



WSV: Testphase neigt sich dem Ende zu

Ab Januar 2018 wird die Wirkstoffvereinbarung „scharfgeschaltet“ – und es gibt inhaltliche Anpassungen.

Steuern statt prüfen – unter diesem Motto stand die Einführung der Wirkstoffvereinbarung nach dem bayerischen Modell zum 1. Januar 2017. Mit der Ablösung der Richtgrößen verantworten die Ärzte nicht mehr den Arzneimittel-Preis, sondern die von

machen. Die grundlegende Abkehr von der Fixierung auf Arzneimittel-Kosten und die aus der Wirkstoffvereinbarung resultierenden Handlungsempfehlungen mussten erst einmal verinnerlicht werden. Die Umsetzung nimmt Zeit in Anspruch – auch, weil sie

folgen, wird es gelingen, das Damoklesschwert der Prüfung künftig abzuschaffen.

Ab 1. Januar 2018 ist die Wirkstoffvereinbarung „scharfgeschaltet“. Die Steuerung funktioniert, doch in einigen Bereichen muss nachgebessert werden. Dies wurde auch in vielen fachlichen Diskussionen deutlich, die die Mitarbeiter der KV Hamburg während der Einführungsveranstaltungen, zahlreicher Abendveranstaltungen und individueller Beratungen geführt haben und führen. So kann zum Beispiel die Publikation aktueller Studien zu einer veränderten medizinischen Bewertung von Zielen und Zielquoten führen. Bewegungen im Arzneimittelmarkt, wie zum Beispiel Neueinführungen oder herstellerabhängige Preisanpassungen, können strukturelle Änderungen einzelner Ziele oder gar neue Ziele notwendig machen. Damit die Ziele sowohl unter ökonomischen als auch medizinischen Aspekten nachvollziehbar bleiben, sind für das

Wenn die Ärztinnen und Ärzte den eingeschlagenen Weg weiterverfolgen, wird es gelingen, die Prüfung abzuschaffen.

ihnen getroffene Stoffauswahl. Die Wirkstoffvereinbarung ermöglicht den Ärzten, ihre Verordnungsanteile selbst zu steuern. Wer Generika und Leitsubstanzen bei der Verordnung bevorzugt, ist auf der sicheren Seite – und trägt dazu bei, auch seine Kollegen aus der Prüfung herauszuhalten.

Das Einführungsjahr 2017 wurde von den Ärzten dazu genutzt, sich mit der neuen Systematik vertraut zu

im Dialog mit den Patienten stattfinden muss. Im bisher ausgewerteten Zeitraum zeigen die Steuerungsmaßnahmen der Ärzte bereits Wirkung. Bei der Gesamt-Zielerreichung konnten sich fast alle Vergleichsgruppen vom ersten Quartal zum zweiten Quartal verbessern. Die höheren Verordnungsanteile an Generika und Leitsubstanzen sorgen für eine spürbare Verringerung des Prüfdrucks. Wenn die Vertragsärztinnen und -ärzte den eingeschlagenen Weg konsequent weiterver-

Jahr 2018 wichtige Anpassungen mit den Krankenkassen vereinbart worden.

Im Folgenden stellen wir Ihnen die ab 2018 geltenden Änderungen und Anpassungen im Detail vor.

NEUE ZIELE

TNF-alpha-Blocker:

Leitsubstanzziel mit Biosimilarquote

Zu den TNF-alpha-Blockern (ATC-Code Lo4AB) zählen Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Certolizumab und Golimumab. Künftig werden Flixabi[®], Inflectra[®] und Remsima[®] (Biosimilars zu Infliximab) sowie Benepali[®] und Erelzi[®] (Biosimilars zu Etanercept) und Biosimilars zu Adalimumab (sobald verfügbar!) als Leitsubstanzen gewertet.

Dabei lässt die gesetzte Zielquote viel Spielraum für die Versorgung von Patienten, die Wirkstoffe aus dieser Gruppe benötigen, welche bisher nicht als Biosimilar verfügbar sind. Die Verordnung von Rabattarzneimitteln trägt nicht zur Verbesserung der Zielerreichung bei.

Begründung: TNF-alpha-Blocker sind eine ausgesprochen kostenintensive Arzneimittelgruppe. Für Infliximab und Etanercept stehen Biosimilars zur Verfügung. Für den Block-

buster Adalimumab (Humira[®]) werden voraussichtlich 2018 Biosimilars auf den Markt kommen. Entsprechende Zulassungen von der Europäischen Zulassungsbehörde sind schon erteilt. Sobald Adalimumab-Biosimilars verfügbar sind, werden diese ebenfalls Leitsubstanz.

Biosimilars besitzen eine strukturell hohe Ähnlichkeit mit ihrem Referenzarzneimittel und üben eine identische pharmakologische Wirkung im menschlichen Körper aus. Qualität, biologische Aktivität, Sicherheit und Wirksamkeit entsprechen dem Referenzarzneimittel. Durch den Einsatz dieser Arzneimittel können bei gleichbleibender Versorgungsqualität erhebliche Kosten eingespart werden. Entsprechend empfiehlt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) in ihrem aktualisierten Leitfaden „Biosimilar“, sowohl bei der Erstverordnung von Biologika als auch bei der Folgeverordnung zur Fortsetzung der Therapie jeweils die wirtschaftlichere Verordnungsalternative auszusuchen. Voraussetzung dafür ist, dass eine praxistaugliche Einzeldosisstärke (zur Vermeidung von Kosten durch Verwurf) und eine für die Behandlung geeignete Darreichungsform (z. B. Applikationssystem wie Injektor, Pen, Fertigspritze) verfügbar sind sowie eine Zulassung für die zu behandelnde Erkrankung vorliegt. Dabei ist die ausführliche Patienten-

information und -beratung durch den Arzt wesentliche Voraussetzung für die Verordnung bzw. den Einsatz von Biosimilars. Etwaige Ängste und Bedenken der Patienten sollen berücksichtigt werden, um die Therapieadhärenz zu stärken und den therapeutischen Erfolg bei den Patienten nicht zu gefährden (AkdÄ-Leitfaden "Biosimilars", www.akdae.de / siehe auch *KVH-Journal* 10/2017, Seite 26).

Einführung eines Mengenziels Protonenpumpenhemmer

Bei den Protonenpumpen-Inhibitoren soll die DDD-Menge pro Verordnungsfall um fünf Prozent gesenkt werden. Begründung: In den vergangenen zehn Jahren hat sich die Anzahl verordneter Protonenpumpen-Inhibitoren in Hamburg nahezu verdreifacht. Im Jahr 2016 nahm mehr als jeder zehnte Hamburger Versicherte pro Tag eine Dosis Protonenpumpen-Inhibitoren zu sich. Angesichts dieser Mengenausweitung ist ein indikationsgerechter Einsatz häufig anzuzweifeln. Insbesondere die Empfehlungen zur



Weiterverordnung nach Krankenhausaufenthalt müssen kritisch hinterfragt werden.

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN VORHANDENER ZIELE

Ziel Nr. 12: Kombigruppe kardiovaskuläres System

Aus der Kombigruppe „Kardiovaskuläres System“ (Ziel 12) wird der ATC-Code Co1 (Herztherapie) aus Gründen der Vereinfachung herausgelöst und gelöscht. Darin befinden sich unter anderem herzwirksame Glykoside, Antiarrhythmika der Klassen I und III, Nitrate und andere Herzmittel. Diese Präparate sind nicht mehr von der Wirkstoffvereinbarung erfasst.

Ziel Nr. 17: Psychoanaleptika außer Antiadiposita

Beim Ziel 17 „Psychoanaleptika“ werden die Mittel zur Behandlung von ADHS herausgelöst und als eigenes Leitsubstanzziel mit der Leitsubstanz Methylphenidat geführt (Ziel 17.2). Sämtliche Methylphenidat-Präparate sind hier wirtschaftlich (Generika und Originale).

Die Verordnung von Rabattarzneimitteln trägt nicht zur

Verbesserung der Zielerreichung bei.

Die noch verbleibenden Psychoanaleptika werden wie gewohnt als Generikaziel (Ziel 17.1) geführt. Hier trägt die Verordnung von Rabattarzneimitteln weiterhin zur Verbesserung der Zielerreichung bei.

Begründung: Aus ökonomischen und fachlichen Gesichtspunkten bestehende Implausibilitäten werden mit Einführung der Leitsubstanz Methylphenidat nachvollziehbar beseitigt und gleichzeitig tatsächlich vorhandene Einsparpotentiale verdeutlicht.

Ziel Nr. 24: Erythropoese stimulierende Faktoren

In diesem Ziel bleiben die Leitsubstanzen bestehen. Die Verordnung von Rabattarzneimitteln trägt aber nicht mehr zur Verbesserung Ihrer Zielerreichung bei. Begründung: Es soll bevorzugt die Verordnung von Biosimilars erfolgen.

Ziel Nr. 25: Orale Antikoagulantien

Das Leitsubstanzziel 25 „Antikoagulantien“ wird in ähnlicher Form als Ziel 25.1 weitergeführt (Quote Vitamin-K-Antagonisten versus DOAKs). Die Verordnung von Rabattarzneimitteln trägt hierbei allerdings nicht mehr zur Verbesserung der Zielerreichung bei.

Zusätzlich wird es für die DOAKs eine zweite Leitsubstanzquote geben mit den

Leitsubstanzen Apixaban und Edoxaban (Ziel 25.2). Hier trägt die Verordnung von Rabattarzneimitteln weiterhin zur Verbesserung der Zielerreichung bei. Das stärkere Gewicht bei der Saldierung liegt jedoch auf dem Ziel 25.1.

Begründung: Es soll weiterhin (sofern möglich) bevorzugt die Verordnung von Vitamin-K-Antagonisten erfolgen. Innerhalb der Wirkstoffgruppe der DOAKs gibt es jedoch ebenfalls deutliche Preisunterschiede. Mit den beiden Leitsubstanzen Apixaban und Edoxaban stehen zwei nutzensbewertete Wirkstoffe aus der Gruppe der DOAKs zur Verfügung, mit denen sowohl die zweimal als auch die einmal tägliche Dosierung möglich ist und vorhandenes Einsparpotential in dieser Gruppe gehoben werden kann.

GENERELLE ÄNDERUNGEN

Zielwerte

Die Zielwerte der einzelnen Indikationsgruppen werden entsprechend der Entwicklung im Markt angepasst (u.a. Antidiabetika, Antikoagulantien Psychoanaleptika).

Die Zielquoten für die Wirkstoffvereinbarung 2018 finden Sie ab Januar 2018 auf unserer Homepage:

www.kvhh.de → Verordnungen → Wirkstoffvereinbarung

Generika

Grundsätzlich werden Generika, deren Preise über dem Festbetrag liegen, wie Originale behandelt. Aus ökonomischen Gesichtspunkten bestehende Implausibilitäten werden damit nachvollziehbar beseitigt.

Antroposophische und homöopathische Arzneimittel

Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen der Anthroposophie und Homöopathie werden im Rahmen der Wirkstoffvereinbarung nicht mehr gesteuert. Damit soll der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung getragen werden. ■

Aktualisierte Informationen zu den Wirkstoffgruppen, aktualisierte Arbeitslisten und die neuen Zielquoten der Wirkstoffgruppen für 2018 stehen ab Januar 2018 auf unserer Homepage zur Verfügung: www.kvhh.de → Verordnungen → Wirkstoffvereinbarung

Für Fragen und zur Vereinbarung von Beratungsterminen wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der Abteilung Praxisberatung.
Tel: 22 802 - 571 / -572
Fax: 22 802 - 420
E-Mail: praxisberatung@kvhh.de

wir
schärfen
ihren

[V i • S U S]

/pharmakotherapieberatung
die gesundheit des patienten
vorenzustellen und dabei die regeln
der wirkstoffvereinbarung und des
wirtschaftlichkeitsgebots zu beachten,
gestaltet sich im praxisalltag oftmals
als herausforderung. erfahrene ärzte
beraten sie ganz individuell in der
pharmakotherapieberatung der kvh.
fragen sie uns einfach!

www.kvhh.de

