

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 Rheinland-Pfalz 2017

von Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht Dr. iur. Gerhard Nitz,
Dierks+Bohle Rechtsanwälte Partnerschaft mbB, Berlin, 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 zu entwerfen, die eine wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln sicherstellen. In Rheinland-Pfalz wurde dieser Auftrag umgesetzt und eine neue Methode zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Arzneimittelverordnungen ab 2017 entwickelt. Diese möchten wir im Folgenden – speziell auf die Besonderheiten für Hautärzte ausgerichtet – darstellen.

Grundsätze der wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung

Vertragsärzte müssen bei der Verordnung von Arzneimitteln zu Lasten 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 Rheinland-Pfalz

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. In der Vergangenheit (bis zum Verordnungsjahr 2016) war dies die **Richtgrößenprüfung**, bei der das gesamte Ordnungsvolumen einem fachgruppen-spezifischen Richtgrößenvolumen gegen-

übergestellt wurde und ein Regress bei einer nicht durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigten Überschreitung um mehr 25 % drohte. Dieses pauschalierende System wird in Rheinland-Pfalz durch eine in ihrer Systematik gar nicht unähnliche **Fallwertprüfung** abgelöst, die jedoch **voraussichtlich deutlich weniger regressrelevant** sein wird.

Keine Prüfung bei Unterschreitung des kollektiven Ausgabenvolumens

Ob eine statistische Auffälligkeitsprüfung in Form der neuen Fallwertprüfung überhaupt durchgeführt wird, hängt zunächst nicht vom einzelnen Arzt ab, sondern vom Kollektiv der Ärzte: Für das Jahr 2017 wurde für alle Ärzte in Rheinland-Pfalz ein Gesamt-Ausgabenvolumen von ca. 1,6 Milliarden Euro für Arzneimittelverordnungen festgelegt. Wird dieser Betrag nicht überschritten, findet für 2017 keine Auffälligkeitsprüfung statt.

Keine Prüfung bei Einhaltung der individuellen Zielquoten

Wird das kollektive Ausgabenvolumen überschritten, tritt ein komplexer Mechanismus in Gang, um arztindividuell zu prüfen, ob der Vertragsarzt entsprechend der Vorgaben der Arzneimittelvereinbarung verordnet hat. Die KV Rheinland-Pfalz hat zunächst „fachgruppenspezifische Zielquoten“ festgelegt, die je nach Fachgruppe unterschiedliche Maximal- und Mindestquoten festlegen. Für die **Hautärzte** gilt:

Arzneistoffgruppe	Ziel
Aut-idem	max. 5,0 % der Verordnungen mit „aut idem-Kreuz“
Generika	min. 67,0 % der Packungen aus generikafähigem Markt
Infliximab	min. 10,0 % der DDD Biosimilars
Etanercept	min. 13,0 % der DDD Biosimilars

Das Generikaziel ist dabei ungewöhnlich definiert: Gezählt werden nicht die Verordnungen von Generika, sondern die Verordnungen generikafähiger Wirkstoffe. Auch mit der **Verordnung eines Altoriginals** leistet der Arzt also einen **Beitrag zur Erfüllung** seiner **Generikaquote**.

Die Höhe der Quoten ist so bemessen, dass dem Arzt die notwendige Luft zur patienten-individuell orientierten Therapie bleibt; es sollen eben nicht nur generikafähige Wirkstoffe ohne „aut idem-Kreuz“ oder Biosimilars verordnet werden, sondern nur überwiegend. Gibt es im Einzelfall einen medizinischen Grund, von dieser Regel abzuweichen, ist das wirtschaftlich (s. o., Grundsätze) und von der Quote gedeckt.

Wichtig

Verfehlt der Arzt eine Quote, bedeutet dies weder automatisch einen Regress noch auch nur eine Prüfung. Die Verordnungssteuerung erfolgt nach dem Prinzip „Zuckerbrot statt Peitsche“: Hat der Arzt alle vier Zielquoten erreicht, so findet bei ihm auf keinen Fall eine Auffälligkeitsprüfung statt.

Auffälligkeitsprüfung als Fallwertprüfung

Nur für den Fall, dass die rheinland-pfälzischen Ärzte kollektiv das Ausgabenvolumen überschreiten und der Arzt individuell nicht die erforderliche Anzahl an Zielen (bei den Hautärzten alle vier) erreicht, kommt eine Auffälligkeitsprüfung in Betracht. Diese ist in Rheinland-Pfalz ähnlich zur alten

Richtgrößenprüfung geregelt. Statt von „Richtgrößen“ spricht man nun jedoch von „fachgruppenspezifischen Arzneimittel-Fallwerten“. Die Fallwerte sind am historischen Verordnungsvolumen des Vorvorjahres orientiert und weisen für die einzelnen Fachgruppen – nach Altersgruppen differenziert – durchschnittliche Kosten für Arzneimittel je Behandlungsfall im Quartal aus. Für Hautärzte sind diese Fallwerte wie folgt festgelegt worden.

Altersgruppe	Fallwert
0 bis 15 Jahre	17,20 Euro
16 bis 49 J.	20,54 Euro
50 bis 64 J.	19,81 Euro
64 J. und älter	17,64 Euro

Wie bei der Richtgrößenprüfung sind diese Werte keine maximalen Verordnungskosten je Fall, sondern **Durchschnittswerte**. Eine Auffälligkeitsprüfung droht auch nicht bereits bei Überschreitung des praxisindividuellen Fallwertvolumens, sondern erst bei einer Überschreitung um mehr als 25 %, nachdem die auf Praxisbesonderheiten gemäß Anlage 3 entfallenden Verordnungskosten vom Verordnungsvolumen abgezogen wurden. Schließlich gilt wie in der alten Richtgrößenprüfung, dass eine Auffälligkeitsprüfung nicht automatisch mit einem Regress einhergeht, sondern vielmehr geprüft wird, was die Gründe der Auffälligkeit sind: Unwirtschaftlichkeit oder weitere Praxisbesonderheiten? Praxisbesonderheiten sind dann auf Vortrag des Arztes vom Verordnungsvolumen abzuziehen, bevor ein Regress festgesetzt werden könnte.

Und schließlich gilt weiterhin: Bei erstmaliger Überschreitung muss eine Beratung statt eines Regresses festgesetzt werden. Regresse können sich nur auf Verordnungszeiträume beziehen, in denen der Arzt bereits beraten wurde. Als Beratung gilt dabei nicht bereits jedes Gespräch mit einem Kassen-Mitarbeiter oder dem KV-Beratungspapotheker; gemeint ist vielmehr eine förmliche Beratung als Maßnahme in einer Auffälligkeitsprüfung (Richtgrößenprüfung oder Fallwertprüfung).

Fazit

Die Richtgrößenprüfung ist abgeschafft. Eine Auffälligkeitsprüfung findet nur statt, wenn kollektiv das vereinbarte Ausgabenvolumen überschritten wurde. Der einzelne Hautarzt kann eine Auffälligkeitsprüfung vermeiden, wenn er die vier Zielquoten (Aut-idem, Generika, Biosimilars) einhält. Kommt es zu einer Auffälligkeitsprüfung, ist die Höhe der Überschreitung des Ausgabenvolumens maßgebend. Ein Regress droht nur, wenn nach Abzug von Praxisbesonderheiten Überschreitungen von über 25 % festgestellt wurden. Insgesamt hat sich die Regressgefahr für Ärzte in Rheinland-Pfalz damit weiter reduziert.

Anmerkung der Redaktion: Als generikafähige Arzneimittel gelten nicht nur Generika, sondern auch die dazu gehörigen Altoriginals vom Erstanbieter (z. B. Solaraze® und das entsprechende Nachahmerprodukt). Das bedeutet, dass auch die Verordnung eines Altoriginals wie Solaraze® zur Erfüllung der Generikaquote beiträgt. Bitte beachten Sie aber, dass Verordnungen von Rezepturen mit patentfreien Wirkstoffen nicht zur Erfüllung der Generikaquote tauglich sind, da Rezepturen keine Fertigarzneimittel sind und somit auch nicht als generikafähige Arzneimittel gelten.