

Information der Prüfungsstelle

Auswertung Richtgrößenprüfung (RGP) 2008 – Teil 2

Das Spannungsfeld zwischen der Therapiefreiheit jedes Arztes und dem gesetzlich definierten Wirtschaftlichkeitsgebot scheint insbesondere bei den fachärztlichen Verordnungen einen besonderen Stellenwert einzunehmen. Insofern ist eine Auswertung der Richtgrößenprüfung Arzneimittel 2008 in Sachsen allein nicht sinnvoll, sondern wird unter Einbeziehung aktueller Entwicklungen im Jahr 2011 dargestellt.

Der Trend zu höheren Arzneimittelausgaben in Deutschland hat sich auch 2008 fortgesetzt (+5,4 % Steigerung des Fertigarzneimittelumsatzes). Ursachen dieser Umsatzsteigerung sind neben einer erhöhten Anzahl an Verordnungen insbesondere die Verschiebung zur Ordination teurerer Präparate. Eine unverhältnismäßige Kostensteigerung von Spezialpräparaten verdeutlicht hier die besondere Verantwortung der Fachärzte.¹

In der Richtgrößenprüfung AM 2008 wurden 48 Facharztpraxen (entspricht 1 % aller sächsischen Facharztpraxen) mit folgenden Ergebnissen (s. Tabelle oben) geprüft.

Im Rahmen der RGP AM 2008 wurden insgesamt 97 Prüfverfahren eröffnet. Rund 50 % davon betrafen Facharztpraxen. Jedoch wurden nur ca. 0,5 % der gesamten Regresse für Facharztpraxen in Sachsen festgesetzt. Dies verdeutlicht, dass im Prüfverfahren nach Auswertung der ärztlichen Stellungnahmen und Anerkennung von Praxisbesonderheiten überwiegend eine wirtschaftliche Verordnungsweise festgestellt wurde.

Dennoch bestehen auch in Facharztpraxen Wirtschaftlichkeitsreserven.

Schmerztherapie:

Die Behandlung von Schmerzen spiegelt sich facharztübergreifend in der Richtgrößenprüfung bei Anästhesisten, Orthopäden, und Chirurgen wider. Gerade die Gruppe der stark wirksamen Opioidanalgetika ist durch stark differierende Tages-

Facharzttrichtung	geprüfte Praxen	keine Maßnahme	Beratung	Regress	Verfahren eingestellt
Anästhesisten	3	1	2		
Augenärzte	6	3	1		2
Chirurgen	2	2			
Gynäkologen	3	3			
HNO-Heilkunde	3	2		1	
Hautärzte	4	3		1	
Innere Medizin	5	3	1		1
Kinderärzte	9	9			
Lungenheilkunde	1		1		
Mund-,Kiefer-Gesichtschirurgie	1	1			
Neurologen/Psychiater	4	4			
Psychiater	1		1		
Orthopäden	6	3	2	1	
Gesamt:	48	34	8	3	3

therapiekosten gekennzeichnet. Der einstellende Facharzt hat hier eine besondere Verantwortung, da die von ihm vorgenommene Einstellung des Patienten auf ein bestimmtes Präparat maßgeblich die Kosten der nachfolgenden Therapie bestimmt.

Stark wirksame Opiode:

- Morphin 3,52 € DDD-Kosten
- Fentanyl 4,92 € DDD-Kosten
- Oxycodon 6,85 € DDD-Kosten
- Buprenorphin 7,43 € DDD-Kosten
- Hydromorphon 9,25 € DDD-Kosten
- Targin 10,78 € DDD-Kosten.²

Im Rahmen der Richtgrößenprüfung AM 2008 wurden folgende Therapien als unwirtschaftlich beurteilt:

- Die Therapie mit Oxycodon erfolgte vorwiegend mit dem Originalpräparat Oxygesic®. Damit verteuerte sich diese Behandlung im Vergleich zum vorwiegenden Einsatz der preiswertesten Oxycodon-Generika um etwa 50 % - eine Verteuern ohne relevanten Nutzen.
- Der gleiche Aspekt gilt auch für die bevorzugte Verordnung von Durogesic® statt der deutlich preiswerteren generischen Fentanylpflaster.

- Bei der Entscheidung für eine transdermale Therapie sollte beachtet werden, dass die Buprenorphin-Verordnung bei äquivalenten Dosen 20 % teurer ist als die Fentanyl-Verordnung. Diese Einstellung sollte sehr differenziert erfolgen.

- Die verbesserte Darmfunktion durch Therapie mit dem Kombinationspräparat Targin® im Vergleich zur Gabe des reinen Oxycodon ist marginal und steht in keiner Relation zu den um 57 % erhöhten Tagestherapiekosten.³

Aktuell ist zu beachten, dass in der zwischen der KV Sachsen und den Landesverbänden der Krankenkassen getroffenen Arzneimittelvereinbarung 2011 (AMV) festgelegt ist, dass der Anteil des Morphin an den Gesamtverordnungen auf Basis der definierten Tagesdosen (DDD) mindestens 15 % betragen soll (Ist-Anteil 2009 6,6 %). Der Anteil der oralen Darreichungsformen sollte an den oralen und transdermalen Darreichungsformen mindestens 40 % betragen.

Die Einhaltung dieser Zielwerte wird bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen 2011 ein wichtiges Kriterium darstellen.

¹ U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), Arzneiverordnungsreport 2009, Springer Medizin Verlag, S. 159 ff.
² U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), Arzneiverordnungsreport 2010, Springer Medizin Verlag, S. 256 f.
³ Dto., S. 260

Glaukomtherapie:

Die Behandlung des Glaukoms ist eine spezifisch augenärztliche Therapie. Augenarztpraxen mit dem Behandlungsschwerpunkt Glaukom überschreiten mit hoher Wahrscheinlichkeit ihr Richtgrößenvolumen, da bereits die preisgünstigste Glaukomtherapie (Betablocker: Kosten je Quartal etwa 20,00 €) über der zur Verfügung stehenden Richtgröße von 16,13 € für Rentner in 2008 liegt. Die seit dem Jahr 2000 in Deutschland beobachtete Zunahme an Verordnungen im Bereich der Glaukommittel hat sich im geprüften Zeitraum 2008 fortgesetzt. Dieser Trend ist sicher einer sehr exakten Feindiagnostik und Therapieverlaufskontrolle geschuldet und wird ausdrücklich im Arzneiverordnungsreport 2010 begrüßt.⁴ Die geforderte Einhaltung des Richtgrößenvolumens stellt den Facharzt für Augenheilkunde, der einen hohen Anteil an Glaukompatienten versorgt, vor eine nahezu unlösbare Aufgabe.

Jedoch werden die **Kosten** der Glaukombehandlung in hohem Maße von der verschriebenen Substanzklasse bestimmt. Eine untergeordnete, wenn auch nicht unbedeutende Rolle spielen die verschriebenen Packungsgrößen (größere Packungen haben geringere DDD-Kosten) und der durch Schulungen in der Arztpraxis geübte sparsame Umgang bei der Applikation der Augentropfen. Nach den Richtlinien der European Glaucoma Society sind die Substanzgruppen Prostaglandine, Betablocker, Alpha-2-Sympathomimetika und Carboanhydrasemmer Mittel der 1. Wahl. Unter Berücksichtigung ihrer Kontraindikationen (Asthma bronchiale, Atrioventrikulärer Block 2. und 3. Generation, arterielle Hypotension) stellen Betablocker die kostengünstigste Behandlungsoption dar.

Glaukommittel:

- Betablocker 0,23 € DDD-Kosten
- Carboanhydrasemmer 0,94 € DDD-Kosten
- Prostaglandinderivate 0,96 € DDD-Kosten
- Clonidin 0,21 € DDD-Kosten
- Brimonidin 0,79 € DDD-Kosten.⁵

Laut Angaben des Verbands Pro Generika kann für Juli 2011 mit dem Ablauf des Patentschutzes für das erste Prostaglan-

dinderivat Xalatan® gerechnet werden. Berücksichtigt man, dass 2008 das Verordnungsvolumen von Xalatan® in Sachsen 5,8 Mio. € betrug, kann dann das konsequente Verschreiben von Latanoprost-Generika durch die Augenärzte zu einer spürbaren Kostensenkung im Bereich der Ophthalmika führen.

Osteoporosetherapie:

Die Entwicklung der Osteoporose zu einer Volkskrankheit ist sicher zum großen Teil dem zunehmenden Alter der Bevölkerung geschuldet. Gerade deshalb muss sich die Therapie dieser Erkrankung nach strengen wirtschaftlichen Kriterien richten. In der Richtgrößenprüfung 2008 war die Behandlung der Osteoporose insbesondere in der Gruppe der Orthopäden auffällig. Als unwirtschaftlich gelten sowohl eine unverhältnismäßige Mengenausweitung der medikamentösen Therapie, als auch deren sehr hohe individuelle Kosten. Die Teilnahme am Vertrag zur integrierten Versorgung „OSTEOproaktiv“, der zwischen der AOK Sachsen, dem Bund der Osteologen und der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft abgeschlossen wurde, verpflichtet explizit zu einer kostengünstigen Arzneimitteltherapie.⁶

DDD-Kosten der am häufigsten verschriebenen Osteoporosemittel:

Fertigarzneimittel	Wirkstoff	DDD-Kosten
Alendronsäure, generisch	Alendronsäure	0,79 €
Fosamax®	Alendronsäure	1,50 €
Actonel®	Risedronsäure	1,40 €
Bonviva®, oral	Ibandronsäure	1,56 €
Bonviva®, parenteral	Ibandronsäure	1,73 €
Aclasta®	Zoledronsäure	1,56 €
Protelos®	Strontiumranelat	1,70 €
Evista®	Raloxifen	1,50 €
Forsteo®	Teriparatid	22,40 €

Bei dem Hinweis auf eine leitliniengerechte Therapie durch die geprüften Ärzte in ihren Stellungnahmen sollte man sich bewusst sein, dass in dieser Leitlinie ausdrücklich die nichtmedikamentösen Maßnahmen (Muskeltraining, Nikotinabstinenz, calciumreiche Ernährung etc.) als eine essentielle Prophylaxe ausführlich erläutert werden.

Die Dauer der Therapie bestimmt in hohem Maße deren **Kosten**. Laut DVO-Leitlinie gibt es derzeit keine Evidenz für oder gegen ein Absetzen der medikamentösen Therapie nach der in Studien ausgewiesenen Zeitspanne. Allerdings sollte sich die Dauer der Behandlung ausschließlich nach der Höhe des Frakturrisikos und nicht nach der bloßen Änderung der Knochendichte richten.

Die Zunahme der Knochensubstanz durch Osteoblastenstimulation mit Fluoriden (z. B. Tridin®) gilt auf Grund ihres sehr geringen Dosisfensters als obsolet und damit unwirtschaftlich. In Sachsen ist das Gesamtvolumen an Natriumfluoriden sehr gering, trotzdem sollten die 631 Verordnungen im Jahr 2008 von den Ärztinnen und Ärzten kritisch hinterfragt werden.

Zur Behandlung der postmenopausalen Osteoporose werden folgende dafür zugelassene Bisphosphonate als gleichermaßen wirksam eingeordnet: Alendronsäure, Ibandronsäure, Risedronsäure, Zoledronsäure. Wenn keine Kontraindikationen vorliegen, sollte generell das generisch verfügbare Alendronat eingesetzt werden. Die anderen Wirkstoffe im Bereich der Bisphosphonate bzw. deren parenterale Applikation sind mit erheblichen Mehrkosten verbunden.

Eine deutlich über dem Fachgruppenschnitt liegende Anwendung dieser wesentlich teureren Therapien gilt vorbehaltlich einer objektiven medizinischen Begründung als unwirtschaftlich.

Die Therapie der Osteoporose mit Strontiumranelat (Protelos®) wird von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) als nicht wirksamer im Vergleich zu den preisgünstigeren Bisphosphonaten beurteilt. Hier bestehen nach Auffassung der Prüfungsstelle deutliche Einsparmöglichkeiten.

Die Empfehlungen des GBA zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Teriparatid (Forsteo®) wurden von den geprüften sächsischen Orthopäden eingehalten.

⁴ Dto., S. 755 f.

⁵ U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), Arzneiverordnungsreport 2010, Springer Medizin Verlag, S. 757 ff.

⁶ OSTEOproaktiv [www.osteologie-sachsen.de], Anlage 12 – Arzneimittelkennzahlen

⁷ U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), Arzneiverordnungsreport 2010, Springer Medizin Verlag, S. 778 f.

Die nachfolgend gezeigten anonymisierten Verordnungsdaten eines sächsischen Orthopäden in der Richtgrößenprüfung AM 2008 wurden wie folgt bewertet:

- Die Kosten je Verordnung entsprachen innerhalb der einzelnen Wirkstoffe der Fachgruppe und wurden als wirtschaftlich eingeschätzt.

- Bei der Beurteilung des Gesamtverordnungsspektrums wird deutlich, dass ein wesentlich höherer Anteil an den teureren Osteoporosemitteln Risedronsäure, Strontiumranelat und Raloxifen verordnet wurde.
- Hier ist kritisch zu hinterfragen, ob in jedem Fall die Ordination der teureren Osteoporosemittel gerechtfertigt war.

Die Anerkennung der beantragten Praxisbesonderheit „Therapie der Osteoporose“ erfolgte nur zu 50 %. Eine Mengerverteilung der einzelnen Wirkstoffe entsprechend der Fachgruppe hätte zu Einsparungen von 7.091,00 € führen können ohne eine einzige Packung weniger zu verschreiben. Das entspricht einer Kostenreduktion von 14 % im aufgeführten Wirkstoffbereich.

ATC-Name	Brutto je Fall (Arzt)	Brutto je Fall (VG)	Abweichung VO-Anzahl je 100 Fälle	Abweichung Brutto je VO	Abweichung DDD-Anzahl je 100 Fälle	Abweichung Brutto je DDD
Alendronsäure	2,40 €	2,25 €	14,00 %	- 6,00 %	14,00 %	- 6,00 %
Ibandronsäure	1,30 €	1,05 €	28,00 %	- 5,00 %	30,00 %	- 6,00 %
Risedronsäure	2,30 €	0,94 €	136,00 %	3,00 %	140,00 %	2,00 %
Strontium ranelat	1,30 €	0,67 €	82,00 %	4,00 %	90,00 %	- 0,30 %
Raloxifen	1,65 €	0,54 €	192,00 %	3,00 %	200,00 %	0,30 %

In der Arzneimittelvereinbarung 2011 wird die Leitsubstanz Alendronsäure mit einem DDD-Anteil von 78,0 % innerhalb der Bisphosphonate zur Osteoporosebehandlung als Zielwert definiert. Das Einhalten dieses Zielwertes gilt per se als wirtschaftlich.

Einsparungen innerhalb der Indikationsliste:

Die Präparate der Indikationsliste laut Prüfungsvereinbarung, die als Praxisbesonderheit bei der Richtgrößenprüfung Berücksichtigung finden, werden zum überwiegenden Teil durch die Fachärzte verschrieben. Es sollte beachtet werden, dass diese Anerkennung nicht pauschalisiert erfolgt, sondern das Gebot zur wirtschaftlichen Verordnungsweise generell Priorität hat.

Eine vorrangige Einstellung bzw. Neueinstellung von Patienten auf Biosimilars bzw. Generika im Rahmen der Therapie mit Immunsuppressiva und Wachstumshormonen wird als wirtschaftlich beurteilt.

Hinweis:

Die in der Arzneimittelvereinbarung 2011 konkret definierten Wirtschaftlichkeitsziele werden zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen eines Arztes direkt herangezogen.

Hält ein Arzt die vereinbarten Leitsubstanzanteile innerhalb bestimmter Arzneimittelgruppen ein und/oder erreicht er die Einhaltung prozentualer Zielwerte für bestimmte Wirkstoffe innerhalb einer Indikationsgruppe gemäß Arzneimittelvereinbarung, werden die innerhalb der eingehaltenen Ziele verordneten Arzneimittel aus seinem Verordnungsvolumen herausgerechnet. Dies trifft jedoch ausschließlich nur zu, wenn die Verordnungen des Arztes im Rahmen der Vorabprü-

fung grundsätzlich keine signifikanten Unwirtschaftlichkeiten erkennen lassen.

Zur Beantwortung weiterer Fragen wenden Sie sich bitte an die Beratungsapothekerinnen der Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen Sachsen: Frau Dr. Susanne Beyer, Tel. 0351 21326-54 bzw. Frau Beate Moll-Esser, Tel. 0351 21326-59.

Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen Sachsen

*Beate Junge
Leiterin der Prüfungsstelle*

*Dr. Susanne Beyer
Beratungsapothekerin*

*Beate Moll-Esser
Beratungsapothekerin*