

Vertrag: § 73c PNP-Vertrag AOK BW/ Bosch BKK
Datum: 29. März 2016
Betreff: Neue Gebührenordnungspositionen (GOP) im PNP-Vertrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Rundschreiben möchten wir Sie über die neuesten **PNP-Vertragsänderungen ab dem 01.04.2016 in den Modulen Neurologie und Psychiatrie** informieren.

1) Neue Pharma-Quote Gabapentin/Pregabalin (NQ14 / PYQ5, jeweils 5,- €)

Bei Erreichen der sog. „PNP-Kollektivquote“ erhält jeder PNP-Vertragsteilnehmer eine zusätzliche Vergütung in Höhe von 5,- € je abgerechnetem Versicherten pro Quartal im PNP-Vertrag, für den eine Verordnung mit dem Wirkstoff Gabapentin ausgestellt wurde.

Die „PNP-Kollektivquote“ berechnet sich aus dem Anteil der Gabapentin-Verordnungen an der Summe aller Gabapentin- und Pregabalin-Verordnungen. Die Kollektivquote wird in den Quartalen Q2/2016 bis Q1/2017 jeweils von der AOK berechnet und es werden hierbei die Verordnungen aller PNP-Teilnehmer berücksichtigt.

Beträgt diese PNP-Kollektivquote in jedem Quartal mindestens 36,7%, so erfolgt automatisch (→ keine Abrechnung von GOPs durch die Praxis notwendig) die Vergütung durch MEDIVERBUND (im Vergleich: PNP-Kollektivquote in Q3/2015 betrug 32,2 %). Die Vertragsteilnehmer werden mit dem Abrechnungsbrief entsprechend informiert.

2) Neuein- bzw. Umstellungen auf ausgewählte rabattierte Antiepileptika, Parkinsontherapeutika und Antipsychotika

Für die Vergütung einer Neuein- bzw. Umstellung in Höhe von 10,- € auf ein generisches Rabattprodukt (→ in der Vertragssoftware „grün“ markiert) gelten für folgende Wirkstoffe die jeweils aktuell gültigen Arzneimittel-Rabattverträge der AOK bzw. der Bosch BKK:

GOP (je 10,- €)	Wirkstoff	Wirkstoffgruppe	abrechenbar in Modul
NE10a	Levetiracetam	Antiepileptika	Neurologie
NE10b	Lamotrigin		
NE11a	Ropinirol	Parkinsontherapeutika	Neurologie
NE11b	Pramipexol		
PYE4a / NE12a	Olanzapin	Antipsychotika	Psychiatrie / Neurologie
PYE4b / NE12b	Quetiapin		

Jede GOP kann für die erstmalige Einstellung oder für die Umstellung eines Patienten abgerechnet werden, wenn ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Eine erstmalige Einstellung oder Umstellung liegt dann vor, wenn in den 4 Quartalen vor dem Abrechnungsquartal keine Verordnung der aktuellen Rabattpräparate des jeweiligen Wirkstoffs erfolgte. Dabei werden durch die AOK / Bosch BKK alle Verordnungen - selektiv und kollektiv - innerhalb der ambulanten Versorgung berücksichtigt.

Die GOP innerhalb einer Wirkstoffgruppe können maximal 2-mal pro Kalenderjahr und maximal 1-mal pro Quartal abgerechnet werden (Bsp.: NE10a + NE10b können innerhalb eines Kalenderjahres bei einem Patienten abgerechnet werden, NE10a + NE10b + NE10b nicht). Der Facharzt, der an beiden Modulen A und B teilnimmt darf in einem Kalenderjahr innerhalb der Wirkstoffgruppe maximal 2 Ziffern abrechnen und die Ziffern der Module nicht mischen.

Generell ist die GOP als Einzelleistung bei erfolgter Neuein- bzw. Umstellung bei dem jeweiligen Patienten in jeder Praxis in die Abrechnungsdaten einzufügen.

→ → Bitte beachten Sie, dass diese neuen GOP (NE10a/b, NE11a/b, NE12a/b, PYE4a/b) erst ab 01.07.2016 in Ihrer Vertragssoftware zur Verfügung stehen. Die bereits im 2. Quartal 2016 erbrachten Leistungen können Sie dann nachträglich abrechnen.

3) Allgemeine Hinweise zu den neuen GOP

Wir fügen diesem Schreiben eine Stellungnahme der Fachverbände bzgl. Neuein- und Umstellungen bei und bitten Sie, diese zu berücksichtigen.

Generell sind alle generisch rabattierten Arzneimittel der AOK und Bosch BKK in Ihrer Vertragssoftware grün markiert. Verordnungen bei PNP-Patienten müssen immer direkt in Ihrer Vertragssoftware ausgestellt werden. Die neuen GOP können z.B. auch dazu beitragen, dass Sie bei Neuein- und Umstellungen nach 1) und 2) zusätzlich auch die sogenannte „Grün-Quote“ ggf. besser erreichen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Team der MEDIVERBUND AG

PNP Ein- und Umstellungs-GOPs

(Ergänzungen des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte zu den neuen Ziffern im PNP-Vertrag ab 01.04.2016)

Hintergrund

Die Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln ist neben medizinischen Erwägungen auch von regionalen und individuellen ärztlichen Präferenzen geprägt. Qualitätsanreize in der Selektivversorgung sind auf vielen Ebenen implementiert.

Im Arzneimittelbereich sind besonders viele Steuerungsmaßnahmen erkennbar.

Im Folgenden soll versucht werden, Einflussfaktoren auf die Verordnung zu kategorisieren und daraus sinnvolle Verordnungssteuerung abzuleiten.

In der Bewertung von Einflussfaktoren auf die Verordnung sind hier zunächst patientenindividuell komorbiditäts- und stoffwechselbedingte Variablen zu beachten, um die Relation von Wirkung und Nebenwirkung zu optimieren. Ohne Einfluss auf die Qualität besteht in Einzelfällen patientenseitig der Wunsch nach Beibehaltung des Originalpräparates, auch wenn gleichwertige Generika zur Verfügung stehen.

Unter Qualitätsaspekten negative Einflüsse können Wünsche nach medizinisch nicht indizierten Therapien (z.B. Schlafmittel, Lifestyle Medikamente) sein.

Arztseitig sicherlich positiv zu bewerten sind wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse aus den Leitlinien

Ungünstige Einflüsse können von Interessenskonflikten durch persönliche oder finanzielle Verbundenheit mit Arzneimittelherstellern herrühren.

Von Industrieseite aus sind neben dem positiven Faktor Innovation auch negative Einflussfaktoren zu nennen: Lieferengpässe, von Manchem als überzogen empfundene Preise oder intensive Werbung können als sachfremd und damit qualitätsmindernd für die Arzneimittelversorgung bewertet werden.

Die Bemühungen der Qualitätsverbesserung gehen in Richtung Fortbildung und Qualitätszirkelarbeit.

Bezüglich der hier als neutral oder ungünstig bewerteten Faktoren sollen jedoch Anreize geschaffen werden, um Veränderungen im Ordnungsverhalten zu bewirken. Aufgrund der therapeutischen Bedeutung und der hohen Kosten der Arzneimitteltherapie haben sich die Partner im Selektivvertrag (VNBW, BVDN, AOK, MEDI) darauf verständigt, eine Steuerung in Richtung Qualität und Wirtschaftlichkeit vorzunehmen.

Maxime

Die Maxime ist zunächst, eine evidenzbasierte Qualität der Arzneimitteltherapie sowie eine rationale Pharmakotherapie im PNP Vertrag zu fördern. Als weiteres Ziel sollte bei vergleichbaren Arzneimitteln jeweils die wirtschaftlichere Alternative gewählt werden (§12 SGB V). Im Gegensatz zum KV-System wird nicht der Weg des Regresses zur Steuerung beschritten, sondern die Zusatzvergütung für den Beratungsaufwand bei bestimmten leitliniengerechten Medikamenten. Um die Steuerungswirkung zu verbessern wird keine arztgruppenbasierte, sondern praxisindividuelle Berechnung erfolgen, wir versuchen, dem Verordner eine kurzfristige Rückmeldung über die erzielten Erfolge zu geben.

Konkrete Schritte

Wir haben uns auf drei Präparategruppen verständigt: Antikonvulsiva, Parkinsontherapeutika und Antipsychotika. Bei Beachtung der Leitlinienempfehlungen kann hier in der Regel eines der unten aufgeführten Medikamente verordnet werden. Aus Verhandlungsgründen wurden

jeweils zwei gut wirksame (erstrangige Medikamente der Leitlinien) und generisch verfügbare Medikamente gewählt. Die konkreten Regelungen zur Abrechnung entnehmen Sie bitte dem Rundschreiben des MEDIVERBUND vom 22.03.2016.

Antikonvulsiva

Bei fokalen (strukturell bedingten) Epilepsien sind Lamotrigin (LTG) und Levetiracetam (LEV) bevorzugte Mittel der ersten Wahl.

Bei idiopathisch-generalisierten (hereditären) Epilepsien (IGE) sollten wir keine Empfehlung geben, weil diese derzeit ein Dilemma der Epilepsiebehandlung darstellen: Valproat (VPA) ist gut wirksam, aber bei gebärfähigen Frauen wegen seiner teratogenen Wirkung nicht an erster Stelle einsetzbar. Topiramate (TPM) ist zwar genauso wirksam, verursacht aber mehr Nebenwirkungen (v.a. kognitive und Sprach-Störungen), außerdem ist es ebenfalls teratogen. Lamotrigin wirkt bei manchen Formen der IGE, besonders bei juveniler myoklonischer Epilepsie und Aufwach-Grand mal schlechter. Levetiracetam (LVT) wirkt zwar genauso gut wie VPA, ist aber nur für einen Teil der IGE und dann nur als add-on-Therapie zugelassen.

Anbieterwechsel sollten bei laufender anfallsfreier Therapie vermieden werden, Neu- und Dauereinstellung (z.B. bei Dosierungsänderungen) auf Generika sind unproblematisch. Von daher wird rabattiertes LTG und LEV gefördert.

Parkinsontherapeutika

In der aktuellen Leitlinie wird keine Unterscheidung getroffen bezüglich der einzelnen Dopaminagonisten (DA), solange es sich um non-Ergot Präparate handelt. Generell werden DA bei jüngeren Patienten favorisiert.

Rabattiertes Pramipexol oder Ropinirol wird gefördert.

Antipsychotika

Es existiert formell derzeit keine gültige Leitlinie mehr. In der letzten Version sind die atypischen Neuroleptika ohne Wichtung nebeneinander aufgeführt. Es wird rabattiertes Quetiapin und Olanzapin gefördert.

Erinnerung zum Schluss:

Die obengenannten Förderungsmaßnahmen gelten „on top“ zu der bisherigen (global für alle teilnehmenden Ärzte geltenden) Regelung, an die hier noch einmal erinnert werden soll: Grün-Quote: Wenn mehr als 90% „grün“ ausgewiesene Präparate verordnet werden, gibt es einen Bonus von € 2,50 pro Patient.

Blau-Quote: Wenn sie durch einen Anteil von über 70% rabattierten Originalpräparaten erfüllt ist, gibt es nochmals € 1,00 Bonus pro Patient.

Rot-Quote: Werden weniger als 3% „rot“ ausgewiesene Präparate verordnet, gibt es einen Bonus von € 0,50 pro Patient.

Wichtig: Diese Vergütungszuschläge treten nur in Kraft, wenn das rabattierte Medikament auch direkt aus Ihrer PNP-Vertragssoftware auf dem Rezept verordnet wird. Sie kommen nicht zum Zuge, wenn auf dem Rezept ein anderes Präparat aufgeführt ist und lediglich das fehlende Kreuz im „aut idem“-Feld dem Apotheker vorschreibt, das rabattierte Medikament abzugeben.

Für den BVDN Baden-Württemberg Prof.
Dr. Wolfgang Freund