

Verordnungsforum 28

OKTOBER 2013

NSAR: RISIKEN UND KONTRAINDIKATIONEN

KONTRAZEPTIVA: VERORDNUNG NACH
DEM 20. LEBENSJAHR

SPRACHFÖRDERUNG – SPRACHTHERAPIE:
WANN IST LOGOPÄDIE INDIZIERT?

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

- 3 Vorwort
- 4 **ARZNEIMITTEL**
- 4 **Pharmakologie**
- 4 _ NSAR – Risiken und Kontraindikationen
- 6 _ Arzneimitteltherapie in der Schwangerschaft
- 7 _ Thalassämie
- 9 _ Tetrazepam – alternativlos?
- 10 _ Verlängerung des QT-Intervalls
- 11 **Verordnungspraxis**
- 11 _ Regressgefahr bei der Verordnung von Kontrazeptiva?
- 12 _ Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente: Was bezahlt die GKV?
- 16 _ Lyrica: Möglicher Missbrauch
- 17 _ Off-Label-Use: Wirbelsäulennahe Kortikoid-Injektionen
- 18 **HEILMITTEL**
- 18 _ Sprachförderung oder Sprachtherapie bei Kindern: Wo verläuft der Trennstrich?
- 20 _ Podologie: Ausfüllhilfe Muster 13
- 22 _ Heilmittelverordnungen: Pseudoziffern für Praxisbesonderheiten nicht mehr notwendig
- 23 **WEITERE VERORDNUNGSGEBIETE**
- 23 _ Häusliche Krankenpflege: Verordnung von subkutanen Infusionen jetzt möglich
- 25 **SPRECHSTUNDENBEDARF**
- 27 **SERVICE**
- 27 _ Für Sie gelesen: Untere Atemwegsinfektionen – neue Broschüre der KBV erschienen
- 28 _ Für Sie gelesen: Urologische Spasmolytika – Anticholinergika
- 29 _ Neues auf www.kvbawue.de
- 31 **IN EIGENER SACHE**

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



Wissenschaft und Pharmakologie



Zahlen – Daten – Fakten



Wirtschaftliche Verordnung



Richtlinien und Bestimmungen

Vorwort



Rationale Pharmakotherapie

Wir haben es bereits im letzten Verordnungsforum angekündigt – inzwischen sind wir deutlich vorangekommen. Das Ziel: die „Regressfreie Zone BW“.

Schon heute haben wir durch Maßnahmen des Gesetzgebers und die gemeinsame Arbeit in der ARGE Wirtschaftlichkeitsprüfung 90 Prozent weniger Regresse als bei unserem Amtsantritt. Dazu beigetragen haben die seit diesem Jahr neuen bundesweiten Regelungen zu Praxisbesonderheiten und Langfristverordnungen, die im Heilmittelbereich eine regressfreie Versorgung von schwerkranken Patienten ermöglichen. Die Details hierzu haben wir in Baden-Württemberg für die Bundesebene erarbeitet.

Nun muss es aber auch im Arzneimittelbereich weitergehen. Dafür steht das von uns im Sommer aufgelegte Projekt „Rationale Pharmakotherapie spezifischer Krankheitsbilder“ (RPK). Wir werden gemeinsam mit den Krankenkassen evidenzbasierte „Therapieleitfäden mit Stufentherapieschemata“ erarbeiten. Eine Veröffentlichung über die Osteoporosetherapie kennen Sie bereits; im nächsten Jahr werden voraussichtlich Publikationen zu den Indikationen Spezifische Immuntherapie, Unipolare Depression und Schmerz folgen.

Sie als verordnender Arzt sind zwar nicht verpflichtet, entsprechend dieser Leitlinientherapien zu verordnen, doch stellen sie eine gute Orientierung dar. Denn wenn Sie sich an die im Rahmen der „Rationalen Pharmakotherapie spezifischer Krankheitsbilder“ empfohlenen Kriterien halten, dann können Sie regressfrei bei dieser Indikation verordnen. Die Wirtschaftlichkeit dieser Therapien ist mit Prüfstelle und Kostenträgern vereinbart – und ganz unabhängig von den tatsächlich anfallenden Kosten.

So sind Sie auf der sicheren Seite und wir erreichen noch in dieser Wahlperiode unser Ziel: die „Regressfreie Zone BW“ und ein Ende einer möglichen Fehlversorgung durch Verschreibungsangst.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Norbert Metke

Vorsitzender des Vorstandes

NSAR – Risiken und Kontraindikationen

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) zählen zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln in Deutschland – angeführt von Ibuprofen und Diclofenac, gefolgt von den COX-2-Hemmern Etoricoxib und Celecoxib sowie weniger häufig Naproxen, Meloxicam und Indometacin [1]. Durch große Studien sind inzwischen die unerwünschten Wirkungen von NSAR mit zum Teil erheblichem gastrointestinem und kardiovaskulärem Schädigungspotential viel besser bekannt als noch vor wenigen Jahren.

Die britische Fachzeitschrift Lancet veröffentlichte im Mai 2013 eine umfangreiche Metaanalyse von 754 RCTs (randomisierte Studien) zu kardiovaskulären und gastrointestinalen Risiken bei NSAR [4]. Im Juli 2013 wurde in einem Rote-Hand-Brief über Warnhinweise und neue Kontraindikationen bei der Anwendung von Diclofenac-haltigen Arzneimitteln informiert [2]. Und auch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) spricht gleichzeitig entsprechende Warnungen aus (Juni 2013) [3].

Im Ergebnis unterscheiden sich die NSAR zum Teil erheblich hinsichtlich ihrer kardiovaskulären und gastrointestinalen Risiken. Dies sollte bei der Auswahl in der Praxis berücksichtigt werden.

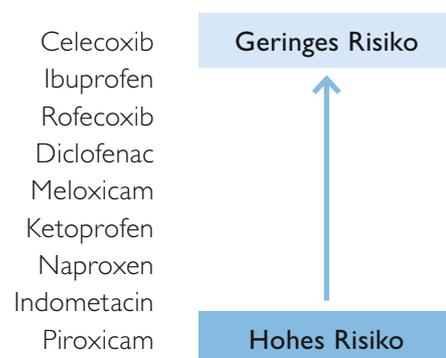
NSAR und obere gastrointestinale Komplikationen

Alle NSAR (traditionelle NSAR wie Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, sowie COX-2-Hemmer wie Celecoxib, Etoricoxib) erhöhen das Risiko gastrointestinaler Komplikationen (obere GI-Blutung, Perforation, Ulcus) um das Drei- bis Fünffache. In ihrem Risiko sind jedoch die einzelnen NSAR unterschiedlich. In einer Metaanalyse von nicht randomisierten Studien wurden die Rate Ratios (relatives Risiko) der einzelnen NSAR für Komplikationen im oberen Gastrointestinaltrakt gegenüber Placebo angegeben (Grafik 1). Das höchste Risiko zeigt sich bei Piroxicam, das geringste bei Aceclofenac. Ibuprofen hat ein geringeres Risiko als Diclofenac, Naproxen ein höheres als Ibuprofen und Diclofenac [8].

In einer neueren Metaanalyse randomisierter Studien zeigt sich eine etwas andere Reihenfolge mit ungünstigem Risiko für Diclofenac und etwas günstiger für Ibuprofen [4]. Eine Erklärung für die unterschiedliche Bewertung gibt es

nicht. Bei der Anwendung hoher Dosen jedoch unterscheiden sich Diclofenac und Ibuprofen nicht mehr. Bei Einnahme von Protonenpumpenhemmern zu NSAR ist kein erhöhtes Risiko für Komplikationen im oberen GI-Trakt mehr nachweisbar, außer für Diclofenac, bei dem sich ein erhöhtes Risiko auch unter protektiver Begleitmedikation zeigte [9].

Grafik 1: Relatives Risiko für obere gastrointestinale Komplikationen [5]



NSAR und kardiovaskuläre Komplikationen

Das Risiko schwerer Koronarereignisse wie Myokardinfarkt ist bei den einzelnen NSAR unterschiedlich (Grafik 2). Coxibe, Diclofenac und Ibuprofen erhöhen das Risiko, nicht aber Naproxen. Vermutlich beeinflusst Naproxen das kardiovaskuläre Risiko deswegen nicht, weil es über eine Hemmung der Cyclooxygenase-1 die Thrombozytenaggregation hemmt. Bei höherer Dosierung erhöht sich – außer bei Naproxen – das Herzinfarktrisiko weiter.

Grafik 2: Relatives Risiko für akuten Myokardinfarkt [5]



Ein erhöhtes Schlaganfallrisiko konnte für NSAR nicht nachgewiesen werden [4]. Alle NSAR zeigen auch ein erhöhtes Herzinsuffizienzrisiko. Bei Patienten mit schweren kardiovaskulären Erkrankungen (beispielsweise Herzinsuffizienz, Herzinfarkt oder Schlaganfall in der Vorgeschichte) sollte Diclofenac nicht angewendet werden, bei Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse (arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus oder Rauchen) nur nach sorgfältiger Abwägung.

Vorgehen bei unterschiedlichen Risiken

Das gastrointestinale Risiko lässt sich über den gastrointestinalen Risikoscore erfassen:

- Hohes GI-Risiko > 2 Punkte
- Mittleres GI-Risiko 1–2 Punkte
- Kein Risiko 0 Punkte

Folgende Faktoren geben Punkte für den gastrointestinalen Risikoscore:

- Patienten > 65 Jahre (1 Punkt)
- Ulcus (1 Punkt) oder GI-Blutung/Perforation (2 Punkte) in der Vorgeschichte
- hohe NSAR-Dosen (1 Punkt)
- starker Nikotin- und/oder Alkohol-Missbrauch (1 Punkt)
- NSAR plus Begleitmedikation (1 Punkt)
 - ASS
 - Clopidogrel
 - Kortikosteroid
 - Antikoagulantien
 - SSRI

Ein **kardiovaskuläres (CV) Risiko** liegt vor bei Indikation für eine Thrombozytenaggregationshemmung.

In der Abwägung der verschiedenen Risiken kann folgendes Schema helfen:

GI-Risiko (Scorepunkte)	CV-Risiko	Empfehlung für die Praxis
hoch (>2)	+	möglichst keine NSAR; falls unbedingt nötig, Versuch mit Naproxen + PPI
hoch (>2)	-	niedrig dosiertes Ibuprofen (max. 1.200 mg/d) + PPI oder Coxib + PPI
mittel (1-2)	-	NSAR + PPI
mittel/niedrig (1)	+	Naproxen (+/- PPI)
niedrig (0)	-	NSAR

Literatur

- [1] Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.). Arzneiverordnungsreport 2012. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2012
- [2] Rote-Hand-Brief Juli 2013
- [3] EMA: PRAC recommends the same cardiovascular precautions for diclofenac as for selective COX-2-inhibitors: www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2013/06/WC50014445.pdf Press release, Doc.-No.EMA/353084/2013, 14. Juni 2013
- [4] Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration: Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2013; 382: 769-79
- [5] AkdÄ Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) im Vergleich: Risiko von Komplikationen im oberen Gastrointestinaltrakt, Herzinfarkt und Schlaganfall. *Dt Ärztebl*; 2013; 110(29-30): A1447-8
- [6] Neue Daten zum kardiovaskulären und gastrointestinalen Risiko von NSAR. *arzneitelegramm* 2013; 44(8): 66-8
- [7] DEGAM Benefit vom 17.06.2013, Cave Diclofenac, Michael M. Kochen 2013
- [8] Castellsague J et al. Individual NSAIDs and upper gastrointestinal complications: a systematic review and meta-analysis of observational studies (the SOS project). *Drug Saf* 2012; 35: 1127-46
- [9] Hippisley-Cox J et al. Risk of adverse gastrointestinal outcomes in patients taking cyclooxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based nested case-control analysis. *BMJ* 2005; 331: 1310-6
- [10] Juurlink DN et al. A population-based study of the drug interaction between proton pump inhibitors and clopidogrel. *CMAJ* 2009; 180: 713-18

Arzneimitteltherapie in der Schwangerschaft

Das letzte Verordnungsforum 27 widmete sich an dieser Stelle der Problematik, was zu tun ist, wenn eine Arzneimittelverordnung in der Schwangerschaft notwendig wird. Nun liegt uns eine ähnliche Frage aus der Hausarztpraxis vor: Eine junge Frau, die drei Tage nach Ende einer Therapie mit Cefixim schwanger geworden ist, befürchtet eine teratogene Wirkung. Ist das begründet?

Die Antwort gibt der Pharmakotherapie-Informationsdienst in Tübingen

Die Bedenken der Patientin sind unbegründet. Cephalosporine gehören wie Penicilline während der Schwangerschaft zu den Antibiotika der Wahl. Selbst wenn die Patientin das Mittel während bereits bestehender Schwangerschaft genommen hat, ist keine teratogene Wirkung zu befürchten.

Will man bei bestehender Schwangerschaft ein Cephalosporin verordnen, würde die Wahl auf Wirkstoffe der ersten und zweiten Generation wie Cefaclor, Cefalexin oder Cefuroxim fallen, da hier umfangreichere Erfahrungswerte vorliegen [1].

Hintergrund

Wenn in Unkenntnis einer Frühschwangerschaft oder wie im vorliegenden Fall kurz davor ein Arzneimittel eingenommen wurde, sind die Patientinnen oft in Sorge wegen einer etwaigen schädlichen Wirkung und suchen ärztlichen Rat. Im Verordnungsforum 27 wurde eine Situation geschildert, in der ein geeignetes Arzneimittel für eine schwangere Patientin gesucht wurde. Dies ist in der Regel weniger schwierig, da es für die meisten Erkrankungen Therapeutika gibt, bei denen die Erfahrungen gegen nennenswerte entwicklungstoxische Risiken sprechen. So kann das passende Medikament ausgewählt werden [1,2].

Ist es dagegen schon zu einer Arzneimittelexposition während oder kurz vor der Schwangerschaft gekommen, ist eine fundierte individuelle Risikoabschätzung angezeigt. In den meisten Fällen hat sich gezeigt, dass auch nach Einnahme kontraindizierter Medikamente das Risiko eines schädigenden Einflusses gering ist. Dies basiert auf Angaben in

einschlägiger Literatur. Neben Fachbüchern [1, 3, 4] stehen zwei Internet-Portale zur Verfügung. Wir haben sie ausführlich im Verordnungsforum 25 (Februar 2013) vorgestellt:

- Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie am Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie an der Charité in Berlin (www.embryotox.de)
- Institut für Reproduktionstoxikologie der St. Elisabeth-Stiftung, Ravensburg (www.reprotox.de)

Literatur

- [1] Schaefer C, Spielmann H, Vetter K, Weber-Schöndorfer C (Hrsg.): Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit. 8. Aufl.; München: Urban & Fischer; 2012
- [2] Schaefer C, Weber-Schöndorfer C: Pharmakotherapie in der Schwangerschaft. Internist 2009; 50: 455-66
- [3] Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ: Drugs in Pregnancy and Lactation. 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011
- [4] Friese K, Mörike K, Neumann G, Windorfer A (Hrsg.): Arzneimittel in der Schwangerschaft und Stillzeit. Ein Leitfaden für Ärzte und Apotheker. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 7. Aufl.; 2009

! Thalassämie



In unserer Serie über verschiedene Krankheiten bestimmter ethnischer Gruppen, die auch im deutschen Praxisalltag immer häufiger anzutreffen sind, haben wir im Verordnungsforum 27 über das familiäre Mittelmeerfieber berichtet und sind der Frage nachgegangen, ob Colchicin als Therapie empfohlen werden kann. Der zweite Teil der Serie widmet sich den Thalassämien, die ursprünglich aus dem Mittelmeerraum sowie Asien und Afrika stammen. Im Folgenden informieren wir über die derzeitigen Optionen zur Behandlung dieser genetisch bedingten Krankheiten.

Ein Mangel an Hämoglobin bei gleichzeitiger Eisenüberladung – dies ist das pathophysiologische Hauptmerkmal der Thalassämien. Sie gehören zu den häufigsten genetischen Erkrankungen weltweit; mindestens 60.000 schwer Betroffene werden jedes Jahr geboren. Der Erbgang ist autosomal-rezessiv. Die größte klinische Bedeutung innerhalb der als „Thalassämie-Syndrome“ bezeichneten thalassämischen Hämoglobinsynthesestörungen haben die α - und die β -Thalassämien.

Als eine Störung der Hämoglobinsynthese gehörte die Thalassämie zu den ersten molekularen Erkrankungen, die identifiziert und im Detail über die letzten 40 Jahre untersucht wurden [2]. Gleichwohl hängt die Behandlung immer noch weitgehend von der Versorgung mit Bluttransfusionen und der Eisenchelat-Therapie ab [2].

Leitsymptome

Homozygote Major-Formen gehen mit schweren, hypochrom-hämolytischen Anämien und komplexen Krankheiten einher. Heterozygote Thalassämieträger haben eine Symptomatik mit leichter, eisenrefraktärer, hypochrom-mikrozytärer Anämie [1].

Aktueller Stand der therapeutischen Optionen

Die symptomatische Behandlung der β -Thalassämia major besteht lebenslang in einer regelmäßigen Transfusions-therapie in Kombination mit einer effektiven Eisenelimination (mit Deferoxamin oder Deferasirox) [1]. Die

Eiseneliminationstherapie soll beginnen, wenn die Serumferritinkonzentration bei der regelmäßigen Bestimmung wiederholt oberhalb von 1.000 $\mu\text{g/l}$ liegt (und ein vorübergehender, beispielsweise inflammationsbedingter, Anstieg ausgeschlossen scheint) und/oder wenn der Lebereisengehalt die untere Grenze des bei Patienten mit sekundärer Eisenüberladung akzeptablen Bereiches übersteigt [3].

Für die Primärtherapie werden in Abhängigkeit vom Alter des Patienten der in der Regel als subkutane Dauerinfusion zu verabreichende Chelatbildner Deferoxamin und der orale Chelatbildner Deferasirox empfohlen. Für die Sekundärtherapie steht außerdem der orale Chelatbildner Deferipron zur Verfügung [3].

Deferasirox ist der neueste Eisenchelator, wie eine Übersichtsarbeit aus der Schweiz ausführt [4]. Wegen seiner Effektivität und des einfachen Applikationsmodus hat sich Deferasirox heute für Thalassämiepatienten als Substanz der ersten Wahl durchgesetzt. Das Medikament wird einmal pro Tag oral verabreicht. Mit einer Tagesdosis von 30 mg/kg (eventuell bis 40 mg/kg) wird meistens eine negative Eisenbilanz erzeugt. Nebenwirkungen sind hauptsächlich Niereninsuffizienz, Albuminurie und auch Neutropenie [4].

Bei Hämosiderose-bedingten Organschäden ist eine spezifische Behandlung erforderlich. Die Splenektomie ist bei tumoröser Milzvergrößerung mit Zunahme des Transfusionsbedarfs und Hypersplenismus angezeigt [1].

Als kurative Behandlung der β -Thalassämia major ist – falls ein Spender verfügbar ist – eine hämatopoetische Stammzelltransplantation die Therapie der Wahl [1], diese ist aber noch mit substanzieller Mortalität und Morbidität verbunden [2].

Inzwischen gelangt die Gentherapie in frühe klinische Studien. Die Therapie mit induzierten pluripotenten Stammzellen (induced pluripotent stem cells – iPS) bietet interessante Aussichten, hat aber noch viele Herausforderungen zu überwinden [2].

Monatstherapiekosten der Chelatbildner zur Thalassämie-Behandlung, bezogen auf ein Körpergewicht (KG) von 70 kg

Wirkstoff	Präparat	Dosierung	Darreichungsform	Monatstherapiekosten (70 kg KG)
Deferoxamin	Desferal®	Durchschnittliche Tagesdosis in der Regel zwischen 20 und 60 mg/kg KG	Die langsame subkutane Infusion mittels einer tragbaren Infusionspumpe über 8-12 h ist für ambulante Patienten besonders geeignet [6]	2.172,94 € (bei mittlerer Dosis)
Deferasirox	Exjade®	1x/Tag 30 mg/kg	oral	4.685,32 €
Deferipron	Ferriprox®	Filmtabletten: 3x/Tag 25 mg/kg KG	oral	750,34 €
		Lösung zum Einnehmen: 3x/Tag 0,25 ml/kg KG	oral	858,49 €

Datengrundlage: Lauer-Taxe (Stand: 01.09.2013), größte verfügbare Packung, Originalhersteller (kein Reimporteur)

Weiterführende Informationen

Einzelheiten zu Leitsymptomen, Diagnostik und Therapie sind in Übersichtsarbeiten [1, 2] und in der AWMF-Leitlinie der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie [3] dargestellt. Eine weitere Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der sekundären Eisenüberladung bei angeborenen Anämien [5] enthält Informationen zu Komplikationen und Verlaufsuntersuchungen sowie zu den einzelnen Chelatbildnern und deren Einsatz in besonderen Situationen (intensivierte Chelattherapie, Thalassaemia intermedia, Stammzelltransplantation, Schwangerschaft).

- [5] Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH): Diagnostik und Therapie der sekundären Eisenüberladung bei Patienten mit angeborenen Anämien. AWMF-Register Nr. 025-029. Stand 01.04.2010 (Zugriff 30.08.2013) www.awmf.org/leitlinien/detail/II/025-029.html
- [6] www.fachinfo.de

Autor

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

Literatur

- [1] Kohne E: Hämoglobinopathien. Klinische Erscheinungsbilder, diagnostische und therapeutische Hinweise. Dt Ärztebl 2011; 108: 532-40
- [2] Higgs DR, Engel JD, Stamatoyannopoulos G: Thalassaemia. Lancet 2012; 379: 373-83
- [3] Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH): Thalassämie. AWMF-Register Nr. 025-017. Stand 30.11.2010 (Zugriff 22.08.2013) www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/025-017_S1_Thalassaemie.pdf
- [4] Tichelli A, Rovó A: Klinisches Management einer Thalassämie beim erwachsenen Patienten. Ther Umsch 2010; 67 (5): 237-43

Tetrazepam – alternativlos?

Für Tetrazepam (zum Beispiel Musaril®) hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) das Ruhen der Zulassung in Deutschland zum 1. August 2013 angeordnet [1]. Hintergrund sind neue Erkenntnisse zum erhöhten Risiko seltener, aber schwerwiegender Hautreaktionen.

Dazu zählen Fälle von Stevens-Johnson-Syndrom (SJS), toxischer epidermaler Nekrolyse (TEN, Lyell-Syndrom), Erythema multiforme und Arzneimittelexanthem mit Eosinophilie und systemischen Symptomen (DRESS-Syndrom) [1]. Das Risiko für diese Reaktionen ist offenbar unter Tetrazepam höher als unter anderen Benzodiazepinen [1]. In diesem Zusammenhang ist interessant, dass israelische Autoren auf die chemisch-strukturelle Ähnlichkeit von Tetrazepam und Carbamazepin und die Möglichkeit von Kreuzreaktivitäten hinwiesen [2].

Hintergrundinformationen zur Bewertung von Tetrazepam geben das BfArM und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) im Bulletin zur Arzneimittelsicherheit [3]. Darin wird thematisiert, dass durch das Ruhen der Zulassung von Tetrazepam möglicherweise eine therapeutische Lücke entsteht und die zur Verfügung stehenden therapeutischen Alternativen ein unklares Nutzen-Risiko-Verhältnis aufweisen [3].

Welche potenziellen Alternativen für Tetrazepam stehen als zentral wirkende Muskelrelaxanzien derzeit zur Verfügung?

- **Baclofen** (z.B. Lioresal®, Generika): Die AkdÄ ordnet Baclofen für die Behandlung der Spastik bei Multipler Sklerose den empfohlenen Wirkstoffen zu [4]. Die (bekannte) sedierende Wirkung verdient Beachtung.
- **Tolperison** (z.B. Mydocalm® Tbl., Viveo®, Generika): Nach einem Rote-Hand-Brief vom 21. Februar 2013 (der von einem der Hersteller nicht unterzeichnet ist) soll die Verwendung von Tolperison eingeschränkt werden: auf die symptomatische Behandlung von Spastizität nach einem Schlaganfall bei Erwachsenen. Hintergrund ist ein Zusammenhang zwischen der Anwendung von Tolperison und schweren Hautreaktionen.
- **Methocarbamol** (z.B. DoloVisano®, Orton®): Die Studienlage hinsichtlich publizierter Daten ist unbefriedigend.

- **Orphenadrin** (z.B. Norflex®): Die Studienlage hinsichtlich publizierter Daten ist unbefriedigend. Die (bekannte) sedierende Wirkung verdient Beachtung.
- **Pridinol** (z.B. Myoson®): Die Studienlage hinsichtlich publizierter Daten ist unbefriedigend. Die (bekannte) sedierende Wirkung verdient Beachtung.
- **Tizanidin** (z.B. Sirdalud®): Die AkdÄ ordnet Tizanidin für die Behandlung der Spastik bei Multipler Sklerose den empfohlenen Wirkstoffen zu [4]. Die (bekannte) sedierende Wirkung verdient Beachtung.
- **Diazepam** (z.B. Valium®, Generika): Als Benzodiazepin steht es dem Tetrazepam pharmakologisch sehr nahe und die sedierende Wirkung ist ausgeprägt. Diazepam und seine aktiven Metabolite werden sehr langsam eliminiert und haben eine entsprechend lange Wirkdauer. Bedenkenswert ist außerdem das Abhängigkeitspotenzial. Zum Zweck der muskelrelaxierenden Wirkung allein ist Diazepam im Regelfall wenig geeignet.

Fazit

Die Studienlage sowie das Nutzen-Risiko-Verhältnis ist derzeit für keine der potenziellen Tetrazepam-Alternativen befriedigend. Eine entsprechende Empfehlung zu geben, ist deswegen nicht möglich.

Außerdem kommt eine relevante sedierende Wirkung nicht nur Tetrazepam und Diazepam, sondern auch Baclofen, Orphenadrin, Pridinol und Tizanidin zu. Methocarbamol und Tolperison sind diesbezüglich günstiger.

Hinreichende Belege für Vorteile einzelner Myotonolytika oder von Myotonolytika gegenüber der alleinigen Gabe von traditionellen nichtsteroidalen Antirheumatika (tNSAR) finden sich nicht. Diesen und weitere Hinweise gibt die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz [5]. Außerdem gewinnen aus der aktuellen Situation nicht-medikamentöse Maßnahmen zusätzliche Bedeutung.

Literatur

- [1] Sanofi: Wichtige Arzneimittelinformation für Ärzte und Apotheker („Rote-Hand-Brief“). Ruhen der Zulassung aller Tetracepam-haltiger Arzneimittel (z.B. Musari[®] Filmtabletten). Juni 2013. www.akdae.de
- [2] Wolf R, Orion E, Davidovici B: Toxic epidermal necrolysis caused by tetracepam. *Int J Dermatol* 2006; 45(10): 1260-1
- [3] BfArM und PEI: Nutzen-Risiko-Verhältnis von Tetracepam. Bulletin zur Arzneimittelsicherheit. Ausgabe 2. Juni 2013. www.pei.de
- [4] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hrsg.): Arzneiverordnungen. Empfehlungen zur rationalen Pharmakotherapie. 22. Aufl.; MMI Medizinische Medien Informations GmbH. 2009
- [5] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ): Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz. Langfassung. 1. Auflage. Version 4. November 2010. Zuletzt geändert August 2013. AWMF-Register nvl/007. www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de

Autor

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

Verlängerung des QT-Intervalls

Eine Verlängerung des QT-Intervalls ist eine lebensgefährliche Erkrankung. Durch eine verzögerte Repolarisation im Herzmuskel können Arrhythmien entstehen. Dies kann erblich bedingt sein oder durch äußere Einflüsse entstehen. Bei diesen erworbenen Formen der QT-Verlängerung spielen die durch Arzneimittel hervorgerufenen Ursachen eine dominierende Rolle: Durch eine Blockade von Kaliumkanälen im Herzmuskel kommt es zu einer Verlangsamung der Repolarisation.

Erstmals in den 1960er Jahren beschrieben, schenkte man ab den 1990er Jahren diesem Mechanismus immer mehr Aufmerksamkeit. Für mehr als 100 Wirkstoffe wurde inzwischen eine solche Nebenwirkung beschrieben. Wichtig wird das Thema dadurch, dass diverse betroffene Wirkstoffe sehr häufig eingesetzt werden.

Eine dieser Substanzen ist Citalopram, das aus der Gruppe der SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) das größte Potenzial hat, eine solche Nebenwirkung zu entfalten. Diese verstärkt sich verständlicherweise, wenn gleichzeitig weitere problematische Wirkstoffe eingenommen werden.

Wie hoch ist die Anzahl der Patienten, die gleichzeitig Citalopram und ein trizyklisches Antidepressivum erhalten? Diese Kombination ist laut Fachinformation kontraindiziert oder zumindest mit äußerster Vorsicht einzusetzen.

Von fast 100.000 Patienten, die im ersten Quartal 2013 Citalopram erhielten, bekamen circa elf Prozent der Versicherten zusätzlich ein trizyklisches Antidepressivum. Eine recht hohe Zahl, die zeigt, dass in der praktischen Anwendung von Arzneimitteln dieser Nebenwirkung mehr Beachtung geschenkt werden sollte.

➔ Information zur QT-verlängernden Wirkung von Arzneimitteln finden Sie auf www.qtdrugs.org

§ Regressgefahr bei der Verordnung von Kontrazeptiva?

Bereits im Verordnungsforum 20 haben wir darüber berichtet, was bei der Verordnung von Kontrazeptiva nach dem 20. Geburtstag zu beachten ist. Der folgende Artikel beschäftigt sich mit der Frage, ob bei solchen Verordnungen ein Aut-idem-Kreuz zur Regressvermeidung erforderlich ist, und greift nochmals das Thema der Verordnungsfähigkeit von Kontrazeptiva im Rahmen einer Therapie mit teratogenen Arzneimitteln auf. Der Text wurde in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erstellt.

Gemäß § 24a SGB V haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr einen Anspruch auf die Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln, soweit sie ärztlich verordnet werden. Einige Kontrazeptiva haben zusätzliche Indikationen und sind beispielsweise zur Behandlung von Akne, Hirsutismus, androgenetischer Alopezie oder Hypermenorrhoe zugelassen. Zur Behandlung solcher Erkrankungen können empfängnisverhütende Mittel mit entsprechender Zusatzindikation auch noch nach dem 20. Lebensjahr zu Kassenlasten verordnet werden.

So ist beispielsweise Valette® zusätzlich zur Behandlung von Akne zugelassen und könnte auch für eine Aknepatientin, die das 20. Lebensjahr bereits vollendet hat, zu Kassenlasten verordnet werden. In der Apotheke wird dieser Patientin aufgrund der Rabattverträge möglicherweise Maxim® ausgehändigt. Maxim® ist allerdings ausschließlich zur Empfängnisverhütung zugelassen. Da hier aber mindestens eine Indikation mit Valette® übereinstimmt (Kontrazeption), muss laut Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V der Austausch stattfinden.

Dadurch stellt sich nun in diesem Fall die Frage, ob ein Regressrisiko besteht, wenn auf das Setzen des Aut-idem-Kreuzes verzichtet wird. Das Kreuz würde den Austausch eines (verordnungsfähigen) Kontrazeptivums (hier: Valette®) mit Zusatzindikation gegen eines ohne Zusatzindikation (hier: Maxim®) verhindern. Denn ein empfängnisverhütendes Mittel ohne zusätzliche Indikation wäre prinzipiell für eine Patientin über 20 Jahre zu Kassenlasten nicht verordnungsfähig.

Ein Aut-idem-Kreuz ist in einem solchen Fall zur Regressvermeidung nicht erforderlich. Falls dennoch eine Krankenkasse einen Regressantrag stellen sollte, ist aus dem Rezeptimage ersichtlich, dass ursprünglich ein Präparat mit Zusatzindikation verordnet wurde.

Im Verordnungsforum 20 haben wir bereits auf einige Besonderheiten bei der Verordnung von Kontrazeptiva hingewiesen. Allerdings müssen wir unsere Aussage bezüglich der Verordnungsfähigkeit von Kontrazeptiva für Versicherte ab 20 Jahren, die sich einer Therapie mit teratogenen Medikamenten unterziehen müssen, revidieren. Für über 20-Jährige sehen weder das SGB V noch die Richtlinien des G-BA zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch Ausnahmen vor.

Obwohl die Fachinformation teratogen wirkender Arzneimittel zwingend eine Kontrazeption vorschreibt, kommt § 12 Abs. 7 AM-RL (siehe Infobox) hier nicht zum Tragen, da hormonelle Kontrazeptiva verschreibungspflichtig sind.

Zwar wurde aufgrund diverser Gerichtsurteile in solchen Fällen in der Vergangenheit oftmals eine Leistungspflicht der GKV abgeleitet, doch gelten derartige Urteile (SG, LSG, BSG) lediglich für den verhandelten Einzelfall. Sie sind als Empfehlungen anzusehen, können aber die geltende Gesetzgebung nicht ändern – es sei denn, es handelt sich um Grundsatzentscheidungen beispielsweise durch das Bundesverfassungsgericht.

Richtigstellung zum Artikel:

Maxim ist seit April 2013 neben der hormonellen Kontrazeption zur Behandlung von Frauen mit mittelschwerer Akne, die keine Gegenanzeigen für die Therapie mit oralen Kontrazeptiva aufweisen, und nach Versagen geeigneter lokaler Behandlung, zugelassen.

■ Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente: Was bezahlt die GKV?

Um Unsicherheiten bezüglich der Verordnungsfähigkeit zu vermeiden, haben die unten genannten Krankenkassen erklärt, die Kosten von hormonellen Kontrazeptiva im Rahmen einer Therapie mit teratogen wirkenden Arzneimitteln auch für Versicherte nach Vollendung des 20. Lebensjahres zu übernehmen (Verordnung auf Muster 16 ohne vorherige Genehmigung).

- AOK Baden-Württemberg
- IKK classic
- Barmer GEK, DAK, HEK, hkk, KKH und TK
- Knappschaft
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- BKK VerbandPlus, BKK SBH, Die Schwenninger Krankenkasse, BKK Südzucker

Arzneimittel-Richtlinie § 12

(7) Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit zugelassenen, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ordnungsfähigen Arzneimitteln eingesetzt werden (Begleitmedikation), sind ordnungsfähig, wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist.

Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente werden auf dem deutschen Markt als Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel und Arzneimittel angeboten. Was von der GKV hiervon übernommen wird, ist ganz wesentlich abhängig von der Art des Präparates. Folgender Überblick wurde in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erstellt.

Folgende Substanzklassen müssen grundsätzlich unterschieden werden:

- **Nahrungsergänzungsmittel:** Die Kosten werden generell nicht von der GKV übernommen (§ 6 AM-RL).
- **Lebensmittel:** Monopräparate, die als Lebensmittel auf dem Markt sind, können nicht von der GKV übernommen werden (§ 6 AM-RL) – lediglich als Komponente von bilanzierten Diäten (§ 31 Abs. 5 SGB V bzw. §§ 6 und 19ff. AM-RL).
- **Nicht-apothekepflichtige Arzneimittel** (beispielsweise Floradix[®] mit Eisen-Lösung) sind in der Regel keine Kasernenleistung (Ausnahme: Fluoridpräparate; siehe Tabelle).
- **Rezeptpflichtige Arzneimittel** können im Rahmen vertragsärztlicher Versorgungsleistung zulasten der GKV verordnet werden (unter Beachtung des zulassungsgemäßen Gebrauchs und der sonstigen Vorgaben in SGB V und AM-RL). Beispiel: „D3-Vicotrat[®]“ (Colecalciferol 2,5 mg zur i.m.-Injektion). Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang unseren Artikel im Verordnungsforum 26 zur Abgrenzung von rezeptpflichtigen und rezeptfreien Arzneimitteln.
- **Apothekepflichtige, jedoch nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel** (OTC-Arzneimittel) werden nur in Ausnahmefällen durch die GKV übernommen (§ 34 Abs. 1 SGB V). Diese Ausnahmen werden in § 12 der AM-RL aufgeführt und umfassen im Wesentlichen:
 - Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (Abs. 12).
 - OTC-Arzneimittel, die in der Fachinformation eines vertragsärztlich ordnungsfähigen Arzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben sind (Abs. 7)
 - OTC-Arzneimittel zur Behandlung einer schwerwiegenden unerwünschten Nebenwirkung im Rahmen einer Therapie mit einem ordnungsfähigen Arzneimittel (Abs. 8)

- OTC-Arzneimittel, die als Therapiestandard bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen gelten und in Anlage I der AM-RL aufgeführt sind (Abs 2–6).

OTC-Ausnahmeliste

Wesentlich für die Entscheidung, ob ein Vitamin oder ein Mineralstoff verordnungsfähig ist, ist die Anlage I der Arzneimittelrichtlinie, die sogenannte OTC-Ausnahmeliste.

Vitamine

Folgende Vitamine werden unterschieden:

- Wasserlösliche: Vitamin B1, Vitamin B2, Niacin, Vitamin B6, Folsäure, Pantothensäure, Biotin, Vitamin B12, Vitamin C
- Fettlösliche: Vitamin A, Beta-Carotin (Provitamin A), Vitamin D, Vitamin E, Vitamin K

Mineralstoffe (Mengenelemente) und Spurenelemente

- Mengenelemente: Natrium, Chlorid, Kalium, Calcium, Phosphor, Magnesium
- Spurenelemente: Eisen, Iodid, Fluorid, Zink, Selen, Kupfer, Mangan, Chrom, Molybdän

Vitamin	Verordnungsfähigkeit nach Arzneimittelrichtlinie (AM-RL)		Präparatebeispiele	Kommentar/Erläuterung
Vitamin K	Anlage I Nr. 42	Vitamin K als Monopräparat nur bei nachgewiesenem, schwerwichtigem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.	Konakion®, Ka-Vit	Vitamin K1 (Phytomenadion) kann sowohl in oraler als auch in parenteraler Darreichungsform über Sprechstundenbedarf bezogen werden. (vgl. Verordnungsforum 20)
Vitamin A und E	Apothekenpflichtige Vitamin-A- und Vitamin-E-Monopräparate werden in der Anlage I nicht geregelt, für sie gilt lediglich Anlage I Nr. 27: Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.		Freka Vit® fettlöslich, Vitalipid®	Die verschreibungspflichtigen Vitamin-A-Präparate (z. B. Vitamin A 30.000 Jena-pharm®, Vitamin-Asaar®, Vitadral®) sind im Rahmen ihrer Indikation (Therapie manifester Vitamin-A-Mangelzustände, die durch eine entsprechende Ernährung nicht ausgeglichen werden können) verordnungsfähig.
Vitamin D	Siehe Calcium und Vitamin D im nächsten Abschnitt (Mineralstoffe)			
Folsäure und andere wasserlösliche Vitamine	Anlage I Nr. 19	Folsäure und Folate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten (z. B. Methotrexat, Pemetrexed) sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms	zahlreiche generische Anbieter	Generelle peri- oder postkonzeptionelle Verordnungen von Folsäure sind nicht zu Lasten der GKV möglich.
	Anlage I Nr. 44	Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin (lipidlösliches Derivat des Vitamin B1, „Thiamin-Prodrug“) und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwichtigem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit)		Verordnungen Vitamin-B-haltiger Präparate zur Senkung erhöhter Homocysteinwerte sind nur möglich, wenn ein nachgewiesener, schwerwiegender Mangel der entsprechenden Vitamine vorliegt (als Monopräparate)
	Anlage I Nr. 43	Wasserlösliche Vitamine auch in Kombinationen nur bei der Dialyse	Dreisavit®	Wasserlöslich sind alle Vitamine außer A, D, E und K
Vitamine bei parenteraler Ernährung	Anlage I Nr. 27	Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente (siehe oben)		

Mineralstoff/ Spurenelement	Verordnungsfähigkeit nach Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) bzw. Rechtsgrundlage	Präparatebeispiele	Kommentar / Erläuterung	
Calcium	Anlage I Nr. 12	Calciumverbindungen als Monopräparate nur <ul style="list-style-type: none"> bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit 	Calcium Sandoz [®] /v Hexal [®] /Dura [®]	
Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination) sowie Vitamin D als Monopräparat bei ausreichender Calciumzufuhr über die Nahrung	Anlage I Nr. 11	Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination) sowie Vitamin D als Monopräparat bei ausreichender Calciumzufuhr über die Nahrung <ul style="list-style-type: none"> nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose, nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen, bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit. 	Calcium Sandoz D Osteo [®] , Calcivit D [®] , Calcium D3 Stada [®] , Vitamin D3 Hevert [®] , Vigantolekten [®]	manifeste Osteoporose: Osteoporose mit Fraktur ohne adäquates Trauma (vgl. Verordnungsforum 25)
Kaliumverbindungen	Anlage I Nr. 25	als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliämie.	Kalinor [®] , Rekawan [®]	Sind in einem Präparat verschiedene Kaliumsalze vorhanden (z.B. Kaliumcitrat oder Kaliumhydrogenphosphat), so gelten diese als Monopräparate (vgl. Verordnungsforum 20)
Magnesiumverbindungen	Anlage I Nr. 28	oral: nur bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen	Magnetrans [®] , Magno Sanol [®]	Somit sind Magnesiumpräparate zum Einnehmen bei Schwangerschaftsbeschwerden nicht verordnungsfähig (vgl. Verordnungsforum 20)
	Anlage I Nr. 29	Parenteral: nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.	MG 5 Sulfat [®]	
Eisen	Anlage I Nr. 17	Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie.	Ferro Sanol [®] , Eisentabletten Ratiopharm [®]	Es sind demnach nur solche apothekenpflichtigen Eisen-Präparate verordnungsfähig, die Eisen als 2-wertiges Ion enthalten. Kombinationspräparate (z.B. mit Folsäure) sind nicht verordnungsfähig. Verschreibungspflichtige Eisenpräparate zur parenteralen Applikation enthalten Eisen-(III)-Verbindungen. Sie sind nur verordnungsfähig bei Eisenmangelzuständen, wenn eine orale Eisensubstitution nicht möglich ist.
Iodid	Anlage I Nr. 23	nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen	Jodid Hexal [®] /Ratiopharm [®] /Dura [®]	

Mineralstoff/ Spurenelement	Verordnungsfähigkeit nach Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) bzw. Rechtsgrundlage	Präparate- beispiele	Kommentar / Erläuterung
Spurenelemente bei parenteraler Ernährung	Anlage I Nr. 27	Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente (siehe oben)	
Phosphat	Anlage I Nr. 38	Phosphatverbindungen bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann	Reducto® Spezial
Zink	Anlage I Nr. 45	Zinkverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und des durch Hämodialysebehandlung bedingten nachgewiesenen Zinkmangels sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson	Cefazink®
Selen		keine Regelung in der AM-RL. Im Handel sind Nahrungsergänzungsmittel, apothekenpflichtige und verschreibungspflichtige Arzneimittel	Cefasel®, Selen Loges® Für Patienten ab 12 Jahren (ohne Entwicklungsstörungen) und Erwachsene sind lediglich die verschreibungspflichtigen Varianten verordnungsfähig – allerdings ausschließlich bei „nachgewiesenem Selenmangel, der ernährungsmäßig nicht behoben werden kann“. (vgl. Verordnungsforum 26)
Fluorid	§ 22 i.V.m. § 26 SGB V und AM-RL § 13 Abs. 1 Nr. 2	Im Handel sind u.a. nicht-apothekenpflichtige Arzneimittel (z.B. Fluoretten®, Zymafluor®), apothekenpflichtige Arzneimittel (D-Fluoretten®, Elmex Gelee® N1) und verschreibungspflichtige Arzneimittel (Elmex Gelee® N2, Sensodyne ProSchmelz® Fluorid Gelee). Ausnahmsweise sind in diesem Fall nach der genannten Rechtsgrundlage auch nichtapothekenpflichtige Arzneimittel zur Kariesprophylaxe für Kinder bis sechs Jahre verordnungsfähig.	Bzgl. verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Kariesprophylaxe gilt für Versicherte ab 18 Jahren der Verordnungs-ausschluss gemäß § 13 Abs. 1 Nr. 2: Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich.

Verschiedene Konstellationen, bei denen eine Substitution von Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen eindeutig indiziert sind, sind durch diese Regelungen nicht erfasst. Daher hat der Gesetzgeber mit der Einführung des § 2 Abs. 1a in das SGB V am 20.12.2011 eine generelle Ausnahmeregelung für eventuelle Leistungseinschränkungen der GKV eingeführt.

Dies gilt für Patienten

- mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht,
- wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Diese Ausnahmeregelung gilt auch für all die Fälle, in denen Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente nicht gemäß AM-RL zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind. In Fällen, bei denen die oben genannten Kriterien nicht vollständig und eindeutig erfüllt sind, empfiehlt es sich, eine schriftliche Kostenzusage durch die Krankenkasse einzuholen.

Ein Beispiel für eine solches Vorgehen sind Patienten, bei denen eine **Gastrektomie** durchgeführt wurde. Bei ihnen ist die prophylaktische parenterale Verabreichung von Vitamin B12 obligat, da in dieser Situation ein Vitamin-B12-Mangel bei Fehlen des im Magen gebildeten Intrinsic-Faktors unvermeidlich ist. Abzuwarten, bis ein nachweisbarer Mangel auftritt, um dann die Vorgaben der AM-RL (Anlage I Nr. 44) zu erfüllen, ist ethisch nicht vertretbar.

Lyrica:

Möglicher Missbrauch

Ähnliches gilt für Patienten mit **exokriner Pankreasinsuffizienz** (nach einer Pankreatektomie oder bei Mukoviszidose). Sie leiden häufig an einem Mangel der fettlöslichen Vitamine A, D, E und K, sowie Kalzium, Magnesium, Zink, Thiamin und Folsäure. Die S3-Leitlinie „Chronische Pankreatitis“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) empfiehlt im Statement 9-2-9, ein Defizit an Vitaminen und Spurenelemente gezielt auszugleichen [1].

Fazit

Vitamine und Mineralstoffe sind nur als Arzneimittel und nicht als Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel zulasten der GKV verordnungsfähig. Insbesondere apothekenpflichtige, nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel unterliegen den Regelungen der Arzneimittelrichtlinie.

Literatur

- [1] S3-Leitlinie „Chronische Pankreatitis: Definition, Ätiologie, Diagnostik und konservative, interventionell endoskopische und operative Therapie der chronischen Pankreatitis“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-003l_S3_Chronische_Pankreatitis_08-2012.pdf)

Immer wieder haben wir im Verordnungsforum über die Substanz Pregabalin (Lyrica®) und deren Abhängigkeitspotential berichtet. Dennoch häufen sich Berichte darüber, dass es nach wie vor zu Missbrauch kommt. Ein Indiz dafür ist, dass Versicherte versuchen, sich bei mehreren Ärzten ein Rezept ausstellen zu lassen (Ärztelisting).

Vor dem Hintergrund, dass allein in Baden-Württemberg im Jahr 2012 über 95.000 GKV-Versicherten dieses Präparat verschrieben wurde, haben wir die jeweilige Anzahl der verordnenden Praxen analysiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein nicht zu vernachlässigender Teil der Patienten die Verordnungen von mehr als drei Praxen beziehen. Eine Verschreibung durch zwei bis drei Praxen scheint vor dem Hintergrund einer hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung noch plausibel. Doch das Resultat der Analyse zeigt, dass rund 0,33% der Versicherten die Rezepte von mindestens vier Praxen beziehen. Extremfälle stellen die knapp 30 Versicherten dar, die von mehr als zehn Praxen Lyrica® beziehen, sowie ein Patient, dessen Verordnungen von 26 Praxen ausgestellt wurden.

Die Daten zeigen, dass vor Verordnung von Pregabalin die Indikationsstellung klar überprüft werden sollte, sowie bei der Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes für unbekannte Patienten Vorsicht geboten ist. Hier kann sicher eine Rückfrage beim Hausarzt für Klarheit sorgen.

Off-Label-Use: Wirbelsäulennahe Kortikoid-Injektionen

Der Einsatz von Kortikoidinjektionen nahe der Wirbelsäule stellt arzneimittelrechtlich einen Off-Label-Use dar. Das heißt, die verwendeten Substanzen sind für die Indikation nicht zugelassen, die Evidenz ihrer Wirkung sollte hinterfragt werden. Die eingesetzten Arzneimittel können nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherungen verordnet, die Leistung nicht abgerechnet werden.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) darüber informiert, dass die periradikuläre, epiperineurale oder epidurale Anwendung von Kortikoiden nicht von der arzneimittelrechtlichen Zulassung abgedeckt ist. Ausschließlich die intraartikuläre Injektion beispielsweise der kleinen Wirbelgelenke fällt unter die Zulassung. Auch der Einsatz eines Lokalanästhetikums mit einem Kortikoid ist nur in Form der intraartikulären Injektion zugelassen.

Die arzneimittelrechtliche Zulassung stellt die Grundvoraussetzung dar, dass ein Arzneimittel zu Lasten der GKV verordnet werden kann. Das Bundessozialgericht hat Kriterien definiert für die ausnahmsweise Verordnung von Arzneimitteln außerhalb der Zulassung (Off-Label-Use). Diese sind jedoch bei wirbelsäulennahen Injektionen im Rahmen einer Schmerztherapie nicht erfüllt.

Die Verordnung der Arzneimittel auf Privatrezept und die Abrechnung als Selbstzahlerleistung sind per se nicht ausgeschlossen. Beachten Sie dabei aber, dass im Rahmen des Off-Label-Einsatzes eines Medikamentes die Herstellerhaftung entfällt – der verordnende Arzt haftet in vollem Umfang für eventuelle Schäden. Sichern Sie sich dagegen ab mit einer erweiterten Aufklärung des Patienten, die über die bekannten Nebenwirkungen und Risiken hinausgeht. In diesem Zusammenhang muss auch die Aufklärung über vertragsärztlich mögliche Behandlungsalternativen und deren Erfolgsaussichten gegenüber der eventuell vom Arzt empfohlenen Off-Label-Behandlung erfolgen.

Fazit

- Die periradikuläre, epiperineurale und epidurale Anwendung von Kortikoiden stellen einen Off-Label-Use dar. Die dafür eingesetzten Arzneimittel sind nicht zulasten der GKV verordnungsfähig und die Leistung nicht vertragsärztlich erbringbar.
- Kortikoid-Injektionen im Bereich der Wirbelsäule können nur in Form der intraartikulären Injektion der kleinen Wirbelgelenke zulasten der GKV verordnet werden.

➔ Weiterführende Informationen
ergo Rundschreiben 3/2013: „Perineurale wirbelsäulennahe Kortikoidinjektionen stellen keine vertragsärztliche Leistung dar – Off-Label-Use“
Verordnungsforum 24: „Verordnung von Arzneimitteln im Off-Label-Use: Gratwanderung zwischen notwendiger Versorgung und Regress“

🔊 Sprachförderung oder Sprachtherapie bei 🗣️ Kindern: Wo verläuft der Trennstrich?

Wann ist eine Heilmittel-Verordnung bei sprachlich „auffälligen“ Kindern zulasten der GKV medizinisch notwendig und wann nicht? Dieser wichtigen Frage sind wir bereits in früheren Verordnungsforen [1, 2] nachgegangen. Im folgenden Bericht geht es um eine differenzierte Abgrenzung zwischen den Maßnahmen der Sprachförderung und der Sprachtherapie (Logopädie). Die Ausführungen erfolgen in enger Kooperation mit dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Bei Kindern können sich sprachliche Probleme sehr unterschiedlicher Art und Genese zeigen. Vor der Entscheidung über die adäquate Maßnahme muss durch eine differenzierte Sprachdiagnostik geklärt werden, ob nur eine Auffälligkeit (die einer Sprachförderung bedarf) oder bereits eine klinisch relevante Störung der Sprachentwicklung (die eine Sprachtherapie erfordert) vorliegt [3]. Das Personal in pädagogischen Einrichtungen kann diese Diagnostik allein nicht leisten.

Während Sprachtherapie (Logopädie) eine medizinische Maßnahme darstellt, ist die Sprachförderung eine der Kernaufgaben frühpädagogischer Einrichtungen und somit Teil des Bildungswesens. Diese wird nicht als isoliertes Sprachtraining verstanden, sondern als gezielte alltagsintegrierte Erweiterung der Sprachkompetenz [4], die durch entsprechend fortgebildete Erzieherinnen umzusetzen ist [5, 6]. Hier besteht derzeit allerdings noch Nachbesserungsbedarf. In Baden-Württemberg können Kindergärten und -tagesstätten seit Juli 2011 im Rahmen der SPATZ-Richtlinie eine Finanzierung der Sprachförderung über das Kultusministerium beantragen [7]. Essentiell ist ein Coaching der Eltern, die das wichtigste Glied für die frühkindliche Sprachanbahnung darstellen. Es gibt Sprachförderungsprogramme, zum Beispiel das Heidelberger Elterntaining, in denen Eltern gezielt zur Sprachförderung ihrer Kinder angeleitet werden.

Klassifikation im Rahmen der Sprachentwicklung	Definition	Maßnahme
Sprachentwicklungsauffälligkeiten	Auffälligkeiten im Sprachgebrauch durch Anrengungsarmut und/oder unzureichende oder falsche Sprachvorbilder sowie Sprachauffälligkeiten im Rahmen des Zweit-/ Mehrsprachenerwerbs	Sprachförderung
Sprachentwicklungsverzögerungen (SEV)	Erhebliche zeitliche Abweichung der Sprachentwicklung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder bis 36 Monate ▪ Late Talker¹ ab 36 Monaten → Abklärung einer möglichen USES 	Sprachförderung abhängig vom Ergebnis ggf. Sprachtherapie
Sprachentwicklungsstörungen (SES) ²	Qualitative Abweichung von der normalen Sprech- und Sprachentwicklung im Kindesalter, die das Sprachverständnis und/oder die Sprachproduktion in einem oder mehreren sprachlich-kommunikativen Bereichen ³ betreffen können. Außerdem können die auditive Wahrnehmung und Verarbeitung, die Stimme, die motorische Sprechkontrolle und der Redefluss gestört sein.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umschriebene Sprachentwicklungsstörung (USES)⁴ ▪ Sprachentwicklungsstörung in Zusammenhang mit Komorbiditäten ▪ weitere Störungen des Sprech- und Spracherwerbs 	<ul style="list-style-type: none"> Isolierte oder kombinierte Störungen der Sprache ohne erkennbare Primärbeeinträchtigung nach ICD-10 Störung ist verursacht durch neurologische oder psychiatrische Störungen (zum Beispiel Autismus), Missbildungen des Sprechapparates, Hörstörungen usw. Zum Beispiel Redeflussstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> Sprachtherapie Sprachtherapie Sprachtherapie

¹ Bei der Gruppe der „Late Talker“ handelt es sich um normal entwickelte Kinder, die im Alter von zwei Jahren weniger als 50 produktive Wörter und keine Wortkombinationen verwenden (Prävalenz in einer großen Stichprobe von 8.386 Kindern: 12,8% der Jungen, 6,5% der Mädchen [8]). Hier sollte bis zum 36. Monat abgewartet werden, bevor bei weiterhin vorliegendem Sprachentwicklungsrückstand eine weiterführende Diagnostik eingeleitet wird. Ein später Sprachbeginn ist jedoch für sich allein kein sicherer Indikator einer Sprachentwicklungsstörung [9].

² Sprachentwicklungsstörungen können sowohl monolingual als auch mehrsprachig aufwachsende Kinder betreffen. Die Störung betrifft dann alle Sprachen, mit denen das Kind umgeht.

³ Die Linguistik unterscheidet folgende Beschreibungsebenen: Phonetik/Phonologie, Morphologie, Syntax, Semantik, Pragmatik.

⁴ Synonym: spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES).

Abweichungen in der Sprachentwicklung werden in aufsteigendem Schweregrad als Auffälligkeiten, Verzögerungen und Störungen klassifiziert. Die zugehörigen Definitionen und Maßnahmen sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Fazit

- Auffälligkeiten im Sprachgebrauch ohne Krankheitswert bedürfen einer Sprachförderung. Zuständig hierfür sind frühpädagogische Einrichtungen. Logopädische Verordnungen sind nicht notwendig.
- Verzögerungen in der Sprachentwicklung machen ab einem Alter von 36 Monaten eine weiterführende Diagnostik erforderlich. Falls sich gravierende Hinweise auf eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung ergeben, ist im Einzelfall ab diesem frühen Zeitpunkt eine Sprachtherapie zu erwägen.
- Störungen der Sprachentwicklung erfordern immer eine Sprachtherapie (Logopädie).

Literatur

- [1] Logopädie-/Ergotherapie-Verordnungen nur bei medizinischer Notwendigkeit. Verordnungsforum 2011; 16: 27
- [2] Logopädie-/Ergotherapie-Verordnungen und deren medizinische Notwendigkeit kritisch hinterfragen. Verordnungsforum 2011; 18: 12
- [3] AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2011). Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES) (Synonym: spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES)) – Interdisziplinäre S2k-Leitlinie. Register-Nr.: 049/006; Erstellungsdatum: 16.12.2011. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006l_S2k_Sprachentwicklungsstoerungen_Diagnostik_2013-06_01.pdf (Zugriff am 26.09.2013)
- [4] Baden-Württemberg, Ministerium für Kultus, Jugend und Sport (2011). Orientierungsplan für Bildung und Erziehung in baden-württembergischen Kindergärten und weiteren Kindertageseinrichtungen. Fassung vom 15. März 2011. http://www.kultusportalbw.de/site/pbs-bw/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/import/pb5start/pdf/KM_KIGA_Orientierungsplan_2011.pdf (Zugriff am 26.09.2013)
- [5] Deutscher Bundesverband für Logopädie (2010). Sprachreich. Logopädisch orientierte Sprachförderung im Alltag. <http://www.dbl-ev.de/kommunikation-sprache-sprechen-stimmeschlucken/foerderung-der-sprachentwicklung/sprachfoerderung-in-der-kita/alltagsintegriertesprachfoerderung-das-dbl-konzept-sprachreich.html> (Zugriff am 26.09.2013)
- [6] Buschmann A, Jooss B. Alltagsintegrierte Sprachförderung in der Kinderkrippe. Effektivität eines sprachbasierten Interaktionstrainings für frühpädagogisches Fachpersonal. Verhaltenstherapie und Psycho-soziale Praxis 2011; 43(2): 303-12
- [7] Kultusportal. Frühkindliche Sprachförderung – SPATZ. Sprachförderung in allen Tageseinrichtungen für Kinder mit Zusatzbedarf. http://www.kultusportal-bw.de/site/pbsbw/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Projekte/kindergaerten-bw/SPATZ/KMKI-GA_SPATZ_Traegerschreiben_2013.pdf (Zugriff am 26.09.2013)
- [8] Dale PS et al. Outcomes of early language delay: I. Predicting persistent and transient language difficulties at 3 and 4 years. J Speech Lang Hear Res 2003; 46: 544-60
- [9] Szagun G et al. Leitfaden zur Beurteilung der Sprachentwicklung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis – Rationale Indikationshilfe für Beobachtung, Sprachförderung und Sprachtherapie (in press, BVKJ)

- [1] **Erstverordnung/Folgeverordnung:**
Zwingende Angabe von Erst- oder Folgeverordnung
Erstverordnung: bis zu drei Verordnungen mit einer
Frequenzangabe (z.B. „alle fünf Wochen“)
Folgeverordnung: jede Verordnung nach einer
Erstverordnung bei derselben Erkrankung.
- [2] **Verordnung außerhalb des Regelfalls**
Eine Verordnung außerhalb des Regelfalls erfolgt nicht. Da keine
Gesamtverordnungsmenge festgelegt ist, gibt es keinen definierten
Regelfall. Alle Verordnungen nach einer Erstverordnung erfolgen
als Folgeverordnungen im Regelfall mit bis zu sechs Verordnungen
in einer Frequenz von vier bis sechs Wochen.
- [3] **Behandlungsbeginn spätestens am**
Datum bitte angeben, wenn die Behandlung nicht innerhalb von
28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen
werden soll, sonst bleibt das Feld frei.
- [4] **Hausbesuch -Pflichtfeld-**
Muss mit ja oder nein ausgefüllt werden.
Hausbesuch ist nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen
Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn der
Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.
- [5] **Therapiebericht -Pflichtfeld-**
Ja oder nein ankreuzen, je nachdem, ob eine Rückäußerung des
Therapeuten erwünscht ist.
- [6] **Verordnungsmenge -Pflichtfeld-**
Maximale Verordnungsmengen je Verordnungsblatt nach Heilmittel-
katalog beachten.
- [7] **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges -Pflichtfeld-**
Angabe des Heilmittels, verordnetes Heilmittel muss zum
eingetragenen Indikationsschlüssel passen.
Auswahl der Heilmittel im Regelfall nach dem therapeutisch im
Vordergrund stehenden Behandlungsziel:
- Hornhautabtragung
- Nagelbearbeitung
- Podologische Komplexbehandlung, wenn die gleichzeitige Horn-
hautabtragung und Nagelbearbeitung medizinisch erforderlich ist.
Frequenzempfehlung: alle vier bis sechs Wochen
- [8] **Indikationsschlüssel**
Ist vollständig und exakt anzugeben. Er setzt sich aus der Bezeichnung
der Diagnosengruppen und der Leitsymptomatik zusammen (z.B. DFa).
- [9] **Diagnose mit Leitsymptomatik und ICD-10**
einschließlich Therapieziel(en) nach Maßgabe des Heilmittelkataloges.
Nach dem Heilmittelkatalog sind ausschließlich folgende Diagnose-
angaben zulässig:
- Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie
- Diabetisches Fußsyndrom mit Angiopathie
- Diabetisches Fußsyndrom mit Neuro- und Angiopathie.
Die Angabe des Wagner-Stadiums ist nur dann erforderlich, wenn
am selben Fuß die Wagner-Stadien 0 und ≥ 1 vorliegen, so dass
klarzustellen ist, welche Teile des Fußes im Stadium 0 podologisch
behandelt werden sollen.
Leitsymptomatik immer angeben, es sei denn, sie ergibt sich bereits
aus dem Indikationsschlüssel.
Gegebenenfalls ergänzende Hinweise (zum Beispiel Befunde, Vor- und
Begleiterkrankungen). Voraussetzung ist eine störungsbildabhängige
Erhebung des aktuellen Fußbefundes. Das Befundergebnis ist auf der
Verordnung anzugeben.

■ Heilmittelverordnungen: Pseudoziffern für Praxisbesonderheiten nicht mehr notwendig

Aus aktuellem Anlass möchten wir noch einmal über den Wegfall des Pseudo-/Sonderziffern in der Abrechnung informieren, mithilfe derer die Praxisbesonderheiten bei der Heilmittelversorgung bis Ende 2012 gekennzeichnet wurden. Bereits seit 1. Januar 2013 gelten die neuen bundesweiten Regelungen zu Praxisbesonderheiten und Langfristverordnungen. Die bis dahin geltenden Praxisbesonderheiten und Pseudoziffern sind damit weggefallen. Wichtig ist, stattdessen die Diagnose ICD-10-kodiert und den Indikationsschlüssel auf dem Heilmittelrezept anzugeben. Durch eine exakte Kombination aus ICD-10-Kodierung und Indikationsschlüssel kann erreicht werden, dass Praxisbesonderheiten und Langfristverordnungen faktisch nicht mehr in die Heilmittel-Richtgröße eingehen.

Die Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu Patienten mit langfristigem Bedarf an Heilmitteln und zu Praxisbesonderheiten (Heilmittelvereinbarung 2013) bedeuten für Sie mehr Therapiefreiheit und weniger Regressdruck.

Welche Kombinationen aus Indikationsschlüssel und ICD-10-Code als langfristiger Behandlungsbedarf beziehungsweise Praxisbesonderheit anerkannt werden, geht aus der Broschüre „Praxisbesonderheiten/Langfristverordnung“ hervor.

➔ www.kvbawue.de » Praxisalltag »
Verordnungsmanagement » Heilmittel

■ Häusliche Krankenpflege: Verordnung von subkutanen Infusionen jetzt möglich

Häusliche Krankenpflege, HKP, kann aus zwei Anlässen verordnet werden: Entweder, um damit einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden oder um das Ziel der ambulanten ärztlichen Behandlung zu sichern. Wann und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege verordnet werden darf, ist in der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege geregelt. Das zugehörige Leistungsverzeichnis listet die verordnungsfähigen Maßnahmen auf. In dieses Leistungsverzeichnis ist jetzt neu als zusätzliche Maßnahme der HKP die Verordnung subkutaner Infusionen als Leistung 16a aufgenommen worden.

Die aktuelle medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnislage zur Behandlung von Exsikkosezuständen bei multimorbiden, geriatrischen Patienten mittels einer subkutanen Infusion wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ermittelt. Die subkutane Infusion kann in bestimmten Situationen und unter bestimmten Voraussetzungen eine relativ sichere, einfache und komplikationsarme Behandlungsmaßnahme bei mittelschwerer Dehydrierung von Patienten darstellen. Allerdings bezieht sich der überwiegende Teil der verfügbaren Literatur auf die Anwendung der subkutanen Infusion im stationären Kontext.

Vor diesem Hintergrund hat der G-BA enge Indikationskriterien aufgestellt, unter denen eine subkutane Infusion im ambulanten Bereich als Leistung der häuslichen Krankenpflege auf Muster 12 verordnet werden kann.

Gemäß Paragraf 3 Abs. 1 der HKP-Richtlinie muss sich der Vertragsarzt als Voraussetzung zur Verordnung einer subkutanen Infusion vom Zustand des Kranken und der Notwendigkeit dieser Maßnahme persönlich überzeugt haben. Danach ist die Leistung der subkutanen Infusion für Patienten mit mittelschwerer Exsikkose bei negativer Flüssigkeitsbilanz und einhergehendem Unvermögen oralen Ausgleichs bei potenzieller Reversibilität verordnungsfähig. Eine Verordnung als rein prophylaktische Maßnahme ist nicht zulässig.

Von dieser Art der Versorgung werden insbesondere geriatrische Patienten profitieren können, bei denen die orale Flüssigkeitszufuhr aufgrund akuter Erkrankung oder Verschlimmerung der Erkrankung, beispielsweise bei Fieber oder Diarrhoe, vorübergehend nicht ausreicht, wobei die

Verordnungsfähigkeit jedoch nicht auf diesen Personenkreis beschränkt ist. Die Auswertung der Literatur zeigte, dass über diesen Weg 1-2 l Flüssigkeit pro Tag gegeben werden können.

Im Leistungsverzeichnis werden – im Sinne einer nicht abschließenden Aufzählung – Kontraindikationen genannt, bei denen eine subkutane Infusion nicht verordnungsfähig ist. Zudem ist vor dem Hintergrund der über mehrere Stunden andauernden subkutanen Infusionstherapie einzelfallbezogen einzuschätzen, ob gegebenenfalls eine fehlende Compliance des Patienten für die Infusionstherapie oder die häuslichen Bedingungen der Durchführbarkeit der Leistung entgegenstehen. Es ist demnach unter anderem abzuwägen, ob der Patient über die ausreichende Einsichtsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft für die mehrstündige Behandlung verfügt und darüber hinaus die häuslichen Bedingungen die fachgerechte ambulante Versorgung mit der subkutanen Infusion zulassen. Ist dies nicht der Fall, sollten alternative Versorgungsformen angewendet werden.

Aufgrund der Möglichkeit des Auftretens von Komplikationen ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegepersonal notwendig. Dies schließt regelmäßige Rücksprachen zum Verlauf und zur weiteren Notwendigkeit der subkutanen Infusion ein. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Literaturrecherche wurde die Verordnungsdauer auf maximal sieben Tage begrenzt, da bei einem darüber hinaus bestehenden Flüssigkeitsmangel die Notwendigkeit für eine andere Behandlungsform gesehen wird.

Neue Nummer 16a im Leistungsverzeichnis der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
16a	<p>Infusionen, s.c.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Legen, Anhängen, Wechseln, sowie abschließendes Entfernen einer ärztlich verordneten s.c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution ▪ Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge ▪ Überprüfung der Injektionsstelle beim Anlegen, Wechseln oder Entfernen der Infusion auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung 	<p>Auf der Verordnung ist der Infusionstyp, die Menge und die Dauer der Infusion anzugeben.</p> <p>Indikation: Mittelschwere Exsikkose bei negativer Flüssigkeitsbilanz (bei akuter Erkrankung oder Verschlimmerung der Erkrankung z.B. bei Fieber, Diarrhoe), mit einhergehendem Unvermögen oralen Ausgleichs und potenzieller Reversibilität insbesondere bei geriatrischen Patienten. Als Kontraindikationen sind insbesondere zu beachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwere Dehydratation ▪ Dekompensierte Herzinsuffizienz ▪ Dekompensierte Niereninsuffizienz ▪ Koagulopathien ▪ Kreislaufschock ▪ Langfristiger Flüssigkeitsbedarf ▪ Finale Sterbephase ▪ Zur ausschließlichen Erleichterung der Pflege ▪ Ungenügende Durchführbarkeit aufgrund der Compliance des Patienten/der Patientin oder der häuslichen Bedingungen in Bezug auf die Infusionstherapie 	Bis zu 7 Tage

→ Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de » Praxisalltag » Verordnungsmanagement » Sonstige Verordnungsgebiete

Literatur

BAnz AT 20.08.2013 B3

Sprechstundenbedarf

Hier stellen wir Ihnen Änderungen und Ergänzungen der Anlage 1 (Positivliste) der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zur Verfügung. Folgende Ergänzungen treten rückwirkend zum 1. Juli 2013 in Kraft. Änderungen bezüglich Verordnungseinschränkungen treten erst mit Bekanntgabe der Änderungen in Kraft.

➔ Weitere Informationen finden Sie auf www.kvbawue.de
 » Praxisalltag » Verordnungsmanagement »
 Sprechstundenbedarf

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform	Anmerkung	Neu
Antibiotika	Cefotaxim	Parenteral	Nur zur Meningitisbehandlung von Neugeborenen, nur pädiatrisch tätige Ärzte	Neu aufgenommener Wirkstoff
Antibiotika	Piperacillin-Tazobactam	Parenteral	Nur zur Initialtherapie der febrilen Neutropenie, nur onkologisch tätige Ärzte	Neu aufgenommener Wirkstoff
Diagnostika	Adenosin	Parenteral		Neu aufgenommener Wirkstoff
Diagnostika	Methylcellulose	Oral	Als Diagnostikum zur MRT-Sellink-Untersuchung	Neu aufgenommener Wirkstoff
Gynäkologika	Dinoproston	Vaginal		Neu aufgenommener Wirkstoff
Infusionslösungen	Gelatinepolysuccinat	Parenteral		Neu aufgenommener Wirkstoff
Protonenpumpenhemmer	Omeprazol	Parenteral	Nur bei akuten Ulkusblutungen	Neu aufgenommener Wirkstoff
Rhinologika + Lokalanästhetika	Xylometazolin bzw. Naphazolin + Lokalanästhetika	Nasen-, Ohren-, Augentropfen/-Salben	Xylomethazolin bzw. Naphazolin kann in Kombination mit den bereits als SSB zugelassenen Lokalanästhetika als SSB verordnet werden, z.B. Naphazolin + Tetracain Wenn keine Kombination als Fertigarzneimittel vorhanden, auch als Rezeptur verordnungsfähig.	Neue verordnungsfähige Kombination
Medizinisch-technische Hilfsmittel	Spezifikation	Anmerkung		Neu
	Rückschlagventile	Nur für Infusionsbestecke		Neue Anmerkung
Verbandstoffe	Spezifikation	Anmerkung		Neu
	Gaze und Folienverbände	Mepitel®- und Mepitel One® Folienverbände und sog. Netzverbände sind ab sofort als SSB verordnungsfähig		Neue Einschätzung der Kostenträger bzgl. der Verordnungsfähigkeit der genannten Verbände
	Hydrogele	Hydrogele, die offiziell als Medizinprodukt mit der Zusatzanmerkung „Verbandstoff, Pflaster“ zugelassen sind, sind als SSB verordnungsfähig.		Neue Einschätzung der Kostenträger bzgl. der Verordnungsfähigkeit von Hydrogelen.

Noch mehr Unterstützung bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf

Um Sie zukünftig bei der korrekten Verordnung von Sprechstundenbedarf noch besser zu begleiten, haben wir ein Maßnahmenpaket geschnürt.

Das wichtigste Element in diesem Paket ist die **Frühinformation Sprechstundenbedarf**. Seit Juli letzten Jahres erhalten Sie mit den Honorarunterlagen eine persönliche „Negativliste“ über Ihre Fehlverordnungen im Bereich Sprechstundenbedarf. Der Verordnungszeitraum der erhobenen Daten liegt maximal sechs Monate zurück. Hierdurch möchten wir Ihnen helfen, Wiederholungsfehler zu vermeiden. Zusätzlich zu der persönlichen Negativliste werden die 30 häufigsten Fehlverordnungen der Fachgruppe aufgezeigt.

Als Ergänzung veröffentlicht die KVBW auf ihrer Homepage sukzessive alle **fachgruppenspezifischen Negativlisten**, in denen die tatsächlich verordneten Mittel genannt werden. Weiterhin wird hier eine Auflistung der 100 verordnungstärksten Bedarfsmittel jeder relevanten Fachgruppe, die sprechstundenbedarfskonform sind, erscheinen.

Die fachgruppenspezifischen Negativ- und Postivlisten finden Sie unter

→ www.kvbawue.de » Praxisalltag » Verordnungsmanagement » Sprechstundenbedarf » Hitlisten

Darüber hinaus übermitteln wir Ihnen in der **Schnellinfo** Sprechstundenbedarf alle Änderungen, die den Bereich Sprechstundenbedarf betreffen – schnell und aktuell über den E-Mail-Newsletter des KVBW-Verordnungsmanagements.

→ Um sich für den Newsletter anzumelden, genügt eine formlose E-Mail mit Betreff ‚Schnellinfo SSB‘ an sprechstundenbedarf@kvbawue.de

Die Managementakademie der KVBW unterstützt diese Maßnahmen mit interessanten **Fortbildungs-Angeboten**. Sie bietet unter anderem das Seminar „Verordnung von Sprechstundenbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr“ an,

in dem die Teilnehmer anhand vieler praktischer Beispiele lernen, wann und in welcher Form Sprechstundenbedarf verordnet werden kann.

Und schließlich intensivieren wir unsere **Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden**, um mit ihnen gemeinsam erweiterte Verordnungsmöglichkeiten im Sprechstundenbedarf zu erreichen. Und damit die Positivliste stetig zu ergänzen.

Ein wichtiger Schritt in Richtung Reduzierung der Regresse im Bereich Sprechstundenbedarf ist die Einführung einer **Bagatellgrenze**. Darüber verhandeln wir derzeit mit den Krankenkassen – und hoffen, hier bald zu einer Einigung zu kommen.

Für Sie gelesen: Untere Atemwegsinfektionen – neue Broschüre der KBV erschienen

Wir haben im Verordnungsforum 24 über die 2012 erschienene KBV-Broschüre zur Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen Atemwege („Wirkstoff aktuell“) berichtet. Im Mai 2013 ist das Pendant zu Infektionen der unteren Atemwege erschienen.

Die Broschüre enthält Therapieempfehlungen zu den Krankheitsbildern akute Bronchitis, akute Exazerbation der COPD (AECOPD) und ambulant erworbene Pneumonie (CAP). Diese sind neben kurzen Übersichtstexten auch tabellarisch unter Angabe von Indikationsstellung, Erregern und der geeigneten antibiotischen Therapie dargestellt.

Zu den gebräuchlichen Antibiotika (Betalaktame, Fluorchinolone, Clindamycin, Makrolide, Linezolid, Doxycyclin) folgen kurze Kapitel über Wirkungsweise, Wirksamkeit und Wirkspektrum, Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen. Die empfohlenen Tagesdosierungen und zugehörige Kostenangaben sind getrennt für Säuglinge und Kinder sowie Jugendliche und Erwachsene aufgelistet. Es findet sich außerdem eine Tabelle zur Auswahl von Antibiotika in Schwangerschaft und Stillzeit sowie eine Übersicht über die im Text zitierte Literatur.

Die Broschüre können Sie auf der Internetseite der KBV herunterladen [1].

Ergänzend möchten wir Sie nochmals auf die aktuelle DEGAM-Leitlinie Husten [2] hinweisen sowie auf die Empfehlungen der AkdÄ zur Therapie akuter Atemwegsinfektionen (einschließlich tiefer Atemwegsinfektionen und Pneumonie), deren überarbeitete Version im Januar 2013 erschienen ist [3]. Wir berichteten hierüber im Verordnungsforum 26 [4].

Literatur

- [1] Wirkstoff aktuell: Rationale Antibiotikatherapie bei Infektionen der unteren Atemwege. <http://www.kbv.de/43501.html> (Zugriff am 27.09.2013)
- [2] DEGAM-Leitlinie Nr. 11 Husten (akuter Husten, chronischer Husten). <http://leitlinien.degam.de/index.php?id=246> (Zugriff am 27.09.2013)
- [3] Therapieempfehlungen der AkdÄ. <http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/AZ/index.html> (Zugriff am 27.09.2013)
- [4] Für Sie gelesen: Atemwegsinfektionen – neue Therapieempfehlungen der AkdÄ erschienen. Verordnungsforum 2013; 26: 30

Für Sie gelesen:

Urologische Spasmolytika – Anticholinergika

Im Rahmen ihrer Schriftenreihe „Wirkstoff aktuell“ hat die KBV im Juni 2013 folgende Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise der urologischen Spasmolytika, hier Anticholinergika, herausgegeben.

Zu den Reizsymptomen des unteren Harntrakts, der überaktiven Blase (OAB), gehören: Blasenhypersensitivität („sensorische Urge“), Detrusorüberaktivität („motorische Urge“) und hyperbare Blase („low compliance bladder“). Die Behandlung der idiopathischen Formen folgt den Regeln einer Stufentherapie.

Nach frustraner Verhaltenstherapie und Biofeedback-Methoden können neurotrope und myotrope Spasmolytika eingesetzt werden. In der Regel gilt für diese Medikamente eine enge Wirkung-Nebenwirkung-Korrelation. Hinsichtlich der Symptomverbesserung zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Wirkstoffen. Daher können und sollen primär die älteren, kostengünstigen Wirkstoffe eingesetzt werden. Da die Wirkung der zur Verfügung stehenden Anticholinergika gegenüber Placebo relativ gering ist, sollte eine Therapie über längere Zeit nur bei eindeutig positiver Wirkung erfolgen, um Patienten nicht unnötigen Nebenwirkungen auszusetzen. Bei Auftreten von nicht tolerablen Nebenwirkungen (zum Beispiel Mundtrockenheit) können als therapeutischer Versuch andere Vertreter der Wirkstoffgruppe eingesetzt werden. Belege für eine systematische Überlegenheit der neueren Wirkstoffe fehlen jedoch.

Insgesamt werden die Wirkungsweise und Wirksamkeit folgender Wirkstoffe in der Broschüre dargestellt: Darifenacin (Emselex[®]), Fesoterodin (Toviaz[®]), Oxybutynin (Dri-dase[®]), Propiverinhydrochlorid Mictinom[®]), Solifenacin (Vesicare[®]), Tolterodin (Detrusitol[®]) sowie Trospiumchlorid (Spasmex[®], Spasmolyt[®])

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

- Bei den Symptomen einer überaktiven Blase (OAB) geht die Diagnostik in der allgemeinärztlichen Praxis jeder Therapie und Entscheidung zu speziellen, invasiven oder kostspieligen Untersuchungen voran. Abhängig vom Ergebnis der hausärztlichen Untersuchung sollte eine fachärztliche Vorstellung folgen (Urologe, Gynäkologe). Das Ziel der fachärztlichen Untersuchung ist die Unterscheidung der idiopathischen Form der OAB von symptomatischen (sekundären) Reizzuständen der Blase. Ätiologisch relevante Faktoren für Reizsymptome sind Harnwegsinfekte, anatomische Anomalien, Fremdkörper, Tumoren, eine infravesikale Obstruktion und neurologische Krankheitsbilder. Die Sicherung der klinischen Verdachtsdiagnose erfolgt durch eine Blasendruckmessung, wobei zu beachten ist, dass mehr als 30 Prozent aller Patienten Mischformen der Inkontinenz aufweisen.
- Erst wenn konservative Behandlungsmaßnahmen wie Wahrnehmungsschulung, Training des Trinkverhaltens, Miktions- und Beckenbodentraining bei der überaktiven Blase keinen Behandlungserfolg zeigen oder aufgrund der Patientencompliance nicht erfolversprechend erscheinen, sollte eine spezifische Pharmakotherapie erfolgen.
- In erster Linie sollten Anticholinergika bei der symptomatischen medikamentösen Therapie der überaktiven Blase eingesetzt werden. Dies gilt auch dann, wenn urodynamisch das OAB-Syndrom mit anderen Harninkontinenzformen kombiniert auftritt.
- Es liegt keine hinreichende Evidenz dafür vor, dass bestimmte Anticholinergika den anderen hinsichtlich einer Verbesserung der OAB überlegen sind. Gleiches gilt für die Nebenwirkungen oder Verbesserung der Lebensqualität. Mittel der ersten Wahl sind die älteren, kostengünstigen Anticholinergika. Andere Anticholinergika gelten als Mittel der zweiten Wahl (Reserve) und sollten nur in Ausnahmesituationen eingesetzt werden.
- Eine langfristige Behandlung (> 3 Monate) der überaktiven Blase mit Anticholinergika sollte nur bei eindeutiger Verbesserung der klinischen Symptomatik erfolgen, um Patienten nicht unnötigerweise unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) auszusetzen.

Neues auf www.kvbawue.de

- Die für die Anticholinergika typischen UAW wie Mundtrockenheit, Obstipation und Tachykardie sowie Harnverhalt und Verschlechterung eines Glaukoms treten bei allen Wirkstoffen auf. Darreichungen in retardierter Form oder als einmal tägliche Gabe zeigen geringere Raten an Mundtrockenheit, die Therapieabbruchraten unterscheiden sich aber nicht.

In der Broschüre gibt es außerdem einen Kostenvergleich unter Berücksichtigung der Dosierungen gemäß der Fachinformation. Die generisch zur Verfügung stehenden Wirkstoffe Oxybutynin und Trosipiumchlorid stellen nach diesem Kostenvergleich die günstigste Therapieoption dar. In der Zielvereinbarung 2013 wurden in der Wirkstoffgruppe urologische Spasmolytika die Wirkstoffe Oxybutynin und Trosipiumchlorid auch als Leitsubstanzen aufgenommen.

→ Alle Broschüren „Wirkstoff aktuell“ mit vollständigem Text können Sie von der Internetseite der KBV herunterladen: www.kbv.de » Mediathek

Literatur

- Wirkstoff aktuell Ausgabe 4/2013. Urologische Spasmolytika – Anticholinergika. <http://www.kbv.de/43835.html> (letzter Zugriff 27.09.2013)
- Verordnungsforum 25

Die neuesten Nachrichten über Verordnungen und Vereinbarungen finden Sie tagesaktuell auf unserer Homepage www.kvbawue.de >> Praxisalltag >> Nachrichten zum Praxisalltag. Um Sie über die wichtigsten Neuigkeiten auf dem Laufenden zu halten, geben wir Ihnen hier einen aktuellen Überblick.

Nachrichten

Rote-Hand-Brief Flupirtin: therapeutische Zielgruppe eingeschränkt, Behandlungsdauer begrenzt

Der Pharmakovigilanz-Ausschuss für Risikobewertung (PRAC) der Europäischen Arzneimittel-Agentur EMA hat Nutzen und Risiken Flupirtin-haltiger Arzneimittel neu bewertet, nachdem Bedenken zur Hepatotoxizität aufgetreten waren.

Flupirtin (zum Beispiel Katadolon[®], Trancopal[®] Dolo), ein zentral wirkendes, nicht opioides Analgetikum, ist zugelassen zur Behandlung akuter und chronischer Schmerzen wie Muskelverspannungen, Spannungskopfschmerz, Tumorschmerzen, Dysmenorrhoe sowie Schmerzen nach Operationen und Verletzungen. Die Beurteilung der Spontanberichte zu Lebererkrankungen unter der Anwendung von Flupirtin hat zu einer Aktualisierung der Fachinformation für Flupirtin-haltige Arzneimittel geführt.

- Flupirtin ist nun für die Behandlung von akuten Schmerzen bei Erwachsenen indiziert und darf nur angewendet werden, wenn eine Behandlung mit anderen Analgetika (nicht-steroidale Antirheumatika, schwache Opioide) kontraindiziert ist.
- Flupirtin-Lösung zur Injektion (i. m.) ist als Einzeldosis zur Anwendung bei Erwachsenen mit postoperativen Schmerzen indiziert. Ist eine längere Dauer der Anwendung erforderlich, stehen andere Darreichungsformen zur Verfügung. Die Anwendung darf nur erfolgen, wenn eine Behandlung mit anderen Analgetika (nichtsteroidale Antirheumatika, schwache Opioide) kontraindiziert ist.
- Die Dauer der Behandlung für orale Darreichungsformen und Zäpfchen darf zwei Wochen nicht überschreiten.

- Die Kontraindikationen umfassen nun auch Patienten mit vorbestehenden Lebererkrankungen oder Alkoholmissbrauch sowie die gleichzeitige Anwendung von Flupirtin mit anderen Medikamenten mit bekannter, klinisch relevanter Hepatotoxizität.
- Leberwertmessungen müssen in wöchentlichen Abständen während der Behandlung durchgeführt werden. Falls abnorme Leberwerte oder klinische Symptome einer Lebererkrankung auftreten, muss die Behandlung abgebrochen werden.

Die Therapie von Flupirtin-Patienten sollte beim nächsten Arzt-Patienten-Kontakt gemäß diesen Empfehlungen überprüft werden. Den kompletten Rote-Hand-Brief können Sie über unsere Homepage einsehen:

→ www.kvbawue.de » Praxisalltag » Nachrichten zum Praxisalltag

Arzneimittel-Richtlinie: Verordnungsfähigkeit von Stimulantien bei Erwachsenen

Die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie wurde mit Wirkung zum 14. Juni 2013 in Nummer 44 „Stimulantien, z.B. Psychoanaleptika, Psychoenergetika, coffeinhaltige Mittel“ geändert. Dies betrifft die ausnahmsweise Verordnungsfähigkeit von Stimulantien bei hyperkinetischen Störungen und Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen (ADS/ADHS) im Erwachsenenalter.

Der Beschluss spiegelt im Wesentlichen die Inhalte der Fachinformation der zugelassenen Arzneimittel wider. Die Diagnose muss angelehnt an DSM-IV-Kriterien oder Richtlinien in ICD-10 erfolgen und basiert auf einer vollständigen Anamnese und Untersuchung des Patienten. Die retrospektive Erfassung einer bereits seit dem Kindesalter bestehenden Erkrankung muss durch ein validiertes Instrument (Wender-Utha-Rating-Scale-Kurzform) erfolgen. Darüber hinaus dürfen grundsätzlich nur Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Erwachsenen die Arzneimittel im Erwachsenenalter verordnen. Die Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Erwachsenen sind wie folgt definiert:

Facharzt für

- Nervenheilkunde,
- Neurologie,
- Neurologie und Psychiatrie,
- Psychiatrie,
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- psychosomatische Medizin und Psychotherapie, sowie ärztliche Psychotherapeuten gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie.

In Ausnahmefällen dürfen auch Hausärzte Folgeverordnungen vornehmen, wenn gewährleistet ist, dass die Aufsicht durch einen Spezialisten für Verhaltensstörungen erfolgt. In therapeutisch begründeten Fällen können in einer Übergangsphase bis maximal zur Vollendung des 21. Lebensjahres auch Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern Stimulantien verordnen. Die Behandlung muss jedoch noch vor dem Eintritt ins Erwachsenenalter begonnen worden sein.

Der Einsatz von Stimulantien ist im Verlauf besonders zu dokumentieren, insbesondere die Dauertherapie über zwölf Monate sowie die Beurteilung der behandlungsfreien Zeitabschnitte, die mindestens einmal jährlich erfolgen sollten.

Wir empfehlen in diesem Zusammenhang Methylphenidat-haltige Präparate entsprechend ihrer Zulassung einzusetzen.

→ Den kompletten Beschluss können Sie über unsere Homepage einsehen: www.kvbawue.de » Praxisalltag » Nachrichten zum Praxisalltag oder unter <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1677/>

In eigener Sache

Rubriken

Hinweis auf Änderungen in den Anlagen I und III der AM-RL

Auf unserer Homepage unter

→ www.kvbawue.de » Praxisalltag »
Verordnungsmanagement » Arzneimittel »
Arzneimittelrichtlinie

hatten wir zur neuen Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) das Verordnungsforum 10 eingestellt. Seither haben sich einige Änderungen in den Anlagen I (OTC-Ausnahmeliste) und III (Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der AM-RL ergeben. Um Ihnen hier einen Überblick zu geben, finden Sie auf derselben Seite ein jeweils auf dem aktuellen Stand gehaltenes PDF „Verordnungsforum 10 Änderungen“. Dies wurde zuletzt am 5. Juni 2013 aktualisiert.

Frage-Antwort-Katalog (FAQ) zu Impfungen

Wenn Sie Fragen zum Vorgehen bei Impfungen haben, können Sie unseren FAQ zu Rate ziehen. Die impflinBW, die Sie direkt auf der Startseite finden, bietet eine Kurzversion zu den aktuellen Fragen. Eine ausführliche Fragensammlung finden Sie unter

→ www.kvbawue.de » Praxisalltag »
Verordnungsmanagement » Schutzimpfungen

„Wissenswertes für Patienten“

In dem Bereich der Patienteninformation haben wir weitere Themen bereitgestellt:

- Arzneiverordnung für längeren Auslandsaufenthalt
- Physiotherapeutische Heilmittel
- Fiktiv zugelassene Arzneimittel

Sie finden diese e-Flyer zum Selbstaussdruck für Ihre Praxis unter

→ www.kvbawue.de » Praxisalltag » Verordnungsmanagement » Wissenswertes für Patienten

Der Artikel zur Allergischen Rhinitis, den wir im Verordnungsforum 27 als Nachdruck aus AVP (Arzneiverordnung in der Praxis) der AkdÄ übernommen haben, war verstärkt auf den stationären Bereich ausgerichtet. Er hat die aktuellen Rahmenbedingungen und Erkenntnisse für die allergologische Diagnostik und Therapie im ambulanten Bereich nicht hinreichend wiedergegeben. Wir planen daher in einer der nächsten Ausgaben des Verordnungsforums einen ausführlichen Beitrag über die ambulanten Versorgungsaspekte der Hyposensibilisierung.

Leserbrief zum Beitrag über die neue Leitlinie zur Multimedikation im Verordnungsforum 27

„Als Augenarzt möchte ich ergänzend darauf hinweisen, dass vor allem nach Lokaltherapie mit steroidhaltigen Augentropfen aber auch nach systemischer Therapie es bei Patienten zu einem mäßigen, seltener zu einem deutlichen Anstieg des Augeninnendrucks kommen kann. Zum Ausschluss eines Steroidglaukoms sind nach mehr als 3-4 Wochen andauernder Behandlung mit Steroiden eine augenärztliche Untersuchung mit Messung des Augeninnendrucks empfehlenswert, damit gegebenenfalls therapeutisch reagiert werden kann.“

Dr. Paul Schieber, Facharzt für Augenheilkunde.

Die Redaktion bedankt sich für diesen Hinweis zur Ergänzung der in der Leitlinie zitierten Routinekontrollen um eine wichtige augenärztliche Untersuchung.

Glossar der Abkürzungen

ACE	Angiotensin Converting Enzyme
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ADS	Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom
AECOPD	acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
AT1	Angiotensin 1
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BSG	Bundessozialgericht
CAP	community-acquired pneumonia, ambulant erworbene Pneumonie
CHMP	Committee for Medicinal Products for Human Use
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
COX-2	Cyclooxygenase 2
CRCL	Creatinine Clearance
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGVS	Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
DRESS	Drug Reaction (or Rash) with Eosinophilia and Systemic Symptoms
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
eGFR	estimated Glomerular Filtration Rate
EMA	Europäische Arzneimittelagentur
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GFR	glomuläre Filtrationsrate
GI	gastrointestinal
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HKP	häusliche Krankenpflege
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KG	Körpergewicht
KHK	koronare Herzerkrankung
LSG	Landessozialgericht
MDRD	Modification of Diet in Renal Disease
NFD	Notfalldienst

Glossar der Abkürzungen

NSAR	nichtsteroidale Antirheumatika
NYHA	New York Heart Association
OTC	over the counter
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PRAC	Pharmakovigilanzausschuss für Risikobewertung
RCT	randomisierte kontrollierte klinische Studie
SEV	Sprachentwicklungsverzögerung
SES	Sprachentwicklungsstörung
SG	Sozialgericht
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SJS	Stevens-Johnson-Syndrom
SPATZ	Sprachförderung in allen Tageseinrichtungen für Kinder mit Zusatzbedarf
SSES	spezielle Sprachentwicklungsstörung
TEN	toxische epidermale Nekrolyse
USES	umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Verordnungsmanagement Ihre Ansprechpartner in der KVBW

Fragen zum Thema Einzelverordnungen

Beate Klaiber	07121 917-2257
Susanne Maurer	0621 3379-1700
Angelika Mayer	0761 884-4230
Christina Schrade	07121 917-2147
Ute Seene	0721 5961-1205
Dr. med. Richard Fux	07121 917-2141
Dr. rer. nat. Petra Häusermann	0721 5961-1273
Claudia Speier	0721 5961-1370
Brigitte Strähle	0721 5961-1275
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp	0721 5961-1370

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

Fragen zum Thema Sprechstundenbedarf

Nuran Aykaç	0621 3379-1612
Stephanie Brosch	07121 917-2215
Bettina Kemmler	07121 917-2210
Elisabeth Kissel	0621 3379-1613
Petra Liese	0621 3379-1614
Heidrun Single	07121 917-2173
Katharina Smutny	0621 3379-1609
Brigitte Weiss	0711 7875-3247

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

Fragen im Zusammenhang mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Klaas Wegmann	0721 5961-1210
---------------	----------------

Impressum

Verordnungsforum 28
Oktober 2013

Kontakt verordnungsforum@kvbawue.de

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

Autoren KVBW Dr. med. Richard Fux
Thomas Göckler
Angelika Mayer
Karen Schmidt
Monica Sørum-Kleffmann
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp
Dr. med. Ewald Unteregger

Autoren extern **Nadja Dörr**, Barmer GEK Baden-Württemberg
Prof. Dr. med. Klaus Mörike, Universitätsklinikum Tübingen,
Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie
und Toxikologie, Abteilung Klinische Pharmakologie

Erscheinungstermin Oktober 2013

Gestaltung und Realisation VISCHER&BERNET GmbH
Mittelstraße 11/1, 70180 Stuttgart

Auflage 21.000

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.

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

KVBW

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