

Verordnungsforum 48

FEBRUAR 2019

NEUE RISIKOBEWERTUNG VON DICLOFENAC

ARZNEIMITTELVereinbarung 2019

HEILMITTEL-RICHTWERTE 2019

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

3	Vorwort	20	HEILMITTEL
4	ARZNEIMITTEL	20	_ Heilmittel-Richtwerte 2019
4	Pharmakologie	21	_ Wissenswertes zur Informationsstatistik Heilmittel
4	_ Diclofenac – Neues zum kardiovaskulären und gastrointestinalen Risiko	23	_ IRENA/ASP und parallele Heilmittel- verordnungen
5	Verordnungspraxis	25	SERVICE
5	_ Änderungen der Arzneimittel-Richtwert- systematik 2019	25	_ Neues auf www.kvbawue.de
10	_ Ziele in der Arzneimittelvereinbarung 2019	30	_ Fortbildungsveranstaltungen
15	_ Mischpreisbildung durch BSG bestätigt	33	_ Symposium ADHS
17	_ Verschreibungspflichtige Arzneimittel werden fälschungssicher	34	_ Richtigstellung „Harnwegsinfektionen“ (Verordnungsforum 47)
18	_ Substitutionsausschlussliste		

Hinweis:

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung entsprechen können. Die angegebenen Informationen und Empfehlungen wurden von den Autoren und der Redaktion mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und geprüft.

Der Leser ist aufgefordert, sich über den aktuellen Stand der Wissenschaft in Bezug auf die Thematik zu informieren, Fachinformationen zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren.

Über die Anwendung auf den Einzelfall entscheidet der behandelnde Arzt eigenverantwortlich.

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



Wissenschaft und Pharmakologie



Zahlen – Daten – Fakten



Wirtschaftliche Verordnung



Richtlinien und Bestimmungen

Vorwort



Ein gutes Stück voran

Auch in den härtesten politischen Auseinandersetzungen zeigt sich manchmal Vernunft. Zwar sind die vielen Eingriffe in die Organisation und Terminvergabe Ihrer Praxis, die Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Heftes plant, noch nicht vom Tisch. Doch hatte Spahn immerhin ein Einsehen, dass man wieder mehr für die Attraktivität der Niederlassung, die durch die Rahmenbedingungen deutlich gelitten hat, tun muss. In einem Änderungsantrag zum TSVG will er die gesetzlichen Regelungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung lockern.

Komplett abschaffen möchte er die Regresse zwar nicht, aber deutlich einschränken. So soll es bei den ärztlichen Leistungen (Labor, Röntgen, Hausbesuche etc.) künftig keine Zufallsprüfungen mehr geben; nur bei einem begründeten „Anfangsverdacht“ und auf Antrag einer Kasse soll eine Prüfung eingeleitet werden können. Als Verdachtsanlässe nennt der Änderungsantrag Fehlindikation, Ineffektivität, Qualitätsmängel und unangemessene Kosten. Außerdem räumt Spahn die Möglichkeit ein, dass KBV und GKV-Spitzenverband die Prüfkriterien direkt miteinander verhandeln. Generell sollen nur noch „höchstens“ zwei Prozent der Ärzte pro Quartal geprüft werden; bislang waren es „mindestens“ zwei Prozent.

Kommt es zu Nachforderungen bei den veranlassten Leistungen (Arznei- und Heilmittel), sind Begrenzungen vorgesehen. In Form einer Differenzschadensberechnung sollen von den Kosten der „unwirtschaftlichen Behandlungsweise“ die der „wirtschaftlichen Vergleichstherapie“ abgezogen werden. Dadurch reduziert sich der Nachforderungsbetrag deutlich. Das wäre die Umsetzung einer Forderung, die wir schon „ewig“ haben! Zudem soll die Frist für die Rückwirkung halbiert werden. Krankenkassen könnten Rückforderungen in der Regel dann nur noch für zwei Jahre geltend machen.

Dies alles sind gute erste Schritte – auch wenn unsere Maximalforderung, Regresse ganz abzuschaffen – noch nicht erfüllt ist. Glücklicherweise haben wir in Baden-Württemberg bereits vor zwei Jahren mit der Einführung der Richtwertsystematik für Arzneimittel ein System geschaffen, das praxisindividuellere Verordnungen möglich macht. Sie finden in diesem Heft die Neuerungen für 2019 zur Arzneimittel-Richtwertsystematik sowie die Vereinbarungen über die Ausgabenvolumina von Arznei- und Heilmitteln 2019. An den Ergebnissen können Sie ablesen, dass wir im Ländle immer gut mit den Krankenkassen zusammenarbeiten.

Wir bleiben am Ball. Auf politischer Ebene ebenso wie im steten Bemühen, Ihnen das Leben in den Praxen leichter zu machen. Wir möchten dafür sorgen, dass Sie auch in Zukunft das tun können, wofür Sie angetreten sind: Patienten versorgen. Dabei unterstützen wir Sie gern, nicht nur mit diesem Verordnungsforum!

Herzlichst Ihr

Dr. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstands

Diclofenac – Neues zum kardiovaskulären und gastrointestinalen Risiko

Obwohl Diclofenac schon seit den 1960er-Jahren auf dem Markt ist, gab es bisher nur wenig Studienergebnisse zum kardiovaskulären Risiko. Nun wurden dazu neue Erkenntnisse aus einer groß angelegten Kohortenstudie veröffentlicht.

Die Register-Infrastruktur Dänemarks ermöglichte eine vergleichende Kohortenstudie. Eine außergewöhnlich hohe Anzahl von 6,3 Millionen Patienten, die eine Verschreibung von Diclofenac, Paracetamol, Ibuprofen und Naproxen einlösten, wurde über einen Zeitraum von 1996 bis 2016 in diese Studie einbezogen und hinsichtlich kardiovaskulärer Ereignisse verglichen. Ausgeschlossen waren Patienten, die bereits eine kardiovaskuläre Vorerkrankung hatten.

Für größere unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse stieg das Risiko innerhalb von 30 Tagen nach Therapieeinleitung um 50 % bei Diclofenac im Vergleich zu Patienten ohne NSAIDs, um 20 % im Vergleich zu Ibuprofen- oder Paracetamol- bzw. um 30 % im Vergleich zu Naproxen-Verwendern. Das erhöhte Risiko wurde beobachtet für Vorhofflimmern oder -flattern, ischämischen Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt und kardiovaskulären Tod, und zwar bei beiden Geschlechtern jeden Alters und auch bei niedrigen Diclofenac-Dosen.

Der Blick auf das jeweilige **absolute** Risiko zeigt, dass es – trotz dieser Erhöhung des **relativen** Risikos – noch immer niedrig bleibt. Die unerwünschten kardiovaskulären Ereignisse innerhalb von 30 Tagen traten bei 0,10 % der Patienten, die eine Diclofenac-Verschreibung erhalten hatten, auf. Die entsprechenden Häufigkeiten betragen für Ibuprofen 0,07 %, für Naproxen 0,07 %, für Paracetamol 0,13 % bzw. für Patienten ohne NSAIDs 0,07 %. Die entsprechenden Ereignisraten pro 100 Personenjahre betragen 1,29 für Diclofenac-, 0,91 für Ibuprofen-, 0,85 für Naproxen-, 1,53 für Paracetamol-Verwender bzw. 0,83 für Patienten ohne NSAIDs.

Auch obere gastrointestinale Blutungen wurden in dieser Studie analysiert. Deren Risiko – innerhalb von 30 Tagen nach Therapiebeginn – war unter Diclofenac ähnlich wie unter Naproxen, jedoch deutlich höher als mit keinem NSAID bzw. unter Paracetamol oder Ibuprofen [4].

Welche Schlussfolgerungen sind zu ziehen?

In Zukunft sollte bei der Therapie mit Diclofenac neben den gastrointestinalen und renalen auch auf die kardiovaskulären Risiken geachtet werden. Nach den Studienergebnissen trifft das auch auf Patienten ohne kardiovaskuläre Erkrankungen zu.

In der Gesamtbetrachtung gibt es wenig Anlass, Diclofenac gegenüber anderen traditionellen NSAIDs zu bevorzugen.

Pharmakologisches Profil von Diclofenac

Den interessierten Leser verweisen wir auf unseren Artikel „Coxibe – die besseren NSAIDs in der Schmerztherapie?“ im Verordnungsforum 44 (Januar 2018) [1], in dem wir auf das Wirksamkeits- und Verträglichkeitsprofil von NSAIDs im Allgemeinen und von Coxiben im Speziellen eingegangen sind. Von Bedeutung ist insbesondere die Coxib-ähnliche COX-2-Selektivität von Diclofenac [2], die mit dem kardiovaskulären Risiko in Verbindung gebracht wird, sowie der Rote-Hand-Brief von 2013 [3].

Literatur

- [1] Coxibe – die besseren NSAIDs in der Schmerztherapie? Verordnungsforum 2018; 44: 4–15
- [2] Grosser T, Fries S, FitzGerald GA: Biological basis for the cardiovascular consequences of COX-2 inhibition: therapeutic challenges and opportunities. J Clin Invest 2006; 116(1): 4–15
- [3] Zulassungsinhaber von Diclofenac enthaltenden Arzneimitteln: Diclofenac – neue Kontraindikationen und Warnhinweise nach europaweiter Überprüfung der kardiovaskulären Sicherheit (Rote-Hand-Brief vom 15. Juli 2013). <https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/RHB/Archiv/2013/20130715.pdf>
- [4] Schmidt M, Sørensen HT, Pedersen L: Diclofenac use and cardiovascular risks: series of nationwide cohort studies. BMJ 2018; 362: k3426

§ Änderungen der Arzneimittel- ! Richtwertsystematik 2019

Mit dem Verordnungsjahr 2019 wird die Richtwertsystematik nun bereits das dritte Jahr in Folge fortgeführt. Um die aktuelle Versorgungsrealität in der Systematik abzubilden, erfolgen jährliche Änderungen, die mit den Krankenkassen vereinbart werden. Für 2019 waren das unter anderem Anpassungen innerhalb der Arzneimittel-Therapiebereiche (AT) sowie im exRW-Bereich.

Zur Erinnerung: Grundlagen der Richtwertsystematik

Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen werden anhand ihres zugelassenen Indikationsgebiets zu **Arzneimittel-Therapiebereichen (AT)** zusammengefasst. So sind dem AT 17 „Antidepressiva“ zum Beispiel Fluoxetin und Citalopram zugeteilt. Wirkstoffe, die keinem indikationsspezifischen AT zugeteilt sind, werden dem AT „Rest“ zugeordnet.

Weiterhin gibt es Wirkstoffe, die in den **exRW-Bereich** fallen. Das sind Wirkstoffe, die meist zur Behandlung schwerwiegender oder seltener Erkrankungen angewendet werden und deren Verordnungen häufig bereits bei einem indikationsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz zu erheblichen Kosten führen. Die Kosten für diese Verordnungen fließen bei keiner Richtwertgruppe in die statistische Richtwertprüfung ein. Es kann allerdings eine Prüfung im Einzelfall, insbesondere über die Indikationsstellung sowie die Verordnungsmenge, eingeleitet werden. Grundsätzlich ist eine wirtschaftliche Therapieauswahl zu beachten.

➔ Die Zuordnung der Wirkstoffe zu den AT (ohne AT „Rest“) und zum exRW-Bereich kann anhand einer unterjährig aktualisierten Wirkstoffliste nachvollzogen und auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte eingesehen werden.

Die verschiedenen AT werden je nach Versorgungsspektrum den unterschiedlichen Fachgruppen (innerhalb der Richtwertsystematik als Richtwertgruppen bezeichnet) zugeordnet. Unterschiedliche Richtwertgruppen haben somit auch eine unterschiedliche Anzahl an AT zur Verfügung. Ver-

ordnet ein Arzt ein Arzneimittel aus einem AT, der seiner Richtwertgruppe nicht zur Verfügung steht, gehen diese Verordnungen in den AT „Rest“ ein.

Für jeden zugeteilten AT wird der spezifische Durchschnittswert der Richtwertgruppe in Euro, der **AT-Richtwert**, zwischen der KVBW und den gesetzlichen Krankenkassen vereinbart. Die Werte werden auf Basis der aktuellsten vorhandenen Verordnungsdaten für ein Kalenderjahr berechnet. Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsspektren haben verschiedene Richtwertgruppen auch unterschiedliche AT-Richtwerte zur Verfügung.

➔ Eine vollständige Darstellung, welche Arzneimittel-Therapiebereiche welchen Richtwertgruppen zugeordnet sind, findet sich in der Matrix auf den Seiten 8-9. Die AT-Richtwerte sind auch auf der Homepage unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte zu finden.

Aus den mit den Vertragspartnern verhandelten AT-Richtwerten berechnet die KVBW den **unterjährigen praxisindividuellen Richtwert (PiRW^{KV})**. Dieser bildet die aktuelle Morbidität der individuellen Praxis im jeweiligen Verordnungsjahr ab und wird quartalsweise neu berechnet (Basis sind vorliegende Verordnungsdaten der KVBW). Multipliziert man diesen mit der Anzahl der Verordnungspatienten (jeder Patient, der mindestens eine Verordnung aus einem AT erhält), so ergibt sich das **unterjährige praxisindividuelle Richtwertvolumen^{KV}**, das zum Abgleich mit dem vom Arzt veranlassten Verordnungsvolumen herangezogen wird. Daraus lässt sich dann wiederum ableiten, ob es wahrscheinlich ist, dass die Prüfungsstelle ein Prüfverfahren einleiten wird.

Die Werte werden den verordnenden Ärzten vierteljährlich in der Frühinformation Arzneimittel ausgewiesen. Der unterjährige PiRW^{KV} kann in das PVS-System eingetragen werden.

Bevor allerdings der erste unterjährige PiRW^{KV} für das Verordnungsjahr 2019 zur Verfügung steht (ca. Mitte Mai),

erhalten die Ärzte den **projizierten praxisindividuellen Richtwert^{KV} (projizierter PiRW^{KV})**. Dieser Wert wurde auf Grundlage der individuellen Verordnungsdaten der ersten drei Quartale 2018 unter Berücksichtigung der neuen AT-Richtwerte des Jahres 2019 berechnet.

→ Der projizierte PiRW^{KV} ist nur im Mitgliederportal einsehbar. Sie finden diesen zusammen mit den 2019 geltenden AT-Richtwerten unter: [Dokumentenarchiv](#) » [Aktentyp Verordnungsmanagement](#) » [Quartal 3/2018](#) » [Reiter: Informationen zur Richtwertsystematik](#) » [Unterlage: Projizierter praxisindividueller Richtwert](#)

Änderungen 2019

Wirkstoffzuordnung zu den AT

Mit den Krankenkassen konnte für das Verordnungsjahr 2019 vereinbart werden, dass die Wirkstoffe Benralizumab, Mepolizumab, Omalizumab und Reslizumab dem AT 28 „Mittel bei Autoimmunerkrankungen, Biologicals und Sonstige“ zugeordnet werden (bis 2018: AT 32 „Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen“). Demzufolge stehen den Richtwertgruppen mit dem AT 28 auch höhere AT-Richtwerte bei der Verordnung dieser Wirkstoffe zur Verfügung.

Weiterhin wurden Wirkstoffe aus einzelnen AT entfernt und dem exRW-Bereich zugeordnet.

Im Folgenden finden Sie alle strukturellen Anpassungen und Namensänderungen.

Tabelle 1: Übersicht zu strukturellen Änderungen und Anpassungen

Arzneimittel-Therapiebereich (AT)	Änderung von 2018 zu 2019
AT 3 „Antimykotika, systemisch“	Anidulafungin wurde aus dem AT 3 entfernt und dem exRW-Bereich „Definierte Infektionskrankheiten“ zugeordnet.

Arzneimittel-Therapiebereich (AT)	Änderung von 2018 zu 2019
AT 11 „Antikoagulantien, oral“	Die Wirkstoffe Argatroban, Bivalirudin, Desirudin und Lepirudin wurden aus dem AT 11 entfernt und dem exRW-Bereich „i.v./s.c. Thromboseprophylaxe und -therapie“ zugeordnet.
AT 32 „Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen“	Die Wirkstoffe Benralizumab, Mepolizumab, Omalizumab und Reslizumab , wurden aus dem AT 32 entfernt und dem AT 28 „Mittel bei Autoimmunerkrankungen, Biologicals und Sonstige“ zugeordnet.
AT 34 „Mittel zur Behandlung der Osteoporose“	Der Wirkstoff Parathyroidhormon wurde aus dem AT 34 entfernt und dem exRW-Bereich „Definierte Stoffwechselerkrankungen und Enzymdefekte“ zugeordnet.
AT 43 „Gestagene/Estrogene“	Präparate mit dem Wirkstoff Progesteron und einer Zulassung zur Anwendung im Rahmen einer assistierten Reproduktionstherapie (ART) wurden aus dem AT 43 entfernt und dem exRW-Bereich „Ovulationsauslöser/Fertilitätsbehandlung“ zugeordnet.
AT 46 „Gallen- und Lebertherapeutika“	Der Wirkstoff Chenodesoxycholsäure wurde aus dem AT 46 entfernt und dem exRW-Bereich „Definierte Stoffwechselerkrankungen und Enzymdefekte“ zugeordnet.
AT 54 „Mittel bei Durchfallerkrankungen und Übelkeit“	Namensänderung, neue Bezeichnung ab 2019: AT 54 „Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen“

Änderungen im exRW-Bereich

- Aufnahme weiterer Wirkstoffe aus einzelnen AT (siehe Tabelle 1)
- Neuaufnahme des exRW-Bereichs „Kurzdarmsyndrom“, welchem der Wirkstoff Teduglutid zugeordnet wurde (vorher im exRW-Bereich „Parenterale Ernährung“)
- Umsteuerung des Wirkstoffs Nintedanib zur Behandlung der idiopathischen Lungenfibrose aus dem exRW-Bereich „Onkologie“ in den exRW-Bereich „Idiopathische Lungenfibrose“
- Erweiterung des exRW-Bereichs „Autosomal-dominante polyzystische Nierenerkrankung (ADPN)“ um die Bezeichnung „Syndrom der inadäquaten Sekretion des antidiuretischen Hormons (SIADH)“

- Ergänzung des exRW-Bereichs „i.v./s.c. Thromboseprophylaxe“ um die Thrombostherapie
- Für eine bessere Übersicht wurden einzelne Bereiche zu größeren zusammengefasst (siehe Tabelle 2). Weitere Konsequenzen resultieren daraus nicht.

Tabelle 2: Zusammenführung von exRW-Bereichen

Die Tabelle gibt nur die neu zusammengefassten exRW-Bereiche wieder.

exRW-Bereich Neue Bezeichnung ab 2019	Bisherige exRW-Bereiche, die ab 2019 in den größeren Bereichen aufgehen
Sonstige definierte Stoffwechsel- erkrankungen und Enzymdefekte	Akromegalie, Alpha-1-Proteinaseinhibitormangel, Carnitinmangel, Cystinose, Enzymmangelerkrankungen, Erythropoetische Protoporphyrinurie (EPP), Familiäre, homo- und heterozygote Hypercholesterinämie, Homocystinurie, Hyperammonämie, Hyperphenylalaninämie, Krisen akuter hepatischer Porphyrien, Morbus Cushing, Morbus Fabry, Morbus Gaucher, Morbus Wilson, Mukoviszidose, Stoffwechselstörungen des Harnstoffzyklus, Transthyretin-Amyloidose, Tyrosinämie Typ 1
Definierte Erkrankungen des hämatopoetischen und Immunsystems	Anaphylaxie, Chronische immunthrombozytopenische Purpura (ITP), Cryopyrin-assoziierte periodische Syndrome (CAPS), Gerinnungsstörung, Hereditäres Angioödem, Immunsera und Immunglobuline inkl. RSV-Prophylaxe, Lambert-Eaton-Myasthenisches Syndrom, Morbus Castleman, Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH), Primäre biliäre Cholangitis, Thrombozytopenie bei HCV-Infektion, schwere aplastische Anämie
Definierte Erkrankungen des zentralen und peripheren Nerven- systems	Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Chorea Huntington, Lebersche hereditäre Optikusneuropathie (LHON), Multiple Sklerose – Reserve

exRW-Bereich Neue Bezeichnung ab 2019	Bisherige exRW-Bereiche, die ab 2019 in den größeren Bereichen aufgehen
Definierte Infektions- krankheiten	Hepatitis, HIV, Initial- und Erhaltungstherapie der Cytome- galievirus-Retinitis, Reserve-Antimykotika

sungen in einzelnen AT bzw. exRW-Bereichen ab 2019

AT-Richtwerte

Die für 2019 geltenden AT-Richtwerte wurden auf Basis der aktuellsten vorhandenen Verordnungsdaten für jede Richtwertgruppe neu berechnet und gelten für jedes Quartal im Verordnungsjahr 2019. Dabei wurden aktuelle Marktentwicklungen wie zum Beispiel geänderte Festbeträge berücksichtigt. Die vermehrte Indikation von direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK) führte beispielsweise dazu, dass der AT-Richtwert bei Hausärzten um knapp 10 Prozent gestiegen ist und vereinbart werden konnte.

AT-Zuordnung zu einzelnen Richtwertgruppen

Der bisherige Aufbau der Systematik spiegelt das Versorgungsspektrum der einzelnen Richtwertgruppen gut wider. Aufgrund dessen ergaben sich für das Jahr 2019 nur wenige Änderungen. Den Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie wird ab 2019 der AT 49 „Mittel zur Eisen-substitution“ zugeteilt. Entfernt wurde der AT 47 „Digestiva inkl. Enzyme“ in der Richtwertgruppe der Pneumologen und der AT 58 „Spezifische Immuntherapie“ bei den Internisten ohne Schwerpunkt. Diese Bereiche waren in der jeweiligen Richtwertgruppe statistisch nicht relevant.

Die Zuordnung der AT zu den verschiedenen Richtwertgruppen ist in der folgenden Übersicht (Matrix) dargestellt.

➔ Alle wichtigen Informationen finden Sie hier:
www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel
» Richtwerte

Übersicht (Matrix) über Richtwertgruppen und zugeordnete Arzneimittel-Therapiebereiche (AT)

- Stand 2018/2019
- Aufnahme ab 2019
- Wegfall ab 2019

Bezeichnung des AT ab 2019 geändert

	012 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung	041 FA Augenheilkunde	071 FA Chirurgie	101 FA Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	131 FA Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	161 FA Haut- u. Geschlechtskrankheiten	191 FA Innere Medizin, ohne Schwerpunkt	192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten u. Praktische Ärzte)	193 FA Innere Medizin, SP Kardiologie	194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie	195 FA Innere Medizin, SP Hämatologie u. Onkologie	196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	197 FA Innere Medizin, SP Gastroenterologie	198 FA Innere Medizin, SP Pneumologie u. Lungenärzte	199 FA Innere Medizin, SP Endokrinologie	200 FA Innere Medizin, SP Angiologie	231 FA Kinderheilkunde (hausärztlich u. fachärztlich)	381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen u. Psychiater)	383 FA Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	441 FA Orthopädie	561 FA Urologie	
1 Antibiotika, oral / intestinal / nasal / parenteral																						
2 Virustatika, systemisch																						
3 Antimykotika, systemisch																						
4 Antibiotika / Antimykotika / Corticosteroide / Sonstige, topisch																						
5 Antiinfektiva / Antiseptika, gynäkologisch																						
6 Antiinfektiva / Antiphlogistika / Sonstige, Auge / Ohr																						
7 Virustatika am Auge																						
8 Antiparasitäre Mittel																						
9 Mittel bei kardiovaskulären Erkrankungen																						
10 Mittel bei Fettstoffwechselstörungen																						
11 Antikoagulanzen, oral																						
12 Thrombozytenaggregationshemmer, exklusive Heparine																						
13 Mittel bei Multipler Sklerose																						
15 Antiparkinsonmittel																						
16 Antipsychotika																						
17 Antidepressiva																						
18 Antiepileptika																						
19 Mittel bei Demenz																						
20 Mittel bei ADHS																						
21 Mittel bei Migräne und Schmerzen WHO Stufe I																						
22 Mittel bei Schmerzen WHO Stufe II																						
23 Mittel bei Schmerzen WHO Stufe III																						
24 Anästhetika zur Injektion																						
25 Botulinumtoxin																						
26 Muskelrelaxanzen (ohne Botulinumtoxin)																						
27 Mittel bei Autoimmunerkrankungen, system. Basistherapie																						
28 Mittel bei Autoimmunerkrankungen, Biologicals und Sonstige																						
29 Antidiabetika – Patienten ohne Insulin																						
30 Antidiabetika – Patienten mit basal unterstützter oraler Diabetestherapie (Typ 2 BOT) oder konventioneller Insulintherapie (Typ 1 CIT)																						
31 Antidiabetika – Patienten mit intensivierter konventioneller Insulintherapie (ICT Typ 1 / 2)																						
32 Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen																						
33 Mittel bei pulmonaler Hypertonie (PAH)																						

	012 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung	041 FA Augenheilkunde	071 FA Chirurgie	101 FA Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	131 FA Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	161 FA Haut- u. Geschlechtskrankheiten	191 FA Innere Medizin, ohne Schwerpunkt	192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten u. Praktische Ärzte)	193 FA Innere Medizin, SP Kardiologie	194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie	195 FA Innere Medizin, SP Hämatologie u. Onkologie	196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	197 FA Innere Medizin, SP Gastroenterologie	198 FA Innere Medizin, SP Pneumologie u. Lungenärzte	199 FA Innere Medizin, SP Endokrinologie	200 FA Innere Medizin, SP Angiologie	231 FA Kinderheilkunde (hausärztlich u. fachärztlich)	381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen u. Psychiater)	383 FA Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	441 FA Orthopädie	561 FA Urologie	
34 Mittel zur Behandlung der Osteoporose																						
35 Schilddrüsentherapeutika																						
36 Hypophysen- und Hypothalamushormone																						
37 Wachstumsfaktoren für die Bildung roter Blutkörperchen																						
38 Wachstumshormone																						
39 Nebenschilddrüsen-Antagonisten																						
40 Corticosteroide, systemisch																						
41 Corticosteroide, nasal																						
42 Androgene																						
43 Gestagene / Estrogene																						
44 Kontrazeptiva																						
45 Mittel bei säurebedingten Erkrankungen																						
46 Gallen- und Lebertherapeutika																						
47 Digestiva inklusive Enzyme																						
48 Vitamine und Mineralstoffe																						
49 Mittel zur Eisensubstitution																						
50 Mittel gegen Obstipation																						
51 Mittel zur Diagnosevorbereitung																						
52 Mittel bei Hyperkaliämie und Hyperphosphatämie																						
53 Spezielle Diätetika nach AM-RL																						
54 Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen																						
55 Stomatologika																						
56 Mittel zur modernen Wundbehandlung																						
57 Sonstige Wundbehandlung																						
58 Spezifische Immuntherapie																						
59 Mittel bei Erkältungskrankheiten und Antiallergika																						
60 Mittel zur Glaukombehandlung																						
61 Mittel bei Harninkontinenz																						
62 Mittel bei benigner Prostatahyperplasie																						
63 Mittel bei Psoriasis, topisch																						
64 Mittel bei Ekzemen, Reserve																						
65 Mittel bei aktinischer Keratose / antihyperproliferative Mittel																						
66 Mittel bei Akne																						
67 Rezepturen, nicht parenteral																						

§ Ziele in der Arzneimittelvereinbarung 2019



In Baden-Württemberg sind die Zielvereinbarungen an die aktuelle Arzneimittel-Richtwertsystematik angepasst und jeweils einem bestimmten Arzneimittel-Therapiebereich (AT) nach der geltenden Richtwertvereinbarung zugeordnet. Das Erreichen der Zielvorgaben stellt nur eine Hilfestellung dar, den jeweiligen AT-Richtwert einzuhalten.

Für das Verordnungsjahr 2019 gab es Änderungen bei der Höchstquotenregelung im AT 10 „Anteil ezetimibhaltiger Arzneimittel“. Dieses Ziel wurde für die Internisten mit den Schwerpunkten Endokrinologie und Angiologie neu eingeführt.

Das Ziel zur Einhaltung der Mindestquotenregelung im AT 20 „Anteil an generischem Methylphenidat“ wurde für alle Richtwertgruppen gestrichen.

Außerdem wurde die Mindestquotenregelung im AT 28 „Anteil Biosimilars“ angepasst. Zur Berechnung der Zielerreichung werden ab 2019 nur noch die Wirkstoffe aus dem AT 28 herangezogen, für die sich Biosimilars auf dem Markt befinden.

Zielvereinbarungen

Höchstquotenregelungen

Ezetimib und Statine im AT 10

Das Ziel dieser Höchstquotenregelung ist die Reduktion des Anteils ezetimibhaltiger Arzneimittel an der Gesamtmenge aus ezetimib- und statinhaltigen Arzneimitteln (inkl. Kombinationen).

Tabelle 1: Höchstquotenregelungen Ezetimib und Statine im AT 10

Datenbasis: Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V - Istwert MDK 2017 / KVBW 1. Hj. 2018

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2019 Anteil der AT-Fälle
Ezetimib und Statine (inkl. Kombinationen) im AT 10	Anteil ezetimibhaltiger Arzneimittel		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
191 FA Innere Medizin, ohne Schwerpunkt		6,35 %	≤ 4 %
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten u. Praktische Ärzte)			
194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie			
193 FA Innere Medizin, SP Kardiologie		15,38 %	≤ 8 %
199 FA Innere Medizin, SP Endokrinologie			
200 FA Innere Medizin, SP Angiologie			
<i>Atorvastatin; Ezetimib; Fluvastatin; Lovastatin; Pitavastatin; Pravastatin; Rosuvastatin; Simvastatin; (auch Kombinationen)</i>			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

Zur wirtschaftlichen Therapie der Fettstoffwechselstörung im AT 10 ist weiterhin die Einschränkung in Nummer 35 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie zu beachten. Lipidsenker sind demnach nur bei bestehender vaskulärer Erkrankung (KHK, Schlaganfall/TIA, pAVK) sowie bei hohem kardiovaskulärem Risiko (über 20 Prozent Ereignisrate/10 Jahre auf der Basis der zur Verfügung stehenden Risikokalkulatoren) verordnungsfähig. Für Patienten ohne vaskuläre Erkrankung und ohne hohes Risiko hinsichtlich eines kardiovaskulären Ereignisses (im Sinne der Richtlinie) ist die Verordnungsfähigkeit lipidsenkender Arzneimittel ausgeschlossen.

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].

Analgetika WHO Stufe I im AT 21

Das Ziel dieser Höchstquotenregelung ist die Reduktion des Anteils der Coxibe an der Gesamtmenge der Analgetika WHO Stufe I.

Tabelle 2: Höchstquotenregelungen Analgetika WHO Stufe I im AT 21

Datenbasis: Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V - Istwert MDK 2017 / KVBW 1. Hj. 2018

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2019 Anteil der AT-Fälle
Analgetika WHO Stufe I im AT 21	Anteil Coxibe		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
071 FA Chirurgie		3,80 %	≤ 3 %
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten u. Praktische Ärzte)			
441 FA Orthopädie			
<i>Acetofenac; Acemetacin; Acetylsalicylsäure; Acetylsalicylsäure (Kombinationen exkl. Psycholeptika); Aconitum; Almotriptan; Celecoxib; Dexibuprofen; Dextetoprofen; Diclofenac; Diclofenac (Kombinationen); Eletriptan; Ergotamin; etherische Öle; Etofenamat; Etoricoxib; Flupirtin; Frovatriptan; Glucosamin; homöopathische/anthroposophische Analgetika und Antipyretika und Kombinationen; homöopathische Migränemittel und Kombinationen; Ibuprofen; Indometacin; Ketoprofen; Lysin-Acetylsalicylat; Meloxicam; Metamizol-Natrium; Metoclopramid und Paracetamol; Nabumeton; Naproxen; Naproxen und Esomeprazol; Naratriptan; Natriumpangamat; Oxaceprol; Paracetamol; Paracetamol (Kombinationen exkl. Psycholeptika); Paracetamol (Kombinationen mit Coffein); Parecoxib; Phenazon; Phenylbutazon; Piroxicam; Proglumetacin; Propyphenazon; Rizatriptan; Sumatriptan; Tiaprofensäure; Topiramat; Zolmitriptan</i>			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

Mindestquotenregelungen

Renin-Angiotensin-System(RAS)-Kombinationen im AT 9

Das Ziel dieser Mindestquotenregelung ist die Erhöhung des Anteils der generischen ACE-Hemmer-Kombinationen an der Gesamtmenge der RAS-Kombinationen.

Tabelle 3: Mindestquotenregelungen Renin-Angiotensin-System(RAS)-Kombinationen im AT 9
Datenbasis: Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V - Istwert MDK 2017 / KVBW 1. Hj. 2018

Wirkstoffgruppe im AT	KenngroÙe	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2019 Anteil der AT-Fälle
Renin-Angiotensin-System(RAS)-Kombinationen im AT 9	Anteil ACE-Hemmer-Kombinationen generisch		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
191 FA Innere Medizin, ohne Schwerpunkt		44,49 %	≥ 50 %
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten u. Praktische Ärzte)			
193 FA Innere Medizin, SP Kardiologie			
194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie			
199 FA Innere Medizin, SP Endokrinologie			
200 FA Innere Medizin, SP Angiologie			
<i>Aliskiren und Hydrochlorothiazid; Benazepril und Hydrochlorothiazid; Candesartan und Amlodipin; Candesartan und Hydrochlorothiazid; Captopril und Hydrochlorothiazid; Cilazapril und Hydrochlorothiazid; Delapril und Manidipin; Enalapril und Hydrochlorothiazid; Enalapril und Lercanidipin; Enalapril und Nitrendipin; Eprosartan und Hydrochlorothiazid; Fosinopril und Hydrochlorothiazid; Irbesartan und Hydrochlorothiazid; Lisinopril und Hydrochlorothiazid; Losartan und Amlodipin; Losartan und Hydrochlorothiazid; Moexipril und Hydrochlorothiazid; Olmesartanmedoxomil und Amlodipin; Olmesartanmedoxomil und Hydrochlorothiazid; Olmesartanmedoxomil, Amlodipin und Hydrochlorothiazid; Perindopril und Amlodipin; Perindopril, Amlodipin und Indapamid; Perindopril und Indapamid; Quinapril und Hydrochlorothiazid; Ramipril und Amlodipin; Ramipril und Felodipin; Ramipril und Hydrochlorothiazid; Ramipril und Piretanid; Telmisartan und Amlodipin; Telmisartan und Hydrochlorothiazid; Trandolapril und Verapamil; Valsartan und Amlodipin; Valsartan und Hydrochlorothiazid; Valsartan, Amlodipin und Hydrochlorothiazid; Valsartan und Sacubitril; Zofenopril und Hydrochlorothiazid</i>			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

Beim Ziel „Anteil ACE-Hemmer-Kombinationen generisch“ im AT 9 sollten bevorzugt generische Kombinationspräparate mit ACE-Hemmern verordnet werden. Insbesondere die fixen Kombinationen aus Angiotensin-I-Antagonisten

mit anderen Wirkstoffen wie beispielsweise Diuretika und Calciumantagonisten sollten unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nur in begründeten Ausnahmefällen verordnet werden.

Anteil der Biosimilars am biosimilarfähigen Markt

Das Ziel dieser Mindestquotenregelung ist die Erhöhung des Anteils der Biosimilars am biosimilarfähigen Markt der Biologicals (AT 28).

Tabelle 4: Mindestquotenregelungen Anteil der Biosimilars am biosimilarfähigen Markt

Datenbasis: Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V - Istwert MDK 2017 / KVBW 1. Hj. 2018

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2019 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 28	Anteil Biosimilars am biosimilarfähigen Markt		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie		25,33 %	≥ 35 %
197 FA Innere Medizin, SP Gastroenterologie		15,23 %	≥ 32 %
<i>Adalimumab; Etanercept; Infliximab; Rituximab</i>			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

Zum Erreichen des Zieles bezüglich des Anteils von Biosimilar-Verordnungen hat die KVBW mit den Krankenkassen Folgendes vertraglich vereinbart: Im Bereich der biologisch-technisch hergestellten Arzneimittel (Biologicals) führen Patentabläufe und die Zulassung von Biosimilars zu einem Wettbewerb mit teils erheblichen Preissenkungen. Daher sollten, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) Rechnung zu tragen, – wie mit den Krankenkassen vereinbart und auch wenn es Rabattverträge mit dem Erstanbieter gibt – bevorzugt preisgünstige Biosimilars verordnet werden. Sollten bei Biosimilars ebenfalls Rabattverträge existieren, sollten diese bevorzugt bedient werden.

Da keine der bekannten randomisierten und nicht randomisierten Studien, die die Umstellung einer laufenden biologischen Therapie auf ein Biosimilar untersucht haben, einen (signifikanten) Unterschied hinsichtlich der Wirksamkeit oder Verträglichkeit zwischen Biosimilar und Original-Biological feststellen konnten, kann davon ausgegangen werden, dass Biosimilars und Original-Biologicals therapeutisch gleichwertig sind [2]. Patienten können daher unter Berücksichtigung der Zulassung für die zu behandelnde Erkrankung, der Verfügbarkeit einer passenden Einzeldosisstärke und einer für die Behandlung geeigneten Darreichungsform auf ein Biosimilar ein- beziehungsweise umgestellt werden.

Analgetika WHO Stufe III im AT 23

Das Ziel dieser Mindestquotenregelung ist die Erhöhung des Anteils der generischen Monopräparate an der Gesamtmenge der Analgetika WHO Stufe III (alle Darreichungsformen) im AT 23.

Tabelle 5: Mindestquotenregelungen Analgetika WHO Stufe III im AT 23

Datenbasis: Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V - Istwert MDK 2017 / KVBW 1. Hj. 2018

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2019 Anteil der AT-Fälle
Analgetika WHO Stufe III, alle Darreichungsformen im AT 23	Anteil Monopräparate generisch (Buprenorphin, Hydromorphon, Fentanyl, Morphin, Oxycodon)		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
012 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung		57,73 %	≥ 60 %
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten u. Praktische Ärzte)		67,79 %	≥ 70 %
195 FA Innere Medizin, SP Hämatologie u. Onkologie		82,60 %	≥ 85 %
381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater)		38,08 %	≥ 42 %
441 FA Orthopädie		51,71 %	≥ 55 %
<i>Buprenorphin; Fentanyl; Hydromorphon; Levomethadon; Morphin; Oxycodon; Oxycodon und Naloxon; Pethidin; Piritramid; Tapentadol; Ziconotid</i>			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

Bei der Bewertung des Ziels „generische Monopräparate der Analgetika WHO Stufe III“ im AT 23 werden auch die Verordnungen für Palliativpatienten sowie Patienten mit Tumorerkrankungen berücksichtigt.

Literatur

- [1] Mühlbauer B: IMPROVE-IT - The lower, the better? *Arzneiverordnung in der Praxis* 2015; 42(4): 176-7
- [2] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Biosimilars. 1. Auflage, Version 1.1, August 2017. <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/PDF/Biosimilars.pdf>

§ Mischpreisbildung durch BSG bestätigt



Bei neuen Arzneimitteln, die die frühe Nutzenbewertung des G-BA durchlaufen haben, liegt häufig die Konstellation vor, dass sie nur bei bestimmten Patienten-Subgruppen einen Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie aufweisen, bei anderen hingegen nicht. Dennoch haben diese Arzneimittel nur einen zwischen Kassen und Herstellern ausgehandelten Preis. Dieser wird als Mischpreis bezeichnet.

Frühe Nutzenbewertung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufgabe, alle neuen Arzneistoffe sofort nach Markteinführung mit bewährten Therapiealternativen zu vergleichen. Dabei unterscheidet er vier Stufen: erheblicher, beträchtlicher, geringer und nicht quantifizierbarer Zusatznutzen. Das Ausmaß des Zusatznutzens eines Arzneimittels bestimmt seinen Erstattungspreis. Kann der Pharmaunternehmer keinen Zusatznutzen nachweisen, ordnet der G-BA das Arzneimittel einer Festbetragsgruppe mit vergleichbaren Arzneimitteln zu. Liegt der Preis eines Arzneimittels ohne Zusatznutzen über dem Preis vergleichbarer Medikamente, sehen die Krankenkassen die Verordnung dieses Arzneimittels als unwirtschaftlich an. Auch Medikamente mit geringem oder unbestimmbarem Zusatznutzen können als unwirtschaftlich gelten, falls sie teurer sind als eine zweckmäßige Vergleichstherapie.

Im Rundschreiben Dezember 2017 [1] berichtete die KV BW, dass das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg in Urteilen vom 28. Juni 2017 rechtliche Bedenken gegenüber der Rechtmäßigkeit der Mischpreisbildung geäußert hat. Laut LSG führe der festgelegte Mischpreis in einzelnen Patientengruppen zu nicht-nutzenadäquaten Preisen – er sei für Patientengruppen ohne Zusatznutzen zu hoch und für solche mit Zusatznutzen zu niedrig [2, 3].

Diese Urteile wurden nun durch eine Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) aufgehoben [4, 5]. Das BSG führte in seiner Urteilsbegründung aus, dass eine am Zusatznutzen orientierte Mischkalkulation unerlässlich sei, da es nur

einen einheitlichen Erstattungsbetrag gibt. Die Mischpreisbildung sei demnach rechtmäßig [6].

Diese Entscheidung ist erst einmal positiv, stellt jedoch nur den ersten Schritt im Rahmen der Gesamthematik dar. Denn trotz rechtmäßiger Mischpreisbildung können Verordnungen in Indikationen ohne Zusatznutzen dennoch als unwirtschaftlich angesehen werden, wenn gleichwertige preisgünstigere Therapiealternativen verfügbar sind. Zu dieser Problematik hat sich das BSG nicht geäußert [7].

Explizit hat das BSG in diesem Zusammenhang zugebilligt, dass sich Vertragsärzte auch bei einem rechtmäßig gebildeten Mischpreis möglicherweise der Gefahr von Regressen aussetzen, wenn sie im Einzelfall gesetzlich Krankenversicherten aus einer Patientengruppe ohne Zusatznutzen ein Arzneimittel zulasten der Krankenkassen verordnen. (Begründung: Der Grundsatz, dass Vertragsärzte das bei gleichem medizinischem Nutzen wirtschaftlichste Arzneimittel zu verordnen haben, bleibt von der Mischpreisbildung unberührt.)

Die KBV fordert deshalb weiterhin eine gesetzliche Regelung, wonach die Verordnung von Arzneimitteln mit Mischpreisen auch bei Patientengruppen ohne Zusatznutzen im Einzelfall als wirtschaftlich anerkannt wird. Das Ziel ist, dass Ärzte keine Sorgen haben müssen, von den Krankenkassen in Regress genommen zu werden, wenn sie solche Arzneimittel indikationsgerecht verordnen. Für die Entscheidung für oder gegen eine Therapie müsse die individuelle Abwägung des Arztes ausschlaggebend sein [8, 9].

EAMIV und AIS

Im Zusammenhang mit der frühen Nutzenbewertung (siehe oben) steht die geplante Elektronische Arzneimittelinformationsverordnung (EAMIV), die die Mindestanforderungen zum Arzneimittelinformationssystem (AIS) beinhalten soll. Für die EAMIV liegt ein Kabinettsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vor. Der weitere Zeitplan des Gesetzgebungsverfahrens ist noch nicht bekannt.

Das AIS soll die (als Anlage XII zur Arzneimittel-Richtlinie formulierten) Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Nutzenbewertung in der Praxissoftware abbilden und damit die Information der Vertragsärzte verbessern. Die Informationen sollen zielgerichtet, prägnant und praxisnah aufbereitet, das jeweils aktuelle Preisniveau berücksichtigen und auf das tatsächlich Notwendige und Sinnvolle beschränkt sein. Nur dann können diese vom Arzt im Sinne einer evidenzbasierten Information zur Unterstützung von Therapieentscheidungen berücksichtigt werden. Das AIS soll allein der Information des Arztes und nicht zu Prüfzwecken dienen.

Die KBV fordert, dass die Abbildung der G-BA-Beschlüsse eine reine Information für die Vertragsärzte darstellt und keine Anwendung in Wirtschaftlichkeitsprüfungen findet; das heißt, das AIS darf nicht als Instrument zur Verordnungssteuerung missbraucht werden [10].

Literatur

- [1] LSG-Urteil: Rechtliche Bedenken gegenüber einer Mischpreisbildung bei Arzneimitteln. KVBW Rundschreiben 2017; 12: 15–6
- [2] Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, 28. Juni 2017, Az. L 9 KR 213/16 KL
- [3] Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, 28. Juni 2017, Az. L 9 KR 72/16 KL
- [4] Bundessozialgericht, 4. Juni 2018, Az. B 3 KR 20/17 R
- [5] Bundessozialgericht, 4. Juni 2018, Az. B 3 KR 21/17 R
- [6] Maybaum T, Osterloh F: Arzneimittel – Bundessozialgericht bestätigt Mischpreisbildung. Dt Ärztebl 2018; 29–30: A 1356
- [7] Kassenärztliche Bundesvereinigung: BSG stellt klar: Mischpreise für Arzneimittel rechtmäßig. Praxisnachrichten 5. Juli 2018. http://www.kbv.de/html/1150_35717.php
- [8] Kassenärztliche Bundesvereinigung: Weiterhin Verordnungsunsicherheit bei Arzneimitteln mit Mischpreisen. Praxisnachrichten 15. November 2018. http://www.kbv.de/html/1150_38090.php
- [9] Kassenärztliche Bundesvereinigung: Indikationsgerechte Verordnung von Arzneimitteln mit Mischpreisen muss definitiv regressfrei sein. Pressemitteilung 5. Juli 2018. http://www.kbv.de/html/2018_35706.php
- [10] Kassenärztliche Bundesvereinigung: Stellungnahme der KBV zum Referentenentwurf einer Elektronischen Arzneimittelinformationsverordnung (EAMIV), 19. November 2018. <http://www.kbv.de/html/38138.php>

§ Verschreibungspflichtige Arzneimittel werden fälschungssicher

Ab Februar 2019 dürfen verschreibungspflichtige Arzneimittel nur mit zwei Sicherheitsmerkmalen in den Verkehr gebracht werden, die die Apotheken vor der Abgabe überprüfen müssen.

Zum einen werden die Arzneimittel zukünftig serialisiert. Durch Aufbringung eines für das Arzneimittel individuellen Erkennungsmerkmals auf der äußeren Verpackung ist jede einzelne Packung individuell erkennbar und in der Lieferkette bis zur Apotheke nachverfolgbar.

Zum anderen werden die Verpackungen gegen Manipulationen geschützt. Beispielsweise soll durch ein Siegel an der Öffnung einer Faltschachtel, das beim Öffnen zerstört wird, sowohl die vorherige Entnahme des Arzneimittels aus der äußeren Verpackung als auch eine mögliche Manipulation des Inhalts erkennbar sein. Ein unauffälliges Verpacken von gefälschten Arzneimitteln in eine Originalpackung wird damit deutlich erschwert bis unmöglich gemacht.

Apotheken müssen diese Sicherheitsmerkmale vor der Abgabe der Arzneimittel überprüfen. Für Arzneimittel, die vor dem 9. Februar 2019 auf den Markt gebracht wurden, gelten diese Kriterien noch nicht.

Ziel der europäischen Vorgaben ist, Patienten vor gefälschten Arzneimitteln in der legalen Lieferkette zu schützen. Die genannten Vorgaben der europaweit gültigen Fälschungsschutzrichtlinie 2011/62/EU, die in der Umsetzungsverordnung (EU) Nr. 2016/161 vor einem Jahr konkretisiert wurden, müssen ab dem 9. Februar 2019 umgesetzt werden [1].

➔ Weitere Informationen sind auf der Homepage des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) abrufbar: https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelzulassung/Folgeverfahren/aenderung/Fael-schungsrichtlinie/_node.html



Literatur

- [1] Wittstock M, Streit R: Die Fälschungsschutzrichtlinie – ein Maßnahmenpaket zum Schutz der Patienten vor Arzneimittelfälschungen in der legalen Vertriebskette innerhalb der EU. Bulletin zur Arzneimittelsicherheit 2018; 3: 26–9. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Bulletin/2018/3-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=7

§ Substitutionsausschlussliste

In der Substitutionsausschlussliste des G-BA finden sich Wirkstoffe mit den zugehörigen Darreichungsformen, für die in der Apotheke kein Austausch auf ein wirkstoffgleiches preisgünstigeres oder rabattiertes Arzneimittel vorgenommen werden darf. Was das für den Arzt bedeutet, erläutert der folgende Text.

Der untersagte Austausch betrifft unter anderem Darreichungsformen wie transdermale Pflaster mit unterschiedlicher Applikationshöchstdauer oder Retardtabletten mit unterschiedlicher täglicher Applikationshäufigkeit, vor allem aber Wirkstoffe mit geringer therapeutischer Breite. Ausschlaggebend für die Entscheidung des G-BA, welche Wirkstoffe für eine Substitution ungeeignet sind, ist eine enge therapeutische Breite der Wirkstoffe. Hier können geringfügige Änderungen der Dosis zu klinisch relevanten Veränderungen in der angestrebten Wirkung oder zu schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen führen.

Diese Festlegungen dienen der Verbesserung der Therapiesicherheit für Patienten und bedeuten, dass das verordnete Präparat unabhängig von der Kennzeichnung des Aut-idem-Feldes in der Apotheke abgegeben werden muss.

Ärzten wird grundsätzlich empfohlen, Präparate, deren Wirkstoffe in der Substitutionsausschlussliste stehen, nicht als Wirkstoff, sondern konkret unter dem Handelsnamen des Fertigarzneimittels zu verordnen. So können Rückfragen vermieden werden. Im Falle einer Erstverordnung soll der Arzt ein möglichst wirtschaftliches Arzneimittel auswählen – wenn möglich ein Präparat mit Rabattvertrag bei der entsprechenden Krankenkasse [2, 3].

Die Substitutionsausschlussliste als Teil B der Anlage VII der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist seit dem 10. Dezember 2014 gültig, wobei die letzte Ergänzung um acht Wirkstoffe zum 1. August 2016 in Kraft getreten ist [1].

Tabelle 1: Substitutionsausschlussliste [1]

Wirkstoff	Applikationsform
Betaacetyldigoxin	Tabletten
Buprenorphin	Transdermale Pflaster mit unterschiedlicher Applikationshöchstdauer (z. B. bis zu 3 bzw. bis zu 4 Tage) dürfen nicht gegeneinander ersetzt werden
Carbamazepin	Retardtabletten
Ciclosporin	Lösung zum Einnehmen, Weichkapseln
Digitoxin	Tabletten
Digoxin	Tabletten
Hydromorphon	Retardtabletten mit unterschiedlicher täglicher Applikationshäufigkeit (z. B. alle 12 bzw. 24 Stunden) dürfen nicht gegeneinander ersetzt werden
Levothyroxin-Natrium	Tabletten
Levothyroxin-Natrium und Kaliumjodid (fixe Kombination)	Tabletten
Oxycodon	Retardtabletten mit unterschiedlicher täglicher Applikationshäufigkeit (z. B. alle 12 bzw. 24 Stunden) dürfen nicht gegeneinander ersetzt werden
Phenobarbital	Tabletten
Phenprocoumon	Tabletten
Phenytoin	Tabletten
Primidon	Tabletten
Tacrolimus	Hartkapseln
Valproinsäure	Retardtabletten

Substitutionsausschluss am Beispiel Levothyroxin

Eine enge therapeutische Breite ist beispielsweise bei dem Schilddrüsenhormon Levothyroxin gegeben. Levothyroxin wird immer individuell dosiert, da die benötigte Dosis von Indikation, Alter, Körpergewicht und Begleiterkrankungen abhängt. Der Wirkungseintritt ist nach drei bis fünf Tagen festzustellen, die pharmakologische Halbwertszeit liegt bei etwa sieben Tagen. Bei einem Wechsel auf ein Präparat eines anderen Herstellers kann es zu Änderungen des TSH-Spiegels und zu unerwünschten Wirkungen kommen. Die Notwendigkeit einer solchen Dosisanpassung kann durch eine engmaschige Überwachung des klinischen Ansprechens des Patienten und zusätzliche Kontrollen der Laborwerte, insbesondere des TSH-Spiegels, festgestellt werden. Um diese zusätzlichen Kontrollen zu vermeiden, wird daher ein Austausch dieser Präparate in der Apotheke unter allen Umständen vermieden und ausgeschlossen [5].

Neben- und Wechselwirkungen

Unerwünschte Wirkungen der Levothyroxin-Therapie können am Herz-Kreislauf-System und am Skelett auftreten (als Folge einer Hyperthyreose bei Überdosierung) oder sich als Gewichtszunahme und Obstipation manifestieren (als Folge einer Hypothyreose bei Unterdosierung). Zu den Wechselwirkungen zählen eine Wirkungsverstärkung von Cumarinen sowie die Wirkungsverminderung von oralen Antidiabetika; andererseits können Colestyramin, Rifampicin, aluminium- und eisenhaltige Präparate sowie Calciumcarbonat die Levothyroxin-Wirkung verringern [5].

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat im Juli 2018 die geplante Einführung einer geänderten Zusammensetzung des Levothyroxin-haltigen Arzneimittels der Firma Merck befürwortet. Die neue Zusammensetzung mit anderen Hilfsstoffen soll die Stabilität des Wirkstoffs verbessern, sodass der deklarierte Arzneistoffgehalt über den gesamten Haltbarkeitszeitraum des Arznei-

mittels eingehalten werden kann. Diese Änderung ist nach Information des BfArM im 2. Quartal 2019 geplant [6].

Obwohl es sich nach Änderung der Zusammensetzung formal um das gleiche Arzneimittel handeln wird, sind auch hier die oben genannten Kriterien für Kontrollen wie bei der Umstellung auf ein anderes Präparat zu beachten. Eine zusätzliche Information wird in Form eines Rote-Hand-Briefes zur Einführung des geänderten Präparates erfolgen [7]. Da in Deutschland eine große Auswahl an wirkstoffgleichen Präparaten vorhanden ist, werden nur wenige Patienten betroffen sein.

Fazit

- Ärzten wird grundsätzlich empfohlen, Wirkstoffe der Substitutionsausschlussliste unter Angabe des Handelsnamens zu verordnen.
- Die Substitutionsausschlussliste enthält vorwiegend Wirkstoffe mit geringer therapeutischer Breite, die in der Apotheke auch ohne Aut-idem-Kreuz nicht ausgetauscht werden dürfen.

Literatur

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss: Arzneimittel-Richtlinie, Anlage VII: Regelungen zur Austauschbarkeit von Arzneimitteln (aut idem). <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/11/>
- [2] Die Substitutionsausschlussliste. *Verordnungsforum* 2015; 33: 14–5
- [3] Neue Liste: Substitutionsausschluss. *Verordnungsforum* 2016; 39: 24–5
- [4] Reiners C: Vorsicht beim Austausch von Levothyroxin. *Deutsche Apotheker-Zeitung* 2008; 14: 65. <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2008/daz-14-2008/vorsicht-beim-austausch-von-levothyroxin>
- [5] Fachinformation Euthyrox® Tabletten, Stand: Juni 2018. <https://www.fachinfo.de/pdf/000811>
- [6] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: E-Mail vom 8. November 2018
- [7] Paesler J, Frizler M, Grüger T: Einführung einer geänderten Formulierung von Levothyroxin-Tabletten der Firma Merck (Euthyrox®). *Bulletin zur Arzneimittelsicherheit* 2018; 3: 4–10. https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/vigilanz/bulletin-zur-arzneimittelsicherheit/2018/3-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=12

§ Heilmittel-Richtwerte 2019



Für das Jahr 2019 wurden neue Heilmittel-Richtwerte für die verschiedenen Fachgruppen vereinbart. Basis für die Berechnungen waren die tatsächlichen Fallkosten des Verordnungsjahres 2017. Positiv hervorzuheben ist, dass es der KVBW auch in diesem Jahr gelungen ist, die Preissteigerungen für die Jahre 2018 und 2019 von insgesamt rund 18 % als Aufschlag auf die Richtwerte für 2019 mit den Krankenkassen zu vereinbaren.

Heilmittel-Richtwerte für das Jahr 2019 (Euro)

Prüfgruppen	Bezeichnung Heilmittel-Richtwertgruppe	M / F 2019	R 2019
0123 0151	Anästhesisten, Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung	19,60	21,51
0710 0711 0750	FA Chirurgie	17,12	23,36
1920 8050	FA Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte und FA Innere Medizin	10,03	33,12
1937 1957	FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	14,68	22,40
2320 2348 2350	FA Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich Tätige)	19,21	19,21
3810 3814 3850	Nervenärzte Neurologen	15,80	47,06
3815 3816	Psychiater, SP Psychotherapie Psychiater	3,99	11,38
3812 3813 3851	Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendpsychiater mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrivereinbarung	16,14	16,14
4110 4111 4150	Neurochirurgen	37,12	45,35
4410 4411 4450	FA Orthopädie	42,85	55,18
6310 6350	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	65,23	90,28
4437	FA Orthopädie, SP Rheumatologie	42,66	53,56

Die Heilmittel-Richtwerte gelten je kurativen Behandlungsfall je Quartal. Die Aufteilung erfolgt nach Mitgliedern/ Familienversicherten (M/F) und Rentnern (R).

Ermächtigte Ärzte erhalten die Richtwerte der jeweiligen Heilmittel-Richtwertgruppe.

Für Heilmittel-Richtwertgruppen ohne Richtwert wird die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise durch die in der Prüfvereinbarung geregelten Prüfverfahren (z. B. Einzelfallprüfungen) oder aber beispielsweise die Einhaltung der Heilmittel-Richtlinie geprüft.

Hinweise und Erläuterungen zu den Vereinbarungen in der Heilmittelversorgung bezüglich der besonderen Verordnungsbedarfe und des langfristigen Heilmittelbedarfs finden sich in der Sonderausgabe des Ordnungsforums „Besondere Verordnungsbedarfe / Langfristiger Heilmittelbedarf“ vom Februar 2018. Diese Ausgabe bleibt auch für 2019 aktuell.

➔ www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Heilmittel » Besonderer / Langfristiger Bedarf

§ Wissenswertes zur Informationsstatistik

! Heilmittel

Vertragsärzte erhalten von der KVBW regelmäßig Auswertungen und Übersichten zu ihren verordneten Leistungen. Diese sind Bestandteil der Honorarunterlagen. Aufgrund zahlreicher Rückfragen hinsichtlich der Informationsstatistik Heilmittel möchten wir nachfolgend über die wesentlichen Eckpunkte informieren.

Informationsstatistik Heilmittel im Mitgliederportal der KVBW

Die Informationsstatistik Heilmittel (Anlage 70) gibt Auskunft über die tatsächlich abgerechneten Ausgaben zu den Verordnungen in den Bereichen Physikalische Therapie, Logopädie, Ergotherapie sowie Podologie (und Ernährungstherapie ab dem Verordnungsjahr 2018). Allerdings werden die Verordnungsdaten der KVBW erst, nachdem die Rezepte vom Therapeuten abgerechnet worden sind, zugeleitet. Dadurch sind die Daten in der Informationsstatistik Heilmittel – im Gegensatz zur Frühinfo Arzneimittel – gut zwei Jahre alt.

Die Daten bis 2013 sowie von 2016 stehen grundsätzlich **nur im Mitgliederportal** der KVBW (Dokumentenarchiv, Akzentyp „Verordnungsmanagement“) zur Verfügung. Dies gilt ebenso für die **zukünftigen** Heilmittel-Datenlieferungen.

Ein Versand in Papierform erfolgt generell nicht mehr!

Inhaltsverzeichnis der Informationsstatistik Heilmittel

Die Statistik gliedert sich in zwei Abschnitte: Abschnitt 1 – Richtgrößen und Abschnitt 2 – Indikationsschlüsselübersicht.

Abschnitt 1 – Richtgrößen (bis 2016): Dargestellt ist die Abweichung des veranlassten Verordnungsvolumens vom zustehenden Richtgrößenvolumen, immer ab dem ersten Quartal des betreffenden Kalenderjahres gerechnet. Hier sind die Leistungen der **besonderen Verordnungsbedarfe im Volumen enthalten**, während die Leistungen des **langfristigen Heilmittelbedarfs** bereits **abgezogen** sind.

Die Praxisverwaltungssoftware lässt eine aktuelle Verfolgung der Verordnungsmengen je nach Softwareanbieter grundsätzlich zu. Eine Diskrepanz zu den Angaben in der Informationsstatistik Heilmittel kann dadurch entstehen, wenn ausgestellte Verordnungen vom Patienten nicht oder unvollständig eingelöst werden.

Abschnitt 2 – Indikationsschlüsselübersicht: In dieser Statistik werden Verordnungen nach dem Indikationsschlüssel sowie der Leistungsart aufgeschlüsselt und mit den anderen Praxen Ihrer Richtgrößengruppe verglichen. Diese Auswertung hat keine Prüfrelevanz und ist rein informativ. Hier werden nur die Heilmittelverordnungen des aktuellen Quartals betrachtet. Im Gegensatz zu Abschnitt 1 (Richtgrößen) sind in Abschnitt 2 sowohl die Leistungen der **besonderen Verordnungsbedarfe** als auch des **langfristigen Heilmittelbedarfs** **enthalten**, da eine Differenzierung im Rahmen dieser Darstellung bis dato nicht möglich ist.

Keine Änderungen beim Versand der Arzneimittelauswertungen der KVBW

Wichtige Informationen über Ihre Arzneimittelverordnungen erhalten Sie mit der praxisindividuellen „Frühinformation Arzneimittel“ (Anlage 71) und der „Fehlerliste Verordnungen (prüfrelevante Inhalte)“ (Anlage 76) – inklusive Sprechstundenbedarf. Diese sind im Gegensatz zur „Informationsstatistik Heilmittel“ (Anlage 70) Teile des Honorarversands und können circa sechs Wochen nach Quartalsende über das Mitgliederportal abgerufen werden.

Änderungen der Begrifflichkeiten zum Jahreswechsel 2016/2017 im Rahmen der Heilmittel-Prüfsystematik

Zum 1. Januar 2017 sind einige Änderungen für Heilmittelverordnungen in Kraft getreten. Neben den weiteren neuen Diagnosen mit entsprechenden Indikationsschlüsseln, die faktisch nicht dem Heilmittelvolumen hinzugerechnet werden, wurde unter anderem eine neue Namensgebung vereinbart: So wurden aus der Bezeichnung „**Praxisbesonderheiten**“ die „**besonderen Verordnungsbedarfe**“ (BVB), der „**langfristige Heilmittelbedarf**“ blieb erhalten.

Infolge von Gesetzesänderungen auf Bundesebene wurden die regionalen statistischen Prüfmethode geändert. Die bis 2016 angewandten **Heilmittel-Richtgrößen (HM-RG)** wurden seit Januar 2017 durch **Heilmittel-Richtwerte (HM-RW)** ersetzt.

Die vereinbarten Heilmittel-Richtwerte gelten, wie die bisherigen Richtgrößen, je kurativen Behandlungsfall je Quartal. Die Aufteilung erfolgt nach Mitgliedern/Familienversicherten (M/F) und Rentnern (R).

Analog zum bisherigen Heilmittel-**Richtgrößenvolumen** (basierend auf Altersklassen – gültig für das Jahr 2016)

$$\text{HM-Volumen} = \frac{\text{RG}}{(\text{Altersklasse})} \times \frac{\text{Behandlungsfälle}}{(\text{Altersklasse})}$$

wird das praxisindividuelle Heilmittel-Richtwertvolumen seit 1. Januar 2017 anhand der vereinbarten Richtwerte (RW, siehe Seite 20) und der praxisindividuellen Fallzahlen (FZ) nach folgender Formel berechnet.

$$\text{HM-Volumen} = \frac{\text{RW}}{(\text{M/F})} \times \frac{\text{FZ}}{(\text{M/F})} + \frac{\text{RW}}{(\text{R})} \times \frac{\text{FZ}}{(\text{R})}$$

§ IRENA/ASP und parallele Heilmittelverordnungen

Um die gesundheitlichen Fortschritte beim Patienten nach einer stationären oder ambulanten Rehabilitation zu festigen, haben die Rentenversicherungsträger (Bund und Land) unmittelbar nach Beendigung einer Rehabilitationsmaßnahme zwei strukturierte Nachsorgeprogramme entwickelt: die Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA) und das Ambulante Stabilisierungsprogramm (ASP). Niedergelassenen Ärzten stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage nach parallel verordneten Heilmitteln.

Die weiterführenden Maßnahmen zur Vertiefung des Rehabilitationserfolges (IRENA, ASP) werden von stationären und ambulanten zugelassenen Einrichtungen über einen längeren Zeitraum (in der Regel bis zu 6 oder 12 Monaten) und im Anschluss an die Rehabilitation angeboten [1, 2]. Mit einer entsprechenden Empfehlung des behandelnden Reha-Arztes erhalten Patienten bei medizinischer Notwendigkeit noch während des Aufenthaltes in der Reha-Einrichtung ein berufsbegleitendes Nachsorgeprogramm initiiert. Das Ziel der gesundheitlichen Stabilisierung besteht im Erhalt der Erwerbsfähigkeit und in der Festigung des Heilungsprozesses.

Die Patienten erhalten während des IRENA- bzw. ASP-Nachsorgeprogramms unterschiedliche Therapien, die beispielsweise in Form von medizinischem Gerätetraining, trockenen Bewegungsübungen, Wassergymnastik, Ernährungsberatung und Beratung zu sozialen Fragen angeboten werden. Es werden vertragsgemäß keine Einzelbehandlungen durchgeführt, sondern nur Gruppentherapien, die aufgrund individueller Heilungsverläufe nicht hundertprozentig auf das einzelne Krankheitsbild jedes Patienten abgestimmt sein müssen.

Ist eine zusätzliche Heilmittelverordnung während IRENA oder ASP möglich?

Die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) enthält zwar kein Verordnungsverbot von parallel ausgestellten Heilmittelverordnungen bei gleicher „Reha-Diagnose“ [3], dennoch sind in der Regel während IRENA oder ASP keine zusätzlichen Heilmittelverordnungen vorgesehen.

Eine Ausnahme kann zulässig sein, wenn bei einem Patienten eine gezielte Einzeltherapie z. B. mit manueller Therapie (MT) in seltenen Fällen medizinisch notwendig ist und die Maßnahme nicht durch das strukturierte Nachsorgeprogramm (IRENA/ASP) der Reha-Einrichtung abgedeckt ist.

Zur Abgrenzung zwischen Nachsorgeprogramm und ambulanter Physiotherapie äußert sich die Deutsche Rentenversicherung wie folgt: „Eine zulasten der Deutschen Rentenversicherung durchgeführte Leistung zur Nachsorge nach § 17 SGB VI ... unterscheidet sich in der Zielorientierung von einer individuellen Physiotherapie (Krankengymnastik) und soll diese nicht ersetzen“ [4].

Für welche Patienten kommt das IRENA- oder ASP-Programm in Frage?

Die Programme werden u. a. in folgenden Indikationen angeboten: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Krankheiten des Bewegungsapparates, neurologische Krankheiten, Stoffwechselkrankheiten, psychosomatische Störungen [1, 2]. Sie kommen in der Regel für Berufstätige mit einer entsprechenden Erkrankung in Frage, deren Kostenträger für die Rehabilitationsmaßnahme die Deutsche Rentenversicherung Bund (IRENA) oder die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (ASP) ist.

Die Kosten einschließlich der gegebenenfalls anfallenden Verpflegung und Fahrtkosten werden von den Rentenversicherungsträgern übernommen.

Literatur

- [1] Deutsche Rentenversicherung Bund: Intensivierte Rehabilitationsnach-sorge (IRENA). https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_reha/05_fachinformationen/infos_fuer_rehaeinrichtungen/6_nachsorge/irena_node.html
- [2] Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg: Ambulantes Stabilisierungsprogramm (ASP). https://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Reha/03_Nachsorge-BW-ASP/ASP_BW_node.html
- [3] Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundes-ausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärzt-lichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 19. Mai 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 96 (S. 2247) vom 30. Juni 2011, in Kraft getreten am 1. Juli 2011, zuletzt geändert am 21. September 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 23.11.2017 B1, in Kraft getreten am 1. Januar 2018. <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/>
- [4] Deutsche Rentenversicherung: Fachkonzept „IRENA“, Stand: Dezember 2017. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_reha/05_fachinformationen/infos_fuer_rehaeinrichtungen/_downloads/fachkonzept_irena.pdf?__blob=publicationFile&v=3

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).

Nachrichten

19. Dezember 2018

Getrennte Arzneimittelrezepte für Haupt- und Nebenbetriebsstätten

Praxen, die aus Haupt- und Nebenbetriebsstätte(n) (bzw. Zweigpraxen) bestehen, müssen ab 1. Januar 2019 darauf achten, dass sie je nach Standort getrennte Muster-16-Formulare beim Kohlhammer-Verlag bestellen. Das heißt:

- Arzneimittelrezepte, die in der **Hauptbetriebsstätte** verwendet werden, enthalten in der Codierzeile wie gehabt die BSNR mit Endung auf „00“ (siehe Aufdruck im weißen Feld rechts unten, gefolgt von einem „Stimmgabel“-Symbol).
- Arzneimittelrezepte für die **Nebenbetriebsstätte** hingegen müssen in der Codierzeile die BSNR mit Endung auf „01“ (ff.) enthalten.

Rechtsgrundlage: In den Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung (Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag Ärzte) ist geregelt, dass der Vertragsarzt nur Arzneiverordnungsblätter verwenden darf, die diejenige BSNR in der Codierzeile enthalten, an deren zugehöriger Betriebsstätte er die jeweilige Leistung erbracht hat (das heißt, wo das Rezept ausgestellt wurde). Daraus folgt, dass die im Personalienfeld aufgebrauchte BSNR mit der in der Codierzeile voreingedruckten BSNR identisch sein muss.

Was bedeutet das für Sie in der Praxis?

- Wenn Ihre Praxis nur aus einer Hauptbetriebsstätte besteht, müssen Sie nichts tun.
- Sobald die bisherigen Rezepte in einer Nebenbetriebsstätte zur Neige gehen, bestellen die betroffenen Pra-

xen zukünftig die spezifischen Verordnungsvordrucke mit der in der Codierzeile voreingedruckten BSNR des Leistungsortes.

- Äußern Sie diesen Bestellwunsch mit der zugehörigen BSNR aktiv gegenüber dem Kohlhammer-Verlag, denn dieser hat nicht die Möglichkeit, den Bezug zu Haupt- oder Nebenbetriebsstätte zu prüfen.
- Bis zur ersten Nachbestellung im neuen Jahr (2019) können die bisherigen Vordrucke auch weiterhin in einer Nebenbetriebsstätte verwendet werden. Alternativ können Sie diese Vordrucke nur noch in der Hauptbetriebsstätte verwenden, um so eine frühzeitigere Umstellung zu erreichen.

30. November 2018

HPV-Impfung für Jungen ist jetzt Kassenleistung

Am 30. November 2018 ist die Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft getreten. Ab sofort können auch Jungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung gegen Humane Papillomviren (HPV) geimpft werden. Die Verordnung des Impfstoffs erfolgt bedauerlicherweise wie bei Mädchen als Einzelverordnung auf Namen des Patienten. Ein Bezug über den Sprechstundenbedarf ist nicht zulässig. Als Abrechnungsziffern werden die 89110 A für die ersten Dosen und die 89110 B für die letzte Dosis verwendet.

Mitte September hatte der G-BA beschlossen, die SI-RL entsprechend den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur HPV-Impfung zu ändern. Ab sofort kann die Impfung gegen HPV geschlechtsunabhängig im Alter von neun bis 14 Jahren zulasten der Krankenkassen durchgeführt werden. Nachholimpfungen sind im Alter zwischen 15 und 17 Jahren als Pflichtleistung möglich. Für das Impfschema gelten die Herstellerempfehlungen der jeweiligen Fachinformation. Wird die erste Impfdosis vor dem 18. Geburtstag verabreicht und die Impfserie innerhalb von maximal zwölf Monaten abgeschlossen, sind einzelne Impfungen auch nach dem 18. Geburtstag noch möglich. Die Immunisierung sollte vor dem ersten Sexualkontakt abgeschlossen werden.

21. November 2018

Bestimmungen zu Antiallergika in „OTC-Übersicht“ (Anlage I AM-RL) angepasst

Apothekenpflichtige, aber nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (sogenannte OTC-Präparate) sind für Erwachsene und Jugendliche ab zwölf Jahren ohne Entwicklungsstörungen von der Verordnungsfähigkeit zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgeschlossen. Die Anlage I zur Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) – „OTC-Übersicht“ – nennt jedoch abschließend schwerwiegende Erkrankungen, bei denen OTC-Präparate als Therapiestandard gelten und ausnahmsweise für die oben genannten Patienten zulasten der GKV verordnet werden können.

Die nasal anzuwendenden Glukokortikoide Beclometason, Fluticason und Mometason wurden zur Therapie der saisonalen allergischen Rhinitis bei Erwachsenen in den letzten Jahren aus der Verschreibungspflicht entlassen. Sie waren seitdem in dieser Indikation für Patienten ab zwölf Jahren nicht mehr zulasten der GKV verordnungsfähig. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nun beschlossen, die OTC-Übersicht anzupassen und Voraussetzungen für die Verordnungsfähigkeit verschreibungsfreier nasaler Glukokortikoide (Nr. 21) neu aufzunehmen. Im Gegenzug wurde die Verordnungsfähigkeit der verschreibungsfreien Antihistaminika (Nr. 6) weiter eingeschränkt.

Seit 9. November 2018 gelten daher folgende Änderungen:

Nr. 6 OTC-Liste: Antihistaminika

- nur in Notfallsets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien,
- nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien,
- nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus,
- nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.

Nr. 21 OTC-Liste: Glukokortikoide

- topisch nasal nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik.

Die bisherige Nummer 21 (Harnstoffhaltige Dermatika) wird zu Nummer 22 (zuvor unbesetzt).

Was ist eine „persistierende allergische Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik“?

Der G-BA gibt in den tragenden Gründen zur Änderung der Anlage I Hinweise, was unter einer „persistierenden allergischen Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik“ zu verstehen ist:

- Die Symptomatik kann persistierend sein, wenn sie an mindestens vier Tagen pro Woche und über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen auftritt.
- Eine schwerwiegende Symptomatik kann vorliegen, wenn die Symptome Rhinorrhoe, nasale Obstruktion/Schwellung, nasaler Juckreiz oder Niesreiz die Lebensqualität beispielsweise aufgrund von Schlafstörungen und Beschränkungen der Arbeitsfähigkeit oder alltäglicher Aktivitäten erheblich beeinträchtigen und die Ausprägung der Symptomatik nachhaltig und dauerhaft ist.

Bitte beachten Sie, dass die Verordnungsfähigkeit von OTC-Präparaten für Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr bzw. Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei vorliegenden Entwicklungsstörungen von den Regelungen der OTC-Übersicht unberührt bleibt.

➔ www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Arzneimittel-Richtlinie



28. September 2018

Bundesteilhabegesetz: Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17. Mai 2018 die Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) angepasst. Dadurch soll Menschen mit Einschränkungen und Behinderungen mehr Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und individuelle Selbstbestimmung ermöglicht werden.

Der G-BA hat die Zielsetzung der Richtlinie um die frühzeitige Bedarfserkennung erweitert und die Vorgaben zur Beratung der Patienten vor einer Verordnung von Rehabilitationsleistungen festgelegt. Bei dieser Beratung sollen Sie als verordnender Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut auf folgende Beratungsangebote hinweisen:

- Angebote der Beratung durch die Rehabilitationsträger (gesetzliche Krankenkassen, Rentenversicherung und Unfallversicherung),
- Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB)

Seit 1. Juli 2018 können Sie auf dem Verordnungsmuster (Muster 61) im Teil A und im Teil D unter dem Punkt „Sonstiges“ weitere Teilhabebedarfe vermerken. Die Krankenkasse kann somit frühzeitig Teilhabebedarfe erkennen.

Die bisherigen Servicestellen sind mit Inkrafttreten des BTHG entfallen, die Leistungsträger sollen die Patienten jeweils direkt und übergreifend beraten. Zusätzlich wurden seit Anfang des Jahres für die neuen ergänzenden unabhängigen Angebote zur Teilhabeberatung bundesweit bereits über 500 Beratungsstellen etabliert. Sie sollen als Lotsen im Reha-System fungieren. Informationen zu den Beratungsangeboten vor Ort sind im Internet unter www.teilhabeberatung.de abrufbar.

➔ www.teilhabeberatung.de

28. September 2018

Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter: Neue Formulare

Medizinische Vorsorge soll helfen, dem Entstehen, Wiederauftreten oder Fortschreiten einer Erkrankung und den spezifischen Gesundheitsrisiken und gegebenenfalls bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern in Erziehungverantwortung entgegenzuwirken.

Für die Verordnung von medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter wurden bisher von Seiten der Krankenkassen oder den Leistungserbringern unterschiedliche Vordrucke zur Verfügung gestellt. Nun haben Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband das Verordnungsverfahren vereinheitlicht und die neuen Vordrucke vereinbart.

Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter werden seit dem 1. Oktober 2018 auf der „Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter gemäß § 24 SGB V“ (Muster 64) verordnet. Ebenfalls eingeführt wird das Muster 65 „Ärztliches Attest Kind“, das benötigt wird, wenn ein Kind bei einer Vorsorge der Mutter oder des Vaters dabei ist und mitbehandelt werden muss.

Bitte beachten Sie, dass seit dem 1. Oktober 2018 nur noch die neuen Formulare gelten. Sie sind in der Praxis vorzuhalten und können über den Kohlhammer Verlag bezogen werden. Die Ausstellung der Verordnung ist auch über die Praxisverwaltungssoftware per Blankoformularbedruckung möglich. Eine Verordnung durch Vertragspsychotherapeuten ist nicht möglich.

Für das Ausstellen des Formulars 64 (Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter) wird in dem Abschnitt 1.6 EBM die GOP 01624 neu aufgenommen. Für das Ausstellen des Formulars 65 (Ärztliches Attest Kind) ist zukünftig die GOP 01622 berechnungsfähig. Hierfür wird die Leistungslegende der GOP 01622 durch Aufnahme des Musters 65 angepasst.

➔ Bestellung der Formulare über den Kohlhammer Verlag.
www.kvbawue.de » Praxis » Service » Bestellservice

13. August 2018

Taxifahrt nur in Ausnahmefällen verordnungsfähig – Strengere Kriterien bei der Verordnung von Krankenfahrten bei ambulanten Operationen

Generell sieht der Gesetzgeber nicht vor, dass Krankenkassen Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung übernehmen. Das SGB V und die Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) lassen nur wenige Ausnahmen zu, bei denen die Kosten übernommen werden.

Das gilt auch für eine Krankenfahrt (Taxi, Mietwagen) vor oder nach einer ambulanten Operation; diese muss der Patient in aller Regel selbst bezahlen.

Eingriffe mit stationersetzendem Charakter

Krankenfahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder mit einer ambulanten Operation in der Vertragspraxis können nur dann verordnet werden, wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird oder wenn diese nicht ausführbar ist. Das hat der G-BA mit der Änderung der Krankentransport-Richtlinie zum 23. Dezember 2017 konkretisiert (§ 7 Abs. 2 KT-RL).

Diese Ausnahmeregelung gilt insbesondere, wenn die medizinisch gebotene Krankenhausbehandlung aus besonderen, beispielsweise patientenindividuellen, Gründen als ambulante Behandlung vorgenommen wird.

Besonderer Grund kann zum Beispiel vorliegen, wenn

- ein Patient aus medizinischen Gründen stationär behandelt werden müsste, er sich zu Hause aber um einen pflegebedürftigen Angehörigen kümmern muss,
- ein Patient bei indizierter stationärer Behandlung (z. B. wegen bestehender Komorbidität) die Behandlung im Krankenhaus ablehnt.

Damit Patienten in solch seltenen Fällen nicht schlechter gestellt sind als Patienten, die sich stationär behandeln lassen, darf eine Krankenfahrt (sofern eine Beförderung aus medizinischen Gründen notwendig ist) verordnet werden, und es besteht keine Genehmigungspflicht.

Begründung für die Verordnung dokumentieren

Weil die Krankenkassen diese Verordnungen nicht genehmigen müssen, empfiehlt es sich, die vorliegenden patientenindividuellen Gründe sorgfältig in der Patientenakte zu dokumentieren. Sollte die Krankenkasse die Wirtschaftlichkeit dieser Verordnung prüfen lassen wollen, können Sie Ihre Verordnungsentscheidung besser begründen.

Alle anderen ambulanten Operationen, die nicht den genannten strengen Kriterien entsprechen, sind formal den ambulanten Behandlungen gleichgestellt. Hierfür gelten weiterhin die bekannten Ausnahmeregelungen.

Eingriffe ohne stationersetzenden Charakter

Wie bei Krankenfahrten zu anderen ambulanten Behandlungen können auch Fahrten bei ambulanten Operationen ohne stationersetzenden Charakter für die Patienten verordnet werden, die dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind (§ 8 Abs. 3 KT-RL) wie

- Patienten, die einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ vorlegen, oder
- Pflegebedürftige mit dauerhafter Mobilitätseinschränkung, die in die Pflegegrade 3, 4 oder 5 eingestuft sind. Bei Pflegegrad 3 muss die dauerhafte Mobilitätseinschränkung gesondert ärztlich festgestellt werden. Bei den Pflegegraden 4 und 5 wird sie als gegeben angesehen.

Bei diesen Patienten erfolgt somit auch die Kostenübernahme für eine Krankenfahrt zu einer ambulanten Operation ohne stationersetzenden Charakter.

Bitte beachten Sie: Das Verordnungsformular für die Krankenförderung (Muster 4) wird überarbeitet. Das neu gestaltete Muster wird zum Stichtag 1. April 2019 eingeführt. Bis dahin müssen die bisherigen Formulare verwendet werden.

→ www.kbv.de » Mediathek » Praxisinformationen



Patienteninformationen

Um Sie in Ihrer Praxistätigkeit zu unterstützen, stellen wir auf unsere Homepage die Flyer-Serie „Wissenswertes für Patienten“ zur Verfügung. Damit können Sie Ihren Patienten die rechtlichen Grundlagen für die Verordnungsweise von Arznei- und Heilmitteln näherbringen. Auch Gründe für Verordnungsaußchlüsse oder -einschränkungen werden so für Ihre Patienten aufbereitet und erläutert.

Überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht ist nun der Flyer zur Verordnung von **Protonenpumpenhemmern**.

→ www.kvbawue.de » Praxis » Patienteninformationen
» Arznei- und Heilmittelverordnungen

Fortbildungsveranstaltungen

neu „Richtwertsystematik Arzneimittel und Heilmittel – richtig anwenden und Nachforderungen vermeiden“

Das Richtwertsystem für den Arzneimittelbereich der KVBW berücksichtigt die morbiditätsorientierte Praxisindividualität. In diesem Seminar stellen wir das System mit den Arzneimittel-Therapiebereichen vor, die zugeordneten Wirkstoffe und auch die Wirkstoffe außerhalb der statistischen Prüfung. Im Heilmittelbereich erläutern wir die Berücksichtigung der besonderen Ordnungsbedarfe und des langfristigen Heilmittelbedarfs im Rahmen der Prüfung. Auch den Ablauf der Richtwertprüfung stellen wir dar.

Stuttgart	9. April 2019	18:00–20:30 Uhr
Karlsruhe	8. Oktober 2019	18:00–20:30 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 65 Euro.

neu „Praxistipps für Psychotherapeuten – Sprechstunde, Verordnung, Kooperationen und Co.“

Das Leistungsangebot der ambulanten Psychotherapeuten wurde seit April 2017 erweitert. In diesem Seminar geben wir Ihnen wertvolle Tipps zur Verordnung von Krankenhausbehandlung, Krankenförderung, Soziotherapie und medizinischer Rehabilitation. Wir informieren zu wichtigen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung, Kooperationen, Umgang mit der telefonischen Erreichbarkeit und Organisation des Sprechstundenangebotes.

Stuttgart	29. Mai 2019	15:00–19:00 Uhr
Karlsruhe	11. Oktober 2019	15:00–19:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 98 Euro.

„Sicher durch den Richtlinien-Dschungel“ – nun auch in Ulm

In diesem Seminar klären wir umfassend über die relevanten Vorgaben bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Impfstoffen auf. Aus unseren täglichen Anfragen der Praxen bringen wir die häufigsten Fragestellungen im Zusammenhang mit Verordnungen ein und besprechen diese mit Ihnen.

Um sowohl Ärzten als auch Praxismitarbeitern gezielte Tipps für die tägliche Praxisarbeit geben zu können, bieten wir dieses Seminar sowohl für Ärzte als auch für Praxismitarbeiter an. Die Seminarthemen und Schwerpunkte sind jeweils auf die Zielgruppe individuell zugeschnitten.

Besonders interessant ist dieses Seminar für junge Praxen, denn die Kenntnis der gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Impfstoffen stellt einen Schlüsselfaktor in der täglichen Praxistätigkeit dar. Nachforderungen für falsche oder unzulässige Verordnungen haben nicht selten ihre Ursache in fehlender Information. Im Rahmen des Seminars ist auch Raum für den Austausch mit anderen Kollegen.

Zielgruppe Ärzte

Karlsruhe	22. Februar 2019	14:00–19:30 Uhr
Stuttgart	3. Mai 2019	14:00–19:30 Uhr
Heidelberg	5. Juni 2019	14:00–19:30 Uhr
Ulm	11. September 2019	14:00–19:30 Uhr
Freiburg	25. Oktober 2019	14:00–19:30 Uhr
Reutlingen	22. November 2019	14:00–19:30 Uhr

Zielgruppe Praxismitarbeiter

Karlsruhe	15. März 2019	14:00–19:30 Uhr
Stuttgart	10. Mai 2019	14:00–19:30 Uhr
Heidelberg	26. Juni 2019	14:00–19:30 Uhr
Ulm	18. September 2019	14:00–19:30 Uhr
Freiburg	15. November 2019	14:00–19:30 Uhr
Reutlingen	29. November 2019	14:00–19:30 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 69 Euro.

„Update Impfen“ – nun auch in Heidelberg und Reutlingen

Dieses Seminar bieten wir für Mitarbeiter an, die für das Impfen in der Praxis verantwortlich sind und ihre Kenntnisse vertiefen und auf den neuesten Stand bringen wollen.

Inhalt des Seminars sind aktuelle Hintergrundinformationen zu Impfstoffen, Impfempfehlungen und Verordnungs- und Abrechnungsmodalitäten sowie die Impffifferntabelle. Parallel zeigen wir die Regelungen zur Kostenübernahme von Impfstoffen im Detail und erläutern dies auch an praktischen Beispielen.

Reutlingen	8. Mai 2019	10:00–16:00 Uhr
Freiburg	24. Juli 2019	10:00–16:00 Uhr
Karlsruhe	9. Oktober 2019	10:00–16:00 Uhr
Stuttgart	8. November 2019	10:00–16:00 Uhr
Heidelberg	27. November 2019	10:00–16:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 149 Euro.

„Fachkraft für Impfmanagement“

Dieses Seminar richtet sich an nichtärztliche Mitarbeiter in der Praxis (keine Auszubildenden), die mehr über Grundlagen, Management und Praxis des Impfens wissen wollen. Viele Tätigkeiten, die im Rahmen der Erbringung von Impfleistungen anfallen, kann der Arzt an qualifizierte Praxismitarbeiter delegieren. Es werden vertiefte Kenntnisse der medizinischen Grundlagen von Schutzimpfungen vermittelt und die STIKO-Empfehlungen erläutert.

Weitere Inhalte des Seminars sind die richtige Kommunikation mit den Patienten, die Abrechnung von Impfleistungen und der Bezug sowie die Lagerung von Impfstoffen. Anhand von Beispielen wird gezeigt, wie das Wissen im Praxisalltag angewendet werden kann.

Das Seminar wird gemeinsam mit der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg und dem Verband medizinischer Fachberufe e. V. durchgeführt.

Die Fortbildung umfasst drei Präsenztage sowie eine Selbstlernphase mit Online-Training.

Jeder Kurs umfasst jeweils drei Termine.

14. Mai 2019 / 15. Mai 2019 / 5. Juni 2019,
9:00–18:00 Uhr, Stuttgart
16. Oktober 2019 / 17. Oktober 2019 / 5. November 2019,
9:00–18:00 Uhr, Stuttgart

Die Kosten für das Seminar betragen 269 Euro.

„Wundmanagement / effektive Wundversorgung in der Praxis“

In diesem Seminar geht es um das Thema „Wie können chronische Wunden in der Praxis am effektivsten behandelt werden?“ Es wendet sich an Ärzte und medizinisch erfahrene Praxismitarbeiter.

Zunächst gehen wir auf die Entstehung des Ulcus cruris, Dekubitus und des diabetischen Fußes ein. Außerdem werden die Besonderheiten und Möglichkeiten der Versorgung von chronischen Wunden bei diesen Diagnosen angesprochen. Auch die Auswahl des richtigen Verbandstoffes ist Inhalt dieser Veranstaltung und die Frage, wie die moderne Wundversorgung wirtschaftlich durchgeführt werden kann. Als Ergänzung zum theoretischen Teil werden interessante Fälle aus der Praxis gezeigt und deren mögliche Behandlung besprochen. In einem praktischen Teil wird das Anlegen von Kompressionsverbänden gezeigt und geübt.

Stuttgart	18. Mai 2019	9:00–17:00 Uhr
Karlsruhe	7. Dezember 2019	9:00–17:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 149 Euro.

„Wundmanagement in der Praxis – Workshop für Medizinische Fachangestellte“

Schwerpunkt „Ulcus cruris und Kompression“

In diesem Workshop wird die Entstehung und Behandlung von Fuß- und Beingeschwüren (Ulcus cruris) besprochen. Wir zeigen verschiedene Materialien auf, die bei der Behandlung des Ulcus cruris eingesetzt werden können und besprechen die Auswahl des passenden Verbandstoffes. Die Technik des Anlegens eines Kompressionsverbandes kann erlernt werden und das Wissen zur Kompressionsbandagierung vertieft werden.

Der Workshop richtet sich an Praxismitarbeiter hausärztlicher und interessierter fachärztlicher Praxen.

Stuttgart	8. Mai 2019	15:00–19:00 Uhr
Konstanz	25. September 2019	15:00–19:00 Uhr

Die Kosten für den Workshop betragen 98 Euro.

„Verordnungen von Sprechstundenbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr“

Bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf gibt es vieles zu beachten. Verträge, Richtlinien und Gesetze ziehen klare Schranken und sorgen immer wieder für Stolperfallen. In diesem Seminar lernen Sie, wie Sie Hindernisse sicher umgehen und Regresse zuverlässig vermeiden. Anhand praktischer Beispiele erfahren Sie, wann und in welcher Form Sprechstundenbedarf zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden kann.

Das Seminar richtet sich an alle Ärzte und Praxismitarbeiter, die ihre Kenntnisse in der Verordnung von Sprechstundenbedarf festigen wollen, und ist besonders interessant für junge Praxen.

Reutlingen	7. Februar 2019	15:00–17:30 Uhr
Karlsruhe	9. Mai 2019	15:00–17:30 Uhr
	26. September 2019	15:00–17:30 Uhr
Stuttgart	23. Mai 2019	15:00–17:30 Uhr
	17. Oktober 2019	15:00–17:30 Uhr
Freiburg	4. Juli 2019	15:00–17:30 Uhr
	21. November 2019	15:00–17:30 Uhr

Anmeldung für alle Seminare

Management Akademie der KV Baden-Württemberg (MAK)

Anmeldeformulare auf www.mak-bw.de

Telefon: 0711 7875-3535
Fax: 0711 7875-48-3888



Symposium ADHS

ADHS hat viele Facetten: Erkrankungszeitpunkt, Ausprägung und Begleiterscheinungen sind so unterschiedlich wie die Patienten. Die S3-Leitlinie gibt Empfehlungen zu Diagnose und Therapie. Um diese genauer zu beleuchten und darüber hinaus über die wirtschaftliche Verordnung zu informieren, lädt die KVBW zum Symposium ein:

ADHS – kein stiller Begleiter! Diagnostik und Therapie unter Berücksichtigung der S3-Leitlinie

Freitag, 10. Mai 2019, 15:00 bis 18:30 Uhr
KVBW Stuttgart, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

Experten:

- Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Stellvertretender Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Heidelberg
- Dr. med. Folkert Fehr, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- Dipl.-Psych. Cordula Neuhaus, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, Psychologische Psychotherapeutin
- Prof. Dr. med. Wilhelm-Bernhard Niebling, Facharzt für Allgemeinmedizin, Leiter des Lehrbereichs Allgemeinmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Vorsitzender ARGE, Vorstandsmitglied AkdÄ
- Dr. med. Christa Schaff, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychotherapeutische Medizin
- Dipl.-Soz. Päd. Peter Lehndorfer, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, Vizepräsident des Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer, Vizepräsident der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten (angefragt)

Moderation:

Dr. med. Norbert Metke, Vorstandsvorsitzender der KVBW

Richtigstellung „Harnwegsinfektionen“ (Verordnungsforum 47)

Im Beitrag über Harnwegsinfektionen im Verordnungsforum 47 findet sich auf Seite 18 im Abschnitt „Unkomplizierte Zystitis bei Kindern und Jugendlichen“ ein Fehler:

„Pivmecillinam ist nur für Erwachsene zugelassen und steht daher für Kinder und Jugendliche nicht zur Verfügung.“

Richtig heißt es:

„Pivmecillinam kann bei Kindern ab einem Alter von 6 Jahren zur Behandlung einer akuten, unkomplizierten Zystitis durch gramnegative Erreger (z. B. bei Infektionen durch *Escherichia coli*, *Citrobacter spp.*, *Enterobacter spp.*, *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis*) eingesetzt werden. Grampositive Erreger sowie *Pseudomonas spp.* und *Serratia spp.* gehören nicht zum Wirkspektrum. Die Resistenzraten sind niedrig. Pivmecillinam ist auch gegenüber den meisten ESBL-positiven Erregern wirksam.“

In der Onlineversion des Verordnungsforums wurde dies korrigiert.

Grundsätze der wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung

Verordnungen von Arzneimitteln zulasten der GKV müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“ und „dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V). Die ärztliche Ordnungsweise kann in Bezug auf Wirtschaftlichkeit von den Krankenkassen oder den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen geprüft und gegebenenfalls sanktioniert werden (§ 106b SGB V).

Um finanzielle Nachforderungen im Rahmen von Prüfungen zu verhindern, sind bei Verordnungen zulasten der GKV die Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie zu berücksichtigen. Insbesondere gilt dies für folgende Aspekte des wirtschaftlichen und richtlinienkonformen Verordnens:

- Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse für Arzneimittel, die nach Anlage III AM-RL oder § 13 AM-RL geregelt sind oder die eine fiktive Zulassung haben, beachten
- Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsenen nur in Ausnahmeindikationen gemäß Anlage I AM-RL bzw. § 12 Absatz 7 oder 8 AM-RL verordnen

- Arzneimittel nur innerhalb der zugelassenen Indikation(en) verordnen (Ausnahmen: zulässiger Off-Label-Use nach Anlage VI Teil A AM-RL, lebensbedrohliche Erkrankung gemäß § 2 Abs. 1a SGB V, Vorliegen eines durch die zuständige Krankenkasse genehmigten Off-Label-Antrags)
- Wirtschaftliche Bezugswege für Zubereitungen von Gerinnungsfaktoren beachten (§ 47 Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe a) AMG)
- Aut-idem-Kreuze nur setzen, wenn medizinisch-therapeutische Gründe einen Ausschluss des Austausches erforderlich machen (vgl. Rundschreiben 09/2018 und § 29 Absatz 2 Satz 2 BMV-Ä)
 - Bei Verordnungen ohne Aut-idem-Kreuz ist der Apotheker gehalten, ein Rabattarzneimittel abzugeben. Falls für den jeweiligen Wirkstoff kein Rabattvertrag existiert, kann eines der drei günstigsten Generika abgegeben werden.

Unabhängig davon ist zu beachten, dass die veranlassten Kosten für Arzneimittel, Verbandstoffe, Teststreifen und enterale Ernährung pro Betriebsstätte (bzw. pro Fachgruppe innerhalb einer Betriebsstätte) das zustehende Richtwertvolumen nicht oder in nicht-relevantem Ausmaß (d. h. bis zu maximal 25 %) überschreiten.

Glossar der Abkürzungen

ACE	angiotensin-converting enzyme
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ADPN	autosomal-dominante polyzystische Nierenerkrankung
AIS	Arzneimittelinformationssystem
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ART	assistierte Reproduktionstherapie
ASP	ambulantes Stabilisierungsprogramm
AT	Arzneimittel-Therapiebereich
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BKK	Betriebskrankenkasse
BOT	basal unterstützte orale Diabetestherapie
BSG	Bundessozialgericht
BSNR	Betriebsstättennummer
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BVB	besonderer Verordnungsbedarf
CAPS	Cryopyrin-assoziierte periodische Syndrome
CIT	konventionelle Insulintherapie
COX	Cyclooxygenase
EAMIV	Elektronische Arzneimittelinformations-Verordnung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EPP	erythropoetische Protoporphyrinurie
ESBL	Extended-Spectrum-Beta-Laktamase
EUTB	ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
exRW	Wirkstoffe außerhalb der Richtwerte
FA	Facharzt
FZ	Fallzahl
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HCV	Hepatitis-C-Virus
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HIV	humanes Immunodefizienz-Virus
HJ.	Halbjahr
HM	Heilmittel
HPV	humanes Papillomavirus
i.v.	intravenös
ICT	intensivierte konventionelle Insulintherapie
IKK	Innungskrankenkasse
IRENA	intensivierte Reha-Nachsorge
ITP	immunthrombozytopenische Purpura

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHK	koronare Herzkrankheit
KT-RL	Krankentransport-Richtlinie
LHON	Lebersche hereditäre Optikusneuropathie
LSG	Landessozialgericht
M/F	Mitglieder/Familienversicherte
MAK	Management Akademie der KVBW
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MT	manuelle Therapie
NSAIDs	non-steroidal anti-inflammatory drugs (nichtsteroidale Antirheumatika)
OTC	over the counter
PAH	pulmonal-arterielle Hypertonie
pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
PiRW ^{KV}	praxisindividueller Richtwert auf der Grundlage der der KVBW vorliegenden Verordnungsdaten
PNH	paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie
R	Rentner
RAS	Renin-Angiotensin-System
RG	Richtgröße
RSV	respiratorisches Synzytial-Virus
RW	Richtwert
s.c.	subkutan
SGB	Sozialgesetzbuch
SIADH	Syndrom der inadäquaten Sekretion des antidiuretischen Hormons
SI-RL	Schutzimpfungs-Richtlinie
SP	Schwerpunkt
spp.	species (Pl.)
STIKO	Ständige Impfkommision
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
TIA	transitorische ischämische Attacke
TSH	Thyroidea-stimulierendes Hormon
vdek	Verband der Ersatzkassen
WHO	World Health Organization

Fragen zu Einzelverordnungen

Arzneimittel 0711 7875-3663
verordnungsberatung@kvbawue.de

Dr. med. Richard Fux, Tanja Krummrein,
Dr. rer. nat. Franziska Leipoldt,
Laura Munninghoff, Claudia Speier,
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp

Impfungen, Heil- und Hilfsmittel, Sonstiges 0711 7875-3669
verordnungsberatung@kvbawue.de

Marion Böhm, Beate Klaiber,
Martina Mildenberger, Martina Rahner,
Diana Riedel, Melanie Rummel, Ute Seene

Fragen zum Sprechstundenbedarf 0711 7875-3660
sprechstundenbedarf@kvbawue.de

Stephanie Brosch, Andrea Damm,
Bettina Kemmler, Aikje Lichtenberger,
Jasmin Pehlivan, Simone Schanz,
Heidrun Single, Brigitte Weiss

Betreuung Prüfverfahren 0711 7875-3630
pruefverfahren@kvbawue.de

Kerstin Doncev, Loredana Panai,
Rita Wollschläger

Fragen zu Verordnungsstatistiken 0711 7875-3114

Katrin Oswald

Impressum

Verordnungsforum 48
Februar 2019

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,
Dr. med. Antje Herold, Swantje Middeldorff, Ute Noack,
Martina Rahner, Karen Schmidt, Julia Nachbar,
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp, Dr. med. Ewald Unteregger,
Dr. med. Michael Viapiano

Autoren KVBW Andrea Damm, Dr. med. Richard Fux, Tanja Krummrein,
Dr. rer. nat. Franziska Leipoldt, Julia Nachbar, Martina Rahner,
Diana Riedel, Claudia Speier, Dr. rer. nat. Reinhild Trapp

Autoren extern Prof. Dr. med. Klaus Mörike, Universitätsklinikum Tübingen,
Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie
und Toxikologie, Abteilung Klinische Pharmakologie

Erscheinungstermin Februar 2019

Gestaltung und Realisation Tanja Peters

Auflage 22.000

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.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der männlichen und weiblichen Personenbezeichnung verzichtet. Die Verwendung der männlichen Form steht daher immer sowohl für die männliche als auch die weibliche Bezeichnung.

KVBW

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