

# Verordnungsforum 52

FEBRUAR 2020

BLUTHOCHDRUCKTHERAPIE:  
KOMBI UNTER DRUCK?

ARZNEIMITTEL-RICHTWERTSYSTEMATIK:  
NEUERUNGEN 2020

BEWEGUNG TUT NOT:  
HEILMITTEL BEI ARTHROSE

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

## Inhalt

3	Vorwort	25	HEILMITTEL
4	ARZNEIMITTEL	25	_ Heilmittel-Richtwerte 2020
4	<b>Pharmakologie</b>	26	_ Heilmittel bei Arthrose
4	_ Bluthochdrucktherapie – Kombi unter Druck?	29	SERVICE
8	_ Neue Europäische Leitlinie zur Cholesterinsenkung: So niedrig wie möglich?	29	_ Fortbildungsveranstaltungen
12	<b>Verordnungspraxis</b>	32	_ Neues auf <a href="http://www.kvbawue.de">www.kvbawue.de</a>
12	_ Änderungen der Arzneimittel-Richtwertsystematik 2020		
16	_ Ziele in der Arzneimittelvereinbarung 2020		

### 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



## „The same procedure as last year?“

„The same procedure as every year!“ Auch für dieses Jahr konnten wir die Verhandlungen über Arznei- und Heilmittelvereinbarungen mit den Krankenkassen wieder zu einem guten Abschluss bringen. Zwar wurden die Zielvereinbarungen für die Arzneimittel für das Verordnungsjahr 2020 mit neuen quantitativen Zielen sowie neuen qualitativen Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnung erweitert. Doch weiterhin gilt der Grundsatz, dass die Einhaltung der Ziele keiner gesonderten Prüfung unterliegt. Die vereinbarten Ziele sind an die Richtwertsystematik angepasst und die Höhe der Richtwerte jedes einzelnen Arzneimittel-Therapiebereichs (AT) orientiert sich an den Zielen des jeweiligen AT. Für Sie gilt daher: Eine Erreichung der Ziele erleichtert Ihnen auch die Einhaltung der Richtwerte.

Zu den qualitativen Zielen zählen unter anderem die Verordnungen von Antibiotika. Wir sind uns mit den Krankenkassen einig, dass eine leitliniengerechte, zurückhaltende und zielgerichtete Anwendung von Antibiotika absolut notwendig ist, um weitere Resistenzen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu vermeiden. Auch anderen Wirkstoffen wie zum Beispiel den direkten oralen Antikoaganzien (DOAK), den monoklonalen Antikörpern in der Migränetherapie oder Protonenpumpenhemmern sollten wir besondere Beachtung schenken und ihre Verordnung leitliniengerecht gestalten. Denn wir wollen auch weiterhin – genau wie die Krankenkassen – eine qualitativ hochwertige sowie eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung in Baden-Württemberg realisieren.

Die für 2020 geltenden AT-Richtwerte wurden auf Basis der aktuellen Verordnungsdaten für jede Richtwertgruppe neu berechnet und gelten für jedes Quartal im Verordnungsjahr 2020. Im Vergleich zum Vorjahr fallen einige Werte niedriger aus. Dies liegt vor allem an der Einführung neuer Festbeträge oder Generika, wodurch die Kosten für zahlreiche Medikamente sinken.

Außerdem sollten Sie einige wenige Änderungen in der Zuordnung von Wirkstoffen zu bestimmten AT beachten. Die Wichtigste: Blutzuckerteststreifen wurden aus den AT 29/30/31 entfernt und dem exRW-Bereich – den Wirkstoffen außerhalb der Richtwerte – zugeordnet. All dies und weitere wichtige Informationen können Sie im Detail ab Seite 12 nachlesen.

Damit Sie sich in diesem Heft aber nicht nur mit der formalen Verordnungspraxis beschäftigen müssen, haben wir zwei interessante pharmakologische Beiträge für Sie. Ob die Bluthochdrucktherapie besser mit Einzelwirkstoffen oder mit Kombinationspräparaten funktioniert, wird seit Jahren diskutiert. Nun ist das Thema durch neue und geänderte Leitlinien wieder virulent; wir haben Ihnen die nötigen Fakten zusammengestellt.

Ein Beitrag aus dem *arzneimittel-telegramm*, den wir mit der freundlichen Genehmigung der Redaktion nachdrucken, beschäftigt sich mit einer neuen europäischen Leitlinie zur Cholesterinsenkung, die möglichst niedrige Werte fordert. Doch wie sinnvoll ist diese Forderung wirklich?

Ich hoffe, wir haben Ihnen auch dieses Mal wieder ein interessantes Heft zusammengestellt. Wenn Sie Fragen oder Anregungen für die kommenden Hefte für uns haben, dann melden Sie sich einfach bei uns: [verordnungsforum@kvbwue.de](mailto:verordnungsforum@kvbwue.de)

*Herzlichst Ihr*

**Dr. Norbert Metke**  
Vorsitzender des Vorstands

# Bluthochdrucktherapie – Kombi unter Druck?



*Seit Beginn der modernen Pharmakotherapie wird das Thema der Behandlung mit Kombinationspräparaten immer wieder kontrovers diskutiert – in Folge geänderter Leitlinien in Europa und den USA nimmt insbesondere bei der Behandlung des Bluthochdrucks die Diskussion erneut an Fahrt auf. Durch eine Analyse der Versorgungssituation in Baden-Württemberg sollen sowohl Erkenntnisse zur Verwendung von Kombinationspräparaten gewonnen als auch wirtschaftliche Aspekte betrachtet werden.*

Die im Jahre 2018 aktualisierte Hypertonie-Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC) [1] empfiehlt nur noch bei Patienten mit einem sehr geringen kardiovaskulären Risiko (Hypertonie Grad 1: systolischer Blutdruck < 150 mmHg) oder bei älteren Patienten eine initiale Therapie mit nur einer Substanz. Die meisten anderen Patienten hingegen sollten als Erstlinientherapie direkt mit zwei Wirkstoffen gleichzeitig behandelt werden. Es wird sogar die Verordnung von Fixkombinationen propagiert – Stichwort Adhärenzverbesserung. Ob diese Empfehlungen auch in die Nationale Versorgungsleitlinie Hypertonie übernommen und implementiert werden, bleibt bis zum Jahr 2021 abzuwarten.

Das englische NICE beispielsweise folgt mit seiner neuen Leitlinie vom August 2019 der Empfehlung einer initialen Kombinationstherapie mit zwei Wirkstoffen nicht. Es klammert vielmehr das Thema Adhärenz aus und verweist auf eine eigens dafür erstellte Leitlinie, die versucht, multimodal die Therapietreue zu erhöhen [2].

## Was sagt die Wissenschaft zur Adhärenz bei Fixkombinationen?

Unter dem Aspekt eines direkten Zusammenhangs zwischen der Anzahl der einzunehmenden Tabletten und der Abnahme der Therapietreue [3, 4] wurden zum Thema Fixkombinationen im Vergleich zur freien Wirkstoffkombination zahlreiche Metaanalysen [5-7] durchgeführt. Die Ergebnisse sind ähnlich und zeigen, dass „fixed-dose combinations (FDCs)“ die Adhärenz erhöhen.

In einer aktuellen Metaanalyse aus dem Jahr 2018 wurden speziell für Bluthochdruckpatienten statistisch signifikante

Verbesserungen dieser Kenngröße gefunden [5]. Gleichzeitig verweisen die Autoren aber auch auf andere Quellen [8], die zeigen, dass circa 45 % der Bluthochdruckpatienten **nicht** adhären sind – davon haben über 83 % einen unkontrollierten Bluthochdruck. Wie stark sich der Effekt einer Steigerung der Adhärenz durch die Verwendung von Fixkombinationen auf eine insgesamt niedrige Therapietreue auswirkt, ist ungewiss. Weitere Methoden zur Verbesserung der Adhärenz sind nötig, um noch bessere Effekte zu erzielen.

Außerdem ist nicht eindeutig nachgewiesen, dass eine Verbesserung der Adhärenz mit einer Verbesserung der klinischen Endpunkte verbunden ist [6]. Es gibt lediglich starke Indizien und nicht-signifikante Ergebnisse, die in diese Richtung deuten.

## Was sagt die Praxis?

Der Nachteil bei der Therapiesteuerung mit einer Fixkombination ist die verminderte Flexibilität. Eine kurzfristige Dosisänderung nur eines Wirkstoffes ist nicht möglich – daher ist diese Therapieoption nicht für jeden Patienten passend. Auf der anderen Seite kann bei multimorbiden Patienten, die bereits viele Tabletten einnehmen müssen, eine Fixkombination die Tabletteneinnahme vereinfachen und langfristig die Adhärenz erhalten. Voraussetzung hierfür ist eine vorausgehende optimale Blutdruckeinstellung mit Einzelsubstanzen.

Wenn Patienten durch häusliche Krankenpflege betreut werden oder die Medikamentengabe durch Dritte überwacht wird, ist eine Adhärenzsteigerung durch Fixkombinationen fraglich.

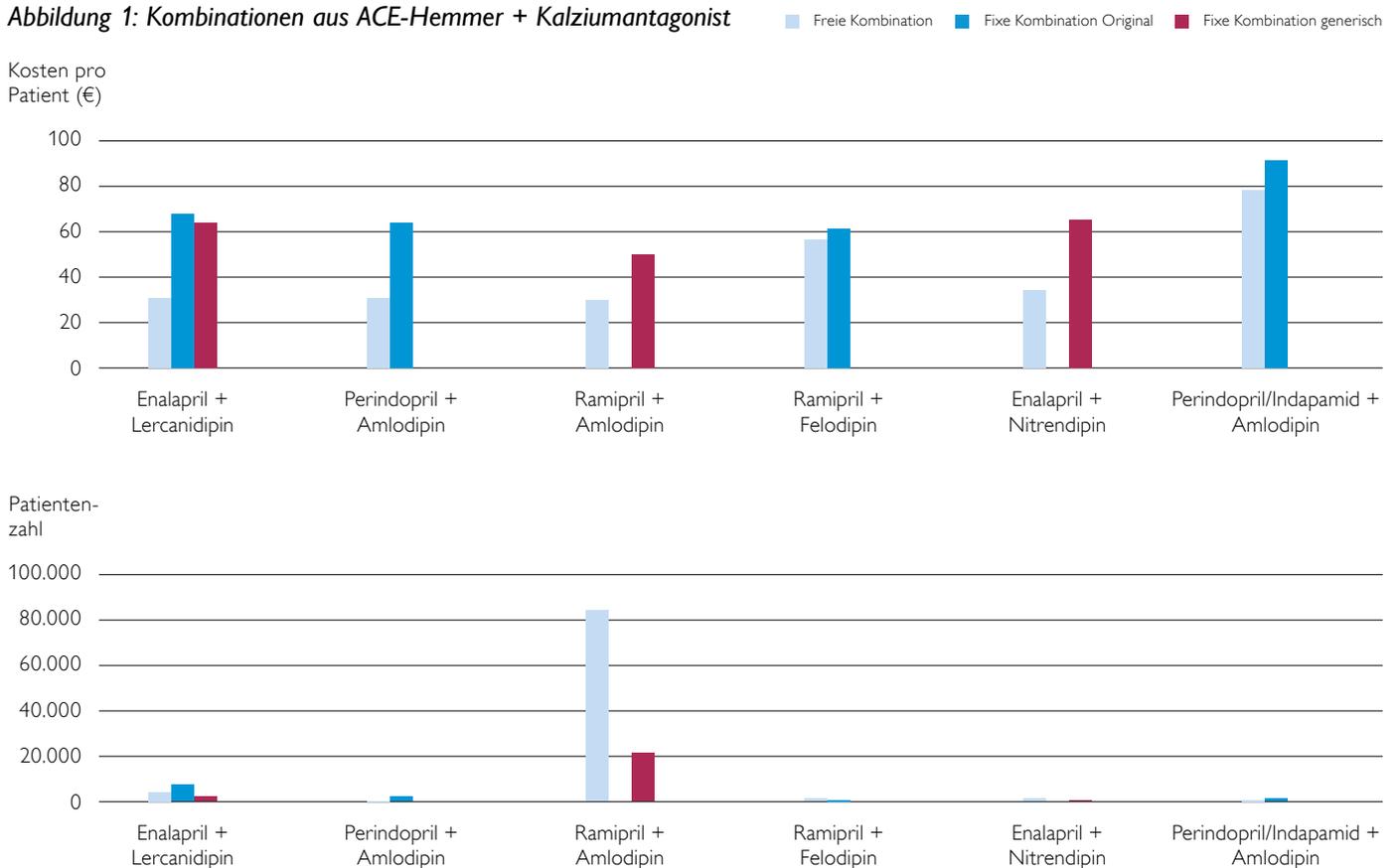
## Was sagt der Geldbeutel?

Seit vielen Jahren existieren Fixkombinationen aus **Renin-Angiotensin-System beeinflussenden Wirkstoffen** und **Diuretika** – hier vorwiegend Hydrochlorothiazid. Deren Wirtschaftlichkeit in der Preisgestaltung der Präparate ist unstrittig. Sie helfen dabei, die Kosten im Gesundheitswesen zu dämpfen. Sie werden daher an dieser Stelle nicht näher beleuchtet.

Anstelle von Diuretika werden sehr oft **Kalziumantagonisten** als Kombinationspartner eingesetzt. Hier reagierte die pharmazeutische Industrie in der letzten Dekade mit einem verstärkten Marktzugang neuer Fixkombinationen.

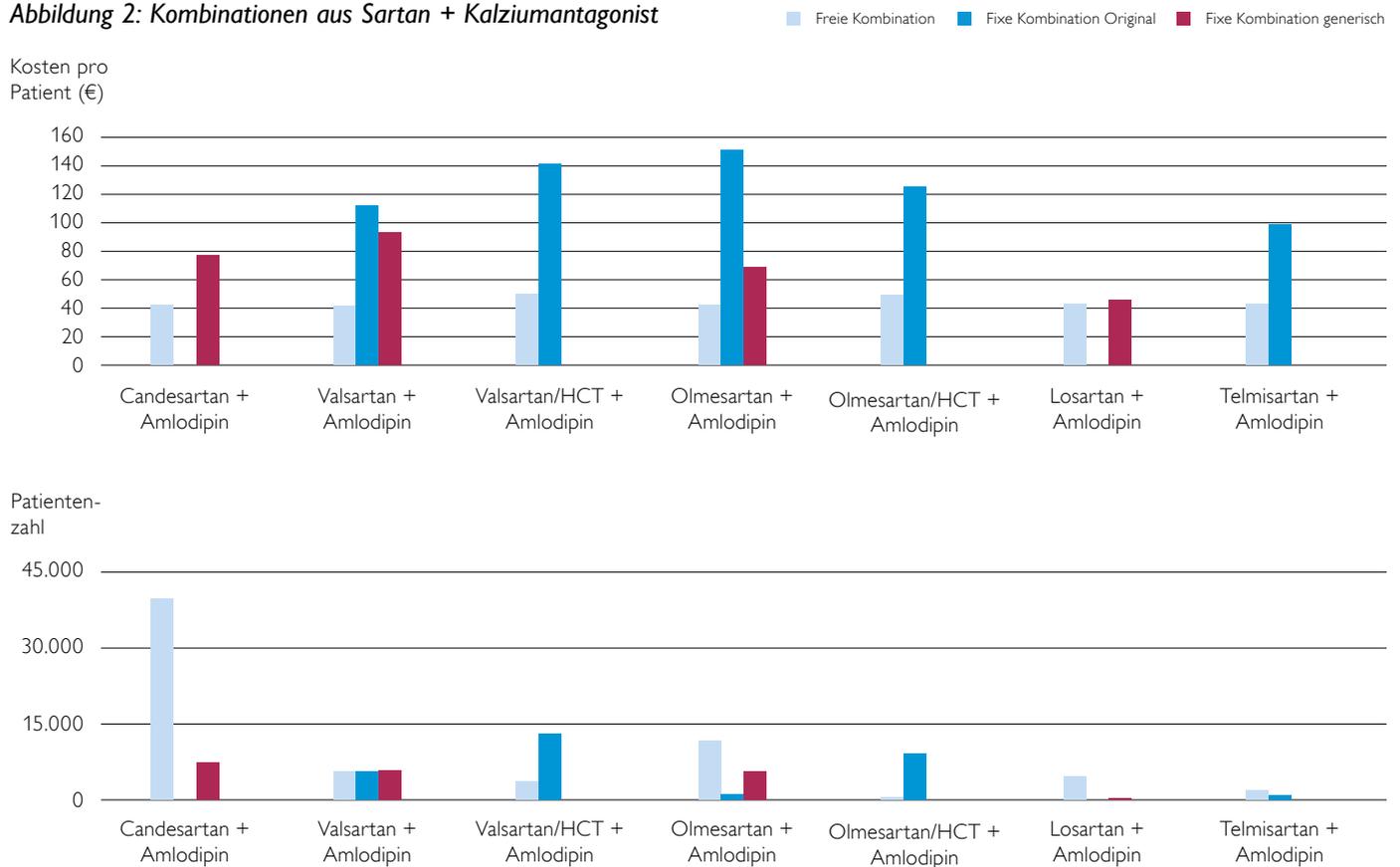
Im Folgenden werden genau für diese Wirkstoffkombinationen die tatsächlichen Kosten pro Patient sowie die Patientenzahlen im Quartal 3/2019 (Daten aus Baden-Württemberg) betrachtet und die Fixkombinationen mit den freien Kombinationen verglichen. Die Patienten mit der freien Kombination wurden in die Berechnung eingeschlossen, sofern sie im selben Monat beide Wirkstoffe verordnet bekommen haben.

Abbildung 1: Kombinationen aus ACE-Hemmer + Kalziumantagonist



Bei den ACE-Hemmer-Kombinationen ist zu erkennen, dass die Kosten pro Patient bei den Fixkombinationen zum Teil doppelt so hoch ausfallen wie bei den freien Kombinationen (Abbildung 1). Von den Vertragsärzten wird derzeit die Kombination von Ramipril und Amlodipin präferiert.

Abbildung 2: Kombinationen aus Sartan + Kalziumantagonist



Bei den Sartanen erkennt man, dass die Kosten pro Patient bei den Fixkombinationen mit einer Ausnahme in der Regel zwei- bis dreimal höher sind als bei Verwendung der freien Kombination (Abbildung 2). Bei bestehenden generischen Fixkombinationen reduzieren sich die Kosten. Jedoch ist immer noch ein Preisaufschlag vorhanden. Eventuelle Rabattverträge sollten beachtet werden.

Durch die Einführung von Festbeträgen bei den Sartan-Monopräparaten beobachtet man bei den freien Kombinationen mittlerweile eine Nivellierung der Preise – alle kosten im Patientendurchschnitt annähernd gleich viel.

Die Fixkombinationen, die bereits lange im Markt etabliert sind, haben entsprechend hohe Verordnungsanteile erreicht – nur noch wenige Patienten erhalten eine freie Kombination. Neu eingeführte Fixkombinationen hingegen haben einen weitaus geringeren Marktanteil – hier stehen die freien Kombinationen im Vordergrund.

Das Verhältnis verordneter Fixkombinationen im Vergleich zu den freien Kombinationen lässt anhand der badenwürttembergischen Verordnungsdaten keine Altersabhängigkeit erkennen, ältere Patienten erhalten nicht öfter Fixkombinationen als jüngere.

## Fazit

- Wenn für die Bluthochdruckbehandlung eine Arzneimittelkombination indiziert ist, sind ACE-Hemmer gegenüber Sartanen als Kombinationspartner der ersten Wahl anzusehen.
- Aus wirtschaftlicher Sicht ist eine freie Kombination vorrangig anzuwenden.
- Es ist patientenindividuell abzuwägen, ob eine Fixkombination notwendig ist. Eine kostengünstige Variante ist zu bevorzugen.
- Eventuelle Rabattverträge sollten beachtet werden.
- Die Kausalität zwischen Adhärenzverbesserung und Verbesserung der klinischen Endpunkte ist nicht eindeutig belegt.

## Literatur

- [1] Williams B, Mancia G, Spiering W et al.; Authors/Task Force Members: 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens* 2018; 36(10): 1953–2041. doi: 10.1097/HJH.0000000000001940. Erratum in: *J Hypertens* 2019; 37(1): 226
- [2] National Collaborating Centre for Primary Care (UK): Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence – Clinical guideline [CG76]. Published date: January 2009. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76/chapter/Introduction>
- [3] Gupta P, Patel P, Strauch B et al.: Biochemical screening for nonadherence is associated with blood pressure reduction and improvement in adherence. *Hypertension* 2017; 70: 1042–8
- [4] Sherrill B, Halpern M, Khan S, Zhang J, Panjabi S: Single-pill vs free-equivalent combination therapies for hypertension: a meta-analysis of health care costs and adherence. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2011; 13(12): 898–909. doi: 10.1111/j.1751-7176.2011.00550.x. Epub 2011 Nov 7
- [5] Du LP, Cheng ZW, Zhang YX, Li Y, Mei D: The impact of fixed-dose combination versus free-equivalent combination therapies on adherence for hypertension: a meta-analysis. *J Clin Hypertension* 2018; 20: 902–7
- [6] Kawalec P, Holko P, Gawin M, Pilc A: Effectiveness of fixed-dose combination therapy in hypertension: systematic review and meta-analysis. *Arch Med Sci* 2018; 14(5): 1125–36
- [7] Gupta AK, Arshad S, Poulter NR: Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents – a meta-analysis. *Hypertension* 2010; 55(2): 399–407. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.139816. Epub 2009 Dec 21
- [8] Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA: Nonadherence to antihypertensive drugs: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2017; 96: e5641. doi: 10.1097/MD.00000000000005641

# Neue europäische Leitlinie zur Cholesterinsenkung: So niedrig wie möglich?

Nachdruck aus *arzneimittel-telegramm*® 2019; 50: 89-91

Erst kürzlich haben wir nochmals auf die unzureichenden Nutzenbelege für eine zielwertgesteuerte Behandlungsstrategie zur Cholesterinsenkung aufmerksam gemacht (a-t 2018; **49**: 52-3), die von der europäischen kardiologischen Gesellschaft (ESC) seit Langem verfolgt wird und die sich zuletzt in der Leitlinie von 2016 darin niederschlug, dass für Patienten mit „sehr hohem Atheroskleroserisiko“ im Sinne eines „the lower the better“ die Absenkung des LDL-Cholesterins auf unter 70 mg/dl oder bei Ausgangswerten zwischen 70 mg/dl und 135 mg/dl um mindestens 50 % empfohlen wurde.<sup>1</sup> Für solche Strategien ist zumindest eine Hochdosis-Statintherapie erforderlich, deren Nutzen wir als allenfalls gering und nicht überzeugend belegt ansehen (a-t 2019; **50**: 60-1). Oft wird dabei aber neben Ezetimib (EZETROL, Generika; a-t 2015; **46**: 58) zusätzlich der Einsatz von PCSK9-Hemmern wie Evolocumab (REPATHA) nötig, sodass wir die ESC-Empfehlungen schon als Marktbereitung für diese Mittel gewertet haben.

Die jetzt aktualisierte, im August 2019 publizierte ESC-Leitlinie schreitet in diesem Sinne voran und empfiehlt, LDL-Werte „as low as possible“ anzustreben.<sup>2</sup> Konkret heißt dies: Bei Patienten mit „sehr hohem Atheroskleroserisiko“ sollten die LDL-Werte um mindestens 50 % und unter 55 mg/dl gesenkt werden, sind zwei oder mehr Gefäßereignisse innerhalb von zwei Jahren aufgetreten, sogar unter 40 mg/dl. Für solche Patienten ist damit in aller Regel eine Therapieeskalation von Statinen in Standarddosierung über eine Hochdosierung zur Kombination mit Ezetimib programmiert – und für viele dann die zusätzliche Verordnung von PCSK9-Hemmern. Letztere sollen auch nicht mehr wie noch 2016 nur vorsichtig „erwogen“ werden („may be considered“),<sup>1</sup> ihre Anwendung wird jetzt zur Erreichung der Zielwerte klar und deutlich empfohlen. Noch an weiteren Stellen nimmt der Cholesterinzug Fahrt auf: Bei Patienten mit hohem Risiko werden jetzt LDL-Werte unter 70 mg/dl angestrebt, bei mittlerem Risiko unter 100 mg/dl und bei geringem

Risiko unter 116 mg/dl.<sup>2</sup> Das allein würde schon eine erhebliche Ausweitung der Indikationen und der Intensität cholesterinsenkender Therapien mit sich bringen.

Aber damit nicht genug: Zwar lag auch 2016 laut ESC schon dann ein „sehr hohes Risiko“ vor, das in der Konsequenz immer eine intensive Senkung der LDL-Werte erforderte, wenn – ohne jedes klinische Ereignis und ggf. auch als Zufallsbefund – in der Koronarangiografie oder im Karotis-Ultraschall „signifikante Plaques“ gefunden werden, wenn ein Diabetes mit Endorganschäden oder drei weiteren Risikofaktoren besteht oder die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) weniger als 30 ml/min beträgt.<sup>1</sup> Der Kreis der Personen mit „sehr hohem Risiko“ ist 2019 jedoch noch einmal erweitert worden: Er umfasst jetzt jede klinisch oder in bildgebender Form „dokumentierte“ atherosklerotische Gefäßerkrankung, ohne dass für die lediglich mittels Bildgebung dokumentierte Atherosklerose irgendwelche weiteren Kriterien definiert werden. Auch Patienten mit seit mehr als 20 Jahren bestehendem Typ-1-Diabetes zählen jetzt dazu, unabhängig von etwaigen Organschäden. In ähnlicher Weise sind auch das hohe und mittlere Risiko durch zusätzliche Kriterien angereichert worden. Folge ist eine weitere Ausdehnung der Indikation für cholesterinsenkende Therapien generell und intensive Therapien im Speziellen. Die Unterteilung in Primär- und Sekundärprävention ist faktisch aufgegeben. Wir hatten schon früher darauf hingewiesen, dass beispielsweise im Karotis-Ultraschall gefundene atherosklerotische Gefäßläsionen für sich allein noch keine Indikation für eine Statintherapie darstellen, da ein Nutzen für diese Patienten mangels Studien mit klinischen Endpunkten nicht belegt ist. Auch als zusätzliches Kriterium zu etablierten Scores wird die Risikokalkulation für die Patienten nicht relevant verbessert (a-t 2016; **47**: 118-21). Insofern erscheint es uns inakzeptabel, dass die ESC jetzt allein auf Basis bildgebend dokumentierter atherosklerotischer Gefäßläsionen eine LDL-Senkung auf Werte unter 55 mg/dl oder um mehr als 50 % empfiehlt.

Es stellt sich die Frage, auf welcher **Datenbasis** die Gesellschaft ihre Empfehlungen gegenüber 2016 derart weiter ausgedehnt hat. Die ESC argumentiert allgemein, eine Beschränkung der Datenbasis für die Empfehlungen zur Prävention der Atherosklerose auf Ergebnisse aus randomisierten Studien limitiere die vorhandenen Therapiemöglichkeiten, und hält es für geboten, die Gesamtheit der Evidenz zu betrachten, einschließlich der Erkenntnisse aus Grundlagen-, genetischer und epidemiologischer Forschung und Beobachtungsstudien – in unseren Augen eine klare Abkehr von den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin. Speziell weist sie aber auch auf die nach 2016 publizierten großen klinischen Endpunktstudien zu den PCSK9-Hemmern hin: **FOURIER** mit Evolocumab (a-t 2017: **48**: 34-6) und **ODYSSEY OUTCOME** mit Alirocumab (außer Handel: PRALUENT; a-t 2018: **49**: 98-100).<sup>3,4</sup> In beiden Studien bleibt jedoch die kardiovaskuläre Mortalität trotz ausgeprägter weiterer LDL-Senkung (von eingangs jeweils 92 mg/dl gegenüber Placebo um 59 % bzw. 61 % nach einem Jahr) unbeeinflusst, in **FOURIER** auch die Gesamtmortalität. Der primäre kombinierte Endpunkt aus kardiovaskulär bedingtem Tod, Infarkt, Insult und stationärer Aufnahme wegen instabiler Angina oder koronarer Revaskularisation ist zwar unter Evolocumab nach 2,2 Jahren absolut um 1,5 % seltener. Patienten aus Europa, immerhin 63 % der gesamten Studienpopulation, profitieren jedoch nicht, und die kardiovaskuläre (Hazard Ratio [HR] 1,23, 95 % Konfidenzintervall [CI] 0,97-1,56) und Gesamtmortalität (HR 1,17, 95 % CI 0,98-1,40) liegen unter Evolocumab numerisch sogar höher als unter Placebo.<sup>3,5</sup> In **ODYSSEY OUTCOME** tritt der Endpunkt kardiovaskulär bedingter Tod, Infarkt, Insult oder stationäre Aufnahme wegen instabiler Angina unter Alirocumab nach 2,8 Jahren absolut um 1,6 % seltener ein. Bei Patienten mit Ausgangs-LDL-Werten unter 100 mg/dl bleiben jedoch kardiovaskuläre Ereignisse, koronare Ereignisse sowie die Gesamtmortalität unbeeinflusst (HR jeweils um 1,0). Die Gesamtsterblichkeit bei Patienten aus Westeuropa ist – wie unter Evolocumab – numerisch erhöht (HR 1,21, 95 % CI 0,79-1,86).<sup>4,6,7</sup>

Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht für beide PCSK9-Hemmer auch nach umfassender Analyse der Studiendaten keinen Zusatznutzen<sup>8,9</sup> und hat einen Verordnungsausschluss zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen mit Ausnahmeregelung für die Behandlung ausgewählter Patientengruppen durch bestimmte Spezialisten mit Zusatzqualifikation festgelegt.<sup>10</sup>

Und sonstige Studien? Uns ist seit 2016 nur noch eine weitere relevante randomisierte Studie bekannt, die zur Frage einer an Zielwerten gesteuerten Senkung der LDL-Werte beiträgt. Die **EMPATHY**-Studie (vgl. a-t 2019; **50**: 60-1) prüft bei Patienten mit langjährigem Typ-2-Diabetes (im Mittel 13 Jahre) und diabetischer Retinopathie (31 % zusätzlich mit Neuropathie, 53 % mit Nephropathie), ob Zielwerte unter 70 mg/dl günstiger sind als Zielwerte zwischen 100 und 120 mg/dl.<sup>11</sup> Nach den ESC-Empfehlungen wäre das kardiovaskuläre Risiko bei diesen Patienten als sehr hoch einzuschätzen. Unter hochdosierten Statinen nehmen die LDL-Werte in der intensivierten behandelten Gruppe von 106,2 mg/dl auf 76,5 mg/dl ab, während sie in der Kontrollgruppe nahezu unverändert bleiben. Nach im Mittel 37 Monaten werden jedoch weder kardiovaskuläre Ereignisse oder Todesfälle (HR 0,84, 95 % CI 0,67-1,07) noch Gesamtmortalität (HR 1,21, 95 % CI 0,77-1,91) gemindert.<sup>11</sup>

Es ist schwer erkennbar, wie diese Studienergebnisse die jetzt empfohlene noch weitere Absenkung der Zielwerte für das LDL-Cholesterin begründen sollen. Ähnlich geht es offenbar selbst der **US-amerikanischen kardiologischen Gesellschaft (ACC)**, die sich – bisher eher Vorreiter für forsche Empfehlungen zur Cholesterinsenkung<sup>12</sup> – in einem Kommentar vornehm verwundert über die neuen Zielwerte mit Ausdehnung der Indikationen weit in den primärpräventiven Bereich zeigt.<sup>13</sup> Die ACC merkt an, dass es sich hierbei nur um eine „Extrapolation“ direkter Evidenz handeln könne. Sie gibt zudem zu bedenken, dass die Umsetzung der Empfehlungen eine im Umfang kaum abschätzbare Zunahme der PCSK9-Hemmer-Verordnungen zur Folge habe, und bezweifelt die Kosteneffektivität eines solchen Vorgehens.<sup>13</sup>

Die Kosten-Nutzen-Analyse scheint zumindest für die Autoren der ESC-Leitlinie stimmig gewesen zu sein. Der Arzneimittelbrief, der sich ebenfalls ausführlich mit den neuen Empfehlungen zur Cholesterinsenkung befasst hat, weist darauf hin, dass nur 2 der 21 Autoren keine **Interessenkonflikte** mit der pharmazeutischen Industrie haben, 70 % Interessenkonflikte **speziell mit Anbietern der PCSK9-Hemmer** und auch unter den 86 Reviewern nur 18 % keine Interessenkonflikte angeben.<sup>14</sup> Laut Jahresbericht der ESC für 2018 sollen mehr als 75 % der jährlichen Einnahmen von knapp 72 Mio. € von der Industrie kommen.<sup>15</sup> Der lesenswerte Beitrag des Arzneimittelbriefs kommt zu dem Schluss, dass die ESC-Leitlinie „allenfalls als interessengeleitetes Positionspapier einer industrienahen Fachgesellschaft bezeichnet werden kann“.<sup>14</sup> Dem können wir nichts hinzufügen.

- Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) hat ihre Empfehlungen zur Cholesterinsenkung gegenüber 2016 weiter verschärft. Bei sehr hohem Atheroskleroserisiko sollen jetzt LDL-Werte unter 55 mg/dl, bei mehr als einem Gefäßereignis in zwei Jahren sogar unter 40 mg/dl erreicht werden.
- Ob eine Absenkung der LDL-Werte in diesen Bereich überhaupt sicher ist, scheint uns nicht hinreichend belegt.
- Ein sehr hohes Risiko ist laut ESC schon dann gegeben, wenn, auch ohne jedes klinische Ereignis, in der Bildgebung wie dem Karotis-Ultraschall oder der Computertomografie eine Atherosklerose dokumentiert ist.
- Die Berücksichtigung neuer zusätzlicher Risikofaktoren und die Absenkung der Zielwerte auch in anderen Risikostufen führen dazu, dass die Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundärprävention de facto aufgehoben wird.
- In der Konsequenz bedeuten die ESC-Empfehlungen eine erhebliche Ausweitung der Indikationen für hochdosierte Statine und insbesondere für PCSK9-Hemmer. Für beide sehen wir nach wie vor nur in speziellen Situationen eine begründete Indikation.
- Unseres Erachtens kommt den Leitlinienempfehlungen der ESC keine bindende Wirkung zu, da sie weder evidenzbasiert noch unabhängig erstellt wurden.

- 1 CATAPANO, A.L. et al.: Eur. Heart J. 2016; **37**: 2999-3058
- 2 MACH, F. et al.: Eur. Heart J., online publ. am 31. Aug 2019; doi: 10.1093/eurheartj/ehz455 (78 Seiten)
- R 3 SABATINE, M.S. et al.: N. Engl. J. Med. 2017; **376**: 1713-22
- R 4 SCHWARTZ, G.G. et al.: N. Engl. J. Med. 2018; **379**: 2097-107
- 5 IQWiG: Dossierbewertung Evolocumab, Stand 12. Juni 2018; <http://www.a-turl.de/?k=holf>
- 6 IQWiG: Dossierbewertung Alirocumab, Stand 30. Jan. 2019; <http://www.a-turl.de/?k=ehho>
- 7 Sanofi-Aventis: Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V Alirocumab (PRALUENT), Stand 31. Okt. 2018; <http://www.a-turl.de/?k=tork>
- 8 Gemeinsamer Bundesausschuss: Bundesanzeiger vom 2. Okt. 2018; <http://www.aturl.de/?k=eint>
- 9 Gemeinsamer Bundesausschuss: Bundesanzeiger vom 2. Juli 2019; <http://www.a-turl.de/?k=appu>
- 10 Gemeinsamer Bundesausschuss: Arzneimittelrichtlinie Anlage III, 35a und 35b, Stand: 13. September 2019; <http://www.a-turl.de/?k=forz>
- R 11 ITOH, H. et al.: Diabetes Care 2018; **41**: 1275-84
- 12 GRUNDY, S.M. et al.: Circulation 2019; **139**: e1082-143
- 13 SMITH, N. et al. (ACC): Expert Analysis, 9. Sept. 2019; <http://www.a-turl.de/?k=ausa>
- 14 Arzneimittelbrief 2019; **53**: 73-6
- 15 ESC: Jahresbericht 2018; <http://www.a-turl.de/?k=aitz>

(R = randomisierte Studie)

## Anmerkung der Redaktion

### **Wirtschaftliche Verordnungsweise von Lipidsenkern**

Zur wirtschaftlichen Therapie der Fettstoffwechselstörung ist die Einschränkung in Punkt 35 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie zu beachten. Lipidsenker sind demnach nur bei bestehender vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) sowie bei hohem kardiovaskulärem Risiko (über 20 Prozent Ereignisrate/10 Jahre auf der Basis der zur Verfügung stehenden Risikokalkulatoren) verordnungsfähig, wobei unter cerebrovaskulärer Manifestation sowohl Schlaganfall als auch TIA zu subsumieren sind.

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

### **Statintherapie bei älteren Patienten**

In der „Arzneiverordnung in der Praxis“ (AVP, vorab online vom 12. Dezember 2019) wird die „Statintherapie bei älteren Patienten in der Primärprävention“ diskutiert [1].

Aktuelle Metaanalysen und Subgruppenanalysen legen nahe, dass für Personen ab etwa 75 Jahren keine überzeugenden Hinweise für ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis der Statintherapie vorliegen. Die Empfehlung der AVP lautet daher, ein Absetzen zu diskutieren – insbesondere bei reduziertem Allgemeinzustand oder kurzer Lebenserwartung. Eine Ausnahme sind Patienten mit Diabetes mellitus.

[1] <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/vorab/20191212-Statins-therapie.pdf>

# § Änderungen der Arzneimittel-Richtwert- ! systematik 2020

Der Arzneimittelmarkt ist kontinuierlichen Veränderungen unterworfen, neue Arzneimittel oder die Einführung neuer Festbeträge können sich auf das Ordnungsverhalten in der Praxis auswirken. Aufgrund dessen ist es notwendig, die Richtwertsystematik an die Versorgungsrealität anzupassen. Zusätzlich wurde für das Ordnungsjahr 2020 mit den Krankenkassen vereinbart, die Blutzuckerteststreifen den Wirkstoffen außerhalb der Richtwerte (exRW-Bereich) zuzuordnen. Welche Anpassungen für 2020 im Einzelnen erfolgt sind, erläutern wir Ihnen im Folgenden.

## AT-Richtwerte 2020

Die für 2020 geltenden AT-Richtwerte wurden auf Basis der aktuellsten vorhandenen Ordnungsdaten für jede Richtwertgruppe neu berechnet und gelten für jedes Quartal im Ordnungsjahr 2020. Im Vergleich zum Vorjahr fallen einige Werte niedriger aus. Dies liegt vor allem an der Einführung neuer Festbeträge oder Generika, wodurch die Kosten für zahlreiche Medikamente sinken.

Eine deutliche Änderung ergab sich im Arzneimittel-Therapiebereich AT 33 „Mittel bei pulmonaler Hypertonie (PAH)“. Hier hat die Einführung von Festbeträgen den AT-Richtwert teilweise um ca. 50 % gesenkt.

Im Gegensatz dazu gab es beispielsweise einen deutlichen Anstieg im AT 8 „Antiparasitäre Mittel“ in der Richtwertgruppe der Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Grund war die Einführung eines neuen Arzneimittels in der Scabies-Behandlung. Hier hat die Zunahme der Kosten einen Anstieg des AT-Richtwerts um ca. 40 % bewirkt.

➔ Alle AT-Richtwerte finden Sie hier: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte.

Für weiterführende Informationen zu den Grundlagen der Systematik beachten Sie die Neuauflage der Ordnungsforum-Sonderausgabe „Neue Wege in der Steuerung der Arzneimitteltherapie (Februar 2020)“, die Sie ebenfalls auf der Website finden: » [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de).

Dort erhalten Sie auch nähere Informationen zum projizierten praxisindividuellen Richtwert<sup>KV</sup> (projizierter PiRW<sup>KV</sup>), der Ihnen im Mitgliederportal zur Verfügung gestellt wird (Dokumentenarchiv » Aktentyp: Ordnungsmangement » Quartal 3/20XX » Reiter: Informationen zur Richtwertsystematik » Unterlage: projizierter praxisindividueller Richtwert).

## Änderungen der Wirkstoffzuordnung 2020

Arzneimittel-Therapiebereich (AT)	Änderung von 2019 zu 2020
<b>AT 6</b> „Antiinfektiva/Antiphlogistika/Sonstige, Auge/Ohr“	<b>Cenegerm</b> in wurde aus dem AT 6 entfernt und dem exRW-Bereich „Definierte Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems“ zugeordnet.
<b>AT 13</b> „Mittel bei Multipler Sklerose“	<b>Ocrelizumab</b> wurden aus dem AT 13 entfernt und dem exRW-Bereich „Definierte Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems“ zugeordnet.
<b>AT 29/30/31</b> (Antidiabetika/Insulin und Blutzuckerteststreifen)	<b>Blutzuckerteststreifen</b> wurden aus den AT 29/30/31 entfernt und dem neu definierten exRW-Bereich „Blutzuckerteststreifen“ zugeordnet.
<b>AT 36</b> „Hypophysen- und Hypothalamushormone“	<b>Triptorelin</b> wurde aus dem AT 36 entfernt und dem exRW-Bereich „Ovulationsauslöser/Fertilitätsbehandlung“ zugeordnet.
exRW „Muskeldystrophie/Muskelatrophie“	Namensänderung, neue Bezeichnung ab 2020: exRW „Definierte Muskel-erkrankungen“

➔ Die Zuordnung der Wirkstoffe zu den AT/exRW-Bereichen (ohne AT „Rest“) kann anhand der unterjährig aktualisierten Wirkstoffliste nachvollzogen und unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte eingesehen werden.

### exRW-Bereich

Wirkstoffe außerhalb der Richtwerte (exRW) werden in der Regel bei schwerwiegenden oder seltenen Erkrankungen eingesetzt und verursachen bei einem indikationsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz oft hohe Therapiekosten. Sie unterliegen nicht der Richtwertprüfung, da ein statistischer Vergleich nicht sinnvoll ist. Sie können jedoch durch die Krankenkassen im Rahmen von Einzelfallprüfungen geprüft werden. Insbesondere die Indikationsstellung, die Verordnungsmenge sowie eine wirtschaftliche Produktauswahl sind zu beachten. Der exRW-Bereich gilt einheitlich für alle Vertragsärzte.

### Blutzuckerteststreifen

Bis zum Jahr 2019 wurden die Blutzuckerteststreifen, wenn zusätzlich ein Antidiabetikum oder Insulin verordnet wurde, dem AT 29, 30 oder 31 zugeordnet. Bei Richtwertgruppen ohne diese AT oder bei einer Verordnung ohne entsprechende Diabetesmedikamente wurden sie dem AT „Rest“ zugeteilt.

Ab dem Verordnungsjahr 2020 wird die Zuordnung vereinheitlicht: Alle Verordnungen von Blutzuckerteststreifen, egal ob mit oder ohne Antidiabetikum/Insulin, befinden sich nun im exRW-Bereich. Das heißt, sie werden nicht mehr zur Berechnung der Richtwerte herangezogen.

Aufgrund dessen sinken auch die AT-Richtwerte des AT 30 und AT 31 deutlich um durchschnittlich 26 %.

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnung von Blutzuckerteststreifen wurden im Verordnungsforum 51 „Update Glukose-Selbstkontrollen bei Patienten mit Diabetes mellitus“ veröffentlicht ([www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Presse » Publikationen » Verordnungsforum).

### Änderungen der Wirkstoffzuordnung 2020

Richtwertgruppe und betroffener Arzneimittel-Therapiebereich (AT)	Änderung von 2019 zu 2020
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt: <b>AT 19</b> „Mittel bei Demenz“	Streichung aufgrund geringer Verordnungszahlen
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde: <b>AT 23</b> „Mittel gegen Schmerzen WHO Stufe III“	Streichung aufgrund geringer Verordnungszahlen
Fachärzte für Urologie: <b>AT 25</b> „Botulinumtoxin“	Neuaufnahme aufgrund ausreichend hoher Fallzahlen (nach Aufnahme der Leistung in den EBM)

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

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

- Stand 2019/2020
- Aufnahme ab 2020
- Wegfall ab 2020

	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 2020



In Baden-Württemberg wurden die Zielvereinbarungen für das Verordnungsjahr 2020 erweitert. Neben neu hinzugekommenen quantitativen Zielen wurden zusätzlich neue Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnung in die Arzneimittelvereinbarung aufgenommen. Weiterhin gilt der Grundsatz, dass die Einhaltung der Ziele keiner gesonderten Prüfung unterliegt und das Nichteinhalten sanktionsfrei ist. Allerdings sind die vereinbarten Ziele an die Richtwertsystematik angepasst und die Höhe der AT-Richtwerte orientiert sich an den Zielen des jeweiligen AT. Eine Erreichung der Ziele erleichtert somit die Einhaltung der Richtwerte.

## Höchstquotenregelungen

Die Kenngrößen der Höchstquotenregelungen wurden für 2020 analog zum Verordnungsjahr 2019 fortgeführt.

### Ezetimib und Statine im AT 10

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

Tabelle 1: Höchstquotenregelungen Ezetimib und Statine im AT 10

Datenbasis: Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V – Istwert MDK 2018 / KVBW 1. Hj 2019

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngröße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2020 Anteil der AT-Fälle
Ezetimib und Statine (inkl. Kombinationen) im AT 10	Anteil ezetimibhaltiger Arzneimittel		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
191 FA Innere Medizin, ohne Schwerpunkt		8,64 %	4 %
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		7,15 %	
194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie		11,61 %	
193 FA Innere Medizin, SP Kardiologie		17,51 %	8 %
199 FA Innere Medizin, SP Endokrinologie		12,31 %	
200 FA Innere Medizin, SP Angiologie		9,85 %	
<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 Punkt Nummer 35 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie zu beachten. Lipidsenker sind demnach nur noch bei bestehender vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) sowie bei hohem kardiovaskulärem Risiko (über 20 Prozent Ereignisrate/10 Jahre auf der Basis der zur Verfügung stehenden Risikokalkulatoren) verordnungsfähig, wobei unter cerebrovaskulärer Manifestation sowohl Schlaganfall als auch TIA zu subsumieren sind.

Für Patienten ohne bestehende kardiovaskuläre Erkrankung (KHK, Schlaganfall oder TIA) und ohne hohes Risiko hinsichtlich eines kardiovaskulären Ereignisses (im Sinne der Richtlinie) wurde 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 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 2018 / KVBW 1. HJ 2019

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2020 Anteil der AT-Fälle
<b>Analgetika WHO Stufe I im AT 21</b>	<b>Anteil Coxibe</b>		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
071 FA Chirurgie		<b>3,53 %</b>	<b>3 %</b>
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		<b>3,80 %</b>	
441 FA Orthopädie		<b>5,32 %</b>	
Aceclofenac; Acemetacin; Acetylsalicylsäure; Acetylsalicylsäure (Kombinationen exkl. Psycholeptika); Aconitum; Almotriptan; Celecoxib; Dexibuprofen; Dexketoprofen; 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; Topiramid; Zolmitriptan			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

## Mindestquotenregelungen

Die Mindestquotenregelung zum AT 9, Anteil ACE-Hemmer-Kombinationen generisch an Renin-Angiotensin-System-(RAS-)Kombinationen, wurde gestrichen.

Die Kenngröße zum AT 23 wurde für 2020 von „Anteil Monopräparate generisch“ auf „Anteil retardiertes Morphin“ geändert. Orales retardiertes Morphin gilt als Mittel der ers-

ten Wahl für Patienten mit nicht-neoplastisch bedingten chronischen Schmerzen, für die eine stark wirksame Opiattherapie (WHO Stufe III) indiziert ist [2].

### Analgetika WHO Stufe III AT 23

Das Ziel ist die Erhöhung des Anteils an retardiertem Morphin in der Gruppe der Analgetika WHO Stufe III.

**Tabelle 3: Mindestquotenregelungen Analgetika WHO Stufe III im AT 23**

Datenbasis: Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V – Istwert MDK 2018 / KVBW 1. Hj 2019

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngröße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2020 Anteil der AT-Fälle
<b>Analgetika WHO Stufe III im AT 23</b>	<b>Anteil retardiertes Morphin</b>		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
012 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung		6,41 %	11 %
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		5,82 %	11 %
195 FA Innere Medizin, SP Hämato- und Onkologie		11,47 %	17 %
381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater)		3,16 %	8 %
441 FA Orthopädie		3,48 %	9 %
<i>Buprenorphin; Fentanyl; Hydromorphon; Levomethadon; Morphin; Oxycodon; Oxycodon und Naloxon; Pethidin; Piritramid; Tapentadol; Ziconotid</i>			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

## Mindestquotenregelungen Biosimilars

2020 sind erstmalig Mindestquoten zum AT 37 (Erythropoietin), AT 38 (Somatotropin) und zum exRWV-Bereich (Filgrastim, Pegfilgrastim) dazugekommen.

Außerdem wurde die 2019 gültige Mindestquotenregelung im AT 28 – Kenngröße „Anteil Biosimilars an den Biologics im AT 28“ – angepasst. Für 2020 besteht nun für jeden einzelnen Wirkstoff aus dem AT 28 (Adalimumab, Etanercept, Infliximab, Rituximab) eine eigene Mindestquote, z. B. Kenngröße „Anteil Biosimilars an Adalimumab“.

Die Aufzählung der Produkte in den nachfolgenden Tabellen entspricht der Biosimilar-Zuordnung der Rahmenvorgaben nach § 84 Absatz 6 SGB V. Biosimilars, die unterjährig auf den Markt kommen, werden ebenfalls berücksichtigt.

### Hinweis zum Wechsel vom Original-Biological zum Biosimilar

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 konnte, kann davon ausgegangen werden, dass Biosimilars und Original-Biologicals therapeutisch gleichwertig sind [3]. 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 umgestellt werden. Im Bereich der biologisch-technisch hergestellten Arzneimittel (Biologics) führen Patentabläufe und die Zulassung von Biosimilars zu einem Wettbewerb mit teils erheblichen Preissenkungen. Daher sollten – auch wenn es Rabattverträge mit dem Erstanbieter gibt – bevorzugt preisgünstige Biosimilars verordnet werden. Sollten bei Biosimilars ebenfalls Rabattverträge existieren, sollten diese bevorzugt bedient werden.

## Biologicals im AT 28

Das Ziel ist die Erhöhung des jeweiligen Biosimilar-Anteils (Adalimumab, Etanercept, Infliximab, Rituximab).

**Tabelle 4: Mindestquotenregelungen Anteil der Biosimilars**

Datenbasis: Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V – Istwert MDK 2018 / KVBW 1. HJ 2019

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2020 Anteil der AT-Fälle
<b>Biologicals im AT 28</b>	<b>Anteil Biosimilars an Adalimumab</b>		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		26,81 %	40 %
196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie		46,55 %	60 %
197 FA Innere Medizin, SP Gastroenterologie		33,66 %	50 %
<i>Amgevita®; Hulio®; Hyrimoz®; Idacio®; Imraldi®</i>			
<b>Biologicals im AT 28</b>	<b>Anteil Biosimilars an Etanercept</b>		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		50,82 %	60 %
196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie		58,99 %	70 %
<i>Benepali®; Erelzi®</i>			
<b>Biologicals im AT 28</b>	<b>Anteil Biosimilars an Infliximab</b>		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		51,67 %	65 %
196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie		51,69 %	70 %
197 FA Innere Medizin, SP Gastroenterologie		56,76 %	70 %
<i>Flixabi®; Inflectra®; Remsima®; Zessly®</i>			
<b>Biologicals im AT 28</b>	<b>Anteil Biosimilars an Rituximab</b>		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie		46,32 %	60 %
<i>Blitzima®; Rixathon®; Truxima®</i>			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

## Biologicals im AT 37

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilar-Anteils an Erythropoietin.

**Tabelle 5: Mindestquotenregelungen Anteil der Biosimilars**

Datenbasis: Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V – Istwert MDK 2018 / KVBW 1. Hj 2019

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2020 Anteil der AT-Fälle
<b>Biologicals im AT 37</b>	<b>Anteil Biosimilars an Erythropoietin</b>		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		51,54 %	55 %
194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie		36,88 %	45 %
195 FA Innere Medizin, SP Hämato- und Onkologie		53,87 %	60 %
<i>Abseamed®; Binocrit®; Epoetin alfa Hexal®; Eporatio®; Retacrit®; Silapo®</i>			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

## Biologicals im AT 38

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilar-Anteils an Somatotropin.

**Tabelle 6: Mindestquotenregelungen Anteil der Biosimilars**

Datenbasis: Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V – Istwert MDK 2018 / KVBW 1. Hj 2019

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2020 Anteil der AT-Fälle
<b>Biologicals im AT 38</b>	<b>Anteil Biosimilars an Somatotropin</b>		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
199 FA Innere Medizin, SP Endokrinologie		8,33 %	25 %
231 Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich)		22,70 %	35 %
<i>Omnitrope®</i>			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

## exRW (Wirkstoffe außerhalb der Richtwerte)

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilar-Anteils an Filgrastim und Pegfilgrastim.

**Tabelle 6: Mindestquotenregelungen Anteil der Biosimilars**

Datenbasis: Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V – Istwert MDK 2018 / KVBW 1. Hj 2019

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2020 Anteil der AT-Fälle
<b>Biologicals im exRW 911</b>	<b>Anteil Biosimilars an Filgrastim</b>		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
Ziel für alle Richtwertgruppen (außer Frauenärzte; Hausärzte; FA Innere Medizin, SP Hämato- und Onkologie)		84,57 %	90 %
<i>Accofil®; Filgrastim Hexal®; Grastofil®; Nivestim®; Ratiograstim®; Tevagrastim®; Zarzio®</i>			
<b>Biologicals im exRW 911</b>	<b>Anteil Biosimilars an Pegfilgrastim</b>		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
Ziel für alle Richtwertgruppen		36,61 %	50 %
<i>Pelgraz®; Pelmeg®; Zixtenzo®</i>			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

## Qualitative Ziele

Neben den quantitativen Zielvereinbarungen wurden für das Verordnungsjahr 2020 neue qualitative Ziele als weitere Verordnungsempfehlungen in die Arzneimittelvereinbarung aufgenommen. Hierbei handelt es sich um Hinweise, die eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung in Baden-Württemberg fördern sollen.

### Rationaler Antibiotikaeinsatz

Bei der Verordnung von Antibiotika soll auf einen rationalen Einsatz geachtet werden. Um Resistenzen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu vermeiden, ist eine leitliniengerechte, zurückhaltende und zielgerichtete Anwendung von Antibiotika notwendig. Dies gilt insbesondere für die im Moment häufig verordneten Cephalosporine. Reserveantibiotika sind zurückhaltend zu verordnen und der Einsatz

der Fluorchinolone – vor allem im Hinblick auf die Warnhinweise und spezielle Risiken – besonders zu überdenken. Weitere Informationen zur rationalen Antibiotikatherapie, unter anderem zur Risikobewertung der Fluorchinolone, können dem Verordnungsforum 47 (Oktober 2018) entnommen werden.

### Verordnung von Sacubitril/Valsartan (Entresto®)

Das Kombinationspräparat Sacubitril/Valsartan ist bei erwachsenen Patienten zur Behandlung einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion zugelassen.

In die Zulassungsstudie wurden ausschließlich vorbehandelte Patienten aufgenommen (ACE-Hemmer oder AT1-Rezeptorblocker [ARB], gegebenenfalls in Kombination mit einem Betablocker und/oder Aldosteronantagonisten). Nur

für diese Patienten gilt daher die Verordnung als Praxisbesonderheit gemäß § 106b Absatz 5 SGB V.

In der aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinie Herzinsuffizienz vom Oktober 2019 wird die Therapie mit Sacubitril/Valsartan als ACE-Hemmer-/ARB-Ersatz erst

- bei persistierender Symptomatik (NYHA-Stadien II bis IV) trotz leitliniengerechter Kombinationstherapie mit ACE-Hemmern/ARB, Betablockern und Aldosteronantagonisten
- unter Berücksichtigung der Unsicherheiten bezüglich der Langzeitverträglichkeit und des Nebenwirkungsprofils empfohlen [4].

Die Behandlungskosten von Sacubitril/Valsartan liegen um ein Vielfaches höher als die einer Therapie mit ACE-Hemmer/ARB und Betablockern.

### Verordnung von DOAK

Für den AT 11 „Orale Antikoagulanzen“ wurde für die direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK) keine Höchstgrenze festgelegt, dennoch haben diese die Vitamin-K-Antagonisten in INR-adjustierter Dosierung als Standardprophylaxe für Patienten mit Vorhofflimmern und hohem Risiko für Thromboembolien nicht abgelöst [5, 6].

### Verordnung von monoklonalen Antikörpern in der Migränetherapie

Derzeit stehen in Deutschland mit Erenumab, Fremanezumab und Galcanezumab drei Antikörper zur Migräneprophylaxe zur Verfügung.

Aufgrund der hohen Jahrestherapiekosten (bei jeweiliger Standarddosierung ungefähr 8.000 Euro, Lauer-Taxe, Stand: 1. Oktober 2019) und dem Vorhandensein von langfristig erprobten Wirkstoffen zur Migräneprophylaxe empfehlen wir einen zurückhaltenden Einsatz der Präparate unter Beachtung der frühen Nutzenbewertung.

Weiterführende Erläuterungen sowie Informationen zur Wirtschaftlichkeit sind dem Artikel „CGRP – ein neues

Target für die Migränebehandlung“ im Verordnungsforum 51 zu entnehmen [7].

### Therapie mit Cannabinoiden

Für die Therapie mit Cannabinoiden gemäß § 31 Absatz 6 SGB V ist vorzugsweise ein kostengünstiges Cannabis-Arzneimittel einzusetzen. Hier ist insbesondere der Einsatz von Dronabinol-Rezepturen und des Fertigarzneimittels Sativex® zu bevorzugen. Vor der ersten Verordnung muss eine Genehmigung durch die Krankenkasse des Patienten vorliegen. Zum wirtschaftlichen Einsatz von Cannabis-Arzneimitteln und für weiterführende Informationen sind die Veröffentlichungen der KV zu beachten.

Ebenso finden Sie eine Preisübersicht unter: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Cannabis

### Rationale Verordnung von Protonenpumpenhemmern (PPI)

Die Verordnungen von PPI haben sich seit 2009 mehr als verdoppelt und stagnieren derzeit auf einem hohen Niveau [10]. Der Verordnung von PPI sollte grundsätzlich eine kritische Diagnosestellung vorausgehen. Ein nicht indikationsgerechter Einsatz, eine medizinisch nicht notwendige Langzeitmedikation oder auch die regelhafte Fortführung hoher Dosierungen muss sowohl im Hinblick auf mögliche Nebenwirkungen als auch unter Kostenaspekten hinterfragt werden. In vielen Fällen ist eine Dosisreduktion, die Umstellung auf eine Bedarfsmedikation oder sogar das Absetzen, insbesondere nach stationärem Aufenthalt, möglich. Aufgrund des „Reboundphänomens“ wird ein schrittweises Ausschleichen der PPI empfohlen. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat einen Algorithmus zum „Deprescribing“ von PPI veröffentlicht [11].

### Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin

Bei der Ausstellung von Verordnungen für Pregabalin-haltige Arzneimittel sollten aufgrund des hohen Abhängigkeits- und Missbrauchspotenzials [12, 13] die nachfolgend genannten Punkte berücksichtigt werden:

- Eine Verordnung kann nur ausgestellt werden, wenn eine Indikation gemäß Zulassung vorliegt und dokumentiert ist. Die weitaus häufigste Indikation für den Einsatz von Pregabalin ist der neuropathisch bedingte Schmerz. Hier stehen therapeutische Alternativen zur Verfügung, die hinsichtlich des Abhängigkeitspotenzials als risikoärmer gelten.
- Verordnungsmengen sollten regelmäßig auf Plausibilität hinsichtlich der ärztlich angesetzten Dosierung kontrolliert werden. Der Einsatz bei Patienten mit einer bekannten Suchtproblematik in der Vorgeschichte sollte nur in Ausnahmefällen und unter enger ärztlicher Kontrolle erfolgen.
- Bei neuen Patienten oder im Vertretungsfall ist Zurückhaltung geboten, solange keine weiteren Informationen zur Vortherapie oder zur zugrunde liegenden Indikation vorliegen. Gegebenenfalls sollte die Verordnung einer kleinen Packungsgröße in Betracht gezogen werden.

### **Arzneimittelbehandlung älterer Patienten / Multimedikation**

Die medikamentöse Behandlung älterer und/oder multimorbider Patienten stellt eine besondere Herausforderung dar.

Generell sollte bei Patienten mit Multimorbidität bzw. Multimedikation (z. B.  $\geq 3$  chronische Erkrankungen,  $\geq 5$  Arzneimittel) regelhaft eine umfassende Erfassung und kritische Bewertung der Medikation (inklusive der Selbstmedikation durch den Patienten) durchgeführt werden: Indikation, Kontraindikationen, Wirkstoffauswahl, Dosierung, Interaktionspotenzial, korrekte Anwendung/Einnahme, erforderliches Monitoring, Therapieprobleme, neu aufgetretene Erkrankungen und Komplikationen (möglicherweise als Folge oder Nebenwirkung eines Arzneimittels?) und – nicht zu vergessen – persönliche Ziele und Prioritäten des Patienten.

Diverse frei zugängliche Instrumente können bei der Verordnungsanalyse und -entscheidung hilfreich sein, z. B. Medication Appropriateness Index (MAI), START-STOPP-Kriterien, Priscus-, Beers- oder Fortaliste [8, 9].

Ein regelmäßig aktualisierter Medikationsplan erleichtert Ärzten und Patienten die Übersicht.

### **Aut-idem-Verordnung**

Das Ankreuzen des Aut-idem-Feldes durch den Vertragsarzt ist nur aus medizinisch-therapeutischen Gründen zulässig [14]. Durch das Setzen des Kreuzes wird der Austausch des verordneten gegen ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel in der Apotheke unterbunden. Unter Wirtschaftlichkeitsaspekten ist der Ausschluss dieser Substitution in der Apotheke nur in medizinisch begründeten Fällen zu empfehlen.

## Literatur

- [1] Mühlbauer B: IMPROVE-IT – The lower, the better? Arzneiverordnung in der Praxis 2015; 42(4): 176–7
- [2] Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg: Konsentierete Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei der Arzneimitteltherapie des nicht-neoplastisch bedingten chronischen Schmerzsyndroms. Juni 2016. [https://www.gpe-bw.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dokumente/Schmerztherapie\\_Druckversion\\_typo3.pdf](https://www.gpe-bw.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dokumente/Schmerztherapie_Druckversion_typo3.pdf)
- [3] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Biosimilars. 1. Auflage, Version 1.1, August 2017. <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/PDF/Biosimilars.pdf>
- [4] Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Nationale Versorgungsleitlinie: Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung. 3. Auflage; 2019. DOI: 10.6101/AZQ/000465. [www.herzinsuffizienz.versorgungsleitlinien.de](http://www.herzinsuffizienz.versorgungsleitlinien.de)
- [5] Für Sie gelesen: Dabigatran und Rivaroxaban bei nicht valvulärem Vorhofflimmern. Verordnungsforum 2013; 27: 37
- [6] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern – Empfehlungen zum Einsatz der direkten oralen Antikoagulanzen Dabigatran, Apixaban, Edoxaban und Rivaroxaban . 3., überarbeitete Auflage November 2019). <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/PDF/OAKVHF.pdf>
- [7] CGRP – ein neues Target für die Migränebehandlung. Verordnungsforum 2019; 51: 4–7
- [8] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): Multimorbidität – S3-Leitlinie (AWMF-Register-Nr. 053-047). Februar 2017. [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047\\_Multimorbiditaet/053-0471\\_%20Multimorbiditaet\\_redakt\\_24-1-18.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbiditaet/053-0471_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf)
- [9] Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Leitlinie – Multimedikation. Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten. Berlin: ÄZQ; 2013. (äzq Schriftenreihe; 41). DOI 10.6101/azq/000148. <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe41.pdf>
- [10] Schwabe U, Paffrath D, Ludwig WD, Klauber J (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2019
- [11] Rosien U: Deprescribing PPI: Weniger Protonenpumpeninhibitoren-Verordnung ist möglich! Arzneiverordnung in der Praxis 2019; 46(3-4): 114–8. <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/201903-4/114h/index.php>
- [12] AkdÄ: UAW-Datenbank: Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin (Lyrica). Dt Ärztebl 2011; 108(4): A 183
- [13] Abhängig von Pregabalin (LYRICA). arznei-telegramm 2012; 43: 71–2
- [14] § 29 Absatz 2 Bundesmantelvertrag Ärzte

# Heilmittel-Richtwerte 2020

Für das Jahr 2020 wurden neue Heilmittel-Richtwerte für die verschiedenen Fachgruppen vereinbart. Basis für die Berechnungen waren die tatsächlichen Fallkosten des Verordnungsjahres 2018. Positiv hervorzuheben ist, dass es der KVBW auch in diesem Jahr gelungen ist, die Preissteigerungen aus dem Jahr 2019 von circa 13 % als Aufschlag auf die Richtwerte für 2020 mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Die Preissteigerungen, die sich ab Juli 2020 ergeben könnten, konnten bisher nicht berücksichtigt werden, da aktuell noch nicht bekannt ist, welche Preise auf Bundesebene ausgehandelt werden. Über eine mögliche unterjährige Anpassung der Heilmittel-Richtwerte aufgrund von Preissteigerungen werden wir Sie zu gegebener Zeit unterrichten. Wir haben für den Fall höherer Preise eine unterjährige Anhebung der Richtwerte mit den Krankenkassen vereinbart. Wir werden Sie zeitnah darüber informieren.

## Heilmittel-Richtwerte für das Jahr 2020 (in Euro)

Prüfgruppen	Bezeichnung Richtwertgruppe	M / F 2020	R 2020
0123 0151	Anästhesisten, Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung	21,07	24,92
0710 0711 0750	FA Chirurgie	19,35	25,60
1920 8050	FA Allgemeinmedizin, praktische Ärzte, Ärzte und FA Innere Medizin	10,90	35,41
1937 1957	FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	15,91	23,07
2320 2348 2350	FA Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich Tätige)	20,87	20,87
3810 3814 3850	Nervenärzte Neurologen	17,53	50,98
3815 3816	Psychiater, SP Psychotherapie Psychiater	4,45	12,17
3812 3813 3851	Kinder- und Jugendpsychiater Kinder- und Jugendpsychiater, Teilnahme an der Sozialpsychiatrivereinbarung	18,13	18,13
4110 4111 4150	Neurochirurgen	39,62	49,56

Prüfgruppen	Bezeichnung Richtwertgruppe	M / F 2020	R 2020
4410 4411 4450	FA Orthopädie	46,35	59,44
4437	FA Orthopädie, SP Rheumatologie	47,29	58,31
6310 6350	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	72,02	94,65

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 Facharztgruppen 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 Verordnungsforums „Besondere Verordnungsbedarfe / Langfristiger Heilmittelbedarf“ vom September 2019.

➔ Weitere Informationen finden Sie hier: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)  
» Praxis » Verordnungen » Heilmittel » Besonderer / Langfristiger Bedarf

## Heilmittelvereinbarung 2020

Die KVBW konnte mit den Krankenkassen für das Jahr 2020 ein Ausgabenvolumen für Heilmittel in Höhe von 1.080.584.130 Euro für Baden-Württemberg vereinbaren.

Auch für das Jahr 2020 wurden im Heilmittelbereich Ziele vereinbart. Diese dienen jedoch lediglich zur Orientierung und wirtschaftlichen Steuerung der Verordnungsweise und haben keine Konsequenzen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

➔ Weitere ausführliche Informationen über Heilmittel-Richtwerte, Wirtschaftlichkeitsziele und Heilmittelvereinbarungen finden Sie hier: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Heilmittel

# § Heilmittel bei Arthrose



*Arthrose zählt mittlerweile weltweit zu den großen Volkskrankheiten. Neben Arzneimitteltherapie und operativen Maßnahmen kann ein zielgerichteter Einsatz von Heilmitteln indiziert sein. Diese sollen vor allem die Grundlage für ein selbstgesteuertes und eigeninitiatives Training des Patienten schaffen. Denn gemäß Leitlinien [1, 2] hilft den Patienten vor allem mehr Bewegung und Kräftigung der Muskulatur. Weitere Empfehlungen zur Verordnung von Heilmitteln bei Arthrose entnehmen Sie dem folgenden Artikel, der in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung entstanden ist.*

## Krankheitsbild Arthrose

Laut statistischem Bundesamt (2014/15) zählen die Gonarthrose und die Coxarthrose in Deutschland zu den häufigsten Diagnosen mit einer 12-Monats-Prävalenz von 21,8 % bei Frauen und 13,9 % bei Männern (gesamt: 17,9 %) – Tendenz steigend [3].

Es handelt sich um eine Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems, die durch eine degenerative Zerstörung des Gelenkknorpels und die Schädigung angrenzender Strukturen wie Knochen, Muskeln, Kapseln und Bänder charakterisiert ist. Als häufigste Ursache gelten altersbedingte degenerative Verschleißerscheinungen. Risikofaktoren wie Übergewicht und Bewegungsmangel erhöhen die Gefahr, an Arthrose zu erkranken.

In der Regel entwickelt sich eine Arthrose schleichend und die einhergehenden Begleitsymptome, wie beispielsweise Schmerzen, die zu Einschränkungen im täglichen Leben führen, werden mit zunehmendem Alter stärker. Typische Beschwerden sind Knie- oder Hüftschmerzen, die in Ruhe oder nach länger anhaltender Position ohne Bewegung auftreten. Zusätzlich können Aktivitäten wie Treppensteigen oder das Absolvieren von kurzen Gehstrecken stark eingeschränkt sein. Neben den Schädigungen auf struktureller und funktioneller Ebene kann darüber hinaus die Teilhabe am sozialen Leben beeinträchtigt sein.

In Zeiten des demografischen Wandels ist zu erwarten, dass die Prävalenz von Arthroseerkrankungen und damit die Kosten in unterschiedlichen Sektoren des Gesundheits-

wesens weiter steigen. Neben den direkten Kosten, die für konservative und operative Behandlungen im stationären und ambulanten Sektor anfallen, sind die indirekten Kosten und die volkswirtschaftlichen Auswirkungen der Arthrose zu berücksichtigen: Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Frühberentung sind keine seltenen Folgen des Krankheitsbildes. Folglich werfen zunehmende Ausgaben die Frage nach effektiven und effizienten Therapien auf. Ziel ist eine zügige Linderung der Symptome (Schmerzbewältigung, Erhöhung der Beweglichkeit), eine Verbesserung der Lebensqualität und die aktive Teilnahme am alltäglichen Leben.

## Welche Heilmittel eignen sich zur Behandlung von Arthrose?

Es existiert eine Vielzahl an konservativen Therapiemöglichkeiten, die die Symptome lindern und die Progredienz verlangsamen können. Neben einer optionalen Arzneimitteltherapie (analgetisch, antiinflammatorisch) zählen hierzu Heilmittel der physikalischen Therapie (z. B. Krankengymnastik, Wärme-/Kältetherapie; Verordnung auf Muster 13) und Ergotherapie (Muster 18) sowie andere Optionen wie Rehabilitationssport oder Funktionstraining (Muster 56) [1]. Die Therapieangebote sind sehr vielfältig und es ist daher schwierig, alle vorhandenen Therapien nach den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin zu beurteilen [1, 2] – zumindest im Sinne einer S3-Leitlinie.

Studien, die explizit die dauerhafte Wirksamkeit beispielsweise von physiotherapeutischen Maßnahmen bei Arthrose belegen, sind in der Wissenschaft kaum vorhanden [1, 2]. Meist sind nur kurzfristige Effekte nachgewiesen und Leitlinien verwenden den Begriff der Physiotherapie häufig synonym zur Bewegungstherapie. Deshalb herrscht insbesondere bei den tatsächlich nachgewiesenen Behandlungseffekten in der Wissenschaft ein Maß an Uneinigkeit.

Einig sind sich die Experten jedoch in puncto Bewegung: Eine Zunahme der täglichen körperlichen Aktivität kann das Risiko körperlicher Einschränkungen reduzieren. Demnach wird Bewegungstherapie für Patienten mit Arthrose – wie z. B. auch für Patienten mit unspezifischen Rückenbeschwerden – empfohlen [1, 2, 4].

Neben Bewegung werden Aufklärung, eine motivierende Beratung durch Arzt oder Therapeut und das regelmäßige Training der gelenkumgebenden Muskulatur in den Leitlinien empfohlen [1, 2]. Die darin zitierten Studien haben sowohl bei Arthrose des Knies als auch der Hüfte gezeigt, dass sich Kraft-, Ausdauer- und Beweglichkeitstraining signifikant und in klinisch relevantem Ausmaß auf die Reduktion von Schmerz und Steifheit sowie auf die Verbesserung von Funktion und Muskelkraft auswirken.

Es empfiehlt sich, bereits vor der Verordnung von Heilmitteltherapien zu prüfen, ob das Behandlungsziel auch durch eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten erreicht werden kann. Es ist wichtig, dass die Patienten durch eigene Fortführung des in der Heilmittelbehandlung erlernten Übungsprogramms aktiv werden und bleiben [1, 2, 5]. Bei Heimbewohnern soll durch aktivierende Pflege ein Mindestmaß an Bewegung im Alltagskontext gewährleistet werden [6].

Um das Risiko einer Arthroseerkrankung zu reduzieren, werden **präventive** Maßnahmen empfohlen. Unterstützend werden verschiedene Bewegungsangebote, Kurse oder Trainingskonzepte angeboten und auch durch manche Krankenkassen finanziell gefördert.

### Verordnung von Heilmitteln

Heilmittel sind insbesondere dann indiziert, wenn eine Krankheit geheilt, eine Verschlimmerung verhütet oder Krankheitsbeschwerden gelindert werden sollen. Kann das vom Arzt angestrebte Therapieziel nicht qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden, z. B. durch eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten, können Heilmittel verordnet werden [7].

Die Heilmittelbehandlung muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich (gegebenenfalls in Form einer Gruppentherapie [3]) sein. Ziel ist das Erlernen eines Eigenübungsprogramms [8].

### Heilmittelverordnung und Richtwertprüfung

Die Kosten für Heilmittelverordnungen im Rahmen der Diagnose „Arthrose“ fließen ins veranlasste Heilmittel-Verordnungsvolumen ein. Eine statistische Auswertung der praxiseigenen Verordnungen ist im Mitgliederportal der KVBW (siehe Dokumentenarchiv, Aktentyp „Verordnungsmanagement“) zu finden; ein Versand dieser Heilmittel-Informationsstatistik (Anlage 70) in Papierform erfolgt generell nicht mehr [9].

Nach operativer Versorgung mit einer Schulter-, Hüftgelenk- oder Kniegelenkprothese liegen **besondere Verordnungsbedarfe** für maximal sechs Monate vor. Diese Kosten fließen zunächst in das Verordnungsvolumen ein und werden später entlastend in einem möglichen Richtwertprüfverfahren abgezogen. Dazu ist allerdings eine korrekte Verschlüsselung mit folgenden Diagnosen notwendig: ICD-10-Code Z98.8 in Verbindung mit Z96.60/64/65.

➔ Weitere Informationen finden Sie im Sonderheft „Besondere Verordnungsbedarfe/Langfristiger Heilmittelbedarf“ auf [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Heilmittel.

➔ Weitere zahlreiche Veröffentlichungen zur evidenzbasierten Therapie finden Sie bei der Cochrane Library (Suchbegriff: „Osteoarthritis“): [www.cochrane.org/search/site/osteoarthritis](http://www.cochrane.org/search/site/osteoarthritis)

## Fazit

- Bewegung und Kräftigung in Kombination mit motivierender Beratung werden gemäß Leitlinie empfohlen und bilden somit – als Ergänzung zu einer eventuellen Arzneimitteltherapie – einen wichtigen Pfeiler in der Behandlung von Arthrosen. Bei vielen muskuloskeletalen Erkrankungen ist insbesondere die Motivierung der Betroffenen, sich aktiv an der Behandlung zu beteiligen und Behandlungsverantwortung zu übernehmen, mitentscheidend für den Beschwerde- und Krankheitsverlauf.
- Ein zielgerichteter Einsatz von Heilmitteln (z. B. physiotherapeutische Maßnahmen) kann durchaus indiziert sein, insbesondere um die Grundlage eines selbstgesteuerten Trainings für die Patienten zu schaffen.
- Gleichzeitig ist der frühzeitige Einsatz präventiver Maßnahmen zu empfehlen, um der Arthroseentstehung entgegenzuwirken.

## Literatur

- [1] Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC): S2k-Leitlinie Gonarthrose. AWMF-Registernummer: 033-004, Stand: 18.01.2018. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/033-004l\\_S2k\\_Gonarthrose\\_2018-01\\_1.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-004l_S2k_Gonarthrose_2018-01_1.pdf) (Zugriff am 04.10.2019)
- [2] Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC): S2k-Leitlinie Koxarthrose. AWMF-Registernummer: 033-001, Stand: 08.07.2019. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/033-001l\\_S2k\\_Koxarthrose\\_2019-07\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-001l_S2k_Koxarthrose_2019-07_1.pdf) (Zugriff am 04.10.2019)
- [3] Rabenberg M: Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 54 Arthrose. Berlin: Robert-Koch-Institut (Hrsg.); 2013. [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/arthrose.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/arthrose.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff am 08.10.2019)
- [4] Kool J: Physiotherapie bei Knie- und Hüftarthrosen wirksam. Infomed-Screen 2014; 18(1): 1
- [5] Die ungenutzte Möglichkeit der Heilmitteltherapie: Gruppentherapie. Verordnungsforum 2011; 20: 41–3
- [6] Abgrenzung von aktivierender Pflege und Bewegungstherapie. Verordnungsforum 2011; 17: 50–5
- [7] § 3 Absatz 2 i. V. m. § 9 Absatz 1 HM-RL
- [8] § 19 Absatz 2 i. V. m. § 9 Absatz 1 HM-RL
- [9] Wissenswertes zur Informationsstatistik Heilmittel. Verordnungsforum 2019; 48: 21–2

# Fortbildungsveranstaltungen

## **neu** Online-Kurs „Hieb- und stichfest: Verordnung von Schutzimpfungen“

Dieser Online-Kurs, der circa 100 Minuten dauert, richtet sich an alle Ärzte und Mitarbeiter in der Praxis, die aktuell oder künftig Impfungen durchführen.

In drei Online-Modulen haben wir für Sie die zahlreichen Facetten der Verordnung von Schutzimpfungen aufbereitet. STIKO, Schutzimpfungs-Richtlinie oder Schutzimpfungsvereinbarung? Wann wird was geimpft, wer trägt die Kosten? Wo finden sich die notwendigen Informationen, um eine Impfung korrekt zu verordnen und abzurechnen? Satzungsleistungen bei Impfungen – was verbirgt sich dahinter? In diesem Kurs erarbeiten wir die Antworten auf die kleinen und großen Fragen des Impfalltags. Zusätzlich haben wir Details zur Verordnungsfähigkeit der zehn gefragtesten Schutzimpfungen zusammengetragen: FSME, Hepatitis A und B, HPV, Influenza, Masern, Meningokokken, Pertussis, Pneumokokken und Varizellen.

Die Kosten für das Seminar betragen 98 Euro.

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

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

Reutlingen	24. April 2020	15:00–18:00 Uhr
Stuttgart	17. Juli 2020	15:00–18:00 Uhr
Freiburg	6. November 2020	15:00–18:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 69 Euro..

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

In diesem Seminar stellen wir umfassend die relevanten Vorgaben bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Schutzimpfungen vor. Aus unseren täglichen Anfragen der Praxen bringen wir die häufigsten Fragestellungen im Zusammenhang mit Verordnungen ein und erarbeiten 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 Schutzimpfungen 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 haben Sie auch die Möglichkeit für den Austausch mit anderen Kollegen.

### Zielgruppe Ärzte

Karlsruhe	6. März 2020	14:00–19:30 Uhr
Stuttgart	8. Mai 2020	14:00–19:30 Uhr
Freiburg	10. Juli 2020	14:00–19:30 Uhr
Mannheim	23. September 2020	14:00–19:30 Uhr
Reutlingen	23. Oktober 2020	14:00–19:30 Uhr

### Zielgruppe Praxismitarbeiter

Karlsruhe	13. März 2020	14:00–19:30 Uhr
Stuttgart	15. Mai 2020	14:00–19:30 Uhr
Freiburg	24. Juli 2020	14:00–19:30 Uhr
Mannheim	30. September 2020	14:00–19:30 Uhr
Reutlingen	6. November 2020	14:00–19:30 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 69 Euro.

## „Update Impfen“ – nun auch in Ulm

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, Impfeempfehlungen und Verordnungs- und Abrechnungsmodalitäten. Sie erlernen auch den praktischen Umgang mit der Schutzimpfungs-Richtlinie und der Impzfifferntabelle. Parallel zeigen wir die Regelungen zur Kostenübernahme von Impfstoffen im Detail und erläutern dies auch an praktischen Beispielen.

Reutlingen	6. Mai 2020	10:00–16:00 Uhr
Freiburg	24. Juni 2020	10:00–16:00 Uhr
Karlsruhe	22. Juli 2020	10:00–16:00 Uhr
Ulm	14. Oktober 2020	10:00–16:00 Uhr
Stuttgart	18. November 2020	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.**

Stuttgart  
5. Mai 2020 / 6. Mai 2020 / 27. Mai 2020, 9:00–18:00 Uhr,

Stuttgart  
6. Oktober 2020 / 7. Oktober 2020 / 4. November 2020,  
9:00–18:00 Uhr,

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. Wir besprechen 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.

Freiburg 4. Juli 2020 9:00–17:00 Uhr  
Stuttgart 28. November 2020 9:00–17:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 149 Euro.

## „Wundmanagement in der Praxis – Workshop für Medizinische Fachangestellte“

### Themenschwerpunkt „Ulcus cruris und Kompression“

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

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.

Stuttgart	1. April 2020	15:00–19:00 Uhr
Karlsruhe	23. September 2020	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.

Karlsruhe	6. Februar 2020	15:00–17:30 Uhr
Karlsruhe	8. Oktober 2020	15:00–17:30 Uhr
Stuttgart	2. April 2020	15:00–17:30 Uhr

Stuttgart	19. November 2020	15:00–17:30 Uhr
Freiburg	25. Juni 2020	15:00–17:30 Uhr
Freiburg	12. November 2020	15:00–17:30 Uhr
Reutlingen	16. Juli 2020	15:00–17:30 Uhr

## Anmeldung für alle Seminare

Management Akademie der KV Baden-Württemberg (MAK)

Anmeldeformulare auf [www.mak-bw.de](http://www.mak-bw.de)

Telefon: 0711 7875-3535

Fax: 0711 7875-48-3888



# Neues auf [www.kvbawue.de](http://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](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Aktuelles).

## Nachrichten

31. Januar 2020

### Manuelle Lymphdrainage bei Lipödem verordnungsfähig und als besonderer Verordnungsbedarf gelistet

Zum 1. Januar 2020 wurde die Diagnose Lipödem – auch ohne Vorliegen eines Lymphödems – als Indikation für eine manuelle Lymphdrainage (LY2) in die Heilmittel-Richtlinie (Heilmittel-Katalog) aufgenommen. Gleichzeitig wurde das Lipödem Stadium I bis III (E88.20, E88.21 und E88.22) als Indikation in die Diagnoseliste der besonderen Verordnungsbedarfe bei den Stoffwechselstörungen aufgenommen. Darauf haben sich KBV und GKV-Spitzenverband verständigt. Die Änderung der Heilmittel-Richtlinie und die Ergänzungen der Diagnoseliste werden in die Praxisverwaltungssoftware (PVS) implementiert.

Die Aufnahme der Diagnose Lipödem ist Teil der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in seiner Sitzung am 22. November 2019 beschlossen wurde. Die meisten Änderungen treten jedoch erst am 1. Oktober 2020 in Kraft.

➔ Vergleichen Sie dazu auch die Neufassung unseres Heftes „Besondere Verordnungsbedarfe/Langfristiger Heilmittelbedarf“, das Sie auf unserer Website finden: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Heilmittel

15. November 2019

### AOK beendet Lieferverträge von TENS-Geräten

Versicherte der AOK Baden-Württemberg können in der Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten künftig ihren Lieferanten frei wählen. Die seit Oktober 2011 geltenden Ausschreibungsverträge für die Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten zur Schmerzbehandlung und Muskelstimulation (TENS- und EMS-Geräte) wurden zum 30.09.2019 beendet.

Darüber hinaus wurde das Hilfsmittelverzeichnis hinsichtlich der produktartenspezifischen Indikationen neu geregelt. So sind z. B. TENS-Geräte bei akuten Schmerzsyndromen nicht indiziert. Liegen ordnungsrelevante Indikationen nach dem GKV-Hilfsmittelverzeichnis vor, händigen Sie Ihrem Patienten die Verordnung aus. Er muss sich dann selbst um die Auswahl des Lieferanten kümmern. Es liegt keine Beschränkung mehr auf die bisherigen Hilfsmittellieferanten vor. Die AOK Baden-Württemberg unterstützt bei Bedarf ihre Versicherten bei der Suche nach einem geeigneten Leistungserbringer.

Änderungen der Vertragsmodalitäten anderer Krankenkassen sind uns nicht bekannt.

1. ICD-10		2. ICD-10		Diagnose		Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		Hinweis/ Spezifikation		
						Physiotherapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie		
E88.20		E88.21		E88.22		LY2		nur im Zusammenhang mit komplexer physikalischer Entstauungstherapie (Manuelle Lymphdrainage, Kompressionstherapie, Übungsbehandlung/Bewegungstherapie und Hautpflege); es sind nicht immer alle Komponenten zeitgleich erforderlich befristet bis 31.12.2025		

## 8. November 2019

### Preisanker-Regelung im Rahmenvertrag wurde vereinfacht

Seit Juli 2019 haben Apotheken bei der Abgabe von Arzneimitteln neue Regelungen zu beachten: Lässt der Arzt das Aut-idem-Kästchen frei und ist kein Rabattpräparat lieferbar, muss der Apotheker zwischen den vier günstigsten Präparaten wählen. Zusätzlich definiert der Arzt durch seine Verordnung einen Maximalpreis. Bislang kam es bei Überschreitung des Maximalpreises zu zahlreichen Rückfragen aus den Apotheken. Bei einer Überschreitung des Preisankers aus zulässigen Gründen ist künftig keine Rücksprache zwischen Arzt und Apotheker mehr nötig – z. B. wenn der Apotheker ein Rezept anders nicht beliefern kann.

Für die Arzneimittelversorgung gilt:

- Ist ein Rabatt-Arzneimittel verfügbar, hat die Apotheke dieses abzugeben. Hat die Krankenkasse für mehrere Arzneimittel Rabattverträge abgeschlossen, kann die Apotheke unter diesen Arzneimitteln frei wählen.
- Ist kein Rabatt-Arzneimittel verfügbar (z. B. wegen Lieferschwierigkeiten) oder gibt es bei der jeweiligen Krankenkasse keinen Rabattvertrag, kann die Apotheke seit Juli 2019 nur eines der vier preisgünstigsten Arzneimittel (Regelung bis Juni 2019: drei oder das namentlich verordnete) abgeben. Das namentlich verordnete kann also nur noch dann abgegeben werden, wenn es zu den vier preisgünstigsten gehört.
- Der Arzt bestimmt durch seine Verordnung die Größe des Auswahlbereichs, da das abzugebende Arzneimittel nicht teurer als das verordnete sein darf (Preisanker). Dadurch kann sich die Auswahlmöglichkeit für die Apotheke reduzieren. Wird das günstigste Arzneimittel verordnet, kann nur dieses oder ein Arzneimittel mit dem gleichen Preis abgegeben werden.
- Sind die Arzneimittel des Auswahlbereichs nicht lieferbar, hat die Apotheke das nächste preisgünstige verfügbare Arzneimittel zu wählen und die Nichtverfügbarkeit auf dem Rezept zu dokumentieren. Nach aktueller Übereinkunft zwischen KBV, GKV-Spitzenverband und Deutschem Apothekerverband ist hierbei keine Rücksprache zwischen Apotheke und Praxis notwendig.

- Bei einer Wirkstoffverordnung gibt es keinen Preisanker. Es kommen zunächst nur ein Rabatt-Arzneimittel oder im nächsten Schritt die vier preisgünstigsten Arzneimittel infrage. Und auch hier gilt: Sind diese allesamt nicht lieferbar, hat die Apotheke das nächste preisgünstige verfügbare Arzneimittel zu wählen. Eine Rücksprache zwischen Praxis und Apotheke ist ebenfalls nicht vorgesehen.

An den Voraussetzungen für den Arzneimittelaustausch hat sich indes nichts geändert. Die Apotheke kann bei Verordnungen ohne Aut-idem-Kreuz einen Austausch vornehmen, wenn die folgenden Kriterien erfüllt sind:

- gleicher Wirkstoff
- identische Wirkstärke
- identische Packungsgröße
- gleiche oder austauschbare Darreichungsform
- Übereinstimmung in mindestens einer zugelassenen Indikation

Der Rahmenvertrag zwischen GKV-Spitzenverband und Deutschem Apothekerverband regelt die Abgabe von Arzneimitteln in Apotheken.

### Patientenflyer

Planen Patienten einen längeren Auslandsaufenthalt, stellt sich für viele auch die Frage nach der ausreichenden Medikamentenversorgung. Dann sind ihre Ärzte gefordert, die erforderlichen Medikamente im Vorfeld zu verordnen. Was es dabei zu beachten gilt, ist in dem Patientenflyer „Arzneiverordnungen für längere Auslandsaufenthalte“ zusammengefasst. Dieser liegt auf der Website zum Download bereit – in deutscher sowie in sieben weiteren Sprachen.

Mit der Flyer-Serie „Wissenswertes für Patienten“ unterstützt die KVBW die niedergelassenen Ärzte dabei, ihren Patienten die rechtlichen Grundlagen für die Verordnungsweise von Arznei- und Heilmitteln näherzubringen. Auch Gründe für Verordnungsausschlüsse oder -einschränkungen werden für die Patienten aufbereitet und erläutert.

➔ [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Patienteninformationen » Arznei- und Heilmittelverordnungen

---

## Glossar der Abkürzungen

ACE	angiotensin-converting enzyme
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
ARB	AT1-Rezeptorblocker
AT	Arzneimittel-Therapiebereich
AT1-Rezeptor	Angiotensin-1-Rezeptor
AVP	Arzneiverordnung in der Praxis
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK	Bundesärztekammer
CGRP	calcitonin gene-related peptide
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGOOC	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
DOAK	direktes orales Antikoagulans
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EMS	elektrische Muskelstimulation
ESC	European Society of Cardiology
ESH	European Society of Hypertension
exRW	außerhalb der Richtwerte
FA	Facharzt
FDC	fixed-dose combination
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HJ	Halbjahr
HPV	humanes Papillomavirus
ICD	International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHK	koronare Herzkrankheit
M/F	Mitglieder/Familienversicherte
MAI	medication appropriateness index
MAK	Management Akademie der KV Baden-Württemberg
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NYHA	New York Heart Association
PAH	pulmonale Hypertonie
pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit

PiRW <sup>KV</sup>	praxisindividueller Richtwert auf der Grundlage der der KVBW vorliegenden Verordnungsdaten
PPI	Protonenpumpenhemmer
R	Rentner
RAS	Renin-Angiotensin-System
SGB	Sozialgesetzbuch
SP	Schwerpunkt
START	screening tool to alert to right treatment
STIKO	Ständige Impfkommission
STOPP	screening tool of older persons' prescriptions
TENS	transkutane elektrische Nervenstimulation
TIA	transitorische ischämische Attacke

**Fragen zu Einzelverordnungen**

**Arzneimittel**    **0711 7875-3663**  
**verordnungsberatung@kvbawue.de**

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

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

Marion Böhm, Kristina Frey, Beate Klaiber,  
Martina Mildenberger, Martina Rahner,  
Melanie Rummel, Ute Seene

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

Giulia Barassi, Stephanie Brosch,  
Andrea Damm, Bettina Kemmler,  
Aikje Lichtenberger, Ulrike Meinzer-Haisch,  
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 52  
Februar 2020

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

Kontakt [verordnungsforum@kvbawue.de](mailto:verordnungsforum@kvbawue.de)

Redaktion Dr. med. Norbert Metke (verantwortlich),  
Dr. med. Richard Fux, Thomas Göckler,  
Dr. med. Antje Herold, Dr. med. Dirk Kölblin,  
Dr. rer. nat. Franziska Leipoldt, Swantje Middeldorff,  
Martina Rahner, Karen Schmidt,  
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp, Dr. med. Michael Viapiano

Autoren KVBW Dr. med. Richard Fux, Thomas Göckler, Maren Hofmann,  
Tanja Krummrein, Laura Munninghoff, Martina Rahner,  
Claudia Speier

Autoren extern Julian Brock, AOK Baden-Württemberg,  
Carina Kilcher, AOK Baden-Württemberg

Erscheinungstermin Februar 2020

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.

Die Verwendung der männlichen Form steht immer sowohl für die männliche als auch die weibliche Bezeichnung. Die Mitglieder der KVBW umfassen die Ärzte, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

**KVBW**

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