

MRG-Prüfung: Das sollten Sie wissen

Die MRG-Prüfung ist neben der Zielwert-Prüfung eine der zwei statistischen Prüfungen in Schleswig-Holstein. Da die Systematik der MRG immer wieder Fragen aufwirft, widmen wir uns heute diesem Thema. Hierzu werfen wir zunächst einen Blick in die Historie.



© istock.com/kemalbas

tals zugesprochen. In diese Wirkstoffgruppe fallen sowohl Statine als auch die kostenintensiven PCSK-9-Hemmer oder die Bempedoinsäure. Nephrologen, die aufgrund ihrer fachärztlichen Ausrichtung einen hohen Anteil hochmorbider kardiovaskulär erkrankter Patienten aufweisen und somit teurere Wirkstoffe häufiger einsetzen, erhalten für selbige Wirkstoffgruppe ein deutlich höheres Budget von 514,20 Euro pro Quartal. Demgegenüber ist das Budget von Nephrologen für Opioide (ATC-4: N02A) in Höhe von 325,78 Euro geringer als das der Hausärzte, denen für diese Wirkstoffgruppe ein Budget von 365,68 Euro zur Verfügung steht. Die jeweilige Krankheitslast des Patientenkollektivs der Facharztgruppe spiegelt also die Höhe des Budgets für das jeweilige Arzneimittel wider.

Bis 2016 war die Richtgrößen-Prüfung das einzige in Deutschland zulässige statistische Prüfverfahren. Als Richtgröße wurde der Eurobetrag bezeichnet, der für Arznei- und Verbandmittel (inkl. Sprechstundenbedarf) sowie Heilmittelverordnungen pro Patienten und Quartal im Durchschnitt zur Verfügung stand. Das praxisindividuelle Richtgrößenvolumen ergab sich aus der Multiplikation der abgerechneten Behandlungsfälle mit den jeweiligen Richtgrößenwerten. Für die Versorgung kostenintensiver Patientengruppen war ein gewisser Anteil gesunder, kostengünstiger Patienten erforderlich, um das zugesprochene Richtgrößenvolumen nicht zu überschreiten. Arztpraxen mit einem hohen Anteil morbid Patienten hatten gegenüber Praxen mit einem hohen Anteil gesünderer Patienten das Nachsehen.

Die MRG-Prüfung wurde in Schleswig-Holstein im Jahr 2017 eingeführt, um diesen Missstand zu beheben. Die Morbidity-related-Group – zu Deutsch: Krankheitsbezogene Richtgröße – ergibt sich aus dem teuersten verordneten Arzneimittel einer Wirkstoffgruppe – definiert durch den 4-stelligen ATC-Code – eines Arztes pro Patient. Für jede Wirkstoffgruppe (ATC-4) erhält der Arzt pro Patient innerhalb eines Quartals ein Budget, welches sich an den durchschnittlichen Verordnungs-kosten seiner Facharztgruppe aus dem Vorjahr bemisst.

Beispiel: Im Jahr 2022 wurde Hausärzten für die Verordnung von Mitteln, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (ATC-4: C10A), ein Budget in Höhe von 63,73 Euro pro Patient innerhalb eines Quar-

ter – wie bei der Richtgröße der Fall – findet bei der MRG keine Anwendung. Hohe Arzneimittelkosten eines Patienten müssen also nicht bei einem anderen Patienten eingespart werden. Somit können Hausarztpraxen mit einem hohen Anteil morbid Patienten jedem Patienten die adäquate Therapie zukommen lassen.

Nach vier Quartalen vergleicht die Prüfungsstelle im Rahmen der MRG-Prüfung alle verordneten Wirkstoffgruppen mit der MRG der Facharztgruppe. Dabei werden die prozentualen Abweichungen jeder Wirkstoffgruppe erfasst und im Sinne einer Mischkalkulation verrechnet. Überschreitet die gebildete MRG-Richtgröße das durchschnittliche Verordnungsverhalten der Facharztgruppe um sieben Prozent und mehr, spricht die Prüfungsstelle von einer moderaten Überschreitung, es folgt ein Hinweis. Ab einer Überschreitung von über 12,5 Prozent wird die Betriebsstätte potenziell regresspflichtig. Von Gesetzes wegen dürfen Auffälligkeitsprüfungen jedoch bei maximal fünf Prozent einer Fachgruppe erfolgen. Bei erstmaliger Überschreitung der 12,5-Prozentmarke erhalten Ärzte zunächst eine Beratung vor Regress. Erst bei wiederholter Überschreitung innerhalb der nachfolgenden fünf Jahre können Regresse verhängt werden. Aus gegebenem Anlass weisen wir darauf hin, dass im Vertretungsfall auch eine teure Medikation eines Patienten schadlos fortgesetzt werden kann.

CORNELIUS AUST, KVSH