

Verordnungsforum 45

MAI 2018

NEUE LEITLINIE ZUR VERSORGUNG
MULTIMORBIDER PATIENTEN

METAMIZOL: SEGEN ODER FLUCH?

REZEPTE RICHTIG UNTERSCHREIBEN

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

| | | | |
|----|--|----|--|
| 3 | Vorwort | 17 | WEITERE VERORDNUNGSGBIETE |
| 4 | ARZNEIMITTEL | 17 | _ Entlassmanagement – das Wichtigste in Kürze |
| 4 | Aktuelles | 19 | SPRECHSTUNDENBEDARF |
| 4 | _ Multimorbidität und die neue DEGAM-S3-Leitlinie | 19 | _ Änderungen im Sprechstundenbedarf |
| 8 | | 20 | SERVICE |
| 8 | Pharmakologie | 20 | _ Neues auf www.kvbawue.de |
| 11 | _ Metamizol – Segen oder Fluch? | | |
| 12 | _ „Blaue Hand“ – die Sammlung wächst | | |
| | _ Choosing wisely: Unnötiges vermeiden | | |
| 14 | | | |
| 14 | Verordnungspraxis | | |
| | _ Rezeptformalismus | | |

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



Wir helfen gern!

Sie kennen das sicher auch aus Ihrer Praxis: Es gibt immer mehr Patienten, die mit mehreren chronischen Erkrankungen zu kämpfen haben. Diese Patienten berichten oft über eine schlechte Lebensqualität, eine starke psychische Belastung oder depressive Symptome. Dies ist eine schwierige Situation auch für Sie, den beratenden Arzt. Dieses Problems hat sich nun die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) angenommen und eine neue S3-Leitlinie „Multimorbidität“ veröffentlicht.

Die Leitlinie legt den Fokus auf den Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten. Die Empfehlung lautet: Entscheidungen sollten vor dem Hintergrund der Priorisierung von Behandlungszielen getroffen werden. Dies kann sowohl zu einer Steigerung als auch zu einer Verminderung der Behandlungsintensität führen. Der Abgleich der ärztlichen Zielsetzungen und der patientenseitigen Prioritäten ist dabei von zentraler Bedeutung. Wir haben für Sie die neue Leitlinie gelesen und ab Seite 4 die wichtigsten Punkte zusammengefasst.

Ein anderes Beispiel aus der Praxis: Immer wieder kommen – sicher auch zu Ihnen – Patienten in die Praxis, die mit einer Medikation aus der Klinik entlassen wurden, die Sie in Ihrer Praxis in die gesetzlichen Vorgaben der „Wirtschaftlichkeit“ einordnen müssen. Der Gesetzgeber nimmt nun beim Thema Entlassmanagement und Entlassmedikation beide in die Pflicht: Krankenhäuser und Niedergelassene. Dazu zählt auf der Seite der Krankenhäuser unter anderem auch die wirtschaftliche Verordnung von Medikamenten, wie sie auch in der vertragsärztlichen Versorgung gilt. Damit auch Sie wissen, was außerdem zum Entlassmanagement zählt und was die Krankenhausärzte verordnen müssen, können oder dürfen, haben wir Ihnen alle wichtigen Informationen ab Seite 17 zusammengestellt.

Und schließlich hoffen wir Ihnen mit einem Beitrag zu Metamizol eine auf neuen Erkenntnissen beruhende, etwas veränderte Einschätzung des Medikamentes empfehlen zu können: Denn entgegen früheren Annahmen ist Metamizol im Vergleich zu NSAIDs gleich stark wirksam und insgesamt besser verträglich. Und das Risiko für eine Agranulozytose – diese gefürchtete Nebenwirkung hatte in der Vergangenheit zu weniger Verordnungen geführt – muss differenziert betrachtet werden. Alle Einzelheiten dazu finden Sie ab Seite 11.

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit diesen und weiteren Beiträgen im vorliegenden Verordnungsforum eine gute Hilfe an die Hand geben und Sie in Ihrem Praxisalltag unterstützen können. Denn so wie Sie tagtäglich Ihren Patienten helfen, möchten wir unsererseits Ihnen gerne helfen. In diesem Sinne: Wenn Sie Fragen haben, schreiben Sie uns an verordnungsforum@kvbawue.de

Herzlichst Ihr

Dr. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstands

Multimorbidität und die neue DEGAM-S3-Leitlinie

Um Ärzten und Patienten eine Hilfe bei der Entscheidungsfindung in der Behandlung multimorbider Patienten an die Hand zu geben, ist die Etablierung einer Leitlinie eine wichtige Voraussetzung. Lange Zeit fehlte es auf nationaler Ebene an solchen Handlungsanweisungen. Nach einem ersten Schritt in diese Richtung durch die hessische Leitliniengruppe mit der Leitlinie „Multimedikation“ [1, 2] folgte nun kürzlich die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) mit der S3-Leitlinie „Multimorbidität“ [3].

Multimorbidität stellt in einer immer älter werdenden Gesellschaft ein wachsendes Problem dar. Bereits 2004 waren in Deutschland mehr als 60 Prozent der über 65-jährigen wegen drei oder mehr chronischen Erkrankungen in Behandlung, wie eine Analyse von Krankenkassendaten ergab [4].

Eine einheitliche Definition des Begriffs Multimorbidität gibt es bislang nicht. Häufig wird das Vorhandensein von drei oder mehr chronischen Erkrankungen genannt. In vielen Untersuchungen zum Thema Multimorbidität werden aber auch Patienten mit nur zwei chronischen Erkrankungen eingeschlossen. Allen gemeinsam ist, dass die Situation mit einer erhöhten Belastung für die Patienten einhergeht und ärztliche und/oder pflegerische Versorgung erfordert.

Zu den Einflussfaktoren für die Entstehung multipler Erkrankungen und möglichen Folgen, die sich aus Multimorbidität ergeben können, gibt es nur wenig belastbare Daten. Viele randomisierte kontrollierte Studien schließen multimorbide Patienten aus. Hinzu kommt, dass gehbehinderte oder an Demenz erkrankte Patienten oftmals keine Studienzentren aufsuchen können [5].

Mehrere Veröffentlichungen haben den Einfluss unterschiedlicher Faktoren auf die Entwicklung von Multimorbidität untersucht. Einzig für den Faktor Alter scheint die Auswirkung gesichert: Je älter der Patient, umso höher die Prävalenz von Multimorbidität. Hinsichtlich Geschlecht, sozialer Einflüsse und psychischer Faktoren ist die Studienlage bislang nicht eindeutig.

Allgemein berichten multimorbide Patienten über eine schlechtere Lebensqualität, eine stärkere psychische Belastung oder depressive Symptome. Der Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität sind daher ein zentraler Ansatzpunkt in der Therapie multimorbider Patienten.

S3-Leitlinien

S3-Leitlinien sind evidenz- und konsensbasiert mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung: repräsentatives Gremium, systematische Recherche, Auswahl und Bewertung der Literatur und strukturierte Konsensfindung. Sie sind die höchste Stufe der Leitlinien-Klassifikation. Nationale Versorgungsleitlinien entsprechen methodisch in der Regel der Klasse S3.

Die Kerninhalte der Leitlinie

Die neue Leitlinie „Multimorbidität“ richtet sich insbesondere an Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und damit eine Schlüsselrolle in der Versorgung multimorbider Patienten innehaben. Das zentrale Thema ist die Lebensqualität der Patienten. Im Gegensatz zu anderen Leitlinien rückt damit der rein kurative Ansatz in den Hintergrund.

Die Autoren definieren Multimorbidität in der DEGAM-Leitlinie als das Vorliegen von mindestens drei chronischen Erkrankungen. Sie weisen darauf hin, dass die Leitlinie keine Handlungsempfehlungen für einzelne Krankheitskombinationen liefert. Eine Besonderheit der Leitlinie findet sich in der heterogenen Patientenpopulation. Diese resultiert aus der Kombination unterschiedlicher Erkrankungen sowie deren Schweregrade und daraus abgeleitet der vielfältigen Folgen für Patienten und Versorgung.

Das Problem bei monomorph ausgerichteten Leitlinienempfehlungen ist, dass oft widersprüchliche Behandlungsstrategien beim einzelnen Patienten aufeinandertreffen und dass die Menge der zu befolgenden verhaltensbezogenen Therapieregeln oft unrealistisch hoch ist. Hingegen bietet

die vorliegende Leitlinie zur Multimorbidität eine sichere Grundlage, um beispielsweise auf solche diagnostischen und therapeutischen **Prozeduren zu verzichten**, die **keinen relevanten Effekt** auf die **Gesamtsituation** des Patienten haben.

Entscheidender Bestandteil einer leitliniengerechten Versorgung multimorbider Patienten ist eine **intensive Arzt-Patienten-Kommunikation**. Ziel sollte dabei sein, dass sich die Patienten trotz multipler Diagnosen weniger krank fühlen. Dazu gehört das ausführliche Informieren zu Diagnostik, Prognose und Therapieoptionen und das Miteinbeziehen von Angehörigen. Hierbei ist der ständige Abgleich der ärztlichen Zielsetzungen (z. B. Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe) und der patientenseitigen Prioritäten (z. B. Angst vor Autonomieverlust) Voraussetzung für konstruktive Entscheidungen. Es sollte berücksichtigt werden, dass sich **Patientenpräferenzen** häufig erst im Gespräch entwickeln. Diese Interaktion mit dem Patienten erfordert Zeit, gleichzeitig aber ist dies in der Praxis die größte Hürde.

Die Autoren definieren folgende Ziele der Leitlinie:

- Die vorhandene Evidenz zur primärärztlichen Versorgung multimorbider Patienten soll gebündelt und in Empfehlungen für Hausärzte überführt werden.
- Mit Hilfe eines Meta-Algorithmus soll die Konsultation strukturiert und Probleme priorisiert werden können. Dadurch soll sich der Patient möglichst wenig hilflos oder von der Komplexität der Situation überwältigt fühlen.
- Die Patientenperspektive soll in den Mittelpunkt des Entscheidungsprozesses gestellt werden. Die Vorgehensweise sollte über den Beratungsanlass hinausgehen und strukturiert sein.

Meta-Algorithmus

Patienten haben bei der Konsultation eines Arztes in der Regel einen Beratungsanlass. Die Autoren der Leitlinie haben daher einen Meta-Algorithmus (siehe Abb. 1) erstellt, der helfen soll, jedem Beratungsanlass eines multimorbiden Menschen gerecht zu werden. Der Meta-Algorithmus beschreibt einen übergeordneten hausärztlichen Denkprozess, der den ganzen Menschen im Blick hat.

Besteht ein Beratungsanlass, sollte zunächst geklärt werden, ob die aktuelle Symptomatik auf eine bekannte Ursache zurückzuführen ist. Dazu wird sie mit der erlebten Anamnese abgeglichen. Unter der erlebten Anamnese versteht man die Gesamtheit der Informationen über einen Patienten, die aus einer gemeinsamen mit dem Patienten erlebten Geschichte von Krankheit und Gesundheit stammen. Außerdem findet ein Abgleich mit bekannten Diagnosen und dem psychosozialen/familiären Kontext statt. Damit wird zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Behandlung die Patientensicht miteinbezogen. Wichtig ist zudem die Überprüfung, ob seit der letzten Konsultation andere ärztliche oder nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in Anspruch genommen wurden und mit welchem Ergebnis.

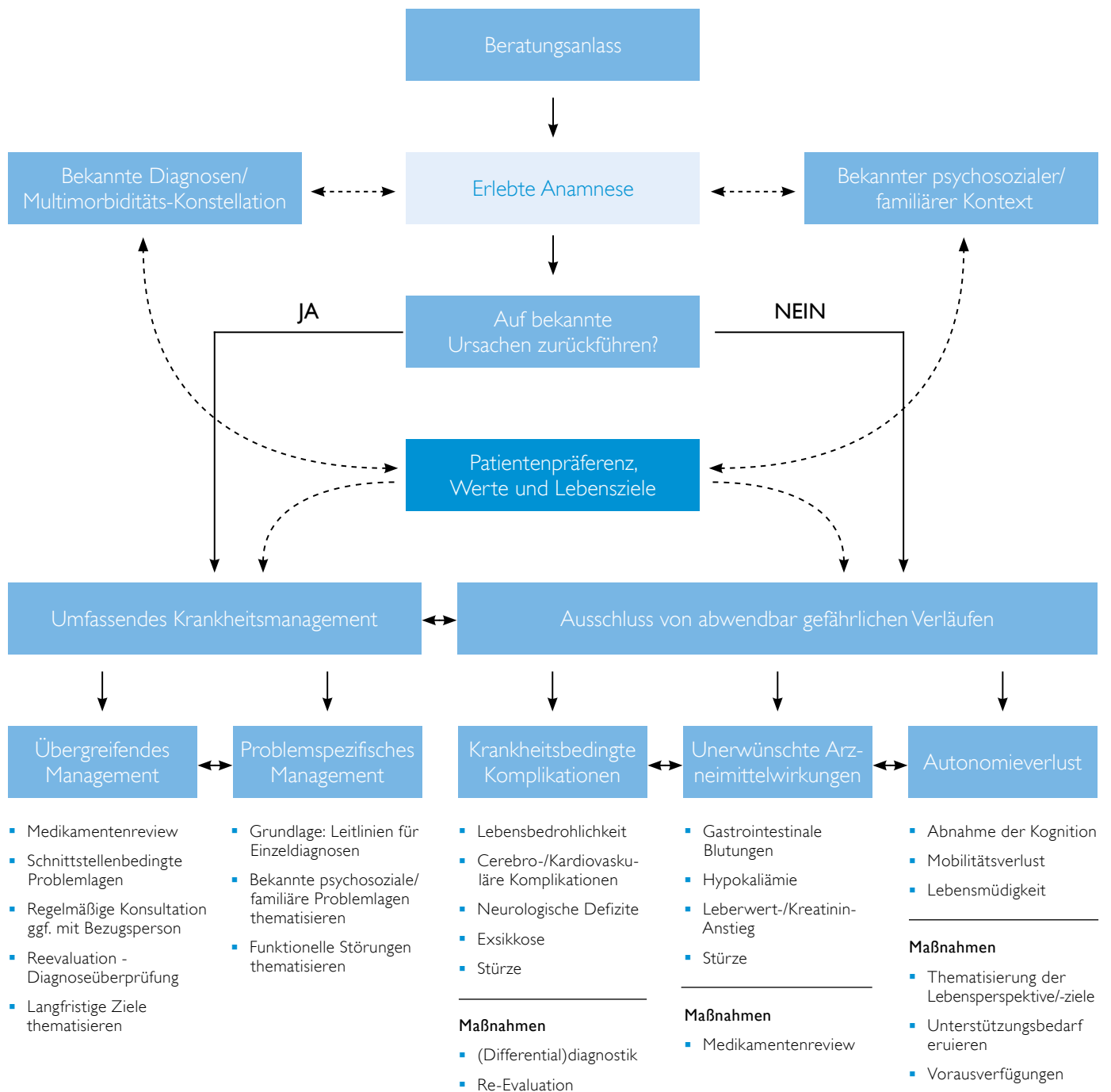
Zur Ermittlung von Patientenpräferenzen und Wertvorstellungen sollten folgende Punkte angesprochen werden und der Patient ermutigt werden, seine persönlichen Ziele sowie deren Stellenwert darzulegen:

- Erhalt der sozialen Rolle: in Berufs-/Arbeitstätigkeit, Teilnahme an sozialen Aktivitäten, Familienleben,
- Verhinderung von spezifischen Ereignissen (z. B. Schlaganfall),
- Minimierung von Medikamentennebenwirkungen,
- Verringerung der Belastung durch Behandlungen,
- Lebensverlängerung.

Sind die aktuellen Symptome auf eine **bekannte Ursache** zurückführbar, wird ein umfassendes Krankheitsmanagement eingeleitet. Der Fokus beim Krankheitsmanagement von multimorbiden Personen liegt zum einen auf dem Erlernen des Selbstmanagements einschließlich einer korrekten Anwendung von Arzneimitteln (siehe unten). Zum anderen sollen der funktionelle Status und die Lebensqualität erhalten oder verbessert werden.

Handelt es sich um eine **neue Ursache** der aktuellen Symptome, liegt der Schwerpunkt auf dem diagnostischen Vorgehen, um die neue Ursache zu identifizieren oder einen „abwendbar gefährlichen Verlauf“ ausschließen zu können. Die Patientenpräferenz wird bereits zu Beginn in den Entscheidungsprozess miteinbezogen und auch bei den weiteren Schritten berücksichtigt.

Abbildung 1: Meta-Algorithmus zur Versorgung multimorbider Patienten [3]



(Multi-)Medikation

Bei der medikamentösen Behandlung soll die tatsächlich verwendete Medikation überprüft werden [1]. Missverständnisse über Indikation, Wirkung und Art der Einnahme oder Anwendung sollen dabei geklärt und ausgeräumt werden. Wichtig ist, dass verordnete Medikamente regelmäßig eingenommen werden und eine Sensibilisierung für das Interaktionspotenzial nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel erfolgt.

Multimorbidität bedingt nicht zwangsläufig Multimedikation. Dennoch ist Multimorbidität häufig eine Voraussetzung für die dauerhafte Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten. Multimedikation betrifft zumeist ältere Patienten. Sie erhöht das Risiko für unangemessene Verordnungen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen. In manchen Fällen führt sie jedoch auch zu einer Untertherapie, so dass einzelne Gesundheitsprobleme und krankhafte Zustände beim Patienten unbehandelt bleiben.

Fazit

- Die neue DEGAM-Leitlinie „Multimorbidität“ legt den Fokus auf den Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten. Dabei konzentriert sie sich auf die elementare Frage, ob ein Beratungsanlass auf bekannte oder unbekannte Ursachen zurückgeführt werden kann.
- Alle Entscheidungen sollten zudem vor dem Hintergrund der gemeinsamen Priorisierung von Behandlungszielen getroffen werden. Auch die Steigerung oder Verminderung der Behandlungsintensität kann davon betroffen sein. Voraussetzung für gute Entscheidungen ist der Abgleich der ärztlichen Zielsetzungen (z. B. Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe) und der patientenseitigen Prioritäten (z. B. Angst vor Autonomieverlust).
- Bei der medikamentösen Behandlung soll die tatsächlich verwendete Medikation festgestellt werden. Missverständnisse über Indikation, Wirkung und Art der Einnahme oder Anwendung sollten geklärt und ausgeräumt werden.

Literatur

- [1] Bergert FW, Braun M, Ehrenthal K et al.: Hausärztliche Leitlinie Multimedikation – Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten. Version 1.09 vom 16.04.2014. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-043I_S2e_Multimedikation_2014-05.pdf (Zugriff am 16.03.2018)
- [2] Gute Verordnungspraxis: neue Leitlinie zur Multimedikation. Verordnungsforum 2013; 27: 15-7
- [3] Scherer M, Wagner HO, Lühmann D et al.: Multimorbidität, S3-Leitlinie (AWMF-Register-Nr. 053-047, DEGAM-Leitlinie Nr. 20). Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (Hrsg.), Stand 02/2017. http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbiditaet/053-047I_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf (Zugriff am 16.03.2018)
- [4] van den Bussche H, Koller D, Kolonko T et al.: Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. BMC Public Health 2011; 11: 101
- [5] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens; Sondergutachten 2009, Kurzfassung. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf (Zugriff am 16.03.2018)

Metamizol – Segen oder Fluch?



Metamizol gilt als wirksames und verträgliches Schmerzmittel. Diese Eigenschaften werden vielfach von der Agranulozytose als seltene, aber gefürchtete Nebenwirkung überschattet. Wie hoch ist deren Inzidenz nach heutigem Kenntnisstand? Und wie können Patienten, die das Arzneimittel einnehmen, im Hinblick auf ein mögliches Auftreten überwacht werden?

Metamizol ist ein Nichtopioid-Analgetikum mit antipyretischer und schwacher antiinflammatorischer Wirkung [1], das in Tierexperimenten eine spasmolytische Wirkung gezeigt hat [2-7]. Der auch als Novaminsulfon oder Dipyron (engl.) bekannte Wirkstoff kam 1922 auf den Markt, ist aber in vielen Ländern (u. a. USA, Kanada, GB, Frankreich, Schweden) aufgrund seltener, nicht vorhersehbarer schwerer Nebenwirkungen nicht zugelassen [8]. In anderen Ländern (z. B. Russland, Polen, Bulgarien, Türkei) hingegen ist das Medikament rezeptfrei erhältlich.

Aufgrund des „Alters“ von Metamizol gibt es zu Wirksamkeit und Verträglichkeit kaum Untersuchungen nach den heutigen Standards randomisierter kontrollierter klinischer Studien. Vielmehr basieren die Daten auf Kohorten- oder Fall-Kontroll-Studien und auf Einzelfallberichten.

Metamizol – zugelassene Indikationen [9]

- Akute starke Schmerzen nach Verletzungen oder Operationen,
- Koliken,
- Tumorschmerzen,
- sonstige akute oder chronische starke Schmerzen, soweit andere therapeutische Maßnahmen nicht indiziert sind,
- hohes Fieber, das auf andere Maßnahmen nicht anspricht.

Auf diese Diagnosen wurden die zugelassenen Indikationen im Jahr 1987 aus Sicherheitsgründen eingeschränkt [10]. Im selben Jahr wurde Metamizol in Deutschland der Verschreibungspflicht unterstellt [11].

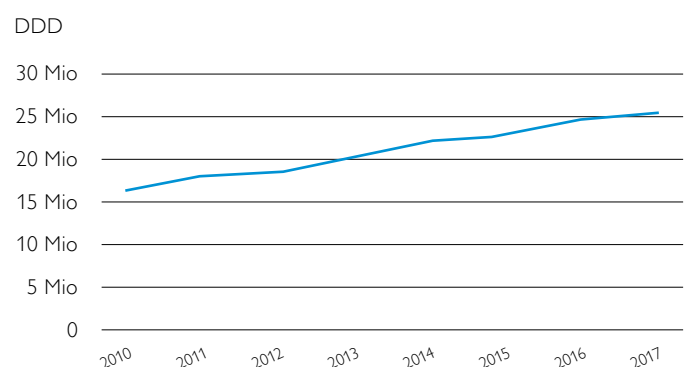
Stellenwert im Vergleich zu anderen niedrig-potenten Schmerzmitteln

Bei entzündlichen Schmerzen sind nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR, NSAIDs) aufgrund ihrer antiphlogistischen Wirkung dem Metamizol vorzuziehen, sofern keine Kontraindikationen vorliegen. Jedoch gelten sowohl traditionelle NSAIDs als auch Coxibe bei Patienten ab 75 Jahren nicht mehr als Schmerzmittel der ersten Wahl [12]. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass Coxibe und traditionelle NSAIDs das Risiko für Myokardinfarkte erhöhen, wobei Naproxen aufgrund seiner präferenziellen COX-1-Hemmung das am wenigsten schädliche NSAID zu sein scheint. [13] (vgl. auch unseren Artikel zu Coxiben im Verordnungsforum Ausgabe 44 [14]). Zu Metamizol selbst liegen keine Studiendaten zum kardiovaskulären Risiko vor [12].

Im Gegensatz zu NSAIDs ist Metamizol mit keinem relevanten gastrointestinalen Blutungsrisiko assoziiert [15], lediglich bei höheren Dosierungen wurden Mukosaläsionen im Magen-Darm-Trakt gefunden [16]. Die Nierenfunktion wird durch Metamizol kaum beeinträchtigt [17]. Insgesamt scheint Metamizol ein mindestens vergleichbares oder möglicherweise sogar besseres Nutzen-Risiko-Profil zu haben als NSAIDs.

Im Vergleich zu Paracetamol ist Metamizol stärker analgetisch wirksam [12], zeigt jedoch ein ähnliches Verträglichkeitsprofil; epidemiologischen Studien zufolge bewegt sich die Paracetamol-assoziierte geschätzte Mortalität etwa in der gleichen Größenordnung wie bei Metamizol [11, 18].

Abbildung 1: Verordnungsmenge Metamizol pro Jahr in Baden-Württemberg



Agranulozytose

Die schwerste Komplikation einer Behandlung mit Metamizol ist die Agranulozytose. Wenn sie eintritt, dann erfolgt dies dosisunabhängig in der Regel innerhalb der ersten zwei bis sieben Tage nach Behandlungsbeginn. Nach 30 bis 60 Behandlungstagen sinkt das Risiko konsistent ab. Wenn die Behandlung in den ersten zwei Monaten gut toleriert wurde, ist ein späteres Auftreten einer Agranulozytose unwahrscheinlich [19].

Als Mechanismus wird eine immunvermittelte Lyse der neutrophilen Granulozyten vermutet [20]. Bei einer Anzahl von < 1500 pro µl Blut spricht man von einer Neutropenie, bei < 500 pro µl von einer Agranulozytose.

Es wird vermutet, dass eine einmal erfolgte Sensibilisierung lebenslang anhält, sodass bei einer Reexposition erneut eine Agranulozytose auftreten kann [10].

Als weitere immunvermittelte, seltene Nebenwirkung können anaphylaktische Reaktionen auftreten, insbesondere nach parenteraler Applikation [9].

Inzidenz einer Agranulozytose

Die Schätzungen zur Inzidenz haben in den vergangenen Jahren je nach Literatur beträchtlich variiert – zwischen 1 : 1.500 bis zu weniger als einem Fall pro Million Anwendungen [12, 21]. Die in den letzten Jahren veröffentlichten Studien ermöglichen eine Neubewertung des Risikos [12].

Nach heutigem Kenntnisstand kann die Inzidenz einer Agranulozytose unter Metamizol aufgrund qualitativ guter Studien auf etwa **0,5 – 1,5 Fälle pro Million Anwendungstage** geschätzt werden [12].

Risikoeinschätzung und Laborkontrollen

Die Letalität einer Agranulozytose wird heute auf fünf bis sieben Prozent geschätzt [19, 22]. Selbst bei einer angenommenen Letalität von zehn Prozent ist das Risiko, an einer Metamizol-induzierten Agranulozytose zu versterben, kleiner (etwa 0,1 Fälle pro Million Anwen-

dungstage) als das Risiko eines Todesfalls wegen einer gastrointestinalen Blutung oder einer kardiovaskulären Komplikation (jeweils etwa 1 – 10 pro Million Anwendungstage), bedingt durch ein NSAID [19].

Laut einer aktuellen Übersichtsarbeit sind beim asymptomatischen Patienten regelmäßige ambulante Laborkontrollen weder medizinisch notwendig noch wirtschaftlich [23], wenngleich die Fachinformation regelmäßige Blutbildkontrollen bei längerfristiger Therapie als erforderlich ansieht (in dem Zusammenhang wird auch eine Thrombozytopenie als sehr seltene Nebenwirkung genannt) [9]. Die Fachinformation führt jedoch nicht aus, in welchen zeitlichen Abständen die Kontrollen geschehen sollen.

Wesentlich ist, dass die Patienten über mögliche Risiken informiert werden und darüber aufgeklärt werden, **dass sie bei Halsschmerzen oder Ulzerationen im Mund mit oder ohne Fieber die Einnahme von Metamizol beenden und rasch einen Arzt aufsuchen, damit das Differenzialblutbild kontrolliert werden kann** [12].

Ende 2017 berichtete die AkdÄ über den Todesfall eines 33-jährigen Patienten mit Agranulozytose, dessen Beschwerden offensichtlich falsch interpretiert oder bagatellisiert worden waren [20]. Ein frühes Erkennen und Zuordnen der Symptomatik ist somit von eminenter Bedeutung. Ebenso sollte beachtet werden, dass die Anwendung von Metamizol ausschließlich im Rahmen der zugelassenen Indikationen (siehe Infobox) erfolgt.

Fazit

- Metamizol ist neben Paracetamol und den NSAIDs ein wichtiges Schmerzmittel, die Verschreibungshäufigkeit der letzten Jahre zeigt eine steigende Tendenz.
- Auf der Basis von Kohorten-/Fall-Kontroll-Studien ist Metamizol im Vergleich zu NSAIDs gleich stark wirksam und insgesamt besser verträglich.
- Das Risiko für eine Agranulozytose unter Metamizol ist sehr gering.
- Das Risiko einer letalen Metamizol-assoziierten Agranulozytose ist geringer als das Risiko einer tödlich verlaufenden gastrointestinalen oder kardiovaskulären Komplikation bei Anwendung eines NSAID.
- Geplante Blutbildkontrollen unter einer Metamizol-Therapie werden nach neuestem Kenntnisstand als nicht sinnvoll angesehen, wenngleich sie laut Fachinformation bei längerfristiger Therapie empfohlen werden. Jedoch sollten Patienten nach entsprechender Aufklärung (!) bei Halsschmerzen oder Läsionen der Mundschleimhaut sofort die Einnahme von Metamizol beenden und einen Arzt aufsuchen.

Literatur

- [1] Weithmann KU, Alpermann HG: Biochemical and pharmacological effects of dipyrrone and its metabolites in model systems related to arachidonic acid cascade. *Arzneimittelforschung* 1985; 35(6): 947–52
- [2] Laird JM, Cervero F: Effects of metamizol on nociceptive responses to stimulation of the ureter and on ureter motility in anaesthetised rats. *Inflamm Res* 1996; 45(3): 150–4
- [3] Brandstatter G, Schinzel S, Wurzer H: Influence of spasmolytic analgesics on motility of sphincter of Oddi. *Dig Dis Sci* 1996; 41(9): 1814–8
- [4] Ergun H, Ayhan IH, Tulunay FC: Pharmacological characterization of metamizol-induced relaxation in phenylephrine-precontracted rabbit thoracic aorta smooth muscle. *Gen Pharmacol* 1999; 33(3): 237–41
- [5] Laird JM, Roza C, Olivar T: Antinociceptive activity of metamizol in rats with experimental ureteric calculosis: central and peripheral components. *Inflamm Res* 1998; 47(10): 389–95
- [6] Valenzuela F, Garcia-Saiso S, Lemini C, Ramirez-Solares R, Vidrio H, Mendoza-Fernandez V: Metamizol acts as an ATP sensitive potassium channel opener to inhibit the contracting response induced by angiotensin II but not to norepinephrine in rat thoracic aorta smooth muscle. *Vascul Pharmacol* 2005; 43(2): 120–7
- [7] Gulmez SE, Gurdal H, Tulunay FC: Airway smooth muscle relaxations induced by dipyrrone. *Pharmacology* 2006; 78(4): 202–8
- [8] Bassetti S: Absence of evidence is not evidence of absence. *Schweiz Med Forum* 2017; 17(48): 1059–60
- [9] Fachinformation Novalgine® Filmtabletten (Stand: März 2017). www.fachinfo.de (Zugriff am 09.02.2018)
- [10] Stahlmann R: Wie gefährlich ist Metamizol? Aktuelle Anmerkungen zum Agranulozytose-Risiko. *Deutsche Apotheker-Zeitung* 2018; 158(2): 40–3
- [11] Bäumler E: Metamizol gehört zu den sichersten Analgetika. *Dt Ärztebl* 1999; 96(11): A-710
- [12] Haschke M, Liechti ME: Metamizol: Nutzen und Risiken im Vergleich zu Paracetamol und NSAR. *Schweiz Med Forum* 2017; 17(48): 1067–73. <https://medicinform.ch/de/article/doi/smf.2017.03098/> (Zugriff am 25.01.2018)
- [13] Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration, Bhala N, Emberson J, Merhi A et al.: Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2013 Aug 31; 382(9894): 769–79. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60900-9. *Epub* 2013 May 30
- [14] Coxibe – die besseren NSAIDs in der Schmerztherapie? *Verordnungsforum* 2018; 44: 4–15
- [15] Laporte JR, Carne X, Vidal X, Moreno V, Juan J: Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesics and non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Catalan Countries Study on Upper Gastrointestinal Bleeding. Lancet* 1991; 337(8733): 85–9
- [16] Bianchi Porro G, Ardizzone S, Petrillo M, Caruso I, Montrone F: Endoscopic assessment of the effects of dipyrrone (metamizol) in comparison to paracetamol and placebo on the gastric and duodenal mucosa of healthy adult volunteers. *Digestion* 1996; 57(3): 186–90
- [17] Zapater P, Llanos L, Barquero C et al.: Acute effects of dipyrrone on renal function in patients with cirrhosis: a randomized controlled trial. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2015; 116(3): 257–63
- [18] Andrade SE, Martinez C, Walker AM: Comparative safety evaluation of non-narcotic analgesics. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(12): 1357–65
- [19] Ibanez L, Vidal X, Ballarin E, Laporte JR: Population-based drug-induced agranulocytosis. *Arch Intern Med* 2005; 165(8): 869–74
- [20] AkdÄ: Drug Safety Mail 37-2017 (15.11.2017) – Agranulozytose nach Einnahme von Metamizol. <https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/DSM/Archiv/2017-37.html> (Zugriff am 09.02.2018)
- [21] Risikoprofil Metamizol. *Verordnungsforum* 2012; 23: 9–13
- [22] Pontikoglou C, Papadaki HA: Idiosyncratic drug-induced agranulocytosis: the paradigm of deferiprone. *Hemoglobin* 2010; 34(3): 291–304
- [23] Stamer UM, Gundert-Remy U, Biermann E et al.: Metamizol: Überlegungen zum Monitoring zur frühzeitigen Diagnose einer Agranulozytose [Dipyrrone (metamizole): Considerations on monitoring for early detection of agranulocytosis]. *Schmerz* 2017; 31(1): 5–13

§ „Blaue Hand“ – die Sammlung wächst



Im Verordnungsforum 40 haben wir über die Neueinführung der „Blauen Hand“ berichtet [1]. Diese kennzeichnet seit 1. Dezember 2016 angeordnetes und behördlich genehmigtes Schulungsmaterial. In Anlehnung an das Logo der „Roten Hand“ soll sie für ein besseres (Wieder-)Erkennen sorgen und verhindern, dass die Unterlagen mit Werbung verwechselt werden.

Es handelt sich bei den Unterlagen beispielsweise um Leitfäden und Checklisten für Ärzte sowie um Informationsbroschüren und Behandlungsausweise für Patienten, die die Arzneimittelsicherheit verbessern sollen.

Die AkdÄ hat in ihrer Drug-Safety-Mail vom 10. Januar 2018 erneut auf die Bedeutung des Schulungsmaterials hingewiesen, das mit der Blauen Hand markiert ist [2]. Die hinterlegten Links lauten:

www.pei.de/schulungsmaterial

www.bfarm.de/schulungsmaterial

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) ist für monoklonale Antikörper zuständig, deshalb finden sich hier Informationen zu diesen Arzneimitteln [3]. Interessant sind beispielsweise die neu eingeführten Biosimilars zu den Wirkstoffen Infliximab und Rituximab. Die Auflistung zum Zeitpunkt der Drucklegung umfasst insgesamt 94 Einträge zu 26 Wirkstoffen.

Alle anderen (chemisch synthetisierten) Arzneimittel fallen in den Zuständigkeitsbereich des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), auch hier gibt es einen entsprechenden Link [4]. Hier sind mittlerweile 124 Wirkstoffe mit Einträgen versehen. Genannt sind unter anderem zahlreiche kontrazeptiv wirkende Substanzen und Kombinationen (vgl. Verordnungsforum 43 [5]), mehrere Insulinanaloga und die vier derzeit verfügbaren NOAKs; darüber hinaus Psychopharmaka wie Olanzapin und Quetiapin sowie Stimulanzien wie Atomoxetin, Lisdexamfetamin und Methylphenidat. Als teure Arzneimittel sind Etanercept (Originalpräparat Enbrel® sowie Biosimilars Benepali® und Erelzi®) sowie einige Wirkstoffe zur Behandlung der PAH (Ambrisentan, Macitentan, Selexipag) aufgeführt.



Literatur

- [1] Die „Blaue Hand“: Neues Symbol kennzeichnet Schulungsmaterial für Arzneimittel. Verordnungsforum 2017; 40: 10
- [2] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Website der AkdÄ: Neuer Link zu behördlich genehmigtem Schulungsmaterial. Drug Safety Mail 01-2018 (10.01.2018)
- [3] Paul-Ehrlich-Institut: Beauftragtes Schulungsmaterial (Educational material). <https://www.pei.de/schulungsmaterial> (Zugriff am 16.02.2018)
- [4] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Schulungsmaterial (Educational material). <https://www.bfarm.de/schulungsmaterial> (Zugriff am 16.02.2018)
- [5] Unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Verordnungsforum 2017; 43: 19-22

Choosing wisely: Unnötiges vermeiden

Nachdruck aus KVH aktuell 1/2018

Autorin: Dr. Bettina Urbanek

Choosing wisely: Im Praxisalltag Unnötiges vermeiden

So beugen Sie nutzlosen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen aus dem Bereich der Pharmakotherapie vor.

Die hier vorgestellten Top-5-Empfehlungen sind eine weitgehend wörtliche Übersetzung der US-amerikanischen Originalformulierungen:

1. Verschreiben Sie kein neues Präparat, um Nebenwirkungen einer bestehenden Pharmakotherapie zu behandeln.

- Klären Sie, ob die Beschwerden durch die aktuelle Therapie oder durch unzureichende Befolgung der Einnahmehinweise verursacht wurden: Möglicherweise liegt eine nicht verordnete Dosisreduktion, Nichteinnahme eines Präparats oder Einnahme zusätzlicher Mittel vor.
- Überprüfen Sie, ob die bisherigen Dosierungen die Symptome effektiv behandeln. Häufig werden Medikamente verschrieben, um Symptome zu lindern, bei denen es sich um Nebenwirkungen anderer Präparate handelt.

2. Verordnen Sie Patienten mit fünf oder mehr Präparaten keine neuen Arzneimittel und führen Sie auch die bestehende Medikation nicht ohne Kontrolle des Medikationsplans weiter. Dies schließt rezeptfreie Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel und Vitaminpräparate ein.

- Patienten mit fünf oder mehr Medikamenten fällt es oft schwer, das Therapieregime zu verstehen und zu befolgen.
- Eine umfassende Überprüfung auch der Pharmakotherapie sollte in regelmäßigen Abständen erfolgen. Mindestens einmal im Jahr ist zu klären, ob die vorliegende Therapie effektiv und notwendig ist oder ob Präparate abgesetzt werden können.

3. Führen Sie keine pharmakologische Therapie nur aufgrund der medikamentösen Vorgeschichte fort.

- Die Indikation für die medikamentöse Therapie muss gemeinsam mit dem Patienten kontrolliert werden. Nur der Patient oder ggf. der Betreuer sollten zu deren Überprüfung befragt werden.
- Die Befragung sollte durch Personen mit Kenntnissen der Pharmakotherapie erfolgen. Erfragt werden sollten Name des Präparats, Dosierungen, Häufigkeit der Einnahme, letzte Einnahme und, wenn möglich, die Indikation.

4. Setzen Sie bei aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten die bestehende Medikation nicht unkontrolliert fort. Stellen Sie sicher, dass die Einnahme weiterhin notwendig ist und dass es nicht zu Doppeleinnahmen, Medikamenteninteraktionen oder Nebenwirkungen kommt.

- Im Krankenhaus durchgeführte Therapien können Einfluss auf die vorbestehende Medikation haben. Der gesundheitliche Zustand bei Entlassung muss daher bei Überprüfung der Medikation berücksichtigt werden. Unnötige Medikamente sollten abgesetzt und die Verabreichung wirkungsgleicher oder überlappender Präparate vermieden werden.
- Alle Änderungen müssen dem Patienten klar kommuniziert werden.

5. Nutzen Sie zur Mengenangabe flüssiger Medikamente nicht die Begriffe Teelöffel und Esslöffel. Die Angabe sollte in Millilitern erfolgen.

- Die Verwendung der Begriffe Teelöffel und Esslöffel zur Dosierung hat zu Einnahmefehlern und sogar zu Todesfällen geführt.
- Es empfiehlt sich, zur Dosis- und Mengenangabe nur das metrische System zu nutzen und Milliliterangaben mithilfe einer entsprechenden Dosierhilfe abzumessen.

Choosing wisely

Für die Initiative „Choosing wisely“ haben US-Fachgesellschaften und Patientenorganisationen Listen von unnötigen Untersuchungen und Therapien zusammengestellt.

Auf www.choosing-wisely.org finden Sie die wichtigsten Maßnahmen geordnet nach Fachbereichen, Testverfahren und Beschwerden.

§ Rezeptformalismus

In der vertragsärztlichen Versorgung gibt es ganz unterschiedliche Praxiskonstellationen. Dadurch herrscht oft Unklarheit, wer Verordnungen unterschreiben darf und welche Angaben auf einem Rezept enthalten sein müssen. Wir haben das Wichtigste für Sie zusammengefasst.

Angestellte Ärzte

Angestellte Ärzte müssen die Verordnungen persönlich unterschreiben [1]. Seit 1. Januar 2017 darf der angestellte Arzt im Vertragsarztstempel enthalten sein [2]. Der Name des unterzeichnenden Arztes muss allerdings im Stempel durch Fettdruck oder Unterstreichen gekennzeichnet werden.

Ist der Name des angestellten Arztes nicht im Stempel vermerkt, muss auf der Verordnung zu dessen Unterschrift der Name, Vorname und die Berufsbezeichnung lesbar angegeben werden [3]. Diese Angaben können handschriftlich, mit PC-Aufdruck oder mit einem separaten Stempel vorgenommen werden.

Ein angestellter Arzt hat eine eigene lebenslange Arzt-nummer (LANR), die im Personalienfeld der Verordnung unter „Arzt-Nr.“ aufgedruckt wird. Im Feld „Betriebsstätten-Nr.“ wird die BSNR des Praxisinhabers angegeben.

Auszug aus der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) § 2 [3]

(1) Die Verschreibung muss enthalten:

1. Name*, Vorname*, Berufsbezeichnung* und Anschrift der Praxis oder der Klinik der verschreibenden ärztlichen, tierärztlichen oder zahnärztlichen Person (verschreibende Person) einschließlich einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme, [...]

10. die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person oder, bei Verschreibungen in elektronischer Form, deren qualifizierte elektronische Signatur.

* Beispiel: „Dr. med. Max Mustermann, Arzt für Allgemeinmedizin“

Zusätzlich sind die Regelungen des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä) [1] zu beachten: „Vordrucke und

Bescheinigungen sind vollständig und leserlich auszufüllen, mit dem Vertragsarztstempel zu versehen und vom Arzt persönlich zu unterzeichnen.“

Vertretungsärzte

Wenn ein Vertretungsarzt einen Kollegen in dessen Praxis vertritt (z. B. in der Urlaubszeit), unterschreibt er die Rezepte mit „i. V.“. Da er nicht Teil des Vertragsarztstempels ist, muss er Name, Vorname und Berufsbezeichnung lesbar angeben [3], idealerweise mit einem separaten Namensstempel. Im Personalienfeld wird die BSNR und die LANR des vertretenen Arztes aufgedruckt.

Wenn nach dem Tod eines Praxisinhabers die Vertretung durch einen Arzt als Praxisverwalter erfolgt (nach Genehmigung für bis zu zwei Quartale möglich), verwendet dieser ebenfalls die BSNR und die LANR des vertretenen Arztes. Zusätzlich sind Name, Vorname und Berufsbezeichnung des Praxisverwalters lesbar anzugeben [3].

Weiterbildungsassistenten

Aufgrund einer im Oktober 2013 vorgenommenen Änderung in § 35 Absatz 2 BMV-Ä können Weiterbildungsassistenten Verordnungen bei entsprechender Qualifikation im Auftrag („i. A.“) unterschreiben. Voraussetzung ist, dass der weiterbildende Arzt sich vom Wissen und Können des Assistenten überzeugt hat und dass dieser sich kurz vor Abschluss der Weiterbildungszeit befindet; **in jedem Fall trägt der weiterbildende Arzt sowohl in wirtschaftlicher als auch haftungsrechtlicher Sicht die Verantwortung.**

Zur Unterschrift müssen auf der Verordnung auch der Name, Vorname und die Berufsbezeichnung („Arzt in Weiterbildung“) [3] handschriftlich, mit PC-Aufdruck oder einem separaten Stempel angegeben werden.

Weiterbildungsassistenten geben im Personalienfeld der Verordnung die LANR und BSNR des Praxisinhabers an. Wenn es mehrere Praxisinhaber gibt, dann ist die LANR des weiterbildenden Arztes anzugeben.

Hat ein Weiterbildungsassistent eine LANR speziell für die Ausübung des Notfalldienstes, wird diese im Personalienfeld (im Feld „Arzt-Nr.“) zusammen mit der BSNR der Notfallpraxis auf der Verordnung im Notfalldienst angegeben.

Sicherstellungsassistenten

Sicherstellungsassistenten, die für eine befristete Zeit in einer Vertragsarztpraxis fachärztlich tätig sind, müssen Verordnungen persönlich unterschreiben. Zur Unterschrift müssen auf der Verordnung auch der Name, Vorname und die Berufsbezeichnung [2] handschriftlich, mit PC-Aufdruck oder einem separaten Stempel angegeben werden.

Sicherstellungsassistenten verfügen über keine eigene LANR, und somit wird im Personalienfeld der Verordnung die LANR und BSNR des Praxisinhabers angegeben.

Besonderheit BtM-Rezepte

BtM-Rezepte des Praxisinhabers dürfen von Praxispartnern, angestellten Ärzten und Weiterbildungsassistenten nicht unterschrieben werden. Jeder Arzt muss hier seine eigenen BtM-Rezepte verwenden, da sie personenbezogen sind. Eine Unterschrift in Vertretung kann nur geleistet werden, wenn ein Vertreter vorübergehend wegen Krankheit oder Urlaub den Praxisinhaber vertritt. In diesem Fall muss auf der Verordnung der Vermerk „In Vertretung“ oder „i. V.“ [4] sowie Name, Vorname und Berufsbezeichnung des verordnenden Arztes aufgebracht sein [3].

Jeder approbierte Arzt kann BtM-Rezepte bei der Bundesopiumstelle anfordern:

www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/_node.html

Tel.: 0228 99307-4321

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Generell ist darauf zu achten, dass Unterschrift und LANR übereinstimmen, d. h. der ausstellende Arzt unterschreibt auch die Verordnung. Ausnahmsweise sind in fachgleichen BAGs auch die anderen Ärzte unabhängig von der aufgedruckten LANR unterschriftsberechtigt; allerdings muss der Name des unterzeichnenden Arztes gekennzeichnet werden, entweder durch Fettdruck oder Unterstreichen im Stempel.

Liegt z. B. aus Platzgründen keine namentliche Nennung der Ärzte im Vertragsarztstempel vor (Schreibweise: „... und Kollegen“), muss zur Unterschrift auf der Verordnung auch der Name, Vorname und die Berufsbezeichnung [3] handschriftlich, mit PC-Aufdruck oder einem separaten Stempel angegeben werden und die LANR im Personalienfeld.

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Auf der Verordnung wird die BSNR des MVZ angegeben. Sind die Ärzte namentlich im Vertragsarztstempel aufgeführt, so ist der Name des unterschreibenden Arztes zu kennzeichnen. Dies kann entweder durch Fettdruck oder Unterstreichen im Stempelaufdruck erfolgen. Liegt keine namentliche Nennung der Ärzte im Vertragsarztstempel vor, muss zur Unterschrift auf der Verordnung auch der Name, Vorname und die Berufsbezeichnung [3] handschriftlich, mit PC-Aufdruck oder einem separaten Stempel angegeben werden. Außerdem wird die LANR des verschreibenden Arztes im Personalienfeld aufgedruckt.

Auszug aus der Vereinbarung über den Vertragsarztstempel gemäß § 37 Absatz 1 Satz 2 BMV-Ä in der Fassung vom 12.01.2017 [2]

(1) Der Vertragsarztstempel oder der Ausdruck gemäß § 37 Absatz 2 BMV-Ä auf den Vordrucken einschließlich Sammelerklärung für die vertragsärztliche Versorgung enthält folgende Mindestangaben:

- a. Betriebsstättennummer bzw. Nebenbetriebsstättennummer
- b. Vor- und Zuname des Vertragsarztes einschließlich des Titels
- c. Name des Medizinischen Versorgungszentrums, wie dieses vom Zulassungsgremium genehmigt wurde, Name der Einrichtung oder des Krankenhauses
- d. Name der Praxiskooperation, sofern diese aufgrund gesellschaftsrechtlicher oder sonstiger rechtlicher Regelungen mit einem bestimmten Zusatz zu führen ist, wie diese vom Zulassungsgremium beschlossen wurde
- e. Titel, Vor- und Zuname aller Teilnehmer einer Berufsausübungsgemeinschaft; alternativ kann nur ein Teilnehmer oder eine Auswahl von Teilnehmern der Berufsausübungsgemeinschaft mit dem Zusatz „und Kollege/n“ aufgeführt werden
- f. Berufsausübungsgemeinschaften sind bei Beteiligung von Leistungserbringern mit Vertragsarztsitzen an unterschiedlichen Standorten mit dem Zusatz „überörtlich“ zu versehen
- g. Berufsbezeichnung (Arzt/Ärztin oder für die Zulassung bzw. Anstellung relevante Facharztbezeichnung)
- h. Praxisanschrift oder Anschrift der Einrichtung bzw. des Krankenhauses
- i. Telefonnummer der Praxis, der Einrichtung bzw. des Krankenhauses
- j. Sofern der verordnende Arzt nicht eindeutig auf dem Vertragsarztstempelaufdruck ersichtlich ist, muss dieser seinen Namen in geeigneter Weise kenntlich machen. Fehlt der Name des verordnenden Arztes auf dem Vertragsarztstempel, so muss dieser extra (mit einem separaten Namensstempel mit Titel und Berufsbezeichnung) oder lesbar handschriftlich aufgebracht werden.

→ Weitere ausführliche Informationen zu Fragen rund um die formal richtige Verordnung finden Sie hier:

www.kvbawue.de » Praxis » Niederlassung » Arztregister » FAQ

Literatur

- [1] § 35 Absatz 2 Satz 2 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin, und dem GKV-Spitzenverband, Berlin, vom 1. Januar 2018. http://www.kbv.de/media_sp/BMV_Aerzte.pdf (Zugriff am 14.02.2018)
- [2] Vereinbarung über den Vertragsarztstempel gemäß § 37 Absatz 1 Satz 2 BMV-Ä zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), Stuttgart, und der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart, den Ersatzkassen, Berlin, dem BKK-Landesverband Baden-Württemberg, der IKK classic, Dresden, der SVLFG, Stuttgart, und der Knappschaft, Regionaldirektion München, vom 12.01.2017
- [3] § 2 Absatz 1 Nr. 1 Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV), zuletzt geändert am 18.07.2017. <https://www.gesetze-im-internet.de/amvv/AMVV.pdf> (Zugriff am 14.02.2018)
- [4] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – Bundesopiumstelle: Häufig gestellte Fragen zur Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und zum Betäubungsmittelgesetz (BtMG) für Ärzte, Apotheker und Fachkräfte (Stand: 02.10.2017). https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Betaeu-bungsmittel/faq/FAQsBtMVV.pdf?jsessionid=FD90206A44955916B603DBD242A24095.2_cid344?__blob=publicationFile&v=12 (Zugriff am 14.02.2018)

§ Entlassmanagement – das Wichtigste in Kürze



Seit dem 1. Oktober 2017 sind Krankenhäuser gesetzlich zu einem „Entlassmanagement“ verpflichtet. Die Patienten haben darauf einen Anspruch – sowohl nach einem voll- und teilstationären Aufenthalt als auch nach stationsäquivalenten Leistungen. Damit soll die sektorenübergreifende, kontinuierliche Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung verbessert werden.

Die rechtliche Basis bildet § 39 Absatz 1a SGB V (eingeführt durch das GKV-VSG zum 23. Juli 2015). Konkretisiert werden die Regelungen im „Rahmenvertrag Entlassmanagement“ [3] mit Wirkung zum 1. Oktober 2017. Der Gesetzgeber hat für das Entlassmanagement sowohl **Pflichtvorgaben** als auch **Kann-Regelungen** für die Krankenhäuser festgelegt. Mit der Umsetzung des Entlassmanagements im Reha-Bereich ist frühestens zum 1. Juli 2018 zu rechnen.

Die Neuregelung ist mit zahlreichen organisatorischen Aufgaben für die Krankenhäuser verbunden. Der Krankenhausarzt hat ebenso wie der niedergelassene Arzt bei jeder Verordnungsentscheidung das Wirtschaftsgebotsgebot und die entsprechenden Richtlinien zu beachten.

Pflichtvorgaben für die Krankenhäuser

Das Krankenhaus muss die überbrückende Versorgung des Versicherten im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt sicherstellen, durch:

- eine schriftliche Information der Patienten durch das Krankenhaus zu den Inhalten des Entlassmanagements und Einholung des Einverständnisses des Patienten,
- Erstellung eines Entlassplans mit allen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderlichen Maßnahmen,
- Information der nachfolgenden Behandler,
- Mitgabe eines (vorläufigen) Entlassbriefes am Entlasstag,
- Ausgabe eines Medikationsplans an Patienten, die mit einer Medikation entlassen werden.

Am Entlasstag **können** Verordnungen von

- Arzneimitteln,
- Verbandmitteln,
- Heilmitteln,
- Hilfsmitteln,
- Teststreifen,
- häuslicher Krankenpflege und
- Soziotherapie

ausgestellt werden sowie

- die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden.

Diese Leistungen sind nur für die Versorgung von maximal sieben Tagen zulässig. Ausnahmen gibt es bei der Verordnung von Arzneimitteln und Hilfsmitteln.

Das Krankenhaus prüft, ob eine **Arzneimittelverordnung** erforderlich ist oder ob die Versorgung auch durch Mitgabe von Arzneimitteln gemäß § 14 Abs. 7 Apothekengesetz möglich ist. Dies gilt nur vor Wochenenden und Feiertagen. Diese Mitgabe soll vorrangig genutzt werden, z. B. wenn die Arzneimittelbehandlung dadurch abgeschlossen werden kann. Bei der Verordnung von Arzneimitteln ist die Verordnungsmenge auf eine N1-Packung beziehungsweise, falls diese nicht im Handel ist, auf eine kleinere Packung als N1 begrenzt.

Hilfsmittel, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind und einer individuellen Anfertigung bedürfen, dürfen nur in besonders begründeten Ausnahmefällen verordnet werden.

Die **Heilmittel**behandlung muss innerhalb von sieben Kalendertagen nach Entlassung aufgenommen werden und innerhalb von zwölf Kalendertagen abgeschlossen sein. Zuvor getätigte vertragsärztliche Verordnungen muss der Krankenhausarzt nicht berücksichtigen. Auch für den weiterbehandelnden Vertragsarzt bleiben **die Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements** bei der Betrachtung des sogenannten Regelfalles und der Verordnungsmenge **unberücksichtigt**.

Verordnung

Für die Verordnungen werden die gleichen Vordrucke wie für die vertragsärztliche Verordnung verwendet, allerdings sind diese durch einen Schrägdruck „Entlassmanagement“ im Personalfeld gekennzeichnet.

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

➔ Ausführliche Informationen enthält der „Verordnungsleitfaden zum Entlassmanagement“, zu finden unter: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Verordnungen: was, wie, wie viel?

Literatur

- [1] Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln, sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin, vom 01.08.2017. http://www.bptk.de/uploads/media/2017_08_01_KH_Vereinbarung_StaeB_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf (Zugriff am 14.02.2018)
- [2] § 115d Absatz 1 Satz 2 SGB V
- [3] Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) zwischen dem GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Berlin, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin, und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin. http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf (Zugriff am 14.02.2018)

Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln

Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Verordnung von Arzneimitteln erforderlich, hat das Krankenhaus dem weiterbehandelnden Vertragsarzt die Therapie-vorschläge unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnungen mitzuteilen. Falls preisgünstigere Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung verfügbar sind, ist mindestens ein preisgünstigerer Therapie-vorschlag anzugeben. Abweichungen sind in medizinisch begründeten Ausnahmefällen zulässig.

Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Fortsetzung der im Krankenhaus begonnenen Arzneimitteltherapie in der vertragsärztlichen Versorgung für einen längeren Zeitraum notwendig, soll das Krankenhaus bei der Entlassung Arzneimittel anwenden, die auch bei Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind, soweit dies ohne eine Beeinträchtigung der Behandlung im Einzelfall oder ohne eine Verlängerung der Verweildauer möglich ist.

Änderungen im Sprechstundenbedarf

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

Folgende Ergänzungen traten rückwirkend zum 1. Januar 2018 in Kraft. Änderungen bezüglich Verordnungseinschränkungen treten erst mit Bekanntgabe der Änderungen in Kraft.

| Indikationsgruppe | Wirkstoff | Darreichungsform | Anmerkung | NEU |
|---------------------------|----------------------------------|------------------|-----------|--|
| Antidota/ Cholinergika | Pyridostigmin | parenteral | | neu aufgenommener Wirkstoff |
| Infusionslösungen | Hydroxyethylstärke + NaCl | parenteral | | Wirkstoffkombination entfällt (s. AkdÄ Drug Safety Mail 03–2018) |
| Lokalanästhetika | Lidocain 10 % + Tetracain 7 % | extern | | neu aufgenommene Wirkstoffkombination |

| Medizinisch- technische Mittel | Spezifikation | Anmerkung | NEU |
|-------------------------------------|---|---|--|
| Biopsienadeln/ Punktionsbestecke | Einmalbiopsienadeln, Einmalpunktionsbestecke | keine Vakuumstanzbiopsienadeln; keine Tumormarkierungsnadeln, keine Tumorlokalisationsnadeln; auch Biopsiesysteme, wenn nicht teurer als Einmalbiopsienadeln für den Schussapparat | neu: auch Biopsiesysteme, wenn nicht teurer als Einmalbiopsienadeln für den Schussapparat |

Neues auf www.kvbawue.de

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

Nachrichten

16. April 2018

Infusionsnadeln – Butterfly / Flügelkanülen – wirtschaftlicher Einsatz im Sprechstundenbedarf

Infusionsnadeln wie Flügelkanülen, Butterflies oder Braunülen dürfen nur für Infusionszwecke als Sprechstundenbedarf verordnet werden. Bei Blutentnahmen oder Injektionen verwendete Einmalkanülen sind in den abgerechneten GOPs enthalten und können folglich nicht über Sprechstundenbedarf verordnet werden.

Mittel, die bereits in der abgerechneten EBM-Gebührenordnungsposition (GOP) enthalten sind, können nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden. Der Sprechstundenbedarf (SSB) ist in erster Linie für den Notfall und die akute Versorgung der Patienten vorgesehen und steht in direktem, unmittelbarem Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung.

Vor diesem Hintergrund stellte die AOK Baden-Württemberg in jüngster Vergangenheit vermehrt Einzelfallanträge zu Flügelkanülen, wenn deren Anzahl nicht mit der Menge an verordneten Infusionsbestecken übereinstimmte. Bei einer Differenz liegt für die GKV der Verdacht nahe, dass die zusätzlichen Flügelkanülen unzulässigerweise für Blutentnahmen und/oder Injektionen verwendet worden seien – also für Zwecke, bei denen eine Verordnung über Sprechstundenbedarf nicht gegeben ist.

Wegen der von Kassenseite signalisierten Prüfungsabsicht wurde Anfang 2017 in Absprache mit den Krankenkassen die aktuelle Positivliste der Sprechstundenbedarfsvereinbarung entsprechend konkretisiert und veröffentlicht, obwohl es sich um keine neue Einschränkung gehandelt hat.

Denn im EBM war schon immer eindeutig geregelt, dass Materialkosten im Zusammenhang mit Injektionen und Blutentnahmen mit den abgerechneten GOPs abgegolten sind.

Und im Unterschied zu den sachlich-rechnerischen Richtigstellungen im Sprechstundenbedarf gilt für Wirtschaftlichkeitsanträge entsprechend den gesetzlichen Vorgaben eine Verjährungsfrist von vier Jahren nach Abschluss des jeweiligen Ordnungsquartals. Das bedeutet, dass Anträge dieser Art rückwirkend bis ins Verordnungsjahr 2014 gestellt werden können.

Ein weiterer Aspekt der wirtschaftlichen Verordnung ist ein günstiger Bezugsweg. Bei allen Mitteln, die nicht der Apothekenpflicht unterliegen, wie dies z. B. auch bei Infusionsnadeln der Fall ist, soll der Bezug direkt über den Hersteller oder Großhandel erfolgen.

www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Sprechstundenbedarf » Liste der zulässigen Mittel Sprechstundenbedarf



9. April 2018

Neu: Automatischer Aufdruck der PZN auf dem Rezept

Zum 1. April 2018 sind Änderungen beim Anforderungskatalog für Ordnungssoftware und Arzneimitteldatenbanken in Kraft getreten. Seitdem muss die Pharmazentralnummer (PZN) – sofern verfügbar – im Verordnungsfeld auf dem Rezept angegeben werden. Der automatische Aufdruck der PZN auf einem Rezept soll unklaren Verordnungen vorbeugen. Mögliche Fehlinterpretationen durch die Apotheke sowie zeitaufwendige Rückfragen an die Arztpraxis können hierdurch deutlich reduziert werden.

Bitte beachten Sie:

- Verordnungen, bei denen die Angabe einer PZN nicht möglich ist (zum Beispiel Wirkstoffverordnungen), können nach wie vor ausgestellt werden.
- Das händische Ausstellen eines Rezeptes bleibt weiterhin möglich. Hierbei muss die PZN nicht angegeben werden.
- Der Aufdruck der PZN hat keinen Einfluss auf die Austauschbarkeit von Rabattarzneimitteln in der Apotheke.

Außerdem enthält der Anforderungskatalog die Neuerung, dass die Aktualisierung der Arzneimittelstammdaten innerhalb der Verordnungssoftware mindestens monatlich erfolgen wird.

Bei technischen Schwierigkeiten bei der Umstellung setzen Sie sich bitte mit Ihrem Softwarehaus in Verbindung.

è www.kbv.de » [Praxisnachrichten vom 22.03.2018](#)



7. März 2018

Flupirtinhaltige Arzneimittel vom Markt genommen

Der Ausschuss für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz (PRAC) bei der europäischen Zulassungsbehörde für Arzneimittel (EMA) empfiehlt, die Zulassung von Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Flupirtin zu widerrufen. Die Empfehlung ist aktuell noch nicht rechtskräftig. Zahlreiche Hersteller flupirtinhaltiger Arzneimittel haben jedoch bereits reagiert und rufen alle Chargen ihrer betroffenen Arzneimittel zurück. Flupirtin ist ein Schmerzmittel, das in der Therapie akuter Schmerzen für maximal zwei Wochen angewendet wird, wenn andere Schmerzmittel wie Opioide oder nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) nicht zum Einsatz kommen können.

Bereits 2013 gab es ein Risikobewertungsverfahren, dem Berichte über schwerwiegende Leberprobleme im Zusammenhang mit der Einnahme flupirtinhaltiger Arzneimittel zugrunde lagen. In diesem Zusammenhang wurde die Anwendungsdauer auf zwei Wochen begrenzt und der Einsatz auf die Fälle beschränkt, bei denen andere Schmerzmittel nicht angewendet werden können. Außerdem wurden wöchentliche Leberwertmessungen während der Behandlung eingeführt.

Die Wirksamkeit der Maßnahmen wurde von der EMA durch Studien kontrolliert. Es zeigte sich, dass die Maßnahmen nicht ausreichend eingehalten wurden und weitere Fälle schwerwiegender Leberschädigungen im Zusammenhang mit der Einnahme flupirtinhaltiger Arzneimittel auftraten.

Der PRAC kam daher jetzt zu dem Schluss, dass Patienten, die flupirtinhaltige Arzneimittel einnehmen, weiterhin schwerwiegenden Risiken ausgesetzt sind, die den Nutzen überwiegen, und empfahl den Widerruf der Zulassungen dieser Arzneimittel.

→ www.bfarm.de



7. Februar 2018

Fluorescein-Augentropfen – Bezug über Sprechstundenbedarf

Fluoreszein SE Thilo® Augentropfen (Wirkstoff: Fluorescein) sind seit 1. Dezember 2017 außer Vertrieb. Es besteht die Möglichkeit, Fluorescein-Augentropfen (10 ml) als Rezeptur in der Apotheke herstellen zu lassen. Bei der Verordnung von EDOs als Rezeptur hat die beliefernde Apotheke bei der AOK Baden-Württemberg Servicestelle Arzneimittelabrechnung und -prüfung in Lahr (Schwarzwaldstraße 39, 77933

Lahr; Telefax 07821 937-91292) eine Anfrage zum Abrechnungspreis zu stellen.

Nur im Ausnahmefall, wenn z. B. die zu verwendende Fluorescein-Substanz nicht den gültigen Qualitätsanforderungen entspricht, akzeptieren die Kostenträger den Import von Fluorescein-Augentropfen über Sprechstundenbedarf, solange kein vergleichbares Produkt auf dem deutschen Markt zugelassen ist. Die Belieferung solcher Import-Augentropfen muss zunächst von der AOK Baden-Württemberg genehmigt werden. Hierfür reicht die beliefernde Apotheke einen Kostenvoranschlag bei der AOK-Servicestelle Arzneimittelabrechnung und -prüfung in Lahr ein.

Um mögliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu vermeiden, bitten wir Sie, nach Möglichkeit die Rezeptur-Augentropfen zu verwenden.

15. Januar 2018

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung: Muster 1 mit zusätzlichen Hinweisen für Patienten

Auf den ersten beiden Durchschlägen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) sind zum 1. Januar 2018 weitere Hinweise an den Patienten aufgenommen worden. Es wird nun klar darauf hingewiesen, dass der Patient seiner Krankenkasse die für sie vorgesehene Ausfertigung weiterleiten muss, wenn er sie ausgehändigt bekommt. KBV und GKV-Spitzenverband haben sich über diese Änderung des Vordrucks geeinigt. Die bisher gültigen Formulare können allerdings weiterhin verwendet und aufgebraucht werden.

Muster 1b „Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber“: Der Durchschlag für den Arbeitgeber enthält zukünftig einen Hinweis, dass der Krankenkasse unverzüglich eine Bescheinigung über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt wird.

Muster 1c „Ausfertigung für den Versicherten“: Der Durchschlag für den Versicherten enthält zukünftig den Hinweis, dass der Patient Muster 1a innerhalb von einer Woche an die zuständige Krankenkasse weiterleiten muss.

Die Krankenkassen können den Versicherten anbieten, den Durchschlag Muster 1a („Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse“) elektronisch an sie zu übermitteln. Weiterhin ist die Krankenkasse aber auch berechtigt, die Vorlage der Bescheinigung im Original zu verlangen.

➔ www.kvbawue.de » Praxis » [Verordnungen](#)
» [Sonstige Verordnungen](#)

Mitgliederportal

Online-Fortbildung zur medizinischen Rehabilitation

Das Mitgliederportal der KVBW bietet den Zugriff auf die Online-Fortbildung der KBV zur Beratung und Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Fortbildung umfasst vier Kapitel und thematisiert unter anderem die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Anwendungsbeispiele in der Fortbildung ermöglichen eine Übertragung in die Praxis.

Seit April 2016 darf jeder Vertragsarzt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen, ohne hierfür eine bestimmte Qualifikation vorweisen zu müssen. In der Rehabilitations-Richtlinie wird allerdings darauf hingewiesen, dass die Kenntnisse in der Anwendung der ICF zwar weitestgehend Bestandteil der ärztlichen Weiterbildung und Gegenstand der psychotherapeutischen Ausbildung sind, jedoch in Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung erweitert und vertieft oder auch erlangt werden sollten.

➔ Sie finden den Zugang zur Fortbildung im Mitgliederportal über die Kachel „KBV-Fortbildungsportal“.
Login zum Mitarbeiterportal:
<https://www.kvbawue.de/mitgliederportal/>

Glossar der Abkürzungen

| | |
|-------------|--|
| AkdÄ | Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft |
| AMVV | Arzneimittelverschreibungsverordnung |
| AOK | Allgemeine Ortskrankenkasse |
| AOP-Katalog | Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V |
| AWMF | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. |
| BAG | Berufsausübungsgemeinschaft |
| BfArM | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte |
| BKK | Betriebskrankenkasse |
| BMV-Ä | Bundemantelvertrag Ärzte |
| BSNR | Betriebsstättennummer |
| BtM | Betäubungsmittel |
| BtMG | Betäubungsmittelgesetz |
| BtMVV | Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung |
| DDD | defined daily dose |
| DEGAM | Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. |
| EBM | Einheitlicher Bewertungsmaßstab |
| EDO | Ein-Dosis-Ophtiole |
| EMA | European Medicines Agency (Europäische Arzneimittel-Agentur) |
| FAQ | frequently asked questions (Fragen-Antworten-Sammlung) |
| GB | Großbritannien |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GKV | gesetzliche Krankenversicherung |
| GKV-VSG | GKV-Versorgungsstärkungsgesetz |
| GOP | Gebührenordnungsposition |
| HeilM-RL | Heilmittel-Richtlinie |
| i. A. | im Auftrag |
| i. V. | in Vertretung |
| ICD | International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems |
| IKK | Innungskrankenkasse |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| KVH | KV Hessen |
| LANR | lebenslange Arztnummer |
| µl | Mikroliter |
| ml | Milliliter |
| MVZ | medizinisches Versorgungszentrum |
| NOAK | neues orales Antikoagulans |
| NSAIDs | non-steroidal anti-inflammatory drugs |

| | |
|-------|---|
| NSAR | nichtsteroidale Antirheumatika |
| PAH | pulmonal-arterielle Hypertonie |
| PRAC | Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (Ausschuss für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz) |
| PZN | Pharmazentralnummer |
| SGB V | Sozialgesetzbuch V |
| SSB | Sprechstundenbedarf |
| SVLFG | Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau |

Verordnungsmanagement
Ihre Ansprechpartner in der KVBW

Fragen zum Thema Einzelverordnungen

Verordnungsberatung Arzneimittel

Dr. Richard Fux 0711 7875-3663
Tanja Krummrein
Dr. Franziska Leipoldt
Laura Munninghoff
Julia Nachbar
Claudia Speier
Dr. Reinhild Trapp

**Verordnungsberatung Impfungen,
Heil- und Hilfsmittel, Sonstiges**

Marion Böhm 0711 7875-3669
Beate Klaiber
Martina Mildenberger
Martina Rahner
Melanie Rummel
Ute Seene
Diana Siegle

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

Fragen zum Thema Sprechstundenbedarf

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

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

Fragen zu Verordnungsstatistiken

Katrin Oswald 0711 7875-3114

Impressum

Verordnungsforum 45
Mai 2018

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

Kontakt verordnungsforum@kvbawue.de

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

Autoren KVBW Dr. med. Richard Fux
Dr. rer. nat. Petra Häusermann
Dr. Franziska Leipoldt
Ute Seene
Claudia Speier

Erscheinungstermin Mai 2018

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

KVBW

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