

„BEI ABWEICHUNGEN LÄSST SICH JETZT SCHNELL GEGENSTEUERN“

Nach einem Verhandlungsmarathon mit den Krankenkassen kann die neue Wirkstoffvereinbarung Ende 2014 wohl an den Start gehen. Von Anfang an mit im Boot waren auch die Berufsverbände, mit denen die Details einer neuen Prüf-systematik im Vorfeld ausgiebig diskutiert wurden. Auch die beiden Berufsverbandsvorsitzenden Dr. Dirk Potempa (Urologie) und Dr. Bernhard Junge-Hülsing (HNO) waren in die Verhandlungen involviert und sollen nun ihre niedergelassenen Kollegen als Multiplikatoren unterstützen. KVB FORUM hat nachgehakt.

Herr Dr. Potempa, Herr Dr. Junge-Hülsing, worin sehen Sie die größten Schwächen in der bisherigen Richtgrößenprüfung/ersatzrichtgrößenprüfung?

Dr. Potempa: Die Situation unter der aktuellen Richtgrößenprüfung ist nicht nur unbefriedigend, sondern vor allem kaum im Vorgriff kalkulierbar. Man sieht sich permanent genötigt, bei Verschreibungen auf das absolut günstigste Medikament zurückzugreifen beziehungsweise nach Möglichkeit vollkommen auf ein Medikament zu verzichten, selbst, wenn man der Überzeugung ist, dem Patienten in dieser Situation etwas vorzuenthalten. Man wundert sich mitunter über die eigenen Zahlen gegenüber der Fachgruppe. Überlagert wird dies durch die in der Urologie häufig hochpreisigen onkologischen Präparate, da zirka 30 Prozent unserer Patienten an Tumorerkrankungen leiden. Weil hier gerade auch innerhalb des Fachs von Praxis zu Praxis Schwankungen vorkommen, können erhebliche Abweichungen zum Durchschnitt entstehen. Bei der Betrachtung der eigenen Statistik, die wir regelmäßig von der KV bekommen, wird dem einen oder anderen nicht selten mulmig. Wie soll man sich orientieren? Der eine schränkt ra-



dikal seine Verordnungen ein, der andere lässt alles weiterlaufen im Vertrauen, die Zahlen könnten so nicht stimmen. Alles in allem freut man sich über jeden „Verdünnpatienten“. Eine absurde, langfristig nicht tragbare Situation.

Können Sie uns kurz erläutern, was sich hinter dem Begriff „Wirkstoffvereinbarung“ verbirgt und worin für Sie der Unterschied zur bisherigen Systematik liegt?

Dr. Junge-Hülsing: Die in einer Fachgruppe üblichen Medikamente werden zu Hauptindikationsgruppen zusammengefasst, in denen bestimmte Zielquoten angestrebt werden sollen. Dabei ist allein der Anteil an generischen Wirkstoffen beziehungsweise an bestimmten

Leitsubstanzen relevant. Im Gegensatz zur bisherigen Systematik sind die Preise der verordneten Arzneimittel somit nicht mehr ausschlaggebend. Die Zielwerte wurden auf Basis der bisherigen Verordnungen der jeweiligen Fachgruppe berechnet, bilden also die aktuelle Verordnungsrealität ab. Sie werden für den einzelnen Arzt erst relevant, wenn die verordnete Menge innerhalb einer Gruppe eine Mindestmenge pro Quartal überschreitet. Nur selten eingesetzte Arzneimittel werden somit nicht berücksichtigt.

Dr. Potempa: Wenn man sich die Erläuterung in dieser Kürze durch den Kopf gehen lässt, mangelt es zunächst am Glauben, vor allem, weil die Vergangenheit kaum rechtfertigte, dass sich die Situation bessern könnte, was die Sorge vor Regressen betrifft. Die von der KVB geplante Statistik, die jeder Arzt pro Quartal erhält, wird jedoch die Transparenz und das Verständnis enorm erhöhen. Zudem werden wir unsere urologischen Kollegen ermuntern, uns regional anzufordern, damit wir die Details genau vor Ort erläutern können.

Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Verbesserungen der neuen Wirkstoffvereinbarung?

Dr. Dirk Potempa ist niedergelassener Facharzt für Urologie in Garmisch-Partenkirchen und Vorsitzender des BDU-Landesverbandes Bayern-Süd.

HNO-Arzt Dr. Bernhard Junge-Hülsing ist in Starnberg niedergelassen und seit 2008 stellvertretender Landesvorsitzender des Bayerischen Berufsverbandes der HNO-Ärzte.



Dr. Junge-Hülsing: Die ausschlaggebende Verbesserung der neuen Systematik ist, dass sie transparent und gerecht ist. Jeder Kollege kann auf den ersten Blick erkennen, wo er mit seinem bisherigen Verordnungsverhalten steht und hat die Möglichkeit, bei Abweichungen in einzelnen Indikationsgruppen schnell gegenzusteuern. Dabei liegt die Verantwortung für die tatsächlichen Kosten eines Arzneimittels wieder bei den Krankenkassen. Da die verordnete Menge im ersten Schritt keine Rolle mehr spielt, werden Ärzte mit kränkeren Patienten auch nicht mehr per se benachteiligt, sondern haben die Option, sich bei der Auswahl des Wirkstoffs für ein Generikum oder eine Leitsubstanz zu entscheiden.

Dr. Potempa: Das Ganze wird noch getoppt durch eine Prüfbefreiung der gesamten Arztgruppe, wenn sie insgesamt die definierten Zielwerte erreicht. Des Weiteren soll ein Regressschutz des einzelnen Arztes bei Entwicklung in Richtung „Sollwerte“ bestehen. Wie sich das im Detail in der Praxis darstellt, wird sich zeigen.

Können Sie uns eine Beschreibung des Begriffs „definierte Tagesdosis“ geben?

Dr. Potempa: Den Begriff der Tagesdosis kennen wir aus den bis-

herigen Arzneimittelvereinbarungen als „DDD“ – der „Defined Daily Doses“. Sie ist die Standarddosis, die täglich bei einem spezifischen Präparat gegeben wird. 100 DDD bei einem Präparat, das einmal pro Tag gegeben wird – wie Tamsulosin mit 0,4 mg – entsprechen also 100 Kapseln. Bei einem Präparat, das zweimal pro Tag gegeben wird – wie Voltaren 50 mg – entsprechen 100 DDD 200 Tabletten. Es ist die Standardmenge eines spezifischen Präparats, nicht die individuell bei einem Patienten eingesetzte Anzahl an Tabletten pro Tag, die die DDD definiert.

Was verstehen Sie unter einem Generikaziel unter Berücksichtigung der definierten Tagesdosis?

Dr. Junge-Hülsing: Es ist das Verhältnis generischer Wirkstoffe an der gesamten Indikationsgruppe, gemessen in definierten Tagesdosen.

Was ist demgegenüber ein Leitsubstanzziel?

Dr. Junge-Hülsing: Hier wird der Anteil der nach Evidenz und Wirtschaftlichkeit festgelegten Leitsubstanzen an der entsprechenden Indikationsgruppe, ebenfalls in DDD, berechnet.

Herr Dr. Potempa, für Ihre Facharztgruppe ist ja insbesondere das Ziel zu den Urologika (Alpha-blocker, 5-Alpha-Reduktasehemmer, Blasenspasmolytika) relevant. Wo liegen hier für Urologen die größten Herausforderungen?

Dr. Potempa: Wie auch bei den übrigen Indikationsgruppen ist im Wesentlichen lediglich darauf zu achten, sich bei der Auswahl eines entsprechenden Präparates neben der korrekten Indikation zu überlegen, ob man nicht primär ein günstigeres einsetzt oder, wenn es nicht Ziel führend ist, ob bei einem Ori-

ginalpräparat ein entsprechendes Generikum existiert. Also so, wie man es bisher auch gemacht hat.

Auch die Ziele zu systemischen Sexualhormonen und Analoga, sowie Gonadotropin-Releasing-Hormon-(GnRH)-Analoga spielen für Ihre Arztfachgruppe eine Rolle. Wie können hier aus Ihrer Sicht die Zielquoten erreicht werden?

Dr. Potempa: Sie spielen nicht nur eine Rolle, sondern sie sind wesentliche therapeutische Bestandteile unserer urologischen Patienten. Neben Antiandrogenen sind GnRH-Analoga bei Patienten mit Prostatakarzinomen – unserer häufigsten onkologischen Entität – Bestandteile einer Indikationsgruppe. GnRH-Analoga werden in „günstige“ und „nicht günstige“ biologicals unterteilt, also nicht anhand eines eventuellen Generikastatus. Auch hier kann man sich problemlos im „unkritischen“ Bereich bewegen, ohne dass ich hier dezidiert darauf eingehen will. Stattdessen möchte ich nochmal auf unseren Vorschlag zurückkommen, dies regional vor Ort zu erläutern. Überall in Bayern finden regelmäßig entsprechende Treffen statt. Wir kommen gerne. Kontakt bitte über mich, meinen Kollegen Dr. Jochen Schiffers aus Veitshöchheim vom Berufsverband der Deutschen Urologen oder über das Sekretariat des Aktionsbündnisses Urologie.

Herr Dr. Junge-Hülsing, für HNO-Ärzte ist vor allem das Generikaziel zu Rhinologika mit Corticosteroiden von Bedeutung. Wo sehen Sie bei diesem Ziel die Möglichkeiten für Ihre Kollegen?

Dr. Junge-Hülsing: Schon in der Vergangenheit haben die bayerischen HNO-Ärzte wirtschaftlich verordnet, nur standen die modernen topischen Corticosteroide noch

nicht generisch zur Verfügung. Jetzt ist dieses mit Mometason der Fall, sodass auch sinnvolle Wirkstoffziele vereinbart werden können.

Zudem sind für Ihre Facharztgruppe die Generikaziele zu Antibiotika und Corticosteroiden zur systemischen Anwendung relevant. Welche konkreten Empfehlungen können Sie Ihren Kollegen für die Erreichung der Zielquoten mit auf den Weg geben?

Dr. Junge-Hülsing: Immer noch werden im Bereich der Antibiotika und Corticosteroide von einigen wenigen Kollegen Originalpräparate eventuell mit aut idem-Kreuz verordnet, was weder dem Patienten, noch der Fachgruppe nützt. Mit Levofloxacin und Moxifloxacin stehen inzwischen auch Vertreter der neueren Fluorchinolone generisch zur Verfügung. Insbesondere auch durch Substitution mit Cefuroxim oder Amoxicillin-Clavulansäure und Dexamethason denke ich, dass sich mit ein bisschen Sorgfalt die Zielquoten hier erreichen lassen.

Welche Berücksichtigung finden Arzneimittel, die den Status „Praxisbesonderheit“ tragen?

Dr. Potempa: Präparate, wie Abirateron (Zytiga®) und Enzalutamid (Xtandi®) sind vom GKV-Spitzenverband anerkannte Praxisbesonderheiten und werden nicht erfasst. Sie spielen also in der Vereinbarung keine Rolle. Es wären auch keine Alternativen verfügbar, sodass man sich hier lediglich auf die korrekte Indikation konzentrieren sollte.

Dr. Junge-Hülsing: Praxisbesonderheiten im eigentlichen Sinn gibt es für HNO-Ärzte nicht. Allerdings hat die Fachgruppe insbesondere im Bereich der Hyposensibilisierungstherapie mit Allergenen auch von anderen Fachgruppen Aufgaben übernommen, sodass hier

nicht geprüft werden sollte. Auch muss hier durch die bessere Datenlage für die Sublinguale spezifische Immuntherapie auf Quoten, die immer noch durch das Prüfwesen geistern – zum Beispiel nicht mehr als 20 Prozent orale Therapieformen zu verordnen – verzichtet werden.

In welcher Form kann die KVB aus Ihrer Sicht die Vertragsärzte bei der Zielerreichung am besten unterstützen?

Dr. Potempa: Primär sind detaillierte Ordnungsdaten und persönliche Trendmeldungen unumgänglich, damit man sich einen klaren Überblick über die neue Situation verschaffen kann. Diese können kurzfristig um eine umfassende Darstellung der neuen Systematik und Informationen zu den Inhalten der einzelnen Ziele ergänzt werden. Wie bisher sollte natürlich weiterhin die Möglichkeit bestehen, jederzeit auf eine individuelle Beratung zurückgreifen zu können, falls sich Warnzeichen in den Ordnungsdaten zeigen.

Dr. Junge-Hülsing: Zusätzlich ist zu beachten, dass die Vielzahl der Rabattverträge für den einzelnen Arzt nicht handhabbar sind. Auch die Unterstützung durch die PV-Systeme sind oft mehr Daten- und Zeitdiebstahl als echte Unterstützung. Hier sollte, wie das ja auch geschieht, durch das Weglassen des aut idem-Kreuzes die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit vollständig vom einzelnen verordnenden Arzt genommen werden.

Herr Dr. Potempa, Herr Dr. Junge-Hülsing, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Dr. Kerstin Behnke, Katharina Kreitmeyr (beide KVB)

„Nicht ins offene Messer laufen“

Im Zuge der Recherchen zu unserem Titelthema kam auch der Kontakt zu einem Hausarzt aus Mittelfranken zustande (Name der Redaktion bekannt). Er hat in den vergangenen Jahren zahlreiche Prüfungen und Regressdrohungen erlebt. Eine Zusammenfassung seiner Eindrücke:

„Wir Ärzte ‚machen‘ keine Krankheiten. Und wir bestimmen auch keine Arzneipreise. Dafür lernen wir ein Berufsleben lang in unserer Freizeit auf persönliche Kosten und in pharmazeutisch neutraler Umgebung allen Kranken so zu helfen, wie wir es auch für uns selbst erwarten. Und dennoch war ich diversen Prüfverfahren ausgesetzt. Das längste nach alter Art hat über zehn Jahre lang gedauert, bei Beginn war die Patientin schon zwei Jahre verstorben. Solche Prüfverfahren sind nicht harmlos. Durch den ständigen Kampf gegen die Bürokratie haben ärztliche Kollegen massive Schäden an ihrer eigenen Gesundheit erlitten. Diese Tretmühle kann man nur außer Kraft setzen, wenn man alle Beteiligten an einen Tisch setzt und Transparenz schafft über die gegenseitigen Ziele. Wir brauchen neue Spielregeln was die Verordnung von Medikamenten angeht. Ob die neue Systematik der KVB greift, weiß ich nicht. Ich stehe der Körperschaft skeptisch gegenüber und bin schon froh, wenn wir Ärzte nicht weiterhin ins offene Messer laufen.“