

# WIRKSTOFFVEREINBARUNG ERSETZT RICHTGRÖSSENPRÜFUNG

Die neue Wirkstoffvereinbarung in Bayern setzt deutschlandweit Maßstäbe für eine gerechte und transparente Wirtschaftlichkeitsprüfung. Der folgende Artikel stellt die wesentlichen Inhalte dar und gibt einen Überblick, was sich für die Praxen zukünftig verbessert und worauf sie weiterhin achten müssen.

Das SGB V als Regelwerk für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sieht vor, dass Vertragsärzte, die im Rahmen der GKV tätig sind, im Hinblick auf ihre Arzneimittelverordnungen geprüft werden müssen (Paragraf 106 SGB V). Intention des Gesetzgebers hierfür mag gewesen sein, den Arzt dafür zu sensibilisieren, dass er bei seiner Berufsausübung auch als Verwalter von Krankenversicherungsgeldern und damit von Eigentum der Sozialversicherungsgemeinschaft fungiert. Somit wird der Vertragsarzt durch das SGB V verpflichtet, den Spagat zwischen den Möglichkeiten einer hoch technisierten Medizin und exponentiell wachsenden Kosten mit den knapper werdenden Ressourcen einer alternden Gesellschaft zu vollziehen. Um diese Aufgabe wird man ihn sicher nicht beneiden. Umso wichtiger ist es, im Prüfungsfall ein System anzuwenden, das einfach, transparent und gerecht ist und – um das Recht der Versicherten auf Behandlung mit Medikamenten nicht zu beschneiden – auch nicht zu einer Unterversorgung führt.

Die 1993 eingeführte Richtgrößenprüfung wurde diesem Anspruch im Lauf der Zeit immer weniger gerecht. Sie basierte auf der Annahme, dass man für bestimmte Versichertengruppen einen durchschnittlichen Kostenwert ermitteln

kann, der über alle Patienten angewendet die realen Kosten der Gemeinschaft abbildet. Auffällig wurde entsprechend derjenige Arzt, dessen Patienten mehr als die durchschnittlichen Kosten verursacht haben, dessen Patienten also eventuell kränker waren als der Durchschnitt.

Insbesondere auffällig wurden Ärzte, die nicht nur Patienten versorgten, die mit den typischen Volkskrankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck, Rückenschmerzen oder koronarer Herzkrankheit die Praxis aufsuchten, sondern die auch Patienten betreuten, die an vergleichsweise seltenen Erkrankungen litten und eine besonders kostenintensive Krankheitslast aufwiesen (zum Beispiel Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Neoplasien). Typisch für die Entwicklung des Patientenlientels mit speziellen Erkrankun-

gen sind die im letzten Jahrzehnt rasant gestiegenen Kosten der dazugehörigen Arzneimitteltherapien, die sich durch Richtgrößen überhaupt nicht mehr darstellen lassen. Das Instrument der sogenannten Praxisbesonderheit blieb den betroffenen Praxen als einzige Waffe gegen einen drohenden Regress.

## Lange Verhandlungen mit den Krankenkassen

Da der durchschnittliche Patient mit durchschnittlichen Arzneimittelkosten nicht mehr existiert, gehörte die Abschaffung der Richtgrößenprüfung seit der Aufkündigung der Prüfungsvereinbarung in Bayern vor drei Jahren zu den vorrangigsten Zielen des KVB-Vorstands. Dieses Ziel ist mit der neuen Vereinbarung nun erreicht! Die in den Verhandlungen mit den Krankenkassen hart errungene neue

### Fünf gute Gründe gegen die Richtgrößenprüfung

- Morbiditätsrisiko beim Arzt
- Verordnungsbreite und Verordnungstiefe sowie Verdünnersproblematik unberücksichtigt
- enorme Spreizung der Arzneimittelpreise
- undurchsichtiges Prüfverfahren
- existenzbedrohende Regresse

Prüfsystematik betrachtet die Wirtschaftlichkeit nicht mehr anhand der Kosten, sondern anhand der Anteile an bestimmten Arzneimitteln auf der Basis der definierten Tagesdosis (Defined Daily Doses, DDD) als international etablierte Maßeinheit für Arzneimittelmengen. Es geht also beispielsweise um zu erreichende Quoten von Generika oder Leitsubstanzen, die auf DDD-Basis gebildet werden und so die neue Wirtschaftlichkeit abbilden. In der sogenannten Wirkstoffvereinbarung, die zum 1. Dezember 2014 in Kraft getreten ist, wurden 32 Wirkstoffgruppen gebildet, die die in der Versorgung relevanten Hauptindikationsgebiete widerspiegeln. Innerhalb dieser sind Ziele durch einen festgelegten Prozentsatz an Generikaverordnungen oder – im patentgeschützten Markt – durch einen Prozentsatz an definierten Leitsubstanzen formuliert. Gemessen wird die Generikabeziehungsweise Leitsubstanzmenge **anhand der DDD** der verwendeten Wirkstoffe.

### **Ziel: Keine Praxis kommt mehr ungerechtfertigt in die Prüfung**

Zusätzlich beeinflussen sogenannte Rabattvertragsarzneimittel die Quoten günstig. Das bedeutet, dass ein Arzneimittel – sofern die Krankenkasse des Patienten dafür mit dem Hersteller einen Rabattver-

## **Freistaat als Vorreiter**

Bayern greift mit der Wirkstoffvereinbarung die Vorgaben des Paragraphen 106 Absatz 3b SGB V zur Richtgrößen ablösenden Vereinbarung auf:

„Durch Vereinbarung nach Absatz 3 kann eine arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen, bezogen auf die Wirkstoffauswahl und die Wirkstoffmenge, im jeweiligen Anwendungsgebiet vorgesehen werden. Dafür sind insbesondere für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen Verordnungsanteile und Wirkstoffmengen in den Anwendungsgebieten für Vergleichsgruppen von Ärzten zu bestimmen. Dabei sind Regelungen für alle Anwendungsgebiete zu treffen, die für die Versorgung und die Verordnungskosten in der Arztgruppe von Bedeutung sind.“

Damit wird bereits umgesetzt, was die Große Koalition mit dem Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes zukünftig bundesweit plant: die Ersetzung der Richtgrößenprüfung durch regionale Vereinbarungen.

trag geschlossen hat – die Quote nicht negativ beeinflusst, auch wenn es ein Originalpräparat beziehungsweise keine Leitsubstanz ist. Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, Rabattverträge mit der pharmazeutischen Industrie abzuschließen. Somit haben die Kassen auch die Verantwortung für die Preise der Arzneimittel, die in der GKV zur Anwendung kommen.

Die Zielwerte wurden auf der Basis der bayerischen Verordnungsdaten des letzten Jahres ermittelt.

Erreichen alle bayerischen Vertragsärzte die Ziele gemeinsam, so wird überhaupt kein Arzt geprüft! Erreichen alle bayerischen Vertragsärzte die Ziele zwar nicht gemeinsam, aber die Facharztgruppe, werden die Ärzte dieser Facharztgruppe nicht geprüft. Erreichen weder alle Vertragsärzte noch die einzelnen Facharztgruppen die Ziele kollektiv, dann wird derjenige Arzt nicht geprüft, der sein individuell saldiertes Gesamtziel erreicht. Übererfüllte Ziele können bei der eigenen Gesamtzielerreichung sogar nicht erfüllte Ziele ausgleichen. Auch eine Entwicklung auf die Zielrichtung hin kann schon prüfbefreiend wirken. Darüber hinaus existieren natürlich nach wie vor echte Praxisbesonderheiten. In die neue Vereinbarung wurde also ein Sicherungsnetz eingebaut, das zum Ziel hat, dass kein Arzt mehr ungerechtfertigt in die Prüfung kommt.

Anders als in der Vergangenheit bilden die Vergleichsgruppen auch die Schwerpunktbezeichnungen ab. So wird beispielsweise ein fach-

## **Fünf gute Gründe für die Wirkstoffvereinbarung**

- Morbiditätsrisiko bei den Krankenkassen
- Verordnungsbreite, Verordnungstiefe und Verdünnernproblematik ohne Auswirkungen
- keine Preisverantwortung durch den Vertragsarzt
- transparentes Prüfverfahren
- keine existenzbedrohenden Regresse

ärztlicher Internist mit Zusatzbezeichnung Kardiologie auch nur mit anderen fachärztlichen Internisten mit dieser Zusatzbezeichnung verglichen. Dies gilt im Übrigen auch für jede einzelne Arzt-fachgruppe.

### **KVB informiert über die neue Systematik**

Das Hauptaugenmerk dieser Wirkstoffvereinbarung liegt auf der Steuerung, also der Veränderung des Ordnungsverhaltens. Eine

Prüfung kann immer nur der Weisheit letzter Schluss sein, sofern die Steuerung nicht funktioniert.

Deshalb ist es die vorrangige Aufgabe der KVB, die Praxen über die neue Systematik zu informieren und zu beraten. Somit stehen nicht mehr die Arzneimittelkosten im Fokus, sondern die indikationsgerechte Auswahl des Arzneistoffs in der benötigten Menge!

Bis Mitte nächsten Jahres wird in ganz Bayern weder eine Richtgrö-

ßenprüfung noch eine Wirkstoffprüfung stattfinden, damit die Ärzte ausreichend Zeit und Gelegenheit haben, ihr Ordnungsverhalten auf die neue Systematik einzustellen und somit aktiv mitzuwirken, den Systemwechsel zu vollziehen und ein gerechtes, einfaches und transparentes Steuerungsinstrument zu etablieren, das eine Prüfung unnötig macht.

*Johann Fischaleck (KVB)*

## **„Schreckgespenst Regress vertreiben“**

Es ist genau zwei Jahre her, dass ich im Münchner Presseclub eine Broschüre zur Problematik der Arzneimittelprüfung nach damals geltendem Recht vorgestellt habe. Vorausgegangen waren intensive Recherchen von Fachexperten der KVB und mir sowie weiteren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die teilweise selbst die angeblich so geringe Regressgefahr am eigenen Leib erfahren hatten. Mein Fazit des Pressegesprächs damals: Die Prüfung auf Basis willkürlich gewählter und nicht sachgerechter Kriterien muss weg. Die Reaktionen von Politik und Krankenkassen fielen eher verhalten aus: Von einer angeblich nur sehr geringen realen Regressgefahr war die Rede. Und ganz ohne Prüfung ginge es nicht, denn dann würden die Kosten immens ansteigen.

In den vergangenen beiden Jahren hat hier glücklicherweise ein Umdenken bei allen Beteiligten eingesetzt. Die Fakten, die wir damals in der Broschüre schwarz auf weiß zusammengestellt haben, konnten sicher auch dazu beitragen, dass wir nach sehr langen, teilweise auch nervenaufreibenden Verhandlungen mit den Krankenkassen zu einer neuen Form der Steuerung der Arzneimittelverordnungen gefunden haben. Ich schreibe hier ganz bewusst „Steuerung“ und nicht „Prüfung“. Denn die neue Wirkstoffvereinbarung bietet durch die Orientierung an Generika, Rabattverträgen und Leitsubstanzen die echte Chance, das Schreckgespenst Regress aus den Praxen zu vertreiben. Durch regelmäßige „Trendmeldungen“ wird für die niedergelassenen Haus- und Fachärzte die notwendige Transparenz geschaffen, wo sie wirklich bei ihren Verordnungen stehen. Das genaue Prozedere, die Hintergründe sowie die Serviceleistungen der KVB bei der Einführung der neuen Wirkstoffvereinbarung sind in dieser Ausgabe von KVB FORUM ausführlich erläutert.

Seit Anfang November bin ich nun in Bayern unterwegs, um die neue Systematik in Mitgliederversammlungen vorzustellen. Dabei habe ich den Eindruck gewonnen, dass diese gut ankommt. Natürlich gibt es auch die in den Diskussionen bei den Versammlungen geäußerten Vorbehalte und Fragen: Kann etwas, was aus der KV kommt, überhaupt gut sein? Ist das wirklich alles so einfach? Wo ist der Haken? Aber ich kann Ihnen allen versichern, dass wir mit der neuen Wirkstoffvereinbarung eine echte Lösung für das drängende Problem gefunden haben, als Arzt den Patienten auch weiterhin die benötigten und für einen Therapieerfolg geeigneten Arzneimittel zu verordnen – und das, ohne sich persönlich dem Risiko finanzieller Rückforderungen durch die Krankenkassen auszusetzen. Bitte beschäftigen Sie sich mit der Systematik. Ich bin auf Ihre Rückmeldungen und Kommentare dazu gespannt.

*Dr. Wolfgang Krombholz, Vorstandsvorsitzender der KVB*