

Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware

Die ärztliche Hoheit und Verantwortung bei der Verordnung bleibt voll gewahrt. Der HAUSARZT soll auch weiterhin für alle Patienten eine unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Verordnung von Arzneimittel durchführen. Die Vertragssoftware (vgl. **Anlage 3 und Anlage 10**) gibt ihm dabei aktuelle und wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen zur Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

Die Empfehlungen, welche in die Vertragssoftware eingeflossen sind, sind von einem Gremium aus Experten, insbesondere des niedergelassenen hausärztlichen Bereichs, Apothekern der AOK sowie Vertretern des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg und MEDI e.V. auf der Basis von medizinischen und ökonomischen Kriterien unter Einbeziehung systematischer Bewertungsverfahren erarbeitet worden. Es handelt sich dabei um einen permanenten Prozess, die Empfehlungen werden laufend fortgeschrieben und an die aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst.

Zudem wird die rationale Pharmakotherapie im Rahmen der HZV durch Qualitätszirkel unterstützt und fortentwickelt (vgl. **Anlage 2**). Die in den Qualitätszirkeln gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen werden bei der Weiterentwicklung des Zuschlags Rationale Pharmakotherapie berücksichtigt.

Die Kriterien, nach denen der Zuschlag von max. 4,50 € pro Quartal auf die Pauschale P2 ausgezahlt wird, können von der AOK und HÄVG/MEDIVERBUND einvernehmlich vierteljährlich angepasst werden. Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das Vorquartal gültigen Kriterien auch im laufenden Quartal gültig. **Die übrigen Vertragspartner stimmen einer entsprechenden Änderung schon jetzt zu.**

Da die in der Vertragssoftware hinterlegten Arzneimittelempfehlungen regelmäßig aktualisiert werden können, erfolgt auch die Auswertung der Quoten jeweils taggleich auf Basis des jeweiligen Standes der Arzneimittelempfehlungen. Abweichend von den durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf der Grundlage von § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V erlassenen Richtlinien, sind in der Software farbliche Hinterlegungen von Arzneimitteln enthalten. Diese dienen dazu, den Arzt bei einem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten zu unterstützen.

In der Vertragssoftware gibt es für Arzneimittel folgende Kennzeichnungen:

Grün hinterlegt sind:

1. Patentfreie Arzneimittel, für die die AOK im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat (= **Rabatt-Grün**)
2. Grün berechnete Arzneimittel. Sie haben keine Auswirkung auf die Quote.

Blau hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die die AOK Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

Orange hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch patentgeschützte und / oder biotechnologisch Arzneimittel substituiert werden können, für die die AOK Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat (Blau hinterlegt).

Rot hinterlegt sind:

Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.

Nicht farblich hinterlegt sind:

Alle übrigen Arzneimittel.

Dem HAUSARZT wird empfohlen im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit bevorzugt grün hinterlegte Arzneimittel zu verordnen.

Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollen den Verordnungen von orange hinterlegten Arzneimitteln bevorzugt werden.

Verordnungen von grün hinterlegten Arzneimitteln sollen bevorzugt werden.

Bei Verordnungen von rot hinterlegten Arzneimitteln soll der Substitutionsvorschlag bevorzugt werden.

Ermittlung des Zuschlages

Der Zuschlag von max. 4,50 € wird aufgeteilt auf:

- 1.1 einen Zuschlag Rot 1 (2,50 €) oder,
- 1.2 einen Zuschlag Rot 2 (1,50 €)
- 2.1 einen Zuschlag Rabatt-Grün 1 (1,50 €) oder
- 2.2 einen Zuschlag Rabatt-Grün 2 (1,00 €) oder
- 2.3 einen Zuschlag Rabatt-Grün 3 (Nec-aut-idem 1,00 €)
3. einen Zuschlag Blau (0,50 €)

Die einzelnen Indikatoren werden für die Zuschlagsmodelle wie folgt berechnet:

Indikator	Zähler	Nenner
Rot 1+2	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind.	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind sowie die Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln mit Wirkstoffen, die zu ihrer Substitution vorgeschlagen werden.
Rabatt-Grün 1+2	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die "Rabatt-Grün" markiert sind.	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln mit ausgeschriebenen Wirkstoff-Rabattverträgen sowie der Anzahl der Verordnungen von wirkstoffgleichen Alternativen ohne Rabattvertrag.
Rabatt-Grün 3 <i>Nec-aut-idem</i>	Anzahl der Verordnungen von nicht rabattierten Arzneimitteln aus ausgeschriebenen Wirkstoffen, bei denen der Arzt grundsätzlich den Austausch in der Apotheke durch Setzen des Kreuzes im Aut-idem-Feld des Rezeptformulars ausschließt <i>(Kennzeichnung nur in der Vertragssoftware zulässig).</i>	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln mit ausgeschriebenen Wirkstoff-Rabattverträgen sowie der Anzahl der Verordnungen von wirkstoffgleichen Alternativen ohne <i>Rabattvertrag</i> .
Blau	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die blau markiert sind.	Anzahl der Verordnungen der blau hinterlegten Arzneimittel sowie die Verordnungen der Alternativen ohne Rabattvertrag.

Ausgelöst werden die Zuschläge auf abrechnungsfähige P2, wenn folgende Schwellenwerte in dem jeweiligen Abrechnungsquartal erreicht werden:

Zuschlagsmodell Rot		
Indikator	Schwellenwert	Zuschlag
Rot 1	<= 3%	2,50 €
Rot 2	> 3% und <=6%	1,50 €
Zuschlagsmodell Grün		
Indikator	Schwellenwert	Zuschlag
Rabatt-Grün 1	>= 90%	1,50 €
Rabatt-Grün 2	>= 80% und <90%	1,00 €
Rabatt-Grün 3 Nec-aut-idem	<= 5% und Rabatt-Grün <80%	1,00 €
Zuschlagsmodell Blau		
Indikator	Schwellenwert	Zuschlag
Blau	>= 70%	0,50 €

Es wird *entweder* der Zuschlag Rabatt-Grün 1 *oder* der Zuschlag Rabatt-Grün 2 ausgelöst. Wurde einer dieser Zuschläge Rabatt-Grün ausgelöst, ist eine parallele Auslösung des Zuschlags Rabatt-Grün 3 (Nec-aut-idem) nicht zulässig.

Des Weiteren wird ebenfalls *entweder* der Zuschlag Rot 1 *oder* der Zuschlag Rot 2 ausgelöst. Eine parallele Auslösung beider Zuschläge in der gleichen Abrechnung ist nicht möglich.

Wird der Zuschlag auf Grund von Nachreichungen nachträglich nicht mehr erreicht oder wird die P2 storniert, wird auch der entsprechende Zuschlag storniert.

Gemäß § 5 Abs. 6 des Vertrages ist der HAUSARZT dazu verpflichtet, Verordnungen über die Vertragssoftware auszustellen und an HÄVG/MEDIVERBUND zu übertragen. HÄVG/MEDIVERBUND prüfen daher im Rahmen der Zuschlagsermittlung, ob diese vertragliche Verpflichtung eingehalten wird. Dazu haben die Vertragspartner mit Wirkung ab Q3/2013 ein Verfahren vereinbart, das die Anzahl der über die Vertragssoftware übermittelten verordneten Packungen mit der Anzahl der aus den Apothekenabgabedaten ermittelten abgegebenen Packungen abgleicht. Die dazu notwendigen Daten stellt die AOK der HÄVG/MEDIVERBUND um ein Quartal zeitversetzt zur Verfügung. Im Quartal, das auf das Abrechnungsquartal folgt, werden unter Berücksichtigung von ggf. Verordnungs-Nachreichungen durch den HAUSARZT die Anzahl der verordneten Packungen im Abrechnungsquartal mit den abgegebenen Packungen im Abrechnungsquartal verglichen. Bei einer Abweichung < 10 % (Anzahl verordnete Packungen < Anzahl abgegebene Packungen) bzw. < 20 % (Anzahl verordnete Packungen > Anzahl abgegebene Packungen) bleiben die im Abrechnungsquartal vergüteten Zuschläge für den HAUSARZT

unverändert bestehen. Bei einer Abweichung ab 10 % bzw. 20% werden für das Abrechnungsquartal vergütete Zuschläge mit der jeweils aktuellen Abrechnung verrechnet bzw. zurückgefordert. Sollten durch weitere Nachreichungen von Verordnungsdaten durch den HAUSARZT die Abweichungen wieder unter den definierten Schwellenwert fallen, werden die Zuschläge für das betreffende Abrechnungsquartal rückwirkend wieder vergütet und umgekehrt. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass durch dieses Verfahren unrechtmäßige Zuschlagsvergütungen für Fälle, in denen eine nicht rational nachvollziehbare Diskrepanz zwischen Verordnungs- und Abgabedaten vorliegen, vermindert werden.

Für HAUSÄRZTE, die die Verordnungsdaten mittels Vertragssoftware gemäß Anlage 3 für HZV-Versicherte für das Abrechnungsquartal gemäß der Fristen nach § 19a entsprechend dem oben beschriebenen Datenabgleich vollständig an die HÄVG/MEDIVERBUND übermittelt und zugleich im betreffenden Abrechnungsquartal den höchsten Bonus (4,50 EUR pro Quartal) erreicht haben, kann die Herausnahme ihrer für das jeweilige Abrechnungsquartal erstellten Verordnungen aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V (Auffälligkeits- und Zufälligkeitsprüfung) erfolgen. Die Regelung beginnt zum 1. Januar 2014. Die Voraussetzungen werden für jedes Abrechnungsquartal erneut geprüft. HZV-Ärzte, die von dieser Regelung keinen Gebrauch machen wollen, teilen ihren Verzicht bis spätestens 21 Tage vor Beginn des entsprechenden Abrechnungsquartals der HÄVG/MEDIVERBUND mit (Beispiel: Meldung über Verzicht auf Teilnahme an dieser Regelung bis 10. Dezember 2013, damit keine Berücksichtigung ab 01. Januar 2014 erfolgt). Die Verzichtserklärung gilt so lange, bis sie vom HZV-Arzt zurückgezogen wird. Eine Berücksichtigung im Sinne dieser Regelung wird dann zum technisch nächstmöglichen Quartal stattfinden, i.d.R. das Folgequartal. HÄVG/MEDIVERBUND leiten die Verzichtserklärungen bzw. deren Rücknahme unverzüglich an die AOK weiter.