

Anlage 10 Medikationskatalog

Abschnitt I – Zweck und Inhalt

- (1) Der Medikationskatalog bietet eine Entscheidungshilfe für den Arzt, die ihn indikationsbezogen im Hinblick auf eine evidenzbasierte, sichere und wirtschaftliche Verordnungsentscheidung unterstützen soll. **Hierbei handelt es sich um Empfehlungen; die freie Therapieentscheidung im Einzelfall bleibt hiervon unberührt.** Am Vertrag teilnehmende Ärzte sind angehalten, die Verordnungen entsprechend den Empfehlungen aus dem Medikationskatalog zu tätigen und dabei Standard- und Reservewirkstoffe zu bevorzugen. Innerhalb eines Wirkstoffes soll bevorzugt ein im Praxisverwaltungssystem als rabattiert gekennzeichnetes Fertigarzneimittel verordnet werden; nach Möglichkeit mit Hilfe einer Wirkstoffverordnung.
- (2) Als Medikationskatalog im Sinne dieses Vertrages wird der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erarbeitete, wirkstoffbezogene Katalog definiert. In diesem werden für versorgungsrelevante Indikationen zugelassene Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen nach definierten Kriterien in Kategorien eingeordnet.
- (3) Der Einstufung der Wirkstoffe liegen unter anderem die Evidenz-Bewertung von Leitlinien, Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Abschlussberichte des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Empfehlungen aus den Disease Management Programmen (DMP), Therapiehinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), G-BA-Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung, Wirkstoff AKTUELL und die Bewertungen des Arzneimittelkursbuchs zu Grunde. Auch die Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie werden berücksichtigt.
- (4) Anhand dieser Evidenzbewertungen wurden die geprüften Wirkstoffe als „Standard“, als „Reserve“ oder als „Nachrangig“ zu verordnen eingestuft.
- (5) Als „Standard“ sind diejenigen Wirkstoffe definiert, die für den überwiegenden Anteil der Patienten zur Behandlung der Erkrankung in Frage kommen. Die Kategorie „Reserve“ bezieht sich auf den Einsatz bei relevanten Patientengruppen, für die eine Behandlung mit den Standardwirkstoffen nicht in Frage kommt. Die Kategorie „Nachrangig“ umfasst die übrigen für diese Indikation zugelassenen Wirkstoffe, die nicht unter die Definitionen „Standard“ oder „Reserve“ fallen. Hierunter können auch Wirkstoffe fallen, die in bestimmten Behandlungskonstellationen Vorteile haben, aber in der Gesamtschau als „Nachrangig“ zu verordnen einzustufen sind.
- (6) Der Medikationskatalog ist Vertragsbestandteil. Er wird den teilnehmenden Vertragsärzten in jeweils gültiger Fassung über die IT-Vertragsschnittstelle zur Nutzung im Praxisverwaltungssystem (PVS) zur Verfügung gestellt. Ergänzend werden den Ärzten die zum Vertragsstart als „Standard“ bzw. „Reserve“ klassifizierten Wirkstoffe durch die KVen in Form einer Übersicht zur Verfügung gestellt.

- (7) Der Medikationskatalog ist jeweils zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich abzustimmen. Inhaltliche Anpassungen können jeweils mit Wirkung zum ersten Quartal eines Kalenderjahres erfolgen. Falls unterjährige inhaltliche Anpassungen zwingend notwendig sind, darf dies nicht zum Nachteil der Ärzte erfolgen.
- (8) Folgende Indikationen in definierten Indikationsgebieten sind (bzw. werden) vorbehaltlich abgestimmter Änderungen oder Ergänzungen Gegenstand des Medikationskataloges:

Indikationsgebiet Herz-Kreislauf-Erkrankung:

- Hypertonie
- Koronare Herzkrankheit
- Herzinsuffizienz
- Vorhofflimmern

Indikationsgebiet Stoffwechselstörung:

- Fettstoffwechselstörung
- Diabetes mellitus Typ 2

Indikationsgebiet Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems:

- Osteoporose

Indikationsgebiet neuropsychiatrische Störungen:

- Alzheimer-Demenz
- Depression (neuropsychiatrische Störungen)

Indikationsgebiet Antibiotikatherapie:

- der oberen Atemwege
- der unteren Atemwege
- der Harnwege

Indikationsgebiet Atemwegserkrankungen (ab 1. Januar 2017):

- Asthma
- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD)

- (9) Die näheren Bedingungen der Verwendung und Aktualisierung des Medikationskataloges und der zugehörigen Datensätze werden in einer separaten Vereinbarung zwischen den KVen, der AOK PLUS und der KBV geregelt.

Abschnitt II – Softwareunterstützung

- (1) Zur softwareunterstützten Abbildung der Inhalte des Medikationskataloges im PVS im Rahmen der Arzneimittelverordnung wird ein Datensatz erstellt. Das Nähere hierzu regelt die oben genannte Vereinbarung zwischen den KVen, der AOK PLUS und der KBV.
- (2) Der Datensatz bildet die Kategorien, denen die Wirkstoffe im Medikationskatalog zugeordnet sind, indikationsbezogen in Form von Prioritäten ab. Der Datensatz enthält zudem wirkstoff- und indikationsbezogene Hinweistexte zur Anzeige im PVS sowie

Kriterien zu deren Anzeige. Gegebenenfalls sind Verweise auf entsprechende Standardwirkstoffe hinterlegt.

- (3) Die Umsetzung des Medikationskataloges im PVS der am Vertrag teilnehmenden Ärzte erfolgt mit Hilfe der IT-Vertragsschnittstelle. Der Verordnungsvorgang des Arztes soll nicht unterbrochen werden. Die Festlegungen hierzu erfolgen im Anforderungskatalog zur IT-Vertragsschnittstelle.
- (4) Durch die Nutzung der IT-Vertragsschnittstelle ergeben sich bei Verordnungen für AOK PLUS-Versicherte ergänzend zur Darstellung des Medikationskataloges für Arzneimittel folgende Kennzeichnungen:
- **Grün** hinterlegt sind patentfreie Arzneimittel, für die die AOK PLUS Rabattverträge abgeschlossen hat.
 - **Blau** hinterlegt sind patentgeschützte (und/oder biotechnologisch hergestellte) Arzneimittel, für die die AOK PLUS Rabattverträge abgeschlossen hat.
 - **Orange** hinterlegt sind patentgeschützte (und/oder biotechnologisch hergestellte) Arzneimittel, die durch andere patentgeschützte (und/oder biotechnologisch hergestellte) Arzneimittel substituiert werden können, für die die AOK PLUS Rabattverträge (in blau hinterlegt) abgeschlossen hat.
 - **Rot** hinterlegt sind Me-too-Arzneimittel, die durch wirtschaftliche Alternativen substituiert werden können. Die Software unterstützt die Substitution durch entsprechende Vorschläge.
 - **Nicht farblich hinterlegt** sind alle übrigen Arzneimittel.
 - Dem Arzt wird zum Erreichen der vereinbarten Vertragszwecke empfohlen, im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit Wirkstoffe oder bevorzugt grün hinterlegte Arzneimittel zu verordnen. Weiterhin wird empfohlen, Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln den Verordnungen von orange hinterlegten Arzneimitteln zu bevorzugen.

Abschnitt III – Zielquote

- (1) Es wird eine indikationsübergreifende gemeinsame Zielquote für den Verordnungsanteil „Standard“ und „Reserve“ für beide KV Bereiche festgelegt. Diese Zielquote ist als Mindestquote anzusehen und dient der Ermittlung des Vergütungsanspruches des teilnehmenden Arztes gemäß Anlage 8a.
- (2) Zudem vereinbaren die KVen und die AOK PLUS eine quartalsweise Überprüfung der Verordnungstätigkeit der Vertragsärzte im jeweiligen KV-Bereich im Hinblick auf den Verordnungsanteil der im Medikationskatalog als „Standard“ bzw. „Reserve“ klassifizierten Wirkstoffe durch Vergleich mit der Zielquote. Die KVen informieren die Ärzte regelmäßig in geeigneter Weise über den Grad ihrer individuellen Zielerreichung. Die Feststellung der Zielwerterreichung je Arzt erfolgt auf Basis der arztbezogenen Ergebnisse in Prozent mit einer Nachkommastelle (nach entsprechender kaufmännischer Rundung).
- (3) Ab dem Jahr 2017 werden die Zielquoten wie folgt ermittelt:
 - a) Die AOK PLUS berechnet für alle sächsischen und thüringischen Vertragsärzte zusammen den prozentualen Anteil der als „Standard“ oder „Reserve“ eingeordneten Wirkstoffe im Verhältnis zu allen Wirkstoffen des Medikationskataloges im Modellvorhaben auf der Basis des DDD-Verordnungsvolumens (in der Summe über alle im Medikationskatalog abgebildeten Indikationsbereiche).
 - b) Absatz a) gilt mit der Maßgabe, dass die Verordnungsdaten der letzten vier verfügbaren Quartale einbezogen werden. Berücksichtigt werden die Wirkstoffe und ihre Kategorisierung, wie sie im Medikationskatalog des Zeitraumes, für den die Zielquote gelten soll, festgelegt wurden.
 - c) Wirkstoffe mit indikationsbezogener unterschiedlicher Kategorisierung werden pauschal mit der jeweils besten Einstufung gewertet.
 - d) Ärzte, welche in den letzten vier verfügbaren Quartalen (Quartale, für die vollständige Arzneimittelabrechnungsdaten nach § 300 SGB V vorliegen) nicht mindestens 50 Verordnungen kategorisierter Wirkstoffe getätigt haben, werden in der Berechnung nicht berücksichtigt.
 - e) Als Zielquote 1 wird der prozentuale Anteil der als „Standard“ oder „Reserve“ eingeordneten Wirkstoffe im Verhältnis zu allen Wirkstoffen des Medikationskataloges in Höhe des 50. Perzentils (Median) festgelegt. Die Zielquote beträgt 83,3 %.
 - f) Als Zielquote 2 wird ausgehend vom höchsten prozentualen Anteil der als „Standard“ oder „Reserve“ eingeordneten Wirkstoffe im Verhältnis zu allen Wirkstoffen des Medikationskataloges in Höhe des 25. Perzentils (1. Quartil) festgelegt. Die Zielquote beträgt 88,6 %.
 - g) Die neuen Zielquoten nach e) und f) werden den teilnehmenden Ärzten durch die zuständige KV bekanntgegeben.

- (4) Die Berechnungen nach Abschnitt III werden gegenüber den KVen auf Anforderung offengelegt.

Abschnitt IV – Datenbasis für Berechnungen

Es gilt im Hinblick auf die ATC-Code- und DDD-Wert-Zuordnung die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Klassifikation (ATC-Wirkstoffklassifikation mit DDD-Angaben) in der jeweils gültigen Fassung. Nur im Ausnahmefall (z. B. bei sonst fehlender Zuordnung oder wenn zwischen den Vertragspartnern entsprechend abgestimmt) findet hilfsweise die entsprechende Klassifikation des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (gemäß Arzneimittel-Stammdatei des GKV-Arzneimittelindex) Anwendung.

Abschnitt V - Unterstützung durch die Apotheke

Bei Nachfragen des Versicherten zu Änderungen in seiner Arzneimittel-Therapie, erläutert die teilnehmende Apotheke das Prinzip des Medikationskatalogs. Sie leistet somit einen Beitrag zur besseren Akzeptanz und nachhaltigen Umsetzung der Stufe 2 des Modellvorhabens.