
Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 für Westfalen-Lippe

Das Arzneimittelausgabenvolumen wird auf über 2,8 Mrd. EURO netto gesteigert. Dies ist ein deutlicher Anstieg im Vergleich zu den knapp 2,7 Mrd. EURO vereinbarten Volumen für 2009. Hierdurch steigen auch die Richtgrößen an. Wie in den vergangenen Jahren führen die Vertragspartner das bewährte Konzept der Leitsubstanzen fort. Auch das Jahr 2009 war von einer moderaten Kostensteigerung geprägt. Gleichzeitig ist der Prüfdruck auf Ärzte im Rahmen der Richtgrößenprüfung Arzneimittel weiterhin auf sehr niedrigem Niveau. Wahrscheinlich wird es für 2007 erstinstanzlich weniger als 100 Regresse für die Praxen in Westfalen-Lippe geben. Hierbei zeigt sich auch wiederum eindrucksvoll, dass Praxen, die die Leitsubstanzquoten weitgehend erreichen, selten Prüfprobleme haben.

Leitsubstanzen 2010

Wie in den vergangenen Jahren ist das Konzept der Leitsubstanzen überarbeitet und erweitert worden. Dabei sind Vorgaben aus der bundesweiten Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband teilweise übernommen worden.

Im Kern ist die Empfehlung einer Leitsubstanz bei den Protonenpumpenhemmern entbehrlich geworden, da die Substanzen nunmehr praktisch alle generisch verfügbar sind. Obwohl es sich weiterhin nach Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Omeprazol um die am besten erforschte Substanz handelt, ist bei Preisgleichheit auch mit anderen Substanzen der Wirkstoffgruppe eine evidenzbasierte sinnvolle Therapie möglich.

Erstmals wurde eine Empfehlung zu preisgünstigen Diabetes-Teststreifen aufgenommen. Angesichts der Tatsache, dass die Ausgaben für Teststreifen im Bereich der Verordnungskosten für Insuline liegen, ist es ein vorrangiges Ziel, in 2010 in diesem Bereich vorhandene Sparpotentiale zu heben. Im Bereich der Schmerztherapie wurden die differenzierten Empfehlungen der Bundesebene vereinfacht. Es wird lediglich empfohlen, einen Großteil der Opiatverordnungen mit preiswerten Arzneimitteln von Generika-Herstellern abzudecken. Die WHO empfiehlt weiterhin Morphin als Opiat der Wahl.

Die anderen bekannten Leitsubstanzempfehlungen wurden weitergeführt, um auch zukünftig Sparpotentiale zu nutzen. Weiterhin soll das Erreichen von der Zielvereinbarung zu Gunsten des Arztes in der Richtgrößenprüfung berücksichtigt werden.

Anlage zur Arzneimittel-Vereinbarung - Wirtschaftlichkeitsziele nach § 3
(Ergänzungen / Stand: 24.06.2010)

		Zielvereinbarung 2010		
A	B	C	D	
Verordnungsbereich (Wirkstoffgruppe)	Leitsubstanz/ Handlungsempfehlung	Verordnungs- anteil (Orientierungs- Wert)	potentielles Einsparvolumen 2010 in Mio. EUR (nachrichtlich)	
Allgemeine Indikationsgruppen				
1	Statine (ohne Kombinationen)	Simvastatin	90 %	0,8
E	zetimib mono und Kombinationen mit Statinen	<	3 %	1,8
2	Bisphosphonate (Osteoporose) inkl. Kombinationen	preisgünstige Alendronat- Monopräparate	90 %	1,7
3	AT-II-Antagonisten ACE-Hemmer (inkl. Kombinationen und Aliskiren)	ACE-Hemmer z.B.: Enalapril / Lisinopril / Ramipril (inkl. Kombinationen)	85 %	28
4	Antidiabetika (exkl. Insulin)	Glimepirid / Metformin / Glimepirid	95 %	10,0
5	Insulin	Humaninsulin	80 %	4,0
6	Alpha-Blocker in der Urologie	Tamsulosin	95 %	
Spezielle Arzneimittel / Arzneimittelgruppen				
7	Thrombozyten- aggregationshemmer vom Thienopyridin-Typ (Clopidogrel, Prasugrel, inkl. Kombinationen)	preisgünstige Clopidogrel- Monopräparate	97 %	4,0
8	orales Risperidon	Umstellung auf Generika	95 %	1,0
9	Erythropoetine	Umstellung auf EPO - Biosimilars / preiswerte EPO-Präparate von Generikaherstellern	40 %	2,9
10	Gonadotropin- Releasing-Hormon Analoga	preiswerte Leuprorelin - Präparate von Generika- herstellern	Umsatzanteil 25 %	ca. 2
11	Opiode d. WHO-Stufe III	Erhöhung der Generikaquote; bevorzugte Therapie mit Morphin gemäß WHO-Empfehlung; transdermale Systeme als Mittel der Reserve	90 %	3,5
12	Antibiotika	gezielterer Antibiotika- einsatz; Anteil der Reserve- antibiotika, z.B. Fluorchinolone deutlich reduzieren		
13	Therapie der Multiplen Sklerose	preisgünstiges Interferon-Beta 1 b	25 %	4,7
14	Blutzucker- Teststreifen	Preis unter 20 Euro oder von Generikaherstellern*	30%	
15	PPI	Einsatz von OTC Präparaten gemäß AM-RL		
16	SSRI	Einsatz von generischen Präparaten	95 %	ca. 1
Summe				ca. 68,7

nach GAmSi

*Preis unter 25 Euro (AVK)

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung
Statine (ohne Kombinationen) und Ezetimib mono und Kombinationen mit Statinen

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
Simvastatin	Verordnungsanteil Leitsubstanz 90 %
Anteil Ezetimib mono und Kombinationen mit Statinen	Verordnungsanteil < 3 %

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

Atorvastatin, Fluvastatin, Lovastatin, Pravastatin, Rosuvastatin und Simvastatin als Monopräparate (Handelspräparate in Deutschland), Ezetimib, Mono- und Kombinationspräparate.

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Schon 2006 wurde Simvastatin als Leitsubstanz benannt. Das IQWiG hatte 2005 eine Nutzenbewertung der Statine vorgenommen. Es gibt keine neueren Ergebnisse und Studien, die die Bewertung des IQWiG in Frage stellen: „Der Nutzen einer Statinbehandlung hinsichtlich eines lebensverlängernden Effekts bei Patienten mit stabiler koronarer Herzkrankheit ist nur für die Wirkstoffe Simvastatin und Pravastatin belegt. Für Atorvastatin, Fluvastatin und Lovastatin existiert kein derartiger Nutznachweis.

Bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom liegen zum patientenrelevanten Nutzen Untersuchungen mit den Wirkstoffen Atorvastatin, Pravastatin und Simvastatin vor. Mängel im Studiendesign und Studienbericht erschweren die Interpretation der Daten bezüglich des Vergleichs der Wirkstoffe untereinander. Eine substanzspezifische Überlegenheit eines bestimmten Wirkstoffs den anderen Wirkstoffen gegenüber hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte ist nicht belegt. Der Nutzen einer Statinbehandlung hinsichtlich eines lebensverlängernden Effekts bei Patienten mit Diabetes mellitus ist nur für den Wirkstoff Simvastatin belegt. Für Atorvastatin, Fluvastatin, Lovastatin und Pravastatin existiert kein derartiger Nutznachweis.

Hinweis: Zur Vermeidung von Interaktionen kann es im Einzelfall sinnvoll sein, anstelle von Simvastatin auf das ebenfalls generisch verfügbare Pravastatin zurückzugreifen. Therapieabbrüche wegen unerwünschter Ereignisse treten unter Atorvastatin in höchster zugelassener Dosierung häufiger auf als unter Simvastatin. Sowohl gegenüber Simvastatin als auch gegenüber Pravastatin treten unter Atorvastatin in höchster zugelassener Dosierung häufiger Leberenzym erhöhungen auf. Aus den vorliegenden Langzeitinterventionsstudien mit verschiedenen Statinwirkstoffen lässt sich nicht ableiten, dass das Ausmaß der LDL-Cholesterin-Senkung geeignet ist, den Nutzen hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte generell zu belegen oder zu quantifizieren (IQWiG, Nutzenbewertung der Statine unter besonderer Berücksichtigung von Atorvastatin, 08/2005).“ Auch für den Lipidsenker Ezetimib liegen bisher keine Belege für die dauerhafte Reduktion klinischer Endpunkte vor. Verordnungen - auch als Kombination mit Simvastatin - sollten streng indizierte Ausnahmen sein (zusammen weniger als 3 %).

Weitere Informationen

Arzneimittel A-Z unter: „Lipidsenkern“

Extern:

Procam: <http://www.assmann-stiftung.de/stiftungsinstitut/procam-tests/> ►

Zur Installation steht auch das nachfolgend genannte Programm zu Verfügung:

[Arriba \(eine individuelle Risikoprognose für Herzinfarkt und Schlaganfall - Entwickelt von den Abteilungen für Allgemeinmedizin der Universitäten Marburg und Düsseldorf. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung\) - http://www.arriba-hausarzt.de](http://www.arriba-hausarzt.de)

Dezember 2009

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung Bisphosphonate zur Osteoporose-Therapie (inkl. Kombinationen)

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
preisgünstige Alendronat-Monopräparate	Verordnungsanteil 90%

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

Alendronsäure, Etidronsäure, Ibandronsäure, Zoledronsäure und Risedronsäure. Hierunter fallen alle Mono- und Kombinationspräparate mit den entsprechenden Wirkstoffen. Eingeschlossen sind nur Fertigarzneimittel mit der Zulassung zur Osteoporose-Therapie.

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Nach der Therapieempfehlung der AkdÄ zur Osteoporose liegen für diese Substanz die umfangreichsten Daten vor. Darüber hinaus ist Alendronsäure als einziges Bisphosphonat zur Osteoporosebehandlung generisch verfügbar. Für die intravenös zu applizierenden Bisphosphonate mit einer jährlichen Gabe besteht kein grundsätzlicher Wirksamkeitsvorteil.

Die Zeitschrift „Arzneiverordnung in der Praxis“ der AkdÄ beschreibt dieses Arzneimittel wie folgt: „Ein relevanter Unterschied zu den bisher verfügbaren Bisphosphonaten hinsichtlich der Wirksamkeit ist nicht ersichtlich.“ Da auch Nebenwirkungsrisiken wie Vorhofflimmern oder Kieferosteonekrose noch nicht abschließend beurteilt werden können, sollte auf diese Formulierung nur bei einer Unverträglichkeit von oralen Bisphosphonaten oder fehlender Therapietreue bei oraler Therapie zurückgegriffen werden.

Weitere Informationen

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
[Wirkstoff AKTUELL - Aclasta](http://www.akdae.de)<http://www.akdae.de>

DVO Dachverband Osteologie e.V.
[DVO S3-Leitlinie 2009 - Osteoporose](#)

Dezember 2009

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung AT-II-Antagonisten und ACE-Hemmer (inkl. Kombinationen und Aliskiren)

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
ACE-Hemmer z.B.: Enalapril / Lisinopril / Ramipril (inkl. Kombinationen)	Verordnungsanteil 85%

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

Hierunter fallen alle Mono- und Kombinationspräparate mit den entsprechenden Wirkstoffen.

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft empfiehlt nur dann AT-II- Antagonisten (Sartane) als Alternative bei der Behandlung der Hypertonie, der Herzinsuffizienz und der diabetischen Nephropathie, wenn ACE-Hemmer indiziert sind, aber nicht toleriert werden. Bei ungenügendem antihypertensiven Effekt (Blutdruck >140/90 mmHg) mit einer Monotherapie sollte eine Monotherapie mit einem Antihypertensivum einer anderen Wirkstoffgruppe oder der Wechsel auf eine Kombinationstherapie erfolgen.

Auch wenn bereits im Jahr 2009 das erste Patent für ein Sartan abgelaufen (Eposartan) ist und im Jahr 2010 mit weiteren Patentabläufen gerechnet wird, rechtfertigt dies keine Verordnungsausweitung.

Weitere Informationen

[Wirkstoff AKTUELL](http://www.akdae.de/40/50/Aliskiren.pdf)<http://www.akdae.de/40/50/Aliskiren.pdf>

[Leitlinie Hypertonie der Deutschen Hochdruckliga](http://leitlinien.net/) <http://leitlinien.net/>

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung Antidiabetika (exclusive Insulin)

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
Glibenclamid / Metformin / Glimepirid	Verordnungsanteil 95%

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

Biguanide, Sulfonylharnstoffe, Glinide, Glitazone, Alpha-Glucosidase-Hemmer, andere: z. B. Liraglutid, Sitagliptin, Vildagliptin

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Aufgrund der belegten Wirksamkeit hinsichtlich der Stoffwechseleinstellung sowie der makrovaskulären Risikoreduktion sowie eines günstigen Nebenwirkungsprofils wird heute Metformin in der medikamentösen Therapie des Diabetes mellitus Typ II als das Mittel der ersten Wahl angesehen. Sulfonylharnstoffe sind Therapeutika der zweiten Wahl, wenn Metformin kontraindiziert ist oder nicht vertragen wird. Alle anderen Substanzen sollen nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden.

Weitere Informationen

Arzneimittel A-Z unter:

„Antidiabetika (Exenatide, Sildagliptin, Vildagliptin)“ und „Glitazone“

Achtung: „Aktuell (Februar 2010) fordert die US-Gesundheitsbehörde FDA in ihrem Gutachten die Marktrücknahme für Rosiglitazon. Das mit Rosiglitazon verbundene kardiale Risiko sei dem Hersteller immer bekannt gewesen. Warnungen der AG AMV, die aufgrund der Datenlage im November 2007 bestanden, werden so wieder bestätigt.“

Extern - Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft:

[Empfehlungen zur antiglykämischen Therapie
des Diabetes mellitus Typ 2 http://www.akdae.de](http://www.akdae.de)

[Wirkstoff - AKTUELL 2007 - Exenatide
http://www.akdae.de](http://www.akdae.de)

[Neue Arzneimittel 2009 - Vildagliptin
http://www.akdae.de](http://www.akdae.de)

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung Insulin

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
Insulin	Verordnungsanteil 80%

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

Insulin: alle Insuline und Analoga (kurz, -intermediär, -langwirksam)

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Die Behandlung mit Humaninsulin ist der Goldstandard in der Behandlung des Diabetes mellitus Typ II, wenn die medikamentöse Therapie versagt. In der seit 1. April 2009 gültigen Arzneimittelrichtlinie (Anlage III.33) findet sich eine Verordnungseinschränkung für kurzwirksame Insulinanaloga (Insulin - Aspartat - Glulisin, - Lispro). Dies entspricht der Beschlussfassung des G-BA aus dem Jahr 2006.

Weitere Informationen

Arzneimittel A-Z unter: „Insulinanaloga“

Extern:

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft:
[Arzneiverordnung in der Praxis - Empfehlungen zur antiglykämischen Therapie des Diabetes mellitus Typ 2](#)

G-BA:

[Arzneimittel-Richtlinie/ Neuer Abschnitt I \(Anlage 4/ Insulin-Analogen Lispro und Anlage 10/ Insulinanaloga\) - Beschluss veröffentlicht: BAnz. Nr. 184 \(S. 6527\) vom 28.09.2006](#)

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung Alpha-Blocker

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
Tamsulosin	Verordnungsanteil 95%

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

Alfuzosin, Doxazosin, Tamsulosin und Terazosin: Nur in Fertigarzneimitteln mit der Zulassung zur Therapie der benignen Prostatahyperplasie.

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Im Frühjahr 2006 ist das Patent des Wirkstoffes Tamsulosin abgelaufen. Seither ist es generisch verfügbar. Eine Überlegenheit der neuen Galenik des Originalherstellers (Alna OCAS®) konnte bisher nicht belegt werden. Die Wirksamkeit der verschiedenen Alpha-Adrenozeptorblocker untereinander ist ähnlich. Unterschiede können bzgl. der individuellen Verträglichkeit bestehen.

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung
Thrombozyten-aggregationshemmer vom Thienopyridin-Typ
(Clopidogrel, Prasugrel, inkl. Kombinationen)

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
Preisgünstige Clopidogrel-Präparate	Verordnungsanteil 97%

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

Clopidogrel, Prasugrel, inkl. Kombinationen

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Clopidogrel-Präparate von Generika-Herstellern sind für das gleiche Indikationsspektrum wie die Präparate der Originalhersteller zugelassen, auch zur Behandlung des akuten Koronarsyndroms in Kombination mit ASS. Damit kann eine regelhafte Substitution mit Generika erfolgen. Haftungsrechtliche Risiken bestehen nicht. Für Prasugrel sehen unabhängige Fachzeitschriften zur Zeit nur eine eingeschränkte Indikation.

Weitere Informationen

Arzneimittel A-Z unter: „Clopidogrel“

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung Orales Risperidon

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
Umstellung auf Generika	Verordnungsanteil 95%

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

Risperidon oral

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Unverändert gilt, dass die sog. atypischen Neuroleptika kritisch zu verordnen sind, da eine durchgehende Überlegenheit nach wie vor nicht belegt ist. Die AkdÄ empfiehlt eine differenzierte Präparateauswahl nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten unter Berücksichtigung der Vorgeschichte, der Symptomausprägung und des Nebenwirkungs-Spektrums.

Seit 2008 stehen für orales Risperidon generische Präparate zur Verfügung. Hier wird eine Umstellung auf Generika mit einem Verordnungsanteil von 95% angestrebt. Auch eine generische Verfügbarkeit macht atypische Neuroleptika weiterhin nicht zu ausschließlichen Mitteln der ersten Wahl.

Weitere Informationen

Arzneimittel A-Z unter: „Neuroleptika und Antidepressiva - Einsatz“

Externe Infos:

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft:

[Wirkstoff - AKTUELL 2006: Quetiapin](#)

G-BA:

[Arzneimittel-Richtlinie Therapiehinweis
„Atypische Neuroleptika“ 2009](#)

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung Erythropoetine

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
Epo-Biosimilars / preiswerte EPO-Präparate von Generika-Herstellern	Verordnungsanteil 40%

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

In dieser Wirkstoffgruppe werden alle die Erythropoese-stimulierenden Wirkstoffe zusammengefasst.

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Als Leitsubstanz wurden die preiswerteren EPO-Präparate von Generika-Herstellern und die als „Biosimilars“ zugelassenen die Erythropoese stimulierenden Arzneistoffe ausgewählt. Unter Beachtung jeweils zugelassener Indikationsgebiete und Anwendungsformen stellen diese günstige Alternativen zu den bisher bekannten Arzneimitteln auf diesem Gebiet dar.

Ein „Biosimilar“ ist ein biotechnologisch hergestelltes neues Arzneimittel, für das der Hersteller aufgrund seiner beanspruchten „Ähnlichkeit“ mit einem bereits zugelassenen Arzneimittel nach Ablauf dessen Patentschutzes die Zulassung beantragt. Diese Medikamente werden von der europäischen Zulassungsbehörde (EMA) in einem umfassenden Zulassungsverfahren auf eine ausreichende Ähnlichkeit zum Referenzprodukt geprüft. Diese Prüfung ist wesentlich umfangreicher als bei der Zulassung von exakt wirkstoffidentischen Generika bei einfachen Substanzen. Sowohl EMA als auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) sehen eine grundsätzliche Vergleichbarkeit von Biosimilars im Vergleich zu den Referenzpräparaten. Inzwischen haben Biosimilars bei Epo-Verordnungen bereits einen Anteil von weit über 20% erreicht, werden also in der Praxis regelmäßig und mit Erfolg eingesetzt.

Seit Januar 2010 sind biosimilare Epoetine auf dem Markt, die auch subkutan (s. c.) appliziert werden können.

Weitere Informationen

Extern: [Stellungnahme der AkdÄ zu Biosimilars 2008](#)

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung GnRH-Analoga

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
Kostengünstige Leuprorelin Präparate von Generika-Herstellern	Umsatzanteil 25%

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

In dieser Wirkstoffgruppe werden die GnRh-Agonisten Buserelin, Goserelin, Leuprorelin und Triptorelin zusammengefasst

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Seit über zwei Jahren gibt es kostengünstige Leuprorelin-Präparate von den Firmen Hexal und Sandoz, die im Vergleich zu den bisher verfügbaren Präparaten deutliche Einsparungen ermöglichen. Diese haben im Rahmen ihrer Zulassung eine Gleichwertigkeit in der Wirksamkeit mit den Originalpräparaten belegen müssen. Daher ist mit diesen preisgünstigen Leuprorelin-Präparaten eine deutliche Kostenersparnis bei vergleichbarer Wirksamkeit gegeben.

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung Opioide

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
Erhöhung der Generika-Quote Bevorzugte Therapie mit Morphin gemäß WHO-Empfehlung; Transdermale Systeme als Mittel der Reserve	Verordnungsanteil Generika 90%

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

Morphin, Buprenorphin, Fentanyl, Oxycodon, Hydromorphon

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Entsprechend international anerkannter Empfehlungen gilt orales retardiertes Morphin als Mittel der ersten Wahl bei schweren Schmerzen (WHO-Stufe III). Erst bei unzureichender analgetischer Wirkung oder intolerablen Nebenwirkungen sollte ein Wechsel auf ein anderes Präparat der Wirkstoffgruppe erwogen werden. Der Einsatz von transdermalen Opioiden sollte beschränkt werden auf Situationen, in denen die oralen Applikationsformen kontraindiziert oder nicht anwendbar sind (z. B. bei Schluckstörungen). Eine grundsätzliche Überlegenheit von Oxycodon und Hydromorphon im Vergleich zu Morphin - auch im Vergleich zu den bekannten Nebenwirkungen - ist bisher nicht durch randomisierte Untersuchungen belegt.

Weitere Informationen

Externe Infos der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft:

[Therapieempfehlung Tumorschmerz 2007](#)
[Wirkstoff AKTUELL 2007 - Fentanyl](#)

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung Antibiotika

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
Gezielter Einsatz von Antibiotika	Möglichst geringer Einsatz von Reserveantibiotika

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

Alle Antibiotika Als „Reserve“-Antibiotika werden insbesondere Fluorchinolone, Cephalosporine und die neueren Makrolide gesehen.

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Die Empfehlung zur indizierten Verordnung von generisch verfügbaren Antibiotika unter Vermeidung bzw. Reduzierung der Verordnung der sog. Reserveantibiotika hat neben dem wirtschaftlichen Aspekt einen großen medizinisch-epidemiologischen Aspekt. Im internationalen Vergleich werden in Deutschland relativ häufig Antibiotika verordnet. Ein unkritischer und großflächiger Einsatz von Antibiotika fördert die Bildung von Resistenzen und daraus entstehenden therapeutischen Probleme. Die häufigsten ambulanten bakteriellen Infektionen sind in den meisten Fällen mit Antibiotika (z. B. Penicillin, Amoxicillin) therapierbar.

In den meisten Fällen kann die Therapie nicht bei bekanntem Erreger und nach Antibiogramm eingeleitet werden. Therapieentscheidungen müssen so mit größter Wahrscheinlichkeit den infektauslösenden Erreger und die vermutliche Wirksamkeit des Antibiotikums berücksichtigen. Für die häufigsten ambulanten bakteriellen Infektionen sind Informationen zu Erregern und Wirkungsspektrum mit Auswahl zusammengetragen. Für Moxifloxacin hat die europäische Zulassungsbehörde EMA nach einer Risikobewertung im Jahr 2008 die Anwendung eingeschränkt.

Weitere Informationen

Arzneimittel A-Z unter: „Antidiabetika“

Extern:

[Wirkstoff-AKTUELL 2005 \(Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft\)](http://www.akdae.de)
<http://www.akdae.de>

[Moxifloxacin: Mitteilung EMEA 2008](http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/38292708en.pdf)
<http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/38292708en.pdf>

Stand: Dezember 2009

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung Therapie der Multiplen Sklerose (MS)

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
Kostengünstiges Interferon-Beta 1b	Verordnungsanteil der Leitsubstanz 25%

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

Interferon-Beta 1a und Interferon-Beta 1b.

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Mit dem zum 01.01.2009 eingeführten Präparat Extavia® steht nun eine deutlich kostengünstigere Alternative im Vergleich zu Betaferon® zur Verfügung. Beide Arzneimittel sind wirkstoffidentisch und für gleiche Anwendungsgebiete, Anwendungsart und Darreichungsform zugelassen (Bioidentical).

Diese neue Situation führt dazu, dass die Präparateauswahl im Rahmen der MS-Therapie im Hinblick auf die vorhandenen deutlichen Einsparpotentiale kritisch überdacht werden sollte.

Weitere Informationen

Extern:

[EMEA: Öffentlicher Beurteilungsbericht \(EPAR\) 2008](#)
[Stellungnahme der AkdÄ zu Biosimilars 2008](#)

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung Blutzuckerteststreifen

Verordnung preisgünstiger Blutzuckerteststreifen.

Empfohlen wird, dass die Kosten bei der Teststreifen-Verordnung unter 25 Euro je 50 Teststreifen liegen. Beachten Sie dazu die aktuell mit dem Apothekerverband Westfalen-Lippe vereinbarten Preise unter Berücksichtigung der Mengenstaffelung.

Weitere Informationen

Arzneimittel A-Z unter: „Blut- und Harnteststreifen“ und „Blutzuckerteststreifen“

Extern: [Therapieempfehlung Diabetes mellitus Typ II 2009](http://www.akdae.de) unter <http://www.akdae.de>

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung Orales Risperidon

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
Umstellung auf Generika	Verordnungsanteil 95%

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

Risperidon oral

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Unverändert gilt, dass die sog. atypischen Neuroleptika kritisch zu verordnen sind, da eine durchgehende Überlegenheit nach wie vor nicht belegt ist. Die AkdÄ empfiehlt eine differenzierte Präparateauswahl nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten unter Berücksichtigung der Vorgeschichte, der Symptomausprägung und des Nebenwirkungs-Spektrums.

Seit 2008 stehen für orales Risperidon generische Präparate zur Verfügung. Hier wird eine Umstellung auf Generika mit einem Verordnungsanteil von 95% angestrebt. Auch eine generische Verfügbarkeit macht atypische Neuroleptika weiterhin nicht zu ausschließlichen Mitteln der ersten Wahl.

Weitere Informationen

Arzneimittel A-Z unter: „Neuroleptika und Antidepressiva - Einsatz“

Externe Infos:

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft:

[Wirkstoff - AKTUELL 2006: Quetiapin](#)

G-BA:

[Arzneimittel-Richtlinie Therapiehinweis
„Atypische Neuroleptika“ 2009](#)

Informationen zur Arzneimittelvereinbarung 2010 – Zielvereinbarung SSRI (Selektive Serotonin-Rückaufnahmehemmer)

Leitsubstanz / Handlungsempfehlung	Beispielhafte Möglichkeit zur Zielerreichung
Einsatz von generischen Präparaten	Verordnungsanteil 95%

1. Welche Wirkstoffe fallen unter diese Gruppe?

Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin und Sertralin

2. Warum wurden diese Leitsubstanzen ausgewählt?

Zur Therapie von Depressionen stellt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) fest, dass klare Belege für die Wirksamkeitsunterschiede der verschiedenen, chemisch definierten Antidepressiva nicht vorliegen. Daher spielen zur Auswahl des optimalen Arzneimittels u. a. die individuelle Verträglichkeit, Interaktionen und Kosten eine entscheidende Rolle. In der medikamentösen Behandlung der Depression sollten vorrangig langjährig bewährte, überwiegend generisch verfügbare Antidepressiva eingesetzt werden. Bei der Behandlung der Depression mit einem SSRI ergeben sich deutliche Einsparungen durch Verzicht auf Original- und Me-too-Präparate. Bei den SSRIs ist ein Verordnungsanteil von 95% generischer Verordnungen angestrebt.

Weitere Informationen

Arzneimittel A-Z unter: „Neuroleptika und Antidepressiva - Einsatz“ und „SSRI: Deutliche Einsparungen durch Verzicht auf Original- und Me-too-Präparate“

Extern - Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft:

[Arzneiverordnung in der Praxis -
Therapieempfehlungen der „Depression“ 2006](#)