



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2015

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Nikolaus Schmitt

Aut-idem-Ausschluss – das Kreuz mit dem Kreuz. Eine empirische Analyse der ärztlichen
Verordnungsweise von Arzneimitteln. Wird das aut-idem-Kreuz sachgerecht eingesetzt?

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2015 (Seite 238–263)

Nikolaus Schmitt

AUT-IDEM-AUSSCHLUSS – DAS KREUZ MIT DEM KREUZ. EINE EMPIRISCHE ANALYSE DER ÄRZTLICHEN VERORDNUNGSWEISE VON ARZNEIMITTELN. WIRD DAS AUT-IDEM-KREUZ SACHGERECHT EINGESETZT?

Das aut-idem-Verfahren bezeichnet die Verpflichtung der Apotheker, ein vergleichbares, jedoch preisgünstigeres Arzneimittel als das verordnete Arzneimittel abzugeben. Ärzte können mit dem aut-idem-Kreuz diese Substitution verhindern. Der Beitrag geht der Frage nach, ob Ärzte das aut-idem-Kreuz korrekt verwenden oder ob sich Hinweise auf Fehlanwendungen finden lassen. Eine Reihe von Hypothesen wird hierzu mit Daten der BARMER GEK des Jahres 2013 und den ersten drei Quartalen 2014 geprüft. Weiterhin erfolgt eine Auswertung bezüglich der Spannweite im interregionalen Vergleich, bezüglich der medizinischen Indikationsgebiete, mit Blick auf das Lebensalter der Patienten und hinsichtlich der aut-idem-Quoten bei ausgewählten pharmazeutischen Unternehmen.

Ausgangslage und Motivation

Auch wenn der Arzt ein spezifisches Medikament verordnet hat, ist der Apotheker verpflichtet, stattdessen ein wirkstoffgleiches, preisgünstiges beziehungsweise rabattiertes Arzneimittel abzugeben (aut-idem-Substitution). Im Jahr 2014 betrug der Anteil rabattierter Arzneimittel im generischen Markt etwa 70 Prozent, die resultierenden Rabatteinnahmen der Krankenkassen betragen über drei Milliarden Euro (Finanzstatistik KV 45 2014). Mit dem aut-idem-Kreuz verhindert der Arzt diese Substitution und verteuert so für die Krankenkassen die Arzneimittelversorgung. Daher soll die Verwendung des aut-idem-Kreuzes sachgerecht erfolgen, ausschließlich aus medizinisch-therapeutischen Gründen zur Sicherung der Arzneimitteltherapie. Nur medizinische Erwägungen rechtfertigen die Beeinträchtigung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung. In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, ob Ärzte das aut-idem-Kreuz sachgerecht verwenden oder ob sich Hinweise auf Fehlanwendungen finden lassen. Dazu wird der Einsatz des aut-idem-Kreuzes für die sieben Quartale von 1/2013 bis 3/2014 anhand der Arzneimitteldaten der BARMER GEK ausgewertet.

Gesetzliche Grundlagen und Historie des aut-idem-Verfahrens

Das aut-idem-Verfahren bezeichnet die Verpflichtung der Apotheker, ein preisgünstiges Arzneimittel abzugeben (Substitution), das dem verordneten Mittel entspricht im Hinblick auf den Wirkstoff, die Wirkstärke, Darreichungsform, den Indikationsbereich und die Packungsgrößenkennzeichnung. Die entsprechende gesetzliche Regelung findet sich in § 129 SGB V. Eingeführt wurde sie im Februar des Jahres 2002 mit dem „Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (AABG)“ (Bundesgesetzblatt 2002) unter Verantwortung der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. In ihrer Amtszeit erfolgte auch die einzige relevante Änderung dieser Bestimmung.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde im April des Jahres 2007 die Verpflichtung für die Apotheker zur vorrangigen Abgabe von Arzneimitteln eingeführt, zu denen die jeweilige Krankenkasse Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen (§ 130a Absatz 8 SGB V) geschlossen hatte.

Die Verpflichtung der Apotheker zur Substitution unterliegt jedoch Einschränkungen. Sie darf nicht erfolgen, wenn der Arzt diese bei der namentlichen Verordnung eines bestimmten Arzneimittels ausgeschlossen hat. Rechtsgrundlage dafür ist § 73 Absatz 5 SGB V; dort heißt es: „Sie [die Vertragsärzte] können auf dem Ordnungsblatt oder in dem elektronischen Ordnungsdatensatz ausschließen, dass die Apotheken ein preisgünstigeres, wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben.“ Im Ordnungsalltag wird dies umgesetzt, indem vor jeder der maximal drei Ordnungszeilen ein Feld „aut-idem“ steht. Ein Kreuz in diesem Feld bedeutet, dass für diese Ordnungszeile eine Substitution durch den Apotheker unterbleiben soll.

Der verordnende Arzt darf die Substitution grundsätzlich bei jeder Verordnung ausschließen. Allerdings hat er umfangreiche Hinweise zur wirtschaftlichen und zweckmäßigen Ordnungsweise zu beachten. Die Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (§ 92 SGB V) steht dabei im Mittelpunkt. Hierin hat der G-BA „unverzüglich Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen unter

Berücksichtigung ihrer therapeutischen Vergleichbarkeit“ (§ 129 Absatz 1a SGB V) zu geben. Zudem darf der Vertragsarzt nur Praxissoftware verwenden, die Informationen der Richtlinie und zu den Arzneimittel-Rabattverträgen (gemäß § 130a SGB V) der Krankenkassen beinhaltet und von der KBV zertifiziert wurde (§ 73 Absatz 8 SGB V).

Regelungen zum aut-idem-Ausschluss und zum aut-idem-Kreuz

Am Titel des Gesetzes aus dem Jahr 2002 lässt sich die Intention des Gesetzgebers im Hinblick auf die Substitution verordneter Arzneimittel durch preisgünstige beziehungsweise rabattierte Alternativen ablesen – durch eine Begrenzung der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung zielt man auf eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung.

Das Unterbinden dieser Substitution durch das Setzen des aut-idem-Kreuzes ist damit eine Ausnahmeregelung pro Arzneimitteltherapiesicherheit und contra Wirtschaftlichkeit. Die Arzneimittel-Richtlinie gibt vor, dass „...der verordnende Arzt unter Würdigung patientenindividueller und erkrankungsspezifischer Aspekte...“ das aut-idem-Kreuz setzen darf (§ 40 Absatz 3 Arzneimittel-Richtlinie). Auf dieser Basis besteht zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen Konsens, dass der Ausschluss der Substitution nur auf Basis medizinisch-therapeutischer Erwägungen des Arztes zur Sicherung des Behandlungserfolges im Einzelfall erfolgen soll, um nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot zu verstoßen (KV-Nordrhein 2014; KV-Westfalen 2014; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014).

Medizinisch-therapeutische Gründe liegen beispielsweise vor, wenn:

- der Patient bekannte Allergien und Unverträglichkeiten bei bestimmten Hilfs- und Zusatzstoffen in Arzneimitteln hat,
- medizinische Gründe bei einer Dauer- oder Kombinationsmedikation bestehen (beispielsweise geringer Spielraum beim beabsichtigten Wirkstoffspiegel im Körper des Patienten),
- Patienten über eingeschränkte körperliche oder geistige Fähigkeiten verfügen, die die korrekte Einhaltung der Arzneimitteltherapie beeinträchtigen würden (beispielsweise Sehschwäche, die zur Verwechslung und Fehleinnahmen bei Polymedikation führen kann).

Auch zwölf Jahre nach Einführung der aut-idem-Substitution und der Möglichkeit zum Ausschluss ist der Einfluss des Arztes auf die Arzneimittelversorgung durch das aut-idem-Kreuz beträchtlich. Es könnte für Ärzte die Motivation bestehen, das aut-idem-Kreuz mit dem Ziel der wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung und zum Schutz vor Auffälligkeiten in der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu verwenden. Dies kann etwa geschehen, indem der Arzt ein nach dem Listenpreis preisgünstiges Arzneimittel aus den Informationen in seiner Praxissoftware auswählt und dann durch das Setzen des Kreuzes die Substitution durch ein rabattiertes Arzneimittel in der Apotheke unterbindet.

Das aut-idem-Kreuz ist jedoch völlig ungeeignet, das Ziel einer wirtschaftlichen Verordnungsweise zu erreichen, da der krankenkassenspezifische Rabatt und damit die Nettokosten für das Arzneimittel vertraulich und damit dem Arzt unbekannt sind. Der Arzt muss keinerlei Begründungen für das aut-idem-Kreuz angeben, es fehlen genaue Kriterien in den Arzneimittel-Richtlinien. Die Apotheken hingegen müssen jeden einzelnen Fall begründen, in dem sie eine mögliche Substitution unterlassen (etwa aufgrund pharmazeutischer Bedenken oder Lieferausfällen des Herstellers), um nicht durch die Krankenkassen retaxiert zu werden.

Die Analysen überprüfen die folgenden Hypothesen, die auf einen sachgerechten Einsatz von aut-idem schließen lassen würden:

Hypothese 1: Die aut-idem-Quote hat im interregionalen Vergleich nur eine geringe Spannweite.

Hypothese 2: Die aut-idem-Quote steigt mit dem Lebensalter der Patienten kontinuierlich an.

Hypothese 3: Die aut-idem-Quoten der Indikationsgebiete der Arzneimittel stehen in einem plausiblen Zusammenhang mit medizinisch-therapeutischen Erwägungen.

Hypothese 4: Die aut-idem-Quoten der pharmazeutischen Unternehmen lassen sich medizinisch-therapeutisch plausibilisieren.

Empirische Analysen zum Einsatz des aut-idem-Kreuzes in der Arzneimittelverordnung

Verwendete Daten, Datenherkunft und Datenqualität

Das aut-idem-Kennzeichen wird von den Apothekenrechenzentren aus den Verordnungen gelesen und den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen in den Abrechnungsdaten übermittelt. Die technischen Prozesse der Platzierung beim Rezeptdruck und die Erkennung des Kreuzes im Erfassungsprozess bei der Abrechnung bergen ein Risiko für Informationsfehler. In Einzelfällen sind daher in der Rechnungsprüfung der Apotheken Korrekturen erforderlich. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Erkennung des Ankreuzfeldes bundesweit in einer vergleichbaren Qualität stattfindet. Interregionale Vergleiche größerer Datenbestände erscheinen daher geeignet, ein zutreffendes Bild des Ordnungsverhaltens zu liefern. Die Erstellung der Daten erfolgt im Auftrag der Apotheken in bundesweit tätigen Rechenzentren.

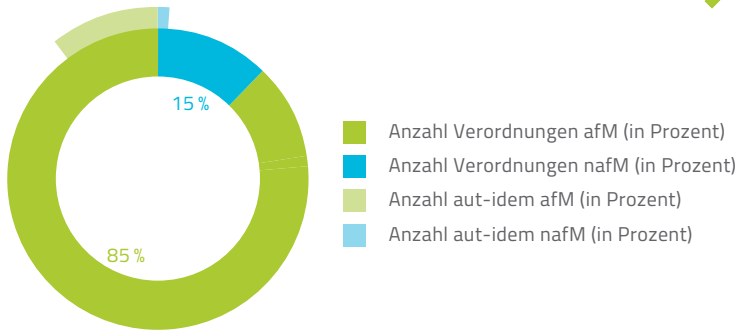
Basisanalyse

Zum Analysezeitpunkt lagen die Daten des Jahres 2014 noch nicht vollständig vor. Mit dem Ziel, ein möglichst aktuelles Ergebnis zu erhalten, werden die Daten aller vier Quartale des Jahres 2013 und der ersten drei Quartale 2014 ausgewertet.

Wichtig für die Wirksamkeit des aut-idem-Kreuzes ist, ob das verordnete Arzneimittel überhaupt durch den Apotheker und durch ein wirkstoffgleiches substituiert werden kann. Bei der Verordnung von Arzneimitteln unter Patentschutz ist ein aut-idem-Kreuz medizinisch-therapeutisch unnötig. Die weiteren Analysen beziehen sich daher auf aut-idem-Kreuze im sogenannten austauschfähigen Markt (afM). Die Mengen und Quoten im afM und nicht afM (nafM) werden in Abbildung 1 und Tabelle 1 dargestellt.

Die Zuordnung der Arzneimittel erfolgt durch Verwendung von Arzneimittelstammdaten der Lauerfirma der Firma Lauer Fischer, die auch in der Apothekensoftware eingesetzt werden. Es wird zum jeweiligen Ordnungszeitpunkt geprüft, ob das Arzneimittel hätte substituiert werden können. Die Arzneimittelstammdaten werden alle zwei Wochen aktualisiert.

Abbildung 1: Grunddaten Gesamtmarkt Verordnungszeilen und aut-idem-Menge



aut-idem-Menge Q1 2013 bis Q3 2014 in Prozent

Quelle: BARMER GEK-Daten 2015, eigene Berechnung

Tabelle 1: Grunddaten Gesamtmarkt Verordnungszeilen und aut-idem-Menge

Quartal	Anzahl Verordnungen	davon afM	davon nafM	Anzahl aut-idem afM	Anzahl aut-idem nafM	Quote aut-idem afM	Quote aut-idem nafM
I 2013	21.838.310	18.404.046	3.434.264	2.338.376	255.300	12,7%	7,4%
II 2013	20.884.099	17.714.111	3.169.988	2.493.527	254.890	14,1%	8,0%
III 2013	20.413.995	17.341.508	3.072.487	2.455.111	254.852	14,2%	8,3%
IV 2013	21.134.041	17.896.715	3.237.326	2.567.690	270.612	14,3%	8,4%
Jahr 2013	84.270.445	71.356.380	12.914.065	9.854.704	1.035.654	13,8%	8,0%
I 2014	20.720.780	18.245.457	2.475.323	2.450.291	154.401	13,4%	6,2%
II 2014	19.981.444	17.728.766	2.252.678	2.441.383	147.882	13,8%	6,6%
III 2014	19.772.567	17.554.491	2.218.076	2.335.269	140.130	13,3%	6,3%
I-III 2014	60.474.791	53.528.714	6.946.077	7.226.943	442.413	13,5%	6,4%

Quelle: BARMER GEK-Daten 2015, eigene Berechnung

Mehr als 85 Prozent aller Verordnungszeilen fallen in den Markt der austauschfähigen Medikamente. Damit hat der austauschfähige Markt eine dominante Relevanz im ärztlichen Verordnungsalltag, auch wenn im nicht-austauschfähigen Markt patentgeschützte, meist höherpreisige Arzneimittel vorherrschend sind. Die Arzneimittelausgaben

der BARMER GEK stellen in beiden Kalenderjahren zusammengenommen einen Anteil von etwa 14 Prozent der GKV-Verordnungen dar (Finanzstatistik KJ 1/KV 45: im Jahr 2013 13,9 Prozent, im Jahr 2014 13,8 Prozent). Die aut-idem-Quote im austauschfähigen Markt variiert auf Bundesebene in den sieben ausgewerteten Quartalen zwischen rund 13 und etwas über 14 Prozent.

Obwohl eine Substitution im Segment des nicht-austauschfähigen Marktes nicht möglich ist, werden durchschnittlich rund sieben Prozent der Verordnungen in diesem Bereich mit einem aut-idem-Kreuz versehen. Im austauschfähigen Markt zeigt sich im Jahr 2014 eine leichte, im nicht-austauschfähigen Markt eine deutliche Senkung der aut-idem-Quote. Eine Ursache dafür ist, dass kontinuierlich Arzneimittel patentfrei werden und damit vom nicht-austauschfähigen in den austauschfähigen Markt überwechseln. Die aut-idem-Gruppen in den Stammdaten der Lauertertaxe wurden zum Jahreswechsel 2014 umfangreich aktualisiert und angepasst. Die aut-idem-Quote im nicht austauschfähigen Markt ist überraschend hoch und zeigt, dass offenbar bezüglich der Austauschfähigkeit bestimmter Arzneimittel Unsicherheiten bei Ärzten bestehen.

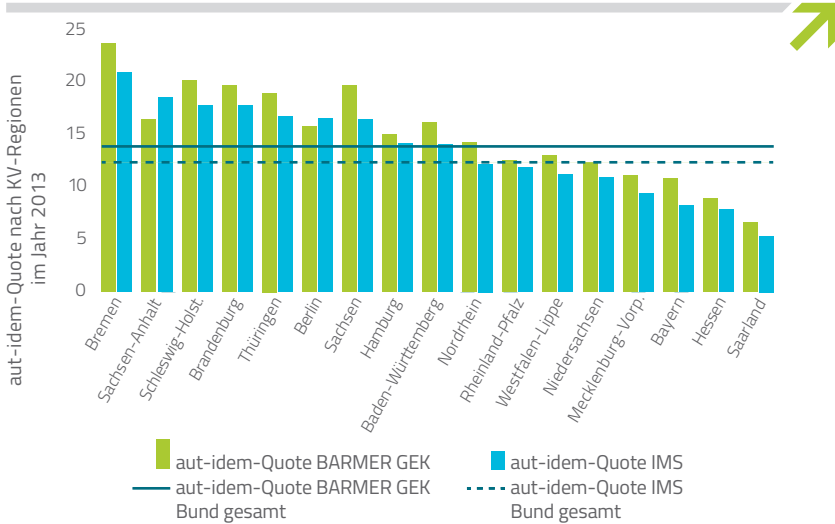
Möglicherweise werden die dem Arzt in seiner Praxissoftware zur Verfügung stehenden Arzneimittelinformationen zur Austauschfähigkeit nicht hinreichend berücksichtigt. Mitte des Jahres 2014 gab es eine gerichtliche Entscheidung, dass ein aut-idem-Kreuz bei der Verordnung eines Patentarzneimittels als Import die Belieferung mit einem inländischen Original ausschließt. Dies ist die einzige bislang anerkannte Ausnahme eines wirksamen aut-idem-Kreuzes im nicht-austauschfähigen Markt. Dieser Sachverhalt ist jedoch äußerst selten und auch bezüglich des hier betrachteten Zeitraums irrelevant. Die aut-idem-Quoten im nicht-austauschfähigen Markt sind in den KV-Regionen sehr unterschiedlich. Die höchste Quote mit fast 15 Prozent zeigt die KV-Region Berlin, die KV-Region Saarland hat die niedrigste Quote mit rund zwei Prozent.

Repräsentativität der Daten der BARMER GEK

Um die Repräsentativität der Daten der BARMER GEK zu überprüfen, wurde eine Vergleichsanalyse der IMS Health zur regionalen aut-idem-Quote für das Jahr 2013 herangezogen (Ärzte Zeitung 2014a). Die Ergebnisse dieser Analyse und die Rangfolge

der KV-Regionen werden den Daten der BARMER GEK für 2013 gegenübergestellt (Abbildung 2).

Abbildung 2: aut-idem-Quote nach KV-Regionen im Jahr 2013 im austauschfähigen Markt



Quelle: BARMER GEK, eigene Berechnung

Es ist festzustellen, dass gemäß der Analyse der IMS die aut-idem-Quote der BARMER GEK die der GKV – von zwei Ausnahmen abgesehen – um ein bis drei Prozentpunkte übersteigt. Die Rangfolge unterhalb des Mittelwertes Bund ist nahezu identisch, oberhalb des Mittelwertes sind nur in den KV-Regionen Sachsen und Sachsen-Anhalt signifikante Abweichungen in der Rangfolge zu erkennen.

Das Ergebnis ist ein starkes Indiz dafür, dass die Daten der BARMER GEK mit einem Marktanteil zwischen 10 und 18 Prozent je Bundesland einen etwas höheren, aber insgesamt repräsentativen Wert für die bundesweite Verteilung der aut-idem-Quote zeigen. Dies gilt insbesondere für die Rangfolge und den erheblichen Abstand der Regionen. Die Versicherten der BARMER GEK haben im Vergleich zur GKV einen höheren Frauenanteil und einen höheren Altersdurchschnitt.

Die aut-idem-Quote im regionalen Vergleich

Im bundesweiten Vergleich fallen die aut-idem-Quoten der Kassenärztlichen Vereinigungen sehr unterschiedlich aus. Am 21. Februar 2014 titelte die Ärzte Zeitung „Bremen kreuzt am meisten. In Deutschland herrscht ein Nord-Süd-Gefälle beim aut-idem-Verbot. Eine neue Analyse zeigt, dass die Ärzte in Bremen Spitzenreiter beim Kreuzen sind – ganz anders als ihre Kollegen etwa im Saarland“ (Ärzte Zeitung 2014a). Die aut-idem-Quoten lassen sich bei den größeren Kassenärztlichen Vereinigungen regional weiter in Bezirksstellen aufgliedern. Die Auswertung zeigt, dass die Werte der KV-Bezirke um bis zu drei Prozentpunkte um den Mittelwert der KV-Region schwanken. Die erheblichen Unterschiede zwischen den KV-Regionen zeigen sich also nicht im gleichen Maße innerhalb der Regionen. Die Schwankungen zwischen den Quartalen sind dabei relativ gering und bestätigen den stabilen strukturellen Unterschied auf Ebene der KV-Regionen (Die Zahlen der KV-Bezirke befinden sich zusätzlich zu diesem Beitrag online unter www.barmer-gek.de/545817). Dies lässt den Schluss zu, dass die maßgebliche Ursache für die Unterschiede auf Ebene der jeweiligen KV-Region zu finden ist und dem Wirken der KV in diesem Punkt eine große Bedeutung zukommt.

In Bremen haben die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Analysen vorgenommen, um Erklärungen für die hohe aut-idem-Quote zu finden. Es ergaben sich Hinweise auf Einflüsse der Praxissoftware: „Wir vermuten, dass verschiedentlich Praxissoftware eingesetzt wird, die automatisch ankreuzt. Die KV hat ihren Mitgliedern nahegelegt, ihre Praxissoftware zu prüfen und gegebenenfalls etwaige Funktionen auszuschließen“ (Ärzte Zeitung 2014b).

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in Pressemitteilungen auf die korrekte Nutzung der Praxissoftware aufmerksam gemacht: „Das aut-idem-Kreuz auf Arzneimittelrezepten darf nicht automatisch gesetzt werden. Einstellungen im Praxiscomputer, bei denen die Software das Kreuz auf jedes Rezept druckt, sind nicht erlaubt. Arzt und Praxisteam sollten daher unbedingt darauf achten, dass die Praxissoftware nicht automatisch das aut-idem-Kreuz setzt“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014).

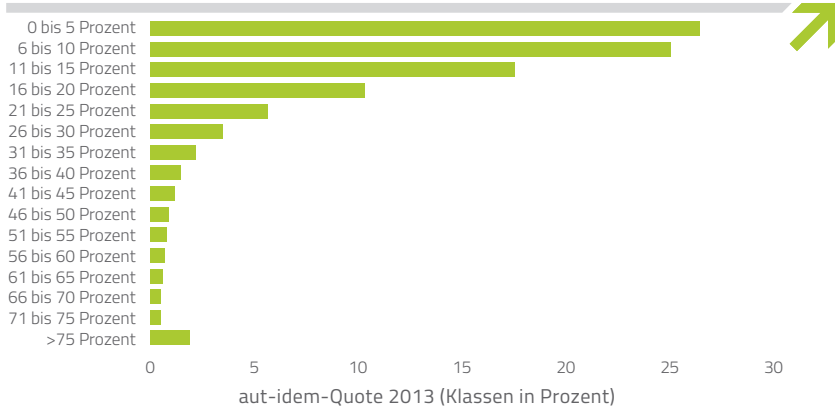
Ist die Nutzung von Praxissoftware, die automatisch das aut-idem-Kreuz setzt, eine mögliche Erklärung für die regionalen Unterschiede? Dagegen spricht zunächst, dass Praxissoftware nicht regional spezifisch eingesetzt wird, sondern nur mit vorhergehender bundesweiter Zertifizierung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Der Anforderungskatalog gemäß § 73 Absatz 8 SGB V der KBV umfasst 29 Seiten (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband 2012). Fast die Hälfte dieses Katalogs beschreibt Pflichtkriterien für die Arzneimittelsuche und -verordnung. Ziel der Anforderungen ist es, dem Arzt eine neutrale, nicht durch Sortierung, Hervorhebungen oder Vorschläge beeinflusste Wahl des zu verordnenden Arzneimittels zu ermöglichen. Speziell zum aut-idem-Kreuz bestehen folgende Pflichtkriterien:

- eine automatische Belegung des Rezeptfeldes aut-idem ist unzulässig, und
- hersteller- oder präparatebezogene Konfigurationseinstellungen zu aut-idem [...] sind unzulässig.

Das bedeutet, dass dem Arzt weder mit Voreinstellungen noch mit bewussten eigenen Einstellungen in der Software ein automatisiertes aut-idem-Kreuz ermöglicht werden darf. Die Kriterien zeigen auch, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Interessen von Pharmaunternehmen entgegenwirkt, durch Sponsoring der Arztsoftware den Umsatz der eigenen Produkte mittels aut-idem-Kreuz zu fördern.

Damit wäre die Vermutung der KV Bremen widerlegt, denn Praxissoftware, die automatisch das aut-idem-Kreuz setzt, wäre nicht zertifiziert worden und ihre Verwendung wäre illegal. Allerdings ergaben sich in Bremen bei Rezeptprüfungen erhärtete Verdachtsmomente: „So seien bei der pharmazeutischen Beratungs- und Prüfungsstelle im Land Bremen vielfach Rezepte aufgefallen, auf denen nur ein Präparat verordnet wurde, aber alle drei möglichen aut-idem-Kreuze gesetzt waren“ (Ärzte Zeitung 2014b). Daher soll diese Vermutung empirisch bundesweit untersucht werden. Dazu werden die Praxen anhand von Betriebsstättennummern für das Jahr 2013 analysiert, die mindestens einmal das aut-idem-Kreuz gesetzt haben. Praxen mit weniger als 100 Verordnungen für Versicherte der BARMER GEK werden nicht einbezogen, um Ausreißer bei geringen Verordnungszahlen auszublenden. Bundesweit ergibt sich das in Abbildung 3 gezeigte Bild.

Abbildung 3: aut-idem-Quoten der Arztpraxen nach Größenklassen



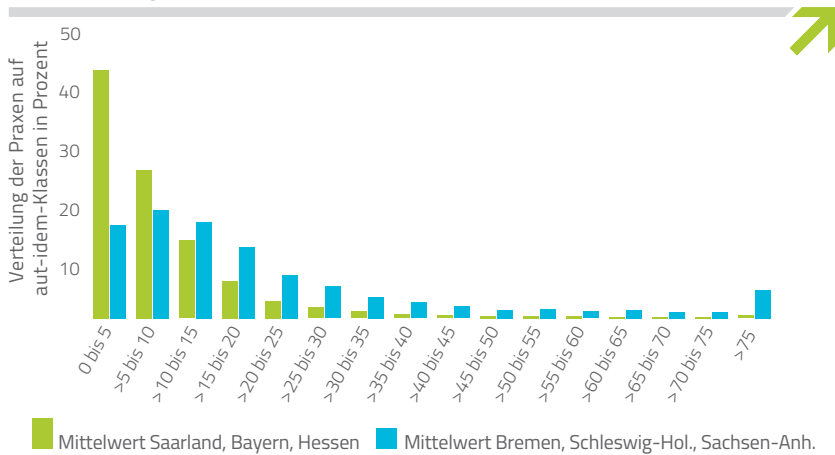
Quelle: BARMER GEK, eigene Berechnung

Das Ergebnis zeigt erwartungsgemäß, dass fast 80 Prozent der Praxen eine aut-idem-Quote unter 20 Prozent aufweisen. Etwa zwei Prozent der Praxen mit über 100 Verordnungen im Jahr 2013 fallen in die Kategorie über 75 Prozent. Eine aut-idem-Quote in dieser Höhe lässt das irreguläre automatische Setzen des aut-idem-Kreuzes vermuten, das eine gemäß der Zertifizierung arbeitende Praxissoftware nicht ermöglichen sollte. Mit medizinisch-therapeutischen Einzelfallentscheidungen sind Quoten von über 75 Prozent sicherlich kaum zu erklären.

Sind diese Praxen mit besonders hoher aut-idem-Quote (größer 75 Prozent) regional unterschiedlich verteilt und liefert dies eine plausible Erklärung für die Unterschiede zwischen den KV-Regionen? In der Tat ist der Anteil von Praxen mit über 75 Prozent aut-idem-Quote in den KV-Bereichen mit hohen aut-idem-Gesamtquoten überdurchschnittlich; in der KV Bremen sind dies 5,9 Prozent, in Schleswig-Holstein 5,8 Prozent und die KV Sachsen weist einen Wert von 3,5 Prozent aus. Demgegenüber liegt der Anteil in den KV-Regionen Bayern, Hessen und im Saarland deutlich unter einem Prozent (Die Zahlen der KV-Bezirke befinden sich zusätzlich zu diesem Beitrag online unter www.barmer-gek.de/545817). Insofern erscheint hierdurch ein Teil der regionalen Unterschiede erklärbar. Allerdings ist die Auswirkung des Anteils der Praxen mit einer Quote von über 75 Prozent auf den gesamten Wert der KV-Region zu gering, um die

regionalen Abweichungen zu erklären. Selbst wenn man rechnerisch in der KV-Region Bremen den Anteil der Praxen mit über 75 Prozent aut-idem um vier Prozentpunkte auf den Bundesschnitt absenkt und herausrechnet, liegt die gesamte aut-idem-Quote noch über 20 Prozent und damit immer noch auf dem Spitzenplatz im Regionalvergleich.

Abbildung 4: Mittelwerte der Verteilung der Praxen auf aut-idem-Klassen für die drei KV-Regionen mit den höchsten (Bremen, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt) und den niedrigsten (Saarland, Bayern und Hessen) Gesamtquoten



Quelle: BARMER GEK, eigene Berechnung

Die Praxissoftware ist ein wichtiger Einflussfaktor in der Arzneimittelversorgung, weil sie die zentrale Plattform für alle aktuellen Arzneimittelinformationen darstellt und den Verordnungsprozess unterstützt. Daher sind stringent überwachte und gesetzlich legitimierte Zertifizierungen durch die KBV sachgerecht und offenbar auch grundsätzlich wirksam. Das vermutlich automatische Setzen des aut-idem-Kreuzes ist eine Ausnahmererscheinung, wie der relativ geringe Anteil der Praxen in der Gruppe größer als 75 Prozent zeigt. Entgegen der Bremer Annahme ist das automatische Setzen des Kreuzes jedoch bei weitem keine hinreichende Erklärung für die regionalen Unterschiede. In den KV-Regionen mit hohen aut-idem-Quoten sind alle Klassen mit einer Quote über zehn Prozent signifikant und stärker besetzt (Die Zahlen der KV-Bezirke befinden sich zusätzlich zu diesem Beitrag online unter www.barmer-gek.de/545817). Jedem Fall

einer vermutlichen automatischen Verwendung des aut-idem-Kreuzes sollte seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen nachgegangen werden, denn der Arzt verstößt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot und damit gegen seine vertragsärztlichen Pflichten (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014). Die relativ geringe Zahl der Praxen mit sehr hohen Quoten lässt den Aufwand für entsprechende Maßnahmen realisierbar erscheinen, in Bremen sind beispielsweise weniger als 50 Praxen in der Gruppe mit über 75 Prozent aut-idem-Quote.

Die Hypothese 1, wonach sich die regionalen Unterschiede der aut-idem-Quote in engen Grenzen halten, weil die medizinisch-therapeutischen Individualerwägungen zur Sicherung der Arzneimitteltherapie in großen Regionen ähnlich sind, kann als widerlegt gelten. Es gibt offenbar andere regionalspezifische Einflussgrößen auf Ebene der KV-Regionen, die zu den erheblichen Unterschieden führen. Die Vermutung, ursächlich sei eine regionalspezifisch falsche Verwendung der Praxissoftware, konnte widerlegt werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind für die Informationen und Maßnahmen zur korrekten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung in ihrer Region verantwortlich. Sie wirken mit diesen Informationen bedeutsam auf das Ordnungsverhalten der Ärzte ein (MVV 2014). Bezüglich der Intensität der Informationen zum aut-idem-Kreuz bestehen erhebliche Unterschiede. Die Kassenärztlichen Vereinigungen Bayern, Westfalen, Saarland und Nordrhein informieren seit Jahren intensiv zum Thema aut-idem. So zeigen beim Suchbegriff „aut-idem“ die Homepages der Kassenärztlichen Vereinigungen Bayern 87, Westfalen 55, Saarland 49 und Nordrhein 79 Treffer auf, während auf den Homepages der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen vier und Sachsen-Anhalt zwei Treffer angezeigt werden. Die Vermutung liegt nahe, dass durch Informationen und Maßnahmen der KV das aut-idem-Kreuz mit größerer Achtsamkeit eingesetzt wird.

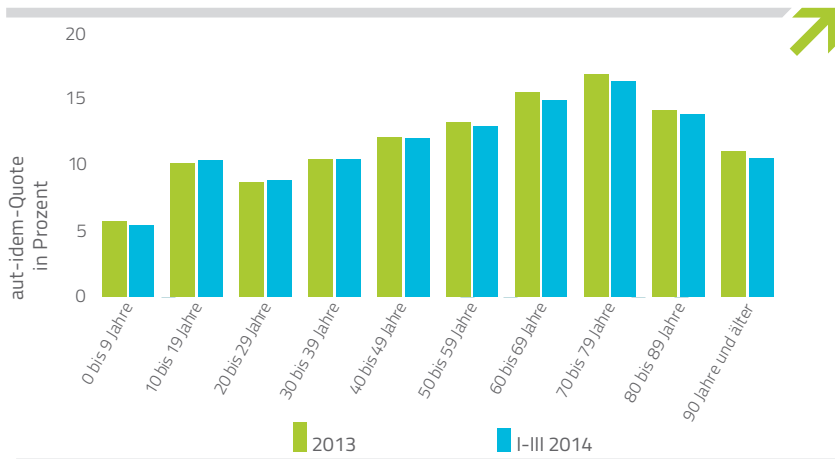
Kassenärztliche Vereinigungen mit hohen aut-idem-Quoten könnten also zukünftig erfolgreich auf ihre Mitglieder einwirken, um die strukturellen Unterschiede zu verringern. Die Basis für die entsprechenden Analysen steht den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung. Die Arzneimitteldaten der Krankenkassen werden monatlich durch die Rechenzentren den KVen zur Verfügung gestellt (§ 300 Absatz 2 SGB V).

Die Analyse sollte auch einen Vergleich im Benchmark zu anderen KV-Regionen oder dem Bundesschnitt umfassen, dieser liefert unmittelbar Informationen zu den regionalen Auffälligkeiten.

Die aut-idem-Quote und der Zusammenhang mit dem Lebensalter der Patienten

Es ist davon auszugehen, dass körperliche und geistige Beeinträchtigungen, die zu Problemen bei der Durchführung der Arzneimitteltherapie führen könnten, mit dem Lebensalter der Versicherten und Betroffenen zunehmen.

Abbildung 5: aut-idem-Quote im austauschfähigen Markt nach Altersklassen der Patienten



Quelle: BARMER GEK, eigene Berechnung

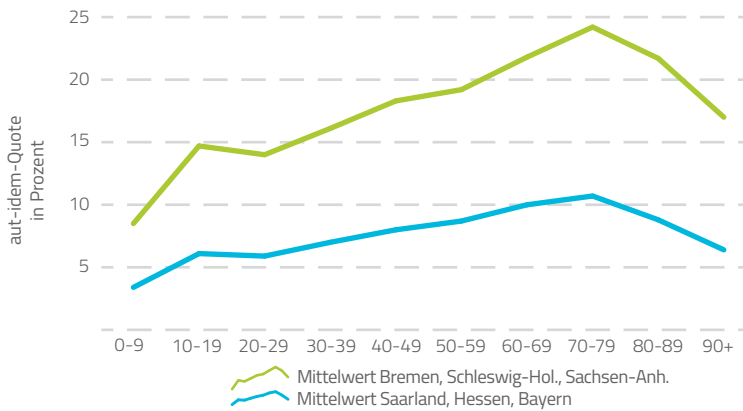
Die Altersverteilung zeigt einen Anstieg der Quote mit zunehmendem Alter der Patienten mit einem Gipfel in der Altersklasse der 70- bis 79-jährigen. Danach sinkt die Quote deutlich und erreicht in der Altersklasse der 90-jährigen fast das Niveau der 30-jährigen. Der leichte Rückgang der aut-idem-Quote im Jahr 2014 zeigt sich durchgehend in den höheren Altersklassen und führt in jeder Klasse zu einem Absinken zwischen 0,3 und 0,6 Prozentpunkten (Abbildung 5).

Die mit dem Lebensalter zunehmende aut-idem-Quote lässt die Hypothese 2 zunächst plausibel erscheinen. Allerdings überrascht das deutliche Absinken der Quote für Patienten über 80 Jahre. In diesem Alter werden immer mehr Medikamente gegen verschiedene meist chronische Erkrankungen eingenommen, gleichzeitig reduziert sich die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit (etwa durch Sehschwäche oder Demenz).

Bei Polypharmazie steigt das Risiko von Einnahmefehlern und Wechselwirkungen, die zu gesundheitlichen Problemen bis hin zu vermeidbaren Krankenhausaufenthalten führen (hkk Gesundheitsreport 2012). Zweck des aut-idem-Kreuzes ist, die durch eine Substitution des Arzneimittels verursachten vermeidbaren Probleme in der Arzneimitteltherapie zu verhindern. Daher erscheint es nicht plausibel, wenn die aut-idem-Quote von Verschreibungen für hochbetagte Personen stark absinkt. Zumindest ist es ein Hinweis darauf, dass die altersbedingten Beeinträchtigungen eine relevante, aber nicht die primäre Rolle bei dem Setzen des aut-idem-Kreuzes spielen. Die Hypothese 2 kann daher nicht bestätigt werden.

Die Altersverteilung der aut-idem-Quoten ist in den KV-Regionen fast identisch. Unterschiede bestehen beim Niveau, kaum aber bei der Verteilung der Quoten und dem Absinken im hohen Lebensalter (Die Zahlen der KV-Bezirke befinden sich zusätzlich zu diesem Beitrag online unter www.barmer-gek.de/545817). Betrachtet man den Mittelwert der drei KV-Regionen mit den höchsten und niedrigsten Gesamtquoten, wird deutlich, dass es keine Altersklasse gibt, die die Unterschiede der aut-idem-Quote erklärbar macht. Das Niveau weicht über die komplette Altersverteilung fast gleichmäßig ab. Das Durchschnittsalter der GKV-Versicherten in den KV-Regionen ist unterschiedlich hoch. Daher könnten sich Unterschiede zwischen den Regionen mit unterschiedlich alten Versichertenbeständen eventuell erklären lassen. Die Zahlen zeigen allerdings das gegenteilige Bild: Das Durchschnittsalter beträgt in der KV-Region mit der höchsten Quote in Bremen 44,6 Jahre, während die Versicherten im Saarland, der KV-Region mit der niedrigsten Quote, 46,4 Jahre alt sind (Tabelle 2 und Abbildung 7). Weder die Altersverteilung bei der Nutzung des aut-idem-Kreuzes noch die regionale Altersverteilung der Versicherten bietet somit eine plausible Erklärung der regionalen Unterschiede.

Abbildung 6: aut-idem-Quote 2013 und 2014 nach Altersklassen der Patienten



Quelle: BARMER GEK, eigene Berechnung

Die aut-idem-Quote unterscheidet sich auch in Bezug auf das Geschlecht der Patienten. Die Quote ist bei weiblichen Patienten signifikant höher. Dieser Effekt zeigt sich in allen KV-Bereichen nahezu identisch mit den bekannten Niveauunterschieden. Frauen und ältere Versicherte haben im Durchschnitt eine höhere aut-idem-Quote. Dies könnte das höhere Niveau der aut-idem-Quote der BARMER GEK, bei der überdurchschnittlich viele Frauen versichert sind, erklären (Abbildung 2).

Die Hypothese 2 zur sachgerechten Verwendung des aut-idem-Kreuzes, dass mit steigendem Lebensalter der Patienten die aut-idem-Quote steigt, konnte im Hinblick auf die höchsten Altersstufen nicht bestätigt werden. Auch finden sich keine Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten in den Regionen, die die erheblichen Unterschiede zwischen den KV-Regionen erklären könnten.

Tabelle 2: aut-idem-Quote 2013 und 2014 in den Bundesländern (Geschlecht und Alter)

aut-idem-Quote 2013 bis 2014	aut-idem-Quote Männer	aut-idem-Quote Frauen	Differenz Frauen/ Männer	Durchschnittsalter der GKV-Versicherten in Jahren*	Frauenanteil der GKV - Versicherten in Prozent*
Baden-Württemberg	14,7	16,4	1,6	43,8	52,6
Bayern	9,5	11,7	2,2	43,9	52,8
Berlin	13,7	16,4	2,7	43,6	53,0
Brandenburg	17,7	20,4	2,7	47,8	52,3
Bremen	21,5	22,9	1,4	44,6	52,6
Hamburg	13,7	15,5	1,8	42,9	53,3
Hessen	8,1	9,3	1,2	44,1	52,7
Mecklenburg- Vorpommern	9,5	11,8	2,3	47,5	52,4
Niedersachsen	11,2	12,5	1,3	44,5	52,3
Nordrhein	12,7	14,5	1,8	44,4	52,9
Rheinland-Pfalz	11,3	12,9	1,6	45,0	52,8
Saarland	6,1	7,0	1,0	46,4	52,8
Sachsen	18,2	19,8	1,6	47,8	52,6
Sachsen-Anhalt	14,9	17,1	2,2	48,5	52,2
Schleswig-Holstein	18,4	20,1	1,7	44,9	53,1
Thüringen	17,2	19,3	2,1	46,4	52,1
Westfalen-Lippe	11,8	13,3	1,4	44,2	52,2
Bund	12,6	14,3	1,7	44,8	52,6

* Quelle: KM 6-Statistik der Gesetzlichen Krankenversicherung, BMG

Abbildung 7: aut-idem-Quote 2013 und 2014 in den Bundesländern
(Geschlecht und Alter)



Quelle: BARMER GEK, eigene Berechnung

Die aut-idem-Quoten der Indikationsgebiete der Arzneimittel und der Zusammenhang zu medizinisch-therapeutischen Erwägungen

Die Klassifikation für Arzneistoffe erfolgt international nach dem siebenstelligen anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem (ATC). Die erste Stelle bezeichnet die anatomische Gruppe, die zweite und dritte Stelle die therapeutische Hauptgruppe (ATC 3). Die weiteren Stellen werden für therapeutische Untergruppen und die Bezeichnung des Wirkstoffes verwendet. Insgesamt gibt es 75 therapeutische Hauptgruppen, die folgende Auswertung zeigt die zehn ATC 3 mit den höchsten aut-idem-Quoten (Die aut-idem-Quoten für alle ATC 3-Gruppen befinden sich zusätzlich zu diesem Beitrag online unter www.barmer-gek.de/545817).

Tabelle 3: aut-idem-Quote im austauschfähigen Markt nach Arzneimittel-Indikationen

ATC 3	Indikationsgruppe	2013 bis 3. Quartal 2014
H03	Schilddrüsenherapie	39,1 %
N04	Antiparkinsonmittel	24,1 %
L04	Immunsuppressiva	23,8 %
L03	Immunstimulanzien	20,8 %
N03	Antiepileptika	20,8 %
A05	Gallen- und Lebertherapie	20,1 %
L02	endokrine Therapie	19,6 %
G04	Urologika	18,8 %
C04	periphere Vasodilatoren	19,0 %
C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	17,8 %

Quelle: BARMER GEK, eigene Berechnung

Die Schilddrüsenherapie, neurologische Therapien und die immunologische Therapie werden als pharmazeutisch-kritische Therapien angesehen, weil in der Dauertherapie ein konstanter Spiegel des Wirkstoffes in engen Grenzen gehalten werden sollte (KV-Nordrhein 2014). Die hohen aut-idem-Quoten in diesen therapeutischen Hauptgruppen erscheinen daher plausibel und auf medizinisch-therapeutischen Erwägungen zu fußen.

Einige Arzneimittel aus diesen therapeutischen Gruppen sind seit Dezember des Jahres 2014 auch ohne aut-idem-Kennzeichnung von der Substitution ausgeschlossen. Grundlage für diese Substitutionsausschlussliste ist § 129 Absatz 1a Satz 2 SGB V „Der GBA bestimmt in den Richtlinien [...] die Arzneimittel, bei denen die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel [...] ausgeschlossen ist; dabei sollen insbesondere Arzneimittel mit geringer therapeutischer Breite berücksichtigt werden (GBA 2015). Die erste Wirkstoffauswahl für die Substitutionsausschlussliste des GBA erfolgte im Dezember 2014 und umfasste im Wesentlichen Wirkstoffe mit geringer therapeutischer Breite der Indikationsbereiche Immunsuppression, Epilepsie und Schilddrüsenherapie. Die in diesen Indikationsgebieten festgestellte hohe aut-idem-Quote der Vergangenheit bestätigt die Hypothese 3, dass hierbei medizinisch-therapeutische Erwägungen

im Vordergrund standen und somit das aut-idem-Kennzeichen sachgerecht eingesetzt wurde.

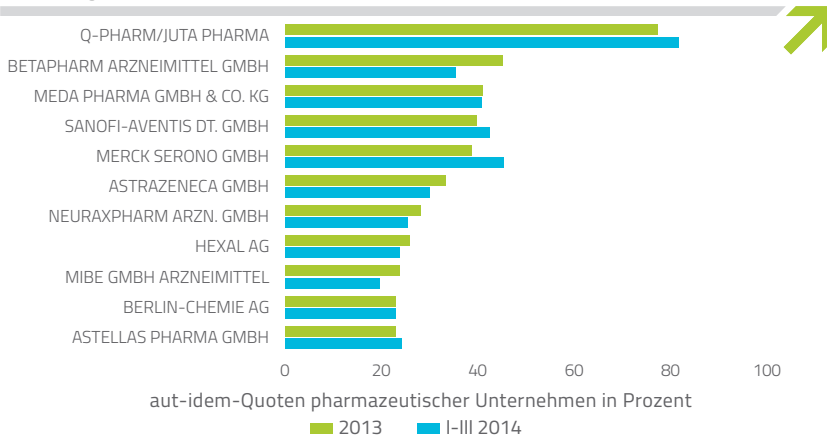
Die neue Substitutionsausschlussliste schafft nun ein neues nicht-austauschfähiges Marktsegment. Ob das Ziel einer weiteren Verbesserung der Arzneimitteltherapie-sicherheit durch diesen generalisierten Ausschluss der Substitution anstelle der bereits sehr hohen aut-idem-Quote erreicht wird, bleibt abzuwarten. Für den Apotheker wird der Versorgungsalltag bei Notfällen und Lieferausfällen erschwert, weil er kein wirkstoff-gleiches Präparat abgeben darf. Bei Wirkstoffverordnungen muss Rücksprache mit dem verordnenden Arzt gehalten werden. Die Auswirkungen der Substitutionsausschlussliste in der Versorgung müssen im Jahr 2015 und in den darauffolgenden Jahren untersucht werden.

Die aut-idem-Quoten der pharmazeutischen Unternehmen

Pharmazeutische Unternehmen (pU) haben ein nachvollziehbares Umsatzinteresse an der Verordnung und Abgabe der eigenen Arzneimittel. Die Ärzte werden mit zahlreichen pharmazeutischen Informationen und Außendienstbesuchen versorgt. Der Einfluss der pharmazeutischen Unternehmen auf das Ordnungsverhalten durch Einwirken auf die Praxissoftware konnte durch gesetzliche Regelungen und die Zertifizierung der KBV reduziert werden. Für pharmazeutische Unternehmen hat ein aut-idem-Kreuz unmittelbar wirtschaftliche Bedeutung, verhindert es doch die Substitution durch ein rabattiertes Medikament eines Konkurrenten. Ist die aut-idem-Quote in Bezug auf die pharmazeutischen Unternehmen plausibel zu einer medizinisch-therapeutischen Entscheidung des Arztes im Einzelfall? Dazu werden die elf höchsten (größer als 20 Prozent) aut-idem-Quoten der pU ausgewiesen (Abbildung 8). Die aut-idem-Quoten der TOP-50 pU befinden sich zusätzlich zu diesem Beitrag online unter www.barmer-gek.de/545817.

Plausibel erscheint eine hohe aut-idem-Quote des pharmazeutischen Unternehmens, wenn das Produktspektrum sich in einer therapeutischen Hauptgruppe (ATC 3) konzentriert, für die aufgrund geringer therapeutischer Breite sachgerecht mit einer hohen aut-idem-Quote verordnet wird. So erscheinen die aut-idem-Quoten von Merck und Sanofi mit dem Schwerpunkt Schilddrüsenmedikation, Astellas mit Immunsuppressiva und Neuraxpharm mit neurologischen Arzneimitteln plausibel.

Abbildung 8: Die Top-11 aut-idem-Quoten pharmazeutischer Unternehmen



Quelle: BARMER GEK, eigene Berechnung

Mit weitem Abstand an der Spitze, zudem mit einer zunehmenden aut-idem-Quote im Jahr 2014, findet sich die Firma Q-Pharm AG (im Mitvertrieb mit der Jutta Pharma GmbH). Die Produkte der Q-Pharm AG haben keinen therapeutischen Schwerpunkt, der erklären würde, dass die aut-idem-Quote in diesem Maß von den anderen pharmazeutischen Unternehmen in der Spitzengruppe abweicht (Abbildung 8).

Forscht man diesem Phänomen nach, findet sich eine mögliche Erklärung. Die Q-Pharm AG ist ein Tochterunternehmen der Ärztegenossenschaft. Der Vorstand und Aufsichtsrat besteht ausschließlich aus führenden Mitgliedern der Ärztegenossenschaft (www.q-pharm.de). Zur Geschäftspolitik der Q-Pharm AG gehört die dauerhafte Forderung an Ärzte, das aut-idem-Kreuz zu setzen: „Nutzen auch Sie Ihre Möglichkeiten durch das Setzen des aut-idem-Kreuzes, beispielsweise bei Q-Pharm Arzneimittel“ (perspectiv 2014a und 2014b). Aus diesem Grund setzt Q-Pharm auf aut-idem-Verordnungen [...]“ (perspectiv 2014a und 2014b).

Dabei wird als offizielle Sprachregelung die Bedeutung des aut-idem-Kreuzes für die Arzneimitteltherapiesicherheit betont. Die aut-idem-Quote der Q-Pharm AG zeigt aber, dass die wirkliche Botschaft verstanden wird: Sicherung des Umsatzes der

Q-Pharm AG durch das aut-idem-Kreuz, um die Substitution gegen rabattierte wirkstoffgleiche Arzneimittel eines anderen Herstellers zu verhindern. In der KV-Region Schleswig-Holstein liegt ein Verordnungsschwerpunkt von Arzneimitteln der Q-Pharm AG. Dort beträgt die aut-idem-Quote von Q-Pharm im Durchschnitt der letzten sieben Quartale über 87 Prozent. Die aut-idem-Quote der gesamten KV-Region würde ohne diese Verordnungen um einen Prozentpunkt sinken. Die Geschäftspolitik von Q-Pharm und der Ärztegenossenschaft wirkt sich nicht nur auf Q-Pharm Arzneimittel aus, sondern fördert insgesamt den großzügigen Einsatz des aut-idem-Kreuzes. Für die KV-Region Schleswig-Holstein könnte dies den Spitzenplatz bei der aut-idem-Gesamtquote teilweise erklären.

Die Geschäftspolitik der Q-Pharm AG und der Ärztegenossenschaft steht im eklatanten Gegensatz zu den Arzneimittelrichtlinien und zur konsentierten Auffassung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, das aut-idem-Kreuz im Ausnahmefall und nur aufgrund medizinischer Gründe zu verwenden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten gegen Ärzte vorgehen, die den Aufforderungen des Pharmaunternehmens Folge leisten. Es entstehen den Kassen wirtschaftliche Schäden, ohne dass die Arzneimitteltherapiesicherheit erhöht würde. Insbesondere muss der bestehende Interpretationsspielraum durch die Aufnahme klarer Kriterien in den Arzneimittel-Richtlinien zum aut-idem-Ausschluss sanktionsfähig begrenzt werden.

Aktuell sticht die aut-idem-Quote eines Herstellers heraus. Allerdings ist die Idee, mittels aut-idem-Kreuz Umsätze bestimmter pharmazeutischer Unternehmen zu stützen, nicht neu. Bereits 2011 berichtete DER SPIEGEL (2011): „Manche Firmen haben sich offenbar Anreize ausgedacht, damit Ärzte großzügig das „aut idem“-Verbot einsetzen und damit gezielt die hauseigenen Präparate bevorzugen“. Die Staatsanwaltschaft Koblenz ermittelte 2010 wegen des Verdachts auf Bestechung und Bestechlichkeit.

Fazit

Wird das aut-idem-Kreuz bundesweit sachgerecht im medizinisch-therapeutischen Einzelfall verwendet? Diese Frage kann nicht generell bejaht werden, die hierzu aufgestellten Hypothesen konnten durch die empirischen Daten überwiegend nicht bestätigt

werden. Über Jahre hinweg bestehende regionale Abweichungen um das Vierfache bei der aut-idem-Quote, ein pharmazeutisches Unternehmen mit über 80 Prozent aut-idem-Quote und das Abflachen der Quote im hohen Lebensalter belegen, dass neben den medizinisch-therapeutischen auch andere wirtschaftlich orientierte Motivationen den Einsatz des aut-idem-Kreuzes beeinflussen. Dabei verfolgen Ärzte mit Blick auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung durchaus auch das Ziel, möglichst preisgünstig zu verordnen. Dem Arzt stehen jedoch hierzu in der Praxissoftware nur die Listenpreise der Arzneimittel und das Rabattkennzeichen zur Verfügung.

Ein Arzneimittel mit einem günstigen Listenpreis ist jedoch für die Krankenkassen teurer als ein rabattiertes Arzneimittel. Aus wettbewerbsrechtlichen Gründen müssen die Krankenkassen die rabattierten Preise geheimhalten. So verhindert ein aut-idem-Kreuz bei einem vermeintlich preisgünstigen Arzneimittel die wirtschaftliche Versorgung. Die Verwendung des aut-idem-Kreuzes mit wirtschaftlicher Zielsetzung ist daher immer eine Fehlanwendung. Die dem Arzt zur Verfügung stehenden Preis- und Rabattinformationen werden einmal im Quartal mit einem Update der Praxissoftware aktualisiert. Die Stammdaten und insbesondere Preise der Arzneimittel ändern sich jedoch im Abstand von zwei Wochen. Daher stehen dem Arzt im Laufe des Quartals zunehmend falsche Daten zu den Arzneimitteln zur Verfügung.

Wenn in allen KV-Bereichen im afM die aut-idem-Quote aus der KV Saarland erzielt würde, gäbe es in dem betrachteten Zeitraum von sieben Quartalen etwa 8,8 Millionen weniger Verordnungen mit aut-idem-Kreuz. Der wirtschaftliche Schaden eines falsch gesetzten aut-idem-Kreuzes lässt sich nicht errechnen. Es kann nur spekuliert werden, welches preisgünstige beziehungsweise rabattierte Arzneimittel ohne aut-idem-Kreuz von der Apotheke abgegeben worden wäre. Der Apotheke stehen zumeist mehrere mögliche Arzneimittel zur Substitution zur Verfügung. Mit Wissen um die Rabattkonditionen der BARMER GEK erscheint ein Preisabstand von 10 bis 15 Euro im Durchschnitt je Verordnung jedoch realistisch. Damit würden sich in der Maximalbetrachtung 8,8 Millionen vermiedene aut-idem-Kreuze zu einem dreistelligen Millionenbetrag für die Krankenkasse summieren.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere in den Regionen mit hohen aut-idem-Quoten sind gefordert, auf den sachgerechten Einsatz in der Verordnung hinzuwirken. Auch die Krankenkassen haben ein wirtschaftliches Interesse, Ärzte diesbezüglich zu informieren. Dazu ist es dringend erforderlich, dass in den Arzneimittel-Richtlinien viel spezifischer ausgeführt wird, unter welchen medizinisch-therapeutischen Erwägungen das aut-idem-Kreuz verwendet werden kann. Ziel muss es sein, die Verwendung eines aut-idem-Kreuzes aus wirtschaftlichen Gründen zu verhindern und sanktionierbar zu machen. Zudem müssen dem Arzt die jeweils korrekten Stammdaten der Arzneimittel unmittelbar zugänglich sein, der Zyklus der Aktualisierung muss auf zwei Wochen verkürzt werden. Die Software der Apotheken enthält bereits heute immer die aktuell korrekten Stammdaten der Arzneimittel.

Hinweise zum empirischen Anhang zu diesem Beitrag im Internet

Als Anhang zu diesem Beitrag existieren weitere empirische Analysen und Ergebnisse zur aut-idem-Situation. Die weiteren Differenzierungen gestatten dem interessierten Leser tiefere Einblicke in die bundesweiten Daten. Der Anhang ist ausschließlich online verfügbar im Web-Auftritt der BARMER GEK unter www.barmer-gek.de/545817.

Dokumente des Online-Anhangs

- aut-idem-Quoten der KV-Regionen in den Quartalen I/2013 bis III/2014 im afM
- aut-idem-Quoten der KV-Regionen in den Quartalen I/2013 bis III/2014 im nafM
- aut-idem-Quoten der KV-Bezirke in den Quartalen I/2013 bis III/2014 im afM
- aut-idem-Quote aller Indikationsbereiche nach ATC 3 in den Quartalen I/2013 bis III/2014 im afM
- aut-idem-Quote nach Altersklassen und KV-Regionen in den Quartalen I/2013 bis III/2014 im afM
- aut-idem-Quote der Arztpraxen (größer als 100 Verordnungen) in den Klassen nach KV-Regionen und Quartalen 2013
- aut-idem-Quote der ärztlichen Fachgruppen in den Quartalen I/2013 bis III/2014 im afM
- aut-idem-Quote der Top-50 pharmazeutischen Unternehmen in den Quartalen I/2013 bis III/2014 im afM

Literatur

- Ärzte Zeitung (2014a): Ausgabe vom 21. Februar 2014. www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/rezepte/article/855570/aut-idem-bremen-kreuzt-meisten.html?s-h=21&h=-1906694990 (Download am 5. Mai 2015).
- Ärzte Zeitung (2014b): Ausgabe vom 18. Juli 2014. www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/rezepte/article/865497/viele-kreuze-aut-idem-manipulation-bremen.html (Download am 5. Mai 2015).
- Bundesgesetzblatt (2002): www.bgbl.de
- GBA (2015): www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/arzneimittel/aut-idem/hkk Gesundheitsreport (2012): hkk Gesundheitsreport Polypharmazie. www.hkk.de/fileadmin/doc/berichte/hkk_gesundheitsreport2012.pdf (Download am 5. Mai 2015).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014): www.kbv.de/html/newsletter/1150_10529.php (Download am 5. Mai 2015).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband (2012): Anforderungskatalog zur Zertifizierung der Praxissoftware nach § 73 Absatz 8 SGB V für Verordnungssoftware/Arzneimitteldatenbanken. Anforderungen an Datenbanken und Software. www.kbv.de/media/sp/23_AVWG.pdf (Download am 5. Mai 2015).
- KV-Nordrhein (2014): www.kvno.de/10praxis/40verordnungen/20heilmittel/a_z/11_04_autidem/index.html (Download am 5. Mai 2015).
- KV-Westfalen (2014): www.kvwl.de/arzt/verordnung/arzneimittel/info/invo/aut_idem_substitutionsausschlussliste_invo.pdf (Download am 5. Mai 2015).
- MVF – Monitor Versorgungsforschung (2014): Beitrag Kleinfeld und Luley „Durchsetzung innovativer Wirkstoffe nach der frühen Nutzenbewertung - Einfluss der Informationspolitik der KV“. In: Monitor Versorgungsforschung 2 2014.
- perspectiv (2014a): Bundesverband der Ärztenossenschaften, Nr. 1/2014. www.aegnord.de/uploads/downloads/presse_perspective/2/perspectiv_1.14-web.pdf?PHPSESSID=elthsshd (Download am 5. Mai 2015).
- perspectiv (2014b): Bundesverband der Ärztenossenschaften, Nr. 4/2014. www.aegnord.de/uploads/downloads/presse_perspective/2/perspectiv_4.14-web.pdf?PHPSESSID=elthsshd (Download am 5. Mai 2015).
- DER SPIEGEL (2011): Ausgabe 24/2011. www.spiegel.de/spiegel/print/d-78954525.html (Download am 5. Mai 2015).