INSIGHT Health mit einer Reihe zur regionalen Arzneimittelsteuerung – Teil 1

Steuern Arzneimittelvereinbarungen: ja oder nein?

„Das ist eine Riesenchance, von den Regressen wegzukommen. Der Arzt soll verantwortlich sein für die evidenzbasierte Therapie, für Dosierung und Wirkstoffauswahl. Aber nicht für den Preis“, so Dipl.-Med. Regina Feldmann, damaliger Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zu den neuen regionalen Vereinbarungen. Die darin enthaltenen Verordnungsquoten und Versorgungsziele sollen eine wirtschaftliche Arzneimittelverordnung sicherstellen und die Patienten mit hoher Qualität versorgen. Je nachdem welche Arzneimittelgruppen mit welchen Zielen belegt werden, kann die regionale Ausgestaltung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise beitragen, auch wenn diese sicherlich von zahlreichen weiteren Faktoren abhängt. Ob Steuerungseffekte auftreten, zeigt der vorliegende Beitrag anhand ausgewählter Beispiele.

>> Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) zum 23. Juli 2015 wurde seitens des Gesetzgebers auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Bereich verordnete Leistungen in der bisher geltenden Form aufgehoben. Zum 1. Januar 2017 sollten diese durch regionale Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ersetzt werden. Seitdem ist die Ablösung bundesgesetzlich vorgegebener Richtgrößenprüfungen im Arznei- und Hilfsmittelbereich durch regionale Vereinbarungen möglich. Bereits im September bewerten der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in den Rahmenvorgaben Arzneimittel nach § 84 Abs. 7 SGB V die Anpassungsfaktoren für das Arzneimittelausgabevolumen des jeweiligen Folgejahres. Diese bilden die Grundlage oder auch „Leitplanke“ für die Arzneimittelvereinbarungen (AMV) nach § 84 Abs. 1 SGB V, die dann auf regionaler Ebene zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den KVen jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr abzuschließen sind. In den AMV werden neben den regionalen Ausgabevolumina auch Zielvereinbarungen für die Arzneimittelversorgung und Wirtschaftlichkeit getroffen. Die Einhaltung der Ziele kann prüfbefreiend sein, also besteht ein hoher Anreiz für die Ärzte nach den entsprechenden Zielen zu verordnen.

Die zeitliche Vorgabe nach GKV-VSG bis Ende November 2016 die neuen Vereinbarungen abzuschließen, konnten allerdings nur wenige KV-Regionen einhalten. Um die neuen Gestaltungsmöglichkeiten bereits im ersten Jahr für neue Quoten- und Prüfmodelle zu nutzen, zogen sich die Abschlüsse und anschließenden Veröffentlichungen der Arzneimittelvereinbarungen bis in den Juni des Folgejahres 2017 hin. Nicht alle KVen erreichten eine Einigung oder konnten ein tragfähiges Prüfkonzept entwickeln, so dass einige die Richtgrößenprüfung bis auf weiteres beibehielten. Im 2. Jahr der regionalisierten Wirtschaftlichkeitsprüfung haben einige KVen ihre Vereinbarungen aus 2017 noch einmal deutlich überarbeitet. So kommen in 2018 weitere Neuerungen hinzu, wie beispielsweise in Baden-Württemberg die neue Bezugsgröße Arzneimitteltherapiefälle.

Ziel- und Istquoten für Infliximab-Biosimilars bei Rheumatologen

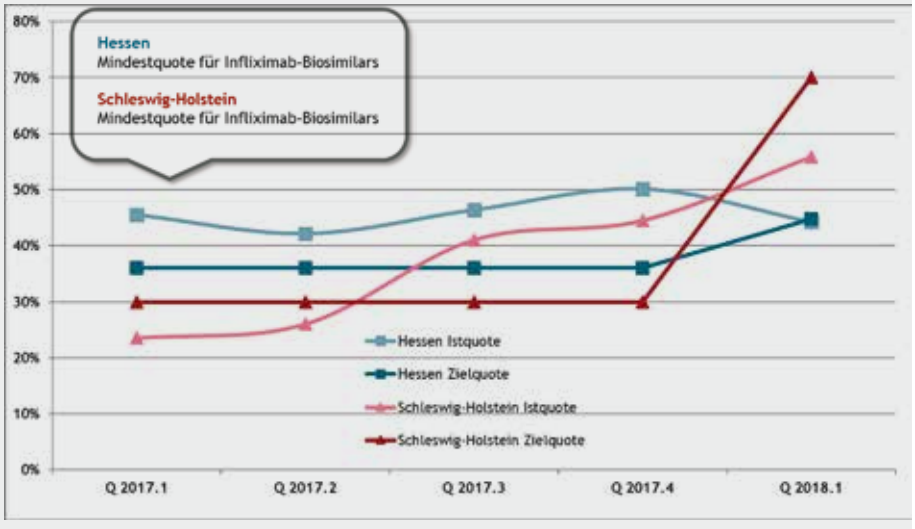


Abb. 1: Vergleich von Zielquoten nach regionalen Arzneimittelvereinbarungen 2017 und 2018 der Kassenärztlichen Vereinigungen Hessen und Schleswig-Holstein mit den regionalen Istquoten nach GKV-Verordnungsdaten der INSIGHT Health für den DDD-Anteil von Infliximab-Biosimilars am Wirkstoff Infliximab bei Rheumatologen; Quelle: KV-Monitor (INSIGHT Health/Navi4Healthcare).

Unterschiedliche Vereinbarungen

In 2018 beinhalten die bisher veröffentlichten 15 Vereinbarungen (Berlin und Mecklenburg-Vorpommern standen zum Redaktionsschluss noch aus) insgesamt sehr unterschiedliche Steuerungsansätze. Allein die Betrachtung der quantitativ formulierten Ziele, neben denen in vielen Regionen noch qualitative Ziele existieren, ergibt ein vielfältiges Bild. Bayern beispielsweise preschte bereits 2014 mit der Ablösung der Richtgrößenprüfung durch das Modell der Wirkstoffvereinbarung vor, welche seitdem jährlich an die aktuellen Gegebenheiten angepasst wird. Aber auch andere regionale Vertragspartner haben in den letzten beiden Jahren den Gestaltungsspielraum genutzt und zahlreiche Zielquoten implementiert. So finden sich in den meisten Verträgen DDD-basierte Quoten, aber auch solche auf Basis von Verordnungen, Tagestherapiekosten und Patientenanzahl. Diese sind entweder als Mindest- oder Höchstquoten u.a. bezogen auf den Generika-, Leitsubstanz-, Rabatt- oder Medikationskatalog-Anteil definiert. Der Medikationskatalog der KBV, ursprünglich für das Modell ARMIN der AOK Plus in Sachsen und Thüringen erarbeitet, ist in den aktuellen Vereinbarungen in fünf KV-Regionen in Form einer Zielquote über Kombinationen aus Standard-, Reserve- und nachrangig zu verordnenden Wirkstoffen abgebildet.

Dynamik bei Infliximab

Inwieweit Arzneimittelvereinbarungen das Verordnungsverhalten nachhaltig beeinflussen wird in Fachkreisen seit der Einführung kontrovers diskutiert. Anhand nachfolgender Beispiele zu Infliximab und den neuen oralen Antidiabetika werden mögliche Hinweise auf Steuerungseffekte aufgezeigt. Analyseinstrument ist hierbei der KV-Monitor von INSIGHT Health und Navi4Healthcare, der die Entwicklung von Ziel- und Istquoten basierend auf den Arzneimittelvereinbarungen, regional, im überregionalen Vergleich und in der zeitlichen Entwicklung darstellt.

Bereits 2015 wurden die ersten Biosimilars zu Infliximab in Deutschland eingeführt. Vor dem

Zitationshinweis
Luley, C., Pieloth, K.: „Steuern Arzneimittelvereinbarungen: ja oder nein?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/18), S. 12-13.; doi: 10.24945/MVF.04.18.1866-0533.2086

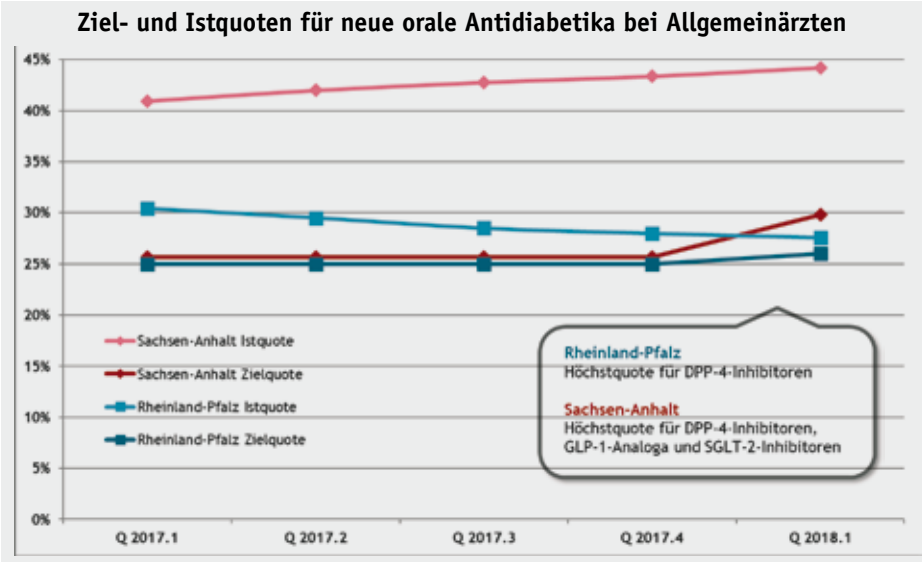


Abb. 2: Vergleich von Zielquoten nach regionalen Arzneimittelvereinbarungen 2017 und 2018 der Kassenärztlichen Vereinigungen Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt mit den regionalen Istquoten nach GKV-Verordnungsdaten der INSIGHT Health; Rheinland-Pfalz: DDD-Anteil der DPP-4-Hemmer an allen oralen Antidiabetika (exkl. Insulin) bei Allgemeinärzten; Sachsen-Anhalt: DDD-Anteil der DPP-4-Inhibitoren, GLP-1-Analoga und SGLT-2-Inhibitoren an allen oralen Antidiabetika (exkl. Insulin) bei Allgemeinärzten; Quelle: KV-Monitor (INSIGHT Health/Navi4Healthcare).

Hintergrund möglicher Ausgabeneinsparungen ist es nicht verwunderlich, dass mit den neuen Vereinbarungen in 2018 bereits in 6 KV-Regionen spezifische Infliximab-Quoten zu preisgünstigen bzw. biosimilaren Arzneimitteln gelten. Dies ergänzend zu den 9 KV-Regionen, in denen entsprechende Quoten über TNF-alpha-Inhibitoren bestehen, die den Wirkstoff Infliximab inkludieren. Infliximab ist also in vielen Regionen Gegenstand der Steuerungsbemühungen und eignet sich somit gut für einen überregionalen Vergleich. Abbildung 1 zeigt die jeweiligen Ist- und Zielquoten in Hessen und Schleswig-Holstein für Rheumatologen, die sich aufgrund der gleich definierten Gruppe bzw. des Zielanteils direkt miteinander vergleichen lassen. Mit Hessen und Schleswig-Holstein werden zwei Regionen betrachtet, die bei Fragestellungen zur regionalen Arzneimittelsteuerung üblicherweise eher nicht im Fokus stehen, aber deutliche Effekte zeigen.

Zu Beginn der betrachteten Zeitreihe Anfang 2017 liegt in Hessen die reale Biosimilar-Quote von Infliximab mit 45,5% deutlich über der Istquote von 23,5% in Schleswig-Holstein. Die Zielquoten hingegen liegen zu diesem Zeitpunkt nahe beieinander: Hessen hatte für 2017 einen Zielwert von 36%, Schleswig-Holstein von 30% bezogen auf den Biosimilaranteil definiert. Somit haben die Rheumatologen in Hessen das ihnen vorgegebene Ziel deutlich übererfüllt. Das Niveau der Istquote wird in dieser Region über den betrachteten Zeitraum bis Anfang 2018 in etwa gehalten. Mit Ende des ersten Quartals 2018 schneidet sich die im neuen Jahr moderat auf 44,8% erhöhte Zielquote mit der nun sogar leicht rückläufigen Istquote von 44,2%.

In Schleswig-Holstein hingegen entwickelt sich die Istquote über das Jahr 2017 hinweg dynamisch, allerdings basierend auf einem erheblich niedrigeren Ausgangsniveau von 23,5%. Ab Mitte 2017 wird die vorgegebene Zielquote zunehmend deutlich überschritten. In 2018 wird diese mit der neu verabschiedeten AMV von ehemals 30% auf 70% erhöht (nur in Westfalen-Lippe gilt aktuell mit 75% ein noch höherer Zielwert). Das Verordnungsverhalten der Rheumatologen hat sich seitdem noch einmal weiter zugunsten der Biosimilars verschoben.

Steuerungsversuche bei neuen oralen Antidiabetika

Mit Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt versuchen zwei KV-Regionen den Einsatz neuer oraler Antidiabetika, die allesamt noch unter Patentschutz stehen, über Höchstquoten zu regulieren. Während in Rheinland-Pfalz eine spezifische, nur auf DPP-4-Inhibitoren ausgerichtete Zielquote definiert wurde, umfasst die Höchstquote in Sachsen-Anhalt auch die GLP-1-Analoga und SGLT-2-Inhibitoren. Die Marktentwicklung im gesamten Bereich der neuen oralen Antidiabetika zeichnet sich gegenüber dem eben betrachten Beispiel des biotechnologisch hergestellten Antikörper Infliximab zur Therapie von Autoimmunerkrankungen durch eine höhere Marktreife und somit eine geringere Änderungsdynamik aus. Abbildung 2 zeigt für die definierte Arzneimittelgruppe nahe beieinanderliegende Zielquoten für Allgemeinmediziner zu Beginn des Betrachtungszeitraums 2017 (Höchstquote Rheinland-Pfalz 25%, Höchstquote Sachsen-Anhalt 25,7%). Die Istquote der weiter gefassten Gruppe in Sachsen-Anhalt verläuft über den gesamte Zeitraum hinweg deutlich oberhalb der Zielquote, mit leicht steigender Tendenz. In 2018 wurde dieser Diskrepanz insofern Rechnung getragen, als dass die Höchstquote auf 29,8% angehoben wurde. Die Bereitschaft der KV, die Verordnungsrealität ein Stück weit anzuerkennen, könnte als motivierendes Signal an die Ärzteschaft eingestuft werden.

In Rheinland-Pfalz lagen Ziel- und Istquote im gesamten Betrachtungszeitraum relativ nahe beieinander. Nachdem auch in dieser Region die Höchstquote leicht nach oben korrigiert wurde und die KV der Ärzteschaft etwas entgegenkam, haben Ziel- und Istquote im 1. Quartal 2018 fast gleiches Niveau erreicht. Damit haben die Allgemeinmediziner zumindest im aktuell vorliegenden Zeitraum das gesteckte Verordnungsziel in etwa erreicht.

Steuern sie oder steuern sie nicht?

Die ausgewählten Beispiele stehen exemplarisch für den insgesamt mehrere hundert Zielquoten umfassenden Instrumentenkasten der 17 KVen. Doch schon anhand dieser Ausschnitte wird schnell klar: die Frage nach einem messbaren, verordnungssteuernden Effekt der Arzneimittelvereinbarungen ist nicht pauschal zu beantworten. Regional unterschiedliches Verordnungsverhalten der Ärzte alleine einem Faktor, in diesem Fall der entsprechenden Arzneimittelvereinbarung mit ihren Quoten und Zielen zuordnen zu wollen, ist nicht sinnvoll. Vielen gilt zudem die operative Umsetzung der Zielquoten mit einer entsprechenden Softwarelösung als notwendige Voraussetzung einer effektiven Administration. Obwohl dies weder bei Infliximab in Schleswig-Holstein noch bei den DPP-4-Inhibitoren in Rheinland-Pfalz gegeben ist, sind Steuerungseffekte erkennbar. In Rheinland-Pfalz scheinen der Zuschnitt der Gruppe sowie die Höhe der Zielquote klug gewählt. Wohingegen breiter definierte Gruppen von Ärzten in ihrem täglichen Verordnungsverhalten vermutlich schwieriger fassbar sind. Die, zumindest bisher, geringe Steuerungswirkung des sehr breit aufgestellten Medikationskatalogs und der hierauf referenzierenden Zielquoten stützt diese Einschätzung. Ein weiterer Punkt scheint zudem wesentlich: Entgegen einer medizinischen Rationale der Ärzte lässt sich schwerlich steuern, auch wenn diese Rationale aus Sicht der KVen nicht immer objektiv begründet ist. Berücksichtigen die KVen hingegen den generellen Verordnungstrend in ihren strategischen Überlegungen und flankieren diesen mit realitätsnahen, aber durchaus ambitionierten, Zielvorgaben, lassen sich sehr wohl messbare Steuerungseffekte erzielen. <<

Autoren: Christian Luley, Kathrin Pieloth*

* INSIGHT Health (vf@insight-health.de); Literatur bei den Verfassern