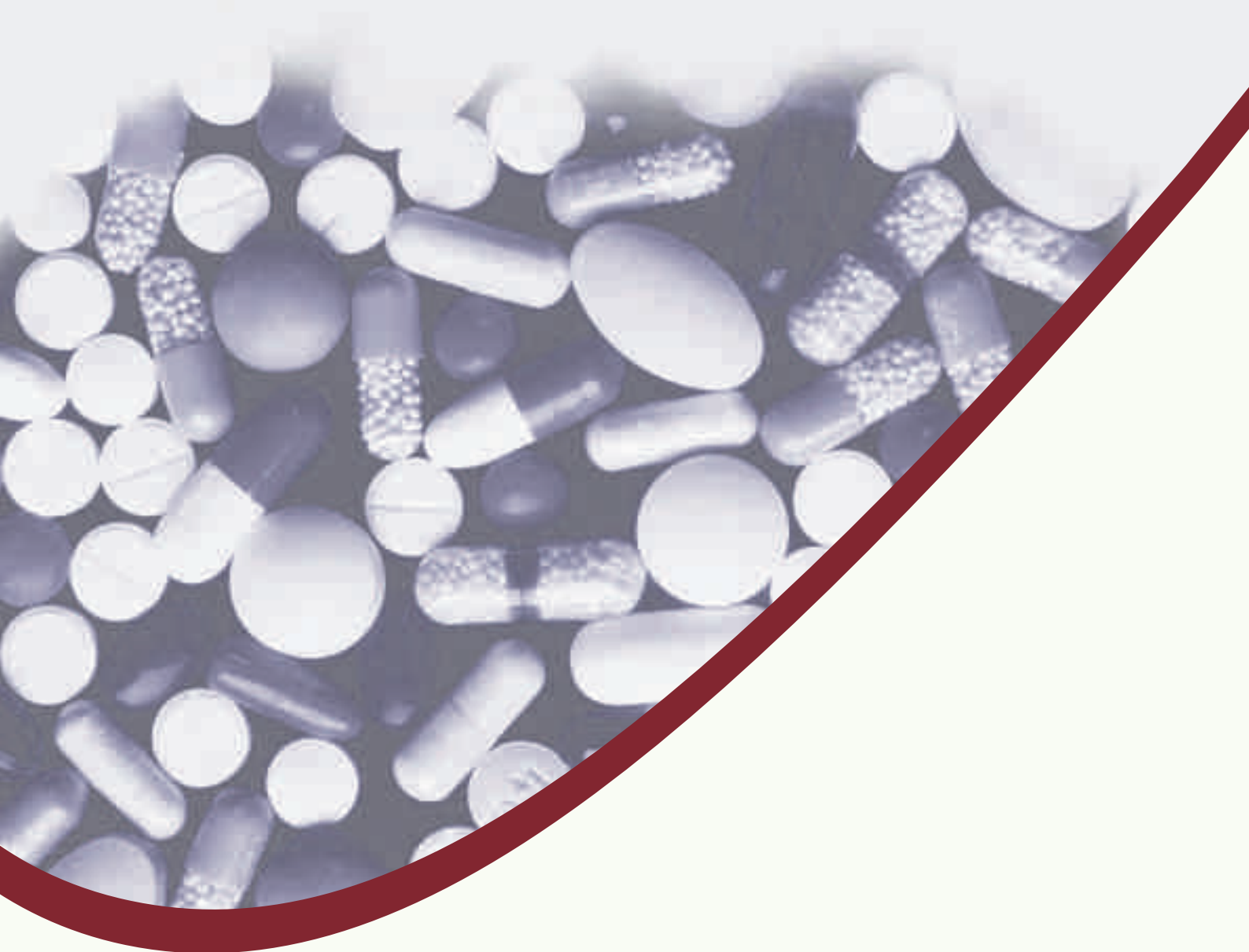


# Verordnungsforum

Schwerpunkt

Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2009

9



Alles Gute.

**KVBW** 

## **Ihre Ansprechpartner in der KVBW**

Christina Schrade	Tel. 07121/917-2147
Susanne Maurer	Tel. 0621/3379-1700
Angelika Mayer	Tel. 0761/884-4230
Ute Seene	Tel. 0721/5961-1205
Beate Klaiber	Tel. 07121/917-2257

Claudia Speier	Tel. 0721/5961-1370
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp	Tel. 0721/5961-1370
Bernhard Vollmer	Tel. 07121/917-2137
Dr. med. Richard Fux	Tel. 07121/917-2141
Dr. rer. nat. Petra Häusermann	Tel. 0721/5961-1273
Brigitte Strähle	Tel. 0721/5961-1275

## **Als Ansprechpartner für Fragen im Zusammenhang mit dem Sprechstundenbedarf stehen Ihnen folgende Mitarbeiterinnen zur Verfügung:**

Brigitte Weiss	Tel. 0711/7875-3247
Monika Schneidewind	Tel. 0761/884-4226
Dagmar Sehlinger	Tel. 0761/884-4329
Heidrun Single	Tel. 07121/917-2173
Petra Liese	Tel. 0621/3379-1614
Jutta English	Tel. 0621/3379-1656
Elisabeth Kissel	Tel. 0621/3379-1613

## **Folgende Mitarbeiter stehen Ihnen im Zusammenhang mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen gerne beratend zur Seite:**

Klaas Wegmann	Tel. 0721/5961-1210
Andreas Hoffmann	Tel. 0721/5961-1154

# VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wieder überreichen wir Ihnen zu Jahresbeginn ein Heft unseres Verordnungsforums, das Sie eingehender über unsere Arznei- und Heilmittelvereinbarungen und die Richtgrößen 2009 informiert, als es in der kargen Mitteilung im Dezember 2008 geschehen konnte. Das Arzneimittelbudget konnte in den Verhandlungen mit den Kassen um 10,9 Prozent gegenüber dem Soll 2008 erhöht werden und liegt damit erstmals über den realen Ausgaben des Vorjahres. Damit haben wir eine echte Chance, in diesem Jahr das Budget einzuhalten und so Freiräume zu schaffen. Trotz der von uns erreichten Erhöhung der Budgets und Richtgrößen bleiben diese ein Mittel der Rationierung, die mit unterschiedlichen Sanktionsmechanismen zu Lasten von Patienten und Ärzten versehen sind.

Der Schwerpunkt dieses Heftes liegt auf dem Umgang mit den von uns vereinbarten Zielen. Bitte informieren Sie sich. Wir zeigen Ihnen, wie Sie ohne Qualitätsverlust sparen können. So werden Sie in die Lage versetzt, mit Qualität und doch sparsam zu verordnen, sodass Sie hoffentlich nicht unter den Belastungen eines Prüfverfahrens leiden müssen.

Das Heilmittelbudget wurde um zwei Prozent erhöht, die Richtgrößen wie bei den Arzneimitteln auf der Basis der Ausgaben 2007 gebildet. Von dem so errechneten Betrag wurde ein Volumen abgezogen, um Raum für Praxisbesonderheiten zu schaffen. Wir kämpfen seit Jahren für die Definition von Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich! Sie sind unbedingt nötig, um die Heilmittelversorgung Schwerkranker und von Behinderung bedrohter Kinder ohne Regressangst sicherstellen zu können. In mehreren Ländern sind solche Vereinbarungen seit Jahren getroffen, worden. Da unsere Verhandlungen zu den Praxisbesonderheiten noch nicht abgeschlossen sind, zeigen wir am Beispiel der Regelungen für die KV Nordrhein, wie diese aussehen könnten.

Die Heilmittel-Richtgrößen 2009 sind leider mit einer Ausnahme niedriger als die Richtgrößen 2008. Das führt zu Verunsicherung und verständlichem Ärger. Durch die reduzierten Richtgrößen wird die Rationierung für den einzelnen Patienten noch spürbarer, das Budget je Versichertem für Heilmittel in Baden-Württemberg nimmt aber unverändert einen Spitzenplatz in Deutschland ein. Die von uns angestrebte Vorgehensweise – keine Haftung bei Verordnung im Rahmen der Heilmittelrichtlinien – konnte gegenüber den Krankenkassen leider nicht durchgesetzt werden.

Deutschland ist das einzige Land der EU, das eine unmittelbare und unbegrenzte Haftung der niedergelassenen Ärzte für ihre Verordnungen kennt und so eine implizite Rationierung in Kauf nimmt. Die Prüfungsgremien wurden durch Gesetz zur Prüfung von Amts wegen verpflichtet, das führt zu einer Prüfung ohne Antragstellung bei Richtgrößenüberschreitung.

Das Heft schließt mit einem Artikel von Dr. Schwoerer, dem Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses Baden-Württemberg, über die Prüfmethode 2006 und die folgenden Jahre. Gegenüber jeweils mehr als 100 Kolleginnen und Kollegen wurde für 2005 und 2006 ein Regress verhängt, zum Teil mit sechsstelligen Summen. Ihre KVBW wird Sie bei Prüfverfahren nicht im Stich lassen! Unsere Beratungsstelle in Karlsruhe unterstützt Sie bereits im Vorfeld bei Einleitung einer Prüfung. Nehmen Sie diesen Service in Anspruch. Tun Sie aber auch selbst alles, damit Sie gar nicht erst in eine Prüfung gelangen. Dieses Verordnungsforum wird Ihnen dabei helfen.

Ihr



Dr. Jan Geldmacher

# INHALTSVERZEICHNIS

## Teil 1

Verordnungen in der Arztpraxis – eine anspruchsvolle Aufgabe .....	4
Sicher durch den Richtlinienschwungel – Workshop der Management Akademie der KV Baden-Württemberg (mak) für neu niedergelassene Ärzte .....	4
Verordnung von Sprechstundenbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr – neues Seminar der mak .....	5

## Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2009

Arzneimittelvereinbarung/Leitsubstanzen .....	7
Tabelle Wirkstoffgruppen/Leitsubstanzen .....	8
Erläuterung Zielvereinbarung .....	10
– Protonenpumpeninhibitoren .....	10
– Statine .....	12
– Langwirksame ACE-Hemmer/langwirksame ACE-Hemmer- Diuretika-Kombinationen, Sartane/Sartane-Diuretika-Kombinationen .....	13
– Selektive Betablocker .....	15
– Schleifendiuretika .....	16
– Orale Antidiabetika .....	17
– Alpha-Rezeptoren-Blocker in urologischer Indikation .....	19
– Nichtsteroidale Antirheumatika .....	20
– Bisphosphonate zur Osteoporosetherapie .....	21
– Triptane .....	22
– Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI) .....	23
– Trizyklische Antidepressiva (NSMRI) .....	24
– Calciumantagonisten – Dihydropyridine (langwirksam) .....	25
Arzneimittelrichtgrößen .....	26
Heilmittelvereinbarung 2009/ Heilmittelrichtgrößen.....	28

## **Aus dem Prüfgeschäft**

Vorsicht bei der Verordnung von Immunstimulantien .....	<b>34</b>
---	-----------

## **Aktuelle Informationen**

Fortsetzung der Arzneimittel-Therapie nach Krankenhausbehandlung .....	<b>35</b>
Arztnummersystematik seit 1. Juli 2008 .....	<b>36</b>
Weitergabe von Rezeptformularen an andere Praxen.....	<b>36</b>
Die neue Sprechstundenbedarfsvereinbarung .....	<b>37</b>
Verordnung von Sprechstundenbedarf durch Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen .....	<b>38</b>
Das Rabattkarussell dreht sich weiter .....	<b>38</b>
Zyprexa® wieder unter Patentschutz .....	<b>39</b>

## **Beschlüsse des gemeinsamen Bundesausschusses**

Neufassung der Arzneimittelrichtlinie .....	<b>40</b>
Therapiehinweis zu Exenatide (Byetta®) .....	<b>40</b>
Therapiehinweis zu Strontiumranelat (Protelos®) .....	<b>41</b>

## **Teil 2**

<b>Information der Prüfungsstelle Baden-Württemberg zu den Prinzipien der Richtgrößenprüfung für Arzneimittel im Jahr 2009 .....</b>	<b>44</b>
--	-----------

Ein Glossar der Abkürzungen finden Sie auf der hinteren Umschlagseite.

## **Verordnungen in der Arztpraxis – eine anspruchsvolle Aufgabe**

Vor Ihnen liegt die neunte Ausgabe des Heftes „Verordnungsforum“. In dieser Ausgabe haben wir die Themen aufgegriffen, die bei uns von den Vertragsärzten häufig nachgefragt werden. Weiterhin haben wir für Sie wie immer die Entscheidungen des G-BA sowie weitere aktuelle Informationen kurz und bündig zusammengefasst.

Schwerpunkt dieser Ausgabe des Verordnungsforums ist die Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2009 sowie die darin vereinbarten Wirtschaftlichkeitsziele. Neben der Darstellung aller 14 Wirkstoffgruppen und der sieben regionalen Ziele der Arzneimittelvereinbarung geben wir Ihnen Tipps zur Erreichung der Einsparpotenziale. Die Richtgrößenvereinbarungen 2009, insbesondere die durchgängige Absenkung der Heilmittel-Richtgrößen haben bei vielen von Ihnen Unverständnis und massive Regressangst ausgelöst. Wohl wissend, wie schwierig es ist diese Vorgaben einzuhalten, wollen wir Ihnen mit diesem Heft wieder relevante Hinweise zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise geben.

Wir möchten mit Ihnen den Dialog fortführen. Schreiben Sie uns oder rufen Sie uns an, denn erst Ihre Rückmeldungen an uns eröffnen die Chance, unser Beratungs- und Informationsangebot noch besser an Ihren täglichen Bedürfnissen auszurichten.

## **Sicher durch den Richtlinienschungel – Workshop der Management Akademie der KV Baden-Württemberg (mak) für neu niedergelassene Ärzte**

Die Kenntnis der gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln ist ein Schlüsselfaktor für einen unbelasteten Start in die eigene Praxis. Regresse für falsche oder unzulässige Verordnungen haben nicht selten ihre Ursache in fehlender Information. Um hier den Einstieg zu erleichtern, gibt es den Workshop „Sicher durch den Richtlinienschungel“ bei der mak in Zusammenarbeit mit dem Geschäftsbereich Verordnungsmanagement. Ihre positiven Rückmeldungen auf die erste Veranstaltungsreihe 2008 haben uns bestärkt, auch im Jahr 2009 wieder fünf Termine anzubieten.

Der Workshop bietet einen Überblick über die wichtigsten Inhalte der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelrichtlinien. Die Verordnung von Impfstoffen wird anhand der neuen Schutzimpfungsrichtlinie besprochen. Weitere Themen sind der Umgang mit Richtgrößen sowie die Möglichkeiten der neutralen Information im Bereich der Printmedien und des Internets. Auch die häufigsten aktuellen Fragen aus den Arztpraxen wurden in das Programm eingearbeitet.

Während des Workshops sollen auch aktuelle Fragen angesprochen und ein intensiver Austausch mit den Teilnehmern ermöglicht werden.

Ärzte, die schon länger niedergelassen sind und sich für den Workshop interessieren, können selbstverständlich auch gerne teilnehmen.

Die aktuellen Termine für das Jahr 2009 sind:

**Stuttgart: Mittwoch, 8. April 2009**  
**Mittwoch, 11. November 2009**  
**Reutlingen: Mittwoch, 24. Juni 2009**  
**Freiburg: Mittwoch, 23. September 2009**

## **Verordnung von Sprechstundenbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr – neues Seminar der mak**

Bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf gibt es vieles zu beachten: In diesem neuen Seminar lernen Sie, wie Sie die Hindernisse bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf sicher umgehen und Regresse zuverlässig vermeiden können. Anhand vieler praktischer Beispiele erfahren Sie, wann und in welcher Form Sprechstundenbedarf verordnet werden kann, was zur Grundausstattung einer Praxis gehört und auf welche Weise die Ersatzbeschaffung erfolgt.

Das Seminar richtet sich an alle Ärzte und Mitarbeiter in der Praxis, die ihre Kenntnisse in der Verordnung von Sprechstundenbedarf festigen wollen.

Die aktuellen Termine für das Jahr 2009 sind:

**Stuttgart: Mittwoch, 18. März 2009**  
**Freiburg: Mittwoch, 10. Juni 2009**  
**Reutlingen: Mittwoch, 16. September 2009**  
**Karlsruhe: Mittwoch, 4. November 2009**

Bei Interesse an einer der beschriebenen Veranstaltungen finden Sie das Anmeldeformular der mak im Internet unter [www.mak-bw.de](http://www.mak-bw.de) oder unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)

Weiterhin erreichen Sie die mak unter:

Tel. 0711/7875-3369

Fax 0711/78 75-3274

[info@mak-bw.de](mailto:info@mak-bw.de)

Unter der Klammer  
am oberen Seitenrand  
fasst **Teil 1** dieser  
Broschüre Informationen der  
Kassenärztlichen  
Vereinigung Baden-  
Württemberg zusammen.

Über der Klammer  
am unteren Seitenrand  
fasst **Teil 2** Informationen  
der Prüfungsstelle in  
Baden-Württemberg  
zusammen.



# ARZNEI- UND HEILMITTELVEREINBARUNG 2009 IN BADEN-WÜRTTEMBERG

## Arzneimittelvereinbarung/Leitsubstanzen

Wir haben Sie mit einem Rundschreiben im Dezember 2008 über die neuen Richtgrößen 2009 informiert. Es ist uns gelungen, eine Arzneimittelvereinbarung abzuschließen, bei der das Ausgabenvolumen erstmals über den erwarteten Ausgaben des Vorjahres liegt. Die Richtgrößen basieren auf realen Fallwerten. Entsprechend gesetzlicher Vorgaben aus dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) wurde die Rahmenvereinbarung der Bundesebene umgesetzt. Gegenstand der Zielvereinbarung sind die auf Bundesebene festgelegten Leitsubstanzen für insgesamt 14 Wirkstoffgruppen. Zusätzlich zu den Leitsubstanzen wurden sieben Wirtschaftlichkeitsziele für Baden-Württemberg vereinbart.

### **Was ist Ziel dieser Arzneimittelvereinbarung?**

Die Bemühungen der baden-württembergischen Ärzte in den vergangenen Jahren um eine wirtschaftliche und gleichzeitig qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung haben Früchte getragen. In vielen Wirkstoffgruppen wurden die von der Bundesebene vorgegebenen Verordnungsanteile mittlerweile erreicht. In einigen Wirkstoffgruppen sind jedoch noch nicht alle Ressourcen ausgeschöpft. Insbesondere durch die Verringerung von Verordnungsanteilen bestimmter Substanzen innerhalb eines Therapiekonzeptes beziehungsweise die

Erhöhung des Anteils generischer Verordnungen lassen sich weitere Einsparpotenziale generieren.

Alle Leitsubstanzen sind generisch verfügbar, haben innerhalb ihrer Wirkstoffgruppe ein breites Zulassungsspektrum und sind vergleichsweise preiswert. Der Einsatz der Leitsubstanz als preiswertes Generikum sichert bei gegebener Indikation die Wirtschaftlichkeit der Verordnung. Dennoch gewährleisten unsere Zielwerte einen therapeutischen Spielraum, eine Verordnung der Leitsubstanz zu 100 Prozent ist in keinem Fall notwendig. Sollte innerhalb des Jahres 2009 in einem Wirkstoffbereich eine Substanz zur Verfügung stehen, die gleichwertig und genauso preiswert oder günstiger als die Leitsubstanz ist, so ist auch diese Verordnung wirtschaftlich.

Zusätzlich zu den auf Bundesebene vereinbarten Zielvorgaben wurden sieben regionale Ziele vereinbart, die in Tabelle 2 (siehe auch Seite 9) dargestellt sind.

### **Was passiert, wenn die Ziele nicht erreicht werden?**

Bei Einhaltung der Richtgröße wird es nicht zu einer Prüfung allein auf Grundlage der Zielvereinbarung kommen.

## Tabelle Wirkstoffgruppen/Leitsubstanzen

**Tabelle 1: Zielvereinbarungen nach Rahmenvorgabe (Paragraf 84 Abs. 7 SGB V)**

Datenbasis GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi)

Wirkstoffgruppen	Leitsubstanzen	Basiswert DDD-Anteil der Leitsubstanzen an der Wirkstoffgruppe lt. Rahmenvorgabe 2009	Zielwert 2009 DDD-Anteil der Leitsubstanzen an der Wirkstoffgruppe lt. Rahmenvorgabe 2009
Statine	Simvastatin	85,2 %	85,2 %
Selektive Betablocker	Bisoprolol, Metoprolol	87,5 %	87,5 %
Alpha-Rezeptorblocker	Tamsulosin	80,3 %	80,3 %
Selektive Serotonin- Rückaufnahme- Inhibitoren	Citalopram	48,4 %	50,0 %
Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose	Alendronsäure	72,2 %	76,0 %
Triptane	Sumatriptan	41,4 %	50,0 %
Protonenpumpen- hemmer	Omeprazol	65,2 %	69,0 %
ACE-Hemmer	Enalapril, Lisinopril, Ramipril	95,7 %	95,7 %
nicht-steroidale Anti- rheumatika	Diclofenac	52,0 %	52,0 %
orale Antidiabetika	Glibenclamid, Metformin	55,9 %	58,0 %
Schleifendiuretika	Furosemid	49,3 %	53,0 %
ACE-Hemmer in Kombination mit einem Diuretikum	Enalapril, Lisinopril, Ra- mipril jeweils mit HCT	82,0 %	82,0 %
Calciumantagonisten	Amlodipin, Nitrendipin	74,7 %	74,7 %
Nichtselektive Monoamin- Rückaufnahmememmer	Amitryptilin	31,8 %	32,0 %

**Tabelle 2: Regionale Zielvereinbarungen 2009 (Paragraf 84 Abs. 1 SGB V)**

Datenbasis MDK Baden-Württemberg

Wirkstoffgruppen	Kenngroße (DDD-Anteil)	Basiswert	Zielwert 2009
Sartane, Monopräparate	Sartane an > Sartane plus ACE-Hemmer <	19,2 %	19,2 %
Kombinationen „Sartan/Diuretikum“	Sartan/Diuretikum an > Sartan/Diuretikum plus ACE-Hemmer/Diuretikum <	37,7 %	30 %
Ezetimib	Ezetimib an > Ezetimib plus Statine <	1,4 %	0,7 %
Ezetimib-Kombination	Ezetimib-Kombination an > Ezetimib-Kombination plus Statine <	3,6 %	1,8 %
SNRI	SNRI an > SNRI plus SSRI <	15 %	15 %
Atypische Neuroleptika	Generika-Anteil	28 % (siehe Anmerkung)	35 %
Protonenpumpenhemmer	Verordnungsmenge (DDD)	Reduktion der Verordnungsmenge um 20 %	

Anmerkungen:

SNRI:

Zuordnung der Wirkstoffe zur Gruppe der SSRI bzw. SNRI nach Arzneiverordnungsreport 2008 (siehe auch Seite 23)

Atypische Neuroleptika:

Datenbasis GAmSi Quartal 2/2008

Da mit BGH-Urteil vom 17. 12. 2008 der Patentschutz für das Olanzapin-Originalprodukt rechtskräftig wiederhergestellt wurde und damit der Vertrieb generischer Olanzapin-Präparate eingestellt werden muss, wurden für die Bestimmung des Basiswertes alle Olanzapin-Verordnungen (Originalpräparate und Generika) als Originalpräparat-DDDs gewertet. Sollten in 2009 Olanzapin-Generika verfügbar sein, so sind Basiswert und Zielwert entsprechend anzupassen.

Protonenpumpenhemmer (PPI)

Reduktion der Verordnungsmenge Protonenpumpenhemmer bezogen auf alle Verordnungen in Baden-Württemberg. Für die arztindividuelle Umsetzung dieses Zieles bedeutet das, dass die Verordnung von Protonenpumpenhemmern nach folgenden Kriterien erfolgen muss:

- Einsatz und Therapiedauer nach strenger Indikationsstellung
- Nach Wegfall der Verschreibungspflicht für Omeprazol (voraussichtlich Mitte 2009) sind die Arzneimittel-Richtlinien Ziffer 16.10 zu beachten:  
... Der Vertragsarzt soll nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind.....

## Erläuterung Zielvereinbarung

Bereits in den vergangenen Ausgaben des Verordnungsforums haben wir ausführlich über die Leitsubstanzen in mittlerweile 14 Wirkstoffgruppen berichtet und Tipps für eine wirtschaftliche Verordnungsweise formuliert. Wir verzichten daher auf eine Wiederholung der bekannten Inhalte in diesem Heft und beschränken uns auf eine kurze Darstellung der betroffenen Wirkstoffgruppen sowie aktuelle Informationen, wie zum Beispiel Änderungen in der Verschreibungspflicht, freiwerdende Patente und ähnliches. **Bitte beachten Sie, dass unsere Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise der vergangenen Ausgaben des Verordnungsforums nicht an Aktualität verloren haben und auch im Jahr 2009 gelten.**

### Quellen

- Zahlen aus Deutschland: Arzneiverordnungsreport (AVR) 2004 und 2008
- Zahlen aus Baden-Württemberg einschließlich der DDD-Kosten, wenn nicht anders erwähnt: MDK Baden-Württemberg

Sollte innerhalb des Jahres 2009 in einem Wirkstoffbereich eine Substanz zur Verfügung stehen, die gleichwertig und genauso preiswert oder günstiger als die Leitsubstanz ist, so ist auch diese Verordnung wirtschaftlich.

## Protonenpumpeninhibitoren

(Verordnungsforum 3, ab Seite 51)

### Leitsubstanz

Omeprazol

PPI sind (im Allgemeinen) zugelassen zur

- Therapie bei Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni
- Therapie bei Refluxösophagitis und Rezidivprophylaxe
- Therapie von durch NSAR induzierte Ulcera und Rezidivprophylaxe

- Eradikationstherapie von Helicobacter pylori (in Kombination)
- symptomatische Behandlung der gastroösophagealen Refluxkrankheit.

### Kosten

Ausgaben 2007 in Baden-Württemberg:  
116,5 Millionen Euro

Entwicklung 2003 bis 2007 in Deutschland

Wirkstoffgruppe	Kosten in 1.000 €		Diff.	DDD in 1.000		Diff.
PPI	1.006.068	992.376	- 1,4 %	568,4	1.248,0*	119,5 %

\*ohne Veränderung der Pantoprazol DDD

In den fünf Jahren kam es trotz drastischer Reduktion der DDD-Kosten insgesamt zu einer Kostenreduktion um 13 Millionen Euro. Wären die Verord-

nungen in DDD in fünf Jahren nicht um 119,5 Prozent gestiegen, wäre es zu einer Kostenreduktion um 597 Millionen Euro gekommen.

### Hinweise für eine wirtschaftliche Verordnungsweise

PPI sind hervorragende Mittel zur Therapie schwerwiegender Erkrankungen.

Sie haben zusammen mit den H<sub>2</sub>-Antagonisten die Ulchirurgie weitestgehend überflüssig gemacht und die Lebensqualität der Betroffenen auch dadurch drastisch verbessert.

- Insgesamt ist die Wirksamkeit aller PPIs in den zugelassenen Indikationen gut nachgewiesen.
- Praxisgerecht und sinnvoll ist eine schwerpunktmäßige Verordnung von generischem und preisgünstigem Omeprazol. Es sollten zirka 85 Prozent der Patienten mit generischem Omeprazol versorgt werden.
- Es fehlen nach wie vor zweifelsfreie Nachweise für klinisch relevante Unterschiede zwischen den einzelnen PPIs.
- Die Verordnung der PPI geschieht oft nicht indikationsgerecht! Während eines Krankenhausaufenthaltes wird sehr oft ein PPI ohne nachvoll-

ziehbaren Grund und ohne Rechtfertigung fast wie ein Nahrungsergänzungsmittel gegeben. Diese Verordnung wird dann im ambulanten Bereich weitergeführt. Dies führt auch dazu, dass die Verordnung für die in den letzten Jahren im Krankenhaus weitergebildeten Ärzte so selbstverständlich ist, dass ihre Notwendigkeit nicht hinterfragt wird.

- Omeprazol wird in einer Stärke von 20 mg Packungsgröße bis 14 Tabletten voraussichtlich ab 1. Juli 2009 verschreibungsfrei werden. Spätestens dann dürfen auf keinen Fall Verordnungen ohne gesicherte rechtfertigende Indikation auf Kassenrezept erfolgen. Siehe hierzu auch den Hinweis am Schluss des Textes auf Seite 25.
- PPI sind nicht die Mittel der ersten Wahl bei „Dyspepsie“, funktionellen Oberbauchbeschwerden oder saurem Aufstoßen nach einer reichlichen Mahlzeit. Ihre Verordnung ist in dieser Indikation unwirtschaftlich, wenn kostengünstigere Alternativen nicht geprüft wurden!

### Ziele 2009 – Leitsubstanz(en)– Anteil an allen verordneten DDD

Wirkstoffgruppe	Leitsubstanz	Basiswert	Zielwert 2009
Protonenpumpenhemmer	Omeprazol	65,2 %	69,0 %

Wirkstoffe	DDD-Kosten in € 2007
Omeprazol	0,68
Pantoprazol	0,76 *
Pantoprazolgenerika 2009	0,60
Lansoprazol	0,61
Rabeprazol	0,71
Esomeprazol	0,77

\* Pantoprazolgenerika ab Februar 2009 im Handel.

Achtung: Pantoprazol wird oft in doppelter Dosierung eingesetzt

### Regionales Ziel

Die KVBW hat in der Arzneimittelvereinbarung 2009 eine Reduktion der Verordnungen um 20 Pro-

zent vereinbart. Dies unter der Voraussetzung, dass Omeprazol in der oben angegebenen Packungsgröße zum 1. Juli 2009 verschreibungsfrei wird.

## Statine

(Verordnungsforum 4, Seite 21)

### Leitsubstanz

Simvastatin

### Kosten

Ausgaben 2007 in Baden-Württemberg:  
789 Millionen Euro

Entwicklung in Deutschland 2003 bis 2007

Wirkstoffgruppe	Kosten in 1.000 €		Diff. %	DDD in 1.000		Diff. %
	2003	2007		2003	2007	
Statine	1.090.790	469.200	- 56,9	1.148.200	2.033.000	+ 77,0
* Ezetimib + Kombi	0	191.900		0	95.000	
Summe	1.090.790	661.100	- 39,3	1.148.200	2.128.000	+ 85,3

\* hier nur zur Info: Ezetimib und Kombination von Ezetimib und Simvastatin nicht in Zielvereinbarung, sondern unter weiteren Regeln erfasst (siehe unten).

Wäre es gegenüber 2003 nicht zu einer massiven Verordnungsausweitung gekommen, hätten die Verordnungskosten nur noch 107,9 Millionen Euro betragen, 361 Millionen Euro weniger als 2007 für Statine ausgegeben wurden.

### Hinweise für eine wirtschaftliche Verordnungsweise

- Eine medikamentöse Lipidsenkung zu Lasten der GKV soll nach den Arzneimittelrichtlinien 2009 (gültig voraussichtlich ab 1. April 2009) in der Primärprävention nur dann verordnet werden, wenn eine über 20-prozentige Wahrscheinlichkeit (berechnet nach den Risikokalkulatoren z. B. AKDÄ, PROCAM oder Sheffield Risk and Treatment Tables) eines kardiovaskulären Ereignisses in den nächsten zehn Jahren besteht.

ren Ereignisses in den nächsten zehn Jahren besteht.

- Die Grundlage jeder Behandlung des erhöhten Lipidspiegels (LDL-Cholesterol, Triglyceride) besteht in einer angemessenen Diät mit Bewegung und einer gesunden Lebensführung und Gewichtsreduktion.
- Der Einsatz des Cholesterinresorptionshemmers Ezetimib ist nur im Einzelfall gerechtfertigt, wenn eine bewiesene Statin-Unverträglichkeit vorliegt und andere Therapiemaßnahmen nicht zum Erfolg führen. Im Gegensatz zu den gut geprüften Statinen liegen für diesen Stoff weder ein nachgewiesener Überlebensvorteil, noch Daten zur Langzeitsicherheit vor.

**Ziele 2009 – Leitsubstanz(en) – Anteil an allen verordneten DDD**

Wirkstoffgruppe	Leitsubstanz	Basiswert	Zielwert
Statine	Simvastatin	85,2 %	85,2 %

Wirkstoffe	DDD-Kosten in € 2007
Simvastatin	0,20
Lovastatin	0,54
Pravastatin	0,34
Fluvastatin	0,43
Atorvastatin	0,26 *
Neu!! Rosuvastatin	unbekannt, weil neu

\* DDD-Kosten auf Festbetrag plus hohe Zuzahlung für die Patienten

Leitsubstanz nach der Arzneimittelvereinbarung 2009 in Baden-Württemberg ist Simvastatin. Patienten sollen demnach bis zu einem Anteil von 85,2 Prozent mit Simvastatin behandelt werden. Der restliche Anteil soll denjenigen Patienten vorbehalten werden, für die Simvastatin nicht in Frage kommt.

**Regionales Ziel – Ergänzende Vereinbarung zu Ezetimib und Ezetimib-Kombi:**

Die Verordnungsanteile von Ezetimib und Ezetimib-Kombinationen sollen 2009 gegenüber 2007 halbiert werden.

Dies bedingt eine sehr enge Indikationsstellung für diese Präparate:

- Anwendung bei subjektiver Statin-Unverträglichkeit (insbesondere Muskelschmerzen) oder Nebenwirkungen (Erhöhung Kreatinkinase, Erhöhung Leberenzyme)
- aktuell wird der Einsatz zum Erreichen bestimmter Zielwerte diskutiert (Nationale Versorgungsleitlinie KHK)

Der Gemeinsame Bundesausschuss erarbeitet momentan einen Therapiehinweis, der nach Inkrafttreten zu beachten ist.

**Langwirksame ACE-Hemmer/langwirksame ACE-Hemmer-Diuretika-Kombinationen****Sartane/Sartane-Diuretika-Kombinationen**

(ACE-Hemmer: Verordnungsforum 4, ab Seite 13)

Für die Sartane- bzw. Sartane/Diuretika-Kombinationen wurden keine Leitsubstanzen vereinbart. Da sich diese Wirkstoffgruppe jedoch in einem regionalen Ziel wieder findet, werden die entsprechenden Verordnungs- und DDD-Zahlen in diesem Artikel mitgeführt.

**Leitsubstanzen**

Enalapril, Lisinopril, Ramipril

Enalapril, Lisinopril, Ramipril jeweils in Kombination mit HCT

## Kosten

Ausgaben 2007 in Baden-Württemberg:

langwirksame ACE-Hemmer	36,1 Millionen Euro
langwirksame ACE-Hemmer-Diuretika-Kombinationen	13,1 Millionen Euro
Sartane	49,5 Millionen Euro
Sartane-Diuretika-Kombinationen	60,1 Millionen Euro
Summe:	159 Millionen Euro

Entwicklung in Deutschland 2003 bis 2007

Wirkstoffgruppe	Kosten in 1.000 €		Diff %	DDD in 1.000		Diff %
	2003	2007		2003	2007	
langwirkende ACE-Hemmer	572.026	325.281	- 43,1	1.765.400	2.957.100	67,5
+ Diuretika	344.241	287.584	- 16,5	441.300	756.800	71,5
Sartane	403.050	455.762	13,1	516.500	735.100	42,3
+ Diuretika	407.770	558.219	36,9	337.000	521.700	54,8
Summe	1.726.756	1.626.846	- 5,8 %	3.060.200	4.970.700	62,4 %

14

## Ziele 2009 – Leitsubstanz(en) – Anteil an allen verordneten DDD

Wirkstoffgruppe	Leitsubstanz	Basiswert	Zielwert
ACE-Hemmer	Enalapril, Lisinopril, Ramipril	95,7 %	95,7 %
ACE-Hemmer/Diuretika-Kombinationen	Enalapril, Lisinopril, Ramipril jeweils mit HCT	82,0 %	82,0 %

Wirkstoffe	DDD-Kosten in € 2007
Enalapril, Lisinopril, Ramipril	0,11
andere ACE-Hemmer	0,17 – 0,35
Enalapril, Lisinopril, Ramipril und Diuretika	0,34
Andere ACE-Hemmer und Diuretika	0,43 – 0,87
Sartane	0,63
Sartane und Diuretika	1,06
Aliskiren (Preis je Tablette Rote Liste online)	150 mg 1,15 300 mg 1,37

In der Zielvereinbarung 2009 wurde entsprechend der Bundesempfehlung vereinbart, die 2007 erreichten Anteile der Leitsubstanzen der langwirken-

den ACE-Hemmer und ihrer Diuretika-Kombinationen zu halten.



## Regionales Ziel – Ergänzende Vereinbarung zu Sartanen und Sartan-Diuretikum-Kombination

Kenngröße	Basiswert	Zielwert
Anteil Verordnungen (VO) Sartane an Summe VO Sartane + ACE-Hemmer	19,2 %	19,2 %
Anteil Verordnungen (VO) Sartane + Diuretikum an Summe VO Sartane + Diuretikum + ACE-Hemmer + Diuretikum	37,7 %	30,0 %

In einer Zusatzvereinbarung wurde festgelegt, den Anteil der Sartane an der Gesamtzahl der ACE-Hemmer/Sartan-Verordnungen zu halten. Dies bedeutet, dass der Anteil der Verordnungen von Sartanen zur gesamten Wirkstoffgruppe der ACE-Hemmer und AT1-Antagonisten 19,2 Prozent betragen darf.

- Sartane gelten insbesondere bei dem ACE-Hemmer bedingten Husten, der in etwa 10 bis 20 Prozent aller Fälle auftritt, als indiziert. Der Verordnungsanteil der Sartan-Diuretika-Kombinationen war 2007 mit 37,7 Prozent recht hoch, hier wurde eine Reduktion auf einen Anteil von 30 Prozent vereinbart.

- Eine Umstellung auf eine ACE-Hemmer-Diuretika-Kombination sollte bei all den Patienten erfolgen, bei denen nicht Husten oder andere Nebenwirkungen einer ACE-Hemmer-Therapie die Ursache für die Einstellung auf Sartan-Diuretika-Kombinationen war.
- Eine Einstellung auf das neue teure Aliskiren, das einen neuartigen Wirkungsmechanismus hat, muss bis zum Vorliegen aussagekräftiger Studien über die behauptete langfristige Organprotektion auf wenige Ausnahmefälle beschränkt werden.

## Selektive Betablocker

(Verordnungsforum 6, S. 37)

### Leitsubstanzen

Bisoprolol  
Metoprolol

### Kosten

Ausgaben 2007 in Baden-Württemberg:  
60,7 Millionen Euro

Entwicklung in Deutschland 2003 bis 2007

Wirkstoffgruppe	Kosten in 1.000 €		Diff. %	DDD in 1.000		Diff. %
	2003	2007		2003	2007	
Selektive Betablocker	532.382	551.952	3,7	1.216.600	1.533.200	26,0

## Ziele 2009 – Leitsubstanz(en) – Anteil an allen verordneten DDD

Wirkstoffgruppe	Leitsubstanz	Basiswert	Zielwert
Selektive Betablocker	Bisoprolol, Metoprolol	87,5 %	87,5 %

Wirkstoffe	DDD-Kosten 2007 in €
Bisoprolol, Metoprolol	0,35
Atenolol	0,26
Nebivolol	0,71 (2007)

Durch eine Neufestsetzung des Festbetrags für Nebivolol ist jetzt die Belastung von GKV und Budget identisch mit etwa 0,15 €/Tablette. Bei Nebivolol, aber auch anderen Beta-Blockern werden darüber hinaus zum Teil deutliche Patientenzuzahlungen nötig!

- Wirtschaftlich ist die Verordnung der Leitsubstanzen in Form preisgünstiger Generikapräparate.
- Betablocker sind sehr kostengünstige Antihypertensiva.
- Zusätzlich sind sie im Bereich der Herzinsuffizienz die am besten untersuchten selektiven Betablocker.

### Hinweise für eine wirtschaftliche Verordnungsweise

- Leitsubstanzen 2009 in Baden-Württemberg sind Bisoprolol und Metoprolol. Sie decken alle Indikationsgebiete von selektiven Betablockern ab.

## Schleifendiuretika

(Verordnungsforum 6, Seite 50)

### Leitsubstanz

Furosemid

### Kosten

Ausgaben 2007 in Baden-Württemberg:  
22,1 Millionen Euro

Entwicklung in Deutschland 2003 bis 2007

Wirkstoffgruppe	Kosten in 1.000 €		Diff %	DDD in 1.000		Diff %
	2003	2007		2003	2007	
Schleifendiuretika	224.440	200.203	- 10,8	942.900	1.053.700	11,75

## Ziele 2009 – Leitsubstanz(en) – Anteil an allen verordneten DDD

Wirkstoffgruppe	Leitsubstanz	Basiswert	Zielwert
Schleifendiuretika	Furosemid	49,3 %	53,0 %

Wirkstoffe	DDD-Kosten 2007 in €
Furosemid	0,13
Torasemid	0,24
Piretanid	0,38

Bei den preisgünstigen Schleifendiuretika soll nach der Bundesempfehlung der Verordnungsanteil von Furosemid erhöht werden.

### Hinweise für eine wirtschaftliche Verordnungsweise

- Leitsubstanz 2009 in Baden-Württemberg ist Furosemid.

- Eine Umstellung auf die Leitsubstanz ist zu erwägen, wenn sie von den Betroffenen toleriert wird.

## Orale Antidiabetika

(Verordnungsforum Heft 1, Seiten 26-39 und Heft 5, Seiten 49-53)

### Leitsubstanzen

Metformin  
Glibenclamid

### Kosten

Ausgaben 2007 in Baden-Württemberg:  
49 Millionen Euro

Entwicklung in Deutschland 2003 bis 2007

Wirkstoffgruppe	Kosten in 1.000 €		Diff %	DDD in 1.000		Diff %
	2003	2007		2003	2007	
Orale Antidiabetika	401.671	457.355	13,8	894.500	1.034.300	15,6

## Ziele 2009 – Leitsubstanz(en) – Anteil an allen verordneten DDD

Wirkstoffgruppe	Leitsubstanz	Basiswert	Zielwert
Orale Antidiabetika	Glibenclamid, Metformin	55,9 %	58 %

Wirkstoffe	DDD-Kosten in € 2007
Glibenclamid, Metformin	0,30
Glimepirid	0,22
Acarbose	1,43
Rosiglitazon	1,75
Pioglitazon	1,88
Repaglinid	1,27
Nateglinid	1,72
Sitagliptin	1,99
Vildagliptin	noch keine DDD-Kosten bekannt
zur Info, nicht in dieser Gruppe enthalten:	3,45
Exenatide	(AVR 2008)
Verzögerungs-Human-Insulin	1,24
Langwirksame Insulinanaloga	2,02

Bei den Antidiabetika zur Behandlung des Typ-II-Diabetes hat es mit der Einführung der Glitazone, der Glinide, der Gliptine und des Exenatide in den letzten Jahren eine Reihe neuer Entwicklungen gegeben, die die Therapiemöglichkeiten erweitern. Alle sind deutlich teurer als die Standardtherapeutika Glibenclamid und Metformin. In Therapiehinweisen des GB-A und in soeben fertig gestellten Vorberichten (Glinide) und Berichten des IQWiG (Glitazone, langwirksame Insulinanaloga) werden diese Substanzen einer kritischen Bewertung unterzogen und ein wenn überhaupt allenfalls geringfügiger Zusatznutzen im Vergleich zur Standardtherapie festgestellt. Ein Problem besteht aber darin, dass die Forderung nach Diät und körperlicher Aktivität zu Recht gestellt, aber von vielen Patienten aus den unterschiedlichsten Gründen nicht umgesetzt wird oder werden kann.

Der Nutzen der Standardtherapeutika bezogen auf harte Endpunkte (Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) ist schwach (Metformin) oder überhaupt nicht (Glibenclamid, Insulin) nachgewiesen. Der behandelnde Arzt steht in einem therapeutischen Dilemma, das er nur durch individuelle Therapieent-

scheidungen lösen kann. Die Zielvereinbarung bietet hier ausreichenden Spielraum.

Glimepirid ist preisgünstiger als die Zielsubstanzen.

Nebenbei: Der ausgedehnte Gebrauch von Insulinteststreifen auch bei nicht mit intensivierter Insulintherapie eingestellten Patienten kostet hunderte Millionen Euro. Der Versuch der KVBW und ihrer Vorgänger-KVen, hier einschränkend zu wirken, stieß auf den Widerstand einiger Kassen!

### Hinweise für eine wirtschaftliche Verordnungsweise

- Orale Antidiabetika der Wahl sind nach wie vor Metformin bei Übergewicht beziehungsweise Sulfonylharnstoffe bei Normalgewicht.
- Nateglinid, Repaglinid und Acarbose gelten als Reserve-Antidiabetika.
- Vom Einsatz der Glitazone wird nach neuesten Kenntnissen abgeraten.
- Sitagliptin und Vildagliptin führen zu einer mäßigen HbA1c-Senkung (0,6-0,8%). Langzeitdaten zu klinischer Wirksamkeit und Sicherheit liegen nicht vor. Der Stellenwert ist bislang unklar.

## Alpha-Rezeptoren-Blocker in urologischer Indikation

(Verordnungsforum 6, Seite 40)

### Leitsubstanz

Tamsulosin

### Kosten

Ausgaben 2007 in Baden-Württemberg:  
12,1 Millionen Euro

Entwicklung in Deutschland 2003 bis 2007

Wirkstoffgruppe	Kosten in 1.000 €		Diff.	DDD in 1.000		Diff.
	2003	2007	%	2003	2007	%
Alpha-Rezeptoren-Blocker	187.224	83.080	- 55,6	161.400	207.700	28,7

### Ziele 2009 – Leitsubstanz(en) – Anteil an allen verordneten DDD

Wirkstoffgruppe	Leitsubstanz	Basiswert	Zielwert
Alpha-Rezeptoren-Blocker	Tamsulosin	80,3 %	80,3 %

Wirkstoffe	DDD-Kosten in € 2007
Tamsulosin Zielsubstanz	0,40
Alfuzosin	0,43
Terazosin	0,66
Doxazosin	0,86

Die Alpharezeptorenblocker in urologischer Indikation wurden auf der Bundesebene in die Zielvereinbarungen aufgenommen mit dem Ziel, auch bei der Facharztgruppe der Urologen eine Wirkstoffgruppe zu platzieren. Die Kosten sind durch Preisreduk-

tion der durchweg generischen Präparate erfreulicherweise deutlich gesunken. Die Zielwerte sind bereits 2007 erreicht gewesen. Größerer Handlungsbedarf besteht hier nicht.

## Nichtsteroidale Antirheumatika

(Verordnungsforum 6, Seite 46)

### Leitsubstanz

Diclofenac

### Kosten

Ausgaben 2007 in Baden-Württemberg:  
60,6 Millionen Euro

Entwicklung in Deutschland 2003 bis 2007

Wirkstoffgruppe	Kosten in 1.000 €		Diff.	DDD in 1.000		Diff.
	2003	2007	%	2003	2007	%
NSAR	513.240	504.526	- 1,7	871.200	878.200	0,8

Eine 2004 durch eine (unsinnige) Apothekenpreisverordnung bedingte massive Verteuerung gerade preisgünstiger Präparate verhindert eine viel deutli-

chere Kostenreduktion (zu alten Preisen – 67,25 Millionen Euro).

### Ziele 2009 – Leitsubstanz(en) – Anteil an allen verordneten DDD

Wirkstoffgruppe	Leitsubstanz	Basiswert	Zielwert
NSAR	Diclofenac	52,0 %	52,0 %

Wirkstoffe	DDD-Kosten in € 2007
Diclofenac	0,45
Ibuprofen	0,65
Etoricoxib	1,23
Celecoxib	1,43
Acemetacin	0,85
Piroxicam	0,59

nur Substanzen mit Umsatz größer 1 Millionen Euro angeführt.

Dexibuprofen mit 1,33 € und Dexketoprofen mit 2,05 € je DDD deutlich teurer.  
Mit Ausnahme der „Coxibe“ meist preisgünstige Substanzen. Zielwerte erreicht.

### Hinweise für eine wirtschaftliche Verordnungsweise

- Leitsubstanz 2009 in Baden-Württemberg ist Diclofenac.
- Diclofenac besitzt ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis.

- Ulkusprophylaxe ist mittels generischer Protonenpumpenhemmer möglich bei Patienten mit gastrointestinalen Risikofaktoren.
- Wirtschaftlich ist die Verordnung von Diclofenac in Form preisgünstiger Generikapräparate, wenn die Verordnung eines verschreibungspflichtigen NSAR zu Lasten der GKV als zweckmäßig anzusehen ist (siehe auch Seite 25).
- Coxibe nur bei Kontraindikationen gegen „alte“ NSAR einsetzen.

## Bisphosphonate zur Osteoporosetherapie

(Verordnungsforum 5, Seite 43)

### Leitsubstanz

Alendronsäure

### Kosten

Ausgaben 2007 in Baden-Württemberg:  
23 Millionen Euro

Entwicklung in Deutschland 2003 bis 2007

Wirkstoffgruppe	Kosten in 1.000 €		Diff.	DDD in 1.000		Diff.
	2003	2007	%	2003	2007	%
Bisphosphonate	188.705	211.901	12,3	105.900	172.800	63,2

Dank generischer Alendronatpräparate bei deutlichem Verordnungsanstieg relativ geringer Kostenanstieg.

### Ziele 2009 – Leitsubstanz(en) – Anteil an allen verordneten DDD

Wirkstoffgruppe	Leitsubstanz	Basiswert	Zielwert
Bisphosphonate	Alendronsäure	72,2 %	76,0 %

Wirkstoffe	DDD-Kosten in € 2007
Alendronsäure	1,12
Etidronsäure	4,66
Ibandronsäure	AVR 2008 1,46 3,30
Risedronsäure	AVR 2008 1,70 1,48

### Hinweise für eine wirtschaftliche Verordnungsweise

Der erste Schritt einer Osteoporose- und Frakturprophylaxe ist die Verringerung des Knochenverlustes und die Vermeidung von Knochenbrüchen durch folgende Basismaßnahmen:

- Veränderung des Lebensstiles.
- Verringerung von Risikofaktoren wie zum Beispiel Rauchen, exzessiver Alkoholkonsum, geringe körperliche Aktivität.
- Ausreichende Ernährung und Sonnenexposition sowie Sicherstellung einer ausreichenden Calcium- und Vitamin-D-Zufuhr (1.200 bis 1.500 mg Calcium/400 bis 1.200 IE Vitamin D).
- Vermeidung von Sturzursachen.
- Ist eine medikamentöse Therapie indiziert, sind Bisphosphonate das Mittel der Wahl.
- **Alendronsäure** ist die am besten untersuchte Substanz dieser Substanzklasse und gilt deshalb als **Leitsubstanz**.
- Alendronsäure ist aufgrund der Evidenzlage und der Wirtschaftlichkeit zu empfehlen.
- Ein therapeutischer Nutzen einer Therapie mit Bisphosphonaten über den Zeitraum von drei bis vier Jahren hinaus ist nicht ausreichend belegt.

## Triptane

(Verordnungsforum 6, Seite 44)

### Leitsubstanz

Sumatriptan

### Kosten

Ausgaben 2007 in Baden-Württemberg:  
11,8 Millionen Euro

Entwicklung in Deutschland 2003 bis 2007

Wirkstoffgruppe	Kosten in 1.000 €		Diff.	DDD in 1.000		Diff.
	2003	2007	%	2003	2007	%
Triptane	98.022	86.997	- 11,2	10.200	14.100	38,2

Kostenreduktion durch Generika trotz Verordnungsausweitung

### Ziele 2009 – Leitsubstanz(en) – Anteil an allen verordneten DDD

Wirkstoffgruppe	Leitsubstanz	Basiswert	Zielwert
Triptane	Sumatriptan	41,4 %	50,0 %

Wirkstoffe	DDD-Kosten in €
Sumatriptan	4,22
Rizatriptan	8,89
Zolmitriptan	7,05
Frovatriptan	6,94
Naratriptan	8,64
Eletriptan	9,39
Almotriptan	7,47

Naratriptan in bestimmten Dosierungen ist bereits verschreibungsfrei. Sumatriptan in Packungsgrößen mit maximal zwei Tabletten à 50 mg wird voraussichtlich zum 1. Oktober 2009 verschreibungsfrei. In geeigneten Fällen können Patienten auf diese Selbstmedikation hingewiesen werden. Siehe hierzu auch den Hinweis am Schluss des Textes auf Seite 25.

### Hinweise für eine wirtschaftliche Verordnungsweise

Leitsubstanz 2009 in Baden-Württemberg ist Sumatriptan. Nach wie vor gilt Sumatriptan als Standardsubstanz mit der längsten klinischen Erfahrung.



## Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)

(Verordnungsforum 6, Seite 42)

### Leitsubstanzen

Citalopram

### Kosten

Ausgaben 2007 in Baden-Württemberg:  
29,1 Millionen Euro

Entwicklung in Deutschland 2003 bis 2007

Wirkstoffgruppe	Kosten in 1.000 €		Diff. %	DDD in 1.000		Diff. %
	2003	2007		2003	2007	
SSRI	205.632	181.146	- 11,9	183.600	317.800	73,1
SNR*	72.611	192.423	165	28.700	83.300	190,2

\*zur Information die Kosten und Anzahl der verordneten SNRIs im gleichen Zeitraum

### Ziele 2009 – Leitsubstanz(en) – Anteil an allen verordneten DDD

Wirkstoffgruppe	Leitsubstanz	Basiswert	Zielwert
SSRI	Citalopram	48,4 %	50,0 %

Wirkstoffe	DDD-Kosten in € 2007
Citalopram	0,53
Fluoxetin	0,37
Paroxetin	0,48
Sertralin	0,58
Fluvoxamin	0,66
Escitalopram	1,18
zur Info (DDD-Kosten lt. AVR 2008)	
Venlafaxin	2,26
Duloxetin	2,47

Fluoxetin (2008 noch Leitsubstanz) und Paroxetin wurden trotz ihres niedrigeren Preises im Vergleich

zu Citalopram wegen zwischenzeitlich berichteter Nebenwirkungen nicht zur Leitsubstanz.

### Regionales Ziel – Ergänzende Vereinbarung zu SNRI

Der Verordnungs- und Kostenanstieg der SNRIs wurde zum Teil auf die Zielvereinbarung bezüglich SSRIs zurückgeführt. Deshalb wurde in einer Zu-

satzvereinbarung für 2009 angestrebt, den Verordnungsanteil dieser Substanzen mit 15 Prozent gemessen an der Gesamtverordnungsmenge SSRI plus SNRI gegenüber 2007 nicht ansteigen zu lassen.

Kenngroße	Basiswert	Zielwert
Anteil Verordnungen (VO) SNRI an Summe VO SNRI plus SSRI	15 %	15 %

## Trizyklische Antidepressiva (NSMRI)

### Leitsubstanz

Amitriptylin

### Kosten

Ausgaben 2007 in Baden-Württemberg:  
18,7 Millionen Euro

Entwicklung in Deutschland 2003 bis 2007

Wirkstoffgruppe	Kosten in 1.000 €		Diff. %	DDD in 1.000		Diff. %
	2003	2007		2003	2007	
NMSRI	159.706	149.236	- 6,6	266.400	270.800	1,7

Die Gruppe der NSMRIs zeigt keine Dynamik. Warum sie für die Zielvereinbarung ausgewählt wurde ist unklar.

### Ziele 2009 – Leitsubstanz(en) – Anteil an allen verordneten DDD

Wirkstoffgruppe	Leitsubstanz	Basiswert	Zielwert
NMSRI	Amitriptylin	31,8 %	32,0 %

Wirkstoffe	DDD-Kosten 2007 in €
Amitriptylin	0,43
Opipramol	0,58
Doxepin	0,58
Clomipramin	0,72
Amitriptylinoxid	0,33

Angegeben nur Substanzen mit über 500.000 Euro Umsatz in BW

### Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

- Grundsätzlich sollten auch nichtmedikamentöse Therapien Teil eines Gesamtbehandlungskonzeptes bei Depressionen sein.
- Für NSMRI liegen zahlreiche klinische Studien vor, die eine antidepressive Wirksamkeit belegen. Amitriptylin und Imipramin können begleitend bei langfristigen Schmerztherapien eingesetzt werden.
- Im Vergleich der antidepressiven Wirksamkeit von NSMRI und SSRI wurden kaum signifikante Unterschiede festgestellt. Deutliche Unterschiede finden sich allerdings im Nebenwirkungsprofil. Bei kardialen Vorschädigungen sollten SSRI-Mittel der ersten Wahl sein.

## Calciumantagonisten – Dihydropyridine (langwirksam)

(Verordnungsforum 4, Seite 19)

### Leitsubstanz

Amlodipin  
Nitrendipin

### Kosten

Ausgaben in Baden-Württemberg 2007:  
26,2 Millionen Euro

Entwicklung in Deutschland 2003 bis 2007

Wirkstoffgruppe	Kosten in 1.000 €		Diff.	DDD in 1.000		Diff.
	2003	2007	%	2003	2007	%
Calciumantagonisten	396.384	224.298	- 43,41	825.800	1.319.400	59,8

### Ziele 2009 – Leitsubstanz(en) Anteil an allen DDDs

Wirkstoffgruppe	Leitsubstanz	Basiswert	Zielwert
Calciumantagonisten	Amlodipin, Nitrendipin	74,7 %	74,7 %

Wirkstoffe	DDD-Kosten in € (Quelle AVR 2008)
Amlodipin	0,13
Nitrendipin	0,19
Felodipin	0,32
Lercanidipin	0,19
Nisoldipin	0,66

Die Zielwerte sind bereits 2007 erreicht gewesen. Größerer Handlungsbedarf besteht hier nicht.

## Vorsicht bei der Verordnung verschreibungsfrei gewordener Wirkstoffe

### Cave:

Es gibt Wirkstoffe, zum Beispiel Naratriptan, Sumatriptan (voraussichtlich ab 1. Oktober 2009), Omeprazol (voraussichtlich ab 1. Juli 2009), die als verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel im Handel sind. Im Falle nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel, die von der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Paragraph 34 SGB V ausgeschlossen sind, darf nicht auf verschreibungspflichtige Mittel ausgewichen werden, zum Beispiel um den Patienten finanziell zu entlasten. Die Arzneimittel-Richtlinien besagen hierzu Fol-

gendes: „Der Vertragsarzt soll nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein.“  
Wenn bei einem Patienten die Behandlung mit einem nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, welches einen solchen Wirkstoff enthält, medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend ist, so ist dieses zu Lasten des Patienten zu verordnen.

## Arzneimittelrichtgrößen

Gemäß Paragraf 84 Abs. 6 und 8 SGB V müssen die Vertragspartner (Krankenkassen und KV) arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen als Durchschnittswerte vereinbaren. Nach der Intention des Gesetzgebers sollen die Richtgrößen den verordnenden Arzt bei seinen Entscheidungen über die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot leiten.

Richtgrößen sind Durchschnittsgrößen für die Obergrenze von Arzneimittelausgaben je Fall und Quartal. Sie werden jedes Jahr gesondert zwischen den Vertragspartnern verhandelt und müssen bis 31. Dezember des jeweiligen Jahres an die betroffenen Vertragsärzte kommuniziert werden. Das Richtgrößenvolumen schließlich errechnet sich aus der Richtgröße multipliziert mit der Gesamtfallzahl der jeweiligen Praxis. Überschreiten die tatsächlichen Arzneimittelausgaben das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 Prozent, löst dies eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Paragraf 106 Abs. 5a SGB V aus.

### Was fließt alles in die Arzneimittelrichtgröße?

Im Paragraf 31 SGB V ist geregelt, dass Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit Arzneimitteln und Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen sowie auf Enterale Ernährung und Medizinprodukte (so weit sie in die Arzneimittelversorgung einbezogen sind) haben. Das bedeutet, dass diese Mittel den Arzneimitteln zugeordnet werden und die Kosten dieser Verordnungen in das Arzneimittelausgabevolumen einfließen. Sprechstundenbedarf und Impfstoffe fließen nicht in die Richtgröße mit ein.

### Praxisbesonderheiten

Unser Verhandlungsziel war es, klare Praxisbesonderheiten zu vereinbaren. Leider konnten wir in den Verhandlungen keinen Konsens mit den Krankenkassen herstellen. Im Rahmen der Richtgrößenprüfung 2006 hat die Prüfstelle ein Konzept entwickelt, das sukzessive weiterentwickelt werden soll und in den Prüfrichtlinien festgeschrieben wird.

Ausführliche Information der Prüfungsstelle Baden-Württemberg zu den Prinzipien der Richtgrößenprüfung für Arzneimittel im Jahr 2009 und die Anerkennung von Praxisbesonderheiten finden Sie im zweiten Teil dieses Heftes.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei der Prüfstelle nicht um eine Institution der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg handelt. Vielmehr handelt es sich um eine eigenständige, weisungsunabhängige, vom Gesetzgeber vorgeschriebene Institution, die unabhängig im Rahmen von Prüfverfahren, insbesondere auch über Praxisbesonderheiten, entscheidet.

Wir empfehlen Ihnen daher, alle aus Sicht des Arztes vorliegenden Besonderheiten (zum Beispiel kostenintensive Fälle) besonders zu dokumentieren. Die Dokumentation kann dann nach Aufforderung zur Stellungnahme in einem Prüfverfahren durch die Prüfungsstelle an diese abgegeben werden.

Wir werden auch künftig alles daran setzen, die Vertragspartner für weitere Besonderheiten bestimmter Fachrichtungen oder Behandlungsschwerpunkte zu sensibilisieren und eine entsprechende transparente Würdigung durch die Prüfstelle durchzusetzen.

## Arzneimittel-Richtgrößenwerte KVBW für das Jahr 2009

(in EURO)

Prüfgruppen	Bezeichnung Richtgrößengruppe	M/F 2009	R 2009
0110 0150	FA Anästhesie	5,55	13,82
0123	FA Anästhesie, Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung	103,72	204,51
0410 0411 0450	FA Augenheilkunde	6,05	14,83
0710 0711 0750	FA Chirurgie	7,07	15,78
1010 1011 1041 1042 1050	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13,65	33,60
1310 1311 1350	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12,41	5,61
1610 1611 1650	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	21,09	20,49
1920	an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende FA Allgemeinmedizin, praktische Ärzte, Ärzte und FA Innere Medizin	48,54	158,11
1930 1931 1934	FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, ohne SP FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Gastroenterologie FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Pneumologie und FA für Lungenheilkunde	75,69	93,05
1935 1938 1950	FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Endokrinologie FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Angiologie		
1932 1950	FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Kardiologie	23,55	29,99
1933 1950	FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Nephrologie	503,93	821,76
1936 1950	FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Hämato-/Onkologie	1.366,31	1.538,14
1937 1950	FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Rheumatologie	524,22	480,43
2320	FA Kinderheilkunde (hausärztl. und fachärztl. Tätige)	25,65	25,65
3810 3814 3815 3816 3850	Nervenärzte Neurologen Psychiater, SP Psychotherapie Psychiater	167,91	183,98

3812 3813	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	46,78	46,78
4110 4111 4150	Neurochirurgen	27,89	52,54
4410 4411 4437 4450	FA Orthopädie	6,69	15,44
5610 5611 5650	FA Urologie	24,41	72,24

Für Facharztgruppen, für die keine Richtgrößen vereinbart wurden, wird die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Arzneimittelrichtlinien durch die in der Prüfvereinbarung geregelten Prüfverfahren geprüft.

Für fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren erfolgt die Richtgrößenprüfung auf der Basis fallzahlgewichteter Richtgrößen.

Für ermächtigte Ärzte (Prüfgruppe XX50) sind die Richtgrößen der jeweiligen Fachgruppe vereinbart.

## Heilmittelvereinbarung 2009/Heilmittelrichtgrößen

Die Veröffentlichung der Heilmittelrichtgrößen im Dezember 2008 hat bei vielen von Ihnen Unverständnis und massive Regressängste ausgelöst. Tatsache ist, dass die Heilmittelrichtgrößen in einigen Fachgruppen um bis zu 34 Prozent abgesenkt wurden. Geschuldet ist dies dem Berechnungsmodus auf Basis der tatsächlichen durchschnittlichen Fallkosten des Jahres 2007. Die ermittelten durchschnittlichen Fallkosten des Jahres 2007 unterschritten nämlich in den meisten Fachgruppen die damals gültige Richtgröße. Überdies bestanden die Krankenkassen beziehungsweise ihre Verbände auf Absenkung der neu berechneten Richtgrößenwerte um 10 Prozent. Im Gegenzug wurde vereinbart, Praxisbesonderheiten festzulegen.

Lassen Sie sich nicht entmutigen – die Position der KVBW ist eindeutig:

- Die Heilmittelrichtgrößen 2009 sind nur in Verbindung mit einer Liste von Praxisbesonderheiten akzeptabel.
- Nach Meinung der KVBW darf eine indikationsgerechte Verordnung auf dem Boden der Heilmittelrichtlinien nicht sanktioniert werden.
- Die Datenlage bei den Heilmitteln ist so schlecht, dass jeder Betroffene gegen einen Regress in Widerspruch gehen muss und bei nicht ausreichender Berücksichtigung der Argumente unbedingt sein Recht vor dem Sozialgericht suchen sollte.

## Heilmittel-Richtgrößenwerte KVBW für das Jahr 2009

(in EURO)

Prüfgruppen	Bezeichnung Richtgrößengruppe	M/F 2009	R 2009
0123	Anästhesisten, Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung	17,77	22,63
0710 0711	FA Chirurgie	12,01	19,07
1920	FA Allgemeinmedizin, praktische Ärzte, Ärzte und FA Innere Medizin	7,74	21,78
1937	FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	10,88	18,56
2320	FA Kinderheilkunde (hausärztl. und fachärztl. Tätige)	13,52	13,52
3510 3511	Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgen	22,22	22,37
3810 3814 3815 3816	Nervenärzte Neurologen Psychiater, SP Psychotherapie Psychiater	6,58	18,82
3812 3813	Kinder- und Jugendpsychiater Kinder- und Jugendpsychiater, Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung	16,59	16,59
4110 4111	Neurochirurgen	32,53	40,64
4410 4411	FA Orthopädie	32,36	39,99
4437	FA Orthopädie, SP Rheumatologie	41,33	45,60
6310	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	47,76	61,42

Für fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren erfolgt die Richtgrößenprüfung auf der Basis fallzahlgewichteter Richtgrößen.

## Wirtschaftlichkeitsziele Heilmittel

Zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens und zur Erreichung von Einsparpotenzialen haben sich die Vertragspartner auf folgende Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele verständigt (Basiswerte: GKV-HIS 2007):

### Gruppenbehandlung

Der Anteil der Gruppenbehandlung soll zu Lasten der Einzelbehandlung gegenüber dem heutigen Verordnungsstand erhöht werden. Die Einzelbehandlung soll von 38,2 Prozent auf 36,6 Prozent gesenkt werden.

### Hausbesuch

Der Hausbesuch ist nur in zwingend medizinischen Ausnahmefällen verordnungsfähig. Dennoch besetzt der Hausbesuch in den GKV-HIS-Statistiken in allen Heilmittelbereichen (Physiotherapie, Ergo-

therapie, Logopädie und Podologie) eine umsatzstarke Position.

Der Anteil der Hausbesuche soll im Physiotherapiebereich auf 5 Prozent (bisher 6 Prozent), im Ergotherapiebereich auf 5,6 Prozent (bisher 8,2 Prozent), im Logopädiebereich auf 1,96 Prozent (bisher 2,4 Prozent) und im Podologiebereich auf 2,9 Prozent (bisher 3,8 Prozent) gesenkt werden..

### Massagetherapie

Im Vergleich zum Bundesgebiet wird die Massage in Baden-Württemberg überdurchschnittlich oft verordnet. In der leitliniengestützten Heilmittelbehandlung wird die Massage bereits nicht mehr berücksichtigt. Das Wirtschaftlichkeitsziel wird mit einem Zielwert von 6,05 Prozent (bisher 6,9 Prozent) vereinbart.

### Wichtig für Sie:

Maßnahmen zur Überprüfung der arztindividuellen Einhaltung der Heilmittel-Zielvereinbarung wurden nicht vereinbart.

## Praxisbesonderheiten

Im Rahmen der (erstmalig durchgeführten) Richtgrößenprüfung für Heilmittel für das Jahr 2006 wurden folgende Praxisbesonderheiten durch die Prüfstelle anerkannt:

- pauschale Anerkennung (Abzug) von Logo- und Ergotherapie
- unterdurchschnittlich kleine Fallzahlen
- kompensatorische Einsparungen im Arzneimittelbereich
- Betreuung von Heimpatienten
- Betreuung von Schwer- bzw. Schwerstbehinderten
- Betreuung weiterer kostenintensiver Fälle (MS, Rheuma, etc.)
- Durchführung überdurchschnittlich häufiger großer ambulanter Operationen

- Durchführung überdurchschnittlich hoher Anzahl von ambulanter Operationen
- Kurortstatus

Nicht anerkannt werden in der Regel überdurchschnittlich hohe Rentneranteile, da diese bereits in der jeweiligen „Rentner-Richtgröße“ abgebildet sind. Bitte beachten Sie, dass die durchgeführte Quantifizierung dieser Praxisbesonderheiten nach Auffassung der Prüfstelle nur für den der Prüfung zugrunde liegenden Zeitraum Wirkung entfaltet und nutzen Sie diese Informationen ausschließlich als Anhaltspunkte.

Ziel aller unserer Bemühungen in 2009 ist die Entwicklung von vernünftigen, nachvollziehbaren und – vor dem Hintergrund der schlechten Datenlage



im Heilmittelbereich – vor allem auch berechenbaren Praxisbesonderheiten. Zur Erfüllung dieser Aufgabe wurde eine Heilmittelkommission ins Leben berufen, die sich aus Vertretern der Krankenkassen, Ärzten und Apothekern der KVBW, aber auch niedergelassenen Ärzten zusammensetzt.

Wie es bereits in anderen Bundesländern gelebt wird, ist eine angemessene Versorgung der Patienten ohne Androhung von Sanktionierung nur dann möglich, wenn der Arzt durch die Anerkennung von Praxisbesonderheiten die wirtschaftliche Sicherheit

gewinnt, notwendige Therapien verordnen zu können.

Für die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein konnten bereits Praxisbesonderheiten für den Heilmittelbereich erfolgreich vereinbart werden. Wir werden diese Praxisbesonderheiten-Liste, aber auch die vereinbarten Praxisbesonderheiten einiger anderer KVen als Diskussionsgrundlage in die Heilmittelkommission einbringen und stellen Ihnen daher die Liste der KV Nordrhein beispielhaft im Folgenden dar:

**Wichtig für Sie:**

Bei den aufgeführten Praxisbesonderheiten handelt es sich um einen beispielhaften Vorschlag, der mit den Krankenkassen beziehungsweise ihren Verbänden in Baden-Württemberg noch nicht abgestimmt ist.

Geme nehmen wir Ihre Anregungen und Ihre Kritik auf. Wir werden alles daran setzen, die Vertragspartner für die Besonderheiten bestimmter Fachrichtungen oder Behandlungsschwerpunkte zu sensibilisieren und eine entsprechende Würdigung durch die Prüfstelle zu erreichen.

**Heilmittel-Praxisbesonderheiten 2008 KV Nordrhein**

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Heilmittel
90950	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen
90951	Manuelle Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen

**Für Kinder und Jugendliche:**

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Heilmittel
90952	Maßnahmen der Ergotherapie bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90953	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie

90954	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90955	Maßnahmen der Ergotherapie bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90956	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90957	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90958	Maßnahmen der Ergotherapie bei schweren/tief greifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
90959	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei schweren/tief greifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
90960	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren/tief greifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
90967	Maßnahmen der Ergotherapie bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung
90968	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung
90969	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung
90970	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit Mukoviszidose
90981	Maßnahmen der Ergotherapie bei palliativmedizinischer Betreuung
90982	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei palliativmedizinischer Betreuung
90983	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei palliativmedizinischer Betreuung

**Für Erwachsene:**

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Heilmittel
90971	Maßnahmen der Ergotherapie bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexuspareesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90972	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexuspareesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90973	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexuspareesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90974	Maßnahmen der Ergotherapie bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
90975	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
90976	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
90977	Manuelle Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung, aufgrund einer onkologischen Erkrankung

# AUS DEM PRÜFGESCHÄFT

## Vorsicht bei der Verordnung von Immunstimulantien!

Verschiedene Krankenkassen stellen regelmäßig Regressanträge bei den Einrichtungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung (siehe hierzu ERGO 2/08, Seiten 2-7) wegen Verordnung von Arzneimitteln bei einzelnen Patienten. Diese Anträge werden überwiegend damit begründet, dass der verordnende Arzt gegen die Vorgaben der Arzneimittelrichtlinien verstoßen habe.

Nachdem mehrere Ärzte, die von einem Regressantrag wegen Verordnung von „Immunstimulantien“ (zum Beispiel Uro-Vaxom®) betroffen waren, die Entscheidungen der früheren Prüfungsausschüsse nicht unwidersprochen hingenommen haben und auch die KVBW wegen widersprüchlicher Entscheidungen interveniert hatte, musste sich die zuständige Kammer des Beschwerdeausschusses mit der Problematik befassen.

Im Ergebnis hat diese entschieden, den Antrag einer Krankenkasse dann zurückzuweisen, wenn der ver-

ordnende Arzt glaubhaft versichern kann, dass er die nach Buchstabe G Ziffer 20.2f Arzneimittelrichtlinie (**Neu** – voraussichtlich ab 1. April 2009: Anlage III zur Arzneimittelrichtlinie) geforderten Voraussetzungen erfüllt hat!

Danach dürfen Umstimmungsmittel und Immunstimulantien nur verordnet werden, wenn vorher allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen genutzt werden (zum Beispiel diätetische und physikalische), hierdurch aber das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann und eine Behandlung mit diesen Arzneimitteln zusätzlich erforderlich ist.

Beachten Sie dies bitte vor der Entscheidung, ein Umstimmungsmittel oder ein Immunstimulanzium einzusetzen!

### **Cave:**

Neuere Entscheidungen des Beschwerdeausschusses (BA) sehen unabhängig von den Vorgaben der Arzneimittelrichtlinie das Wirtschaftlich-

keitsgebot per se dann verletzt, wenn eine nach Auffassung des BA ungenügende Datenlage für die Wirksamkeit vorliegt.

## AKTUELLE INFORMATIONEN

### Fortsetzung der Arzneimittel-Therapie nach Krankenhausbehandlung

Sie kennen das: Der Patient legt Ihnen nach Rückkehr aus stationärer Behandlung einen Krankenhausentlassungsbericht vor, welcher die weiter benötigten Medikamente auflistet. Die Empfehlungen im Arztbrief enthalten nur teure Originalpräparate, kein einziges Generikum.

Nach dem Willen des Gesetzgebers sind die Krankenhäuser aber verpflichtet, im Arztbrief zur Entlassungsmedikation dem weiterbehandelnden Vertragsarzt Therapievorschlüge unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnungen mitzuteilen, wenn im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Verordnung von Arzneimitteln erforderlich ist.

Sofern preisgünstigere Arzneimittel mit

- pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder
- therapeutisch vergleichbarer Wirkung verfügbar sind, muss vom Krankenhaus mindestens ein preisgünstigerer Therapieverschlagn angegeben werden! Das Krankenhaus darf nur in medizinisch begründeten Einzelfällen hiervon abweichen.

Sofern eine im Krankenhaus begonnene Arzneimitteltherapie im Anschluss an die Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Versorgung längerfristig fortgesetzt werden muss, soll das Krankenhaus bei der Entlassung Arzneimittel anwenden, die auch bei Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind.

Voraussetzungen:

- die Behandlung im Einzelfall darf hierdurch nicht beeinträchtigt oder
- die Verweildauer darf nicht verlängert werden.

Diese Vorgaben in Paragraph 115c SGB V werden von einigen Kliniken nicht ausreichend beachtet. Für den niedergelassenen Arzt beginnt dann in jedem Einzelfall eine zeitaufwendige Suche nach Wirkstoffnamen und Generika-Anbietern. Außerdem sind Diskussionen mit dem Patienten oder seinen Angehörigen über eine alternative Medikation nicht auszuschließen. Das sollte nicht so sein!

**Sofern sie feststellen, dass Krankenhäuser weiterhin nicht an die genannten Vorgaben des Gesetzgebers halten, teilen Sie uns dies bitte mit. Wir werden dann intervenieren.**

## Arztnummersystematik seit 1. Juli 2008

Im Sommer 2008 erfolgte die Umstellung der alten Arztrechnungsnummer (ANR) auf die neue Betriebsstättennummer (BSNR) und die lebenslange Arztnummer (LANR). Da dies zu Fragen bezüglich der Rezeptbedruckung führte, möchten wir nachfolgend auf häufig gestellte Fragen eingehen.

### Darf man die Rezepte des Praxispartners auch unterschreiben?

Ja, aber nur in Ausnahmefällen. Hier greift eine Protokollnotiz zum Bundesmantelvertrag (Deutsches Ärzteblatt Nr. 24 vom 13. Juni 2008). Sie gilt nur für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und besagt, dass alle Ärzte in einer BAG unterschreibungsberechtigt sind, unabhängig davon, welche LANR auf dem Rezept steht.

Im Alltag erleichtert diese Regelung das Ausstellen von Folgerezepten, vor allem wenn Patienten einem Arzt „zugeordnet sind“ (falls dies so gehandhabt wird), dieser das Rezept aber nicht unterschreiben kann, zum Beispiel aufgrund von Notdienst oder da er verhindert ist. Generell ist die Kennzeichnung jedoch vorrangig, das heisst die Arztnummer des verordnenden und unterzeichnenden Arztes muss auf das Verordnungsblatt.

### Welche Nummern müssen bei Vertretung auf das Rezept?

Sofern die Vertretung in der Praxis des Vertreters stattfindet, sind die Nummern (BSNR, LANR) des Vertreters auf dem Verordnungsblatt anzugeben.

Sofern die Vertretung in der Praxis des Vertretenen stattfindet, sind die Nummern (BSNR, LANR) des Vertretenen auf dem Verordnungsblatt anzugeben.

### Wie erfolgt die Verordnung in einer Nebenbetriebsstätte?

Damit der Ort der Verordnung identifizierbar ist, muss in das Personalienfeld auf dem Rezept die Nebenbetriebsstätte eingetragen werden. Die Bedruckung mit der LANR erfolgt wie in der Hauptbetriebsstätte.

### Können die alten Rezeptformulare weiterverwendet werden?

Ja, sie müssen sogar aufgebraucht werden. Wenn Sie nun neue Rezeptformulare bestellen (Systemform), dann wird in der Kodierzeile (unten rechts auf Rezept) nicht mehr die ANR, sondern die Betriebsstättennummer oder Nebenbetriebsstättennummer eingedruckt sein.

### Ist ein neuer Arztstempel erforderlich?

Generell muss bei einer ärztlichen Verschreibung immer der gesamte Name des verordnenden Arztes erkennbar sein. Dies ist im Paragraph 2 Arzneimittelverschreibungsverordnung geregelt. Der vor dem 1. Juli 2008 verwendete Stempel (oder Aufdruck/Vordruck) kann jedoch übergangsweise weiter unverändert verwendet werden. Bei Änderungen werden wir Sie zeitnah informieren.

Da jedoch die Prüfung im Arzneimittelbereich weiterhin auf Praxisebene erfolgt, ist es notwendig, statt der ANR die jeweilige BSNR im Stempel zu verwenden.

Bitte beachten Sie:

Verordnungsblätter müssen grundsätzlich mit der **LANR** und der **BSNR** bedruckt werden.

## Weitergabe von Rezeptformularen an andere Praxen

Jeder Vertragsarzt darf nur Arzneiverordnungsblätter mit seiner Arztnummer verwenden. Diese Nummer befindet sich auf der Vorderseite des Rezepts, unten rechts auf dem weißen Streifen und dient zum Abgleich der im Adressfeld eingedruckten Betriebsstättennummer. Durch diese Nummer

kann das Rezept maschinell gelesen und dem Arzt zugeordnet werden. Da somit jede Betriebsstätte die ihr zugeordneten Verordnungsblätter hat, ist eine aushilfsweise **Weitergabe an eine andere Vertragsarztpraxis nicht möglich.**

# SPRECHSTUNDENBEDARF

## Die neue Sprechstundenbedarfsvereinbarung

Seit 1. Januar 2009 gilt die neue Sprechstundenbedarfsvereinbarung, nachdem die bisherige Sprechstundenbedarfsvereinbarung von Seiten der Kostenträger gekündigt wurde.

Für die Versorgung nach der Sprechstundenbedarfsvereinbarung ist der Sitz Ihrer Arztpraxis ausschlaggebend. Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung gilt für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in Baden-Württemberg. Der Wohnsitz des Patienten ist hierbei nicht relevant, vorausgesetzt die Krankenkasse des Patienten ist der Sprechstundenbedarfsvereinbarung beigetreten. Nicht beigetreten sind gegenwärtig nur die BKK VBU und die IKK Brandenburg und Berlin.

Die Konformität der in Frage kommenden Mittel für den Bezug über Sprechstundenbedarf ergibt sich aus der zugehörigen Anlage. Während die Anlage nach der bisherigen Sprechstundenbedarfsverein-

barung nur nach Indikationsbereichen unterteilt war, enthält die gültige Sprechstundenbedarfsvereinbarung eine abschließende Positivliste von Wirkstoffen. Hierdurch erhoffen wir uns eine erhöhte Transparenz. So wissen Sie sofort welche Wirkstoffe Sie über Sprechstundenbedarf verordnen dürfen und gehen nicht das Risiko eines zeitverzögerten Regresses ein.

Als Auswahl der in der Positivliste enthaltenden Wirkstoffe dienten die im Jahr 2007 tatsächlich getätigten Verordnungen über Sprechstundenbedarf. Die hierfür zuständige Arbeitsgruppe bestand aus Ärzten, Apothekern und erfahrenen Mitarbeitern aus dem Sprechstundenbedarfsbereich von Seiten der Kostenträger und Ihrer KV. Die Anlage kann einvernehmlich durch die Arbeitsgruppe ergänzt werden. Ein Treffen der Arbeitsgruppe findet vierteljährlich statt.

Ausführliche Informationen sowie eine Auflistung der häufigsten Fragen finden Sie auf unserer Homepage unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) ⇒ Mitglieder ⇒ Dienstleistungen ⇒ Verordnungsmanagement ⇒ Sprechstundenbedarf.

Gerne nehmen wir Ihre Anregungen entgegen und stehen für Ihre Fragen auch persönlich zur Verfügung.

## Verordnung von Sprechstundenbedarf durch Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen

Seit 2009 können Zahnärzte keinen Sprechstundenbedarf mehr über Rezept anfordern, da der Sprechstundenbedarf über Pauschalen vergütet wird.

Nach unseren vorliegenden Informationen verwenden leider auch einige Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen mit Doppelzulassung die Vordrucke für die Kassenzahnärztliche Zulassung (Muster 16 mit eingedruckter „1“ im Feld Begründungspflicht und speziellen Arztnummern in der Codierzeile). Sprechstundenbedarf-Rezepte auf Zahnarztvordrucken

und/oder mit Zahnarztnummern und -stempeln werden soweit möglich bereits bei der Abrechnung (maschinell) ausgesteuert und zurückgewiesen. Daher bitten wir Sie, für Ihre Verordnung von vertragsärztlichem Sprechstundenbedarf die Vordrucke für Ihre kassenärztliche Zulassung zu verwenden, versehen mit Ihrer Arztnummer und Ihrem Arztstempel. Die Kosten für Ihren kassenärztlichen Sprechstundenbedarf werden selbstverständlich weiterhin übernommen.

## Das Rabattkarussell dreht sich weiter

### Substitution von Normalinsulinen

Immer wieder kommt es bei der Verordnung von Normalinsulinen seit der Einführung von Rabattverträgen zu Problemen.

Apotheker weigern sich ohne den Ausschluss von „Aut idem“ das Insulin auszugeben, auf das der Patient eingestellt ist und welches vom Arzt namentlich verordnet wurde. Schuld an der Misere ist die zum 1. April 2008 in Kraft getretene Neufassung des Rahmenvertrages zur Arzneimittelversorgung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband. Der Vertrag regelt die Beziehungen zwischen Apotheken und Krankenkassen und legt die Maßgaben bei der Abgabe von Arzneimitteln, insbesondere die Vorrangigkeit der Abgabe von Arzneimitteln, für die ein Rabattvertrag nach Paragraph 130a Abs. 8 SGB V besteht, fest.

Dies führt zu erheblichen Verunsicherungen auf Seiten der betroffenen Patienten und Ärzte. Eine kurzfristige Umstellung der Insulinverordnung in der Apotheke auf ein anderes Pensystem scheitert nicht selten daran, dass das „neue“ Insulin nicht in das vorhandene Pensystem passt. Hinzu kommt, dass die Handhabung der einzelnen Systeme sich zum Teil erheblich unterscheiden und eine Neueinweisung des Patienten erforderlich macht.

Mit Schreiben vom 12. November 2008 hat die AOK Baden-Württemberg anlässlich des Rabattvertrages mit den Humaninsulinen Insuman® zur Substitutionsverpflichtung in der Apotheke Stellung genommen:

„Bekanntlich liegt das Ziel der Rabattvereinbarung in der Ermöglichung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise von Humaninsulinen (mit Ausnahme der Betrachtung von Humaninsulinen bekannter Generikaanbieter) – in erster Linie bei der Ersteinstellung mit rabattiertem Humaninsulin. Ist ein Anbieterwechsel des Humaninsulins bzw. des Pens nach Therapieentscheidung des behandelnden Arztes ohne Probleme möglich, können u. E. (Anmerkung der Redaktion: Der AOK Baden-Württemberg) auch Umstellungen auf ein rabattiertes Humaninsulin durchgeführt werden. Bei einer etwaigen Wirtschaftlichkeitsprüfung soll die durch den Vertrag sichergestellte Wirtschaftlichkeit bezüglich der Preiskomponente berücksichtigt werden. (...) Obwohl unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Substitutionspflicht bei biotechnologischen Arzneimitteln in der Apotheke diskutiert werden, ist in der Apothekensoftware eine Substitutionsverpflichtung für Humaninsuline hinterlegt – selbst wenn unterschiedliche Applikationssysteme zu den diversen Humaninsulinen vorhanden sind.

Um zu verhindern, dass nicht intendierte Therapieumstellungen stattfinden bzw. bei Vorliegen von



Gründen, die in Einzelfällen dem Einsatz der Pens des rabattierten Humaninsulins entgegenstehen, wird ein Aut-idem-Ausschluss angeraten“.

### **AOK-Rabattverträge starten nicht pünktlich**

Weil sich einige Nachprüfverfahren bis in den März hineinziehen, werden die Rabattverträge der AOK nicht wie geplant zum 1. März in Kraft treten. Die Vergabekammer des Bundes hat am 16. Febru-

ar den Antrag der AOK auf Vorabgestattung der Zuschläge genehmigt. Nun kann die Krankenkasse zwar vor der Entscheidung Zuschläge für bestimmte Wirkstoffe erteilen, aber auch dagegen könnten sich Hersteller im Eilverfahren wehren. Damit ist zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses offen, ob alle Wirkstoffe zeitgleich an den Start gehen können. Das ist vom weiteren Verlauf der noch anhängigen Verfahren abhängig. Anfang August 2008 hatte die AOK Rabattverträge für 2009 und 2010 über insgesamt 64 Wirkstoffe ausgeschrieben.

## **Patentschutz für Zyprexa® bestätigt**

Der Bundesgerichtshof hat das Neuroleptikum Olanzapin (Zyprexa®) der Firma Lilly in Deutschland bis 2011 wieder unter Patentschutz gestellt. Er hob damit ein Urteil des Bundespatentgerichts auf, das das Patent im vergangenen Jahr für nichtig erklärt hatte. Die Generikahersteller reagierten auf diese Meldung, indem sie ihre Präparate sofort bzw. bis zum 15. Januar 2009 vom Markt nahmen. Somit steht Olanzapin zurzeit nur in Form des Originalpräparates Zyprexa® zur Verfügung. Interessanterweise sieht der Hersteller in der Umstellung von generischem Olanzapin auf Zyprexa® nur geringe Probleme: „Generisches Olanzapin kann durch das Originalpräparat Zyprexa ausgetauscht werden. Die Inhaltsstoffe sind hinsichtlich ihrer Verträglichkeit, Sicherheit und Wirksamkeit vergleichbar (...)“ (Presseinformation der Firma Lilly vom 18. Dezember 2009).

Nach Wegfall des Festbetrages für Olanzapin-Präparate hob die Firma Lilly die zum Januar 2009 auf Festbetragshöhe gesenkten Preise von Zyprexa® seit Februar 2009 wieder auf das Preisniveau vom Dezember 2008 an. Zu Änderungen bei den laufenden Rabattverträgen des Originalherstellers liegen bis jetzt noch keine aktuellen Informationen vor.

Bei der Berechnung der regionalen Zielvereinbarungen in der Gruppe der atypischen Neuroleptika (siehe Seite 9 in diesem Heft) wurde das Urteil des BGH bereits berücksichtigt und bei Bestimmung des Basiswertes alle Olanzapin-Verordnungen (Originalpräparate und Generika) als Originalpräparat-DDDs gewertet.

# BESCHLÜSSE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES

Die aktuellen Beschlüsse des G-BA haben wir im Folgenden in Auszügen für Sie zusammengestellt. Weitere Informationen finden Sie auf der Home-

page des G-BA ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)). Auf Wunsch senden wir Ihnen die Beschlüsse beziehungsweise Therapiehinweise jedoch auch gerne zu.

## Beschluss zur Neufassung der Arzneimittelrichtlinie (AMR)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 18. Dezember 2008 in Berlin die Regelungen der Arzneimittelverordnung in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittelrichtlinie) in neuer und übersichtlicher Form beschlossen. Die Neufassung stellt die hohe Regelungsdichte im Arzneimittelsektor mit der größtmöglichen Übersichtlichkeit dar. Eine Neufassung war notwendig geworden, um die zahlreichen gesetzlichen Änderungen der vergangenen Jahre in diesem Bereich abzubilden. So wurde erstmalig die Regelung zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln außerhalb der zugelassenen An-

wendungsgebiete im Rahmen klinischer Studien eingefügt (Paragraf 35c SGB V).

Die Neufassung der Arzneimittelrichtlinie wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit nicht beanstandet und tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger voraussichtlich zum 1. April 2009 in Kraft.

Über wesentliche inhaltliche Änderungen werden wir Sie schnellstmöglich gesondert informieren.

## Therapiehinweis zu Exenatide (z. B. Byetta®)

Der Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen hat am 19. Juni 2008/16. Oktober 2008 einen Therapiehinweis zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Exenatide beschlossen, der mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 27. November 2008 in Kraft getreten ist (Bundesanzeiger Nr. 181 S. 4 261).

Exenatide wurde bereits im Verordnungsforum 6 unter der Rubrik „Wirkstoff aktuell“ vorgestellt.

Exenatide ist zugelassen zur Behandlung des Typ-2-Diabetes mellitus in Kombination mit Metformin und/oder Sulfonylharnstoff-Präparaten bei Patienten, bei denen mit der maximal verträglichen Dosis dieser oralen Therapien eine angemessene Blutzuckerkontrolle nicht erreicht werden kann.

### Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

- Exenatide sollte nur bei Typ-2-Diabetikern eingesetzt werden, bei denen unter Ausschöpfung einer Therapie mit oralen Antidiabetika eine adäquate Blutzuckerkontrolle nicht erreicht werden kann und bei denen die klinischen Befunde bei massivem Übergewicht (BMI>30) vorrangig für eine Insulinresistenz sprechen, sodass bei Zugabe von Insulin mit einer weiteren Gewichtszunahme und hohen Insulindosierungen zu rechnen ist.
- Exenatide ist im Vergleich der Tagestherapiekosten rund fünfmal teurer als die Therapie mit Humaninsulin und drei- bis viermal teurer als die Therapie mit Insulin-Analoga. Exenatide ist deshalb in der Regel unwirtschaftlich.
- Keine Zulassung besteht für eine Monotherapie sowie die kombinierte Therapie mit Insulin oder anderen oralen Antidiabetika als Metformin oder Sulfonylharnstoffen (auch nicht mit Glitazonen).

- Im Allgemeinen wird bei adipösen Typ-2-Diabetikern empfohlen, mit einer Insulintherapie zu beginnen, wenn mit Lebensstil-Interventionen, maximal tolerierbaren Dosen von Metformin und Gabe eines weiteren oralen Antidiabetikums keine Senkung des HbA1c-Wertes auf unter sieben Prozent erreicht werden kann.
- Exenatide darf nicht bei Patienten mit Versagen der Betazellfunktion oder einer diabetischen Ketoazidose eingesetzt werden.
- Keine Erfahrungen liegen bei Kindern und Jugendlichen vor; bei Patienten über 75 Jahren ist die klinische Erfahrung mit Exenatide sehr begrenzt.
- Im Gegensatz zu Insulin und anderen insulinotropen Substanzen bewirkt Exenatide eine Gewichtsreduktion bei Übergewichtigen. Langzeiterfahrungen über die Auswirkungen auf eine Risikoreduktion der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität fehlen.
- Bei Patienten, die aufgrund eingeschränkter intellektueller Fähigkeiten nicht in der Lage sind, ihre Lebensführung an eine Hypoglykämietendenz anzupassen, kann die Verordnung von Exenatide plus Metformin im Einzelfall notwendig und wirtschaftlich sein, falls noch kein absoluter Insulinmangel besteht und mit Kombinationen oraler Antidiabetika (ausgenommen Sulfonylharnstoffe) das Therapieziel nicht erreicht werden kann.
- Langzeitstudien liegen für Exenatide nicht vor.

**Cave:**

Nach Markteinführung wurden einige Fälle von akuter Pankreatitis berichtet. Patienten sollten über die charakteristischen Symptome einer akuten Pankreatitis (andauernde, schwere abdomina-

le Schmerzen) informiert werden. Ein Abklingen der Pankreatitis nach Absetzen von Exenatide und symptomatischer Behandlung wurde beobachtet.

## Therapiehinweis zu Strontiumranelat (Protelos®)

Der G-BA hat am 15. Mai 2008 einen Therapiehinweis zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Strontiumranelat beschlossen, der mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 5. Dezember 2008 in Kraft getreten ist (Bundesanzeiger Nr. 186 S. 4 349).

Strontiumranelat ist ein organisches Strontiumsalz, das für die Behandlung der postmenopausalen Osteoporose zur Reduktion des Risikos von Wirbelsäulen- und Hüftfrakturen bei Frauen zugelassen ist. Die empfohlene tägliche orale Dosis liegt bei einmal täglich einem Beutel (2 g), der unmittelbar vor der Einnahme in einem Glas Wasser suspendiert werden muss. Da Nahrung, Milch und Milchprodukte die zudem langsame Resorption von Strontiumra-

nelat verringern, ist die Einnahme vor dem Zubettgehen, mindestens zwei Stunden nach einer Mahlzeit, sinnvoll. Patientinnen, die mit Strontiumranelat behandelt werden, sollten Vitamin D und Calcium als Nahrungsergänzung erhalten, wenn die Aufnahme durch die Nahrung unzureichend ist.

Strontiumranelat steigert in vitro den Knochenaufbau von Knochengewebskulturen, die Replikation der Präosteoblasten und die Kollagensynthese. In Knochenzellkulturen hemmt es die Knochenresorption durch Verminderung der Osteoklastendifferenzierung und deren Resorptionsaktivität. Der Wirkungsmechanismus ist aber letztlich unbekannt.

Strontium kann die Ergebnisse von Knochendichtemessungen und Calciumbestimmungen verfälschen.

### **Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise**

- Publierte direkt vergleichende Studien zu etablierten Therapien, insbesondere zu Bisphosphonaten fehlen. Die europäische Zulassungsbehörde (EMA) sieht die Effektstärke als vergleichbar mit der von Bisphosphonaten an. Bisphosphonate gelten weiterhin als Therapie der ersten Wahl. Grundsätzlich kommt bei Unverträglichkeit und nicht ausreichendem Ansprechen Strontiumranelat neben anderen Alternativen in Betracht.
- In Knochenbiopsien konnte bisher nicht abschließend gezeigt werden, dass Strontiumranelat die Knochenstruktur anabol beeinflusst,

sodass die europäische Zulassungsbehörde dafür keine ausreichenden Belege sieht.

- Für Männer ist die Therapie nicht zugelassen.
- Ein Zusatznutzen durch Strontiumranelat ist in direkt vergleichenden Untersuchungen nicht belegt. Studienauswertungen zu extravertebralen Frakturen wurden von der EMA als nicht überzeugend bewertet.

Weitere Informationen zu Wirksamkeit und Therapiekosten der beschriebenen Wirkstoffe entnehmen Sie bitte den Therapiehinweisen im Volltext auf der Homepage des G-BA und [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de). Auf Wunsch senden wir Ihnen die Therapiehinweise gerne zu.

Teila

# Information der Prüfungsstelle Baden-Württemberg zu den Prinzipien der Richtgrößenprüfung für Arzneimittel im Jahr 2009

## Autoren:

**Michael Oberacker, Leiter der gemeinsamen Prüfungsstelle Baden-Württemberg**  
**Dr. Peter Schwoerer, Vorsitzender des gemeinsamen Beschwerdeausschusses**  
**Baden-Württemberg**

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und den gesetzlichen Krankenkassen eingerichteten gemeinsamen Prüfungseinrichtungen (Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss Baden-Württemberg) haben gemäß Paragraf 106 SGB V die Aufgabe, die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung zu überwachen. Dabei können die Entscheidungen der Prüfungsstelle im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens vor den jeweils zuständigen Kammern des paritätisch besetzten Beschwerdeausschusses nochmals überprüft werden. Den Vorsitz übt dabei ein gemeinsam benannter Unparteiischer aus (vgl. Veröffentlichung der KVBW in der Ausgabe 2/2008 von ergo).

## Richtgrößenprüfung 2006

114 Arztpraxen in Baden-Württemberg, also ein Prozent, erhielten für das Jahr 2006 einen Arzneimittelregressbescheid. Die Regresssumme betrug mit zirka 2,9 Millionen Euro zirka 0,1 Prozent der zu Lasten der GKV verordneten Arzneimittelkosten. Leider mussten Einzelregresse bis zu einer Höhe von 124.000 Euro ausgesprochen werden. Diese Regresse werden jedoch erst nach der Entscheidung des gemeinsamen Beschwerdeausschusses rechtskräftig.

An dieser Stelle möchten wir die Vorgehensweise bei der Richtgrößenprüfung 2006 erläutern, da in der gleichen Weise auch in den Folgejahren, einschließlich 2009, verfahren werden soll. Die Kenntnis der gesetzlich vorgeschriebenen Prüfsystematik und die Reflektion der eigenen Verordnungstätigkeit vor diesem Hintergrund kann helfen, die Einleitung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu vermeiden oder den Umgang damit zu erleichtern.

## Richtgrößenwerte 2009

Die Richtgrößen des Jahres 2009, die im Dezember veröffentlicht wurden, sind keine fiktiv gefundenen Werte, sondern beruhen auf den tatsächlichen Verordnungsdaten aus dem Jahr 2008.

Jeder als ambulant-kurativ abgerechnete Fall einer Praxis trägt dazu bei, das praxisindividuelle Richtgrößenvolumen um den entsprechenden Richtgrößenbetrag zu erhöhen, ungeachtet dessen, ob und in welcher Höhe dieser Patient Arzneimittelkosten verursacht.

## Ein Rechenbeispiel für eine hausärztlich tätige Praxis:

Die Richtgrößen für Hausärzte haben in 2009 eine Höhe von 48,54 Euro für Mitglieder und Familienangehörige (M/F) und 158,11 Euro für Rentner (R). Hat die Praxis im Quartal 800 ambulant kurative Fälle abgerechnet, von denen 500 auf M/F und 300 auf R entfallen, beträgt das individuelle Richtgrößenvolumen  $(500 \times 48,54) + (300 \times 158,11) = 71.703$  Euro.

Die Richtgrößensystematik sieht vor, dass dieser Betrag um 15 Prozent überschritten werden kann, ohne dass eine Richtgrößenprüfung stattfindet. Ab einer Überschreitung von mehr als 15 Prozent muss die Prüfungsstelle nach den gesetzlichen Bestimmungen des Paragraf 106 SGB V tätig werden und zunächst prüfen, ob die Überschreitung durch Praxisbesonderheiten begründet werden kann. Die Kosten der begründeten Praxisbesonderheiten werden dann von den tatsächlichen Verordnungs-kosten der Praxis abgezogen. Verbleibt nach diesem Abzug immer noch eine Überschreitung von mehr als 25 Prozent über dem Richtgrößenvolumen der Praxis, spricht die Prüfungsstelle einen Regress aus.

- Unsere Beispielpraxis hätte also für alle Patienten in diesem Quartal knapp 72.000 Euro Richtgrößenvolumen zur Verfügung.

- Prüfmaßnahmen würden erst eingeleitet, wenn die tatsächlichen Verordnungskosten höher als 82.458,45 Euro lägen (+15-Prozent-Grenze).
- Erst bei Verordnungskosten über 89.628,75 Euro (+25-Prozent-Grenze), die nach Abzug von Praxisbesonderheiten verbleiben, käme überhaupt ein Regress in Frage.

### Abgrenzung der Prüfgruppen

Die Prüfungsgremien haben von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg eine Zuordnung der Praxen zu verschiedenen Schwerpunkt-tätigkeiten innerhalb einer Fachgruppe erhalten (s. auch Teil 1, Seite 27 Tabelle: Arzneimittel-Richtgrößenwerte KVBW für das Jahr 2009, sowie Verordnungsforum 6, Seite 32).

Schwerpunktpraxen, deren Verordnungskosten je Fall vergleichbar waren, wurden zu einer Richtgrößenprüfgruppe zusammengefasst. Aus diesem Grund wurden zum Beispiel in der Fachgruppe der fachärztlichen Internisten unterschiedliche Richtgrößenhöhen für Nephrologen oder Rheumatologen im Vergleich zu Internisten ohne Schwerpunkt gebildet.

Multipliziert man die ambulant-kurativen Fallzahlen aus dem Jahr 2007, die alle Mitglieder einer dieser Prüfgruppen abgerechnet haben, mit der neuen Richtgröße, so ist dieses Richtgrößenvolumen nicht kleiner als die tatsächlichen Verordnungskosten der jeweiligen gesamten Prüfgruppe im Jahr 2008. Und berücksichtigt man dann die Interventionsgrenze von 115 Prozent für die Aufnahme von Prüfungen, kann man davon ausgehen, eine sachgerechte Lösung gefunden zu haben.

Natürlich gibt es, wie bei allen Durchschnittswerten, einige Praxen, die ihr Richtgrößenvolumen überschreiten werden. Analysiert man zum Beispiel die Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie in ihrem Verordnungsspektrum, so fällt auf, dass manche Praxen zu 90 Prozent rheumatologisch tätig sind, andere nur zu 30 Prozent, obwohl beide den Schwerpunkt beanspruchen. In diesen Fällen wird von der Entlastung durch Praxisbesonderheiten Gebrauch gemacht.

### Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten durch die Prüfungsstelle von Amts wegen

Die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten hat zunächst von Amts wegen durch die Prüfungsstelle zu erfolgen. Jeder regressgefährdete Arzt hat darüber hinaus noch die Möglichkeit, weitere Praxisbesonderheiten geltend zu machen, für die er dann allerdings die Beweislast trägt. Zu diesem Zweck erhält er von der Prüfungsstelle ein Anschreiben, das die Höhe des individuellen Richtgrößenvolumens, die tatsächlichen Verordnungskosten, die prozentuale Überschreitung sowie Art und Umfang der bereits berücksichtigten Praxisbesonderheiten benennt.

Als Praxisbesonderheit kommen solche Arzneimittel oder Erkrankungskonstellationen in Betracht, die in Abhängigkeit von der jeweiligen Richtgrößenhöhe der Prüfgruppe eine Überschreitung des Budgets erwarten lassen. So sind indikationsbezogene Fallkosten in Höhe von 50 Euro bei einem Augenarzt (Richtgröße M/F 6,05 Euro und R 14,83 Euro) anders zu gewichten als indikationsbezogene Fallkosten in Höhe von 500 Euro bei einem Hämatologen (Richtgröße M/F 1.366,31 Euro und R 1.538,14 Euro), auch wenn diese 10-fach höher sind.

Die Prüfungsstelle geht bei der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten nach folgendem Schema vor:

#### Prüfgruppenunabhängige Praxisbesonderheiten

- Im ersten Schritt werden, unabhängig von der Prüfgruppenzugehörigkeit, für einige wenige, sehr teure Arzneimittel für seltene Erkrankungen die Verordnungskosten zu 100 Prozent abgezogen. Zu diesen gehören zum Beispiel Arzneimittel zur Therapie von Enzymmangel-erkrankungen (M. Fabry etc.).

#### Prüfgruppenabhängige Praxisbesonderheiten

- Im zweiten Schritt werden anhand der tatsächlichen Verordnungsdaten des Jahres 2009 innerhalb der einzelnen Prüfgruppen solche Arznei-

mittel analysiert, die als Spezialität nur von einzelnen und selten verordnet werden. Auch diese Arzneimittel werden, allerdings nur in dieser Prüfgruppe, mit ihren Verordnungskosten zu 100 Prozent abgezogen. In den Prüfungen des Jahres 2006 gehörten dazu zum Beispiel die Kosten für die Transplantatnachsorge bei Augenärzten.

- Im nächsten Schritt werden, wiederum anhand der tatsächlichen Verordnungsdaten, innerhalb der einzelnen Prüfgruppen Kostenschwerpunkte häufig behandelte und im Verhältnis zur Richtgröße teurer Therapien ermittelt. Bleiben wir bei den Augenärzten: Die durchschnittlichen Therapiekosten der Glaukomtherapie im Quartal belaufen sich auf circa 65 Euro. Augenärzte mit vielen Glaukompatienten laufen deshalb bei den niedrigen Richtgrößen Gefahr, ihr Budget zu überschreiten, auch wenn sie einen gewissen Ausgleich an Patienten ohne Arzneimitteltherapie haben. In diesem Fall werden die Mehrpatienten mit Glaukomtherapie, die eine Praxis im Vergleich zur gesamten Prüfgruppe hat, ermittelt. Die Zahl dieser Mehrpatienten multipliziert mit den durchschnittlichen Fallkosten der Glaukomtherapie ergibt den Betrag, der der Praxis als Praxisbesonderheit gutgeschrieben wird. Für diese Art der Betrachtung kommen nur solche Indikationen in Frage, die gut abgrenzbar sind und deren Behandlungskosten über Durchschnittskosten gut abgebildet werden können.
- Im letzten Schritt werden, wiederum anhand der tatsächlichen Verordnungsdaten, innerhalb der einzelnen Prüfgruppen die Kosten und Fälle solcher Patienten komplett aus der Richtgrößenstatistik herausgenommen, die an einer Krankheit leiden, deren Behandlungsumfang in Abhängigkeit vom Schweregrad starken Schwankungen unterliegt. Dazu gehörten im Jahr 2006 zum Beispiel HIV-Patienten oder onkologische Patienten in der Prüfgruppe der hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner und Internisten oder zum Beispiel Mukoviszidose-Patienten bei Kinderärzten.

### **Berücksichtigung der individuellen Praxisbesonderheiten**

Jeder von der Prüfungsstelle angeschriebene Arzt kann nach Überprüfung der bei ihm berücksichtigten Praxisbesonderheiten weitere praxisindividuelle Besonderheiten seiner Arzneimittelverordnungsweise gegenüber der Prüfungsstelle darstellen. Selbstverständlich prüft und würdigt die Prüfungsstelle diese Argumente sorgfältig. Erfolgt ein Widerspruch gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle, werden die Fakten durch den unabhängigen, paritätisch (Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen) besetzten Beschwerdeausschuss überprüft. Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung, das heißt die Entscheidung wird erst nach Beschluss des Beschwerdeausschusses vollzugsfähig. Rechtskräftig, das heißt endgültig wirksam wird die Entscheidung gegebenenfalls erst nach Abschluss eines sozialgerichtlichen Klageverfahrens.

### **Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise**

Bei allen Praxisbesonderheiten behält sich die Prüfungsstelle auch vor, eine Stichprobenprüfung auf korrekte Indikationsstellung, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung durchzuführen. Um ein wirtschaftliches Ordnungsverhalten zu unterstützen, empfehlen wir Ihnen:

- Beachten Sie die Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. In der Richtlinie sind alle relevanten Bestimmungen zur wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung zu Lasten der GKV zusammengefasst ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) ⇒informationen ⇒richtlinien).
- Seien Sie kritisch gegenüber Neueinführungen. Oftmals ist der Zusatznutzen gegenüber etablierter Therapie marginal – und das zu deutlich höheren Kosten.
- Setzen Sie, wann immer möglich, preiswerte Generika ein.
- Überprüfen Sie kritisch die Verordnungen vorbehandelnder Ärzte, insbesondere die Klinikentlassmedikation. Hinterfragen Sie Arzneimitteltherapien außerhalb der geltenden Zulassung



(So genannter off-label-use), da hier nach geltender Rechtsprechung die Verantwortung uneingeschränkt beim verordnenden Arzt liegt.

- Nutzen Sie die Quellen neutraler, unabhängiger Arzneimittelinformationen, wie zum Beispiel
  - das Arzneimittelinformationsportal (AIS) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ([www.kbv.de](http://www.kbv.de) ⇒ amfo)
  - die Publikationen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Arzneiverordnung in der Praxis/AVP oder die Therapieempfehlungen ([www.akdae.de](http://www.akdae.de))
  - den Arzneimittelbrief ([www.arzneimittelbrief.de](http://www.arzneimittelbrief.de))
  - die Broschüre „Verordnungsforum“ zur rationalen Arzneimittelverordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg ([www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de))
  - die Veröffentlichungen des Institutes für Klinische Pharmakologie in Bremen ([www.klinpharm-bremen.de](http://www.klinpharm-bremen.de))
  - die pharma-kritik ([www.infomed.org](http://www.infomed.org))

- das Arzneitelegramm ([www.arzneitelegramm.de](http://www.arzneitelegramm.de))
- den Arzneiverordnungsreport (Schwabe/Paffrath (Hrsg); Springer Verlag)

Zu Details, welche Maßstäbe in einzelnen Prüfgruppen in der Richtgrößenprüfung des Jahres 2006 angelegt wurden und wie diese auch in den Folgejahren, inklusive des Prüffjahres 2009 angewendet werden sollen, werden alle Praxen in den nächsten Wochen entsprechend ihrer jeweiligen Prüfgruppenzuordnung per Anschreiben unterrichtet werden.

## Impressum

### Verordnungsforum 9

#### Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

#### Redaktion

Dr. med. Jan Geldmacher (verantw.)  
Karen Ebel  
Thomas Göckler  
Monica Sorum-Kleffmann  
Barbara Spies  
Dina Stahn  
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp  
Martina Tröscher

#### Autoren

Karen Ebel  
Dr. med. Jan Geldmacher  
Thomas Göckler  
Dr. Petra Häusermann  
Monica Sorum-Kleffmann  
Dr. Richard Fux  
Susanne Maurer  
Angelica Mayer  
Michael Oberacker  
Dr. Peter Schwoerer  
Claudia Speier  
Barbara Spies  
Brigitte Strähle  
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp  
Klaas Wegmann

#### Erscheinungstermin

März 2009

#### Gestaltung und Realisation

W.E. Weinmann e.K., Filderstadt

#### Auflage

21.000

#### Anmerkung:

Die Begriffe „Arzt“ und „Therapeut“ im Text stehen immer sowohl für die männliche als auch für die weibliche Berufsbezeichnung.

## **Glossar der Abkürzungen:**

AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
ASS	Acetylsalicylsäure
AMR	Arzneimittelrichtlinie
AVR	Arzneiverordnungsreport
AVWG	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
BAnz	Bundesanzeiger
BSG	Bundessozialgericht
BTMVV	Betäubungsmittelverschreibungsverordnung
CHMP	Committee for medicinal products for human use
DDD	Daily Defined Dose
EMA	European Medicines Agency
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-HIS	Heilmittel-Informationssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
mak	Management Akademie der KV Baden-Württemberg
MRT	Magnetresonanztomographie
NNT	Number Needed to treat
NSAR	Nichtsteroidale Antirheumatica
NSMRI	Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitor
OTC	„over-the-counter“, apothekenpflichtiges Arzneimittel
PPI	Protonenpumpen Inhibitor
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SSB	Schrechstundenbedarf
SSRI	Selektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitor
SNRI	Seotonin-Noradrenalin-Rückaufnahmeinhibitoren

[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)

Alles Gute.

