

Anhang 4 zu Anlage 3: Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware

1. Wirtschaftliche Verordnung durch den Hausarzt

Nach § 3 Abs. 5 lit. e) des HzV-Vertrages ist der HAUSARZT zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln (Rationale Pharmakotherapie) verpflichtet.

Dabei ist die ärztliche Behandlungs- und Therapiefreiheit und Verantwortung bei der Verordnung in vollem Umfang gewahrt. Der HAUSARZT soll auch weiterhin für alle Patienten eine unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Verordnung von Arzneimitteln durchführen können. Die Vertragssoftware kann ihm dabei aktuelle und wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen zur Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven geben.

Die rationale Pharmakotherapie im Rahmen der HzV wird 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 Empfehlungen, welche in die Vertragssoftware eingeflossen sind, sind von einem Gremium - bestehend aus Vertretern des Bayerischen Hausärzteverbandes, von Krankenkassen bzw. von ihnen beauftragten Dienstleistern - auf der Basis von medizinischen und ökonomischen Kriterien unter Einbeziehung systematischer Bewertungsverfahren erarbeitet worden. Sie werden im Rahmen der bestverfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse kontinuierlich an aktuelle Entwicklungen angepasst.

Da die in der Vertragssoftware hinterlegten Empfehlungen regelmäßig aktualisiert werden können, erfolgt die Auswertung der Quoten auf Basis der am Tag der Verordnung gültigen Empfehlungen.

2. Farbliche Kennzeichnung

In der Vertragssoftware sind farbliche Hinterlegungen von Arzneimitteln enthalten. Diese können dazu dienen, den HAUSARZT bei einem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten zu unterstützen.

In der Vertragssoftware gibt es für Arzneimittel folgende Kennzeichnungen:

Grün hinterlegt sind:

1. Dunkelgrün: patentfreie Arzneimittel, für die die jeweilige Krankenkasse oder der von ihr beauftragte Dienstleister Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat (Grün).
2. Hellgrün: Arzneimittel, die den drei preisgünstigsten patentfreien Arzneimitteln aus der Gruppe der vorgeschlagenen wirtschaftlichen Alternativen entsprechen, sofern die jeweilige Krankenkasse oder der von ihr beauftragte Dienstleister keine Rabattverträge für diesen Wirkstoff abgeschlossen hat. Sie haben keine Auswirkung auf die Grün-Quote.

Rot hinterlegt sind:

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

Blau hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die die jeweilige Krankenkasse oder der von ihr beauftragte Dienstleister Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

Orange hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch patentgeschützte und / oder biotechnologische Arzneimittel substituiert werden können, für die die jeweilige Krankenkasse oder der von ihr beauftragte Dienstleister Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat (Blau hinterlegt).

Nicht farblich hinterlegt sind:

Alle übrigen Arzneimittel.

Dem HAUSARZT wird im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit und unbeschadet der Behandlungsfreiheit und medizinischer Verantwortung empfohlen, wenn möglich die vorgeschlagenen Arzneimittel zu verordnen. Änderungen der Liste Rot und der Listen für eine wirkstoffübergreifende Substitution sowie der Hinweistexte und jegliche Entfärbungen bedürfen

einer gemeinsamen Abstimmung der Vertragspartner. Neue beginnende Rabattverträge werden allen Vertragspartnern und den Dienstleistern mitgeteilt. Die Krankenkassen bzw. der von ihnen beauftragten Dienstleister sind trotz bestehender Rabattverträge nicht verpflichtet sämtliche Arzneimittel Rabattlisten zuzuordnen.

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.

Die entsprechenden Daten für die farbliche Kennzeichnung der Arzneimittel und der Arzneimittelempfehlungen werden von der Krankenkasse bzw. von ihrem beauftragten Dienstleister in dem vom Bayerischen Hausärzteverband definierten Format bereitgestellt. Hierbei übernimmt die Krankenkasse bzw. der von der Krankenkasse beauftragte Dienstleister die vollständige Verantwortung für den Inhalt der gelieferten Liste.

3. Ermittlung des Zuschlages

Der Zuschlag von maximal 4,00 EUR wird aufgeteilt in

1. einen Zuschlag „Rot“ (2,50 EUR)
2. einen Zuschlag „Grün“ (1,00 EUR)
3. einen Zuschlag „Blau“ (0,50 EUR)

Die Auswertung der Quote erfolgt jeweils auf Basis der am Tag der Verordnung gültigen Empfehlungen.

Die Zuschläge werden in Form von Prozentangaben für den HAUSARZT ermittelt und können einzeln ausgelöst werden. Für die Berechnung werden die folgenden Indikatoren gebildet:

Indikator	Zähler	Nenner
Rot	Summe der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind.	Summe der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind, sowie Anzahl der Verordnungen der Wirkstoffe, die zu ihrer Substitution vorgeschlagen werden.

Grün	Summe der Verordnungen von Arzneimitteln, die „Grün“ sind.	Summe der Verordnungen patentfreier Arzneimittel mit Rabattverträgen sowie Anzahl der Verordnungen von wirkstoffidentischen Alternativen ohne Rabattvertrag.
Blau	Summe der Verordnungen von Arzneimitteln, die „Blau“ sind.	Summe der Verordnungen der blau hinterlegten Arzneimittel sowie die Verordnungen der Alternativen ohne Rabattvertrag.

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

Indikator	Schwellenwert	Zuschlag
Rot	Startwert Q1/Q2 2019: ≤ 6 % Q3/Q4 2019: ≤ 5 % Ab: Q1 2020: ≤ 4	2,50 €
Grün (Dunkelgrün)	≥ 85 %	1,00 €
Blau	Vorerst ausgesetzt	0,50 €

Dem HAUSARZT wird seine Quote je Indikator mit dem Abrechnungsnachweis im Sinne der **Anlage 3** mitgeteilt.

Mit Teilnahme des HAUSARZTES am HzV-Vertrag erwirbt dieser einen der Höhe nach veränderlichen Vergütungsanspruch von maximal 4,00 EUR als Zuschlag auf die altersgestaffelte Grundpauschale. Die Kriterien, aus denen sich die Höhe der Vergütung im Rahmen von maximal 4,00 EUR ergeben, sowie die Zuschlagsverteilung innerhalb dieses Rahmens liegen im billigen Ermessen des Hausärzterverbandes und der jeweiligen Krankenkasse oder des von ihr beauftragten Dienstleisters, die sich mindestens quartalsweise über eine Anpassung der Kriterien bzw. der Zuschlagsverteilung abstimmen werden. Der Schwellenwert des ‚Rot‘-Zuschlages beträgt hierbei zu Q1 und Q2/2019 ≤ 6 % und Q3 und Q4/2019 ≤ 5%. Ab Q1/2020 werden ≤ 4% angesetzt. Alle zukünftigen Schwellenwerte für die Auslösung der Zuschläge werden durch die Vertragspartner gemeinsam erarbeitet und vereinbart. Insbesondere die Versorgungsrealität wird bei der Anpassung der Schwellenwerte mitberücksichtigt.

Die Finanzwirksamkeit beginnt zu Q1/2019.

Die HÄVG liefert an die Krankenkasse bzw. an ihren beauftragten Dienstleister quartalsweise eine Übersicht um die Zielerreichung zu überprüfen.

Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das jeweilige Vorquartal gültigen Kriterien für das jeweilige Folgequartal weiter gültig. Der HAUSARZT stimmt dieser beschriebenen Leistungsbestimmung des Hausärzteverbandes und der jeweiligen Krankenkassen mit der Teilnahme am HzV-Vertrag zu.

Der Beitritt weiterer Krankenkassen zum AMM Modul ist 16 Wochen vor Quartalsbeginn möglich.