



Rabattverträge:

Bei der Richtgrößenprüfung müssen die Rabatte berücksichtigt werden.

Die Ortskrankenkassen haben eine neue Rabattunde im Generikamarkt eingeläutet. Die europaweite Ausschreibung bezieht sich auf insgesamt weitere 64 Wirkstoffe mit einem Gesamtvolumen von 2,3 Mrd. Euro. Auch die übrigen Krankenkassen sind – mit höchst unterschiedlichen Modalitäten – an der Rabattfront aktiv.

Die Rabattverträge sind für die Vertragsärzte mit einer positiven Nebenwirkung verbunden: Der Richtgrößenprüfung wird die bisherige statistische Grundlage entzogen. Bei der Erfassung der Verordnungskosten des Arztes müssen die Netto-Kosten rabattierter Arzneimittel zugrundegelegt werden.

Die Entwicklung im Pharmamarkt deutet darauf hin, dass den Rabattverträgen die Zukunft gehört. Mittelfristig werden die Preise im Generikamarkt durchweg von Rabattverträgen bestimmt. Viele Vertragsärzte sehen es dabei als nachteilig an, dass es keine Informationen über die Höhe der Einsparungen der Krankenkasse durch die Rabattverträge gibt. Die Konditionen der Rabattverträge werden als Betriebsgeheimnis der Krankenkassen und der betreffenden Unternehmen gehandelt.

Die Richtgrößenprüfung ist für die Vertragsärzte deshalb besonders „giftig“, weil das Räderwerk der Wirtschaftlichkeitsprüfung schon bei einer Überschreitung der jahresbezogenen Richtgrößensumme um mehr als 15 % greift. Schon bei einer Überschreitung der Richtgrößensumme um mehr als 25 % findet eine Umkehr der Beweislast zu Lasten des Arztes statt.

Bei der früheren quartalsbezogenen Durchschnittsprüfung konnte sich der Vertragsarzt darauf verlassen, dass die „heiße Phase“ der Prüfungen erst bei Überschreitungen des Vergleichswertes um mehr als 50 % begann.

Der Vertragsarzt ist gut beraten, sich mit den Prüfmodalitäten bei seiner Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu beschäftigen. Das Studium der Prüfvereinbarung und der ergänzenden Regelungen zur Richtgrößenprüfung lohnt sich auf jeden Fall. Die Vertragsärzte erhalten auch quartalsweise Frühinformationen über die Höhe der Verordnungskosten im Vergleich zur Fachgruppe.

Es ist dringend zu empfehlen, diese Statistiken regelmäßig zur Budgetkontrolle zu nutzen. Bei verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wurden Indikationen festgelegt, bei denen sämtliche darauf entfallenden Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten anerkannt werden. Bei weiteren Indikationen werden die von der Arztgruppentypik abweichenden Mehrkosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde gelegt.

Die Vertragsärzte haben einen Anspruch darauf, dass bei der Bewertung der Wirtschaftlichkeit ihrer Arzneiverordnungen die Netto-Kosten aller Verschreibungen lückenlos erfasst werden. Für den Arzt ist es dabei völlig irrelevant, dass es für die Krankenkasse technisch schwierig sein dürfte, die Nettokosten pro Arzneimittel festzustellen, sofern bei einem umsatzabhängigen Rabattvertrag die tatsächlichen Konditionen erst am Jahresende auf Euro und Cent festgestellt werden.

Das Gesetz lässt pauschale Abschläge zu. Hier müssen die KVen dafür sorgen, dass diese pauschalen Abschläge angemessen sind.

Für die Richtgrößenprüfung kommt es in Zukunft entscheidend auf die Prüfvereinbarungen der KVen an. Sofern eine Bonus-Malus-Regelung vereinbart wurde, unterliegen die Verordnungen für die betreffenden Arzneimittelgruppen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Grundsätzlich ist zu empfehlen, bei der Richtgrößenprüfung die Datengrundlagen der Krankenkassen und der Prüfungseinrichtungen auf den Prüfstand zu stellen. „Macht ein Arzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet der Prüfungsausschuss, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und die Richtigkeit der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe aus den Originalbelegen oder aus Kopien dieser Belege zu überprüfen ist“ (§ 106 Abs. 3 SGB V).