

## Pharmakotherapie des Vertragsarztes (1) Grundlagen wirtschaftlicher Verordnungsweise

D. Eylerts

### Daran denken!

Die Verordnung von preiswerten Medikamenten, insbesondere von Generika am unteren Ende der Preisspanne, ist in der Regel vertretbar (und wird seitens der Krankenkassen eingefordert). Dabei gilt es, erhebliche Preisunterschiede bei Generika zu beachten.

Jedoch kennt jeder Arzt Patienten, bei denen eine Einstellung beziehungsweise Umstellung auf Generika oder ähnlich preiswerte Arzneimittel zu risikoreich ist. Außerdem gibt es natürlich Patienten, die eine teure Medikation benötigen, zu der es keine Alternative gibt.

Stets muß jedem Arzt klar sein: Wer seine Richtgrößen **um mehr**

**als 15 Prozent überschreitet**, ohne daß Praxisbesonderheiten anerkannt werden, **wird aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen individuell für seine Überschreitungen finanziell haften!**

Auch bei einer eventuellen Abschaffung des Arznei- und Heilmittelbudgets wird diese Richtgrößenhaftung bleiben!

### Pharmakotherapie des Vertragsarztes

Die vertragsärztliche Arzneimitteltherapie unterliegt vielfältigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen. Sie wird durch gesetzliche Vorgaben spürbar eingengt und beeinträchtigt. Dazu gehören das Arznei- und Heilmittelbudget und die nach dem Gesetz vertraglich zu vereinbarenden Arznei- und Heilmittelrichtgrößen.

Auch wenn die neue Bundesgesundheitsministerin Ursula Schmidt, mit Rückenbedeckung von Bundeskanzler Gerhard Schröder, von einer baldigen Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets spricht, so erklärt sie doch im gleichen Atemzug, die künftigen arztbezogenen Richtgrößen müßten kostenneutral gestaltet werden. Die arztindividuelle Haftung bei Überschreitung der Richtgrößen müsse bestehen bleiben. Unter dem Strich bedeutet dies: Für den einzelnen Arzt bleibt alles beim Alten, ja es wird vielleicht sogar noch stärkere Einschränkungen durch die Richtgrößen geben, damit die bisherigen Überschreitungen vermieden werden!

Die Mitglieder des Vorstandes und der Pharmakotherapiekommission der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) möchten dem niedergelassenen Arzt mit einer dreiteiligen Artikelserie zur „Pharmakotherapie des Vertragsarztes“ kurzgefaßte Hilfen an die Hand geben, unter den gegebenen Umständen eine bestmögliche Arzneitherapie so zu gestalten, daß ein Arzneimittelregreß möglichst vermieden werden kann.

Im ersten Teil dieser Serie, die in dieser Ausgabe des *niedersächsischen ärztlichen* beginnt, gibt Dr. med. Dirk Eylerts, Dannenberg, Hinweise auf die Grundlagen wirtschaftlicher Verordnungsweise. In der folgenden Ausgabe erläutert Dr. med. Thomas Lichte, Lauenbrück, Möglichkeiten der Umsetzung in der Praxis, und im letzten Teil beschäftigt sich Dr. med. Konrad Cimander, Hannover, mit dem Einsatz innovativer Präparate.

Eberhard Gramsch

Vorsitzender des Vorstandes der KVN

### Konsequente Nutzung von EDV-Preisvergleichslisten

Rund 90 Prozent aller Ärzte führen ihre Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) per Datenträgeraustausch durch, aber nur ein Bruchteil dieser Kollegen nutzt die Vorteile der Praxis-EDV bei

der Arzneimittelver-

ordnung. In fast allen Praxis-EDV-Programmen ist eine Medikamentenliste integriert, die regelmäßig aktualisiert wird. Ein Teil dieser Programme kann auf „Knopfdruck“ eine **preisorientierte Liste** vergleichbarer Präparate für die Verordnung anzeigen. Diese Möglichkeit sollte **bei jeder Neuverordnung und bei Wiederholungsverordnungen genutzt werden.**

Sollte diese Möglichkeit nicht vorhanden sein, besteht zumindest bei Windows-Betriebssystemen die Möglichkeit, kostenlose Zusatzprogramme zu

erwerben, wie zum Beispiel die „IfAp-Liste“ (komplett und schnell) oder die „Gelbe Liste“ (nach meiner Erfahrung weniger vollständig und etwas umständlich zu bedienen, andererseits mit gutem Interaktionsmodul). Die Bezugsadressen erscheinen am Textende. Sie erhalten gegebenenfalls Hilfestellung bei der Installation vom EDV-Berater Ihrer KVN-Bezirksstelle.

### Erstellen einer praxisindividuellen Basisarzneimittelliste

Jede Praxis-EDV sollte eine Liste der verordneten Medikamente (möglichst nach Häufigkeit und/oder Preis sortiert) erstellen können. Ersatzweise hilft Ihnen vielleicht die AOK mit ihrem „PharmPRO!“-Programm (kann gegebenenfalls über Ihre KVN-Bezirksstelle vermittelt werden).



Arbeiten Sie diese Liste durch und erstellen Sie eine praxisindividuelle Basisarzneimittelliste, wobei Sie möglichst preiswerte Generika bevorzugen sollten.

Auch ohne Praxis-EDV läßt sich eine praxisindividuelle Arzneimittelliste zusammenstellen, bei der die preiswerten Präparate jeder Substanzgruppe oder jeder Indikation ganz oben stehen!

### Erstverordnung preiswerter Arzneimittel

Bei der Erstverordnung von Medikamenten sollte nach einem Stufenplan möglichst mit einem preiswerten Generikum begonnen werden. Erst bei unzureichender Wirkung sollte eine Ausweitung auf andere Generika erfolgen oder aber (unter kritischer Berücksichtigung des Preis-Leistungsverhältnisses!) zu einem innovativen Präparat gewechselt werden.

Bei neuen Patienten sollten Sie die Vor-medikation kritisch unter Berücksichtigung der unten genannten Kriterien überprüfen.

### Eingabe aller Verordnungen in die EDV

Alle Verordnungen sollten per EDV erfolgen – nur dann haben Sie die Möglichkeit, die Daten für Ihre eigene Statistik zu erfassen, und nur dann haben Sie schnellen Zugriff auf preiswerte Alternativen (siehe oben).

Bei Verordnungen „per Hand“ (Hausbesuch, Notfall) sollten die Verordnungen nachträglich in die EDV eingegeben werden (ich selbst diktiere alle Daten bei Hausbesuchen auf Band für die nachträgliche Eingabe in die Praxis-EDV).

### Besonderheiten bei der Verordnung von Generika

Wirkstoffidentität zum Originalpräparat bedeutet nicht Bioäquivalenz: Nicht immer garantiert ein großes Generikaunternehmen auch eine gute Qualität!

Unterschiedliche Bioverfügbarkeit und Pharmakokinetik sind angesichts der Vielzahl generischer Alternativen **meist** kein klinisch relevantes Problem. Einige Substanzgruppen bedürfen aber – hinsichtlich der Galenik und der Freisetzung der Substanz im Körper – bei der Umstellung besonderer Beachtung. Dazu gehören: orale Antidiabetika, Antihypertensiva, Antiepileptika usw. Die Pharmakotherapiekommission der KVN wird versuchen, in einem späteren Artikel hierzu mehr Klarheit zu schaffen.

Jeder Arzt sollte sich „sein“ Generikum aussuchen, mit dem er Erfahrungen sammelt und – falls möglich – zumindest anfangs eine häufigere Therapiekontrolle durchführen (Medikamentenspiegel im Blut, Blutzucker-Tagesprofil, 24-Stunden-RR, EKG, EEG, usw.).

Ein Wechsel zwischen Generika unterschiedlicher Firmen sollte daher vermieden werden (a: unterschiedliche Galenik; b: beim Zulassungsverfahren erlaubte Spannweite der Wirkstärke im Vergleich zum Originalpräparat von –20 Prozent bis +25 Prozent!).



Bei einer Neueinstellung und vor allem bei einer Umstellung auf Generika sollten Wirkung beziehungsweise Wirkungsänderung (selbst-)kritisch beobachtet werden!

### Schrittinnovationen („Me-too“-Präparate/Analogpräparate)

Schrittinnovationen sind chemische Innovationen mit pharmakologisch ähnlichen oder gleichwertigen Wirkungen ohne besondere therapeutische Vorteile.

Neu heißt dabei nicht immer besser.

Bevor auf ein neues Medikament umgestellt wird – gleichgültig ob auf eine echte Innovation oder ein „Me-too“-Präparat – sollte das Preis-Leistungsverhältnis kritisch überprüft werden.

Die Auswahl eines Analogpräparates setzt einen Kostenvorteil oder einen relevanten klinischen Vorteil gegenüber den anderen Präparaten der Gruppe voraus.

### Dauermedikation

Indikation, Dosis, Wirksamkeit und Compliance sind bei jeder Verordnung erneut zu prüfen.

Zu überprüfen ist weiterhin, ob eine höherdosierte Tablette teilbar ist (deutlicher Kostenvorteil von zum Beispiel 2 x ½ Tablette à 40 mg gegenüber 2 x 1 Tablette à 20 mg).

Zu überprüfen ist weiterhin, ob die Umstellung auf ein Generikum oder preiswerteres Analogpräparat möglich ist.

Die Dauermedikation sollte in regelmäßigen Abständen überprüft werden (besonders in Altenheimen).

Es sollte keine erneute Verordnung ohne kritische Überprüfung der Notwendigkeit erfolgen!

### Verordnung sogenannter umstrittener Arzneimittel

„Umstrittene Arzneimittel“ sind solche Arzneimittel, die – zumindest nach Ansicht der Krankenkassen – nur einen geringen therapeutischen Nutzen haben. Dabei ist den Kassen die Tatsache gleichgültig, daß manche dieser Medikamente (zum Beispiel Heparin- oder Rheumasalben) bei den Patienten eine subjektive Linderung ihrer Beschwerden bewirken, denn Präparate mit objektiv marginalen therapeutischen Effekten gelten als entbehrlich.

Angesichts der restriktiven Haltung der Krankenkassen und der eigenen Haftung für die verordneten Medikamente muß jede Kollegin und jeder Kollege entscheiden, ob derartige Medikamente nur noch auf Privatrezept verordnet werden sollten. Eine Kennzeichnung des Rezeptes mit dem Hinweis auf Paragraph 12 Sozialgesetzbuch (SGB) V schließt eine Erstattung durch die Kassen dann aus.

#### Adressen

Für die „IfAp“-Liste:

IfAp Service-Institut für Ärzte und Apotheker GmbH, Schloßberg 4, 15526 Neu Golm bei Bad Saarow, Telefon: (03 36 31) 8 40, Telefax: (03 36 31) 8 41 00  
E-Mail: [hotline@ifap.de](mailto:hotline@ifap.de)  
Homepage: <http://www.ifab.index.de>

Für die „Gelbe Liste“:

MediMedia, Medizinische Medien Informations GmbH, Am Forsthaus Gravenbruch 5-7, 63263 Neu-Isenburg, Telefon: (0 61 02) 50 20  
Telefax: (0 61 02) 5 37 79 und 50 22 20  
E-Mail: [gelbeliste.info@medimedia.de](mailto:gelbeliste.info@medimedia.de)  
Homepage: <http://www.gelbeliste.de/index.htm>

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Dirk Eylerts  
Breese im Bruche 22  
29479 Jameln

### Pharmakotherapie des Vertragsarztes (2)

## Sinnvolle und preiswertige Pharmakotherapie – rüsten Sie sich gegen Haftungsprobleme!

#### Th. Lichte

Entwarnung ist noch nicht gegeben: Auch nach dem geplanten Fortfall des Kollektivregresses bleiben die Ärzte an Richtgrößen für ihre Arzneimittelverschreibungen gebunden – und können individuell in Regreß genommen werden. Die bisherige Umstellungsrate auf preisgünstigere Generika in Niedersachsen zeugt von den Bemühungen der Vertragsärzte, eine effektive Arzneimitteltherapie auch möglichst effizient, also mit niedrigen Kosten zu ermöglichen. Das gilt um so mehr bei chronisch Kranken, für die der Hausarzt regelmäßig Dauermedikamente verschreibt.

Aber wir kennen das Problem: Veränderungen einer Arzneimitteltherapie – sei es während eines Krankenhausaufenthaltes oder nach Konsil bei einem Facharzt – bringen oft wieder eine Verteuerung. Der Hausarzt soll aber dann nach Empfehlungen der KVN und der Krankenkassen wieder mit der Umstellung auf billigere Generika reagieren. Die Kostendruckspirale setzt sich erneut in Gang und belastet die Patient-Arzt-Beziehung. Diese Problematik versuchen die Vertreter der Berufsverbände mehr an die Öffentlichkeit und an die Politiker zu tragen.

Wie läßt sich in der Praxis damit umgehen? Meine Empfehlung lautet: Dem Patienten sollte sofort nach seiner Entlassung ein neuer Medikamenten-Einnahmeplan ausgefüllt werden. Der eventuell von vorbehandelnden Ärzten erstellte Plan darf

nicht korrigiert, sondern sollte vernichtet oder zu den Akten gelegt werden.

Um die Änderung der Medikamentengaben beim Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung reibungsloser zu gestalten, sollte – vielleicht zusammen mit mehreren Kollegen im Einzugsgebiet eines Krankenhauses – mit den dort tätigen Ärzten eine Regelung vereinbart werden, daß

1. Patienten vor ihrer Entlassung auf Veränderung der Medikation hingewiesen werden (evtl. kann hierzu eine Informationsschrift verfaßt werden),
2. möglichst immer die Generikanamen dem Namen eines Originalpräparates vorangestellt werden und
3. möglichst wenig Präparate während des stationären Aufenthaltes verändert werden sollten. Ist eine Neuverordnung unumgänglich, sollten nicht immer nur teure Innovationen verwendet werden.

Die Umstellung von Analog- oder Me-too-Präparaten auf preiswertere Medikamente bereitet häufig Probleme, obwohl auf ersatzweise vorhandene Generikagruppen von KV-Seite schon früher hingewiesen wurde. Die Pharmaindustrie kennt diese Probleme und stattet „Erstverordner“ im Krankenhaus günstig mit Innovationen aus. Möglicherweise kann aber nach längerer Anwendung – wenn vielleicht unerwünschte Begleiterscheinungen eintreten – ein Änderungsversuch unternommen werden, der dann auch die



## Arznei- und Heilmittel-Richtgrößen

# So halten Sie die Richtgrößen ein und vermeiden Regresse

Th. Lichte, K. Cimander, D. Eylerts

1. Nutzen Sie konsequent eine Arzneimittelliste und überprüfen Sie regelmäßig die Preise bei Generika. Preisveränderungen vollziehen sich oft unbemerkt. Häufig liegen bei der gleichen Firma in einzelnen Festbetragsgruppen verschiedene Preise vor. Arzneimittellisten, etwa die IfAP, die Rote Liste oder die Gelbe Liste, erhalten Sie auch als EDV-Ausdruck, möglicherweise sogar über Ihre Praxis-Software.
2. Erstellen Sie für Ihre Praxis eine individuelle Basisarzneimittelliste.
3. Geben Sie alle Verordnungen über EDV aus und lassen Sie konsequent alle handschriftlichen Rezepte von Hausbesuchen oder Notfällen nachtragen.
4. Gehen Sie bei der Verordnung nach einem Stufenschema vor. Beginnen Sie zunächst mit einem preisgünstigen Präparat und setzen Sie erst bei unbefriedigendem Therapieerfolg teurere Medikationen oder Neuentwicklungen ein.
5. Überprüfen Sie die Dauermedikamente, die Sie verordnen. Möglicherweise können Sie auf preiswertere Generika umstellen, größte Packungsgrößen verordnen oder die Arzneimittelmenge pro Einheit erhöhen.
6. Stellen Sie Ihre Verschreibungen auf Arzneimittel mit der doppelten Wirkstoffmenge pro Tablette um und lassen Sie diese durch den Patienten teilen oder vierteln. Auch dadurch spart der (zuzahlungspflichtige!) Patient.
7. Stellen Sie sofort nach der Krankenhausentlassung eines Patienten bei den Generika, eventuell auch den Mee-to-Präparaten, auf das preisgünstigste Medikament um.
8. Beschränken Sie sich auf eine kritische Weiterverordnung von Verordnungen, die vor Ihnen Krankenhausärzte oder Spezialisten ausgestellt haben. Die Verantwortung liegt immer beim „Rezept-schreiber“.
9. Dokumentation ist alles! Kopieren Sie sich Spezialisten- und Entlassungs-Berichte, zumindest, sofern sie teure Medikamenten-Empfehlungen enthalten. Sonstige teure Therapien – zum Beispiel Btm-Analgetika, Antiepileptika, Parkinson-Medikamente – sollten Sie für jeden betroffenen Patienten und alle Praxisbesonderheiten gesondert dokumentieren und alles zusammen quartalsweise abheften lassen.
10. Trainieren Sie für die Sparmaßnahmen auch Ihre Arzthelferinnen. Die können wertvolle Vorarbeit leisten, etwa, indem sie das zur Zeit billigste Generikum heraussuchen.
11. Nehmen Sie an Qualitätszirkeln oder ähnlichen Zusammenschlüssen zur Eigenkontrolle des Ordnungsverhaltens und zur Abstimmung innerhalb der Kollegschaft teil.
12. Lassen Sie sich nicht von der Angst vor einem Arztwechsel des Patienten einschüchtern, wenn Sie einen Rezeptwunsch nicht erfüllen möchten. Patientenzufriedenheit wird vom überzeugenden ärztlichen Handeln und nicht von der Erfüllung eines Rezeptwunsches bestimmt.
13. Sorgen Sie dafür, daß das gemeinsame Plakat der niedersächsischen Krankenkassen und der KVN „Nur das medizinisch Notwendige kann verordnet werden“ augenfällig in Ihrer Praxis aufgehängt ist. Das kann schon im Vorfeld Druck des Patienten und unnötige Diskussionen unterbinden.
14. Entscheiden Sie, wann ein sinnvoller Einsatz von Innovationen wirklich angebracht ist. Das kann etwa bei atypischen Neuroleptika, bei Antidepressiva oder Antidepressiva der Fall sein.

Zustimmung des Patienten findet.

Kostenbewußtsein ist aber nicht allein Ihre Sache. Die Arzthelfer und -helferinnen sollten mehr in die Arzneimittelverordnung einbezogen werden. Mit Hilfe von Preisvergleichslisten in der EDV oder in Buchform können meistens Originalpräparate eingegeben werden und bei üblicher Sortierung nach der Preiswürdigkeit ein Präparat aus dem billigsten (oben angeordneten) Bereich gewählt werden. Dies gilt für Dauermedikamente genauso wie für Veränderungen nach stationärer oder spezialärztlicher Therapie. Empfehlungen können auch vom Arzt an die Mitarbeiter(innen) z.B. mit Rotstift in den kopierten Arztbrief eingetragen werden. In Weiterbildungspraxen sollte das gesamte Team einschließlich Assistent(in) das Kostenbewußtsein ständig trainieren.



Der Vorsitzende des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Prof. Dr. F. W. Schwartz, hält die Kostenverantwortung der verschreibenden Ärzte für eine unmögliche Aufgabe. Dennoch: Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen hat Richtgrößen auch für Polikliniken und Krankenhausbambulanzen ab Ende 2000 eingeführt. Die bisher noch bestehende Kostenverantwortung soll auch auf empfehlende und erstverordnende Ärzte angewendet werden können. Noch aber liegt die alleinige Verantwortung beim Rezept unterschreibenden Arzt!

Zur Eigenkontrolle des Ordnungsverhaltens ist der engere kollegiale Kontakt der beste Weg. „Über den Tellerrand zu schauen“ und „Selbsterfahrung zu üben“ sind zu Beginn nicht einfach, entlasten auf Dauer aber deutlich und beugen einem „Burn out“ besonders durch Vereinsamung vor. Als günstig haben sich Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie erwiesen. Suchen Sie

den Ihnen nächstgelegenen Zirkel auf oder gründen Sie selbst einen; Ihre KV wird Ihnen dabei behilflich sein.

Die Arzneimitteltherapie des niedergelassenen Vertragsarztes soll weiter vereinfacht werden. Daher geht die Pharmakotherapie-Kommission der KVN auf die Krankenkassen zu, um gemeinsam einfach zu handhabendes und schnell aktualisierbares Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen. Im Übrigen empfehlen Ihnen die Mitglieder der Pharmakotherapie-Kommission des KV-Vorstandes Niedersachsen für eine qualitativ dem Paragraphen 12 des SGB V entsprechende Arzneimitteltherapie eine Reihe von Maßnahmen, die auf Seite 52 zusammengestellt sind. Mit eigenen Ideen und Wünschen wenden Sie sich bitte direkt an den Autor dieses Artikels.

*Anschrift des Verfassers:*  
Dr. med. Thomas Lichte  
Lindenstraße 10  
27389 Lauenbrück

