

Informationsschreiben zu den ab 1.7.2011 geltenden Arzneimittelrichtgrößen (ARG)

Die Story:

Seit 1.7.2011 gelten für uns Berliner Vertragsärzte neue Richtgrößen für die Versorgung der Berliner Bevölkerung mit Arzneimitteln. Jeder einzelne Arzt ist darüber von der KV angeschrieben worden. Sie können die ARG auch auf der homepage der KV nachlesen.

Da sich die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände und die KV Berlin auf dem Verhandlungswege nicht einigen konnten, hatte die zuständige Schiedsperson (Frau Behnsen) von der Senatsverwaltung diese Richtgrößen neu festgelegt.

Zur Vorgeschichte:

Nach dem Gesetz zur Ablösung der Budgets (ABAG), wurden seit 2002 die Richtgrößen jährlich weiter entwickelt. Dabei wurde der Anpassungsbedarf (demographische Veränderungen, Preisentwicklungen, Vorgaben des GBA, Einführung von Innovationen, Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor, usw.) in der Tat zu wenig berücksichtigt. Insofern bestand ein gewisser Anpassungsbedarf.

Die Fakten:

Die jetzt am 22.6.2011 (!) festgelegten **Richtgrößen ab 1.7.2011** sind auf der Basis der **Sollverordnungen** von 2009 festgelegt worden. Diese Sollverordnung hat aber nichts mit dem realen Versorgungsbedarf zu tun. Dazu wären die tatsächlichen **Ist- Verordnungszahlen** heranzuziehen gewesen. Denn tatsächlich haben wir Berliner Vertragsärztinnen und Ärzte im Jahre 2009 wirtschaftlich verordnet auch wenn rein rechnerisch das Delta zwischen Ist- und Sollverordnung 23 % beträgt. Es steht zweifelsfrei fest, dass die Berliner Ärzte beispielsweise bei den Brutto-Tageskosten **unterhalb des Bundesdurchschnitts** liegen: dies ist bei Antidiabetika, bei Asthma/COPD Medikamenten, bei Renin-Angiotensin-Inhibitoren und bei Antidepressiva der Fall. Dabei ist der Verordnungsbedarf dieser Stoffgruppen in Berlin höher als im Bundesdurchschnitt! Dazu fallen als regionale Besonderheiten antivirale Mittel und Immunsuppressiva als „Kostentreiber“ ins Gewicht. Dies wird inzwischen von keinem der Akteure im Gesundheitswesen mehr bezweifelt.

Nach unserer Einschätzung ist damit die Zugrundelegung der Sollverordnungen ein handwerklicher Fehler gewesen.

Die neuen Regelungen zu **Praxisbesonderheiten** sind ebenfalls ungeeignet, den tatsächlichen Behandlungsbedarf der Patienten abzubilden. Es ist für uns unverständlich warum bestimmte Therapieformen wie Insulintherapie nicht ab der ersten Verordnung gelten. Eine mathematisch-logische Erklärung kann dabei nicht festgestellt werden. Wenn Doktor A Insulin verordnet und Doktor B nicht, ist bei

Doktor A bereitet die erste Verordnung eine Besonderheit. Nicht die so-und-so-vielte Verordnung, wenn er die Verordnungszahlen von Doktor B erreicht hat. Nach unserer Einschätzung sind die Regelungen zu den Praxisbesonderheiten nicht auf der Basis von logischem Denken entstanden.

Unsere Fachgruppe der Allgemeinmediziner ist als größte Fachgruppe in einer einzigen Gruppe zusammengefasst, obwohl unsere **Fachgruppe sehr inhomogen** ist. Es gibt eine große Zahl von Praxen, die nicht an der üblichen hausärztlichen Versorgung teilnimmt (z.B. Praxen mit vorwiegend sprechender Medizin, oder Hausarztpraxen in Kooperation mit Fachärzten). Diese „Nichtverordnerpraxen“ bilden zusammen mit den „typischen Versorgerpraxen“ einen gemeinsamen Durchschnitt. Damit werden gerade die Praxen mit einem großen Versorgungsspektrum und dadurch einem breiten Ordnungsverhalten statistisch auffällig. Die Diskrepanz zu den hausärztlichen Internisten zeigt die Absurdität dieser statistischen Rechenmethode: während der Allgemeinarzt einer typischen Versorgerpraxis eine Rentner-Richtgröße von 104,27 Euro hat, ergibt sich für den Hausarztinternisten eine ARG von 136,16 Euro.

Nach unserer Einschätzung ist sowohl eine einheitliche ARG für eine so große und inhomogene FG (Normalverteilung nach Carl Friedrich Gauß schließt sich danach aus!) ebenso wenig sinnvoll, wie der Unterschied unserer FG zu der FG der HA-Internisten. Damit besteht für uns eine inakzeptable Benachteiligung der „Versorgerpraxen“ in unserer FG.

Die Preissenkungen der vergangenen Jahre kompensieren keinesfalls die Steigerung bei den **Innovationskosten**. Dazu hat die KBV, bzw. das Zentralinstitut eine beweisende Datenerhebung durchgeführt. Als BDA-Mitglied können Sie bei Interesse diese Unterlagen bei unserer Geschäftsstelle anfordern. Diese Daten allein belegen nach unserer Einschätzung die Fehlerhaftigkeit der von der Schiedsperson angenommenen Ausgangswerte (Sollverordnungszahlen).

Die von den Krankenkassen angeführte exkulperende Verordnung von **rabattierten Arzneimitteln** ist in vielen Fällen eine Falle für uns als verordnende Hausärzte: Es gibt eine unterschiedliche Handhabung von Ärzten die einem Rabattvertrag beigetreten sind und von Ärzten die nicht an einem Rabattvertrag teilnehmen (siehe hierzu Homepage der KBV zu Richtgrößenprüfung nach § 106 SGB V). Daneben sind Rabattmittel oft teurer als nicht rabattierte Medikamente, wie folgendes Beispiel zeigt:

Clopidogrel Hexxxx 75 100 Stück: unrabattiert: 53,87 Euro

Clopidogrel Ratxxxxxxx 75 100 Stück: rabattiert: 148,38 Euro

Dazu hat sich der bekannte Rechtsanwalt Prof. Dr. med. Dr. jur. Dierks geäußert: „Wenn Sie preisgünstige Generika verordnen und das Aut-idem-Kreuz setzen, können Sie ein mögliches Haftungs- und Regressrisiko vermindern!“

Als BDA Mitglied werden Sie von dieser Kanzlei kostenlos beraten: Bitte rufen Sie unsere Geschäftsstelle an.

Die grundsätzliche Frage ist jedoch: reichen alternative Prüfungsmethoden nicht aus?

Anlässlich eines Gesprächs am 22.8.2011 zwischen Vertretern der Krankenkassenverbände und dem BDA wurde kassenseitig geäußert man wolle mit dieser Prüfungsmethode „schwarze Schafe“ finden.

Diese Ausreißer findet man nach unseren Erfahrungen besser mit **Einzelfallprüfungen** in Ergänzung mit **Stichprobenprüfungen**. Die Kassenseite jedenfalls zeigte sich sehr zufrieden mit den von der Schiedsperson festgelegten Richtgrößen und war stolz auf die Übernahme ihrer Sichtweise durch die Schiedsperson. Auch hatten die Kassen schriftlich (Brief an den BDA vom 13.7.2011) und mündlich behauptet, Grundlage der ARG seien die Ist-Verordnungskosten von 2009. Dies entspricht nicht den Tatsachen.

Damit liegt für uns nahe, dass es den Kassen weder um die Wahrheit noch um das vorgegebene Ziel geht. Naheliegender ist, dass die Kassenseite mit unrichtigen Darstellungen und mit einer ungeeigneten Prüfungsmethode generell ein Instrument in die Hand bekommen wollte um die Verordnungskosten generell zu senken. Egal wie es den Versicherten ergeht.

Eine weitere wesentliche Frage ist, warum die Richtgrößen an den **Arztfall** und nicht an den **Behandlungsfall** gekoppelt sind. Der Bezug auf den Arztfall ermöglicht es kooperativen Einrichtungen (BAG, MVZ, usw.) bei Änderungen der Zusammensetzung innerhalb der Kooperationsform oder bei sonstigen Statusänderungen die Prüfungen zu umgehen. Dies kann die Ärztin/der Arzt in einer Einzelpraxis nicht.

Diese Ungleichbehandlung ist nicht akzeptabel. Dadurch allein sind die neuen Grundlagen zur Richtgrößenprüfung mangelhaft.

Nicht hinnehmbar ist weiterhin die Tatsache, dass wir im Falle eines Regresses mit unserem persönlichen Vermögen haften. Dies ist ein einmaliger Vorgang in unserem Rechtssystem. Nebenbei: Die Laienpresse hatte berichtet, dass Griechische Ärzte keine Arzneimittelregresse kennen. Ganz im Gegenteil. Dort sollen die Ärzte sogar für teure Verordnungen Provisionen erhalten.

Wir bräuchten einen Rettungsschirm.

Gegenmaßnahmen:

Wie können sich die Berliner Haus-Ärzte wehren?

Wir werden alle uns zur Verfügung stehenden Wege beschreiten, die Patienten aufzuklären und unser Ordnungsverhalten anzupassen. Als Beispiele verweise ich auf frühere Rundbriefe des Landesverbandes an unsere Mitglieder.

Wie bereits im Rundbrief zu den ARG veröffentlicht sollten Sie einige Dinge beachten:

- 1. möglichst keine fachfremden Verordnungen übernehmen, wenn der Patient ohnehin im laufenden Quartal zum Facharzt geht.*
- 2. Akzeptieren Sie es nicht, wenn Fachärzte notwendige Verordnungen aus ihrem Fachgebiet verweigern.*
- 3. Im Vertretungsfall niemals automatisch N3 rezeptieren.*

4. *Verordnungsintervalle genau überprüfen. Beispiel: Patienten lassen sich gelegentlich gerne eine „Urlaubspackung“ verschreiben, damit sie ein Quartal „überspringen“ können.*

5. *Verordnungen auf Privatrezept aus dem Krankenhaus, von anderen Ärzten oder vom ÄBD nicht auf Kassenrezept umschreiben. Dies geht zu unseren Lasten. Schicken Sie diese Patienten zur Kasse um sich die Kosten erstatten zu lassen.*

6. *keine kritiklose Übernahme von Folgeverordnungen nach Krankenhausaufenthalten. Dort werden oft Medikamente aus der oberen Preisskala aufgeschrieben.*

7. *niemals automatisch auf das Durchkreuzen des aut idem Feldes verzichten. Begründung siehe oben im Text.*

8. *kontrollieren Sie Ihre Verordnungen anhand Ihrer GAmSI (GKV Arzneimittel Schnellinformation) - Zahlen, die Sie in der KV Berlin anfordern können. Anforderung möglich bei Beratungsapotheker 31003-406 oder per Mail bei Kerstin.klimke@kvberlin.de. Achtung: jeder Arzt einer Praxis erhält ein gesondertes Info.*

Als interessanten „Ausweg“ sehen wir die **Hausarztverträge** an, wenn sie denn endlich in Gang kommen:

Bei den Verträgen nach § 73 b (hausarztzentrierte Versorgung = HzV) gelten die Arzneimittelrichtgrößen nämlich nicht. Es ist auch nicht so –wie von der KV behauptet- dass damit das Regressrisiko erhöht wird, weil die Verordnungskosten im KV System anfallen, aber kein Behandlungsfall im KV System ausgelöst wird. Gemäß § 106 SGB V, bzw. in der Begründung zum AMNOG steht, dass die Prüfungsgremien „statistische Bereinigungen“ durchführen. Im Klartext: Sie werden nicht zu den Richtgrößen in Regress genommen.

Wir sollten uns daher nicht von der Einführung der HzV abbringen lassen.

Andere Fachgruppen haben ebenfalls reagiert. Ich gehe davon aus, dass Ihnen einige dieser Maßnahmen (Veröffentlichungen, Pressemitteilungen) bekannt sind. Der **Mediverbund** Berlin, ein Zusammenschluss von Kollegen verschiedener Fachgruppen hat begonnen ab 17.10. die Berliner Bevölkerung durch eine Bildschirm-Information in Berliner U-Bahnen zu sensibilisieren. Sie können dazu auf der Homepage des Mediverbundes nachsehen.

Einzelne Kolleginnen und Kollegen haben eine individuelle Strategie entwickelt und die Patienten informiert.

Als Berufsverband werden wir alle uns zur Verfügung stehende Wege beschreiten. Nur in der Gemeinschaft der Hausärzte besteht die Chance, dass sich etwas zu Ihren Gunsten ändert. Werden auch Sie Mitglied im HAUSÄRZTEVERBAND Berlin und Brandenburg e.V. (BDA) – Ihrer Interessenvertretung.

Dennoch wollen wir Hausärzte uns weiterhin für unsere Patienten einsetzen! Dazu fühlen wir uns berufen.

Wir wollen verbandsseitig mit allen Verantwortlichen im Gesundheitssystem zusammenarbeiten. Dies ist unser Auftrag.

Fazit:

Wenn nichts passiert, ist zu befürchten, dass fortan eine ausreichende ambulante Versorgung der Berliner Kassenpatienten nicht mehr gewährleistet werden kann. Die Einführung von innovativen Medikamenten ist in Berlin nicht mehr selbstverständlich. Junge Kolleginnen und Kollegen werden von der Niederlassung abgeschreckt.

Die Politik ist jetzt am Zuge!

Berlin im Oktober

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'W. Kreisler', written in a cursive style.

(Dr. Wolfgang Kreisler)
Vorsitzender