

# Wirtschaftsbrief Dermatologie

13. Jahrgang  
Februar 2017

Nr. 1

Sonderbeilage

Aktuell das Wichtigste zu Abrechnung, Steuern, Recht und Betriebswirtschaft  
von **Almirall Hermal**



## Vertragsarztrecht

### Arzneimittel-Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Baden-Württemberg 2017

von Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht Dr. iur. Gerhard Nitz, Dierks+Bohle Rechtsanwälte Partnerschaft mbB, Berlin, [www.db-law.de](http://www.db-law.de)

Nach jahrelanger politischer Diskussion wurde die Richtgrößenprüfung als bundesweit verpflichtend vorgegebene Prüfmethode vom Gesetzgeber abgeschafft. Stattdessen sollten die regionalen Vertragspartner – Kassenärztliche Vereinigung und Kassenverbände – bis zum 01.01.2017 eigenständig Instrumente entwerfen, die eine wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln sicherstellen. In Baden-Württemberg wurde dieser Auftrag umgesetzt und eine neue Methode zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Arzneimittelverordnungen ab 2017 entwickelt.

#### Grundsätze der wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung

Vertragsärzte müssen bei der Verordnung von Arzneimitteln zulasten gesetzlicher Krankenkassen das Wirtschaftlichkeitsgebot einhalten. Das bedeutet, die Verordnungen müssen ausreichend, zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich sein (§§ 12, 70 SGB V). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) setzt dies voraus, dass bei mehreren medizinisch gleichwertigen Behandlungsoptionen die kostengünstigste Alternative zu wählen ist (Urteil vom 03.07.2012, Az. B 1 KR 22/11 R); gibt es indessen einen medizinischen Grund zur Wahl des kostenintensiveren Arzneimittels, ist dieses wegen des medizinischen Grundes auch wirtschaftlich (Urteil vom 20.10.2004, Az. B 6 KA 41/03). Beurteilungsmaßstab ist dabei der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V), wie er regelmäßig in aktuellen S3-Leitlinien abgebildet ist.

#### Prüfarten in Baden-Württemberg

Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot können unterschiedliche Folgen haben: Die Spanne reicht von einem einfachen Hinweis über individuelle Beratungen bis zu hohen Regressforderungen. Und auch die Prüfarten können sehr unterschiedlich sein. Stets möglich ist eine sog. **Einzelfallprüfung**, bei der die Prüfungsstelle auf Antrag einer Einzelkasse einen Einzelfall überprüft. An dieser Möglichkeit hat sich nichts geändert. Neu sind die Regelungen, mit denen die Struktur des Ordnungsverhaltens der Ärzte anhand statistischer Methoden überprüft werden soll. Bis zum Verordnungsjahr 2016 war dies die **Richtgrößenprüfung**, bei der das gesamte Verordnungsvolumen einem fachgruppen-spezifischen Richtgrößenvolumen gegenübergestellt wurde und ein Regress bei einer nicht durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigten Überschreitung um mehr 25 % drohte. Dieses pauschalierende System wird in Ba-

den-Württemberg durch eine in ihrer Systematik gar nicht unähnliche **Richtwertprüfung** abgelöst, die jedoch stärker die praxisindividuelle Patientenzusammensetzung berücksichtigt und deshalb **voraussichtlich weniger regressrelevant** sein wird.

#### Die neue Richtwertprüfung

Die „Richtwertprüfung“ ist eine statistische Auffälligkeitsprüfung, die am leichtesten durch einen Vergleich mit der hergebrachten Richtgrößenprüfung verständlich wird. In der Vergangenheit sollte sich der Arzt an Richtgrößen orientieren; überschritt sein Verordnungsvolumen das aus den Richtgrößen errechnete Richtgrößenvolumen, drohte eine Prüfung. Die Höhe der Richtgrößen variierte zwar je nach Fachgruppe, doch konnte sie ein vom Fachgruppenn-durchschnitt abweichendes Patientenspektrum nicht adäquat wieder spiegeln. Deshalb soll der Arzt sich zukünftig an fachgruppenspezifisch differenzierenden Richtwerten orientieren, die für **67 verschiedene Arzneimittel-Therapiebereiche (AT) (davon sind für Hautärzte 18 ATs relevant)** bestimmt wurden, zzgl. eines Auffang-Richtwerts für den Rest.

Zum Beispiel liegen für Hautärzte die **Richtwerte für Arzneimittel zur Behandlung der aktinischen Keratose (Fluorouracil; Fluorouracil, Kombinationen; Diclofenac) bei 76,53 Euro**, bei „Ekzemen Reserve – topisch“ (Tacrolimus; Pimecrolimus; Alitretinoin) bei 79,61 Euro und bei Akne bei 38,22 Euro.

Für alle Arzneiverordnungen, die keinem Therapiebereich zugeordnet werden, gilt der „Rest“-Richtwert in Höhe von 35,11 Euro.

Wie bei der Richtgrößenprüfung sind diese **Richtwerte keine maximalen Verordnungskosten** je Fall, **sondern Durchschnittswerte**. Die Verordnung eines Arzneimittels, dessen Preis über dem Richtwert liegt, bleibt selbstverständlich möglich. Über- und Unterschreitungen lassen sich über das gesamte Verordnungsvolumen ausgleichen. Neu ist dabei aber, dass es **keine „Verdüner“** mehr gibt: Es sind nur die Patienten relevant, die ein Arzneimittel (je Quartal) verordnet bekommen („Verordnungspatienten“). Bekommt ein Patient in einem Quartal mehrere Arzneimittel aus verschiedenen Therapiebereichen, so wird er entsprechend mehrfach berücksichtigt. Die übrigen Patienten spielen in der Richtwertprüfung keine Rolle mehr. Die Überschreitung des Richtwerts bei einem Patienten kann also nicht dadurch kompensiert werden, dass einem anderen Patienten nichts verordnet wird, sondern nur durch andere Verordnungen, die unterhalb eines Richtwerts liegen, egal ob diese Verordnung in demselben oder einem anderen Therapiebereich liegt.

Gewichtet man die einzelnen Richtwerte entsprechend der Verteilung der Verordnungspatienten auf die einzelnen Therapiebereiche, ergibt sich ein die gesamte Praxis übergreifender **praxisindividueller Richtwert**, der am ehesten mit der alten Richtgröße vergleichbar ist. Während die Richtgröße jedoch im Vorfeld des Verordnungsjahres feststand, errechnet sich der praxisindividuelle Richtwert anhand des tatsächlichen Patientenspektrums, verändert sich also im laufenden Jahr. Um dem Arzt das Monitoring zu erleichtern und Verän-

derungen im Versorgungsbedarf nicht zu seinen Lasten gehen zu lassen, wird der **anhand der Patientenverteilung im Jahr 2015 errechnete praxisindividuelle Richtwert im Jahr 2017 als Mindestmaß garantiert**. Dies ist insbesondere relevant, wenn ein Arzt in einem Therapiebereich neue Patienten behandelt, die überdurchschnittliche Verordnungskosten verursachen.

### Beispiel

Im Jahr **2015** behandelte ein Hautarzt 5 Verordnungspatienten mit aktinischer Keratose (AT-Richtwert: 76,53 Euro), 3 Verordnungspatienten mit Akne (AT-Richtwert: 38,22 Euro) und 10 weitere Patienten mit Verordnungen, die keinem Therapiebereich zuzuordnen sind (AT-Rest-Richtwert 35,11 Euro). Es errechnet sich ein **garantierter praxisindividueller Richtwert** in Höhe von  $[(5 \times 76,53 + 3 \times 38,22 + 10 \times 35,11) / 18 =]$  47,13 Euro.

Kommen im Jahr **2017** dieselben Patienten, zusätzlich aber 5 weitere Patienten mit aktinischer Keratose, müssen diese neuen Patienten nicht zum praxisindividuellen Richtwert i.H.v. 47,13 Euro versorgt werden; vielmehr wird der Richtwert so angepasst, dass die 5 neuen Patienten mit dem AT-Richtwert für aktinische Keratose i.H.v. 76,53 Euro berücksichtigt werden, sodass der praxisindividuelle Richtwert 2017 auf 53,52 Euro steigt.

Umgekehrt führt diese Logik bei einer Verlagerung der Patientenklintel in weniger kostenintensive Therapiebereiche zu einer Absenkung des praxisindividuellen Richtwerts 2017, etwa wenn die fünf neuen Fälle nicht an aktinischer Keratose, sondern an Akne leiden (AT-Richtwert: 38,22 Euro). Der praxisindividuelle Richtwert 2017 fällt dann auf 45,20 Euro. Hier kommt dann aber zugunsten des Arztes der höhere Richtwert aus 2015 als garantierter Mindest-Richtwert zum Tragen.

Überschreitet das tatsächliche Verordnungsvolumen das sich aus der Multiplikation der Richtwerte mit der jeweiligen Anzahl der Verordnungspatienten errechnende Richtwertvolumen, kann bei Überschreitung um mehr als 25 % eine **Richtwertprüfung** eingeleitet werden. Aber auch dies bedeutet noch nicht automatisch einen Regress. Vielmehr sind zunächst der Prüfungsstelle vorab **bekannte Praxisbesonderheiten** ab-zuziehen, **weitere Praxisbesonderheiten** sodann auf Vortrag des Arztes.

Die arzt- bzw. praxisindividuelle Umsetzung der in der Arzneimittelvereinbarung geregelten Ordnungsziele (**wirkstoffgruppenspezifische Zielquoten**, die jedoch keine spezifisch dermatologischen Ziele umfassen) wird im Rahmen der Richtwertprüfung berücksichtigt. Dies gilt insbesondere für den bei Vorliegen von Praxisbesonderheiten anzuerkennenden gerechtfertigten Mehrbedarf. Erst wenn die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt werden kann, kommt eine Maßnahme gegen den Arzt in Betracht. Bei erstmaliger Auffälligkeit in einer Richtwertprüfung ist zunächst eine **Beratung** durchzuführen. Die erste Festsetzung einer Nachforderung („Regress“) ist auf 10 % des Gesamthonorars und maximal 5.000 Euro begrenzt. Die darauffolgende Nachforderung ist auf 25 % begrenzt.

### Fazit

Da die Richtwerte keine einzelfallbezogenen Vorgaben enthalten, gilt im Einzelfall das Wirtschaftlichkeitsgebot: Kann das Therapieziel mit mehreren Arzneimitteln gleichwertig erreicht werden, ist das kostengünstigere zu wählen; gibt es jedoch einen med. Grund zur Wahl des kostenintensiveren Arzneimittels, ist dieses wegen des med. Grundes auch wirtschaftlich.