
Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware

1. Wirtschaftliche Verordnung durch den Hausarzt

Nach § 5 Abs. 5 lit.c des HZV-Vertrages ist der HAUSARZT zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln (rationale Pharmakotherapie) verpflichtet.

Dabei bleibt die ärztliche Behandlungsfreiheit und Verantwortung bei der Verordnung voll gewahrt. Der HAUSARZT soll auch weiterhin für alle Patienten eine unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Verordnung von Arzneimitteln durchführen. Die Vertragssoftware gibt ihm dabei aktuelle und wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen zur Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

Die rationale Pharmakotherapie im Rahmen der HZV wird durch Qualitätszirkel unterstützt und fortentwickelt. 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 Hausärzteverbandes Hessens, Vertretern des BKK LV Süd und weitere (z.B. beauftragte Dienstleistungsunternehmen) - 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 Arzneimittelempfehlungen regelmäßig aktualisiert werden können, erfolgt die Auswertung der Quoten auf Basis der am Tag der Verordnung gültigen Arzneimittelempfehlungen.

2. Farbliche Kennzeichnung

Abweichend von den durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Grundlage von § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V erlassenen Richtlinien sind in der Vertragssoftware farbliche Hinterlegungen von Arzneimitteln enthalten. Diese dienen dazu, 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 Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat (Grün).
2. **Hellgrün:** Arzneimittel, die den drei preisgünstigsten patentfreien Arzneimitteln am Markt aus der Gruppe der vorgeschlagenen wirtschaftlichen Alternativen entsprechen, sofern die jeweilige Krankenkasse keine Rabattverträge für diesen Wirkstoff abgeschlossen hat.

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 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 jeweilige Krankenkasse Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat (siehe „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 wirtschaftlichen 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.

Die entsprechenden Daten für die farbliche Kennzeichnung der Arzneimittel und der Arzneimittelempfehlungen werden von der jeweiligen Krankenkasse bzw. ihrem beauftragten Dienstleistungsunternehmen in dem vom Hausärzteverband definierten Format bereitgestellt.

3. Ermittlung des Zuschlages

Der Zuschlag von maximal 6,00 EUR wird aufgeteilt in

1. einen Zuschlag „Rot“ (4,00 EUR)
2. einen Zuschlag „Rabatt-Grün“ (1,00 EUR)
3. einen Zuschlag „Blau“ (1,00 EUR)

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

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

Indikator	Zähler	Nenner
Rot	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind.	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind, sowie Anzahl der Verordnungen der Wirkstoffe, die zu ihrer Substitution vorgeschlagen werden.
Grün	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die „Rabatt-Grün“ sind.	Anzahl der Verordnungen patentfreier Arzneimittel mit Rabattverträgen sowie Anzahl der Verordnungen von wirkstoffidentischen Alternativen ohne Rabattvertrag.
Blau	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die „Blau“ 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 über alle am HZV-Vertrag teilnehmende Krankenkassen, erreicht werden:

Indikator	Schwellenwert ab Q2/18	Zuschlag
Rot	≤ 5,5 %	4,00 EUR
Grün	≥ 85 %	1,00 EUR
Blau	≥ 95 %	1,00 EUR

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

Mit Beitritt des Hausarztes zum HZV-Vertrag erwirbt der HAUSARZT einen der Höhe nach veränderlichen Vergütungsanspruch von maximal 6,00 EUR als Zuschlag auf die Pauschale P2. Die Kriterien, aus denen sich die Höhe der Vergütung im Rahmen von maximal 6,00 EUR ergeben sowie die Zuschlagsverteilung innerhalb dieses Rahmens liegen im billigen Ermessen des Hausärzteverbandes und des BKK LV Süd, die sich vierteljährlich über eine Anpassung der Kriterien bzw. der Zuschlagsverteilung abstimmen werden. Dieser **Anhang 4** zu **Anlage 3** zum HZV-Vertrag wird im Fall einer Anpassung aktualisiert.

Die Anpassung wird dem HAUSARZT vor Beginn des Quartals, für das die geänderten Kriterien bzw. die geänderte Zuschlagsverteilung innerhalb des Rahmens von 6,00 EUR gelten sollen, schriftlich durch den Hausärzteverband mitgeteilt. Falls keine solche 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 des BKK LV Süd mit seinem Beitritt zum HZV-Vertrag zu.