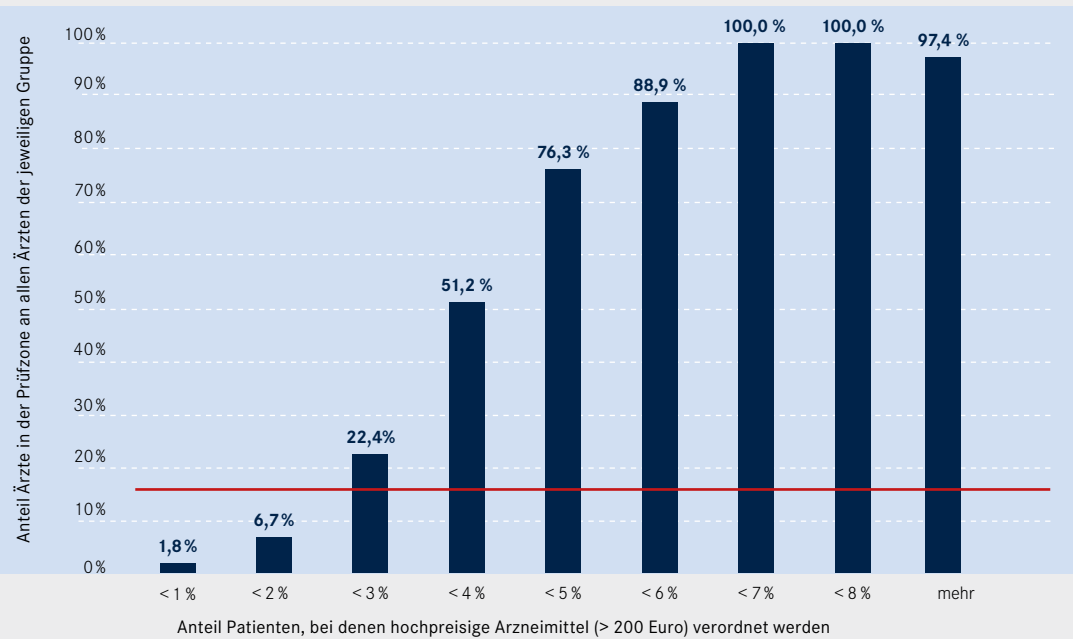


Abbildung 8

Quelle: KVB

Einfluss hochpreisiger Arzneimittel auf das Risiko einer Prüfung

Die Abbildung links zeigt, dass ein Arzt auch mit nur einem geringfügig höheren Anteil an Patienten, die hochpreisige Medikamente benötigen, schnell in die Prüfzone gerät. Hat ein Arzt zum Beispiel 1.000 Patienten, davon 20 mit hochpreisigen Medikamenten ab 200 Euro, und kommen zehn weitere solche Fälle hinzu, erhöht sich das Risiko einer Prüfung um mehr als das Dreifache.

Bereits eine Zunahme der Zahl der Patienten um ein bis zwei Prozent, kann – wenn diese Patienten hochpreisige oder überdurchschnittlich viele Arzneimittel benötigen – für den Arzt eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach sich ziehen. Hausärzte, die Altenheime und Pflegeeinrichtungen betreuen, sind im Übrigen besonders stark betroffen.

Der Arzt selbst ist machtlos, weil er keinen Einfluss auf Veränderungen seiner Patientenstruktur hat, es sei denn, er würde „teure“ Patienten aus Angst vor Regressen ablehnen. Eine solche Entwicklung ist aber selbstverständlich nicht wünschenswert und aus ärztlicher Sicht auch ethisch nicht vertretbar.

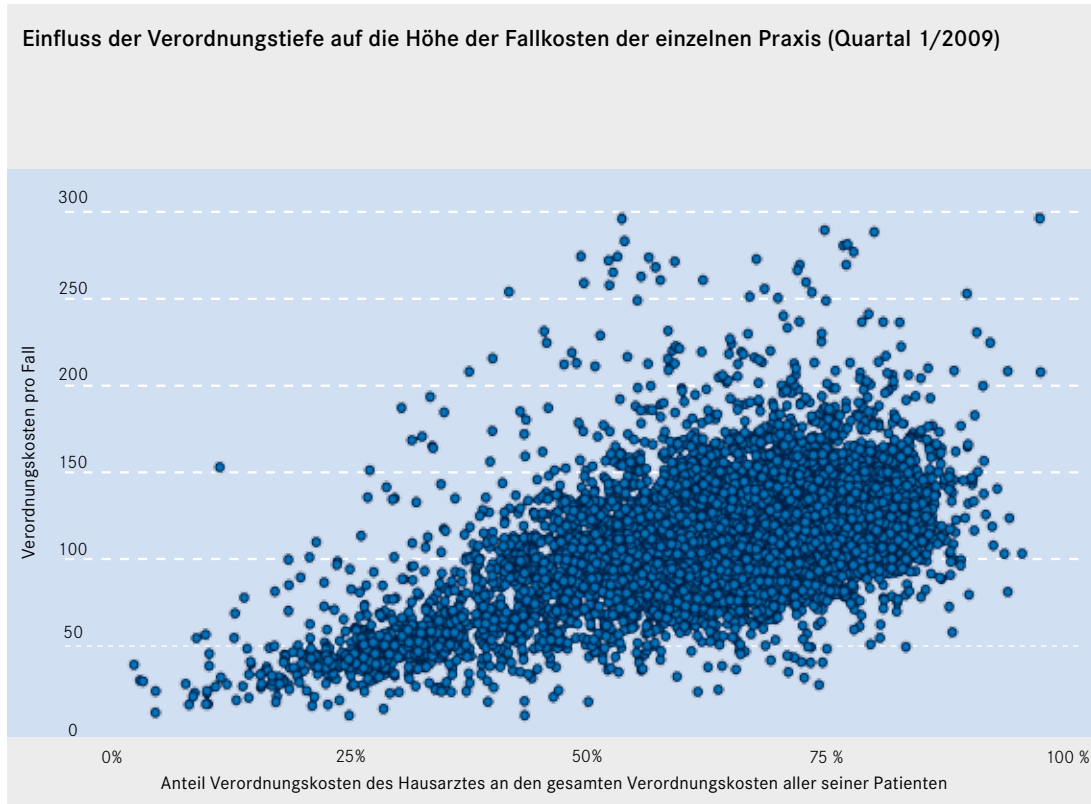


Abbildung 9

Quelle: KVB

Einfluss der Verordnungstiefe auf die Höhe der Fallkosten

Die KVB hat erstmals untersucht, zu welchem prozentualen Anteil die einzelnen Hausarztpraxen an der gesamten Medikation ihrer Patienten beteiligt sind (= Verordnungstiefe). Bei dieser Untersuchung haben sich unter den niedergelassenen Hausärzten erhebliche Unterschiede in der Verordnungstiefe ergeben. Die Abbildung links zeigt, dass viele Patienten die Medikation zu etwa 75 bis 85 Prozent in ihren Hausarztpraxen erhalten. Andererseits gibt es aber auch Fälle, in denen Patienten 20 Prozent oder weniger der Medikation in ihrer Hausarztpraxis bekommen. Die restlichen Arzneimittel erhalten sie von einem weiteren Hausarzt oder von Fachärzten.

Diese unterschiedliche Verordnungstiefe in den einzelnen Praxen wirkt sich entscheidend auf den Fallwert der einzelnen Hausarztpraxis aus: Je größer die Verordnungstiefe der Praxis ist, desto höher sind auch ihre Verordnungs-kosten pro Fall und desto größer ist die Gefahr, geprüft zu werden. Dies gilt insbesondere für die Versorgerpraxen, die sich durch eine hohe Verordnungstiefe auszeichnen und die durch diese Prüfsystematik nach Fachgruppenschwächen schuldlos in die Prüfzone geraten.

Einfluss der HzV-Verträge auf die Prüfung:

A) Bereinigung

■ Verordnungs-kosten/Fall vor Einführung HzV

■ Verordnungs-kosten/Fall der verbliebenen (gesünderen) Kollektivvertragspatienten nach Einführung HzV

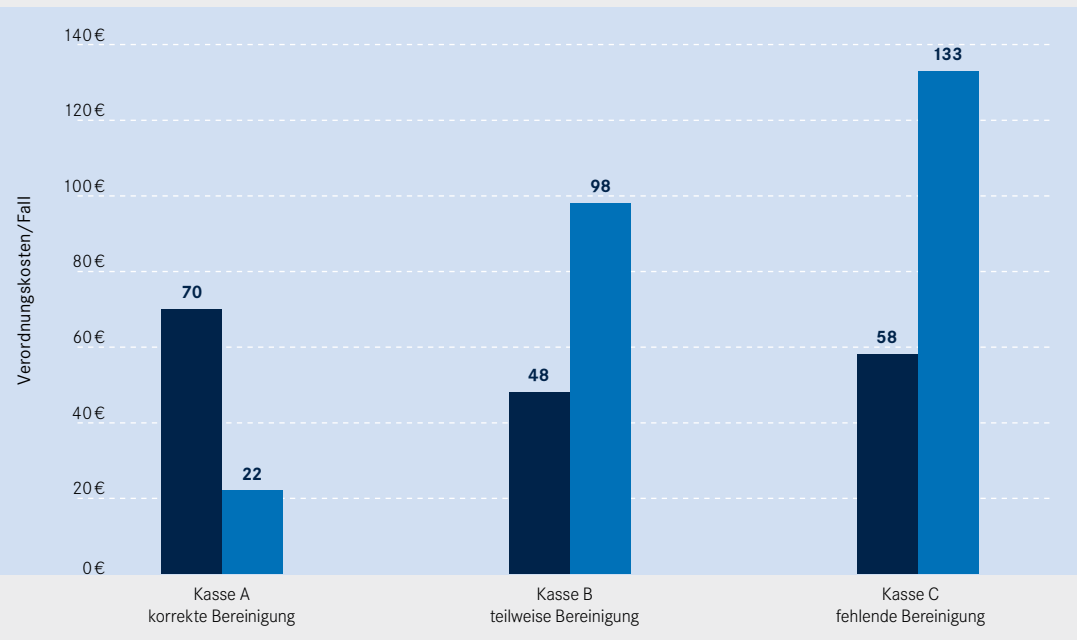


Abbildung 10

Quelle: KVB

Einfluss der HzV-Verträge auf die Prüfung:

A) Bereinigung

Unsere bisherigen Analysen haben bereits gezeigt, dass die derzeitige Prüfsystematik nach Durchschnittswerten der Fachgruppe nicht mehr akzeptabel ist. Die Fortführung der Prüfsystematik wird zudem durch die Einführung der HzV-Verträge beziehungsweise deren Einfluss auf die Prüfung zusätzlich aus zwei Gründen unmöglich gemacht.

Grund 1: In der Prüfung werden die Patienten gegenwärtig in zwei Gruppen unterteilt: in diejenige mit in den HzV-Verträgen eingeschriebenen Patienten und in diejenige mit den im Kollektivvertragssystem verbliebenen Patienten. Geprüft wird nur auf der Basis der zweiten Gruppe, also auf der Basis der im Kollektivvertrag verbliebenen Patienten. Wenn die in das HzV-System eingeschriebenen Patienten herausgerechnet werden, muss natürlich auch deren Medikation bereinigt werden.

Wie am Beispiel einer einzelnen Praxis gezeigt werden kann, liegt aber hier das Problem: So hat die Krankenkasse A diese Bereinigung

korrekt durchgeführt, wodurch die durchschnittlichen Arzneimittelkosten pro Fall der im Kollektivvertragssystem verbliebenen Patienten überproportional abgesunken sind, da vorwiegend die kränkeren, also auch kostenintensiveren Patienten in den HzV-Vertrag eingeschrieben wurden. Die Arzneimittelkosten pro Fall der Krankenkassen B und C sind dagegen sogar erheblich angestiegen, da diese Krankenkassen zwar die in den HzV-Vertrag eingeschriebenen Patienten herausgerechnet, aber deren Medikation nicht oder nur teilweise bereinigt haben.

Durch diesen systematischen Fehler wurden von Amts wegen zu Unrecht zahlreiche Prüfungen gegen Ärzte eingeleitet. Diese Ärzte haben praktisch keine Chance, die Richtigkeit der Kassenangaben zu erkennen.

Einfluss der HzV-Verträge auf die Prüfung:

B) Systemfehler beim Durchschnittsvergleich

■ durchschnittliche Situation vor HzV-Beginn ■ durchschnittliche Situation nach Einschreibung von zirka 60 Prozent aller Patienten in Bayern in HzV

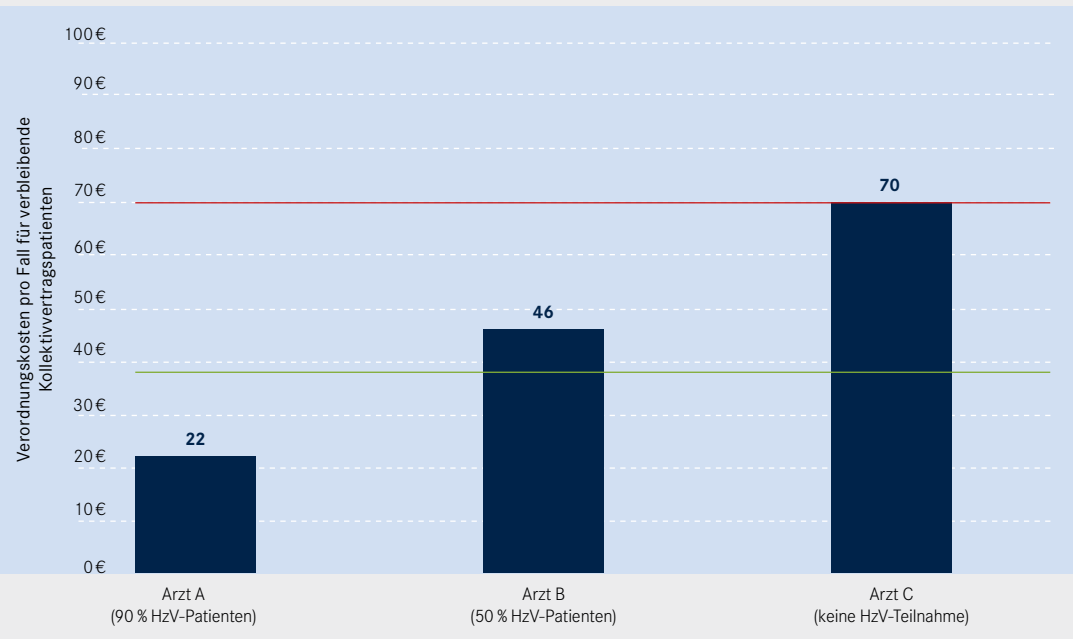


Abbildung 11

Quelle: KVB

Einfluss der HzV-Verträge auf die Prüfung: B) Systemfehler beim Durchschnittsvergleich

Der zweite Grund, weshalb die Durchschnittsprüfung durch die HzV-Verträge endgültig pervertiert wird, liegt in der Systematik der gesetzlich vorgegebenen Trennung in HzV-Patienten und Nicht-HzV-Patienten bei der Prüfung. Die Prüfung bezieht sich ausschließlich auf Nicht-HzV-Patienten. Da sich in der Regel die kostenintensiveren Patienten in die HzV-Verträge einschreiben, wird hierdurch der durchschnittliche Fallkostenwert bei den Nicht-HzV-Patienten abgesenkt.

Die durchschnittlichen Verordnungskosten pro Fall sind in der Abbildung links anhand einer Praxis ohne HzV-Teilnahme und zwei Praxen mit unterschiedlicher Teilnahmeintensität beispielhaft dargestellt.

Dabei wird deutlich, dass beim Arzt A die Kosten pro Fall bei den im Kollektivvertrag verbliebenen Patienten erheblich sinken, da vornehmlich die kränkeren Patienten im HzV-Vertrag eingeschrieben sind. Bei Arzt B sind die Fallkosten etwas höher, da er mit geringerer Intensität am HzV-Vertrag teilnimmt.

Nimmt ein Hausarzt an den HzV-Verträgen gar nicht teil, wie Arzt C, so werden zu seinen Lasten die Verordnungskosten aller seiner Patienten mit den Verordnungskosten der HzV-Ärzte verglichen, deren Verordnungskosten um die kostenintensiveren HzV-Patienten bereinigt sind.

Durch die Einführung der HzV-Verträge wurde die Prüfsystematik also weiter ad absurdum geführt. Denn ob ein Hausarzt in die Prüfzone gerät, hängt fast ausschließlich von seiner Teilnahmeintensität an den HzV-Verträgen ab – ein Faktor, der für das Risiko einer Prüfung eines Arztes eigentlich irrelevant sein sollte. Aus juristischer Sicht ist dies sogar rechtswidrig.

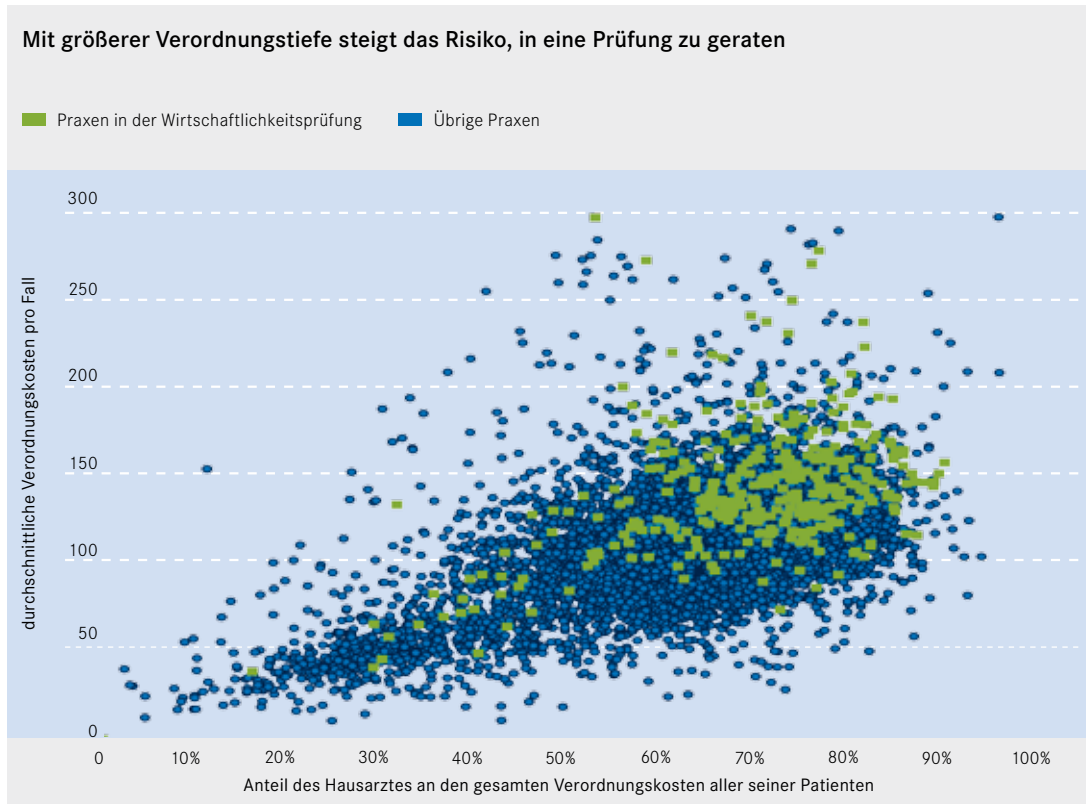


Abbildung 13

Quelle: KVB

Die Verordnungstiefe hat einen hohen Einfluss auf das Risiko, geprüft zu werden

Wie bereits dargelegt, hat die Ordnungs- und Versorgungstiefe der Praxis wesentlichen Einfluss auf die Höhe der durchschnittlichen Ordnungskosten eines Arztes (vergleiche Seite 30).

In der Vorbereitung dieser Broschüre diskutierten wir den Sachverhalt eingehend auch mit der Prüfungsstelle Ärzte Bayern. Dabei entstand die Idee, die sich aktuell tatsächlich im Prüfverfahren befindlichen Praxen bezüglich ihrer Versorgungstiefe genauer zu untersuchen.

Das Ergebnis dieser Untersuchung ist auf der Abbildung links zu sehen. Die Abbildung entspricht genau dem Grundbild zum Zusammenhang von Verordnungstiefe und Höhe der durchschnittlichen Ordnungskosten pro Fall, das auf Seite 30 dargestellt ist. Ergänzend sind nun diejenigen Praxen farblich hervorgehoben, die sich im Prüfverfahren befanden beziehungsweise noch immer befinden und

die daher besonders bedroht waren beziehungsweise sind, regresspflichtig verurteilt zu werden.

Die Abbildung zeigt nun deutlich, dass diese geprüften Praxen – abgesehen von wenigen Ausreißern – gerade Praxen mit einer großen Versorgungstiefe sind und damit einen besonders hohen Anteil an der Medikation ihrer Patienten tragen.

Somit haben wir abschließend zu unseren Untersuchungen die Bestätigung der Richtigkeit unserer Folgerungen von der Prüfungsstelle selbst erhalten: In die Prüfung kamen in der Vergangenheit vorwiegend die Versorgerpraxen, also die Stützen der Versorgung.

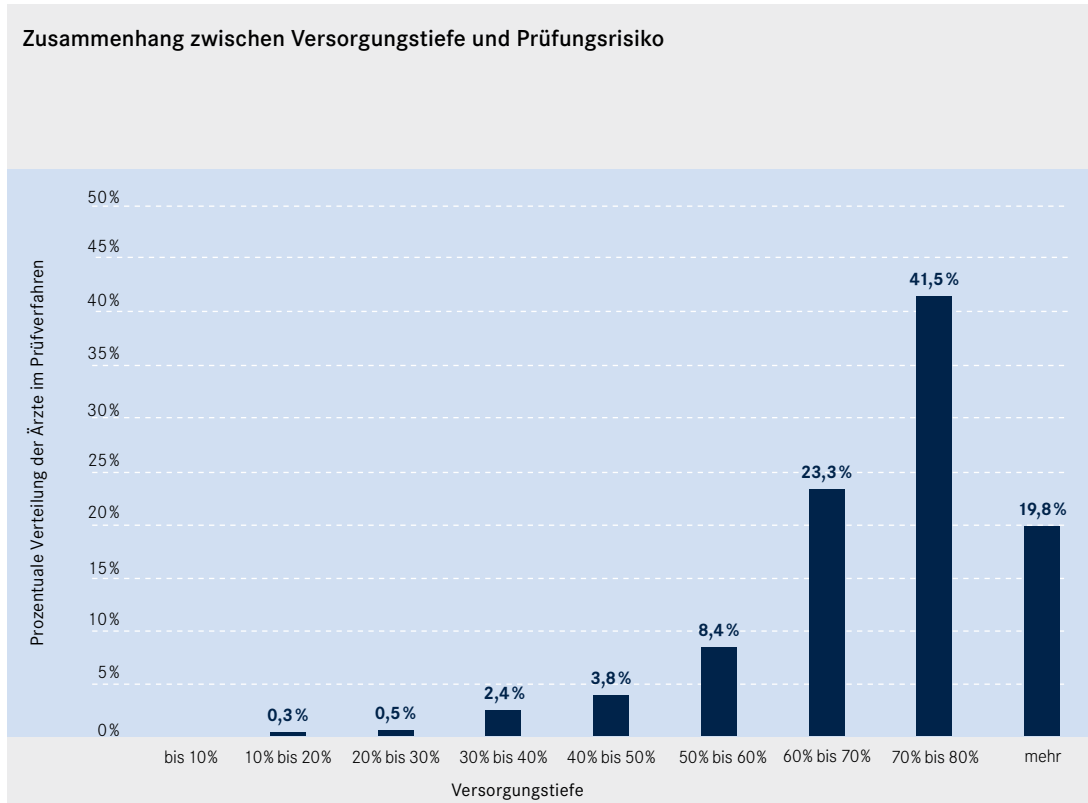


Abbildung 14

Quelle: KVB

Auch die Versorgungstiefe hat einen hohen Einfluss auf das Risiko, geprüft zu werden

Die Abbildung zeigt, wie sich die in das Prüfverfahren geratenen Praxen im Hinblick auf ihre Versorgungstiefe verteilen. Dabei ist klar erkennbar, dass die meisten dieser Praxen eine besonders große Versorgungstiefe aufweisen. Dagegen laufen Praxen, welche nur einen Teil der Medikation ihrer Patienten übernehmen, kaum Gefahr, geprüft zu werden. Somit ist deutlich, dass das Auswahlverfahren, das bestimmt, welche Praxen geprüft werden, unsachgemäß ist und reine Willkür darstellt. Q.e.d.



Probleme durch Rabatt-Verträge

Die Krankenkassen schließen mit der Pharmaindustrie Rabattverträge ab. Oft auch über Originalpräparate, die dann meist zu Generika-preisen abgegeben werden. Davon wissen die Ärzte allerdings nichts, weil für sie die ausgehandelten Preise nicht transparent sind. Die Ärzte werden nun von den Krankenkassen „intensiv“ dazu aufgefordert, „aut idem“ nicht anzukreuzen, also nur den Wirkstoff zu verordnen.

Kreuzt der Arzt „aut idem“ wie von den Kassen gewünscht nicht an, muss der Apotheker bei Vorliegen eines Rabattvertrages das Rabatt-Arzneimittel abgeben. Dabei kann es sich um ein rabattiertes Originalpräparat handeln. Der Kasse spart dies zwar viel Geld, nicht aber dem Arzt, dem das rabattierte Originalpräparat zum vollen Apothekenabgabepreis zugerechnet wird. Kommt dies öfter vor, kann der Arzt durch diesen Mechanismus in die Prüfzone geraten. Deshalb kann es unter der derzeitigen Prüfsystematik für den Arzt gefährlich werden, das „aut idem“-Kreuz wegzulassen.

Wenn der Apotheker durch das Nicht-Ankreuzen von „aut idem“ ohne Wissen des Arztes und zu dessen Lasten beispielsweise 50 Originalpräparate zu je 200 Euro abgibt und der Arzt dadurch bei einem Budget von 100.000 Euro dieses insgesamt um 35 Prozent überschreitet, hat er mit einer Schadensersatzforderung von etwa 10.000 Euro zu rechnen (= Differenz zur 25-Prozent-Prüfgrenze).

Hätte der Arzt in diesem Fall, entgegen der Aufforderung der Krankenkassen, „aut idem“ angekreuzt, dürfte der Apotheker diese Originalpräparate nicht zu Lasten des „Arztbudgets“ abgeben und der Arzt wäre erst gar nicht in die Prüfung gekommen.



Zusammenfassung

Unsere Untersuchungen haben ergeben, dass die aktuelle Prüfung nach Durchschnittswerten der Fachgruppe nicht mehr akzeptabel und zumindest in Teilen sogar rechtswidrig ist, da sie statistische Grundsätze durchgängig verletzt, indem sie einander ungleiche Fakten und Faktoren gegenüberstellt und nicht Vergleichbares vergleicht.

Es konnte gezeigt werden, dass sich diese nicht sachgemäße Prüfmethode insbesondere für die Versorgerpraxen – die Stützen des Systems – deutlich negativ auswirkt.

Die vergleichende Darstellung der Arzneimittelpreise in Deutschland gegenüber anderen europäischen Ländern und die dargestellte Arzneimittelausgabenentwicklung in Bayern im Vergleich von 2009 zu 2011 zeigen, dass die niedergelassenen Ärzte nur einen geringfügigen Einfluss auf die Ausgabenentwicklung nehmen können. Stattdessen ist der Ausgabenanstieg bei den Arzneimitteln nahezu aus-

schließlich auf teure Innovationen und die Preispolitik der Pharmaindustrie in Deutschland zurückzuführen.

Die KVB hat die relevanten Faktoren, die für die Ärzte das Risiko einer Prüfung erhöhen – Einfluss des Patientenalters, Morbidität der Patienten, Strukturmerkmale der Praxen – zur Begutachtung weitergegeben. Die Lehrstühle für Politische Wissenschaften und für Statistik der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) haben diese Befunde überprüft und als zutreffend bewertet. Die Prüfkritik der KVB ist daher auch von unabhängiger und sachverständiger Stelle als zutreffend angesehen worden.

Impressum

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimer Straße 39
80687 München

Bilder:

iStockphoto.com
(Titelseite, Seite 5,
42)

Konzept:

Strategische Geschäftsführung

Stand:

Oktober 2012

Gestaltung:

Stabsstelle Kommunikation