

Richtgrößenprüfung Arzneimittel 2014

Die Richtgrößenprüfung Arzneimittel 2014 wurde im Jahr 2016 für 52 Arztpraxen durchgeführt. In nachfolgender Tabelle sind die Ergebnisse der Detailprüfung dargestellt:

Gesamtzahl sächsische Praxen*	7.384
geprüfte Praxen* in der Vorauswahl	1.177
Praxen* mit eröffneten Prüfverfahren	52
Verfahren eingestellt	0
keine Maßnahme	40
Beratung	9
Regress	3

*entsprechend der Leistungserbringerdefinition laut Prüfungsvereinbarung in der Fassung vom 1. Januar 2016 mit Wirkung vom 1. Januar 2016

In den neun Entscheidungen „Beratung“ sind vier Prüfverfahren enthalten, bei denen ein Regress berechnet wurde, die aber nach Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes (VStG; „Beratung vor Regress“) als Erstüberschreiter gelten. In diesen Fällen wurde anstelle des Regresses eine Beratung festgesetzt.

Im Bereich der beschlossenen Regresse war in einem Prüffall die nicht abgegebene Stellungnahme und daraus folgend die fehlende Möglichkeit der Anerkennung von Praxisbesonderheiten Ursache für dieses Prüfergebnis.

Insgesamt wurden in vier Verfahren keine Stellungnahmen eingereicht. In drei Fällen waren die betroffenen Ärzte jedoch Erstüberschreiter, sodass die Regelung „Beratung vor Regress“ zum Tragen kam. Die Prüfungsstelle weist noch einmal darauf hin, dass bei einem eröffneten Prüfverfahren der Arzt die Darlegungslast hat und sich nur durch dezidierte Angaben in seiner Stellungnahme entlasten kann.

Bei einigen Prüfverfahren war die Ursache der Richtgrößenüberschreitung die Nichtanerkennung von Präparaten der Indikationsliste auf Grund vergessener Kodierung der Pseudo-GOP durch den Arzt. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten laut Indikationsliste zur Prüfungsvereinbarung setzt **zwingend** die Kodierung der dort angegebenen Pseudo-GOP durch den Arzt voraus.

Ebenso entscheidend ist die korrekte Kodierung der Diagnosen. Eine häufigere Kodierung bestimmter Erkrankungen im Vergleich zur Prüfgruppe kann Mehrmengen in den dazugehörigen Arzneimittelgruppen erklären.

Was bringt der Verweis auf die „alte Stellungnahme“?

In zunehmendem Maße werden Ärzte wiederholt einer Richtgrößenprüfung unterzogen. Dieser zu viel Unverständnis führende Umstand ist dem Verfahren an sich geschuldet. Die Richtgrößenprüfung ist eine rein statistische Auffälligkeitsprüfung, die sich aus der Überschreitung des Richtgrößenvolumens nach Abzug verschiedener, nachfolgend aufgeführter Praxisbesonderheiten in der Vorabprüfung ergibt:

- Präparate der Indikationsliste zur jeweils gültigen Prüfungsvereinbarung
- Arzneimittelgruppen bei Einhaltung entsprechender Kennzahlen laut Arzneimittel-Vereinbarung
- Rabattverträge gemäß § 130a Absatz 8 SGB V, denen der Arzt beigetreten ist
- Vereinbarung nach § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V zwischen der AOK Plus und der KV Sachsen (Differenz zwischen den Kosten des abgegebenen Rabattarzneimittels und den Kosten des preiswertesten Generikums; beschränkt auf Arzneimittel zu Lasten der AOK)
- Vereinbarung zur Förderung der Qualität der Nachsorge bei ambulanten Katarakt-Operationen zwischen der AOK Plus und der KV Sachsen (Kosten für die rabattierten Glaukommittel bei eingehaltener Kennzahl nach Katarakt-Vereinbarung; ab 2015 wird die Anerkennung auf weitere rabattierte Ophthalmika erweitert)
- Arzneimittel, die nach Zusatznutzenbewertung und Preisverhandlung als Praxisbesonderheit eingestuft wurden (§ 130b SGB V)
- Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V (sofern im Bruttopreis noch nicht berücksichtigt)

Liegt bei einem Arzt die letzte Richtgrößenprüfung erst wenige Jahre zurück, kann auf die „alte“ Stellungnahme verwiesen und diese beigelegt werden. Allerdings sollte zusätzlich unbedingt auf relevante aktuelle Veränderungen im Prüfzeitraum eingegangen werden. Der bloße Antrag des Vertragsarztes, dass die Prüfungsstelle die letzte Stellungnahme beiziehen soll, ist legitim, spiegelt in der Regel aber nicht die „Wirklichkeit“ der Verordnungen des Prüffahres wider. Die Notwendigkeit der Aktualisierung kann sowohl strukturell (andere Patienten, Schließung von umliegenden Arztpraxen etc.) als auch inhaltlich (neue kostenintensive Therapien auf dem Markt; andere Präparate werden generisch und damit preiswerter etc.) bedingt sein. Zudem sollte auf kritische Hinweise aus dem Prüfbescheid der Vorjahre eingegangen werden.

Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnung

Antidementiva sind laut Arzneimittel-Richtlinie (Anlage III, Nr. 10) von der Verordnung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, sofern der Versuch einer Therapie mit Monopräparaten über zwölf Wochen Dauer (bei Cholinesterasehemmern und Memantine über 24 Wochen Dauer) erfolglos geblieben ist. Nach erfolgreichem Therapieversuch ist eine Weiterverordnung zulässig. Art, Dauer und Ergebnis des Einsatzes von Antidementiva sind zu dokumentieren. Demnach ist die Verordnung von Antidementiva nur wirtschaftlich, wenn deren Wirksamkeit regelmäßig durch geeignete Tests bzw. Befragung von Angehörigen aktenkundig (Dokumentation!) nachgewiesen wird. Gerade in diesem Indikationsgebiet sollte der Sinn der Medikamentengabe über viele Jahre hinweg kritisch geprüft werden.

Die Betreuung von Rentnern in einem **Pflegeheim** stellt nicht per se eine Praxisbesonderheit dar. Weder die Pflegebedürftigkeit an sich noch die spezielle Wohnsituation des Patienten lassen ohne Weiteres auf einen erhöhten Behandlungsbedarf bzw. erhöhte Verordnungskosten schließen. Vielmehr müssen etwaige Mehraufwendungen für die medizinische Betreuung von Pflegeheimpatienten durch den Arzt konkret dargelegt werden (u. a. BSG Urteil vom 5. Juni 2013, Az. B 6 KA 40/12 R).

Die Therapie mit den direkten oralen Antikoagulantien (**DOAK**), auch bezeichnet als neue orale Antikoagulantien (**NOAK**), stellt seit einigen Jahren einen wesentlichen Verordnungs- (und Kosten-)Schwerpunkt dar. In der Gruppe der Allgemeinmediziner stiegen die Kosten je Fall in dem ATC-Bereich B01A (Antithrombotische Mittel) seit 2011 kontinuierlich an. Ursache dessen ist die zunehmende Einstellung der Patienten auf DOAKs. Der Anteil der Kosten je Fall der DOAKs an den gesamten antithrombotischen Mitteln hat sich bei den sächsischen Allgemeinmedizinern in den letzten Prüfungsjahren wesentlich erhöht:

Prüfjahr	2011	2012	2013	2014
Kosten je Fall (Euro) im ATC B01A	4,13	5,08	6,36	7,76
Kosten je Fall (Euro) VKA und DOAK	0,39	1,36	3,01	4,71
Anteil der DOAK in dem ATC B01A (%)	1	20	42	56

Ist die Therapie mit einem DOAK indiziert, empfiehlt die Prüfungsstelle, neben dem zulassungsgerechten Einsatz folgende Kriterien in die Therapieentscheidung einfließen zu lassen: positive Zusatznutzenbewertung durch den G-BA, Vorliegen von Rabattverträgen, Preisunterschiede zwischen den DOAKs. Aus Sicht der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ergibt sich für Patienten in Deutschland, die zur Prophylaxe kardioembolischer Erkrankungen bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern mit Vitamin-K-Antagonisten wie Phenprocoumon gut zu behandeln sind, kein Vorteil aus einer Therapie mit den DOAKs. Deren Einsatz sollte sich auf Patienten beschränken, für die Vitamin-K-Antagonisten (VKA) keine Therapieoption sind. (Quelle: Leitfaden: Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern, 2. Auflage, September 2016, www.akdae.de)

Ausblick

Die Richtgrößen werden seit 2016 nicht mehr nach Versicherterstatus (Mitglieder/Familienangehörige und Rentner) unterschieden, sondern folgen der Gliederung nach den vier Altersgruppierungen 0 bis 15 Jahre, 16 bis 49 Jahre, 50 bis 64 Jahre und über 65 Jahre. Diese differenziertere Einteilung in Altersgruppen soll laut Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes den Bedarf an Arznei- und Verbandmitteln besser abbilden, als es das alleinige Kriterium des „Versichertenstatus“ vermag (BSG-Urteil Az. B 6 KA 8/14 R vom 22. Oktober 2014). Im Einzelfall kann das zu einem Richtgrößenvolumen führen, das deutlich von dem der vergangenen Jahre abweicht. Dem sollte jetzt verstärkt Beachtung geschenkt werden (siehe auch aktuelle Auswertungen wie z. B. die Arzneimittel-Trendinformation der KV Sachsen).

In der für 2017 gültigen Arzneimittel-Vereinbarung wurden prüfgruppen-/fachgruppen-spezifische Kennzahlen definiert, die sich z. T. inhaltlich deutlich von den Kennzahlen der Vorjahre unterscheiden. Nach wie vor gilt aber, dass bei Einhaltung eines Wirtschaftlichkeitsziels die hier enthaltenen Arzneimittelkosten als Praxisbesonderheit vollständig anerkannt werden.

Zur Beantwortung weiterer Fragen wenden Sie sich bitte an die Beratungspapothekerinnen der Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen Sachsen:

Dr. Susanne Fukarek Tel.: 0351 21326-54
Beate Moll-Esser Tel.: 0351 21326-59

– Beate Junge,

Leiterin der Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen Sachsen –

Cannabis bei schwerwiegenden Erkrankungen künftig verordnungsfähig

Gesetzlich versicherte Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung erhalten unter gewissen Umständen Anspruch auf Versorgung mit Cannabis sowie Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon. Der Bundestag verabschiedete am 19. Januar 2017 ein entsprechendes Gesetz, das am 10. März 2017 in Kraft getreten ist.

Dem § 31 SGB V wird Absatz 6 angefügt, der u. a. Folgendes beinhaltet:

„Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung
 - a. nicht zur Verfügung steht oder
 - b. im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann,
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht. [...]“

Des Weiteren wird die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) angepasst: Als Höchstmenge für Cannabis in Form von getrockneten Blüten, die der Arzt für einen Patienten innerhalb von 30 Tagen verschreiben darf, werden 100.000 mg festgelegt.

Genehmigung durch die Krankenkassen

Vor der Erstverordnung ist die Genehmigung durch die Krankenkasse erforderlich, welche die Genehmigung in begründeten Fällen ablehnen kann. Die Antragstellung erfolgt durch den Patienten, ggf. unterstützt durch den verordnenden Arzt. Die Genehmigungsfrist soll bei Patienten, die Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erhalten, höchstens drei Tage betragen. Ansonsten beträgt die Frist drei bzw. bei Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) fünf Wochen.

Begleiterhebung

Es wird eine Begleiterhebung zur Gewinnung weiterer Erkenntnisse über die Cannabiswirkung durchgeführt. Dazu soll eine Übermittlung beim Arzt ohnehin vorliegender Daten (z. B. zu Diagnose, Therapie, Dosis und Nebenwirkungen) anonymisiert an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erfolgen. Der Umfang der zu übermittelnden Daten wird vom Bundesgesundheitsministerium noch festgelegt. Vor der Verordnung ist der Patient über diese Datenübermittlung zu informieren.

Weitere Informationen erhalten Sie auch hier:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/januar/cannabis-als-medizin.html>

http://www.bfarm.de/DE/Service/FAQ/_functions/Bundesopiumstelle/Cannabis/_node.html

– Verordnungs- und Prüfwesen/neu –

Notwendige Angaben einer Arzneimittelverordnung

Da es gehäuft zu Fehlern bei der Ausstellung von Arzneimittelverordnungen kommt, möchten wir an dieser Stelle noch einmal daran erinnern, was eine Verschreibung **immer** enthalten muss.

Gemäß § 2 Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) gehören unter anderem **der Name, der Vorname und die Berufsbezeichnung der verschreibenden Person** auf das

Rezept. Die Anschrift der Praxis oder Klinik sowie die Telefonnummer muss ebenfalls mit angegeben werden.

Daher müssen Weiterbildungsassistenten und angestellte (Fach-)Ärzte entweder personalisierte Rezepte haben oder es muss mindestens zusätzlich der Name, der Vorname und die Berufsbezeichnung des unterschreibenden Arztes auf dem Rezept aufgeführt sein. Dies könnte zum Beispiel durch Auf-

bringen eines Stempels oder auch durch einen zusätzlichen Aufdruck der Praxissoftware gewährleistet werden. Die reine Unterschrift „i. V.“ ohne die Ergänzung um diese drei Informationen ist nicht zulässig.

Auch wenn der § 2 AMVV noch viele weitere Anforderungen für eine korrekte Verschreibung aufzählt, sind Name und Berufsbezeichnung die häufigsten Fehlerquellen. Wir bitten Sie dringend, dies zu beachten.

Weiterführende Hinweise finden Sie auch unter:
www.kvsachsen.de > Mitglieder > Verordnungen > Arznei- und Verbandmittel > **Hinweise zum Ausstellen einer Arzneimittelverordnung**

– Dr. med. Patricia Klein,
Ärztliche Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer –