



Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin

05.11.2010

**Arzneimittelvereinbarung 2010: Versorgungsziele Bisphosphonate und ACE-Hemmer/Sartane/Renin-Inhibitoren
Praxisindividuelle Zielerreichung führt zu Entlastung bei der Richtgrößenprüfung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der Arzneimittelvereinbarung 2010 haben sich die KV Berlin und die Berliner Krankenkassenverbände wie in den letzten Jahren auf Informationsmaßnahmen und Versorgungsziele verständigt. Erreichen die Berliner Ärzte insgesamt diese Ziele, werden die Krankenkassen das Arzneimittelausgabenvolumen 2010 rückwirkend um bis zu 20 Mio. Euro erhöhen.

Eines der Versorgungsziele betrifft den Anteil der verordneten DDD von ACE-Hemmern. Dieser Anteil soll im Jahr 2010 von aktuell 73,8% auf 75% erhöht werden.

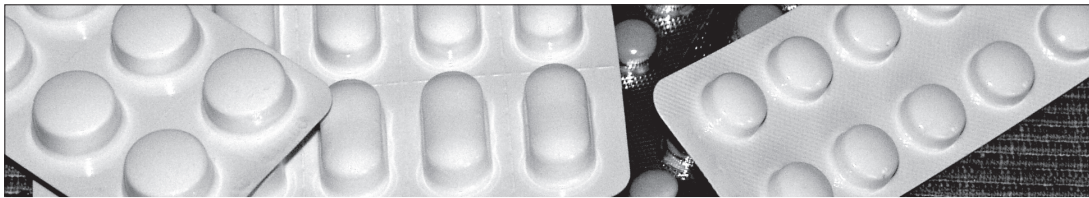
Das Versorgungsziel zu Bisphosphonaten sieht vor, den Anteil verordneter DDD von Alendronsäurepräparaten von aktuell 59,6% auf 72% zu erhöhen.

Für die einzelne Praxis werden bei individueller Erreichung eines der Zielwerte die Ausgaben für alle verordneten Wirkstoffe des entsprechenden Zielfeldes im Rahmen der Richtgrößenprüfung als Praxisbesonderheit aus der Verordnungkostensumme herausgerechnet. Eine nachvollziehbare Mengenentwicklung ist hierfür Voraussetzung.

Zur Unterstützung einer wirtschaftlichen Verordnung erhalten Sie beiliegende Infoblätter. Wir empfehlen Ihnen, diese in Ihrem QEP-Ordner unter Punkt 1.3.1. (Therapie und Versorgung) abzuheften.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Kassenärztliche Vereinigung Berlin
AOK Berlin-Brandenburg – Die Gesundheitskasse
BKK-Landesverband Ost
BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse
Knappschaft – Dienststelle Berlin
Krankenkasse für den Gartenbau
vdek Berlin



Therapie der Osteoporose mit Bisphosphonaten

Im Oktober 2009 haben die 15 Fachgesellschaften des Dachverbands Osteologie (DVO) ihre aktualisierte S3-Leitlinie zur Osteoporose [www.dv-osteologie.org] verabschiedet.

Auf der Homepage des DVO sind neben der Kurz- und Langfassung der Leitlinie und einer Patientenversion auch die wichtigsten Neuerungen bzw. immer noch ungenügend bekannte Fakten zur Osteoporose zu finden. Präzisiert worden sind die Abschätzung des Bruchrisikos und die darauf aufbauenden Empfehlungen, wer von einer diagnostischen Abklärung und ggf. einer medikamentösen Therapie profitiert. Es wird betont, dass die Gesamtsumme der einzelnen Risiken für das Bruchrisiko ausschlaggebend ist. Keinesfalls sollte heute die Knochendichtemessung die alleinige Grundlage einer Therapieentscheidung sein!

Die Leitlinie enthält eine Tabelle, mit der sich das 10-Jahres-Risiko für Brüche unter Einbeziehung der wichtigsten Risikofaktoren abschätzen lässt. Weiterhin wird auf die Bedeutung von Vitamin D für die Basistherapie hingewiesen, die im Bewusstsein der Bevölkerung noch nicht gut verankert ist und auch vor einer langjährigen Einnahme von Protonenpumpeninhibitoren gewarnt, da diese mit einem deutlich erhöhten Risiko von Knochenbrüchen verbunden ist.

Ausdrücklich betont wird auch, dass Muskeltraining und gute Ernährung zwar rasch und auch im hohen Lebensalter günstig auf den Knochen wirken, dass die Wirkung dieser Maßnahmen aber auf die Dauer der Durchführung begrenzt ist. Man kann einer Osteoporose im Alter nicht dadurch vorbeugen, dass man in jüngeren Jahren sportlich ist und sich gesund ernährt.

Therapiedauer

Die notwendige Therapiedauer ist in den letzten Jahren nach Vorliegen der Ergebnisse aus der sogenannten FIT-Studie (Fracture Intervention Trial) und ihrer Folgestudie FLEX (FIT Longterm Extension) wiederholt diskutiert worden. In der FLEX-Studie wurden 1.099 Frauen nach bereits 5jähriger Alendronat-Therapie randomisiert und weitere 5 Jahre entweder mit Placebo oder mit Alendronat weiter behandelt. Klinisch auffällige Wirbelbrüche werden unter Alendronat zwar vermindert [NNT = 172 pro Jahr], Wirbelsinterungen jedoch nicht und die kumulativen Raten nicht vertebraler Frakturen unterscheiden sich zwischen Alendronat und Placebo ebenfalls nicht.

Das Arzneitelegramm sieht jedenfalls angesichts der ungeklärten Langzeitsicherheit keine Indikation für Alendronat jenseits einer Therapiedauer von 3 – 4 Jahren. Auch die von der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) herausgegebene Zeitschrift *Arzneiverordnung in der Praxis* (AVP) stellt in ihrer Ausgabe vom Juli 2007 fest, dass ein zusätzlicher therapeutischer Nutzen der Weiterbehandlung über 5 Jahre hinaus nicht ersichtlich sei.

In der DVO-Leitlinie wird empfohlen, die Dauer der medikamentösen Therapie an der Höhe des Bruchrisikos auszurichten und nicht an der Änderung der Knochendichte oder einem starren Behandlungszeitraum. Ausdrücklich warnt die Leitlinie bei einer Einnahme von Osteoporosemedikamenten vor einer Fehleinschätzung der Knochendichteveränderung im Verlauf. Bei den meisten Medikamenten ist ein Anstieg der Knochendichte weder für den Therapieerfolg erforderlich, noch verbessert ein Anstieg die Prognose des Patienten. Lediglich ein Abfall der Knochendichte unter einer Therapie ist als prognostisch ungünstiger Faktor zu werten.

Eine Information im Rahmen der Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2010 nach § 73 Abs. 8 SGB V

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Berliner Krankenkassenverbände

Ihr Ansprechpartner:
KV Berlin, Masurenallee 6A
14057 Berlin

Service-Center, Tel. 31003-999

Therapie der Osteoporose mit Bisphosphonaten

Stand der Information: Juli 2010

Auswahl

(Von den zur Verfügung stehenden Therapieoptionen werden hier nur die Bisphosphonate betrachtet.)

Wenn lt. Leitlinie die Indikation für eine spezifische medikamentöse Therapie vorliegt, werden dort zur Behandlung der postmenopausalen Osteoporose alle dafür zugelassenen Bisphosphonate (Alendronat, Ibandronsäure, Risedronat, Zoledronsäure) mit dem Hinweis auf die belegte fraktursenkende Wirkung gleichermaßen empfohlen.

Aus wirtschaftlichen Gründen ist deshalb die Verordnung von Alendronat als Generikum zu empfehlen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Berliner Krankenkassenverbände

Ihr Ansprechpartner:
KV Berlin, Masurenallee 6A
14057 Berlin

Service-Center, Tel. 31003-999

	DDD	Dosis	Kosten je Packung	Kosten/Jahr (52 Wochen)
Alendronat Generikum	10 mg	1 x wöchentlich 70mg; 12 Stück	ab 49,92 €	216,32 €
Alendronat Original (Fosamax®)	10 mg	1 x wöchentlich 70mg; 12 Stück	129,60 €	561,60 €
Risedronat Original (Actonel®)	5 mg	1 x wöchentlich 35mg; 12 Stück	117,08 €	507,35 €
Zoledronsäure Original (Aclasta®)		1 x jährlich 5mg; 1 Infusionslösung	561,63 €	561,63 €
Ibandronsäure Original (Bonviva®)	5 mg	1 x monatlich 150mg; 3 Stück	144,03 €	576,12 €

Lauer-Taxe, Stand: 01.07.2010; Berechnung anhand des kostengünstigsten Präparates in € (brutto) ohne Reimporte



„Arzneimittelbrief“:

„ACE-Hemmer Mittel der ersten Wahl; nur bei Nebenwirkungen Sartane“¹

Die Beurteilung des Arzneiverordnungsreports (AVR) aus dem Jahr 2008 gilt nach wie vor:

„Angiotensinrezeptorantagonisten haben bei vergleichbaren Indikationen keine den ACE-Hemmern überlegene Wirksamkeit. Sie sind daher in der Regel indiziert, wenn bei der Notwendigkeit einer Hemmung des Renin-Angiotensin-Systems ACE-Hemmer wegen Reizhustens [bei 10-20% der Patienten] unverträglich sind.“

Renin-Inhibitor Aliskiren (Rasilez®) nur selten sinnvoll

Mit Aliskiren steht seit 2007 ein weiterer Hemmstoff des Renin-Angiotensin-Systems zur Verfügung, der nach Ansicht des AVR 2009 nach den derzeitigen Studienergebnissen keine Vorteile bringt. Der im April 2010 in die Arzneimittel-Richtlinie aufgenommene Therapiehinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses bestätigt diese Auffassung und weist darauf hin, dass Aliskiren in der Monotherapie den Blutdruck nicht stärker senkt als andere Therapeutika. Auch ist nicht nachgewiesen, dass eine Kombinationstherapie mit Aliskiren eine bessere Blutdrucksenkung bringt als eine Dosisanpassung etablierter Antihypertensiva. Zudem fehlt bisher im Gegensatz zu anderen Antihypertensiva der Beleg für eine Reduktion der kardiovaskulären Morbidität bzw. Mortalität. Lediglich für Patienten, bei denen eine Kombinationstherapie aus etablierten Antihypertensiva unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen und Kontraindikationen ausgeschöpft ist, könnte Aliskiren eine Therapieoption darstellen.

ACE-Hemmer deutlich günstiger als Sartane und Aliskiren

Die Verordnungskosten von Aliskiren und der Sartane liegen – trotz des beginnenden generischen Preiswettbewerbs – z.T. deutlich über den Kosten der am häufigsten eingesetzten ACE-Hemmer. Angesichts dieser Preisunterschiede sollte deshalb überprüft werden, bei welchen Patienten statt Aliskiren oder eines Sartans ein ACE-Hemmer eingesetzt werden kann.

Tagestherapiekosten im Vergleich

ACE-Hemmer – DDD-Kosten in Euro			Sartane – DDD-Kosten in Euro		
	Mono	mit HCT		Mono	mit HCT
Enalapril	ab 0,11	ab 0,21	Losartan Original	1,00	1,03
Lisinopril	ab 0,14	ab 0,20	Losartan generisch	ab 0,29	ab 0,33
Ramipril	ab 0,11	ab 0,18	Valsartan	0,81	0,92
			Candesartan	0,86	0,96
Renin-Inhibitor Aliskiren (Rasilez®)			Irbesartan	0,93	0,97
Aliskiren	1,16	1,16	Olmesartan	1,00	1,00
			Telmisartan	0,90	0,96
			Eprosartan	ab 0,87	ab 0,96

Quelle: Lauer-Taxe, Stand: 01.07.2010, Preis in N3-Packung mit 1 DDD pro Tbl./Kps.
¹Arzneimittelbrief 12/2005

Eine Information im Rahmen
der Arzneimittelvereinbarung
für das Jahr 2010
nach § 73 Abs. 8 SGB V

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Berliner Krankenkassenverbände

Ihr Ansprechpartner:
KV Berlin, Masurenallee 6A
14057 Berlin

Service-Center, Tel. 31003-999