

Arzneirahmenverordnung

Autor: Gudrun Neufeld <gjneufeld@versanet.de>

Sonderbericht Gesundheitspolitik und Praxisführung

29/11/2009, Arzneiprognose 2010: 4,8 % mehr als in 2009

Rahmenvereinbarung sieht erstmals Höchst- und Mindestquoten vor

Die Vorhersagen für die Arzneimittelausgaben 2010 sind getroffen. Der

GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

einigen sich auf bundesweite Rahmenvorgaben (§ 84 Abs. 7 SGB V).

Kassen- und Ärztefunktionäre gehen von einem Ausgabenzuwachs um 4,8

Prozent im Vergleich zu 2009 aus. Während KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz

Müller von einem „tragbaren Ergebnis“ spricht, geißelt die Industrie die

erstmalig vereinbarten Höchstquoten als „klare Rationierung“.

Außerdem werden die Vorgaben für 2009 gegenüber 2008 von ursprünglich

plus 6,6 Prozent auf 5,6 Prozent nach unten korrigiert. Denn die „Ausgaben

liegen 1,3 Prozentpunkte unter dem prognostizierten Ergebnis“, so Dr. Müller.

Die Rahmenvorgaben für 2010 sind Voraussetzung und Grundlage für

Arzneimittelvereinbarungen auf Länderebene zwischen

Krankenkassen-Verbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die

jeweils bis zum 30. November für das Folgejahr zu schließen sind (§ 84 Abs.

1 SGB V). Regionale Abweichungen sind nur bei besonderen

Versorgungsbedingungen zulässig. Die aktualisierte Neubewertung für 2009

muss bei der Festlegung der regionalen Ausgabenvolumina sowie bei der

Vereinbarung der regionalen Richtgrößen für das Jahr 2010 berücksichtigt

werden, hat aber keine Rückwirkung auf die für 2009 vereinbarten

Richtgrößen nach § 84 Abs. 6 SGB V.

Nur noch fünf von acht Anpassungsfaktoren berücksichtigt

Bei den jährlichen Anpassungen des GKV-Arzneimittelbedarfs in der

ambulanten Versorgung sind laut Gesetz (§ 84 Abs. 2 SGB V) acht Faktoren

zu berücksichtigen. Traditionell werden zwei dieser Faktoren nicht auf der

Bundesebene bei den Rahmenvorgaben, sondern bei den regionalen

Arznei-Vereinbarungen bewertet: indikationsbezogene Zielvereinbarungen

und Zielvereinbarungen über Wirtschaftlichkeitsreserven. In den aktuellen

Bundes-Rahmenvereinbarungen für 2010 ist darüber hinaus der

Anpassungsfaktor „Zahl und Altersstruktur der Versicherten“ nicht kalkuliert

und damit in die regionale Verantwortung übertragen worden; Gründe dafür

Arzneiprognose 2010: 4,8 % mehr als in 2009 - 1 - 29.11.2009

werden nicht genannt (siehe auch Tabelle).

Wirtschaftliche Versorgungsalternativen suchen

In den Arzneimittelvereinbarungen auf Länderebene werden

Ausgabenvolumen sowie Zielvereinbarungen für die Arzneimittelversorgung

und Wirtschaftlichkeit und auch Sofortmaßnahmen zum Einhalten der

Ausgabengrenzen getroffen. Aus den Ausgabenvolumen leiten sich auch die

Richtgrößen ab. Die vereinbarten Ausgabenvolumina enthalten eine

Abschätzung der Nettokosten inklusive 19 Prozent Mehrwertsteuer für

Arzneimittel, Medizinprodukte, Verbandstoffe, enterale Ernährung und

Teststreifen, die zu Lasten der GKV verordnet werden können. Kernpunkt der

Rahmenvorgaben 2010: die Vereinbarung von niedrigpreisigen, i.d.R.

generischen Leitsubstanzen für verordnungsstarke Arzneimittelgruppen. Für

jede der zwölf Arzneigruppen gibt es einen bundesweiten Zielwert, der den

angestrebten Leitsubstanzen-Anteil in Prozent der gesamten

Verordnungsmenge vorgibt (gemessen in Tagesdosen DDD).

Ausgangspunkt für die Vereinbarung der Zielwerte sind die tatsächlichen

Verordnungsquoten der Leitsubstanzen im ersten Halbjahr 2009 in den 17

Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Die Daten dazu liefert die

GKV-Arzneimittel-Schnellinformation, GAmSi. Durch die

Zielwert-Vereinbarungen sollen die Ist-Quoten Jahr für Jahr mehr oder

weniger weiter angehoben werden. Soweit in einer KV die bundesweite

Zielvorgabe bereits erreicht oder übertroffen worden ist, soll dieser Wert als

regionale Zielgröße gelten. Bei der Bewertung der Zielerreichung können

auch Verordnungen „vergleichsweise günstiger Substanzen neben der

Leitsubstanz berücksichtigt werden“, so die Rahmenvorgaben. Außerdem

seien weitere auf Landesebene vereinbaren

Arzneimittelgruppen/Leitsubstanzen zu berücksichtigen.

Arzneigruppen, Leitsubstanzen und Verordnungs-Zielwerte 2010

HMG-CoA-Reduktasehemmer: Simvastatin 89,0 %

Selektive Betablocker: Bisoprolol, Metoprolol 88,0 %

Alpha-Rezeptorblocker: Tamsulosin 80,0 %

Selekt. Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren: Citalopram 52,0 %

Bisphosphonate zur Osteoporose-Behandlung: Alendronsäure 78,0 %

ACE-Hemmer: Enalapril, Lisinopril, Ramipril 95,0 %

Arzneiprognose 2010: 4,8 % mehr als in 2009 - 2 - 29.11.2009

ACE-Hemmer-Diuretika-Kombinationen Enalapril, Lisinopril, Ramipril, jeweils

mit Diuretikum 83,0 %

Nicht-steroidale Antirheumatika: Diclofenac, Ibuprofen 87,0 %

Antidiabetika exklusive Insuline: Sulfonylharnstoffe, Metformin 90,0 %

Schleifendiuretika: Furosemid 53,0 %

Calciumantagonisten: Amlodipin, Nitrendipin 76,0 %

Nichtselekt. Monoamin-Rückaufnahmehem.: Amitriptylin 34,0 %

© PAG 2009 Quelle: Rahmenvorgaben 2010, KBV

Änderungen gegenüber 2009

Mit einer Ausnahme (Schleifendiuretika/Furosemid) sind alle zwölf Zielwerte

für die Verordnungsmengen in den Rahmenvorgaben 2010 höher als im Jahr

zuvor. In die Arzneimittelgruppe „Nicht-steroidale Antirheumatika“ wird als

zweite Leitsubstanz neben Diclofenac neu Ibuprofen aufgenommen. Bei

„Antidiabetika exklusive Insuline“ ersetzen Sulfonylharnstoffe die bisherige

Leitsubstanz Glibenclamid, Metformin bleibt zweite Leitsubstanz in dieser

Gruppe. Die in den Rahmenvorgaben für 2009 noch vereinbarten Zielwerte

für die Arzneimittelgruppen „Triptane“ (Leitsubstanz Sumatriptan) und

„Protonenpumpenhemmer“ (Omeprazol) werden nach dem Text der

Rahmenvorgaben 2010 wegen „der teilweisen Aufhebung der

Verschreibungspflicht für bestimmte Wirkstoffe“ nunmehr ersatzlos

gestrichen.

Langfristig fordert die KBV, dass die Preisverantwortung in der

Arzneimittelverordnung ausschließlich in den Händen von Krankenkassen

und pharmazeutischer Industrie liegt. Die Ärzte sollen im Rahmen ihrer

Therapiehoheit nur den Wirkstoff auswählen und die Dosierung sowie die

verordnete Menge festlegen. „Die Verantwortung für die

Arzneimitteltherapiesicherheit und das Medikationsmanagement teilen sich

dann Arzt und Apotheker“, so der KBV-Vorstand. Die Ankündigung der neuen

Regierung, die Arzneirichtgrößen auf den Prüfstand zu stellen, finden großen

Beifall.

Höchst- und Mindestquoten für 7 weitere Arznei-Gruppen

Wesentlich ausgeweitet wird 2010 das Regime der Verordnungssteuerung in

der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung via Rahmenvorgaben und

regionalen Arzneimittelvereinbarungen auch durch die Vorgabe von neuen

Höchst- bzw. Mindestquoten für zwei Gruppen von insgesamt weiteren

sieben Medikamenten bzw. Medikamentengruppen. Für einzelne

vergleichsweise hochpreisige Präparate werden Höchstquoten definiert, für

einzelne eher niedrigpreisige Mindestquoten. Das geschieht jenseits der

Leitsubstanzen-Logik sozusagen als Einzelsteuerung. Das

Berechnungsschema für die Zielwerte erfolgt analog zum

Arzneiprognose 2010: 4,8 % mehr als in 2009 - 3 - 29.11.2009

Leitsubstanzenkatalog für die zwölf bereits beschriebenen Arznei-Gruppen

auf der Basis der regionalen Ist-Verordnungsvolumen im ersten Halbjahr

2009.

Prof. Dr. Barbara Sickmüller, vom Bundesverband der Pharmazeutischen

Industrie (BPI) kritisiert, dass durch die Vereinbarung von Höchstquoten „eine

klare Rationierung“ durchgeführt werde und nennt als Beispiel die

Höchstquote für die transdermale Darreichungsform (Pflaster). Sickmüller:

„Auf die individuelle Situation des Arztes und seiner Patienten sind solche

Quoten nicht anpassbar. Es ist geradezu zynisch, die Verordnung der

Pflaster auf maximal 50 Prozent zu beschränken. Hier geht es um Willkür

und nicht um Bedarf.“ In einem Schreiben an die KVen macht auch der

Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller deutlich, warum die

vereinbarten Instrumente der Höchstquoten und Mindestmengen

problematisch ist und mit den vielen bestehenden Instrumenten wie

Rabattverträgen kollidiert. Beide Verbände appellieren an die KVen, diese

Rahmenvereinbarung nicht umzusetzen. Die KBV ihrerseits betont, dass

Vertragsärzte in die Lage versetzt würden, damit „eine

Wirtschaftlichkeitsprüfung aktiv zu vermeiden“ und weist die Aufforderung an

die KVen, diese Vereinbarung nicht umzusetzen, als „Anmaßung“ zurück.

Dieser Artikel wird Ihnen präsentiert als ein Service von univadis® und

MSD. Der Inhalt dieses Artikels wird bereitgestellt von der Presseagentur

Gesundheit und spiegelt nicht zwingend die Meinung von univadis® oder

MSD wider.

Copyright 2009 Presseagentur Gesundheit

Arzneiprognose 2010: 4,8 % mehr als in 2009 - 4 - 29.11.2009