

Webbasierte Informationsplattform zur rationalen und wirtschaftlichen Pharmakotherapie

Ein Beitrag zu mehr Verordnungssicherheit für Vertragsärzte?

REINHILD BÜCHELER,
SONJA SCHRECK,
MARTIN HERDER,
CHRISTIANE BECKER-
TREVITHICK,
EWALD UNTEREGGER,
WILHELM-BERNHARD
NIEBLING*

Dr. med. Reinhild Bücheler ist Leiterin des Fachreferates Arzneimittel im MDK Baden-Württemberg, Ravensburg

Sonja Schreck ist Leiterin des Fachbereichs Arzneiverordnungsweise bei den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg, Freiburg

Dr. med. Martin Herder ist stellvertretender Regionalgruppenvorstand des Berufsverbands Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V., Urbach

Dr. med. Ewald Unteregger ist niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Freiburg

Christiane Becker-Trevithick ist Leiterin des Referats Regelversorgung der AOK Baden-Württemberg, Lahr

Prof. Dr. med. Wilhelm-Bernhard Niebling ist niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin und Leiter des Lehrbereichs Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg

Die Ausstellung einer medizinisch adäquaten, haftungsrechtlich und ökonomisch unangreifbaren Arzneimittelverordnung ist keine triviale Aufgabe. Im ungünstigsten Fall kann die Angst vor Arzneimittelregressen dazu führen, dass medizinisch notwendige Arzneimittel Patienten vorenthalten werden. In einem für Deutschland bislang einmaligen Kooperationsprojekt haben deshalb alle Vertragsparteien in Baden-Württemberg begonnen, Therapieleitfäden/-empfehlungen zu konsentieren und sie auf einer frei zugänglichen Internetplattform bereitzustellen. Der Beitrag beschreibt das Projekt und erste Reaktionen.**

Hintergrund

In Baden-Württemberg nehmen nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg rund 8.000 Hausärzte, 9.000 Fachärzte und 2.500 Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Abteilung Verordnungscontrolling des MDK Baden-Württemberg erhält von der GKV die Arzneimittelverordnungen aller Vertragsärzte, Hochschulambulanzen, psychiatrischer Institutsambulanzen, ärztlich geleiteter Einrichtungen, Dialysezentren etc. in Baden-Württemberg in pseudonymisierter, elektronischer Form (1). In 2015 wurden rund 91 Millionen Arzneimittelverordnungen im Wert von rund 4,9 Milliarden Euro ausgestellt.

Verordnet der Vertragsarzt ein Arzneimittel auf Kassenrezept, auf das die Versicherten keinen Anspruch haben, können die Krankenkassen Regressanträge stellen, was für die Praxen mitunter von existenzgefährdender Dimension sein

kann. Ein besonders verordnungsintensiver Bereich ist z.B. die Schmerztherapie mit hohen Arzneimittelausgaben und der Gefahr eines möglichen Arzneimittelregresses für den betroffenen Arzt (1). Von den Arzneimittelverordnungen im Jahr 2015 entfielen in Baden-Württemberg 5,1 Millionen (6%) im Wert von rund 173 Millionen Euro auf Analgetika. Dies entspricht etwa 3,5% der Arzneimittelausgaben. Opiode stellten nach ATC-Code hier 34% der Analgetikaverordnungen dar und verursachten 70% der Analgetikaverordnungskosten.

Ein weiteres, anspruchsvolles Feld der Arzneimittelverordnung ist der effiziente

* Die Autoren sind Frau Julia Schatt, Apothekerin, Homöopathie und Naturheilkunde, der Abteilung Verordnungscontrolling in der Hauptverwaltung des MDK Baden-Württemberg zu großem Dank verpflichtet für die stets aktuelle Information über Arzneimittelverordnungsdaten in Baden-Württemberg.

** Im Text wurde bei der Angabe von Personenbezeichnungen die männliche Form angewandt. Dies erfolgte ausschließlich zur Verbesserung der Lesbarkeit.

Einsatz der neuen, antiviralen Wirkstoffe zur Behandlung der chronischen Hepatitis C. Die bisherige, meist Interferonbasierte Standardtherapie der chronischen Hepatitis-C-Infektion erfährt derzeit einen Umbruch und wird zugunsten von meist besser verträglichen, neu zugelassenen, hochwirksamen Substanzen laufend neu definiert. Erstmals ist es möglich, in einem hohen Prozentsatz Komplikationen wie Leberzirrhose und Leberzellkarzinom zu verhindern und eine Heilung der Erkrankung zu ermöglichen. Dies bedeutet, dass entgegen früherer Empfehlungen von klinischen Leitlinien heute jeder Patient mit Nachweis einer chronischen Hepatitis C-Infektion – sofern keine Kontraindikationen oder andere Hinderungsgründe vorliegen – eine antivirale Therapie erhalten sollte. Leider sind die Arzneimittelkosten dieser neuen Therapien hoch und können je nach Genotyp, Krankheitsstadium und vorhergehenden Therapien bis zu 160.000 Euro für 24 Wochen betragen. Aus der Vielzahl der neu zugelassenen, direkt antiviral wirksamen Arzneimittel ist die Auswahl der wirksamsten und wirtschaftlichsten Arzneimittelkombination im Einzelfall nicht immer einfach.

Ziel des Projektes

Vor dem Hintergrund möglicher Prüfungen der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise gemäß § 106 SGB V sind somit Bedenken von Vertragsärzten bzw. Institutsambulanzen verständlich, neue, hochpreisige Arzneimittel zu verordnen.

Um bei derartigen pharmakotherapeutischen Entscheidungen eine rasche und verbindliche Orientierung zu erleichtern, bestand die Notwendigkeit, für bestimmte Therapiebereiche, von allen Vertragspartnern in Baden-Württemberg konsentiert, für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verbindliche und leicht zugängliche Therapieleitfäden zu entwickeln.

Wachsende Komplexität der Arzneimittelverordnung in der täglichen Praxis

Beim Ausstellen von Arzneimittelverordnungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) muss ein Vertragsarzt nicht nur medizinisch-pharmakotherapeutische Grundsätze und die individuelle klinische und psychosoziale Krankheitssituation des Patienten im Auge haben, sondern er muss zusätzlich

multiple, teils konträre, arzneimittel- und sozialrechtliche Vorgaben berücksichtigen, die hier beispielhaft, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, skizziert werden:

Basierend auf dem Grundgesetz, z.B. Artikel 2 Abs. 2 „jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“, sind im 5. Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) die Grundsätze zur Verordnungsfähig-

Vor dem Hintergrund von Prüfungen der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise sind Bedenken von Vertragsärzten verständlich, neue, hochpreisige Arzneimittel zu verordnen.

keit von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln für die GKV niedergelegt (§ 31 SGB V Arznei- und Verbandmittel, § 34 SGB V Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, § 35 SGB V Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel, § 35a SGB V Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, § 35c Zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln).

Es gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 2 Abs. 4 SGB V, § 12 SGB V, § 70 Abs. 1 SGB V) zum Schutz der Solidargemeinschaft: Medizinische Leistungen zu Lasten der GKV müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Nicht notwendige und unwirtschaftliche Leistungen können vom Versicherten nicht beansprucht werden und dürfen Leistungserbringer wie Ärzte und Apotheker nicht bewirken, sowie die Krankenkassen nicht bewilligen.

Gleichzeitig muss jedoch jede Behandlung § 2 Abs. 1 SGB V Rechnung tragen: Jeder gesetzlich Versicherte hat Anspruch auf eine medizinische Behandlung hat, deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt. In § 70 SGB V wird die Verpflichtung für Krankenkassen und Leistungserbringer betont, durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung der Versicherten hinzuwirken.

Das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und

Krankenhäuser, der Gemeinsame Bundesausschuss, konkretisiert in der Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) und den mehr als 13 Anlagen nach § 92 Abs. 1 S. 2, Nr. 6 SGB V Inhalt und Umfang der im SGB V festgelegten Leistungspflicht der GKV.

Grundlage für die vertragsärztliche Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln sind stets die Vorgaben des Arzneimittelgesetzes (AMG). Nach § 21 Abs. 1 AMG dürfen in Deutschland nur Fertigarzneimittel in den Verkehr gebracht werden, die durch die zuständige europäische oder nationale Oberbehörde (BfArM, EMA, PEI) auf Wirksamkeit und Sicherheit geprüft und zugelassen sind. Bei einer nach § 25 Abs. 2 AMG versagten

bzw. nach § 30 AMG zurückgenommenen, widerrufenen oder ruhend gestellten Zulassung besteht keine Leistungspflicht der GKV (vorgreifliche Sperrwirkung). So soll die arzneimittelrechtliche Zulassung einen Mindeststandard an pharmazeutischer Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit garantieren und die Solidargemeinschaft vor unwirtschaftlichen Arzneimittelrisiken schützen.

Seit 2011 regelt das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) die Preisbildung für neu zugelassene Arzneimittel und damit deren Erstattungsfähigkeit durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). In der frühen Bewertung des Zusatznutzens neu zugelassener Arzneimittel nach § 35a SGB V beurteilt der G-BA Wirksamkeit und Sicherheit im Vergleich zu Placebo bzw. einer definierten Standardtherapie. Hinweise auf wirtschaftlichere Alternativen können ggf. abgeleitet werden. Diese Beschlüsse in der Anlage XII der AM-RL müssen vom Verordner berücksichtigt werden.

Basierend auf den gesetzlichen Richtlinien und Verordnungen sind zusätzlich Vereinbarungen aus Selektivverträgen, Rabattverträgen und berufsrechtliche Vorgaben, wie z.B. die Meldepflicht von unbekanntem oder schweren unerwünschten Nebenwirkungen zu beachten.

Arzneimittel, die z.B. in einer anderen als in der zugelassenen Indikation im Off-Label-Use eingesetzt werden oder die keine nationale bzw. europäische Zulassung besitzen, sind nur unter engen Bedingungen im Ausnahmefall zu Lasten der GKV ordnungsfähig.

Diese medikolegalen Voraussetzungen wurden in verschiedenen höchstrichterlichen Stellungnahmen, z.B. im sog. Nikolaus-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06.12.2005 (Az.: 1 BVerfG 347/98 – immunbiologische Therapie bei Duchenne'scher Muskeldystrophie) beschrieben und ins SGB V aufgenommen: Nach § 2 Abs.1a SGB V muss der behandelnde Arzt überprüfen, ob beim Versicherten eine akut lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung oder eine zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung (z.B. drohende beidseitige Erblindung, Tetraparese), für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, vorliegt. Dann könnten auch Leistungen beansprucht werden, deren Qualität und Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist, wenn durch deren Anwendung „eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“

Beim Off-Label-Use von Arzneimitteln bei schwerwiegend und nachhaltig,

nicht jedoch akut lebensbedrohlich Erkrankten, gelten kumulativ 3 leistungsrechtliche Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die GKV (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 19.03.2002 (B 1 KR 37/00 R – Sandoglobulin bei MS):

1. Es besteht eine schwerwiegende, lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer beeinträchtigende Erkrankung.
2. Es kommt keine andere zugelassene Therapie in Frage (z.B. wegen Wirkungslosigkeit oder Kontraindikation).
3. Aufgrund der wissenschaftlichen Datenlage besteht die begründete Aussicht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann (d.h. es liegt eine zulassungsreife Datenlage vor).

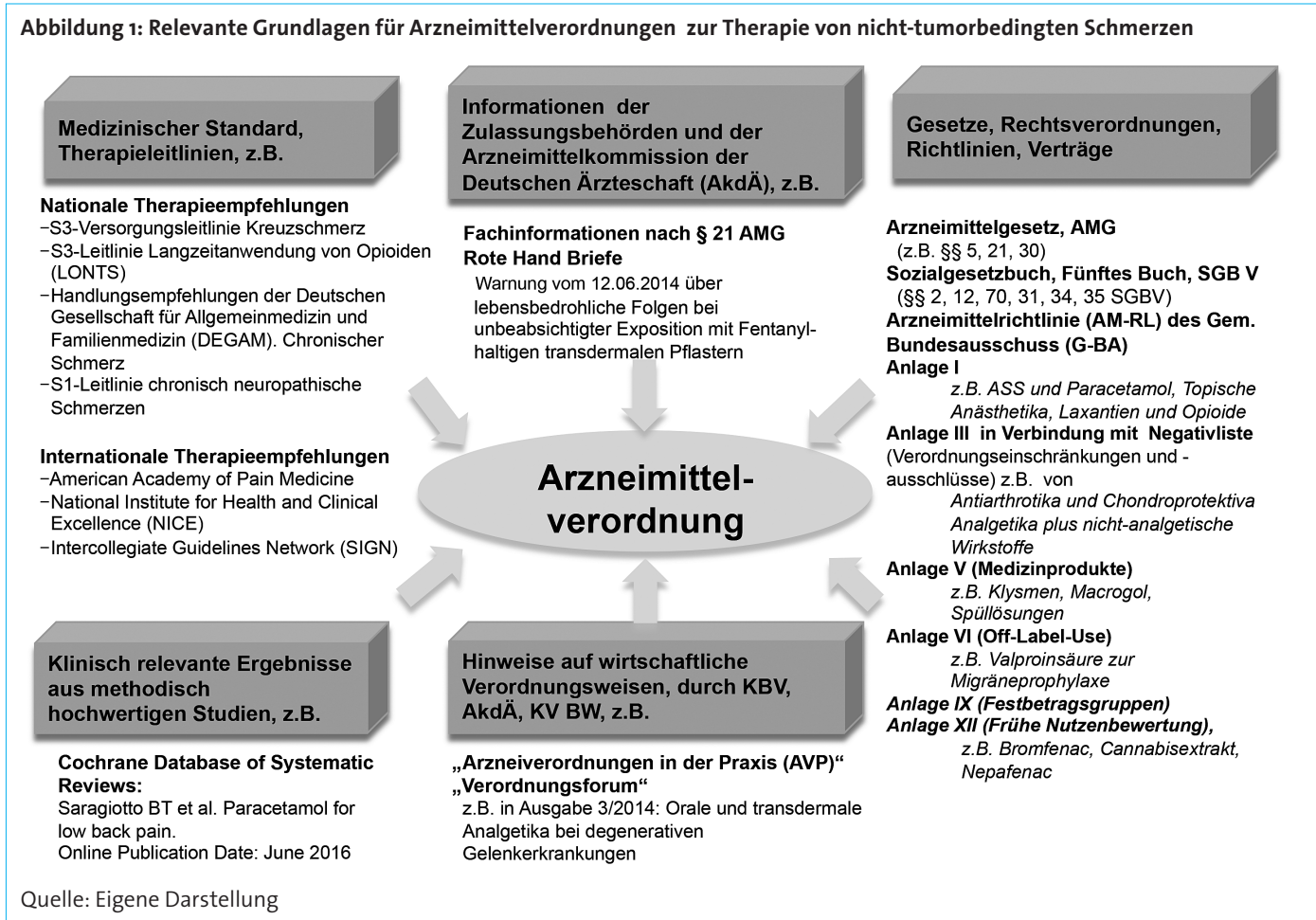
Recherchen des verordnenden Arztes nach verlässlichen Evidenzquellen sind trotz Internetzugang oft aufwändig: Sie berücksichtigen die Leitlinien der deutschen Fachgesellschaften sowie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Daneben gilt es, aktuelle

Hinweisdokumente zur wirtschaftlichen Verordnungsweise der Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten, wie z.B. die regionalen Arzneimittelzielvereinbarungen oder Schriften wie „Wirkstoff aktuell“ der KBV bzw. des in Baden-Württemberg herausgegebenen „Verordnungsforums“. Gleichzeitig wird der Arzt mit Informationen aus wissenschaftlichen Fachzeitschriften und Kongressen konfrontiert. Parallel dazu ist er medialen und persönlichen Werbestrategien der pharmazeutischen Hersteller ausgesetzt. Nicht zuletzt muss er sich mit dezidierten – oft internetbasierten – Therapiewünschen seiner Patienten auseinandersetzen.

Abbildung 1 zeigt exemplarisch die Fülle der relevanten Informationsquellen im Indikationsbereich des nicht-tumorbedingten Schmerzsyndroms.

Methodik der konsentierten Therapieleitfäden

Idealerweise bewirkt die „Drohkulisse“ der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V, mit der die Krankenkassen



und die Kassenärztlichen Vereinigungen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen überwachen, eine rationale und wirtschaftliche Verordnungsweise. Gleichzeitig besteht jedoch die Gefahr, dass der Arzt aus Angst vor einem drohenden Arzneimittelregress dem Patienten die im Rahmen einer rationalen Pharmakotherapie angezeigten Arzneimittel vorenthält.

Durch die konsentierten Therapieempfehlungen wird die Therapiefreiheit nicht eingeschränkt.

Um diesen Verordnungstendenzen entgegenzuwirken, und um die Arbeit der Prüfungsgremien auf eine transparente, nachvollziehbare Grundlage zu stellen, haben die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Baden-Württemberg ein Projekt initiiert, in dem der Vertragsarzt für häufig auftretende und meist auch verordnungsentensive Krankheitsbilder oder Symptome konsentierte Therapieempfehlungen findet, die sich evidenzbasiert am Wirtschaftlichkeitsgebot i.S.d. § 12 SGB V orientieren. Dieses elektronische Informationsmedium sollte als Internetplattform dem Verordner griffbereit zur Verfügung stehen. Aufbau und Erstellung erfolgten in definierten Schritten nach einem Methodikpapier. Diese auch für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verbindliche Darstellung der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen garantiert bei Konformität mit den Empfehlungen dem Arzt Verordnungssicherheit ohne Regressgefahr. Dennoch wird dadurch die Therapiefreiheit nicht eingeschränkt. Es wird lediglich empfohlen, gerade in den Fällen, in denen von den benannten Leitfäden bzw. Hinweisen aus medizinischen Gründen – insbesondere bei kostenin-

tensiven Therapien – abgewichen werden muss, dies nachvollziehbar zu dokumentieren. Dann bestünde ebenfalls keine Regressgefahr.

Die Festlegung der zu bearbeitenden Themen geschieht anhand von Verordnungsdaten durch ein interdisziplinäres Gremium, die Arzneimittelkommission der ARGE Wirtschaftlichkeitsprüfung Baden-Württemberg. Definiert wurde ein Handlungsbedarf für ca. 20 verschiedene Indikationsgebiete, unter anderem Schmerztherapie, Therapie der COPD, des Asthma, der Multiplen Sklerose, der Osteoporose, der Demenz, des Diabetes mellitus, der Hepatitis B und C sowie von Depressionen.

In einem ersten Pilotprojekt, welches das weitere Vorgehen optimieren sollte, wurde die Therapie des chronischen, nicht-neoplastischen Schmerzsyndroms bearbeitet. Weitere „Leitfäden“ betreffen die Therapie bei Osteoporose, Demenz, Hepatitis C und B.

Zur Standardisierung der Vorgehensweise wurde von der Redaktionskonferenz ein Methodikpapier erarbeitet, welches die primär relevanten Informationsquellen zur Beurteilung des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit definiert. Dies sind anerkannte, nationale und internationale Leitlinien, sowie Vorgaben des SGB V und der Arzneimittelrichtlinie des G-BA. Diese Veröffentlichungen werden unter dem Aspekt der Aktualität sowie etwaiger kritischer Bewertungen über-

prüft und ergänzt durch Erkenntnisse aus methodisch hochwertigen, systematischen Reviews. Bei Fehlen derartiger Publikationen kann auf prospektive, randomisierte, kontrollierte Studien mit geringstmöglichem Verzerrungspotential zurückgegriffen werden. Ebenfalls im Methodikpapier definiert sind Häufigkeit und inhaltliche Tiefe der Leitfaden-Updates.

Die Erstellung der Therapieleitfäden erfolgt durch Fachärzte für Klinische Pharmakologie, Innere Medizin, Innere Medizin/Gastroenterologie-Hepatology, Allgemeinmedizin, Sozialmedizin/Palliativmedizin, sowie Pharmazeuten und Experten für Schmerztherapie. Nach vielfacher Überarbeitung des Entwurfs und rezidivierender Diskussion in der Redaktionskonferenz wird schließlich ein von allen Teilnehmern konsentiertes Papier verabschiedet.

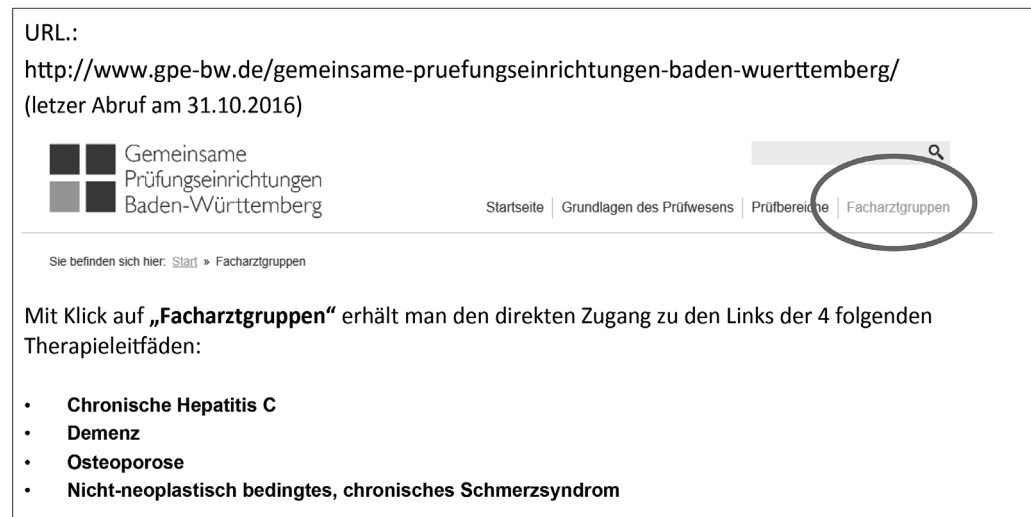
Entscheidend ist, dass diese Therapieleitfäden abschließend von den politisch maßgeblichen Vertretern der Vertragspartner GKV und Kassenärztliche Vereinigung in Baden-Württemberg explizit approbiert werden (2, 3)

Aktueller Stand der Internetplattform

Seit Dezember 2015 findet sich ein barrierefreier Zugang zu den Therapieleitfäden im Internet auf der Homepage der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg über den folgenden Einstiegslink (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Internetzugang Therapieleitfäden

URL:
<http://www.gpe-bw.de/gemeinsame-pruefungseinrichtungen-baden-wuerttemberg/>
 (letzer Abruf am 31.10.2016)



Sie befinden sich hier: [Start](#) » [Facharztgruppen](#)

Mit Klick auf „**Facharztgruppen**“ erhält man den direkten Zugang zu den Links der 4 folgenden Therapieleitfäden:

- **Chronische Hepatitis C**
- **Demenz**
- **Osteoporose**
- **Nicht-neoplastisch bedingtes, chronisches Schmerzsyndrom**

Quelle: Eigene Darstellung

Vorteile einer verbindlichen Informationsplattform zur Pharmakotherapie

Patienten/GKV-Versicherte haben Anspruch auf Arzneimittelverordnungen, die sich an systematischen, evidenzbasierten Therapieempfehlungen orientieren. Eine rationale Pharmakotherapie ist in der Regel auch verbunden mit dem bestmöglichen Schutz vor den Folgen von nicht ausreichend evaluierten, ggf. erheblichen Arzneimittelrisiken.

Gerade in einem sich im Umbruch befindlichen Therapiegebiet wie z.B. der chronischen Hepatitis C mit ständig neuen Marktzulassungen von potenten aber auch hochpreisigen Wirkstoffen soll der Patient zuverlässig eine Therapie mit der aktuell bestmöglichen Wirksamkeit und Sicherheit erhalten.

Vertragsärzte erhalten eine Orientierung angesichts der Vielzahl an Therapieoptionen. Hier zeigt z.B. der Leitfaden Hepatitis C Möglichkeiten der Auswahl von Arzneimitteln und deren Kombinationen in Abhängigkeit von Genotyp, Vorbehandlung, Krankheitsstadium und Begleiterkrankungen der Patienten. Darüber hinaus erhält der Arzt eine Therapiekostenübersicht sowie Therapievor schläge bezogen auf die jeweiligen Patientencharakteristika.

Die durch die KV Baden-Württemberg vertretene Ärzteschaft erhält durch die Therapieleitfäden verbindliche Informationen darüber, welche Kriterien an eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu stellen sind. So soll eine größere Verordnungssicherheit im Hinblick auf die Gefahr durch Arzneimittelregresse bei erhaltener Therapiefreiheit erreicht werden.

Für die **Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen** stellen die definierten Behandlungsgrundsätze eine konsentier te, transparente Grundlage für die Beratungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise gemäß § 106 Abs. 5e SGB V dar.

Für **Krankenkassen** könnten mittel- bis langfristig kostensparende Effekte durch Reduktion unwirtschaftlicher Verordnungen eintreten.

Qualitätssicherung

Hinsichtlich der Strukturqualität des Projektes sind von den Autoren der Therapieleitlinien neben langjährigen medizinisch-fachlichen, solide metho-

dische Fähigkeiten in den Techniken der evidenzbasierten Medizin wie z.B. der Recherche und kritischen Auswertung von Informationsquellen zu fordern. Die Autoren rekrutieren sich aus entsprechenden Fachabteilungen der Universitäten unter Einbeziehung der sozialmedizinischen Expertise des MDK Baden-Württemberg.

Zur Standardisierung der Vorgehensweise dient ein im Konsens der Redaktionskonferenz beschlossenes Methodikpapier, welches die zur Bewertung des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit einzusetzenden Literaturquellen definiert. Ebenfalls im Methodikpapier festgelegt sind zeitliche und inhaltliche Kriterien für die Erstellung der Leitlinien-Updates.

Wesentliche Voraussetzung für eine gute Ergebnisqualität der erarbeiteten Stellungnahmen ist die inhaltlich unabhängige, gründliche und ggf. zeitintensive Erarbeitung der Texte. Es darf kein politischer oder zeitlicher Druck auf die Autoren durch die Vertragsparteien ausgeübt werden. Thematische Diskussionen finden im Rahmen der Redaktionskonferenzen zwischen den Vertretern der KV Baden-Württemberg, der GKV, des MDK Baden-Württemberg, der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen sowie ärztlichen Experten statt. Der Webauftritt wird gestaltet und angepasst durch die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen und die KV-Baden-Württemberg. Externe Experten werden bei Bedarf rekrutiert.

Schließlich führen die umfangreichen Konsentierungsprozesse der Therapieleitfäden auf verschiedenen Ebenen bis zu den Hauptverantwortlichen der Vertragsparteien zu einem besonders intensiven Reviewprozess.

Die Ergebnisqualität wird sich durch Zielindikatoren messen lassen. Dies sind

- die Zahl der Internetzugriffe/Zeiteinheit,
- der Rückgang der Prüfverfahren und
- die Änderung des Ordnungsverhaltens in den folgenden Jahren. Hier sollten Indikatorarzneimittel definiert werden.

Diese Entwicklungen werden mit anderen Bundesländern verglichen. Es ist geplant, Befragungen bei den anwendenden Ärzten durchzuführen. Schließlich soll eine Veröffentlichung von Empfehlungen zu bestimmten Krankheitsbildern in anerkannten Fachzeitschriften angestrebt werden.

Limitationen und Herausforderungen

1. Das Projekt ist beschränkt auf Baden-Württemberg und stellt eine regionale Lösung dar. Sollten entsprechende Projektplanungen auch in bundesweit tätigen Gremien erfolgen, wäre eine Koordination bei Auswahl und Bearbeitung der verschiedenen Themenbereiche sinnvoll.
2. Eine große Herausforderung ist die ständige Aktualisierung der Empfehlungen. Änderungen in maßgeblichen Leitlinien bzw. neue, relevante Studienergebnisse müssen von der Redaktionskonferenz kontinuierlich eingearbeitet werden. Dies wird aktuell gefördert durch ein lebhaftes Echo bei Behandlern, Berufsverbänden und der allgemeinen Presse zu verschiedenen Therapieleitfäden. Diesen Rückmeldungen wird im schriftlichen oder mündlichen Diskurs Rechnung getragen, Leitfadeneinhalte werden hinterfragt, erneut auf Ihre Evidenz und Praxistauglichkeit überprüft und ggf. adaptiert. So entsteht ein dynamischer Verbesserungsprozess hinsichtlich der Inhalts- und Anwendungsqualität im Sinne des Plan, Do, Check und Act (PDCA)-Prinzips. ■