

www.kvwl.de



Arzneimittelverordnung 2006

Wichtige Erläuterungen zur
Arzneimittelvereinbarung
in Westfalen-Lippe

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Zielvereinbarungen 2006 – Übersicht	4
Allgemeines zur Arzneimittelvereinbarung 2006	5
Zielvereinbarungen – Allgemeine Ziele	6
Zielvereinbarungen für Wirkstoffgruppen – Erläuterungen	7
1. Statine	
2. Antidiabetika	
3. Protonenpumpenhemmer	8
4. ACE-Hemmer und Angiotensin-Antagonisten	
5. Betarezeptoren-Blocker	9
6. Calciumtagonisten	
7. Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)	
8. Bisphosphonate	10
9. Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)	
Ihre Ansprechpartner	10
Arzneimittelvereinbarung 2006 - Volltext	11–14
Impressum	15
Infoblatt für Ihre Patienten	16

Vorwort

Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,

alle Jahre wieder wird eine Vereinbarung zwischen Krankenkassen und KV zur Ausgabenentwicklung der Arzneimittelverordnungen geschlossen: Die Arzneimittelvereinbarung. Grundlage dieser Arzneimittelvereinbarungen ist jeweils eine Bundesregelung, die zwischen KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen abgeschlossen wurde. So ist es auch für 2006 geschehen. Mit diesem Heft möchten wir Sie ausführlich zu der Vereinbarung informieren.

Malus für 2005 ausgeschlossen – für 2006 kein Individualmalus vereinbart

Für 2005 ist in Westfalen-Lippe ein Malus weder gesetzlich vorgesehen noch vereinbart worden. Damit besteht die Gefahr einer Haftung der Ärzte mit ihrem Honorar nicht. Die KVWL hat ferner dafür gesorgt, dass auch in der neuen Vereinbarung für 2006 kein arztindividueller Malus vorgesehen ist. In Verbindung mit dem AVWG (Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Verordnung von Arzneimitteln) jedoch sind ab 2007 arztindividuelle Belastungen zu befürchten.

AVWG: Neues Gesetz – neue Bedrohung

Für das Jahr 2006 plant die Bundesregierung das Gesetz AVWG. Mit diesem Gesetz soll die „Verantwortung des Arztes für die Wirtschaftlichkeit gestärkt“ werden, was wohl nichts anderes heißt, als dass verordnende Ärzte noch stärker in die Verantwortung für den Preis der von ihnen verordneten Arzneimittel genommen werden sollen. So sieht der Gesetzentwurf Malusregelungen für Ärzte bei Überschreiten der Tagestherapiekosten in bestimmten Indikationen vor.

Ärzte müssen dazulernen

WANZ haben wir die Zwänge für die Verordnung aus dem Sozialgesetzbuch (SGB V) genannt. WANZ steht für **wirtschaftlich**, **ausreichend**, **notwendig** und **zweckmäßig**. Um weiteren wirtschaftlichen Bedrohungen in diesen ohnehin problematischen Zeiten zu entgehen, müssen wir dazulernen. **Notwendig** und **zweckmäßig** ergibt sich aus der Indikation zu einer medikamentösen Behandlung. Das ist ärztliches Handeln.

Ausreichend stellt für die Ärzte die größte Hürde dar. Ausreichend ist das, was gesichert den Therapieerfolg herbeiführt. Dies ist i.d.R. mit in der Wirksamkeit gut gesicherten Standard-Wirkstoffen möglich, die sich schon länger im Markt befinden. Zur Ihrer Orientierung haben wir Leitsub-

stanzen für verschiedene Wirkstoffgruppen benannt.

Wirtschaftlich stellt für die Ärzte eine Falle dar. Sie haben kaum eine Kontrollmöglichkeit über die Preise, zu denen die Wirkstoffe, die sie verordnen wollen, auf dem Markt verfügbar sind. Die generische Verordnung von Leitsubstanzen sichert auch die Wirtschaftlichkeit.



Dr. Wolfgang Dryden, Vorstand KVWL

Wie können sich Ärzte vor Arzneimittelregressen schützen und dennoch wirksam therapieren?

Stützen Sie Ihre Therapie in Gruppen mit vergleichbaren Wirkstoffen auf die bewährten Leitsubstanzen. Der Einsatz der Leitsubstanzen ist nicht nur wissenschaftlich abgesichert, sondern entspricht auch den gesetzlichen Forderungen nach einer wissenschaftlich abgesicherten, ausreichenden und zweckmäßigen Therapie.

Aufgabe der Solidargemeinschaft ist es, Therapien für bestehende Krankheiten abzusichern. Damit sind Therapien mit primär präventivem Charakter ausgeschlossen.

Vorrangige INN-Verordnung garantiert den günstigsten Abgabepreis

Die Verordnung eines Wirkstoffes unter seinem internationalen Substanznamen (INN) verpflichtet den Apotheker, eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel mit diesem Wirkstoff abzugeben. Somit führt eine Verordnung nach INN zwangsläufig zur wirtschaftlichsten Therapie. Einsparvolumina sind unter dieser Ordnungsweise nicht mehr darzustellen, der Arzt ist nicht mehr für den Preis, sondern ausschließlich für die Indikationsstellung verantwortlich.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir kommen nicht umhin, letzte Reserven zu realisieren. Was wir nicht zulassen werden ist eine Rationierung, bei der wir Patienten notwendige Therapien vorenthalten müssen. Auf den folgenden Seiten beschreiben wir für Sie, in welchen Bereichen noch Einsparungen möglich sind. Die KVWL wird Sie zeitnah zu der Zielerreichung Ihrer Praxis informieren.



Ihr Dr. Wolfgang-Axel Dryden

Zielvereinbarungen 2006 – Übersicht

- 1.) Generika-Anteil erhöhen und preiswerte Generika verordnen
- 2.) Weniger Analogpräparate verordnen
- 3.) Reimporte gezielt einsetzen
- 4.) Kontrovers diskutierte Arzneimittel noch weniger verordnen

Zielvereinbarungen zu Wirkstoffgruppen

Verordnungsbereich (Wirkstoffgruppe)	Leitsubstanz	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
1. Statine	Simvastatin	Verordnungsanteil der Leitsubstanz über 85%
2. Antidiabetika - Insulin - orale Antidiabetika, insulintrop	Humaninsulin Glibenclamid	Verordnungsanteil Humaninsulin 80%, davon generischer Insulinanteil 10% Verordnungsanteil Glibenclamid 70%
3. Protonenpumpen-inhibitoren (PPI)	Omeprazol	Verordnungsanteil der Leitsubstanz über 80%
4. Angiotensin-II-Antagonisten/ACE-Hemmer	Enalapril Lisinopril Ramipril	Verordnungsanteil ACE-Hemmer bei 85%
5. Betablocker	Atenolol Metoprolol Bisoprolol	Verordnungsanteil Generika über 90%
6. Dihydropyridine	Nitrendipin	Verordnungsanteil Generika über 90%
7. Nichtsteroidale Antirheumatika	Diclofenac	Verordnungsanteil der Leitsubstanz über 80%
8. Bisphosphonate (Osteoporose)	Alendronat	Verordnungsanteil Generika über 90%
9. Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)	Fluoxetin Citalopram	Verordnungsanteil Generika über 90%

Allgemeines zur Arzneimittelvereinbarung 2006

In der Arzneimittelvereinbarung (AMV) ist ein Arzneimittelausgabenvolumen zu vereinbaren und es sind Zielvereinbarungen zur Einhaltung des Volumens zu treffen. In den vergangenen Jahren ist dieses Volumen stets überschritten worden. Die Überschreitung hatte jedoch bisher für die Ärzte in Westfalen-Lippe keine Auswirkungen auf ihr Honorar. Für 2006 ist ein Volumen von 2,295 Mrd. Euro festgelegt worden. Weiter wurden in Westfalen-Lippe allgemeine Ziele und erstmals indikationsbezogene Ziele vereinbart. Werden die Ziele nicht erreicht, ist dies nicht mit einem arztindividuellen Malus verbunden. Wenn die Ziele jedoch KVWL-weit erreicht werden, leisten die Krankenkassen eine Sonderzahlung für Strukturmaßnahmen.

Warum werden Zielvereinbarungen getroffen?

In den letzten Jahren ist die Notwendigkeit, die Arzneimittelausgaben im Griff zu halten, immens groß geworden. Im Jahr 2004 gab es eine Entlastung der Ausgaben, besonders durch den erhöhten Herstellerrabatt. Dieser ist jedoch im Jahr 2005 weggefallen und es ist zu einem erneuten, deutlichen Anstieg der Arzneimittelkosten gekommen. Der Druck, besonders im Bereich von Festbetragsgruppen kostengünstig zu verordnen, ist deutlich gestiegen. Durch die Festlegung von Festbetragsgruppen ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen festgestellt worden, dass es sich um austauschbare Substanzen handelt. Dies bedeutet in der Praxis, dass ein Großteil der Verordnungen mit der – im Regelfall preiswertesten – Leitsubstanz einer Gruppe zu erfolgen hat.

Was bedeutet „Leitsubstanz“?

Die Nennung einer Leitsubstanz bedeutet nicht, andere Substanzen komplett von der Verordnung auszuschließen. Es ist jedoch im Sinne der von Politik und Gesetzgeber geforderten ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung unabdingbar, den Großteil der Verordnungen mit preiswerten Leitsubstanzen abzudecken. Hier sind besonders auch Krankenkassen und Politik in der Pflicht, den Versicherten deutlich zu machen, dass mit der Realisierung dieser möglichen Einsparungen auch Änderungen der Verordnungen für den einzelnen Patienten verbunden sind. Die Krankenkassen werden die Versicherten im Sinne der Vertragsärzte informieren.

Tipp:

Die in den jeweiligen Wirkstoffgruppen benannten Leitsubstanzen sollten Sie in Ihre praxisinterne „Positivliste“ übernehmen oder zu deren Erstellung nutzen.

Keine Verknüpfung von Zielerreichung und Honorar in Westfalen-Lippe

Im Gegensatz zu anderen KVen ist in Westfalen-Lippe für 2006 kein Malus für einzelne Ärzte vorgesehen, die in den Zielvereinbarungsbereichen die angestrebten Wirtschaftlichkeitsziele nicht erreichen.

Doch das anstehende „Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)“ wird nach dem jetzigen Stand die individuelle Haftung mit finanziellen Konsequenzen ab 2007 bundesweit einführen. Daher sollte schon 2006 dringend versucht werden, die Zielvereinbarungen umzusetzen. So kann der Arzt die Patienten auf die notwendigen Präparatwechsel vorbereiten und diese schon heute umsetzen. Anderenfalls wird der Arzt 2007 mit Regressen rechnen müssen. Angesichts der gesetzgeberischen Entwicklung sollte daher bereits das Jahr 2006 als Chance genutzt werden, in den vereinbarten Wirkstoffgruppen die Verordnungen umzusteuern.

Zielvereinbarungen bedeuten keine Rationierung!

Die Zielvereinbarungen wurden so gestaltet, dass es nicht Ziel ist, weniger Patienten mit einer Wirkstoffgruppe zu behandeln. Der Patient soll und muss weiter die notwendigen Verordnungen erhalten. Die Zielvereinbarungen streben lediglich an, innerhalb einer Substanzgruppe Einsparungen durch Wechsel auf preiswerte Generika und Umstellung auf die Leitsubstanz zu erzielen.

Zielvereinbarungen 2006

Allgemeine Ziele

1.) Generikaquote erhöhen

Auch im Jahr 2006 wird es möglich sein, die Verordnung von Generika noch weiter zu forcieren. In vielen Bereichen findet man noch hohe Verordnungsanteile von Originalpräparaten. Dies sollte dringend kritisch überprüft werden. Durch den Ablauf des Patentschutzes neu hinzugekommene Substitutionsmöglichkeiten durch Generika sollten auf jeden Fall ausgeschöpft werden. Beispielhaft seien in diesem Bereich Fentanylpflaster, Alendronsäuregenerika und generisches Glimpirid genannt.

Auch ein Wechsel innerhalb der Generika auf preisgünstigere Generika kann häufig noch erstaunliche Einsparungen bringen.

2.) Analogpräparate-Quote senken

Analogpräparate sind pharmakologische Neuentwicklungen ohne klar erkennbare therapeutische Vorteile gegenüber erprobten Therapieprinzipien (Siehe Internet der KVWL: www.kvwl.de in der Rubrik: Mitglieder – Verordnung – Arzneimittel). Solange keine zwingenden medizinischen Gründe gegen deren Einsatz sprechen, sollte in der Regel die Leitsubstanz verordnet werden. Durch vermehrte Verordnung von Leitsubstanzen stellen Sie auch eine Senkung der Analogpräparate-Quote sicher.

3.) Reimporte gezielt verordnen

Reimporte bieten heute nur noch in wenigen Teilbereichen eine Einsparmöglichkeit, z.B. dann, wenn Originalpräparate verordnet werden müssen, zu denen es weder eine generische noch eine wirkstoffähnliche Alternative gibt. Diese in der Regel hochpreisigen Spezialpräparate stehen zum Teil als Reimport zur Verfügung. In diesen Fällen ist es sinnvoll, vorhandene Einsparpotentiale durch Verordnung eines Reimportes auszuschöpfen.

4.) Kontrovers diskutierte Arzneimittel weniger verordnen

Im Bereich der kontrovers diskutierten Arzneimittel sind die Verordnungen deutlich zurückgegangen, da ein Großteil der Präparate durch die Arzneimittelrichtlinien ausgeschlossen wurde. Trotzdem sollten Sie auch weiterhin Verordnungen von kontrovers diskutierten Mitteln kritisch prüfen. Als Beispiele werden hier vom Arzneiverordnungs-Report 2005 die Gruppen der Expektorantien, Antidementiva und durchblutungsfördernden Mittel genannt.

Zielvereinbarungen für Wirkstoffgruppen

Die nachstehenden Zielvereinbarungen bedeuten nicht, dass weniger Patienten mit Arzneistoffen aus den genannten Wirkstoffgruppen versorgt werden sollen. Einsparungen können nur durch die Umstellung auf preiswerte Generika und Umstellung auf die Leitsubstanz erzielt werden. Die Nennung einer Leitsubstanz bedeutet keinen Verordnungsausschluss anderer Substanzen der Gruppe.

1.) Statine

Verordnungsbereich (Wirkstoffgruppe)	Leitsubstanz	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
1. Statine	Simvastatin	Verordnungsanteil der Leitsubstanz über 85%

Als Leitsubstanz sollte generisches, preisgünstiges Simvastatin als Monopräparat verordnet werden. Die Einordnung aller Statine in einer einzigen Festbetragsgruppe zeigt, dass eine grundsätzliche therapeutische Überlegenheit einzelner „Statine“ nicht belegt ist. Eine aktuelle Bewertung des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG: www.iqwig.de) untermauert die Sachlage erneut. Daher ist im Regelfall die Verordnung von Simvastatin-Generika zweckmäßig und ausreichend. Zur Vermeidung von Interaktionen kann es im Einzelfall sinnvoll sein, an Stelle von Simvastatin auf das ebenfalls generisch verfügbare Pravastatin zurückzugreifen. Zu beachten ist aber, dass die Tagestherapiekosten für Pravastatin in der Regel mehr als doppelt so hoch sind wie für Simvastatin-Generika.

2.) Antidiabetika

Verordnungsbereich (Wirkstoffgruppe)	Leitsubstanzen	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
2. Antidiabetika -Insuline	Humaninsulin	Verordnungsanteil Humaninsulin 80%, generischer Insulinanteil 10%,
-orale Antidiabetika, insulintrop	Glibenclamid	Verordnungsanteil Glibenclamid 70%

Insuline

Auch wenn abschließende Nutzenbeurteilungen zu den Insulinanaloga durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der GKV (IQWiG) noch ausstehen, ist bereits jetzt festzustellen, dass die Versorgung von insulinpflichtigen Diabetikern in der Regel mit Humaninsulin erfolgen sollte. Dies stimmt auch mit den Vorgaben der Disease Management Programme (DMP) überein. Der Verordnungsanteil von Humaninsulinen sollte bei ca. 80% liegen. Zukünftig sollte auch dringend verstärkt die Möglichkeit genutzt werden, Humaninsulin generisch zu verordnen. Der Anteil an generischem Insulin liegt heute bei ca. 3% und soll auf ca. 10% gesteigert werden.

TIPP: Bitte unbedingt die Verordnung von Hilfsmitteln, hier Pens, von der Verordnung von Medikamenten trennen. Hilfsmittel gehören auf ein entsprechend gekennzeichnetes, gesondertes Rezept (Status 7 ankreuzen). Die Kosten fließen nicht in die Arzneimittelkostenstatistik des einzelnen Arztes ein. Daher ist eine kostenlose Abgabe von Pens keine Entlastung Ihrer Arzneimittelkosten. Im Gegenteil werden durch die folgende Verordnung von hochpreisigen Insulinen im Endeffekt höhere Kosten induziert. Es bleibt festzustellen, dass faktisch alle Firmen ihre Pens kostenlos abgeben, daher ist eine Verordnung i.d.R. entbehrlich.

Insulintrope orale Antidiabetika

Bei den insulintropen oralen Antidiabetika sollte als Leitsubstanz Glibenclamid 70% der Verordnungen abdecken. Falls eine Verordnung von Glimperid unvermeidbar ist, sollten in jedem Fall generische Produkte eingesetzt werden.

TIPP:

Die in den jeweiligen Wirkstoffgruppen benannten Leitsubstanzen sollten Sie in Ihre praxisinterne „Positivliste“ übernehmen oder zu deren Erstellung nutzen.

Zielvereinbarungen für Wirkstoffgruppen

3.) Protonenpumpenhemmer

Verordnungsbereich (Wirkstoffgruppe)	Leitsubstanz	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
3. Protonenpumpen-inhibitoren (PPI)	Omeprazol	Verordnungsanteil der Leitsubstanz über 80%

Die Wirkungsweise aller PPI-Wirkstoffe ist identisch, die therapeutische Wirkung vergleichbar, daher wurden sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss in einer Festbetragsgruppe zusammengefasst (www.g-ba.de). Trotz der Festbetragsregelung gibt es noch deutliche Sparpotentiale. Von Pharmafirmen und Meinungsbildnern zum Teil „unter der Hand“ suggerierte Einsparungen durch die Teilung von Tabletten bei Analogpräparaten lassen sich in der Praxis nicht nachvollziehen. Praxisgerecht und sinnvoll ist eine schwerpunktmäßige Verordnung von generischem und preisgünstigem Omeprazol. Es sollten ca. 80% der Patienten mit generischem Omeprazol versorgt werden.

4.) ACE-Hemmer und Angiotensin-Antagonisten

Verordnungsbereich (Wirkstoffgruppe)	Leitsubstanzen	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
4. Angiotensin-II-Antagonisten/ ACE-Hemmer	Enalapril Lisinopril Ramipril	Verordnungsanteil ACE-Hemmer bei 85%

Bei den ACE-Hemmern bestehen sehr deutliche Preisunterschiede zwischen den Generika-Firmen. Beispielsweise lassen sich durch einen Wechsel von hochpreisigen auf preisgünstige Generika Einsparungen von zum Teil über 20% erzielen. Auch der Anteil der Angiotensinrezeptor-Antagonisten-Verordnungen schwankt praxisindividuell sehr. In der Regel sollte der Verordnungsanteil von ACE-Hemmern in diesem Bereich bei ca. 85% liegen. Leitlinien, z.B. zur Arteriellen Hypertonie, der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (www.akdae.de), belegen keinen grundsätzlichen Vorteil von Sartanen gegenüber ACE-Hemmern.

Aktuell kommt der Arzneimittelbrief 12/2005 zu dem Fazit:

„Bei allen Indikationen für den Einsatz von Hemmern des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS) bleiben ACE-Hemmer, u. a. wegen des Preises, Mittel der ersten Wahl, sofern sie gut vertragen werden. Bei UAW (Angioneurotisches Ödem, Husten etc.) können sie bei allen Indikationen durch die gut verträglichen Sartane ersetzt werden, die ihnen bei angemessener Dosierung offenbar weder unter- noch überlegen sind. Die in dieser Auswertung der CHARM-Studie gezeigte positive Wirkung eines Sartans (Candesartan), auch bei mit ACE-Hemmern behandelten Herzinsuffizienten, bleibt zweifelhaft. „Daher sollte der Einsatz von Sartanen im Regelfall auf Patienten mit ACE-Hemmer-Unverträglichkeiten beschränkt werden.“

Zielvereinbarungen für Wirkstoffgruppen

5.) Betarezeptoren-Blocker

Verordnungsbereich (Wirkstoffgruppe)	Leitsubstanz	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
5. Betablocker	Atenolol Metoprolol Bisoprolol	Verordnungsanteil Generika über 90%

Zur Behandlung der Hypertonie, Herzinsuffizienz, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen usw. können in der Regel Beta-1-selektive Rezeptorenblocker eingesetzt werden (www.akdae.de). Auf die Beta-1-selektiven Rezeptorenblocker Metoprolol, Atenolol und Bisoprolol entfielen bereits 2004 nach GKV-Analysen rund 80% aller Verordnungen von Betablockern. Zur Therapie der Herzinsuffizienz sind Bisoprolol und Metoprolol zugelassen. Für die drei Wirkstoffe stehen zahlreiche Generika-Präparate zur Verfügung.

Weitere deutliche Einsparungen können durch die Einstellung/Umstellung auf Metoprolol, Atenolol und Bisoprolol und den konsequenten Einsatz von preiswerten Generika erzielt werden.

6.) Calciumantagonisten

Verordnungsbereich (Wirkstoffgruppe)	Leitsubstanz	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
6. Dihydropyridine	Nitrendipin	Verordnungsanteil Generika über 90%

Langwirkende Dihydropyridine haben sich aufgrund therapeutischer Vorteile in der Anwendung durchgesetzt. Aufgrund der Studienlage und unabhängiger Arzneimittelbewertungen wird Nifedipin als Leitsubstanz benannt. Durch Umstellung auf Nifedipin-Generika ergeben sich deutliche Einsparungen.

7.) Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)

Verordnungsbereich (Wirkstoffgruppe)	Leitsubstanz	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
7. Nichtsteroidale Antirheumatika	Diclofenac	Verordnungsanteil der Leitsubstanz über 80%

Die Marktrücknahme der führenden Cox-2-Hemmer hat die traditionellen NSAR wieder in den Vordergrund gerückt. Auch wenn die Diskussion der Nutzen-Risiko-Bewertung in dieser Substanzklasse noch nicht abgeschlossen ist, hat sich wohl aufgrund der besseren Verträglichkeit der bevorzugte Einsatz von Diclofenac durchgesetzt. Die ulzerogene Potenz von Diclofenac und Ibuprofen liegt deutlich unter der anderer NSAR.

Zielvereinbarungen für Wirkstoffgruppen

8.) Bisphosphonate

Verordnungsbereich (Wirkstoffgruppe)	Leitsubstanz	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
8. Bisphosphonate (Osteoporose)	Alendronat	Verordnungsanteil Generika über 90%

Die Indikation zum Einsatz von Bisphosphonaten sollte kritisch gestellt werden. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat in ihrer Leitlinie „Osteoporose“ die Kriterien zum Einsatz von Bisphosphonaten ausführlich beschrieben (www.akdae.de). Angestrebte Einsparungen in diesem Bereich können schon durch den Wechsel von Originalpräparaten auf Generika realisiert werden.

9.) Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)

Verordnungsbereich (Wirkstoffgruppe)	Leitsubstanzen	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
9. Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)	Fluoxetin Citalopram	Verordnungsanteil Generika über 90%

„Obwohl sich die verfügbaren SSRI chemisch zum Teil erheblich voneinander unterscheiden, lassen sich untereinander keine Unterschiede in der Behandlung von Depressionen festmachen. Nach großen Metaanalysen wirken sie nicht besser, sondern eher schwächer antidepressiv als trizyklische Antidepressiva. SSRI sind nicht generell besser verträglich als Trizyklika, haben aber ein anderes Spektrum von Störwirkungen.“ (Arzneimittelkursbuch 2004/2005)

Beratung zur Arzneimittelvereinbarung 2006

Die KVWL und die Krankenkassen in Westfalen-Lippe unterstützen Sie bei der Umsetzung der Arzneimittelvereinbarung 2006. Sie können Detailfragen telefonisch klären. Gerne organisieren wir auch individuelle Arzneimittelberatungen mit detaillierten Verordnungsanalysen Ihrer Praxis.

Ihre Ansprechpartner:

KVWL
GB Verordnungsmanagement

Dr. Mathias Flume
Dr. Margarete Hoffmans-Hohn
Dr. Sima Halberstadt

Sekretariat:
Tel.: 0231/9432-941
E-Mail: arzneimittelverordnung@kvwl.de

Pharmakologischer Beratungsdienst
der Krankenkassen
in Westfalen-Lippe

Apotheker A. Heeke
Tel.: 0231/4193-840

Dr. Birgit Grave
Tel.: 0231/4193-846

– Volltext –

Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2006 für Westfalen-Lippe

zwischen
der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
(KVWL)

und

der AOK Westfalen-Lippe

(AOK WL)
dem BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen
(BKK LV NW)

der Vereinigten IKK
(IKK)

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen
- zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau, Kassel -
(LKK NRW)

der Knappschaft
(Kn)

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
-vertreten durch die Landesbereichsvertretung Westfalen-Lippe,
handelnd für seine Mitgliedskassen -

sowie

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
-vertreten durch die Landesbereichsvertretung Westfalen-Lippe,
handelnd für seine Mitgliedskassen -

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt-

Präambel

Die Vertragspartner schließen auf der Grundlage der Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2006 für die Inhalte der Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V diese Arzneimittelvereinbarung.

§ 1 Gegenstand, Zielsetzung

(1) Die Vertragspartner vereinbaren ein Ausgabenvolumen für die insgesamt von den Vertragsärzten nach § 31 SGB V veranlassten Leistungen sowie Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele für die Arznei-

mittelversorgung der Versicherten. Ferner vereinbaren sie auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichtete Maßnahmen (z. B. Information und Beratung) sowie Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens innerhalb des laufenden Kalenderjahres.

(2) Ziel dieser Vereinbarung ist es, eine qualitätsorientierte Arzneimittelversorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zu sichern. Diesem Ziel dient auch die Vereinbarung von Wirtschaftlichkeitszielen nach § 3.

§ 2 Ausgabenvolumen 2006

(1) Die Vertragspartner vereinbaren unter Berücksichtigung der Änderungsfaktoren der Rahmenempfehlung vom 06.10.2005, des prognostizierten Ausgabenvolumens 2005 und eines prognostizierten

Wirtschaftlichkeitspotentials von 100 Mio. Euro ein Ausgabenvolumen in Höhe von 2.295.000.000 Euro.

(2) Die mit dieser Vereinbarung getroffenen Bewertungen beruhen auf den zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Rahmendaten für die Arzneimittelversorgung.

Die Vertragspartner verständigen sich darauf, Abweichungen gegenüber den für das Jahr 2006 zu Grunde gelegten Annahmen in den Verhandlungen für die Folgejahre nach den Erkenntnissen aus der KV-bezogenen GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSI-KV) zu berücksichtigen.

§ 3 Wirtschaftlichkeitsziele

Zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualifizierten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung im Jahr 2006 sollen die Vertragsärzte im Sinne der Zielsetzung nach § 1 Abs. 2

- preisgünstige Generika grundsätzlich bevorzugt verordnen,
- von der Verordnung von Analog-Präparaten und kontrovers diskutierten Arzneimittelgruppen weitestgehend absehen,
- Reimporte dann verordnen, wenn sie die einzige Alternative zu solchen hochpreisigen Originalpräparaten sind, die nicht durch wirkstoffähnliche Arzneimittel ersetzt wer-

den können, -wirkstoffgruppenbezogene Wirtschaftlichkeitsziele nach der Anlage umsetzen.

Ferner ist sicherzustellen, dass von der Versorgung ausgeschlossene Arzneimittel nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden.

§ 4 Gemeinsame Arbeitsgruppe

(1) Zur Analyse und strukturierten Bewertung von Arzneimitteldaten und zur Unterstützung der Vertragsärzte bei der Umsetzung dieser Vereinbarung einschließlich der Ziele nach § 1 Abs. 2 bilden die Vertragspartner eine gemeinsame, paritätisch (je vier Teilnehmer) besetzte Arbeitsgruppe. Ein von den Verbänden der Krankenkassen benannter Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe und ein von der KVWL benannter Vertreter der Pharmakotherapiekommission nehmen an den Sitzungen der Arbeitsgruppe beratend teil. Die Vertragspartner können die Arbeitsgruppe gemeinsam um Beantwortung gezielter Fragestellungen bitten.

(2) Für die gemeinsame Analyse wird der Arbeitsgruppe insbesondere folgendes Datenmaterial zur Verfügung gestellt:

- ABDA-Monatsdaten,
- die jeweils aktuellen GAmSI-Auswertungen,

-GKV-Arzneimittelindex, -Auswertungen auf Basis des pharmPRO®-Datenpools.

Die Vertragspartner werden darüber hinaus verfügbare Analysen und Verordnungsprofile vorlegen.

(3) Aus den Analyse-Ergebnissen erarbeitet die Arbeitsgruppe Maßnahmen zur Zielerreichung nach § 5 für die Ärzteschaft in Westfalen-Lippe bzw. für bestimmte Arztgruppen zu Wirkstoffgruppen, Krankheitsbildern bzw. Indikationsbereichen, Praxisschwerpunkten und dgl. Sie soll auch vergleichende Übersichten über preisgünstige ordnungsfähige Arzneimittel, einschließlich der jeweiligen Preise sowie von Hinweisen zu Indikation und therapeutischem Nutzen entwickeln und aktualisieren, sofern nicht bereits von der Bundesebene erarbeitet. Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind zu berücksichtigen. Es sollen auch einzelnen Ärzten individuelle Handlungsempfehlungen aufgrund einer Analyse ihrer Verordnungsstruktur gegeben werden. Solche Empfehlungen sind insbesondere dann abzugeben, wenn die Informationen nach Satz 1 bis 3 bei betroffenen Ärzten trotz vorhandener Potenziale nicht zu Einsparungen geführt haben. Der einzelne Arzt soll verbrauchs-

und indikationsgerechte Mengen verordnen.

(4) Die Arbeitsgruppe tritt monatlich mindestens einmal zusammen. Die KVWL leitet die Empfehlungen der Arbeitsgruppe umgehend an die Vertragspartner weiter. Die Maßnahmen werden nach § 5 Abs. 4 umgesetzt, sofern innerhalb einer Frist von 10 Tagen nicht widersprochen wird. Eine Rückmeldung über etwaige Einwände oder Ablehnungen hat unverzüglich an die Arbeitsgruppe zu erfolgen.

§ 5 Maßnahmen zur Zielerreichung

(1) Zur Unterstützung der Zielerreichung sind vielfältige Maßnahmen durchzuführen. Diese betreffen die Information und Beratung einzelner oder Gruppen von Vertragsärzten, gezielte Hinweise sowie die Einleitung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

(2) Als Informationen kommen u. a. folgende in Betracht:

- allgemeine Informationen für eine rationale Pharmakotherapie in wesentlichen Indikationsbereichen unter Berücksichtigung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin, arztbezogene Informationen und Empfehlungen, insbesondere zu den für 2006 vereinbarten wirkstoffgruppenbezogenen Wirtschaftlichkeitszielen nach § 3,

gezielte Hinweise zur Indikation und zu therapeutischem Nutzen sowie Preisvergleiche für ausgewählte, umsatzrelevante Arzneimittel (§§ 73 Abs. 8, 305 a SGB V).

(3) Als Instrumente der Beratung kommen insbesondere folgende in Betracht:

- Beratung von Gruppen von Vertragsärzten, ggf. einer Fachgruppe oder einer Region,
- Beratung von Qualitätszirkeln,
- Intensivierung der Einzelberatung auf der Basis pharmPRO.

Den von den Verbänden der Krankenkassen benannten Apothekern bzw. Pharmakoberatern wird Gelegenheit gegeben, sich auch an den Beratungen von Gruppen und Qualitätszirkeln zu beteiligen.

(4) Die Vertragspartner setzen die zur Zielerreichung erforderlichen Maßnahmen beschleunigt um. Die KVWL stellt insbesondere sicher, dass die in der Arbeitsgruppe nach § 4 abgestimmten Informationen zur Verordnungsweise an die Vertragsärzte in Westfalen-Lippe in geeigneter Weise (z. B. zielgruppenspezifische Rundschreiben, Unterrichtung von Qualitätszirkeln, schriftliche Einzel- und Gruppenberatung, gezielte Hinweise) zeitnah weitergegeben werden. Auf die Erreichung der Ziele mit den größten Einsparpotenzialen ist vorrangig hinzuwirken. Die Therapiefrei-

heit des einzelnen Arztes und die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V bleiben unberührt. Eine Verordnung notwendiger, wirtschaftlicher Arzneimittel, für die die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse besteht, auf Privatrezept ist unzulässig.

(5) Sofern Vertragsärzte arztbezogene Informationen und Empfehlungen nach § 5 Abs. 2 aus dem laufenden Jahr oder aus Vorjahren nachhaltig nicht beachten und ihre Verordnungsweise nicht optimieren, werden sie von der Gemeinsamen Arbeitsgruppe nach § 4 gezielt darauf hingewiesen und beraten.

(6) Die Verbände der Krankenkassen werden ihre Mitarbeiter und die Versicherten in geeigneter Weise (z. B. Mitgliederzeitschriften, Veröffentlichungen, gemeinsame Aushänge in Arztpraxen) über die Vereinbarungsinhalte sowie einen wirtschaftlichen Umgang mit Arzneimitteln informieren und beraten. Die Vertragspartner stimmen sich über die Grundzüge dieser Informationen ab. Die Verbände der Krankenkassen werden darüber hinaus veranlassen, dass die Krankenkassen

die Versicherten entsprechend informieren.

§ 6 Ergebnismessung

(1) Wesentliche vorläufige Ergebnisse zur Anlage dieser Vereinbarung werden von der KVWL - sofern die Datenlage dies erlaubt - monatlich aufbereitet und den Vertragsärzten zur Verfügung gestellt.

(2) Wird ein Unterziel nach der Anlage jeweils vollständig erreicht, erhält die KVWL für Strukturmaßnahmen - einschließlich Bonuszahlungen an wirtschaftlich verordnende Vertragsärzte - von den Krankenkassen eine Sonderzahlung in Höhe von 10 v. H. des auf das jeweilige Unterziel (vgl. Anlage) ausgewiesenen Wirtschaftlichkeitspotenzials. Die Berechnung der jeweiligen Zielerreichung ist einvernehmlich bis zum 30.11.2007 vorzunehmen. Die Sonderzahlung ist spätestens am 20.12.2007 fällig. Die Zahlungsmodalitäten werden gesondert geregelt; der Nachweis erfolgt über das Formblatt 3. Die KVWL informiert die Verbände der Krankenkassen über die Verwendung dieser Mittel.

(3) Die Vertragspartner stellen nach Ablauf des

Vereinbarungszeitraumes gemeinsam fest, ob das vereinbarte Ausgabenvolumen nach § 2 eingehalten wurde. Stellen sie eine Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens nach § 2 fest, sind die Ursachen nach § 84 Abs. 3 S. 2 SGB V zu ermitteln. Dabei ist die tatsächliche Entwicklung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2, insbesondere auf den Faktor Preisentwicklung (vgl. Ziffer 2 der Anlage 2 der Rahmenvorgabe vom 06.10.2005) anhand valider Abrechnungsdaten der Apothekenrechenzentren und der GamSI-Daten zu berücksichtigen.

(4) Im Umfang der Überschreitung des um exogene Einflüsse bereinigten Volumens nach § 2 - unabhängig von der Erreichung der wirkstoffgruppenbezogenen Wirtschaftlichkeitsziele - werden die Krankenkassen entsprechend ihrer Belastung - unter Berücksichtigung der nachfolgenden Grundsätze - bis zu einer Höhe von 8 Mio. Euro entlastet, soweit nicht die Überschreitung nach gemeinsamer Bewertung der Vertragspartner sachlich gerechtfertigt ist. Sofern das Volu-

men nach Absatz 2 S. 1 größer als 8 Mio. Euro ist, erfolgt der Ausgleich nach Satz 1 bis zur Höhe des Volumens nach Absatz 2 S. 1. Für den Verordnungszeitraum 2006 festgesetzte rechtskräftige Regresse sind nachträglich zu Gunsten der KVWL vom Überschreibungsbetrag nach Satz 1 abzusetzen.

§ 7 Laufzeit, Anschlussvereinbarung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2006 in Kraft; sie gilt bis zum 31.12.2006.

(2) Die Vertragspartner werden spätestens am Ende des 3. Quartals 2006 in die Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten.

Dortmund, Essen, Münster, Bochum, den 29.11.2005

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen Lippe

AOK Westfalen-Lippe

.....
Dr. Thamer
1. Vorsitzender des Vorstandes

.....
Nadolny
Vorstandsvorsitzender

BKK Landesverband
Nordrhein-Westfalen

.....
Hoffmann
Vorstandsvorsitzender

Vereinigte IKK

.....
Dr. Leonhard
Vorstandsvorsitzender

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen

.....
Alfing
Direktor

Knappschaft

.....
Direktor

Verband der Angestellten-
Krankenkassen e. V./
Der Leiter der Landesbereichsvertretung
Westfalen-Lippe

.....
Siegart Niggemann

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Der Leiter der Landesbereichsvertretung
Westfalen-Lippe

.....
Siegart Niggemann

Impressum
Herausgeberin
Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe,
Robert-Schmrigk-Str. 4 - 6,
44141 Dortmund

www.kvwl.de

Redaktion
Dr. Wolfgang-Axel Dryden (verantw.)
Dr. Mathias Flume

Tel. 0231/9432-929

Layout:
KVWL
Referat Öffentlichkeitsarbeit

Druck:
G & G Medienproduktion, Dortmund

Stand: Februar 2006
© KVWL

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

Arzneimittel 2006 – Was ändert sich für Sie?

Ihre Krankenkasse hat mit der Vereinigung der Kassenärzte (KVWL) für Westfalen-Lippe vereinbart, dass Arzneimittel noch wirtschaftlicher als bisher verordnet werden müssen. So soll ein weiterer Anstieg Ihrer Kassenbeiträge vermieden werden.

Was bedeutet das für Sie?

Ihr Arzt wird Ihnen auch weiterhin das medizinisch Notwendige verordnen. Dabei wird Ihr Arzt jedoch noch stärker auf Generika (Nachahmerpräparate) und dort, wo es möglich ist, auf gleichwertige Substanzen umstellen. Ihre Krankenkasse und die KVWL haben für den Arzt Arzneistoffe (Leitsubstanzen) benannt, an denen er sich orientieren muss. So sichern wir eine hochwertige Versorgung und vermeiden eine Kostenexplosion. In welchen Bereichen werden Umstellungen erfolgen?

Verordnungsbereich (Wirkstoffgruppe)	Leitsubstanz
1. Mittel zur Cholesterinsenkung (Statine)	Simvastatin
2. blutzuckersenkende Medikamente (Antidiabetika) - Insulin - orale Antidiabetika mit verstärkter Insulinausschüttung	Humaninsulin Glibenclamid
3. Säurehemmende Magenmittel Protonenpumpeninhibitoren (PPI)	Omeprazol
4. Blutdruckmittel (ACE-Hemmer oder Sartane)	Enalapril Lisinopril Ramipril
5. Blutdruckmittel (Betablocker)	Atenolol Metoprolol Bisoprolol
6. Blutdruckmittel (Calciumantagonisten vom Nifedipintyp)	Nitrendipin
7. „Rheumamittel“	Diclofenac
8. „Osteoporosemittel“ (Bisphosphonate)	Alendronat
9. depressionslösende Medikamente (Selektive Antidepressiva - SSRI)	Fluoxetin Citalopram

Unterstützen Sie Ihren Arzt bei der Umsetzung dieser Vereinbarung. Die genannten Arzneistoffe garantieren Ihnen eine hochwertige Versorgung mit gut erprobten Medikamenten.

Ihr Arzt wird im Einzelfall mit Ihnen besprechen, ob Umstellungen bei Ihnen sinnvoll sind.