

Verordnungsforum 37

FEBRUAR 2016

NEU: RICHTGRÖSSEN NACH ALTERSGRUPPEN

FRAU ODER MANN:
PHARMAKOTHERAPIE NACH GESCHLECHT?

WIRTSCHAFTLICH VERORDNEN:
VERBANDMATERIALIEN FÜR PEG-SONDEN

Alles Gute.







Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

3	Vorwort	35	SCHUTZIMPFUNGEN
4	Aktuelles	35	– Heimat Krankenkasse: Vereinbarung über Impfungen als Satzungsleistung gekündigt
4	– 10 Jahre Verordnungsforum – immer aktuell	35	– Impfausweis: Ab 2016 übernehmen Krankenkassen die Kosten
5	– Richtgrößenvereinbarung 2016	36	SPRECHSTUNDENBEDARF
14	ARZNEIMITTEL	36	– Änderungen im Sprechstundenbedarf
14	– Arzneimittelvereinbarung 2016	38	HILFSMITTEL
21	Pharmakologie	38	– Hilfsmittelverordnung: Schuheinlagen
21	– Der (kleine) Unterschied – ganz groß?	42	– PEG-Sonden: Wirtschaftliche Verordnung der Verbandmaterialien
25	– Entzugserscheinungen beim Absetzen von Antidepressiva Typ SSRI und SNRI	46	WEITERE VERORDNUNGSGEBIETE
28	Verordnungspraxis	46	– Neuerungen bei Muster 52 (AU-Bericht)
28	– Import-Arzneimittel: Wann besteht Leistungspflicht der GKV?	48	SERVICE
34	– Urteil des Bundessozialgerichtes: Kostengünstiger Bezugsweg hat Vorrang	48	– Neues auf www.kvbawue.de
		50	IN EIGENER SACHE

Vier Symbole geben schnelle Orientierung über die inhaltlichen Schwerpunkte der Texte:

-  Wissenschaft und Pharmakologie
-  Zahlen – Daten – Fakten
-  Wirtschaftliche Verordnung
-  Richtlinien und Bestimmungen

Vorwort



Ein Traum wird (fast) wahr!

Vor genau einem Jahr habe ich Ihnen an dieser Stelle versprochen, dass 2017 ein Traum der Ärzte wahr wird: Die unspezifischen Richtgrößen, die die heterogene Morbidität der einzelnen Praxis in keiner Weise abbilden, werden abgelöst. Heute wissen wir, dass der Gesetzgeber durch das Versorgungsstärkungsgesetz, das letztes Jahr in Kraft getreten ist, dieses Versprechen wahr gemacht hat. Wir dürfen ab 1. Januar 2017 die Richtgrößen durch länderspezifische Maßnahmen ablösen.

Doch es wäre wohl doch zu schön, wenn es einfach wahr würde! Denn bevor die Richtgrößen ganz abgeschafft werden, müssen sie aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts für das Jahr 2016 modifiziert werden. Krankenkassen und KV wurden verpflichtet, Richtgrößen nach Altersgruppen einzuführen. Diese sollen die unterschiedliche Morbidität und die damit verbundene Therapiesituation in den jeweiligen Altersgruppen detaillierter berücksichtigen. Damit soll die grobe Einteilung nach Versichertenstatus M/F und R aufgehoben werden. Die neue Einteilung sowie die notwendige Erläuterung finden Sie in diesem Verordnungsforum.

Nichtsdestotrotz arbeiten wir – in Kooperation mit den Krankenkassen des Landes und der ARGE Wirtschaftlichkeitsprüfung – derzeit mit Hochdruck an unseren Ansätzen zur Richtgrößenablösung. Wir wollen, dass zukünftig die Indikation und Qualität einer Therapie die Wirtschaftlichkeit definiert und nicht mehr der Preis alleine. Außerdem wollen wir eine bessere Transparenz für alle Ärzte schaffen, welche Verordnungen in eine mögliche Begrenzung eingehen und welche nicht. Unser Ziel: Sie sollen alle notwendigen Arzneimittel verordnen können – ohne Angst vor einem möglichen Regress.

Ich freue mich, wenn wir Sie mit diesem Verordnungsforum und unserem Beratungsangebot in Ihrer Praxis unterstützen können. Wenn Sie weitere Fragen haben, dann schreiben Sie uns doch einfach: verordnungsforum@kvbawue.de

Herzlichst Ihr

Dr. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes

10 Jahre Verordnungsforum – immer aktuell

Nicht nur die KVBW hat vor Kurzem ihr 10-Jahres-Jubiläum gefeiert – auch das Verordnungsforum kann auf ein 10-jähriges Bestehen zurückblicken. In dieser Zeit haben wir immer wieder aktuelle Aspekte aus dem medizinischen Geschehen aufgegriffen, und einige der Veröffentlichungen haben – trotz ständiger Neuerungen – bis heute ihre Gültigkeit behalten. Im Folgenden möchten wir Ihnen einige dieser Artikel, chronologisch absteigend, präsentieren (in Klammern steht die jeweilige Ausgabe des Verordnungsforums). Im Übrigen finden Sie alle Hefte auch online unter www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum.

Berichterstattung zu einzelnen Krankheitsbildern:

- Morbus Behçet (30)
- Sichelzellerkrankheit (29)
- Thalassämie (28)
- Aktinische Keratose (27)
- Osteoporose (25) (Anmerkung: Die Version, die den aktuellen Wissensstand wiedergibt, finden Sie auf www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel)
- Hörsturz und Tinnitus (11)
- Lyme-Borreliose (8)

Arzneimitteltherapie:

- Antibiotikatherapie in der Praxis (36)
- Sturzbegünstigende Arzneimittel (35)
- Allopurinol und Hyperurikämie (33)
- Inhalativa bei Asthma und COPD (33)
- Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit (32)
- Chronopharmakologie (31)
- Arzneimitteltherapie bei chronischen Nierenfunktionsstörungen (29)
- NSAR: Risiken und Kontraindikationen (28)
- Lyrica: möglicher Missbrauch (28)
- Colchicin bei familiärem Mittelmeerfieber (27)
- Benzodiazepine (25, 26)
- Fachfremde Anwendung von Ophthalmika (24)
- Die Priscus-Liste – potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen (15)
- Rationaler Einsatz von niedermolekularen Heparinen (7)

Relevante Nebenwirkungen:

- Diclofenac und Leberreaktionen (35)
- Domperidon und Herzrhythmusstörungen (18)
- ACE-Hemmer/Sartane und Angioödeme (17)
- schwere Nebenwirkungen unter Telithromycin (4)

Pharmakologische Interaktionen:

- Wechselwirkungen zwischen orthopädischen Arzneimitteln und internistischen Grunderkrankungen (35)
- Interaktionen von Tamoxifen (14, 25, 33)
- Johanniskraut und Digoxin (31)
- Ibuprofen und ASS (29)
- Statine – Wechselwirkungen mit anderen Wirkstoffen (26)
- Arzneimittel-Interaktionen – ein Überblick (21)
- Interaktionen von Sildenafil (20)
- Topiramid und Desogestrel (16)

Heilmittelserie:

- Gruppentherapie (20)
- Wärmetherapie (18)
- Aktivierende Pflege versus Bewegungstherapie (17)
- KG bei ZNS-Erkrankungen (16)
- Manuelle Therapie (15)
- Grundlagen der Heilmittelverordnung (14)

Verordnungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit:

- Rezepturen (31)
- Verordnung von Impfstoffen bei antikoagulierten Patienten (30)
- Verordnung von Kathetern (27)
- Off-Label-Use (24)
- PPI: Empfehlungen für die Verordnungspraxis (22)
- Mehrkostenregelung (17)
- Enterale Ernährung (3)

! Richtgrößenvereinbarungen 2016



Arzneimittel- und Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2016

Richtgrößen in Euro als eine mengenregulierende Maßnahme bei der Verschreibung von Arznei- und Heilmitteln wurden richtigerweise stets von der Ärzteschaft abgelehnt, da sie eine unspezifische Regulierung darstellen, die die Heterogenität der Morbidität der einzelnen Praxen nicht berücksichtigt und damit die Gefahr einer Unterversorgung durch Verschreibungsangst in sich birgt. Diese Regressangst stellt im Übrigen nachvollziehbar einen der Haupthinderungsgründe dar, warum die nachkommende Ärztesgeneration nicht in dem Umfang wie bisher zur Niederlassung bereit ist.

Aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts wurden die KVBW und die Krankenkassen nun verpflichtet, für das Jahr 2016 Richtgrößen nach Altersgruppen einzuführen. Diese sollen die unterschiedliche Morbidität und die damit verbundene Therapiesituation in den jeweiligen Altersgruppen detaillierter berücksichtigen, als die grobe Einteilung nach Versichertenstatus M/F und R dies in der Vergangenheit ermöglichte.

Diese neu gebildeten Altersgruppen sehen wie folgt aus:

- Altersgruppe (AG) 1 (0 bis 15 Jahre)
- Altersgruppe (AG) 2 (16 bis 49 Jahre)
- Altersgruppe (AG) 3 (50 bis 64 Jahre)
- Altersgruppe (AG) 4 (ab 65 Jahre)

Die Zuordnung der Fälle sowie der Verordnungen geht vom Patientenalter am jeweiligen Verordnungsdatum aus. Hat ein Patient im verarbeiteten Quartal Geburtstag und wechselt innerhalb des Quartals eine Altersgruppe, werden alle Verordnungen sowie der Behandlungsfall der höheren Altersgruppe zugeordnet.

Auf Basis der neuen Einteilung nach Altersgruppen ergeben sich Richtgrößenwerte, die an die aktuelle demographische Entwicklung und die Ausgaben- sowie Marktsituation angepasst wurden. So können auf der einen Seite Ausgabensteigerungen durch Innovationen oder andere Therapieschemata berücksichtigt werden, auf der anderen Seite kommt es zur Kostenreduktion durch verstärkten

Generikaeinsatz. Die neue Einteilung spiegelt daher den altersbezogenen derzeitigen Verschreibungsalltag besser wider.

Eine absolute Vergleichbarkeit dieser „neuen“ mit der „alten“ Richtgrößensystematik ist allerdings nur sehr eingeschränkt möglich. Es kommt zu Überschneidungen zwischen den neuen Altersgruppen und den bisherigen Statusgruppen. So fließen beispielsweise in die neuen Altersgruppen AG 3 und AG 4 jeweils auch Rentner der bisherigen Statusgruppe Rentner ein. Daher fallen die Richtgrößen der Altersgruppe AG 3 in vielen Fachgruppen gegenüber der bisherigen Richtgröße M/F deutlich höher aus. Dies wird allerdings auch der Versorgungssituation dieser Altersgruppe mit beispielsweise Anstieg der Morbidität ab 50 Jahre und Intensivierung der Therapie zur Ermöglichung der aktiven Teilnahme am Arbeitsleben gerecht.

Auch im Heilmittelbereich ergeben sich neue Richtgrößenwerte, die die Therapiesituation und den vereinbarten langfristigen Heilmittelbedarf berücksichtigen.

Die Richtgrößen für das Jahr 2016 basieren auf den tatsächlichen fachgruppenspezifischen Ausgaben des Jahres 2014 in Euro.

Zudem stellt die veröffentlichte Richtgröße nicht das maximale Gesamtverordnungsvolumen eines Patienten dar, sondern eine errechnete Durchschnittsgröße, die auch Patienten berücksichtigt, die gar keine Verordnung erhalten haben (sogenannte „Verdünnerrfälle“).

Somit stellt sich das Richtgrößenvolumen der Praxis aus der Richtgröße der Altersgruppe multipliziert mit der richtgrößenrelevanten Fallzahl dar.

Wir weisen darauf hin, dass bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens im jeweiligen Kalenderjahr von weniger als 15 Prozent keine Richtgrößenprüfung stattfindet, bei Überschreitung um mehr als 15 Prozent erfolgt eine standardisierte Beratung. Liegt die Abweichung erstmalig über 25 Prozent und ist dieser Mehraufwand nicht durch Praxisbesonderheiten begründet, erfolgt durch die Prüfungsstelle eine individuelle Beratung. Liegt allerdings wiederholt

die Überschreitung des Richtgrößenvolumens über 25 Prozent und ist die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet, setzt die Prüfungsstelle einen Regress fest.

Die durch das Bundessozialgericht nunmehr für das Jahr 2016 implementierten Richtgrößen nach Altersgruppen stellen sich insofern als grotesk dar, als dass es durch das GKV-VSG möglich sein wird, ab 1. Januar 2017 die bisherigen Richtgrößen durch andere länderspezifische Maßnahmen abzulösen. Der Ansatz der KVBW – in Kooperation mit den Krankenkassen des Landes und der ARGE Wirtschaftlichkeitsprüfung – basiert auf der Idee, dass zukünftig die Indikation und Qualität einer Therapie die Wirtschaftlichkeit definiert und nicht mehr der Preis alleine; mit einer besseren Transparenz, welche Verordnungen in eine Begrenzung eingehen und welche nicht.

→ [Genauere Erläuterungen der Begrifflichkeiten und Definitionen finden Sie hier: www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)
» Praxis » Verordnungen » Verordnungsstatistiken

Arzneimittel-Richtgrößen 2016

Neben den oben bereits allgemein dargestellten Veränderungen wollen wir auf einzelne fachgruppenspezifische Besonderheiten eingehen:

- Für Anästhesisten, die an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmen, führte der wirtschaftliche Einsatz von Generika zu einer Anpassung der Werte.
- Im Bereich der Chirurgen führte der Rückgang der Gesamtausgaben, bedingt durch eine Reduktion der verschriebenen Packungsanzahl, zu veränderten Werten.
- Im Bereich der Gynäkologie spiegeln die vereinbarten Werte die tatsächlichen Ausgabenwerte der Fachgruppe wider.
- Für die Hautärzte steht eine deutlich erhöhte Richtgröße in der Altersgruppe AG 2 der 16- bis 49-Jährigen zur Verfügung. Dort findet der größte Anteil der Versorgung statt.
- In der Richtgrößengruppe der Internisten ohne Schwerpunkt beziehungsweise der Internisten mit verschiedenen Schwerpunkten konnten insbesondere in den fallzahlintensiven Altersgruppen AG 2 bis AG 4 sehr gute Richtgrößenwerte erzielt werden, die eine qualitativ hochwertige Versorgung auch weiterhin gewährleisten. Entsprechendes gilt auch für die Kardiologen, Hämato-/Onkologen und Rheumatologen.
- Die Werte bei den Nephrologen spiegeln die veränderte Marktsituation wider, beispielsweise den Kostenrückgang durch die Verordnung von Biosimilars.
- Für die wesentliche Altersgruppe AG 1 der 0- bis 15-Jährigen bei den Kinderärzten konnte eine Steigerung erreicht werden, sodass in diesem Bereich auch weiterhin eine optimale Versorgung der Kinder und Jugendlichen möglich ist. Auch für die zu betreuenden Patienten in den AG 2 bis AG 4 wurden die Werte nach oben angepasst, um die Versorgung von chronisch kranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen gewährleisten zu können.
- Für die Nervenärzte, Neurologen und Psychiater erlaubt die Einführung der Altersgruppen eine bessere Abbildung der kostenintensiven und relevanten Krankheitsbilder insbesondere in den AG 2 und AG 3.
- Den Hausärzten stehen zukünftig für die Altersgruppe AG 3 der 50- bis 64-Jährigen über 30 Euro mehr als in der bisherigen M/F-Richtgröße zur Verfügung. Dies trägt dazu bei, die Grundversorgung für diese umfangreiche Patientengruppe ausreichend sicherzustellen und damit eine optimale Versorgung zu garantieren. In den übrigen Altersgruppen schlagen sich das derzeitige Ordnungsverhalten sowie die aktuelle Marktsituation (insbesondere Veränderungen im Generikamarkt) nieder. Im Rahmen eines Prüfverfahrens werden aber stets die Praxisbesonderheiten, wie beispielsweise die Onkologie, berücksichtigt.
- Für die Anästhesisten, die nicht an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmen, wurde für das Jahr 2016 aufgrund des sehr geringen Verordnungsvolumens keine Richtgröße vereinbart.

- Die neuen Richtwerte in der Gruppe der Neurochirurgen bilden den Rückgang in den Packungskosten sowie in der Packungsanzahl ab.
- Auch bei den Orthopäden erfolgte eine Anpassung an die aktuellen Fallkosten. So sind beispielsweise die Kosten von Standard-Osteoporose-Therapeutika gesunken. Entsprechend den Anästhesisten mit Schmerztherapie sanken die Kosten für Schmerzmittel der WHO-Stufe II/III. Im Rahmen eines Prüfverfahrens werden Praxisbesonderheiten, wie beispielsweise die Thrombose-Prophylaxe, berücksichtigt.
- Die Neuberechnung ergab bei den Urologen in der kosten- und fallzahlintensiven Altersgruppe AG 4 der über 65-Jährigen einen erhöhten Richtgrößwert, der zur optimalen Versorgung der Patienten zur Verfügung steht. Im Rahmen eines Prüfverfahrens werden Praxisbesonderheiten, wie beispielsweise die Onkologie, berücksichtigt.

Darüber hinaus können schwerpunktversorgende Praxen im Rahmen eines Prüfverfahrens weiterhin ihre Praxisbesonderheiten geltend machen.

Arzneimittel-Richtgrößwerte KVBW für das Jahr 2016 (in Euro)

Bezeichnung Richtgrößvergleichsgruppe	Altersgruppe 1 (0-15 Jahre)	Altersgruppe 2 (16-49 Jahre)	Altersgruppe 3 (50-64 Jahre)	Altersgruppe 4 (65+ Jahre)
FA Anästhesie, Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung	6,84	74,84	96,99	97,41
FA Augenheilkunde	1,36	5,18	9,99	15,31
FA Chirurgie	3,36	6,60	9,17	13,68
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15,76	14,54	33,14	48,97
FA Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	10,94	16,70	8,42	3,61
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	17,32	24,46	22,88	18,11
an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende FA Allgemeinmedizin, praktische Ärzte, Ärzte und FA Innere Medizin	18,12	30,95	78,32	148,05
FA Innere Medizin, fachärztlich tätig, ohne SP FA Innere Medizin, fachärztlich tätig, SP Gastroenterologie FA Innere Medizin, fachärztlich tätig, SP Pneumologie und FA für Lungenheilkunde FA Innere Medizin, fachärztlich tätig, SP Endokrinologie FA Innere Medizin, fachärztlich tätig, SP Angiologie	62,24	85,46	71,57	82,67
FA Innere Medizin, fachärztlich tätig, SP Kardiologie	14,23	21,47	24,04	32,92
FA Innere Medizin, fachärztlich tätig, SP Nephrologie	94,24	410,97	452,95	367,41
FA Innere Medizin, fachärztlich tätig, SP Hämato-/Onkologie	279,76	902,79	1481,67	1598,55
FA Innere Medizin, fachärztlich tätig, SP Rheumatologie	95,45	779,21	691,88	455,70
FA Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich Tätige)	28,39	67,30	67,30	67,30

Arzneimittel-Richtgrößenwerte KVBW für das Jahr 2016 (in Euro)

Bezeichnung Richtgrößen- vergleichsgruppe	Altersgruppe 1 (0-15 Jahre)	Altersgruppe 2 (16-49 Jahre)	Altersgruppe 3 (50-64 Jahre)	Altersgruppe 4 (65+ Jahre)
Nervenärzte, Neurologen Psychiater, SP Psychotherapie, Psychiater	63,13	304,49	191,10	127,34
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	31,83	47,54	47,54	47,54
Neurochirurgen	8,17	26,80	24,49	21,08
FA Orthopädie	1,14	6,23	8,77	12,41
FA Urologie	22,13	14,90	40,98	75,44

Für Facharztgruppen, für die keine Richtgrößen vereinbart wurden, wird die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Arzneimittel-Richtlinie durch die in der Prüfvereinbarung geregelten Prüfverfahren geprüft.

➔ Alle weiteren Informationen zu den aktuellen Arzneimittel-Richtgrößen finden Sie hier: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtgrößen

Für Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren erfolgt die Fallzählung zur Ermittlung des Richtgrößenvolumens auf der Basis der vertretenen Richtgrößenvergleichsgruppen (Zuordnung erfolgt über die Prüfgruppe der LANR). Für ermächtigte Ärzte sind die Richtgrößen der jeweiligen Fachgruppe vereinbart.

Wirkstoffe außerhalb der Richtgrößen

Im Bereich der Arzneimittel konnten mit den Krankenkassen auch für das Jahr 2016 Wirkstoffe vereinbart werden, deren Kosten nicht in die Berechnung der Richtgrößen einfließen und bei indikationsgerechtem Einsatz aus dem Verordnungsvolumen der Praxis herausgerechnet werden. Diese Wirkstoffliste (siehe Seite 10/11) gilt für alle Fachgruppen.

Zur Behandlung von Enzymmangelerkrankungen wurden zusätzlich die Enzyme Asfotase alfa, Sebelipase alfa und Elosulfase aufgenommen. Als neue Indikation wurde die Muskeldystrophie Duchenne neu gelistet mit dem zur Behandlung zur Verfügung stehenden Wirkstoff Ataluren. Die Indikation Morbus Gaucher wurde um den neuen Wirkstoff Eluglustat ergänzt. Neu aufgenommen wurde auch die Therapie der Leberschen Hereditären Optikusneuropathie (LHON) mit dem Wirkstoff Idebenon. Die Behandlung der Hepatitis, insbesondere Hepatitis C, wurde um neu zugelassene Wirkstoffe ergänzt. Die Wirkstoffgruppe der Polymerase-Inhibitoren wurde um die NS5B-Inhibitoren, zu denen Dasabuvir gehört, erweitert. Der Wirkstoff Tenofovir wurde zur Behandlung der Hepatitis B, Aztreonam zur Behandlung der Mukoviszidose neu aufgenommen.

Anerkennung von Praxisbesonderheiten

Die Praxisbesonderheiten werden von der Prüfungsstelle bei der Prüfung auf wirtschaftliche Verordnungsweise berücksichtigt: Ist eine Praxisbesonderheit vereinbart, bedeutet dies, dass die Kosten für die unter diese Regelung fallenden Arzneimittel aus den Arzneimittelausgaben der Praxis herausgerechnet werden. Der indikationsgerechte Einsatz der Arzneimittel wird von der Prüfungsstelle stichprobenartig überprüft.

➔ Alle weiteren Informationen zu den Praxisbesonderheiten finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Praxisbesonderheiten

Übersicht der Wirkstoffe, deren Kosten nicht in die Berechnung der Richtgrößen einfließen und bei indikationsgerechtem Einsatz aus dem Verordnungsvolumen der Praxis herausgerechnet werden.

Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen	Indikation/Applikationsweg
Mercaptamin	Cystinose
Carglumsäure	Hyperammonämie
Betain	Homocystinurie
Enzyme (z.B. Galsulfase, Imiglucerase, Idursulfase, Agalsidase alfa, Agalsidase beta, Alglucosidase alfa, Velaglucerase alfa, Asfotase alfa, Sebelipase alfa, Elosulfase)	Enzymmangelerkrankungen
Ataluren	Duchenne-Muskeldystrophie
Tafamidis	Transthyretin-Amyloidose
Natriumphanylbutyrat	Stoffwechselstörungen des Harnstoffzyklus
Nitisinon	Tyrosinämie Typ 1
Zinkacetatdihydrat	Morbus Wilson
Miglustat, Eliglustat	Morbus Gaucher
Sapropterin	Hyperphenylalaninämie
Alfa-1-Antitrypsin	Alpha-1-Proteinaseinhibitormangel
C1-Inhibitor, Icatibant	Hereditäres Angioödem
Mecasermin	primärer IGF-1-Mangel
Pegvisomant	Akromegalie
Eculizumab	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie
Riluzol	ALS
Canakinumab	Cryopyrin-assoziierte periodische Syndrome (CAPS)
Romiplostim, Eltrombopag	Chronische immunthrombozytopenische Purpura
Amifampridin	Lambert-Eaton-Myasthenisches Syndrom
Verteporfin, Pegaptanib, Ranibizumab, Aflibercept, Dexamethason Implantat, Fluocinolon Implantat, Ocriplasmin	intravitreale operative Medikamentenapplikation (IVOM)
Idebenon	LHON
Arzneimittel bei Opiatabhängigkeit	Drogensubstitution
Gerinnungsfaktoren, Fibrinogen (human)	Gerinnungsstörung
Anti-D-Immunglobulin	Rhesus-D-Prophylaxe
Palivizumab	RSV-Prophylaxe

Übersicht der Wirkstoffe, deren Kosten nicht in die Berechnung der Richtgrößen einfließen und bei indikationsgerechtem Einsatz aus dem Verordnungsvolumen der Praxis herausgerechnet werden.

Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen	Indikation/Applikationsweg
Ribavirin, Adefovir, Entecavir, Telbivudin, Tenofovir Protease-Inhibitoren Polymerase-Inhibitoren NS5A-Inhibitoren, NS5B-Inhibitoren	Hepatitis
Interferon alfa-2a, Interferon alfa-2b	
Peginterferon alfa-2a, Peginterferon alfa-2b	
Interferon alfa-2a, Interferon alfa-2b	Melanom
Protease-Inhibitoren	HIV
rTPase-Inhibitoren (NRTI und NNRTI)	
Integrase-Inhibitoren	
Booster	
Entry-Inhibitoren	
Kombinationen aus antiviralen Mitteln	
Parenterale Rezepturen Virustatika	
Tobramycin, Polymyxine, Dornase alfa, Ivacaftor, Aztreonam	Mukoviszidose

Heilmittel-Richtgrößen 2016

Auch im Heilmittelbereich basieren die neu berechneten Richtgrößen sowie die neu gebildeten Altersgruppen für das Jahr 2016 auf den tatsächlichen fachgruppenspezifischen Ausgaben des Jahres 2014 in Euro. Im Heilmittelbereich ist es insgesamt gelungen, die Werte in den jeweils fallzahlintensiven Altersgruppen der aktuellen Versorgungssituation entsprechend deutlich nach oben anzupassen.

Die 2013 erstmalig getroffene Vereinbarung zu Praxisbesonderheiten und Langfristverordnungen gilt auch im Jahr 2016 unverändert weiter. Daher wurden die Langfristverordnungen entsprechend berücksichtigt, so dass diese nicht in die Berechnung der Richtgrößenwerte einfließen und bereits vorher abgezogen wurden.

Heilmittelverordnungen, die auf Bundesebene als Praxisbesonderheiten vereinbart sind, werden hingegen erst im Rahmen eines potentiellen Prüfverfahrens von der Prüfungsstelle von den Verordnungskosten abgezogen.

Zur Kennzeichnung der Verordnungen als Praxisbesonderheit oder langfristiger Heilmittelbedarf wird ein spezifischer ICD-10-Code und Indikationsschlüssel nach dem Heilmittel-Katalog auf den Verordnungsvordrucken angegeben. Bitte beachten Sie, dass seit dem 1. Juli 2014 auf jeder Heilmittelverordnung der therapierelevante ICD-10-Code anzugeben ist.

Nur so lassen sich Verordnungen als Praxisbesonderheit oder langfristiger Heilmittelbedarf identifizieren.

Heilmittel-Richtgrößenwerte KVBW für das Jahr 2016 (in Euro)				
Bezeichnung Richtgrößenvergleichsgruppe	Altersgruppe 1 (0-15 Jahre)	Altersgruppe 2 (16-49 Jahre)	Altersgruppe 3 (50-64 Jahre)	Altersgruppe 4 (65+ Jahre)
Anästhesisten, Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung	0,37	16,34	17,29	15,52
FA Chirurgie	5,08	13,83	20,08	20,44
FA Allgemeinmedizin, praktische Ärzte, Ärzte und FA Innere Medizin	9,62	7,54	14,35	24,32
FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	10,73	15,08	16,87	17,85
FA Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich Tätige)	16,70	7,76	7,76	7,76
Nervenärzte, Neurologen	11,62	14,13	21,78	31,22
Psychiater, SP Psychotherapie Psychiater	17,06	4,44	5,39	12,06
Kinder- und Jugendpsychiater Kinder- und Jugendpsychiater, Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung	19,47	3,64	3,64	3,64
Neurochirurgen	15,82	32,05	36,78	39,36
FA Orthopädie	20,13	35,50	42,93	45,53
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	31,97	51,39	59,05	67,30

Für Facharztgruppen, für die keine Richtgrößen vereinbart wurden, wird die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Heilmittel-Richtlinie durch die in der Prüfvereinbarung geregelten Prüfverfahren geprüft.

Für Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren erfolgt die Fallzählung zur Ermittlung des Richtgrößenvolumens auf der Basis der vertretenen Richtgrößenvergleichsgruppen (Zuordnung erfolgt über die Prüfgruppe der LANR).

Für ermächtigte Ärzte sind die Richtgrößen der jeweiligen Fachgruppe vereinbart.

➔ Alle weiteren Informationen zu den aktuellen Heilmittelvereinbarungen sowie einen umfangreichen Fragen-Antworten-Katalog finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Heilmittel

➔ Weitere Informationen zu den Praxisbesonderheiten und dem langfristigen Heilmittelbedarf sowie die Auflistung aller betroffenen Indikationen finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Heilmittel » Praxisbesonderheiten

! Arzneimittelvereinbarung 2016



Die KVBW konnte mit den Krankenkassen für das Jahr 2016 ein Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel in Höhe von 3.805.414.076 Euro vereinbaren.

Zielvereinbarungen 2016

Die Zielvereinbarungen wurden unter fachlichen Gesichtspunkten hinsichtlich der Ziele und Zielwerte an den aktuellen Stand angepasst. Die arzt- beziehungsweise praxisindividuelle Umsetzung der Ziele wird in der Prüfung berücksichtigt.

Im Folgenden finden Sie Informationen zu denjenigen Zielen, in denen Wirkstoffe neu aufgenommen oder neue Ziele definiert wurden. Zielgruppen, in denen lediglich der Zielwert angepasst wurde, sind anhand des **Fettdrucks** in der Tabelle zu erkennen.

Wir haben derzeit 16 verschiedene Zielvereinbarungsgruppen, die sich hinsichtlich der Art der Zielerreichung unterscheiden.

Therapie der Osteoporose

Die Leitsubstanzquotenregelung innerhalb der Wirkstoffgruppe der Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose mit den Leitsubstanzen Alendronsäure und Risedronsäure wurde gestrichen. Stattdessen wurde für die Bisphosphonate für Zoledronsäure einschließlich der Kombinationen mit anderen Wirkstoffen ein Höchstwert von vier Prozent im Rahmen einer Höchstquotenregelung vereinbart. Die Höchstquotenregelung gilt als erreicht, wenn die definierten Wirkstoffe maximal nur bis zu einer vorgegebenen Schwelle verordnet wurden. Zum indikationsgerechten Einsatz beachten Sie bitte auch den Therapieleitfaden Osteoporose unter: www.gpe-bw.de

Lipidtherapie mit Ezetimib

Für die Verordnung von Ezetimib in der Lipidtherapie wurde im Rahmen der Höchstquotenregelung eine Höchstquote von 3,5 Prozent vereinbart. Auch nach Vorstellung der Ergebnisse der IMPROVE-IT-Studie ist weiter vom Einsatz von Ezetimib abzuraten, da der Stellenwert nach wie vor unklar ist [1].

Zur wirtschaftlichen Therapie der Fettstoffwechselstörung ist weiterhin die Einschränkung in Punkt 35 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie zu beachten. Lipidsenker sind demnach nur noch bei bestehender vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) sowie bei hohem kardiovaskulärem Risiko (über 20 Prozent Ereignisrate/zehn Jahre auf der Basis der zur Verfügung stehenden Risikokalkulatoren) verordnungsfähig, wobei unter cerebrovaskulärer Manifestation sowohl Schlaganfall als auch TIA zu subsumieren sind.

Bitte beachten Sie, dass für Patienten ohne bestehende kardiovaskuläre Erkrankung (KHK, Schlaganfall oder TIA) und ohne hohes Risiko hinsichtlich eines kardiovaskulären Ereignisses (im Sinne der Richtlinie) eine Verordnungsfähigkeit lipidsenkender Arzneimittel ausgeschlossen wurde.

Für die quantitative Berechnung des kardiovaskulären Risikos ist das Ergebnis des ausgewählten Risikokalkulators nicht abschließend. Da mit den verfügbaren Kalkulatoren nicht alle Risikokonstellationen abgebildet sind, sind sie zunächst als Hilfestellung bei der Bewertung des individuellen kardiovaskulären Risikos des Patienten zu verstehen. Gegebenenfalls sind weitere patientenindividuelle Faktoren zu berücksichtigen. So sind zum Beispiel für Diabetiker die durch die Kalkulatoren errechneten Werte teilweise zu niedrig. Für diese Patienten muss das Gesamtrisiko individuell angepasst werden. Auch für Patienten, die durch eine primäre familiäre Hypercholesterinämie ein hohes kardiovaskuläres Risiko tragen, ist eine individuelle Anpassung des Gesamtrisikos vorzunehmen, da die Risikokalkulatoren dieses Risiko rechnerisch gar nicht berücksichtigen. Für die quantitative Berechnung des Risikos stehen verschiedene Risikokalkulatoren zur Verfügung, die Arzneimittel-Richtlinie macht hierzu keine weiteren Vorgaben:

Für den international häufig eingesetzten Framingham-Heart-Study-Risikoscore liegt wahrscheinlich die beste Evidenz vor, Scores sollten aber zur Abschätzung des kardiovaskulären Risikos möglichst auf den epidemiologischen Daten des Herkunftslandes des Patienten beruhen. Der PROCAM-Algorithmus wird in der Therapieempfehlung Fettstoffwechselstörung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, AkdÄ, empfohlen (www.chd-taskforce.com; www.assmann-stiftung.de). PROCAM errechnet das prozentuale Risiko pro zehn Jahre für Herzinfarkt und plötzlichen Herztod. In den PROCAM-Algorithmus gehen ein: Alter, Geschlecht, Diabetes mellitus, Rauchen, kardiovaskuläre Familienanamnese, systolischer Blutdruck, LDL- und HDL-Cholesterin sowie Triglyzeride. Daneben steht der arriba-Algorithmus (www.arriba-hausarzt.de) zur Verfügung, der besonders in der Allgemeinmedizin angewendet wird. Arriba basiert auf einem rechnerisch an deutsche Verhältnisse adaptierten Framingham-Score, wobei das Zehnjahresrisiko zur Morbidität und Mortalität von Myokardinfarkten und Schlaganfällen für die Risikoabschätzung herangezogen wird. Eingang finden Alter, Geschlecht, Blutdruck, Gesamt- und HDL-Cholesterin sowie Familienanamnese, HbA1c, Rauchen und Vor-medikation.

Der HeartScore (www.heartscore.org/de) unterstützt die Abschätzung des Zehnjahresrisikos tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei HeartScore fehlen jedoch Angaben zu Diabetes mellitus, Blutdruck, einzelnen Lipidfraktionen oder zur Familienanamnese [2, 3].

- [1] Mühlbauer B: IMPROVE-IT – The lower, the better? *Arzneiverordnung in der Praxis* 2015; 42(4): 176-7
- [2] Guidelines for prevention of cardiovascular disease der American Heart Association und American College of Cardiology vom November 2013, Update der Guideline on lipid modification des National Institute for Health and Care Excellence NICE, Guidelines for the management of dyslipidemia der European Society of Cardiology, ESC, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, DGK
- [3] AkdÄ: Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft - Fettstoffwechselstörungen. 3. Auflage, 2012

Therapie des Diabetes Typ 2

In der Wirkstoffgruppe der Antidiabetika exklusive Insulin wurde der verordnungsfähige Anteil der GLP-1-Analoga und SGLT-2-Hemmer mit höchstens 3 Prozent festgelegt. Die neue Höchstquote ist gegenüber dem Jahr 2015 deutlich abgesenkt worden, da die DPP-4-Hemmer, Gliptine, 2016 nicht mehr in der Höchstquote enthalten sind. Die Höchstquote beinhaltet nur noch die GLP-1-Analoga und die SGLT-2-Hemmer, da ein Langzeitnutzen oder -schaden der GLP-1-Analoga Exenatid und Liraglutid bislang nicht belegt ist. Ebenso ist ein Zusatznutzen für Dulaglutid in der Monotherapie oder Zwei- und Dreifachkombination in der frühen Nutzenbewertung nicht belegt. Darüber hinaus wird die Anwendung von GLP-1-Rezeptoragonisten mit einem Risiko für die Entwicklung einer akuten Pankreatitis assoziiert. Auch für den SGLT-2-Hemmer Empagliflozin ist in der frühen Nutzenbewertung vom Februar 2015 sowohl in der Monotherapie als auch in der Kombinationstherapie der Zusatznutzen nicht belegt. Die nationale Versorgungsleitlinie zur Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 gibt keine einheitliche Vorgabe im Hinblick auf die neuen Wirkstoffklassen GLP-1-Analoga sowie DPP-4- und SGLT-2-Hemmer.

Aus der Gruppe der DPP-4-Hemmer stehen zwei Substanzen, Sitagliptin und Saxagliptin, mit einem in der frühen Nutzenbewertung für die Zweifachkombination mit Metformin festgestellten Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen für die Patienten zur Verfügung, so dass diese nun ohne Reglementierung einer Höchstgrenze insbesondere in den Indikationen mit Hinweis auf einen Zusatznutzen verordnungsfähig sind. Sowohl der europäischen Arzneimittelbehörde, EMA, als auch der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde, FDA, liegen allerdings Verdachtsberichte über schwerwiegende Arthralgien in Verbindung mit Sitagliptin sowie Saxagliptin vor. Ein Nutzen im Hinblick auf Folgeerkrankungen des Diabetes ist für Gliptine bislang nicht nachgewiesen, weshalb auch von einer breiten Anwendung abgeraten wird [4, 5].

- [4] a-t-2015; 46, blitz-at 31.08.2015
- [5] AkdÄ: Drug Safety Mail 2015-26

Therapie des Bluthochdrucks

In der Wirkstoffgruppe der Monopräparate und Kombinationen der Wirkstoffe des Renin-Angiotensin-Systems, RAS, wurden als Zielwerte Mindestquoten für generische ACE-Hemmer gegenüber allen Wirkstoffen des Renin-Angiotensin-Systems neu vereinbart. Diese Mindestquote der generischen ACE-Hemmer wurde für die Monopräparate auf mindestens 75 Prozent, für die Kombinationen auf mindestens 50 Prozent festgelegt. Die ACE-Hemmer sind nach wie vor Mittel der Wahl in der antihypertensiven Therapie, Sartane sollten nach wie vor nur bei Unverträglichkeit eines ACE-Hemmers wie Reizhusten eingesetzt werden. Obwohl in der Zwischenzeit auch Festbeträge für Sartane existieren, sind die Tagesbehandlungskosten immer noch deutlich höher als die der ACE-Hemmer. Beim Ziel „Renin-Angiotensin-System (RAS) Kombinationen“ möchten wir noch zusätzlich darauf hinweisen, dass fixe Kombinationen aus Wirkstoffen des RAS mit anderen Wirkstoffen wie Diuretika oder Calciumantagonisten unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nur in begründeten Ausnahmefällen verordnet werden sollten.

Da eine Verringerung der täglichen Tablettenzahl die Einnahmetreue verbessert, empfehlen aktuelle Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie zwar Kombinationen von zwei Antihypertensiva in einer fixen Dosis in einer einzigen Tablette, dennoch wird der Einsatz einer Kombination aus drei Wirkstoffen erst nach Ausschöpfen der vollen Dosierung einer Zweierkombination und Wechsel innerhalb einer Zweierkombination als letzte Therapieoption gesehen [6].

[6] ESC Pocket Guidelines: Leitlinien für das Management der arteriellen Hypertonie, Deutsche Hochdruckliga 2013

Mindestquotenregelung

In der Mindestquotenregelung sind Verordnungsziele genannt, die die Ärzte mindestens erreichen sollten (DDD-Anteil), um eine gewisse Wirtschaftlichkeit zu zeigen. Das heißt, die Zielsubstanzen sollen bevorzugt verordnet werden.

Höchstquotenregelung

Bei den Höchstquotenregelungen erfolgt die Zielmessung mit umgekehrtem Vorzeichen: Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen, die nicht als bevorzugte Verordnungsmöglichkeit gesehen werden, sollten nur höchstens bis zu einem vorgegebenen Zielwert (DDD-Anteil) verordnet werden.

Therapie der Multiplen Sklerose (MS)

Das prüfgruppenspezifische Ziel mit einem Mindestanteil an Verordnungen von Interferon beta-1b an allen Interferon-beta-Verordnungen wurde für die Neurologen / Nervenärzte / Psychiater aus fachlichen Gründen gestrichen. In der Zwischenzeit existieren hier alternative Wirkstoffe.

Therapie des Prostatakarzinoms

In der systemischen Therapie werden am häufigsten Gonadorelin-Analoga für die hormonsuppressive Therapie des hormonabhängigen Prostatakarzinoms eingesetzt. Daher wurde bis 2015 Leuporelin mit einer Mindestquote an allen LH-RH-Antagonisten vereinbart. Im Jahr 2016 wurde nun im prüfgruppenspezifischen Ziel der LH-RH-Analoga bei Prostatakarzinom als Mindestquote von zehn Prozent Leuprorelin, generisch beziehungsweise mit Hybridzulassung, vereinbart. Die sich in Deutschland auf dem Markt befindenden Gonadorelin-Analoga zur Behandlung des Prostatakarzinoms haben alle eine nationale Zulassung, entweder eine Originalzulassung oder im Fall von Leuprorelin HEXAL® und Leupro Sandoz® eine Hybridzulassung.

Bei einer Hybridzulassung wird zwar auf Unterlagen eines Referenzarzneimittels Bezug genommen, zusätzlich müssen aber bestimmte Ergebnisse aus eigenen präklinischen oder klinischen Studien vorgelegt werden. Die Einreichung solcher zusätzlicher Daten ist immer dann verpflichtend, wenn die wesentliche Vergleichbarkeit zum Referenzarzneimittel nicht belegt werden kann. Aufgrund dieser Datenmischung wird diese Form der Zulassung auch Hybridzulassung genannt. Die Produkte Leuprone Hexal[®] und Leupro Sandoz[®] sind keine Biosimilars, da es sich hier nicht um eine europaweit gültige Biosimilar-Zulassung der europäischen Arzneimittelbehörde EMA handelt.

→ www.bfarm.de » Arzneimittel » Arzneimittelzulassung » Zulassungsarten » Hybrid-Antrag



Darüber hinaus werden weitere Regelungen in den Zielvereinbarungen beibehalten, welche die ärztliche Verordnungsweise besonders berücksichtigen:

- Verordnung von Wirkstoffen, die medizinisch und hinsichtlich ihrer Kosten mit den Leitsubstanzen vergleichbar sind,
- Änderungen in den Empfehlungen nationaler Versorgungsleitlinien

Zum indikationsgerechten Einsatz aller Wirkstoffe beachten Sie bitte auch die Therapieleitfäden unter: www.gpe-bw.de

Informationen zu den Zielvereinbarungen

Die Frühinformation Arzneimittel, die Ihnen als Anlage mit den Abrechnungsunterlagen zugeht, wird ebenfalls an die neuen Zielvereinbarungen angepasst und liefert weiterhin Auswertungen zum individuellen Stand. Zusätzlich erhalten Sie ab dem Quartal 2/2016 über Ihre Praxis-Software Hinweise zu den 2016 geltenden Regelungen.

Zielvereinbarungen – fachgruppenübergreifend

Datenbasis: Istwert KVBW 1. Halbjahr 2015

Höchstquotenregelungen			
Wirkstoffgruppen	Kenngroße	Istwert DDD-Anteil	Zielwert 2016 DDD-Anteil
1 Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose (inklusive Kombinationen)	Zoledronsäure	4,37 %	≤ 4 %
<i>Alendronsäure, Etidronsäure, Ibandronsäure, Risedronsäure, Zoledronsäure (alle Wirkstoffe inklusive Kombinationen und Zulassung Osteoporose)</i>			
2 Ezetimib und Statine (inkl. Kombinationen)	Anteil ezetimibhaltiger Arzneimittel	3,91 %	≤ 3,50 %
<i>Atorvastatin, Fluvastatin, Lovastatin, Pitavastatin, Pravastatin, Rosuvastatin, Simvastatin, Ezetimib (auch Kombinationen)</i>			
3 Antidiabetika (exklusive Insulin)	Anteil der GLP-1-Analoga sowie SGLT-2-Hemmer	3,36 %	≤ 3,00 %
<i>Acarbose, Albiglutid, Dapagliflozin, Dulaglutid, Empagliflozin, Exenatid, Glibenclamid, Gliclazid, Glimepirid, Gliquidon, Liraglutid, Lixisenatid, Metformin (inkl. Kombinationen), Miglitol, Nateglinid, Repaglinid, Saxagliptin (inkl. Kombinationen), Sitagliptin (inkl. Kombinationen)</i>			
Mindestquotenregelung			
Wirkstoffgruppen	Kenngroße	Istwert DDD-Anteil der Kenngroße	Zielwert 2016 DDD-Anteil der Kenngroße
4 Renin-Angiotensin-System (RAS) Monopräparate	Anteil ACE-Hemmer generisch	72,46 %	≥ 75,00 %
<i>Benazepril, Captopril, Cilazapril, Delapril, Enalapril, Fosinopril, Imidapril, Lisinopril, Moexipril, Perindopril, Quinapril, Ramipril, Spirapril, Temocapril, Trandolapril, Zofenopril</i>			
<i>Aliskiren, Azilsartan, Candesartan, Eprosartan, Irbesartan, Losartan, Olmesartan, Tasosartan, Telmisartan, Valsartan</i>			
5 Renin-Angiotensin-System (RAS) Kombinationen	Anteil ACE-Hemmer generisch	46,47 %	≥ 50,00 %
<i>Gleiche Wirkstoffe wie unter Monopräparate: Alle Kombinationen mit anderen Wirkstoffgruppen</i>			
6 Atypische Neuroleptika	Generika-Anteil	87,86 %	≥ 88,00 %
<i>Amisulprid, Aripiprazol, Asenapin, Clozapin, Lurasidon, Olanzapin, Paliperidon, Quetiapin, Risperidon, Sulpirid, Ziprasidon, Zotepin</i>			
7 Antidepressiva (ohne NMRI)	Generika-Anteil	90,53 %	≥ 91,00 %
<i>Agomelatin, Bupropion, Citalopram, Duloxetin, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Mianserin, Mirtazapin, Moclobemid, Paroxetin, Sertralin, Tianeptin, Tranylcypromin, Trazodon, Venlafaxin, Vortioxetin, Zimeldin</i>			

Mindestquotenregelung			
Wirkstoffgruppen	KenngroÙe	Istwert DDD-Anteil der KenngroÙe	Zielwert 2016 DDD-Anteil der KenngroÙe
8 Transdermale Opiode	Anteil generischer Pflaster	80,69 %	≥ 81,00 %
<i>BtM-pflichtige Opiode: Buprenorphin, Fentanyl</i>			
9 Orale Opiode	Anteil von generischem, oralem Morphin, Hydromorphon oder Oxycodon	54,36 %	≥ 55,00 %
<i>Buprenorphin, Fentanyl, Hydromorphon, Levomethadon, Morphin, Oxycodon (inkl. Kombinationen), Pethidin, Tapentadol</i>			

Zielvereinbarungen – prüfgruppenspezifisch

Datenbasis: Istwert KVBW 1. Halbjahr 2015

Kardiologen – Prüfgruppen 1932/1952			
Wirkstoffgruppen	KenngroÙe	Istwert DDD-Anteil der KenngroÙe	Zielwert 2016 DDD-Anteil der KenngroÙe
11 Antiarrhythmika – Höchstquote	Anteil Dronedaron	20,82 %	≤ 18,00 %
<i>Amiodaron, Dronedaron</i>			
Anästhesisten/Neurochirurgen – Prüfgruppen 0110/0123/0148/0150/0151/4110/4111/4150			
Wirkstoffgruppen	KenngroÙe	Istwert DDD-Anteil der KenngroÙe	Zielwert 2016 DDD-Anteil der KenngroÙe
12 Nicht-steroidale Antirheumatika – Höchstquote	Anteil Coxibe	30,19 %	≤ 23,00 %
<i>Aceclofenac, Acemetacin, Alclofenac, Bumadizon, Celecoxib, Clofezon, Dexibuprofen, Dexketoprofen, Diclofenac, Etodolac, Etofenamat, Etoricoxib, Fenbufen, Fenoprofen, Flufenaminsäure, Flurbiprofen, Ibuprofen, Indometacin, Ketoprofen, Ketorolac, Lonazolac, Lornoxicam, Lumiracoxib, Mefenaminsäure, Meloxicam, Mofebutazon, Nabumeton, Naproxen, Oxaceprol, Oxaprozin, Oxyphenbutazon, Parecoxib, Phenylbutazon, Piroxicam, Pirprofen, Proglumetacin, Sulindac, Suprofen, Tenoxicam, Tiaprofensäure, Tolfenaminsäure, Tolmetin, Valdecoxib, Zomepirac</i>			

Urologen – Prüfgruppen 5610/5611/5650

Wirkstoffgruppen	Kenngroße	Istwert DDD-Anteil der Kenngroße	Zielwert 2016 DDD-Anteil der Kenngroße
14 Alphablocker – Monopräparate – Leitsubstanzquote	Anteil Tamsulosin	84,70 %	≥ 86,00 %
<i>Alfuzosin, Doxazosin, Silodosin, Tamsulosin, Terazosin</i>			
15 LH-RH-Analoga bei Prostata- karzinom – Leitsubstanzquote	Leuprorelin (generisch bzw. Hybridzulassung)	8,06 %	≥ 10,00 %
<i>Buserelin, Goserelin, Leuprorelin, Triptorelin</i>			
16 Urologische Spasmolytika – Leitsubstanzquote	Oxybutynin, Trospiumchlorid	39,62 %	≥ 42,00 %
<i>Darifenacin, Fesoterodin, Flavoxat, Oxybutynin, Mirabegron, Phenoxybenzamin, Propiverin, Solifenacin, Tolterodin, Trospiumchlorid, auch Kombinationen</i>			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit.

→ Eine vollständige Liste dieser Wirkstoffe ist auf unserer Homepage veröffentlicht:
www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen
 » Arzneimittel

→ Alle weiteren Informationen zu den aktuellen Zielvereinbarungen finden Sie unter
www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel
 » Zielvereinbarungen



Der (kleine) Unterschied – ganz groß?

Gender Medicine in der kardiovaskulären Pharmakotherapie

“The scientific community needs to stop fighting the battle of sexes and the statins, and focus on winning the war against cardiovascular disease.” [1] Mit diesem Zitat von Lori Mosca schließt der Kommentar zu einer im Frühjahr 2015 im Lancet publizierten Metaanalyse [2]. Darin ging es um die Frage, ob eine Statin-Behandlung Männern und Frauen gleichermaßen nützt. Das Ergebnis: Für die Prävention größerer vaskulärer Ereignisse ist eine Statin-Therapie bei Männern und Frauen mit gleichem Ausgangsrisiko für kardiovaskuläre Erkrankungen etwa gleich wirksam.

Eine spektakuläre Frage fand hier eine unspektakuläre Antwort. Sollte sich die wissenschaftliche Gemeinschaft also tatsächlich dem Geschlechterkampf lieber ab- und der Bekämpfung kardiovaskulärer Erkrankungen zuwenden?

In entwickelten Ländern sind kardiovaskuläre Erkrankungen die führende Ursache von Morbidität und Mortalität bei beiden Geschlechtern [3]. Deshalb ist die Verbesserung der Therapie das Hauptanliegen der Forschung. Geschlechtsunterschiede, die sich auf die Arzneimitteltherapie kardiovaskulärer Erkrankungen auswirken könnten, werden diskutiert. Deshalb erachten wir es als wichtig, die einzelnen Arzneimittelklassen mit den gefundenen Studienergebnissen etwas näher zu betrachten.

Pharmakokinetik und Pharmakodynamik

Differierende anatomische und physiologische Eigenschaften von Männern und Frauen können zu unterschiedlicher Pharmakokinetik (PK) und Pharmakodynamik (PD) von Wirkstoffen führen. Hierbei sind Geschlechterunterschiede vor allem bei der **Verteilung** im Körper (Distribution), dem **Metabolismus** sowie in der **Exkretion** wahrzunehmen.

Bei der Resorption von Arzneistoffen existieren zwischen Mann und Frau keine signifikanten Differenzen – trotz physiologischer Unterschiede bei der Magensaftsekretion und Magenentleerungszeit, gastrointestinalem Blutfluss und Oberfläche sowie dem Metabolismus in der Darmwand.

Die **Verteilung** von Arzneimitteln hängt unter anderem von Plasmavolumen, Blutfluss sowie Gewebe- und Plasmaproteinbindung ab. Bei Frauen sind im Durchschnitt Körpergewicht, Plasmavolumen und Organblutfluss niedriger sowie der prozentuale Fettanteil höher. Daraus resultieren für hydrophile Arzneimittel (z. B. Aminoglykoside wie Gentamicin) – im Vergleich zu Männern – ein kleineres Verteilungsvolumen und daher für solche Pharmaka höhere initiale Plasmakonzentrationen sowie stärkere Effekte. Exogene Sexualhormone erhöhen die Konzentration von Globulinen. Das kann für Arzneimittel wie Warfarin, das zu 97 Prozent an Plasmaproteine gebunden ist, relevant sein.

Die hepatische Arzneimittel-Clearance ist eine Funktion von kardialer Auswurfleistung und Leberblutfluss, die bei Frauen niedriger sind. Gleichzeitig finden sich auch bei den **hepatischen Enzymen**, die an Phase-I- und -II-Reaktionen (Umwandlung und Konjugation) beteiligt sind, sowie Transportern geschlechtsspezifische Unterschiede.

Unterschiede in der renalen **Exkretion** der meisten Arzneimittel werden dem Körpergewicht zugeschrieben.

Pharmakokinetische sowie pharmakodynamische Effekte werden auch von Hormonen verursacht. Besser bekannt sind diese für Östrogen als für Testosteron. Wie jedoch die Sexualhormone die PK/PD kardiovaskulärer Arzneimittel beeinflussen, ist bislang nicht gut untersucht. Hinzu kommt, dass die ersten humanpharmakologischen Studien zu diesem Thema oft bei jungen gesunden Freiwilligen durchgeführt werden, deren Hormonprofil sich von dem bei Patienten unterscheidet.

Der Umstand, dass in Studien Frauen oft unterrepräsentiert sind, führt dazu, dass pharmakodynamische Geschlechtsunterschiede schwer zu quantifizieren sind. Zusätzlich wird die Rolle von Sexualhormonen in der letztendlichen Wirkung nicht in Betracht gezogen. Deshalb gibt es für viele in der täglichen Praxis verwendeten Arzneistoffe keine geeignete Dosis oder können Geschlechtsunterschiede im klinischen Gesamtergebnis nicht gezeigt werden [3].

Acetylsalicylsäure (ASS)

Es existieren Hinweise, dass ASS in männlichen Thrombozyten stärker wirkt als in weiblichen. Auf die tatsächlich beobachtete Thrombozytenaggregationshemmung hat dieser Unterschied allem Anschein nach keinen Effekt – Studien haben gezeigt, dass diese durch Low-Dose-ASS bei Frauen ähnlich effektiv ist wie bei Männern. Auch wurde für das Blutungsrisiko kein Geschlechtsunterschied berichtet [3]. Klinisch gesehen wurde der Nutzen von ASS in der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse gezeigt und für beide Geschlechter gut dokumentiert.

Anders sieht es aus bei der Primärprävention kardiovaskulärer Ereignisse. Hier kann für ASS keine generelle Empfehlung ausgesprochen werden. Gleichwohl zeigen Primärpräventionsstudien einen uneinheitlichen Effekt. ASS senkt bei Frauen das Schlaganfallrisiko, jedoch nicht das Risiko für Myokardinfarkt oder kardiovaskulären Tod. Umgekehrt senkt ASS bei Männern das Risiko für Myokardinfarkt, jedoch nicht das für Schlaganfall [3].

Digoxin

Die Wirkungen von Digoxin auf die kardiovaskuläre Mortalität und Morbidität scheinen zweigestaltig zu sein. In der DIG-Studie bei Herzinsuffizienz-Patienten war eine Digoxin-Therapie bei Frauen mit erhöhtem Risiko für Tod jeder Ursache assoziiert. Das erhöhte Todesrisiko bei Frauen stand möglicherweise mit der relativ hohen Digoxin-Dosis in Zusammenhang. Hingegen wurden Herzinsuffizienz-bedingte Krankenhausaufnahmen von Frauen reduziert, jedoch nicht so stark wie bei Männern. Obwohl eine Korrelation zwischen der erhöhten Mortalität und höheren Digoxin-Serumkonzentrationen bestand, fehlten Geschlechtsunterschiede in der PK von Digoxin, wenn das Körpergewicht verwendet wurde [3].

Betablocker

Infolge einer langsameren Clearance und eines niedrigeren Verteilungsvolumens kommt es nach der Einnahme von Metoprolol und Propranolol bei Frauen zu höheren Plasmakonzentrationen. So kommt es zu einer größeren Reduktion der Herzfrequenz bei körperlicher Belastung und des Blutdrucks als bei Männern.

Trotz dieser erhöhten Spiegel bei Frauen scheinen Männer mit stressinduzierter Angina pectoris bei der Gabe von Metoprolol besser anzusprechen.

Noch erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass orale Kontrazeptiva die Plasmakonzentrationen weiter erhöhen.

Obwohl einige Studien darauf hinweisen, dass Betablocker das Überleben nur bei Männern mit Hypertonie oder Herzinsuffizienz verbesserten, jedoch nicht bei Frauen, bestätigte eine Metaanalyse, dass Betablocker bei beiden Geschlechtern einen ähnlichen Nutzen im Überleben bei Herzinsuffizienz oder nach Myokardinfarkt erbrachten [3].

Inhibitoren des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems

Für die meisten Wirkstoffe, die auf dieses System einwirken (ACE-Hemmer, Angiotensin-Rezeptorblockern und Aliskiren) wurden bisher für die PK sowie auch für die PD (z. B. antihypertensive Wirkungen) keine Geschlechtsunterschiede beschrieben. Obwohl in frühen Herzinsuffizienz-Studien die Reduktion von Mortalität und Herzinsuffizienz-bedingten Krankenhausaufnahmen bei Männern, aber nicht bei Frauen, beobachtet wurde, fand eine Metaanalyse vergleichbare Wirkungen bei beiden Geschlechtern. Für die beiden Wirkstoffe Losartan (ELITE-Studie) und Candesartan (CHARM-Studie) wurden ähnliche Wirkungen bei der Reduktion kardiovaskulären Todes oder von Krankenhausaufnahmen gefunden.

Bei den Aldosteron-Antagonisten konnte die EPHESUS-Studie für Eplerenon zeigen, dass bei Frauen mit akutem Myokardinfarkt und ventrikulärer Dysfunktion ein Trend zu größerem Nutzen in der 30-Tage-Mortalität jeglicher Ursache besteht. Dahingegen konnte die RALES-Studie für Spironolacton keine Unterschiede zeigen [3].

Statine

Plasmakonzentrationen von Statinen sind im Allgemeinen bei Frauen um 15-20% höher als bei Männern. Dosisanpassungen sind jedoch nicht erforderlich.

In Studien zur Sekundärprävention reduzieren Statine das Risiko kardiovaskulärer Ereignisse bei Frauen und Männern in ähnlichem Ausmaß. Der Effekt von Statinen in der Primärprävention ist bei Frauen weniger klar nachweisbar [3]. In der Prävention größerer vaskulärer Ereignisse ist eine Statin-Therapie bei beiden Geschlechtern bei gleichem Grundrisiko gleichermaßen wirksam, wie die eingangs erwähnte neue Metaanalyse [2] ergab.

Calciumkanalblocker

Geschlechtsspezifische PK-Unterschiede wurden für Verapamil, Nifedipin und Amlodipin beschrieben. Die Clearance nach oraler Einnahme von Verapamil und Amlodipin ist bei Frauen höher als bei Männern.

Obwohl Amlodipin bei Frauen eine größere antihypertensive Wirkung sowie eine höhere Inzidenz von Ödemen zeigt als bei Männern, fand sich in den wichtigen Hypertonie-Studien mit Calciumkanalblockern kein Anhalt für geschlechtsspezifische Unterschiede in den Behandlungsergebnissen [3].

Antikoagulanzen

Frauen haben tendenziell einen niedrigeren Dosisbedarf an Warfarin als Männer, und bei älteren Frauen ist der Dosisbedarf an Warfarin am niedrigsten.

Nur limitierte Daten existieren bislang zu Geschlechtsunterschieden in den Studien zu den neuen oralen Antikoagulanzen. Für das Geschlecht wurde in diesen Studien derzeit keine signifikante Auswirkung auf das Behandlungsergebnis oder die Sicherheit ausgemacht [3].

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

Für verschiedene kardiovaskuläre Arzneimittel wurden Geschlechtsunterschiede in der **Inzidenz** von unerwünschten Ereignissen berichtet. Diese liegt bei Frauen um den Faktor 1,5 bis 1,7 höher.

Diese Häufung der UAW kann auch bei den Diuretika beobachtet werden. Hier kommt es bei Frauen beispielsweise öfter zu einer Hyponatriämie, Hypokaliämie oder höhergradigen Arrhythmien. Bei Torasemid ist dies möglicherweise auf die im Vergleich zu Männern signifikante Erhöhung der Spitzenkonzentrationen (C_{max}) sowie der Fläche unter der Plasmakonzentrations-Zeit-Kurve (AUC) zurückzuführen.

Das mag eine Erklärung dafür sein, weshalb die Mehrzahl der Krankenhausaufnahmen aufgrund von Torasemid-Nebenwirkungen, die im German Pharmacovigilance Project beobachtet wurden, bei Frauen auftraten [3].

Für folgende weitere UAWs haben Frauen ein erhöhtes Risiko:

- Arzneimittelinduzierte Torsades de Pointes (etwa 2- bis 2,3-fach)
- Hautreaktionen (bis zu 2-fach)
- ACE-Hemmer-induzierten Husten (2-fach)
- Blutungskomplikationen bei Antikoagulanzen, Thrombozytenaggregationshemmern und Thrombolytika
- Myopathie bei Statinen [3].

Fazit

Zu Geschlechtsunterschieden bei kardiovaskulären Arzneimitteln existiert eine Vielzahl von Einzelbefunden. In der Gesamtschau werden konkrete Auswirkungen auf das erforderliche Verschreibungsverhalten, insoweit es über die übliche individuelle Orientierung an erwünschten und unerwünschten Wirkungen hinausgeht, daraus kaum erkennbar.

Letzen Endes ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern – nach heutigem Stand – recht klein. Aber auch für dieses Gebiet trifft der alte Satz „absence of evidence is not evidence of absence“ [4] zu. Die weitere Forschung bleibt deshalb wichtig.

Literatur

- [1] Mosca L: Sex, statins, and statistics. *Lancet* 2015 Apr 11; 385(9976): 1368-9
- [2] Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Fulcher J, O'Connell R, Voysey M, Emberson J, Blackwell L, Mihaylova B, Simes J, Collins R, Kirby A, Colhoun H, Braunwald E, La Rosa J, Pedersen TR, Tonkin A, Davis B, Sleight P, Franzosi MG, Baigent C, Keech A: Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174,000 participants in 27 randomised trials. *Lancet* 2015 Apr 11; 385(9976): 1397-405
- [3] Rosano GMC, Lewis B, Agewall S, Wassmann S, Vitale C, Schmidt H, Drexel H, Patak A, Torp-Pedersen C, Kjeldsen KP, Tamargo J: Gender differences in the effect of cardiovascular drugs: a position document of the Working Group on Pharmacology and Drug Therapy of the ESC. *Eur Heart J* 2015 Oct 21; 36(40): 2677-80
- [4] Altman DG, Bland JM: Absence of evidence is not evidence of absence. *BMJ* 1995; 311: 485

Entzugerscheinungen beim Absetzen von Antidepressiva Typ SSRI und SNRI

In Baden-Württemberg gibt es rund 140.000 Patienten, die dauerhaft auf Antidepressiva des Typs SSRI oder SNRI eingestellt sind. Damit verbunden ist auch immer die Frage nach einem möglichen Therapieende, denn eine Analyse der KVBW für das Quartal 1/2011 ergab, dass bei über 10 Prozent dieser Patienten im Folgezeitraum die Therapie abgesetzt wurde; circa 16.000 Patienten im Quartal. Die ausschleichende Antidepressiva-Therapie ist für die verordnenden Ärzte also eine wichtige Aufgabe. Im Folgenden lesen Sie dazu einen Nachdruck aus dem Arzneimittelbrief 2015, 49, 65.

Immer wieder berichten Patienten, die über eine längere Zeit Antidepressiva vom Typ SSRI oder SNRI eingenommen haben, über komplexe Symptome und Beschwerden nach dem Absetzen dieser Medikamente. Die Absetzsymptome oder Entzugerscheinungen (engl. withdrawal symptoms) können sehr beängstigend sein und/oder als Rezidiv der zu Grunde liegenden Erkrankung fehlinterpretiert werden. Ärzte müssen über die Differenzialdiagnose und mögliche Fehleinschätzungen informiert sein, damit die Patienten nicht unnötigerweise die SSRI und SNRI weiter einnehmen.

Die genaue Inzidenz von Entzugssymptomen beim Absetzen von SSRI/SNRI ist nicht bekannt. In Stichproben werden, je nach untersuchtem Wirkstoff, solche Symptome zwischen 0 und 34% angegeben [1]. Die Wahrscheinlichkeit von Entzugssymptomen soll mit der Dauer der Einnahme und der verwendeten Dosis zunehmen und bei Antidepressiva mit kurzer Halbwertszeit (z. B. Paroxetin) höher sein. Es erstaunt, dass über die Möglichkeit solcher Phänomene wenig zu lesen und entsprechend wenig bekannt ist, wo doch diese Arzneimittel so häufig verordnet werden. Beim SNRI Duloxetine wies die FDA 2009 darauf hin, dass die Symptome beim Absetzen „viel schwerer und weit mehr verbreitet sind, als dies vom Hersteller Eli-Lilly anerkannt wird“, und sie ermahnte den Hersteller, sich intensiver mit diesem Thema zu befassen [2]. Bis auf einige Warnhinweise in den Fachinformationen ist jedoch in den vergangenen Jahren nicht viel geschehen. Peter Gøtzsche, der Leiter des nordeuropäischen Cochrane Zentrums und einer der prominentesten Kritiker der massenhaften Verordnung von Antidepressiva, fordert daher von den Zulassungsbehörden, keine neuen Antidepressiva mehr zuzulassen, bevor nicht die Absetzcharakteristika

genauer untersucht sind [3]. Auch wir haben mehrfach vor den Gefahren und Widersprüchen bei der großzügigen Verordnung von SSRI und SNRI gewarnt und randomisierte, kontrollierte Absetzstudien („withdrawal studies“) gefordert [4].

Die Differenzierung zwischen Entzugssymptomen und einem Rezidiv der Grunderkrankung ist in der Praxis sehr schwierig. Ein wichtiges Beurteilungskriterium ist der zeitliche Zusammenhang: Entzugssymptome beginnen meist 1-3 Tage nach dem Absetzen des Medikaments, ein Krankheitsrezidiv tritt dagegen oft, aber nicht zwingend, später auf. Hilfreich kann auch ein Reexpositionstest sein: Wenn sich die Symptome nach erneuter Einnahme des Antidepressivums rasch wieder bessern, spricht dies stark dafür, dass ein Entzug vorgelegen hat und kein Krankheitsrezidiv [5].

Die Symptome selbst sind nur bedingt geeignet, zwischen Entzug und Rezidiv zu unterscheiden. In einem aktuellen systematischen Review zum SSRI-Entzug mit 15 randomisierten, kontrollierten Studien (RCT), vier offenen Studien, vier retrospektiven Untersuchungen und 38 Fallberichten zeigten sich eine große Heterogenität der Symptome und Verläufe sowie erhebliche Unterschiede zwischen den untersuchten Wirkstoffen [6]. Für die bessere Erkennung von Entzugssymptomen wurde bereits vor 20 Jahren für die SSRI eine Checkliste mit dem Akronym „DESS“ (Discontinuation Emergent Signs and Symptoms checklist) eingeführt [7, 8]. Diese ursprünglich für Studienzwecke entwickelte Checkliste umfasst 43 Fragen zum psychischen und physischen Befinden. Solch eine Checkliste scheint uns für die Praxis hilfreich zu sein, um suspekte Veränderungen nach Absetzen der Arzneimittel überhaupt zu erkennen und richtig zu interpretieren.

Ausgehend von dem genannten Review [6] schlagen Chouinard et al. eine Systematik der Absetzphänomene bei SSRI und SNRI vor [9]. Demnach sollten drei Formen von Entzugssymptomen unterschieden werden (vgl. Tab. 1):

1. Neu aufgetretene, unspezifische und spezifische Entzugssymptome („new withdrawal symptoms“).
2. Eine pharmakodynamische Gegenreaktion („rebound“) mit passager verstärkten, bisher unterdrückten Krankheitssymptomen.

3. Neue, bislang unbekannte und persistierende komplexe Störungen („postwithdrawal persistent disorders“).

Diese drei Typen der Entzugssphänomene sind von einem Krankheitsrezidiv abzugrenzen, welches nochmals in einen Rückfall, also das Wiederauftreten der ursprünglichen Krankheitsepisode, und eine gänzlich neue Krankheitsepisode unterteilt wird (s. Tab. 1).

Als wichtiges diagnostisches Kriterium für ein Entzugssyndrom wird vorgeschlagen, dass drei Dinge vorliegen sollten:

1. Einnahme des Antidepressivums über mindestens sechs Monate,
2. Vorliegen von mindestens einem allgemeinen Entzugssymptom,
3. Vorliegen von mindestens zwei SSRI/SNRI-spezifischen Entzugssymptomen.

Tabelle 1

Abgrenzung von Entzugssymptomen von SSRI/SNRI und Symptomen eines Krankheitsrezidivs (nach [9])

Klassifizierung der Symptome	Typischer Beginn/Dauer	Verlauf	Beispiele für Symptome
SSRI-/SNRI-Entzugssymptome			
Neue Symptome	36-96 h. Bis zu 6 Wochen (je nach Halbwertszeit)	Reversibel	1. Allgemeine Entzugssymptome von ZNS-wirksamen Medikamenten: Übelkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Angstzustände, Konzentrationsstörungen, Agitation, Dysphorie, Aggression, Depression 2. Spezifische Entzugssymptome von SSRI/SNRI: Grippe-ähnliche Symptome, Schwindel, Ataxie, Tinnitus, Tachykardie, Durchfall, Sehstörungen, Zuckungen (Tics), Elektrosensationen (Zaps), Verwirrtheit, Myoklonien, vorzeitige Ejakulation
Passager verstärktes Auftreten der unterdrückten ursprünglichen Symptome (Rebound)	36-96 h. Bis zu 6 Wochen (je nach Halbwertszeit)	Reversibel	Wiederauftreten der ursprünglichen Symptome in größerer Intensität: somatische Angst, Panik, Agitation, Schlaflosigkeit, Depression, Dysphorie, Obsessionen, Zwangshandlungen
Persistierende Symptome bzw. Störungen (Persistent postwithdrawal disorders)	24 h-6 Wochen, aber auch Monate	Reversibel oder anhaltend	1. Wiederauftreten der ursprünglichen Symptome der behandelten Krankheit in größerer Intensität sowie auch zusätzliche Symptome 2. Bislang nicht aufgetretene Symptome wie bei einer neuen psychiatrischen Störung: Angst, Psychose, Schlaflosigkeit, Major Depression
Symptome bei einem Rezidiv der behandelten psychischen Krankheit			
Rückfall = Wiederauftreten der ursprünglichen Episode (Relapse)	24 h-6 Wochen	Remission (teilweise oder komplett)	Entsprechen den Symptomen der bisher erfolgreich behandelten Grunderkrankung
Neuer Krankheitsschub (Recurrence)	≥ 6 Monate	Remission (teilweise oder komplett)	Entsprechen den Symptomen der bisher erfolgreich behandelten Grunderkrankung

Zu den allgemeinen Entzugssymptomen gehören Übelkeit, Kopfschmerzen, Konzentrationsmangel, Schlafstörungen, Reizbarkeit. Diese Symptome sind unspezifisch und treten

auch beim Absetzen vieler anderer psychoaktiver Arzneimittel auf. Zu den SSRI- oder SNRI-spezifischen Entzugssymptomen werden Grippe-ähnliche Beschwerden, Gleich-

gewichtsstörungen, Ataxie, Tachykardie, Muskelzuckungen/Tics, Elektrosensationen/Zaps, Panikattacken, Albträume, Depersonalisierung, Verwirrtheit, sexuelle Dysfunktion gezählt [5, 9]. Die spezifischen SSRI- und SNRI-Entzugssymptome können teilweise aus der Pharmakodynamik der Wirkstoffe abgeleitet werden; wie sie entstehen, ist jedoch nicht geklärt. Einzelne Publikationen berichten auch über hochabnormes bis hin zu auto- und fremdaggressivem Verhalten [1]. Im Rahmen des großen psychiatrischen UAW-Erfassungssystems Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie (AMSP) sind nicht nur beim Absetzen, sondern auch bei Dosisveränderungen SSRI- und SNRI-induzierte suizidale Impulse beobachtet worden [10, 11], die besonders gefährlich sind, wenn sie im Zusammenhang mit Angst oder innerer Erregung auftreten.

Vor diesem Hintergrund sollte bei der Therapie mit SSRI und SNRI als Grundregel gelten: Alle Patienten müssen umfangreich über mögliche Nebenwirkungen und Entzugssymptome informiert werden, sowohl zu Beginn einer Therapie mit SSRI und SNRI wie auch vor deren Beendigung. Wenn es die Symptome der Grunderkrankung erlauben oder der Patient dies wünscht, kann ein ärztlich begleiteter Absetzversuch unternommen werden. Auf Druck der Behörden weisen mittlerweile fast alle Hersteller in den Fachinformationen auf das Problem der Entzugssymptome hin. Im Allgemeinen wird ein Ausschleichen („Tapering“) empfohlen mit schrittweiser Reduktion der Dosierung, je nach Symptomen. Meist wird eine Halbierung oder Viertelung der Dosis in Wochenschritten empfohlen. Einige Psychiater schreiben, dass solch ein Ausschleichen bis zu einem Jahr dauern kann (Faustregel: nach 6-8 Monaten Behandlung sind 6-8 Wochen Ausschleichen erforderlich [5]). Die gelegentlich zu lesende Empfehlung, auf ein Antidepressivum mit langer Halbwertszeit umzustellen zum Zwecke der Entwöhnung oder einer begleitenden Pharmakotherapie, beispielsweise mit einem Antikonvulsivum, um die Entzugssymptome zu lindern [12], scheint uns eher Ausdruck einer großen Hilflosigkeit zu sein. Die Psychiatrie sehen wir in der Pflicht, praktikable Strategien für das Absetzen von SSRI und SNRI zu entwickeln und in der ärztlichen Fortbildung flächendeckend zu propagieren. Das Problem der Absetzphänomene unterstreicht angesichts der von Jahr zu Jahr steigenden, inzwischen massenhaften Ver-

ordnung von Antidepressiva (SSRI im Jahr 2013: 571,7 Mio. DDD; SNRI: 232,7 Mio. DDD [13]), dass über Rationalität und Irrationalität dieser Verordnungen kritischer nachgedacht werden muss.

Zusammenfassung

Bei bis zu einem Drittel der Patienten, die mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) oder Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) behandelt werden, ist nach dem Absetzen mit Entzugssymptomen zu rechnen. Diese sind überwiegend unspezifisch, manchmal ungewöhnlich, und sie werden leider oft mit einem Rezidiv der Grundkrankheit verwechselt. Das führt nicht selten dazu, dass diese Arzneimittel unnötig weiter verordnet werden. Wenn SSRI und SNRI abgesetzt werden, sollte dies mit Hilfe von Symptom-Checklisten unter enger ärztlicher Begleitung und ausführlicher Information langsam geschehen, das heißt keinesfalls eigenständig durch die Patienten selbst. Ein sicheres Absetzen kann Monate dauern. Generell sollten SSRI oder SNRI sehr zurückhaltend und unter Berücksichtigung von Fachinformationen und Leitlinien (z.B. der DGPPN) verordnet werden.

Literatur

- [1] Hosencus S, Chahal R: J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2011; 20: 60. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024727/>
- [2] <http://www.fda.gov/downloads/Advisor.../UCM172866.pdf>
- [3] Nielsen M et al.: Int J Risk Saf Med 2013; 25: 155
- [4] 1. AMB 2015; 49: 48DB01. AMB 2010; 44: 33. AMB 2004; 38: 39
- [5] Schweitzer I, Maguire K: Austr Prescr 2001; 24: 13. <http://www.australianprescriber.com/magazine/24/1/issue/85.pdf>
- [6] 1. Fava GA et al.: Psychother Psychosom 2015; 84: 72. <http://www.karger.com/Article/FullText/370338>
- [7] Rosenbaum JF et al.: Biol Psychiatry 1998; 44: 77
- [8] DESS: <http://hulp.gids.nl/assets/files/pdf/DESS.pdf>
- [9] 1. Chouinard G, Chouinard VA: Psychother Psychosom 2015; 84: 63. <http://www.karger.com/Article/FullText/371865>
- [10] <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Psychiatrie-und-Psychotherapie/de/forschung/amp.html>
- [11] Stübner S et al.: J Clin Psychiatry 2010; 71: 1293
- [12] Chouinard G, Chouinard VA: Psychother Psychosom 2008; 77: 69
- [13] 1. Lohse MJ, Müller-Oerlinghausen B in: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2014. Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2014, S. 921

! Import-Arzneimittel:

§ Wann besteht Leistungspflicht der GKV?

Hin und wieder besteht in der hausärztlichen Praxis die Notwendigkeit, dass ein Patient ein zwar im Ausland, aber nicht in Deutschland zugelassenes oder verfügbares Arzneimittel (Import-Arzneimittel) benötigt. Häufig handelt es sich hierbei um seltene oder onkologische Erkrankungen, häufig besteht auch die Situation, dass eine im Krankenhaus begonnene Therapie vom Vertragsarzt weiter verordnet werden soll. Der nachfolgende Text wurde in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erstellt.

Vor Beginn der Therapie sind die folgenden Fragen zu klären:

1. Darf das Import-Arzneimittel nach Deutschland eingeführt werden (Verkehrsfähigkeit)?
2. Unter welchen Bedingungen darf/muss die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Kosten hierfür übernehmen?

Verkehrsfähigkeit

Im Arzneimittelgesetz (AMG) ist in § 21 Abs. 1 festgelegt, dass Fertigarzneimittel in Deutschland nur nach Zulassung/Genehmigung durch eine deutsche oder EU-Zulassungsbehörde in den Verkehr gebracht werden dürfen [1]. In § 73 („Verbringungsverbot“) Abs. 3 wird festgelegt, unter welchen Bedingungen Fertigarzneimittel importiert werden können, die nicht in Deutschland zum Verkehr zugelassen sind. Wesentlich sind hierbei:

- Bestellung und Abgabe erfolgt durch Apotheken nach Bestellung durch einzelne Personen in geringer Menge.
- Das Arzneimittel ist im Herkunftsland verkehrsfähig.
- In Deutschland ist kein Arzneimittel mit identischem Wirkstoff und vergleichbarer Wirkstärke für die betreffende Indikation verfügbar.
- Für Arzneimittel, die nicht aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum bezogen worden sind, ist eine ärztliche/zahnärztliche Verschreibung erforderlich.

Es geht im Folgenden also nicht um Arzneimittel, die als **Re-Importe** oder **Parallel-Importe** in Deutschland auf dem Markt sind.

Re-Importe und Parallel-Importe

Re-Importe werden in Deutschland hergestellt, sind in Deutschland zugelassen, werden ins Ausland exportiert, dort von einem Pharma-Händler aufgekauft und (kostengünstiger) nach Deutschland re-importiert.

Parallel-Importe sind Arzneimittel, die sowohl in Deutschland als auch in anderen Mitgliedsstaaten der EU beziehungsweise des Europäischen Wirtschaftsraumes vermarktet werden und separat national zugelassen sind. Sie werden im Ausland von einer (vom ursprünglichen Zulassungsinhaber bzw. Hersteller unabhängigen) Firma erworben, dann (kostengünstiger) nach Deutschland importiert und dort – parallel zum ursprünglichen pharmazeutischen Unternehmer – in den Verkehr gebracht. Falls sie nicht EU-weit zugelassen sind, müssen sie jedoch ein Zulassungsverfahren in Deutschland durchlaufen [2].

Bedingungen für GKV-Leistungspflicht bei Import-Arzneimitteln

Arzneimittel, die nach Deutschland eingeführt werden, können einen unterschiedlichen Zulassungsstatus besitzen, aus dem sich unterschiedliche leistungsrechtliche Bewertungen ergeben. Unabhängig hiervon gelten für solche Arzneimittel/Wirkstoffe die weiteren rechtlichen Vorgaben von SGB V (z. B. §§ 12 und 34) und Arzneimittel-Richtlinie (z. B. § 16 und Anlagen II und III). Wird dort ein Ausschluss von der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt (zum Beispiel nicht verschreibungspflichtige Arzneimittelwirkstoffe, Schnupfenmittel, Abführmittel, Appetitzügler etc.), können solche Arzneimittel als Importe ebenfalls nicht von der GKV übernommen werden. Die häufigsten Konstellationen sind nachfolgend dargestellt.

Das Arzneimittel ist in Deutschland nicht zugelassen, jedoch im Herkunftsland

Die Kriterien, nach denen Leistungspflicht der GKV für solche Import-Arzneimittel besteht, gehen im Wesentlichen zurück auf den sog. „Nikolaus-Beschluss“ des Bundesverfassungsgerichtes vom 06.12.2005 [3].

In der nachfolgenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wurde dieses Urteil aufgegriffen. Insbesondere wurde im BSG-Urteil vom 04.04.2006 (B 1 KR 7/05 R Tomudex) [4] festgelegt, dass diese Rechtsprechung prinzipiell auch für Arzneimittel gilt.

Wesentliche Grundsätze dieser Rechtsprechung wurden am 20.12.2011 mit Einfügung des § 2 Abs. 1a in das SGB V neu aufgenommen [5].

Auf der Grundlage der o. g. höchstrichterlichen Rechtsprechung wurde die „**Begutachtungsanleitung zu einzelimportierten Arzneimitteln nach § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz vom 17.09.2007** des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände (MDS) [6] entwickelt, eine **Richtlinie nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V**. Hat die GKV in einem solchen Fall den MDK mit einer Beurteilung beauftragt, wird hier geregelt, welche Informationen der beantragende Arzt dem MDK bzw. der GKV zur Verfügung zu stellen hat (s. u.) und nach welchen Kriterien der MDK einen solchen Fall zu beurteilen hat. Eine Empfehlung der beantragten Therapie durch den MDK wird dann erfolgen, wenn die folgenden Kriterien **sämtlich** erfüllt sind:

- Die Diagnose ist gesichert.
- Es besteht eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung bzw. einer gleichgestellten Erkrankung (z. B. Erblindung).
- Es steht keine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Therapie zu Lasten der GKV (mehr) zur Verfügung.
- Die Zulassung des Arzneimittels wurde nicht abgelehnt, widerrufen, zurückgenommen oder ruhend gestellt
- Es liegen Indizien-gestützte Hinweise auf einen Behandlungserfolg vor. Hiervon ist in der Regel nicht auszugehen,

wenn lediglich Veröffentlichungen vorliegen, die einen positiven Einfluss des Wirkstoffs auf einen Surrogatparameter beschreiben. Liegen zu einem Wirkstoff lediglich In-vitro-Versuche oder Tierversuche vor, ist dies nicht ausreichend.

- Allerdings gilt der Grundsatz: „Je schwerwiegender eine Erkrankung und „hoffnungsloser“ die Situation ist, desto geringer sind die Anforderungen an die „ernsthaften Hinweise“ auf einen nicht ganz entfernt liegenden Behandlungserfolg.“ [4]
- Die Behandlung darf nicht im Rahmen einer Arzneimittelstudie erfolgen.
- Sie muss im Einzelfall geeignet sein (d. h. keine Kontraindikationen etc.)
- Die Behandlung muss wirtschaftlich sein (z. B. bezüglich der vorgeschlagenen Dosierung und Dauer).

Beispiel

Eine 20-jährige Patientin beantragte 2001 die Kostenübernahme des Arzneimittels Mnesis® (Wirkstoff Idebenone), das damals nicht in Deutschland, aber z. B. in Italien und der Schweiz zugelassen war. Damit sollte ihre hypertrophe Kardiomyopathie behandelt werden, die im Rahmen einer mitochondrialen Erkrankung (Friedreich-Ataxie) aufgetreten war. Die Patientin war durch die Friedreich-Ataxie schwer behindert, u. a. seit Jahren rollstuhlpflichtig.

Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 14.12.2006 (B 1 KR 12/06 R) [7] eine Leistungspflicht der GKV hierfür verneint. Wesentlicher Grund war, dass die Kardiomyopathie der Patientin zwar unbestreitbar eine schwere Erkrankung sei, bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 30-45 Jahren dies aber nicht mit einer „lebensbedrohlichen bzw. regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung auf eine Stufe gestellt werden“ kann. Eine solche Erkrankung bestehe nur dann, „wenn eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegt“.

Auf die Fragen, ob eine Therapiealternative oder Hinweise auf Wirksamkeit vorliegen, wurde in diesem Urteil schon gar nicht mehr eingegangen.

Das Arzneimittel ist in Deutschland zugelassen, aber nicht auf dem Markt

Eine solche Situation kann z. B. bei Lieferschwierigkeiten des Herstellers auftreten oder wenn das Arzneimittel aus wirtschaftlichen Gründen außer Vertrieb ist. Zunächst sollte hier versucht werden, auf ein wirkstoffidentisches oder ähnlich wirksames Präparat umzusetzen. Nähere Informationen zu Lieferengpässen werden vom BfArM auf dessen Internetseite zur Verfügung gestellt [8]. Ist eine Umstellung nicht möglich, sollte ein Kostenübernahmeantrag an die zuständige Krankenkasse gestellt werden.

Der Einzelimport eines solchen zugelassenen Fertigarzneimittels aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist nach § 73 Abs. 1 AMG arzneimittelrechtlich möglich.

In Deutschland werden alle zugelassenen neuen Wirkstoffe nach § 35a SGB V im Rahmen der frühen Nutzenbewertung evaluiert. Einige wenige Hersteller haben im Zuge dieses Verfahrens ihr Arzneimittel nicht in Deutschland auf den Markt gebracht oder wieder vom Markt gezogen.

Liegt eine zentrale Zulassung vor (gültig für EU- und EWR-Staaten), befindet sich das Fertigarzneimittel in Deutschland aber nicht (mehr) im Handel, so ist bei fehlender Feststellung eines Zusatznutzens durch den G-BA in der Regel von Unwirtschaftlichkeit des Arzneimittels auszugehen.

Der Kostenübernahme durch die GKV stünde dann das Wirtschaftlichkeitsgebot nach V § 12 Abs. 1 SGB V entgegen.

Ein Leistungsanspruch gemäß V § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V könnte dennoch unter bestimmten Umständen dann gegeben sein, wenn die seitens des G-BA geprüften Vergleichstherapien im individuellen Fall nicht wirksam waren oder aufgrund von Unverträglichkeit/Kontraindikationen nicht (mehr) eingesetzt werden können.

Beispiel

Ein 52-jähriger Patient mit Zustand nach Myokardinfarkt und gemischter Hyperlipidämie beantragt Kostenübernahme von Livazo[®] 4 mg (Wirkstoff Pitavastatin), das für diese Indikation in Deutschland zugelassen ist, aber vom Hersteller 2013 vom Markt genommen wurde. Es ist aber zum Beispiel in der Schweiz verfügbar.

Der G-BA hat im Rahmen des Nutzenbewertungsverfahrens am 18.08.2011 [9] keinen Zusatznutzen von Pitavastatin gegenüber anderen HMG-CoA-Reduktasehemmern der entsprechenden Festbetragsgruppe (d. h. Atorvastatin, Fluvastatin, Lovastatin, Pravastatin, Rosuvastatin und Simvastatin) festgestellt.

Die maximale Pitavastatindosis beträgt 4 mg/Tag. In der Schweiz kosten 30 Tabletten Livazo[®] 4 mg 74,20 CHF [10].

Kostengünstigere Therapiealternative wäre die Verordnung eines Statins im Rahmen des Festbetrags. Nach Lauer-Taxe (Stand 26.11.2015) sind zum Beispiel Atorvastatin-Generika ab circa 17 Euro/30 Tabletten à 80 mg (maximale Dosis/Tag) verfügbar.

Wenn keine stichhaltige Begründung vorgelegt wird, dass hier kein anderes Statin zur Behandlung der Hyperlipidämie in Frage kommt, ist die Behandlung als unwirtschaftlich einzustufen. Dann bestünde keine Leistungspflicht der GKV.

Eine besondere Situation besteht dann, wenn ein Arzneimittel nach negativer Nutzenbewertung für eine bestimmte Indikation vom Hersteller zurückgezogen wurde, in der Zwischenzeit jedoch eine EU-weite Erweiterung der Zulassung für eine andere Indikation erteilt wurde, die nicht vom G-BA bezüglich eines Zusatznutzen beurteilt wurde. Kommt für diese neue Indikation im individuellen Fall keine wirtschaftlichere Therapiealternative infrage, besteht auch hier Leistungspflicht der GKV.

Beispiel

Ein 68-jähriger Patient leidet an einer Induratio Penis Plastica (IPP, Synonym: Peyronie-Krankheit). Der behandelnde Urologe sieht eine Indikation zur konservativen Therapie. Er beantragt hierfür Kostenübernahme des Arzneimittels Xiapex® (Wirkstoff Clostridium-histolyticum-Collagenase).

Der G-BA hat für Xiapex® am 19.04.2012 bezüglich der damals einzigen Indikation (M. Dupuytren) keinen Zusatznutzen gegenüber zweckmäßiger Vergleichstherapie festgestellt, aufgrund unvollständiger Vorlage der erforderlichen Nachweise [11]. Daraufhin wurde Xiapex® am 15.06.2012 in Deutschland vom Markt zurückgezogen.

Nach positiver Beurteilung durch den zuständigen Ausschuss (CHMP) 12/2014 erweiterte die EMA dann die Zulassung von Xiapex® auf „Behandlung erwachsener Männer mit Peyronie-Krankheit, bei denen zu Therapiebeginn eine tastbare Plaque und Penisverkrümmung von mindestens 30 Grad vorliegen“ [12]. Xiapex® ist auch hiernach unverändert nicht in Deutschland im Handel, jedoch beispielsweise in Großbritannien oder der Schweiz. Der G-BA hat für diese Indikation keine Nutzenbewertung vorgenommen.

In der Leitlinie „Guidelines on Penile Curvature“ der European Association of Urology von 2015 [13] werden zur konservativen Therapie verschiedene Arzneimittel empfohlen, von denen nur Kalium-para-Aminobenzoat (Potaba-Glenwood®) und Clostridium-Collagenase hierfür zugelassen sind. Welche der beiden Therapien im Einzelfall sinnvoll ist, ist von zahlreichen Faktoren abhängig.

Zumindest bei Unverträglichkeit oder Kontraindikation von Kalium-para-Aminobenzoat wäre dann bei gegebener Indikation von einer Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Xiapex® auszugehen.

Antrag auf Kostenübernahme eines Import-Arzneimittels bei der GKV

Wollen Sie für einen Patienten bei dessen Krankenkasse einen Kostenübernahmeantrag für ein Import-Arzneimittel stellen, sollte dieser unter anderem folgende Informationen enthalten.

Unverzichtbar sind folgende Angaben:

- exakter Handelsname, Wirkstärke, Wirkstoffname, Darreichungsform, Dosierung und Applikationsart des Import-Arzneimittels,
- voraussichtliche Behandlungsdauer,
- Diagnose und Krankheitsstadium,
- Angaben zur bisherigen Behandlung:
 - Welche Therapien bzw. Arzneimittel wurden in welcher Dosis, über welchen Zeitraum, mit welchem Erfolg eingesetzt?
 - Sind hierunter Nebenwirkungen aufgetreten?
 - Aus welchen Gründen konnte die vertragsärztliche Therapie nicht eingesetzt werden oder musste abgebrochen werden?

Zusätzlich sollte der Antrag Angaben zu folgenden Punkten enthalten:

- Wie soll der Therapieerfolg evaluiert werden?
- Einschätzung, ob die Erkrankung lebensbedrohlich, regelmäßig tödlich oder wertungsmäßig mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Krankheit vergleichbar ist.
- Begründung des vorgesehenen Therapiekonzeptes mit vollständiger Quellenangabe. Gegebenenfalls Angabe, warum der Patient nicht im Rahmen einer Arzneimittelstudie oder eines Compassionate-Use-Programmes behandelt werden kann.
- Voraussichtliche Kosten der Therapie.

Darüber hinaus ist die Beifügung relevanter Arztberichte (im verschlossenen Umschlag: „Nur durch den MDK zu öffnen“) in aller Regel hilfreich und verkürzt die Bearbeitungszeit.

Compassionate-Use-Programm: Arzneimittel-Härtefall-Verordnung

Mit Wirkung zum 22.07.2010 ist die Verordnung über das Inverkehrbringen von Arzneimitteln ohne Genehmigung oder ohne Zulassung in Härtefällen (AMHV) (Arzneimittel-Härtefall-Verordnung) in Kraft getreten. Die Arzneimittel-Härtefall-Verordnung gilt nur für Arzneimittel-Härtefall-Programme, das heißt für Programme, die zur Behandlung von Gruppen von Patienten ausgelegt sind. Die Behandlung eines individuellen Einzelfalls ist nicht Gegenstand der Arzneimittel-Härtefall-Verordnung und des damit verbundenen Anzeigeverfahrens bei den Bundesoberbehörden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stellt einen Leitfaden zur Anzeige von Arzneimittel-Härtefall-Programmen zur Verfügung. Dieser beinhaltet auch Informationen zur Einreichung einer Anzeige und zu den erforderlichen Sicherheitsberichten. Eine Person, die die Verantwortung für die Veranlassung, Organisation und Finanzierung eines Härtefallprogramms übernimmt (verantwortliche Person), hat das Härtefallprogramm der zuständigen Bundesoberbehörde anzuzeigen.

→ www.bfarm.de » Arzneimittel » Arzneimittelzulassung
» Klinische Prüfung » Härtefallprogramme



Fazit

- Arzneimittel, die **nicht in Deutschland, aber im Ausland zugelassen** sind, können gemäß den Vorgaben des Arzneimittelgesetzes (insbesondere § 73 Abs. 3) nach Deutschland importiert werden. Die Übernahme der Kosten dieser Importarzneimittel durch die GKV ist unter verschiedenen Voraussetzungen möglich, insbesondere:
In kurzer Zeit tödlich verlaufende oder gleichzeitige Erkrankung
UND
keine Therapiealternative verfügbar
UND
Hinweise auf Wirksamkeit.
- Arzneimittel, die in Deutschland oder zentral in Europa zugelassen sind, sind in Deutschland verkehrsfähig.
Sind sie **in Deutschland nicht verfügbar**, z. B. weil der Hersteller sein Arzneimittel nach fehlender Attestierung eines Zusatznutzens in der frühen Nutzenbewertung des G-BA vom Markt genommen hat (opt-out), können sie nach § 73 Abs. 1 AMG nach Deutschland importiert werden.
Für die Kostenübernahme durch die GKV steht dann die **Wirtschaftlichkeit** im Vordergrund. Wenn möglich, sollte dann auf andere vertragsärztliche, adäquate und wirtschaftlichere Therapien umgestellt werden. Wenn der **G-BA keinen Zusatznutzen** für ein solches Arzneimittel festgestellt hat, ist es in der Regel wegen Unwirtschaftlichkeit nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig.
Eine Ausnahme hiervon kann vorliegen, wenn die seitens des GBA geprüften Vergleichstherapien im individuellen Fall nicht wirksam waren oder aufgrund von Unverträglichkeit/Kontraindikationen nicht (mehr) eingesetzt werden können.
- **In jedem Fall ist es zur Klärung der Kostenübernahme sinnvoll, diese vor der Verordnung bei der GKV zu beantragen. Solch ein Antrag sollte die oben genannten Angaben zu gewünschtem Arzneimittel, Diagnose, Vortherapie etc. beinhalten.**

Literatur

- [1] Arzneimittelgesetz (AMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 12.12.2005, zuletzt geändert durch Art. 1 V v. 02.09.2015 I 1571
http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/amg_1976/gesamt.pdf
- [2] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM):
Parallelimport von Arzneimitteln
http://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/zul/zulassungsverfahren/parimp/_node.html
- [3] Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) vom 06.12.2005
(1 BVR 347/98)
https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2005/12/12rs20051206_1bvr034798.html
- [4] Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 04.04.2006 (B 1 KR 7/05 R "Tomudex")
<https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/show.php?modul=esgb&id=58149>
- [5] Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - SGB 5 vom 20.12.1988. Zuletzt geändert durch Art. 11 G v. 20.10.2015 I 1722
http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html
- [6] Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) „Begutachtungsanleitung zu einzelimportierten Arzneimitteln nach § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz“ - Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V - vom 17.09.2007
http://www.mdk-wl.de/fileadmin/user_upload/Medizin/BGA_ImportAM_2007.pdf
- [7] BSG-Urteil vom 14.12.2006 (B 1 KR 12/06 R „Mnesis“)
<https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/show.php?modul=esgb&id=64919>
- [8] BfArM "Lieferengpässe von Humanarzneimitteln"
http://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/Lieferengpaesse/_node.html
- [9] Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18.08.2011 „Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Pitavastatin“. BAnz Nr. 126 (S. 2947) vom 23.08.2011
https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1377/2011-08-18_35a_HMG-CoA-Reduktasehemmer_BAnz.pdf
- [10] Arzneimittelkompendium der Schweiz (Stand 26.11.2015)
<http://compendium.ch/search/all/Pitavastatin/startwith/de>
- [11] Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII - Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V - Mikrobielle Collagenase aus Clostridium histolyticum - Vom 19.04.2012
https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1475/2012-04-19_AM-RL-XII_Collagenase_BAnz.pdf
- [12] European Medical Agency (EMA) EPAR summary for the public - Xiapex collagenase clostridium histolyticum
http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/002048/human_med_001423.jsp&mid=WC0b01ac058001d124
- [13] European Association of Urology "Guidelines on Penile Curvature", Hatzimouratidis K et al., 2015
<http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Penile-Curvature-2015.pdf>

§ Urteil des Bundessozialgerichtes: ! Kostengünstiger Bezugsweg hat Vorrang

Am 13. Mai 2015 entschied das Bundessozialgericht (BSG), dass vom Patienten benötigte Medikamente, in diesem Fall Gerinnungsfaktoren, nicht über die Apotheke abgegeben werden sollen, sondern der Direktbezug vom Hersteller zu wählen ist.

Auf Antrag der Krankenkasse setzte die Prüfungsstelle einen Regress in Höhe der verursachten Mehrkosten fest, da die Ärztin (Klägerin) wiederholt Verordnungen für den bei der beigeladenen Krankenkasse versicherten Patienten ausstellte, die über die Apotheke bezogen worden sind. Die hier verursachten Mehrkosten hätten durch den wirtschaftlicheren Direktbezug beim Hersteller vermieden werden können. Die Klage blieb erfolglos; jedoch hat das Landessozialgericht auf die Berufung der Klägerin hin das Urteil des Sozialgerichts sowie die Bescheide des Beklagten aufgehoben. Die Krankenkasse legte hier erfolgreich Revision ein.

Im § 47 AMG (Arzneimittelgesetz) wird ausdrücklich geregelt, dass die Ärztin berechtigt ist, Gerinnungsfaktoren direkt beim Hersteller (oder Großhändler) zu beziehen. Laut Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a dürfen pharmazeutische Unternehmen und Großhändler Arzneimittel außer an Apotheken nur an andere pharmazeutische Unternehmen und Großhändler, aber auch an Krankenhäuser und Ärzte abgeben; jedoch nur, wenn es sich um aus menschlichem Blut gewonnene Blutzubereitungen handelt. Unter den Buchstaben b bis i sind weitere Arzneimittel aufgelistet.

Im Wortlaut:

„(1) Pharmazeutische Unternehmer und Großhändler dürfen Arzneimittel, deren Abgabe den Apotheken vorbehalten ist, außer an Apotheken nur abgeben an

1. andere pharmazeutische Unternehmer und Großhändler;
2. Krankenhäuser und Ärzte, soweit es sich handelt um
 - a) aus menschlichem Blut gewonnene Blutzubereitungen oder gentechnologisch hergestellte Blutbestandteile, die, soweit es sich um Gerinnungsfaktorenzubereitungen handelt, von dem hämostaseologisch qualifizierten Arzt im Rahmen der ärztlich kontrollierten Selbstbehandlung von Blutern an seine Patienten abgegeben werden dürfen,
 - b) Gewebezubereitungen oder tierisches Gewebe,

- c) Infusionslösungen in Behältnissen mit mindestens 500 ml, die zum Ersatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeit bestimmt sind, sowie Lösungen zur Hämodialyse und Peritonealdialyse, die, soweit es sich um Lösungen zur Peritonealdialyse handelt, auf Verschreibung des nephrologisch qualifizierten Arztes im Rahmen der ärztlich kontrollierten Selbstbehandlung seiner Dialysepatienten an diese abgegeben werden dürfen,
- d) Zubereitungen, die ausschließlich dazu bestimmt sind, die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des Körpers oder seelische Zustände erkennen zu lassen,
- e) medizinische Gase, bei denen auch die Abgabe an Heilpraktiker zulässig ist,
- f) radioaktive Arzneimittel,
- g) Arzneimittel, die mit dem Hinweis "Zur klinischen Prüfung bestimmt" versehen sind, sofern sie kostenlos zur Verfügung gestellt werden,
- h) Blutegel und Fliegenlarven, bei denen auch die Abgabe an Heilpraktiker zulässig ist, oder
- i) Arzneimittel, die im Falle des § 21 Absatz 2 Nummer 6 zur Verfügung gestellt werden.“

Das BSG entschied folgendes:

Die Klägerin hat unwirtschaftlich gehandelt, da sie entschieden hat, die vom Patienten benötigten Gerinnungsfaktoren zu verordnen und damit über eine Apotheke an den Patienten abgegeben zu lassen – statt diese direkt beim Hersteller zu beziehen. Dies verstößt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot und ist damit unwirtschaftlich im Sinne des § 106 Abs. 1 SGB V. Die Klägerin war zudem berechtigt, Gerinnungsfaktoren direkt beim Hersteller (bzw. Großhändler) zu beziehen (§ 47 AMG). Zudem wurde die Ärztin auch von der Krankenkasse darauf hingewiesen. Die Regressfestsetzung war somit rechtmäßig (Urteil: B 6 KA 18/14 R).

Fazit

Wählen Sie bei Verordnungen stets den kostengünstigsten Bezugsweg, ansonsten können Regressforderungen drohen!

§ Heimat Krankenkasse: Vereinbarung über Impfungen als Satzungsleistung gekündigt

Die Heimat Krankenkasse (BKK) hat zum 31. Dezember 2015 ihre Teilnahme an der Vereinbarung über Schutzimpfungen als Satzungsleistung beendet. Das heißt, seit 1. Januar 2016 sind für Versicherte dieser Krankenkasse die Impfstoffe der Satzungsleistungen (Hepatitis B und Influenza) auf Privat-rezept zu verordnen und Impfleistungen privat abzurechnen.

Satzungsleistungen sind Leistungen, die die Krankenkassen zusätzlich zu den gesetzlich festgeschriebenen Leistungen freiwillig gewähren können. Im Bereich der Schutzimpfungen sind in Baden-Württemberg die Influenza-Impfung für Personen <60 Jahre (ohne chronische Erkrankung und erhöhte Infektionsgefahr) und für alle Erwachsenen die Hepatitis-B-Impfung (ohne chronische Erkrankung und erhöhte Infektionsgefahr) als Satzungsleistung vereinbart.

An dieser Vereinbarung nimmt die Heimat Krankenkasse nun nicht mehr teil. Infolgedessen müssen diese Impfungen auch privat verordnet und abgerechnet werden. Allerdings hat der Patient noch die Möglichkeit, die Heimat-Krankenkasse um die Erstattung der Ausgaben für die Impfungen zu bitten.

Die Impfungen, auf die alle gesetzlich Versicherten einen Anspruch haben, sind in der Anlage 1 der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt. Diese Pflichtleistungen unterliegen keiner Änderung und sind weiterhin zu Lasten der Heimat Krankenkasse verordnungsfähig.

→ Die Schutzimpfungsvereinbarungen über die Satzungsleistungen finden Sie auf unserer Homepage: www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht



Gerne stellen wir Ihnen diese auch im Einzelfall in Papierform zur Verfügung.

! Impfausweis: Ab 2016 übernehmen Krankenkassen die Kosten

Die Krankenkassen übernehmen ab 1. Januar 2016 die Kosten für Impfausweise für gesetzlich Krankenversicherte. Diesen Leistungsanspruch sieht das Präventionsgesetz vor. In Baden-Württemberg können Impfausweise kostenfrei beim Kohlhammer-Verlag bestellt werden. Das Bestellformular finden Sie auf unserer Homepage:

→ www.kvbawue.de » Praxis » Service » Bestellservice

Änderungen im Sprechstundenbedarf

Hier stellen wir Ihnen Änderungen und Ergänzungen der Anlage 1 (Positivliste) der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zur Verfügung.

Folgende Ergänzungen traten rückwirkend zum 1. Juli 2015 in Kraft. Änderungen bezüglich Verordnungseinschränkungen treten erst mit Bekanntgabe der Änderungen in Kraft.

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform	Anmerkung	NEU
Desinfektionsmittel und Hautentfettungsmittel	Chlorhexidin	extern	nur für Augenärzte und für mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen	neu auch für Augenärzte
Gase	Kohlenstoffdioxid	extern	nur zur Kryochirurgie, nicht zur Kryoanalgesie bei chronischen Schmerzen	Ergänzung: nicht zur Kryoanalgesie bei chronischen Schmerzen
	Stickstoff	extern		
Otologika	Acid. salicylicum, Glycerin, Ethanol	OT	nur als Rezeptur erhältlich	neu aufgenommene Wirkstoffkombination
Protonenpumpenhemmer	Pantoprazol	parenteral	nur bei akuter Ulkusblutung	neu aufgenommener Wirkstoff
Medizinisch-technische Mittel			Spezifikation	Anmerkung
Führungsdraht für suprapubische Harnblasenkatheter und Nephrostomiekatheter			bis zur einer Maximallänge von 100 cm	neu: Längenbegrenzung auf 100 cm

Folgende Ergänzungen traten rückwirkend zum 1. Oktober 2015 in Kraft. Änderungen bezüglich Verordnungseinschränkungen treten erst mit Bekanntgabe der Änderungen in Kraft.

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform	Anmerkung	NEU
Antibiotika	Cefotaxim	parenteral	nur zur Meningitis-Behandlung von Neugeborenen/Kindern und zur Behandlung der akuten Peritonitis	neu aufgenommener Anwendungsbereich
	Cefotiam			Streichung , da außer Handel
Antihypertonika	Clonidin	oral		Neu aufgenommene Darreichungsform
Homöopathika/ Anthroposophika			ausschließlich Globuli zur Erstanwendung am Patienten; bis zu 15 Kleinstpackungen pro Arzt und Quartal; nur in Deutschland zugelassene Arzneimittel, keine Einzelimporte	neu: bis zu 15 Kleinstpackungen pro Arzt und Quartal

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform	Anmerkung	NEU
Laxantia	Glycerol (+Kombinationen)	rektal	nur zur Darmentleerung vor und/oder im zeitlich begrenztem Anschluss an diagnostische und therapeutische Eingriffe	neu aufgenommene Wirkstoffkombination
	Natriumphosphat-Kombinationen (Natriumdihydrogenphosphat und Dinatriumhydrogenphosphat)	rektal	nur zur Darmentleerung vor und/oder im zeitlich begrenztem Anschluss an diagnostische und therapeutische Eingriffe Cave: Drug Safety Mail (AkdÄ) 2009-065	neu: Aufnahme eines Warnhinweises
	Sorbitol (+ Kombinationen)	rektal	nur zur Darmentleerung vor und/oder im zeitlich begrenztem Anschluss an diagnostische und therapeutische Eingriffe	neu aufgenommener Wirkstoff (Sorbitol auch als alleiniger Wirkstoff möglich)
Ophthalmika	Mitomycin C	parenteral	Fertigspritze 0,02 % 0,2ml bei Glaukomoperationen, nur als Rezeptur erhältlich Cave: wirtschaftlichen Bezugsweg beachten!	neu aufgenommener Wirkstoff
Medizinisch-technische Mittel	Spezifikation		Anmerkung	NEU
Infusionsnadeln	Einmal-Infusionsnadeln, Einmal-Infusionskatheter, Butterfly-/Flügelkanülen		Butterfly-/Flügelkanülen: nur zur Infusion, nicht zur Injektion; auch Sicherheitsinfusionsnadeln (sog. Safety-Produkte) gemäß den „Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe“ (TRBA 250)	Streichung: bei höherer Infektionsgefährdung/ Unfallgefahr einzusetzen
Verbandstoffe	Spezifikation		Anmerkung	NEU
Schlauchverbände			nur als Meterware, keine Fertigabschnitte	neu keine Fertigabschnitte

■ Hilfsmittelverordnung: Schuheinlagen

Verschiedenartige Schuheinlagen und unterschiedliche Indikationen lassen schnell den Überblick bei der Verordnung verlieren. Darüber hinaus stellen sich Fragen zu Mindestgebrauchszeiten, Mehrfachausstattung und Reparaturen. Um Ihnen bei der großen Auswahl von Schuheinlagen und deren Regularien einen Überblick zu verschaffen, haben wir die wichtigsten Punkte zu dieser Produktgruppe aus der Hilfsmittel-Richtlinie zusammengetragen.

Einlagen sind funktionelle Orthesen zur Korrektur, Stützung oder Bettung von Fußdeformitäten, zur Entlastung oder Lastumverteilung der Fußweichteile, der Gelenke der unteren Extremität und der Wirbelsäule. Sie werden aus Kork, Leder, thermoplastischen Kunststoffen und/oder Metall gefertigt.

Konfektionierte lose Fußstützen, die den Fuß polstern oder stützen, überflüssigen Raum im Schuh ausfüllen, oder als Kälteschutz dienen, sind **keine** Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mindestgebrauchszeiten

Mindestgebrauchszeiten für den Einsatz von Einlagen lassen sich generell nicht festlegen. So ist im Einzelfall der Lebensweise des Versicherten, der Art und Beschaffenheit der Einlage und den sich gegebenenfalls verändernden Erfordernissen des zu behandelnden Fußes (insbesondere bei Kindern im Wachstum) Rechnung zu tragen. Die Ersatzbeschaffung macht eine Einzelfallentscheidung notwendig.

Mehrfachausstattung mit gleichartigen Einlagen

Eine generelle Mehrfachausstattung mit gleichartigen Einlagen ist **nicht** vorgesehen. Im Regelfall werden ein Paar Einlagen als ausreichend eingestuft. Im Einzelfall kann aus medizinischen Gründen (beispielsweise krankhaft vermehrte Schweißbildung) oder aufgrund der besonderen Beanspruchung durch die Versicherten eine Mehrfachausstattung in Betracht kommen.

Reparatur

Die Reparatur einer Einlage umfasst die notwendigen Arbeiten, die dem Erhalt des therapeutischen Nutzens der Einlage dienen, wenn die Reparatur technisch möglich und wirtschaftlicher als eine Neuversorgung ist.

Wirtschaftlichkeit

Bei Verordnung von Hilfsmitteln, hier Schuheinlagen, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) und die Hilfsmittel-Richtlinie zu beachten. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen nicht verordnet werden. Die Versicherten können diese nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Ist für eine Leistung ein Festbetrag wie bei Schuheinlagen festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag. Zudem gehen die Ausgaben für Hilfsmittel nicht in die Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel ein.

Die Produktgruppe (PG o8) Einlagen

Kopieeinlagen (PG 08.03.01)

Kopieeinlagen werden individuell nach Maß oder nach Formabdruck (mit gesonderter ärztlicher Begründung) gefertigt und dienen dem Abstützen und Entlasten spezifischer Fußpartien. Sie sollen die Fußgewölbe erhalten, Überlastungen ausgleichen bzw. Teilentlastungen bewirken und/oder das Abrollen des Fußes verbessern. Die Form des Fußes soll dadurch auch in belasteter Stellung erhalten bleiben.

Indikationen

Einlagenversorgung vor allem im späten Jugendalter und Erwachsenenalter, wenn eine stützende, beschwerdelindernde, „gewaltlos“ erreichbare Stellungsverbesserung des Fußes, jedoch keine Korrektur möglich und angestrebt wird, etwa bei

- Knick-Senkfuß schlaff (mit Belastungsbeschwerden)
- Knick-Senk-Spreizfuß (mit Belastungsbeschwerden) oder einer bestimmten Freigaberate,
- Spreizfuß mit Hallux valgus (mit Belastungsbeschwerden)
- Hallux rigidus mit Spreizfußbeschwerden
- Metatarsalgie
- Morton'sche Neuralgie
- Fersensporn/Plantarfasciitis
- Hohlfuß
- Senk-Spreizfuß mit Hammer- oder Krallenzehen
- Morbus Köhler (I+II)
- Arthrosen der Zehengrund- und Mittelgelenke

Bettungseinlagen (PG 08.03.02)

Bettungseinlagen werden vornehmlich nach einem Formabdruck des belasteten Fußes gefertigt. Sie sollen weitere Verformungen des belasteten, nicht mehr korrekturfähigen Fußes verhindern, indem sie ihn gegen Dreh- und Biegebewegungen stabilisieren. Sie verhindern eine Überdehnung von kontrakten Bändern und eine ungewollte Bewegung krankhaft veränderter Gelenke. Eine Überlastung der Fußsohlenweichteile oder einzelner Fußpartien wird durch eine entsprechende Polsterung vermieden.

Indikationen

Einlagenversorgung vor allem im Erwachsenen- und Rentenalter, wenn eine Bettung mit gleichmäßiger und breitflächiger Lastumverteilung ohne Korrektur des Fußes angestrebt wird, etwa bei

- Knick-Senk-Spreizfuß, kontrakt
- Ballen-Hohlfuß
- rheumatischer Fuß
- angio-neuropathischen Fußveränderungen in Kombination mit Fußdeformitäten (z. B. Diabetischer Fuß, hier Risikogruppeneinstellung: Diabetes-adaptierte Einlage)
- statische Fußbeschwerden nach Frakturruhistellung

Schaleneinlagen (PG 08.03.03)

Schaleneinlagen sollen krankhafte Fußfehlformen und Fehlentwicklungen des Fußes aufhalten, den Fuß in die richtige Form und Funktion lenken sowie das Ergebnis von Korrekturoperationen am Fuß sichern. Sie werden aus starren, selbsttragenden Materialien nach Formabdruck des in Korrekturstellung gebrachten Fußes angefertigt.

Indikationen

Korrigierend wirkende Einlagenversorgung bei Kleinkindern ab dem Laufalter sowie Kindern und Jugendlichen bis Wachstumsende, etwa bei

- Klumpfuß nach Korrekturoperation
- kongenitalem Plattfuß
- Knickfuß
- kindlichem Knick-Plattfuß, nicht kompensierbar
- pathologischer Beinachsenentwicklung im Kindesalter bei Fußdeformierungen

Kontraindikation

- schlaffer kindlicher Knick-Plattfuß, im Zehenstand kompensiert

Einlagen mit Korrekturbacken (PG 08.03.04)

Einlagen mit Korrekturbacken sollen den Fuß während des Wachstums durch Druck auf bestimmte Fußteile gezielt in eine bestimmte Richtung lenken. Darüber hinaus können diese Einlagen dazu dienen, das Ergebnis von Korrekturoperationen am Fuß zu sichern. Sie werden aus starren, selbsttragenden Materialien nach Formabdruck des in Korrekturstellung gebrachten Fußes angefertigt.

Indikationen

Korrigierend wirkende Einlagenversorgung bei Kleinkindern ab dem Laufalter sowie Kindern und Jugendlichen bis Wachstumsende.

Drei-Backeneinlagen vor allem bei

- kindlichem Sichelfuß
- Zustand nach Klumpfußkorrektur

Einlagen mit Winkeln vor allem bei

- kongenitalem Plattfuß bei Kindern
- Valgus- oder Varusfehlstellung des kindlichen Rückfußes

Winkleinlagen vor allem bei

- kongenitalem Knick-Plattfuß bei Kleinkindern
- erheblichem, nicht kompensiertem Knickfuß des Kindes

Fersenschalen (PG 08.03.05)

Fersenschalen wirken Fehlstellungen der Ferse durch eine gezielte Korrektur entgegen. Sie werden aus starren, selbsttragenden Materialien nach Formabdruck des in Korrekturstellung gebrachten Fußes angefertigt.

Indikationen

Korrigierend wirkende Einlagenversorgung bei Kleinkindern ab dem Laufalter sowie Kindern und Jugendlichen bis Wachstumsende, vor allem bei

- nicht kompensiertem Knickfuß bei Kleinkindern

Stoßabsorber (Fersenkissen)/Verkürzungsausgleiche (PG 08.03.06)

Stoßabsorber dienen dazu, lokale Beschwerden des Ferseenauftrittsbereichs durch Spitzenstoßbelastungen abzufangen. Verkürzungsausgleiche dienen der Überbrückung von bestehenden Längendifferenzen.

Indikationen

Stoßabsorbierende Versorgung, etwa bei

- Apophysitis calcanei
- Achillodynie
- nach zementloser Endoprothesenversorgung (ca. in den ersten 12 Monaten postoperativ)
- nach Fersenbeinbruch
- Fersensporen
- Sprunggelenkarthrose
- Gonarthrose
- Coxarthrose
- Ileosakralarthrose
- caudale Zwischenwirbelgelenksarthrose

Indikationen

Stoßabsorbierende verkürzungsausgleichende Versorgung, etwa bei

- Beinlängendifferenz
- Beckenschiefstand
- auch verbunden mit Achillodynie

Einlagen in Sonderanfertigung (PG 08.03.07)

Diese Einlagen sind individuell hergestellte Einlagen, die auf der Grundlage eines speziellen Gipsabdruckes erstellt werden, eine Walk-Lederdecke sowie eine Kunststoff oder Metallverstärkung aufweisen und mit einem Unterleder ausgestattet sind. Einlagen in Sonderanfertigung sind nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig, wenn ein Rohling nicht verwendet werden kann bzw. eine Versorgung mit den vorgenannten Einlagen nicht möglich ist.

Indikationen

Außergewöhnlich ausgeprägte Krankheitsbilder und Fußdeformitäten in jedem Alter, etwa bei

- Knick-Plattfüßen
- Klumpfüßen nach Abschluss des Wachstums, auch zur postoperativen Versorgung
- sonstigen schweren, kontrakten Fußdeformitäten

→ Weitere Informationen auf: www.kvbawue.de
» Praxis » Verordnungen » Hilfsmittel



§ PEG-Sonden: Wirtschaftliche Verordnung ! der Verbandmaterialien

In besonderen Situationen ist das Legen einer PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie) erforderlich oder sogar lebensnotwendig, beispielsweise um Koma-Patienten mit spezieller Nahrung zu versorgen. Die richtige Versorgung mit einer PEG-Sonde und die wirtschaftliche Verordnung der notwendigen Verbandmaterialien ist Thema des nachfolgenden Textes. Er wurde in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erstellt.

Die meist langfristige Anwendung dieser Versorgungsform ist mit einer entsprechenden Wundversorgung verbunden: In den ersten zehn Tagen nach dem Legen der Sonde ist ein täglicher Verbandwechsel (VBW) erforderlich, anschließend ist dies zwei- bis dreimal pro Woche notwendig.

Bei dem Verbandwechsel wird die Magensonde etwas bewegt und gedreht, um ein Einwachsen der inneren Halteplatte an der Magenwand zu verhindern (Burried-Bumper-Syndrom). Weiterhin wird die Sondenaustrittsstelle desinfiziert, auf Entzündungsanzeichen hin überprüft und anschließend mittels Schlitzkompressen, Mullkompressen und einem Stretchpflaster wieder abgedeckt.

Für die Wundversorgung stehen auch verschiedene PEG-Verbandwechselsets zur Verfügung, welche die genannten Verbandstoffe (Schlitzkompressen, Mullkompressen und Fixierpflaster) beinhalten. Diese Verbandwechselsets sind für den Anwender zwar komfortabel, da ein Set zusammen verpackt und der gesamte Inhalt für einen Verbandwechsel zu verbrauchen ist. Wirtschaftlich betrachtet ist jedoch die Verordnung der einzelnen Verbandstoffe erheblich preisgünstiger, sodass allein durch eine Umstellung des Ordnungsverhaltens eine Einsparung von bis zu über 80 Prozent (je nach Produktauswahl) möglich ist.

In der Praxis kann es durchaus der Fall sein, dass Ärzte von Heimen und Pflegediensten aufgefordert werden, bestimmte Produkte zu verordnen. Da letzten Endes die Wirtschaftlichkeit in der Verantwortung des Arztes liegt, empfehlen wir Ihnen die Verordnung nach Wirtschaftlichkeitsgebot vorzunehmen.

Berechnungsbeispiel

PEG-Set versus Einzelbestandteile

Das nachfolgende Beispiel stellt die Kosten eines PEG-Verbandwechselsets¹ mit den jeweiligen im Set verwendeten Einzelbestandteilen vergleichend dar. Da alle Produkte vom gleichen Hersteller angeboten werden, ist diese Gegenüberstellung besonders repräsentativ.

In dem Beispiel sind die Stückkosten für einen Verbandwechsel sowie die Gesamtkosten für 15 Verbandwechsel abgebildet. Letzteres stellt in der Ordnungspraxis den Regelfall dar und entspricht dem Versorgungsbedarf von etwa einem Monat.

	Inhalt / Beschreibung	Verfügbare Menge	Vertragspreis ²	Stückkosten (für 1 VBW)	Gesamtkosten (für 15 VBW)
Vliwasoft Kompressen (PZN 06325571)	7,5 x 7,5 cm steril 4-fach	75 x 2	27,22 €		
Vliwasoft Schlitzkompressen (PZN 06868768)	7,5 x 7,5 cm steril 4-fach	50 x 2	32,51 €		
Vliwasoft Schlitzkompressen (PZN 09312511)	7,5 x 7,5 cm steril	25 x 2 ³	16,26 €		
Curafix H Fixierpflaster (PZN 07299663)	15 cm x 10 m	1 (83 St., je 15 x 12 cm)	38,57 €		
			114,56 €	1,53 €	22,95 €
PEG Verbandwechsel Set, steril (PZN 00647664)	<ul style="list-style-type: none"> • 2 Vliwasoft Kompressen 4-fach • 2 Vliwasoft Schlitzkompressen 4-fach • 1 Curafix-H Breitfixierpflaster 		119,76 €	7,98 €	119,76 €
			Einsparpotential:		81 %

¹Dieser Artikel ist nach Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg eines der am häufigsten verordneten Produkte dieser Produktgruppe im Abrechnungsjahr 2015 (Stand: Oktober 2015, Quelle: AOK Baden-Württemberg)

²Vertragspreise zwischen der AOK Baden-Württemberg und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) mit dem LAV Baden-Württemberg (Vertragspreise anderer Krankenkassen können abweichen). Quelle: Lauer-Taxe online, Datenstand: 15.10.2015

³Dieser Artikel wurde mit einberechnet, um die Gesamtmenge an die der Kompressen anzupassen.

Das Berechnungsbeispiel zeigt, dass die Verordnung der Einzelbestandteile ein enormes Einsparpotential von 81 Prozent ermöglicht. Trotz der größeren Menge ist die Verordnung der Einzelbestandteile bereits ab dem ersten Monat signifikant wirtschaftlicher und daher einer Verordnung von PEG-Sets vorzuziehen.

Diese Aussage gilt auch für die nächstgrößere Packung, die 30 PEG-Sets beinhaltet. Die Kosten und das errechnete Einsparpotential verhalten sich analog dem oben aufgeführten Beispiel.

Fazit

Die Verordnung der Einzelbestandteile ist trotz der größeren Packungsgrößen bereits ab dem ersten Verordnungsmonat deutlich wirtschaftlicher als die Verordnung einer Packung PEG-Sets.

Weitere Ansatzpunkte zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit

Verordnungen für HKP-Patienten

Um die Wirtschaftlichkeit zu steigern, haben die Krankenkassen in Baden-Württemberg individuelle Vereinbarungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege (HKP) getroffen. So sind beispielsweise bei den meisten Krankenkassen in Baden-Württemberg die Kosten für Fixierpflaster bei HKP-Patienten bereits durch die damit verbundene Kostenpauschale abgegolten. Eine Verordnung von Fixierpflastern ist daher in diesen Fällen nicht notwendig.

Die nachstehende Übersicht stellt die jeweiligen Regelungen der Krankenkassen in Baden-Württemberg für HKP-Patienten genauer dar:

Krankenkasse	Regelung bei HKP-Patienten
AOK Baden-Württemberg	Kosten für Fixierpflaster durch HKP-Kostenpauschale abgegolten
Barmer GEK	Kosten für Verbandmittel durch eine Hilfsmittel-Monatspauschale für PEG-Patienten abgegolten
BKK-Landesverband	Kosten für Fixierpflaster durch HKP-Kostenpauschale abgegolten
Ersatzkassen	Kosten für Fixierpflaster durch HKP-Kostenpauschale abgegolten
IKK classic	Kosten für Fixierpflaster durch HKP-Kostenpauschale abgegolten
Knappschaft	Keine Regelung im Bereich der häuslichen Krankenpflege
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	Kosten für Fixierpflaster durch HKP-Kostenpauschale abgegolten

Wirtschaftliche Auswahl der Verbandmaterialien

Auch die Auswahl der einzelnen Verbandmaterialien hat Auswirkung auf die Wirtschaftlichkeit: Da Vlieskompressen teurer sind als Mullkompressen, ist anzuraten, sofern es im Einzelfall medizinisch möglich ist, Mullkompressen anstelle von Vlieskompressen zu verordnen.

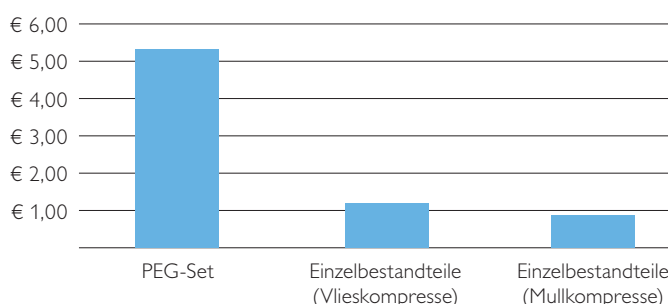
Durchschnittliche Kosten im Vergleich

Eine Durchschnittswerteberechnung* bestätigt das Ergebnis aus Beispiel 1:

	PEG-Set	Einzelbestandteile (Vlieskomprese)	Einzelbestandteile (Mullkomprese)
Durchschnittliche Stückkosten	5,65 €	1,60 €	1,25 €
Einsparpotential		72%	78%

*Datenbasis: Durchschnittswerte der 2015 mit der AOK Baden-Württemberg abgerechneten Produkte

Grafik: Durchschnittliche Stückkosten



Fazit

Die nachstehend aufgeführten Punkte sollten im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) bei Verordnungen für PEG-Patienten unbedingt berücksichtigt werden:

- Die Verordnung der Einzelbestandteile (Kompressen, Schlitzkompressen, Fixierpflaster) spart Kosten in Höhe von bis zu über 80% ein.
- Trotz der größeren Packungsgrößen ist die Verordnung der Einzelbestandteile bereits ab dem ersten Verordnungsmonat wirtschaftlich.
- Bei HKP-Patienten verschiedener Krankenkassen kann auf die Verordnung der Fixierpflaster verzichtet werden, da diese durch die damit verbundene Kostenpauschale im ambulanten Bereich abgegolten sind.
- Die Verordnung von Mullkompressen anstelle von Vlieskompressen erhöht weiterhin die Wirtschaftlichkeit.
- Die Kosten der Verbandsmittel fließen in das richtgrößenrelevante Verordnungsvolumen für Arzneimittel ein.

§ Neuerungen bei Muster 52 ! (AU-Bericht)

Haben Sie auch schon Exemplare des neuen Musters 52 vom Kohlhammer-Verlag zugeschickt bekommen? Und fragen sich, wann dieser Vordruck zum Einsatz kommt und wann Sie ihn ausfüllen müssen? Wir sagen es Ihnen.

Beim bisherigen Muster 52 („Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit“, Stand 07/2008) handelte sich um einen Vordruck, den die Kassen individuell gestalten abwandeln konnten. Das neue, seit 1. Januar 2016 gültige Muster-52-Formular hingegen ist ein mit allen Krankenkassen vereinbartes Formular im einheitlich gestalteten Layout.

Das Muster 52 muss seit dem 1. Januar 2016 in den Praxen vorgehalten werden, wird aber erst **auf Anfrage** der Krankenkasse vom Vertragsarzt ausgefüllt. Entsprechende Anfragen an den behandelnden Arzt sind frühestens nach einer kumulativen AU-Zeitdauer des Patienten von 21 Tagen zulässig. Anfragen, die den Arzt vor der kumulativen Zeitdauer von 21 Tagen erreichen, müssen nicht beantwortet werden.

Der Vertragsarzt teilt der Krankenkasse auf Anforderung in der Regel innerhalb von drei Werktagen die notwendigen Informationen auf dem vereinbarten Vordruck mit und fügt gegebenenfalls weitere relevante Befunde im verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse bei. Für die Rücksendung erhält er von der Krankenkasse einen Freiumschlag.

Für das Ausstellen des Berichts ist die GOP 01622 EBM berechnungsfähig.

In begründeten Ausnahmefällen sind auch weitergehende Anfragen der Krankenkasse möglich.

Literatur

- [1] Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband: 37. Änderung der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. April 1995. http://www.kbv.de/media/sp/02_Aenderungvereinbarung_01.01.2016.pdf (Zugriff am 11.12.2015)

Neues auf www.kvbawue.de

Um Sie über die wichtigsten Neuerungen zu unserer Homepage auf dem Laufenden zu halten, geben wir Ihnen hier einen aktuellen Überblick. Auf der Homepage finden Sie auch tagesaktuell die neuesten Nachrichten über Verordnungen und Vereinbarungen (siehe www.kvbawue.de » Praxis » Aktuelles).

Informationen des PEI zu Lieferengpässen von Impfstoffen

Die Liefersituation für etliche Impfstoffe entspricht momentan einer „Verwaltung des Mangels“. Wir haben deshalb auf www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Impfungen in der Linksammlung eine Verknüpfung zum Paul-Ehrlich-Institut (PEI) eingefügt.

Auf der verlinkten Seite des PEI finden Sie eine etwa wochenweise aktualisierte Übersicht zu Lieferengpässen von Impfstoffen auf der Basis von Informationen der Zulassungsinhaber. Bitte beachten Sie, dass sich dies nur auf die Lieferfähigkeit des Herstellers bezieht und nicht auf die möglicherweise noch verfügbaren Warenbestände bei pharmazeutischen Großhändlern oder Apotheken.

Neben einer Tabelle von derzeit generell nicht lieferbaren Impfstoffen befindet sich weiter unten auf der Seite eine Übersicht von Impfstoffen, bei denen nur einzelne Packungsgrößen von einem Engpass betroffen sind.

Darüber hinaus enthält die Seite eine Prognose, ab wann wieder mit einer Lieferbarkeit des jeweiligen Impfstoffs zu rechnen ist, sowie Handlungsempfehlungen für alternativ anzuwendende Impfstoffe.

→ Die Liste der Impfstoffe mit Lieferengpässen wird in der Regel jede Woche aktualisiert.



Aktualisierte Tabelle für Verordnungen bei sonstigen Kostenträgern

Auf der Seite www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Verordnungen: was, wie, wie viel? wurde die Tabelle „Zuzahlungen bei sonstigen Kostenträgern“ optisch und inhaltlich auf den neuesten Stand gebracht. Insbesondere bei den Asylbewerbern gab es in den letzten Monaten noch Regelungsbedarf, was die Zuzahlungspflicht bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer in Deutschland betrifft.

→ In der Übersichtstabelle finden Sie die aktuell gültigen Informationen.



Neues Abführmittel Naloxegol – aktualisierte Tabelle „Verschreibungsfrei vs. verschreibungspflichtig“

Mit Naloxegol (Moventig®) ist im August 2015 ein neues verschreibungspflichtiges Abführmittel auf den Markt gekommen – Anlass für uns, die Tabelle „Verschreibungsfrei vs. verschreibungspflichtig“ um diese Substanzklasse zu erweitern.

Moventig® ist nur für die Behandlung der Opioid-induzierten Obstipation bei Erwachsenen zugelassen, die unzureichend auf Laxanzien angesprochen haben [1]. Das aktuelle PDF-Dokument „Verschreibungsfrei vs. verschreibungspflichtig“ finden Sie auf www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel.

→ In der Übersichtstabelle finden Sie die aktuell gültigen Informationen.



[1] www.fachinfo.de (Zugriff am 23.11.2015)

Neue Therapieleitfäden online

Auf der Homepage (www.gpe-bw.de) der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen sind seit einigen Wochen verschiedene Therapieleitfäden und Therapiehinweise zur wirtschaftlichen und leitliniengerechten Arzneimitteltherapie verschiedener Krankheitsbilder (zum Beispiel Demenz, Schmerztherapie und Hepatitis C) online. Erarbeitet wurden diese Leitfäden gemeinsam von KVBW, Krankenkassen und den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen. Alle Leitfäden wurden mit den entsprechenden Berufsverbänden abgestimmt. **Arzneimitteltherapien, die diesen Behandlungskriterien entsprechen und deren Indikationsstellung, Kontrolle und notwendige Dauer patientenbezogen durch ausreichende Dokumentation nachgewiesen werden kann, gelten in der Regel als wirtschaftlich.**

Auf der Seite www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Verordnungen: was, wie, wieviel? finden Sie einen Link, mit dem Sie die Homepage der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen aufrufen können.

In eigener Sache

Leserbrief

Im Verordnungsforum 35 vom Juli 2015 hatten wir in dem Beitrag „Internistische Grunderkrankung und orthopädische Beschwerden: Wechselwirkungen von Arzneimitteln“ die unerwünschten Wirkungen häufig verschriebener Arzneimittel bei muskuloskeletalen Beschwerden bei gleichzeitig vorliegenden internistischen Erkrankungen in den Blick genommen. Einer unserer Leser wollte diese Auflistung um ein Beschwerdebild ergänzt wissen: Analgetika-Intoleranz vom Asthma-/Rhinitistyp bzw. vom Urtikaria-/Quincke-Typ. Er schreibt:

„Nach meiner langjährigen Erfahrung in mehreren Spezialambulanzen für schweres Asthma sowie in unserem „Netzwerkzentrum schweres Asthma“ in Stuttgart sehen wir das Auftreten entsprechender Beschwerden häufig. Statistisch kann anhand der Literatur sowie unserer eigenen Erfahrung von einem Risiko für Asthmatiker von ca. 1:100 ausgegangen werden, bei bestimmten Subgruppen des Asthmas (Intrinsic Asthma, häufig mit begleitender chronisch-polypöser Sinusitis) beträgt das Risiko für eine Analgetika-Intoleranz etwa 1:20 bis 1:40 (gehäuft bei Patienten osteuropäischer Herkunft).

Betroffene Patienten wissen häufig nichts von der Intoleranz, sind dann jedoch bei Einsatz von NSAR (sehr häufig aus orthopädischer Indikation!) hochgradig – und teilweise lebensbedrohlich – gefährdet.

Wir sehen in unserer täglichen Praxis, dass dieser Zusammenhang bei Kollegen anderer, nicht internistischer Fachrichtungen häufig noch zu wenig bekannt ist und deshalb anamnestisch und therapeutisch auch nicht entsprechend berücksichtigt wird.“

Dr. Rainer Ehmann, Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Pneumologie, Stuttgart

Die Redaktion bedankt sich für diese Ergänzung eines weiteren wichtigen Beschwerdebildes.

Glossar der Abkürzungen

ACE	angiotensin-converting enzyme
AG	Altersgruppe
ALS	amyotrophe Lateralsklerose
AMG	Arzneimittelgesetz
AMSP	Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASS	Acetylsalicylsäure
AU	Arbeitsunfähigkeit
AUC	area under the curve
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
CAPS	Cryopyrin-assoziiertes periodisches Syndrom
CHMP	Committee for Medicinal Products for Human Use
DDD	defined daily dose
DESS	Discontinuation-Emergent Signs and Symptoms
DPP-4	Dipeptidylpeptidase 4
EMA	European Medicines Agency
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
F	Familienangehöriger
FA	Facharzt
FDA	Food and Drug Administration
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
GLP-1	Glucagon-like peptide 1
HDL	high-density lipoprotein
HIV	human immunodeficiency virus
HKP	häusliche Krankenpflege
ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases-10 German modification

IPP	Induratio penis plastica
IVOM	intravitreale operative Medikamentenapplikation
KHK	koronare Herzkrankheit
LANR	lebenslange Arztnummer
LDL	low-density lipoprotein
LH-RH	Luteinisierendes-Hormon-Releasing Hormon
LHON	Lebersche Hereditäre Optikusneuropathie
M	Mitglied
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MS	Multiple Sklerose
NNRTI	nichtnukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren
NRTI	nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren
pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
PD	Pharmakodynamik
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PK	Pharmakokinetik
PROCAM	Prospective Cardiovascular Münster
R	Rentner
RAS	Renin-Angiotensin-System
RSV	respiratory syncytial virus
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SGLT-2	Sodium-glucose co-transporter 2
SNRI	Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor
SSB	Sprechstundenbedarf
SSRI	selektiver Serotonin-Reuptake-Inhibitor
TAV	Therapieallergene-Verordnung
TIA	transitorische ischämische Attacke
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkung

Verordnungsmanagement Ihre Ansprechpartner in der KVBW

Fragen zum Thema Einzelverordnungen

Verordnungsberatung Arzneimittel

Dr. Richard Fux 0711 7875-3663
Tanja Krummrein
Claudia Speier
Dr. Reinhild Trapp
Carina Wink

Verordnungsberatung Impfungen, Heil- und Hilfsmittel, Sonstiges

Susanne Maurer 0711 7875-3669
Angelika Mayer
Martina Mildenberger
Ute Seene
Diana Siegle

Sie erreichen uns auch per E-Mail:
verordnungsberatung@kvbawue.de

Fragen zum Thema Sprechstundenbedarf

Beate Bechtold 0711 7875-3660
Stephanie Brosch
Andrea Damm
Bettina Kemmler
Aikje Lichtenberger
Simone Schanz
Heidrun Single
Brigitte Weiss

Sie erreichen uns auch per E-Mail:
sprechstundenbedarf@kvbawue.de

Fragen zu Verordnungsstatistiken

Katrin Oswald 0711 7875-3114

Impressum

Verordnungsforum 37
Februar 2016

Herausgeber **KVBW**
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Kontakt verordnungsforum@kvbawue.de

Redaktion Dr. med. Norbert Metke (verantwortlich)
Dr. med. Richard Fux
Thomas Göckler
Swantje Middeldorff
Ute Noack
Karen Schmidt
Monica Sørum-Kleffmann
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp
Dr. med. Ewald Unteregger
Dr. med. Michael Viapiano

Autoren KVBW Dr. med. Richard Fux
Thomas Göckler
Dr. rer. nat. Petra Häusermann
Tanja Krummrein
Susanne Maurer
Karen Schmidt
Loredana Seibert
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp

Autoren extern Dr. med. Thomas Böhm, MDK Baden-Württemberg
Prof. Dr. med. Klaus Mörike, Universitätsklinikum Tübingen,
Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und
Toxikologie, Abteilung Klinische Pharmakologie
Susanne Schäferlein, AOK Baden-Württemberg

Erscheinungstermin Februar 2016

Anmerkung:

Über die Zusendung von Leserbriefen freuen wir uns. Allerdings können wir nicht jeden Beitrag veröffentlichen und nehmen eventuell Kürzungen vor. Für namentlich gekennzeichnete Artikel sind die Autoren verantwortlich. Sie stellen nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers dar.

Die Begriffe „Arzt“ und „Therapeut“ im Text stehen immer sowohl für die männliche als auch die weibliche Berufsbezeichnung.

Gestaltung VISCHER&BERNET GmbH

Layout und Satz Tanja Peters

Auflage 21.000

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefon 0711 7875-0
Telefax 0711 7875-3274