

Verordnungsforum 50

SEPTEMBER 2019

PHARMAKOTHERAPIE BEI ADHS

IM PRÜFTICKER: REBOXETIN

NEUES ZU IMPFUNGEN

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

3	Vorwort	22	SCHUTZIMPFUNGEN
4	ARZNEIMITTEL	22	_ Neues zu Impfungen
4	Pharmakologie	28	SERVICE
4	_ ADHS – aktuelle Empfehlungen zur Pharmakotherapie	28	_ Neues auf www.kvbawue.de
10	_ Behandlung von Schlafstörungen in der hausärztlichen Praxis	34	_ Fortbildungsveranstaltungen
15	Verordnungspraxis	34	_ In eigener Sache
15	_ Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten und Zuzahlungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen		
18	_ Prüfticker: Einzelfallprüfungen bei Arzneimitteln		
20	_ Neue Regelung zur Nachforderungsbegrenzung		

Hinweis:

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

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

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

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



Wissenschaft und Pharmakologie



Zahlen – Daten – Fakten



Wirtschaftliche Verordnung



Richtlinien und Bestimmungen

Vorwort



Ein Jubiläum

Dies ist ein besonderes Heft! Es ist die 50. Ausgabe unseres Verordnungsforums. Seit nunmehr knapp 14 Jahren füllen wir in jedem Quartal ein Heft mit aktuellen und diskussionswürdigen Themen aus dem Bereich der Arznei- und Heilmittelverordnungen. Und jedes Mal bemühen wir uns, Sie mit unserer Auswahl in Ihrer täglichen Praxis zu unterstützen. Mit Stolz blicken wir auf diese 50 Hefte zurück. Wie ich meine, zu Recht!

Kurz nach der Fusion der vier Südwest-KVen zur KVBW rief Dr. Jan Geldmacher, damaliges Vorstandsmitglied der KVBW, das Verordnungsforum ins Leben. In seinem ersten Vorwort stellte er fest, dass „die baden-württembergischen Ärztinnen und Ärzte sehr rational und wirtschaftlich verordnen.“ Im Bundesvergleich zählten sie schon damals zu den kostengünstigsten. Er versprach, dass die KVBW diese Politik fortsetzen wolle und die sinnvolle und wirtschaftliche Verordnungsweise im Land weiter fördern wolle. Diesem Anspruch fühlen wir uns bis heute verpflichtet. Und auch hier, meine ich, sind wir bisher recht erfolgreich.

Die Redaktion ist seit den Anfängen deutlich gewachsen. Mehrere Kolleginnen und Kollegen aus dem Verordnungsmanagement sind in jedem Quartal an der Themenfindung und der Texterstellung beteiligt. Sie sind diejenigen, die an den Beratungstelefonen direkt mit Ihnen sprechen und wissen, was Ihnen in der Praxis auf den Nägeln brennt. Sie hören sehr genau hin und bemühen sich, immer Antworten auf Ihre Fragen zu finden. Und einige Fragen nehmen sie mit in die Redaktionskonferenz. Sie, unsere Leser, unterstützen uns also tatkräftig bei der richtigen Themenwahl. Bitte tun Sie das auch weiterhin!

Der Erfolg des Verordnungsforums liegt auch in der guten Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, dem MDK und der Gemeinsamen Prüfungsstelle begründet. Deren Vertreter nehmen regelmäßig an den Redaktionskonferenzen teil. Dadurch konnten wir schon manch strittiges Thema diskutieren und im Sinne der besten Lösung für den Arzt klären.

Nun wünsche ich Ihnen viel Spaß bei der Lektüre unserer diesmaligen Themen. Wir beginnen das Heft mit einem Text zur neuen S3-Leitlinie ADHS. Dieser Artikel ist im Zusammenhang mit dem Symposium zu ADHS entstanden, das wir im Mai hier in der KV hatten. In den Artikel sind alle neuen Erkenntnisse insbesondere zur Therapie eingeflossen, ergänzt um Hinweise der wirtschaftlichen Verordnungsweise der einschlägigen Medikamente – in Absprache mit der Gemeinsamen Prüfungsstelle.

Das vorliegende Heft bietet Ihnen außerdem Texte zu Arzneimittelrabatten und deren Berücksichtigung bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Wir erläutern Ihnen die neuen Regelungen zur Nachforderungsbegrenzung. Und auch unsere neue Rubrik „Prüfticker“ wartet mit einem neuen Fall auf.

Ich möchte mich ausdrücklich bei Ihnen, unseren Lesern, bedanken. Ich hoffe, Sie halten uns noch lange die Treue – wir nehmen jetzt die nächsten 50 Hefte in Angriff!

Herzlichst Ihr

Dr. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstands

ADHS – aktuelle Empfehlungen zur Pharmakotherapie

2018 wurde die erste S3-Leitlinie zu Diagnostik und Therapie der ADHS veröffentlicht. Danach soll die Behandlung der ADHS im Rahmen eines multimodalen Gesamtkonzepts als Behandlungsplan erfolgen, wobei je nach individueller Symptomatik und Funktionsniveau auf die Kombination Psychoedukation und Medikation zurückgegriffen wird. Welche pharmakotherapeutischen Optionen Ihnen bei Kinder und Jugendlichen sowie Erwachsenen hierfür zur Verfügung stehen, erfahren Sie im folgenden Artikel.

Die bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) häufige Symptomkombination von motorischer Unruhe, Verhaltensauffälligkeiten und Konzentrationsstörungen wurde erstmals 1775 beschrieben. In der Wissenschaft besteht weitgehende Übereinstimmung, dass die Kernsymptome der ADHS eher extreme Ausprägungen auf in der Bevölkerung kontinuierlich verteilte Merkmalsdimensionen darstellen [1].

Die Prävalenz von ADHS ist altersabhängig. Im Kindes- und Jugendalter liegt sie bei etwa 5 %, dies sind Ergebnisse sowohl aus internationalen epidemiologischen Studien als auch von der deutschen KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts [1]. Häufig persistiert die Symptomatik im Erwachsenenalter; etwa 50 bis 80 % der im Kindesalter Betroffenen weisen auch als Erwachsene noch ADHS-Symptome auf, und ein Drittel zeigt sogar das Vollbild der Störung [1]. Die Prävalenz von ADHS im Erwachsenenalter liegt in Deutschland etwa bei 2,5 %, wobei unklar ist, wie groß in dieser Gruppe der Anteil derjenigen ist, die erst als Erwachsene Symptome entwickelt haben [2].

Eine gute Übersicht zu den aktuellen Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Behandlung der ADHS im Kinder-, Jugend- und Erwachsenenalter bietet die im vergangenen Jahr veröffentlichte S3-Leitlinie* [1].

Grundsätzliches zur Pharmakotherapie der ADHS

Als Fertigarzneimittel stehen in Deutschland momentan fünf Wirkstoffe zur Verfügung: die BtM-pflichtigen ZNS-Stimulantien Methylphenidat (zum Beispiel Ritalin[®], Medikinet[®] und andere) und Dexamfetamin (Attentin[®]) – beziehungsweise sein Prodrug Lisdexamfetamin (Elvanse[®]) – sowie die Nicht-Stimulantien Atomoxetin (Strattera[®]) und Guanfacin (Intuniv[®]) (Tabelle 1). Für eine Empfehlung anderer Wirkstoffe (im Off-Label-Use), etwa SSRI, Modafinil, Selegilin oder Bupropion, reicht die vorhandene Evidenz laut Leitlinie nicht aus. Gleiches gilt für Cannabis, das deshalb nicht eingesetzt werden soll.

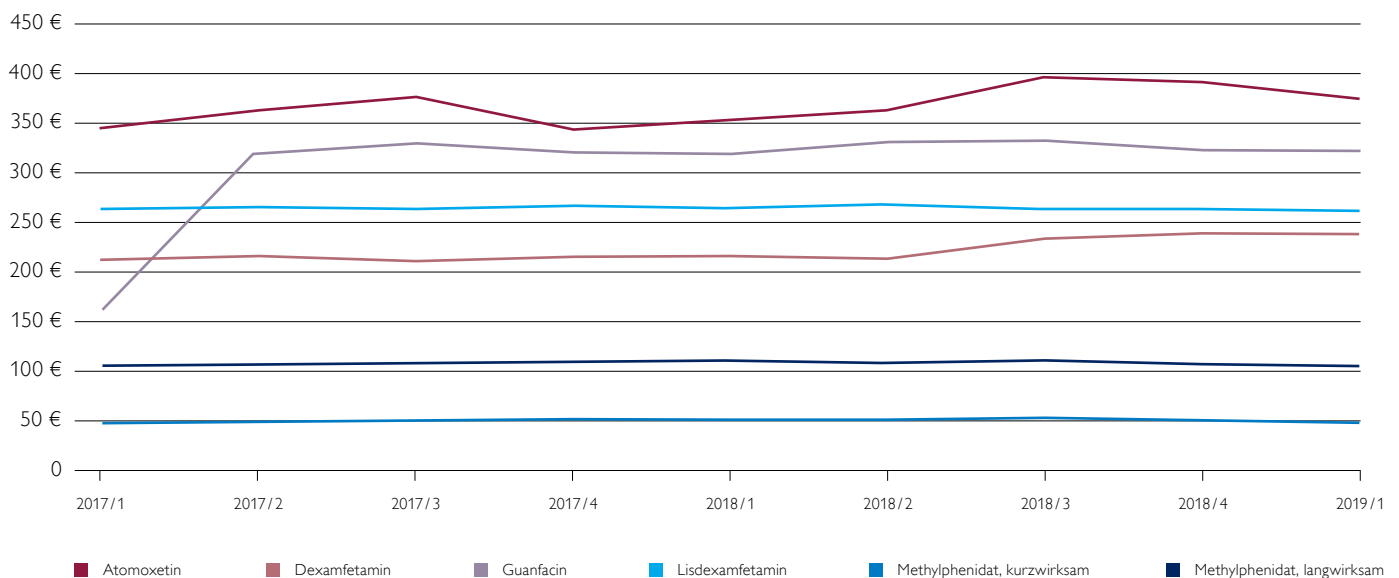
Wenn die Entscheidung für eine medikamentöse Behandlung gefallen ist, soll der Arzt unter Beachtung der jeweiligen Kontraindikationen bei Patienten mit ADHS ohne relevante Komorbiditäten eine initiale Behandlung mit Stimulantien wählen [1].

Wenn sich bei Patienten eine Stimulantienbehandlung trotz Aufdosierung auf die maximal tolerierbare Dosis als ineffektiv im Hinblick auf die Leitsymptome der ADHS erwiesen hat, soll ein anderes Stimulans, Atomoxetin oder Guanfacin gewählt werden. Bei Unverträglichkeit kann ebenfalls eine Umstellung in Erwägung gezogen werden. Vor dem Beginn einer medikamentösen Therapie sollten Symptome abgeklärt werden, die auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung hinweisen könnten (z. B. Synkopen oder Atemnot ungeklärter Genese), sowie diesbezügliche familiäre Vorbelastungen [1].

Sind mehrere medikamentöse Optionen als gleichwertig zu betrachten, sollte zunächst das kostengünstigere Präparat gewählt werden. Für einen guten Überblick haben wir in Abbildung 1 die realen Quartalspatientenkosten der einzelnen Wirkstoffe aufgelistet.

* Hinweis: Eine Leitlinie besitzt Empfehlungscharakter, ist jedoch nicht sozialrechtsrelevant.

Abbildung 1: Durchschnittskosten pro Patient in Euro



Erstdiagnose und Verordnung sollen nur von Spezialisten für Verhaltensstörungen erfolgen. Gemäß der derzeit gültigen Anlage III der AM-RL kann der Hausarzt in Ausnahmefällen eine Folgeverordnung ausstellen (siehe Kapitel „Verordnung“ ab Seite 8).

Blaue-Hand-Briefe

Behördlich genehmigtes Schulungsmaterial mit Checklisten für die Einleitung und Überwachung der Therapie, für das Sicherheitsmanagement und zur Therapiekontrolle für den Arzt sowie Informationsmaterial für die Patienten und Betreuer stellt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für einige ADHS-Wirkstoffe bzw. Arzneimittel zur Verfügung, zum Beispiel für Methylphenidat, Lisdexamfetamin, Atomoxetin und Guanfacin, siehe www.bfarm.de » Arzneimittel » Risikoinformationen » Schulungsmaterial » Wirkstoff



Tabelle 1: Übersicht der eingesetzten Wirkstoffe zur Behandlung der ADHS

Wirkstoff (Präparat)	Wirkmechanismus	Dosierung [3]	Dosisschema	Zulassung laut Fachinformation
Methylphenidat kurzwirksam (unretardiert) (z. B. Medikinet®, Ritalin®, weitere Generika)	ZNS-Stimulans, indirektes Sympathomimetikum, Amphetamin-ähnlicher Wirkmechanismus (nicht vollständig geklärt) [4]	5–60 mg	Üblicherweise 2–3x täglich (Wirkdauer: 1–4 Stunden) [3]	Behandlung von ADHS bei Kindern ab einem Alter von 6 Jahren.
Methylphenidat langwirksam (retardiert) (z. B. Equasym®, Medikinet®, Ritalin®, Concerta®, Kinecteen®, Generika)	s. o.	10–60 mg	1–2x täglich [9]	Behandlung von ADHS bei Kindern ab einem Alter von 6 Jahren. Medikinet® Adult, Ritalin® Adult: Behandlung von ADHS bei Erwachsenen ab einem Alter von 18 Jahren. Daneben existiert seit April 2019 ein Methylphenidat-haltiges Arzneimittel mit veränderter Wirkstofffreisetzung (mit kurz- und langwirksamer Komponente), das für Kinder ab 6 Jahren und Erwachsene zugelassen ist.
Dexamfetamin (Attentin®)	ZNS-Stimulans, sympathomimetisches Amin mit zentral stimulierender und anorektischer Wirkung [5]	5–40 mg	1x täglich [5]	Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren, wenn das klinische Ansprechen auf zuvor verabreichtes Methylphenidat unzureichend war. Keine Zulassung für Erwachsene mit ADHS.
Lisdexamfetamin (Elvanse®, Elvanse Adult®)	ZNS-Stimulans, Prodrug, Hydrolyse zu Dexamfetamin (s. o.) [6]	20–70 mg	1x täglich [6]	Behandlung von ADHS bei Kindern ab einem Alter von 6 Jahren, wenn das Ansprechen auf zuvor verabreichtes Methylphenidat als klinisch unzureichend angesehen wird [6]. Elvanse Adult® wird im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie zur Behandlung von ADHS bei Erwachsenen angewendet. Es sollte eine ADHS von mindestens moderat ausgeprägter Schwere vorliegen [12].
Atomoxetin (Strattera®, Generika)	Hochselektiver und potenter Hemmstoff des präsynaptischen Noradrenalin-Transporters (kein Psychostimulans) [7]	10–100 mg	1–2x täglich [7]	Behandlung von ADHS bei Kindern ab 6 Jahren, bei Jugendlichen und bei Erwachsenen. Bei Erwachsenen muss bestätigt werden, dass ADHS-Symptome bereits in der Kindheit vorhanden waren [7].
Guanfacin (Intuniv®)	Selektiver alpha-2-adrenerger Rezeptoragonist (kein Stimulans) [8]	1–7 mg	1x täglich [8] (Wirkdauer: 12–24 Stunden) [3]	Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6–17 Jahren, für die eine Behandlung mit Stimulantien nicht in Frage kommt oder unverträglich ist oder sich als unwirksam erwiesen hat [8].

Weitere therapeutische Möglichkeiten

Antipsychotika sollen bei ADHS-Patienten ohne assoziierte Störungen nicht angewendet werden. Bei stark ausgeprägter Impulskontrollstörung und aggressivem Verhalten

kann aber die kurzfristige, befristete Gabe von atypischen Neuroleptika erwogen werden. Dies ist in aller Regel eine Off-Label-Behandlung, nur für Risperidon existiert eine eingeschränkte Zulassung zur symptomatischen Kurzzeitbehandlung (bis zu 6 Wochen) von anhaltender Aggression

bei Verhaltensstörung bei Kindern ab 5 Jahren und Jugendlichen mit unterdurchschnittlicher intellektueller Funktion oder mentaler Retardierung [1].

Häufigste Nebenwirkungen

Methylphenidat und **Amfetamin** zeigen nach gegenwärtiger Studienlage ein ähnliches Verträglichkeitsprofil und eine vergleichbare Häufigkeit unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW). Häufigere unerwünschte Wirkungen unter Stimulantientherapie sind Appetitminderung, Gewichtsverlust, Einschlafstörungen, Bauch- und Kopfschmerzen und leicht ausgeprägte Puls-/Blutdrucksteigerungen. Zudem sind Vorhofflimmern, Verlängerung der QT-Zeit und Herzinfarkt beschrieben [13].

Gelegentlich kommt es zu dysphorischen Verstimmungen, Ängstlichkeit, Irritabilität, Benommenheit und dem Auftreten von Tics. UAW sind bei den meisten behandelten Patienten mit ADHS gering bis mäßig ausgeprägt, treten dosisabhängig und – in der Regel – eher vorübergehend bei Therapiebeginn auf. Selten (bei ca. 0,2 % der Behandelten) können kurzandauernde psychotische oder maniforme Symptome auftreten.

Lisdexamfetamin: Eine systematische Übersichtsarbeit, welche 35 Publikationen einschloss, kam zu dem Schluss, dass das Sicherheits- und Wirksamkeitsprofil von Lisdexamfetamin vergleichbar mit denen anderer Stimulantien zur ADHS-Behandlung ist. Reduzierter Appetit (25–39 %) und Schlafstörungen (11–19 %) waren die häufigsten unerwünschten Wirkungen. Die meisten unerwünschten Ereignisse waren mild oder moderat. Im Mittel kam es zu einem geringen Anstieg von Herzfrequenz und Blutdruck. Missbräuchlicher Gebrauch der Substanz war geringer als bei kurzwirksamen Stimulantien [1].

Atomoxetin: UAW umfassen Kopfschmerzen, abdominale Schmerzen, Appetitminderung, Gewichtsverlust, Schlafstörungen, Dysphorie, Obstipation, Sedierung, Schwindel, Übelkeit, Mundtrockenheit, Erhöhung der Herzfrequenz sowie Anstiege des systolischen und des diastolischen Blut-

drucks, wobei Ausmaß und Häufigkeit dieser UAW dosisabhängig sind und diese häufig nur temporär auftreten. In doppelblinden klinischen Studien traten selten suizidale Verhaltensweisen auf [1].

Guanfacin: Beim Einsatz von Guanfacin retard müssen therapeutische Vorteile (z. B. stabile 24-h-Wirkung bei Einmalgabe) mit erhöhten Risiken insbesondere aus dem sogenannten Müdigkeitscluster (SSF = *somnolence, sedation, fatigue*) abgewogen werden. Außerdem müssen bei den unerwünschten Effekten, insbesondere in der Anfangszeit der Behandlung, auch orthostatische Probleme und Bradykardien in Betracht gezogen werden. Die Wirkung setzt mit zwei bis drei Wochen Verzögerung ein und tritt damit gegenüber den Stimulantieneffekten deutlich später, gegenüber Atomoxetin jedoch um einige Wochen früher ein [1].

Methylphenidat: kurzwirksam versus langwirksam

Vorteile kurzwirksamer (unretardierter) Verabreichungsformen sind [1]:

- genauere Dosisanpassung während der initialen Titrierungsphase der Medikation

- höhere Flexibilität in den Dosierungsschemata

Vorteile langwirksamer (retardierter) Verabreichungsformen sind [1]:

- größere Benutzerfreundlichkeit einschließlich vereinfachter Medikamenteneinnahme
- verbesserte Adhärenz
- Vermeidung möglicher Stigmatisierung (z. B. durch Wegfall einer Einnahme der Medikation in der Schule)

Bei der Wahl der Zubereitungsform sind diese Aspekte und Vorteile zu berücksichtigen. Abhängig von den Anforderungen im Tagesverlauf sollten jedoch auch die unterschiedlichen pharmakokinetischen Profile der langwirksamen Präparate berücksichtigt werden.

Auslassversuch

Ist ein behandlungsfreies Intervall während einer ADHS-Dauerpharmakotherapie einzulegen? Die Leitlinie empfiehlt, dass die Indikation für die Fortführung der medikamentösen Behandlung im Rahmen einer behandlungsfreien Zeit einmal jährlich überprüft wird [1].

Pharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Kinder unter drei Jahren sollen generell nicht medikamentös behandelt werden und auch bei älteren Kindern ist bis zur Einschulung die psychosoziale Intervention prinzipiell erste Wahl (die meisten Arzneimittel zur ADHS-Behandlung sind erst ab sechs Jahren zugelassen) [2]. Im Schulalter ist die Empfehlung zur Pharmakotherapie im Rahmen der therapeutischen Gesamtstrategie vor allem vom Schweregrad der Symptomatik sowie der Präferenz des jeweiligen Patienten und seiner Familie abhängig [1].

Bei nur leicht ausgeprägter Symptomatik setzt die S3-Leitlinie vorrangig auf psychosoziale Methoden einschließlich Elternteraining und sieht Arzneimittel nur in Einzelfällen vor [2]. Die Gabe von Medikamenten soll Patienten mit mittelschwer ausgeprägter Symptomatik alternativ zu oder in Kombination mit einer intensivierten psychosozialen Intervention angeboten werden. Bei schwerer ADHS soll nach einer intensiven Psychoedukation sogar primär eine Pharmakotherapie angeboten werden, parallel zur psychosozialen Intervention. Werden Medikamente gegeben, soll alle sechs Monate überprüft werden, ob die Fortsetzung der Therapie indiziert ist.

Pharmakotherapie im Erwachsenenalter

Im Erwachsenenalter wird aufgrund der vorliegenden Evidenz eine Pharmakotherapie (neben der Psychoedukation) als primäre Therapieoption auch bei leichter und moderater Ausprägung und Beeinträchtigung angesehen [1].

Die Behandlung von Erwachsenen ab dem 18. Lebensjahr kann mit zwei Methylphenidat-Präparaten mit verzögerter Wirkungsfreisetzung begonnen werden: Medikinet® Adult, Ritalin® Adult oder seit Neuestem auch Methylphenidat AL (Tabelle 1). Die Verschreibung ist bis ins höhere Lebensalter möglich. Cave: Concerta® ist für Erwachsene nicht zugelassen. Die Behandlung der ADHS kann im Erwachsenenalter auch mit Atomoxetin begonnen werden [1].

Wenn Lisdexamfetamin gegeben wird, kann die Behandlung von Erwachsenen mit Elvanse Adult® erfolgen, sofern die Symptome einer bereits seit der Kindheit bestehenden ADHS vorliegen (dies sollte rückblickend bestätigt sein) und eine ADHS von mindestens moderat ausgeprägter Schwere vorliegt [12].

Verordnung

Für **Stimulantien** gelten **Verordnungseinschränkungen nach Nr. 44 Anlage III AM-RL** (z. B. Psychoanaleptika, Psychoenergetika, coffeinhaltige Mittel; ausgenommen bei Narkolepsie).

Stimulantien sind demnach nicht zulasten der GKV verordnungsfähig **außer** bei hyperkinetischer Störung bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS) im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie, wenn sich andere Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben.

Dies gilt für Kinder (ab 6 Jahren) und Jugendliche sowie für Erwachsene (ab 18 Jahren), sofern die Krankheit bereits im Kindesalter bestand. Die retrospektive Erfassung des Vorbestehens einer ADHS im Kindesalter muss anhand eines validierten Instrumentes (Wender-Utah-Rating-Scale-Kurzform [WURS-k]) erfolgen.

Die Arzneimittel dürfen nur von einem **Spezialisten für Verhaltensstörungen** verordnet und unter dessen Aufsicht angewendet werden. Hierzu gehören bei **Kindern und Jugendlichen**:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Nervenheilkunde, für Neurologie und/oder Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- ärztliche Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach § 5 Absatz 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen

Verordnungsberechtigte **Spezialisten bei Erwachsenen** sind:

- Fachärzte für Nervenheilkunde, für Neurologie und/oder Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- ärztliche Psychotherapeuten gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie
- In therapeutisch begründeten Fällen können bei fortgesetzter Behandlung in einer Übergangsphase bis maximal zur Vollendung des 21. Lebensjahres Verordnungen auch von Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen vorgenommen werden

Der Einsatz von Stimulantien ist im Verlauf besonders zu dokumentieren, insbesondere die Dauertherapie über 12 Monate sowie die Beurteilung der behandlungsfreien Zeitabschnitte (Auslassversuch), die mindestens einmal jährlich erfolgen sollten [10].

Dürfen Hausärzte im Einzelfall Verordnungen ausstellen?

In den tragenden Gründen zum Beschluss der Arzneimittel-Richtlinie wird die Möglichkeit eingeräumt, dass Hausärzte in ländlichen Regionen in Ausnahmefällen Folgeverordnungen ausstellen dürfen. Dies ist allerdings nur möglich, wenn die Aufsicht durch einen der oben genannten Spezialisten für Verhaltensstörungen gewährleistet ist [11].

Ausblick

Es gibt verschiedene Fragenkomplexe mit weiterem Forschungsbedarf, die noch nicht **hinreichend beantwortet** sind. Hierzu gehören insbesondere [1]:

- Vergleichende Pharmakotherapiestudien (Head-to-Head-Studien) verschiedener zugelassener ADHS-Medikamente
- Prospektive Studien zur Kombinationsbehandlung mit verschiedenen ADHS-Medikamenten
- Studien zu ADHS mit Beginn im Erwachsenenalter ohne vorhergehende ADHS-Symptome in der Kindheit

Literatur

- [1] Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3-)Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kinder-, Jugend- und Erwachsenenalter (Stand: Juni 2018). AWMF-Registernummer 028-045. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045L_S3_ADHS_2018-06.pdf
- [2] ADHS-Leitlinie: Neuer Rahmen für die Therapie. Pharmazeutische Zeitung 20.06.2018. <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-252018/neuer-rahmen-fuer-die-therapie/>
- [3] Lauer-Taxe online, Stand: 1. Februar 2019
- [4] Fachinformation Methylphenidat - 1 A Pharma® 10 mg Tabletten (Stand: Februar 2017). www.fachinfo.de
- [5] Fachinformation Attentin® 10 mg Tabletten (Stand: Juni 2018). www.fachinfo.de
- [6] Fachinformation Elvanse® Hartkapseln (Stand: Dezember 2017). www.fachinfo.de
- [7] Fachinformation Strattera® Hartkapseln (Stand: Juni 2015). www.fachinfo.de
- [8] Fachinformation Intuniv® (Stand: Oktober 2017). www.fachinfo.de
- [9] Fachinformation Concerta® 27 mg (Stand: Januar 2018). www.fachinfo.de
- [10] Gemeinsamer Bundesausschuss: Anlage III zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL), Stand: 15. Februar 2019. <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/16/> (Zugriff am 16. April 2019)
- [11] Gemeinsamer Bundesausschuss: Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage III Nummer 44 – Stimulantien (vom 16. September 2010). https://www.g-ba.de/downloads/40-268-1347/2010-09-16_AM-RL3_Stimulantien_TrG.pdf (Zugriff am 16. April 2019)
- [12] Fachinformation Elvanse Adult® (Stand: März 2019). www.fachinfo.de
- [13] Kardiopulmonale Nebenwirkungen von ADHS-Medikamenten. Arzneimittelbrief 2018; 52(10): 79–80

🏠 Behandlung von Schlafstörungen

📌 in der hausärztlichen Praxis

Schlafstörungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Deren effektive Behandlung wirkt sich nicht nur auf die Lebensqualität, sondern auch auf die psychische und physische Gesundheit der Betroffenen aus. Die kognitive Verhaltenstherapie zur Insomnie-Behandlung (KVT-I, engl.: CBT-I) existiert seit über 20 Jahren und ist den Hypnotika bezüglich Langzeitwirkung und Sicherheit überlegen. Dennoch findet sie in der Praxis wenig Berücksichtigung, da sie in Deutschland wenig bekannt ist. Im Gegensatz dazu sind Verordnungszahlen für Hypnotika trotz fehlender Zulassung für die Dauertherapie auf stetig hohem Niveau.

Eine Insomnie kann sich als eine Verminderung der Schlafqualität bzw. -quantität manifestieren. Sie äußert sich klinisch als Ein- oder Durchschlafstörung oder Früherwachen, was zu Alltagseinschränkungen wie Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und Müdigkeit führen kann.

Die akute Insomnie kann durch psychologische Stressoren, Umweltfaktoren (z. B. Lärm, Hitze) oder körperliche Beschwerden (z. B. Schmerzen, Krankheiten) ausgelöst werden. Bei nur vorübergehender Störung ist eine weitere Therapie nicht notwendig. Bei circa zwei Drittel der Betroffenen kommt es jedoch zu einer Chronifizierung der Insomnie, welche einer Behandlung bedarf [1]. Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) hat Prävalenzen von 11 % für Einschlafstörungen, 23 % für Durchschlafstörungen und von 5,7 % für ein Insomniesyndrom (mit Tagesbeeinträchtigung durch Müdigkeit/Erschöpfung) ergeben [2, 3]. Frauen und ältere Personen sind häufiger betroffen. Oft liegen Begleiterkrankungen aus dem internistischen, neurologischen oder psychiatrischen Bereich vor [1].

Modell zur Chronifizierung der Insomnie

Das favorisierte Modell (sogenanntes **3-P-Modell**) von Spielman und Kollegen zur Entstehung von Schlafstörungen postuliert ein Zusammenspiel von

- prädisponierenden Faktoren wie Genetik und Persönlichkeitsfaktoren (erhöhte Ängstlichkeit, Perfektionismus) (**Predisposing**),
- umweltbedingten, psychischen oder körperlichen auslösenden Faktoren wie z. B. Lärm, Hitze, Stress, Angst, Schmerzen (**Precipitating**) und
- aufrechterhaltenden Faktoren wie dysfunktionales Verhalten und Denken (**Perpetuating**).

Eine Chronifizierung (ab einer Dauer von drei Monaten) findet statt, wenn die Ein- und/oder Durchschlafstörungen bestehen bleiben, obwohl der Auslöser weggefallen ist. Die Angst der Patienten, dass sie nachts wieder nicht schlafen können, geht mit einer körperlichen und psychischen Anspannung einher. Dysfunktionales Schlaf-Wach-Verhalten (z. B. Verlängerung der Bettliegezeiten, Nachholen von Schlaf am Wochenende, Mittagsschlaf) ist kontraproduktiv, indem es den Schlafdruck verringert und so das Ein- bzw. Durchschlafen erschwert. Ebenfalls ungünstig sind Schonung und sozialer Rückzug tagsüber. Stattdessen kann eine aktive Tagesgestaltung gegen Müdigkeit wirken und Grundlage für einen guten zirkadianen Rhythmus und somit für einen tiefen und kontinuierlichen Nachtschlaf sein [1].

Diagnostik

Viele Patienten mit Schlafstörungen wenden sich von sich aus an ihren Hausarzt. Dennoch sollten auch Patienten, die keine Schlafstörungen erwähnen, regelmäßig nach der Schlafqualität befragt werden. Die Diagnose der Insomnie kann meist bereits durch eine sorgfältige (Schlaf-)Anamnese (einschließlich Medikamentenanamnese) und körperliche Untersuchung gestellt werden. Zum Ausschluss der häufigsten internistischen Ursachen sollten Laboruntersuchungen (TSH, Hb, Ferritin, CRP, Vitamin B₁₂, Leberwerte) durchgeführt werden. Insbesondere bei neurologischen oder psychiatrischen Komorbiditäten ist oft eine interdisziplinäre Abklärung notwendig [1].

Therapie

Als Therapie der ersten Wahl empfehlen aktuelle Leitlinien die speziell für die Insomnie entwickelte kognitive Verhaltenstherapie (KVT-I; engl.: CBT-I, cognitive behavioral therapy for insomnia) (Tabelle 1) [1, 3]. Der Einsatz des Gesamtprogramms ist auf maximal sechs Sitzungen angelegt. Einzelne Bestandteile können ohne Weiteres direkt in die hausärztliche Praxis übernommen werden (auch bei Internet-basiertem Vorgehen) [3]. Die enthaltenen Verfahren sind [1, 3]:

1. Entspannung I: Körperliche Entspannung, progressive Muskelrelaxation
2. Entspannung II: Gedankliche Entspannung, Ruhebild, Fantasiereise, Achtsamkeit
3. Verhaltensbezogene Techniken für einen gesunden Schlaf einschließlich Informationen zu Schlaf und Schlafstörungen: Schlafhygiene, Schlaf-Wach-Rhythmus-Strukturierung, Erhöhung des Schlafdrucks durch Beschränkung der Bettliegezeit und Reassoziaton des Stimulus „Bett“ mit „Schlaf“ (der Patient soll nur dann zu Bett gehen, wenn er müde/schläfrig ist, und bei Wachphasen aufstehen)
4. Kognitive Techniken I: Erkennen kognitiver Teufelskreise und sich selbst erfüllender Prophezeiungen, Gedankenstuhl
5. Kognitive Techniken II: Identifikation, Hinterfragen und Verändern dysfunktionaler Gedankenkreisläufe und Einstellungen zum Schlaf und den Auswirkungen von Schlafmangel auf den Tag

Es wurde gezeigt, dass KVT-I die Einschlafzeit und die nächtliche Wachzeit verringert, die Schlafeffizienz verbessert und die totale Schlafzeit verlängert [1].

Im Vergleich zu Hypnotika ist zu beachten, dass der Wirkungseintritt der KVT-I verzögert ist und dem Patienten aufgrund des zeitlichen Aufwands eine erhöhte Bereitschaft zur Therapieadhärenz abverlangt wird.

Zopiclon/Zolpidem in Baden-Württemberg

Eine Analyse der KVBW ergab, dass im Jahr 2018 133.978 Patienten mindestens eine Verordnung sogenannter Z-Drugs zulasten der GKV erhalten haben (die Dunkelziffer der Privatverordnungen kann nicht quantifiziert werden). Dies entspricht ca. 1,5 % der GKV-Versicherten in Baden-Württemberg. Davon erhielten 59.219 Patienten im genannten Zeitraum nur eine Verordnung, was für eine Versorgung gemäß Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) spricht – diese schränkt die Leistungspflicht der Krankenkassen auf einen Verordnungszeitraum von maximal vier Wochen ein. Eine Reichweitenanalyse legt nahe, dass von den 74.759 Patienten, die mehr als eine Verordnung erhalten haben, 29.117 Patienten (dies entspricht 38,9 %) kontinuierlich mit Z-Wirkstoffen über einen Zeitraum von mindestens 100 Tagen versorgt wurden.

Die Anwendung von Hypnotika (Tabelle 1) sollte nur dann erfolgen, wenn KVT-I nicht verfügbar ist oder keine Wirkung zeigt. Grundsätzlich sollten vor der medikamentösen Behandlung von Schlafstörungen immer nicht-medikamentöse Maßnahmen stehen. Für akute Situationen ist die Effektivität von Hypnotika gut belegt. Hierbei sollten Präparate mit kurzer Halbwertszeit zur Vermeidung von Hang-over-Effekten (je nach Präparat verstärkt bei Frauen und/oder älteren Personen) bevorzugt werden. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die meisten Wirkstoffe bei älteren Patienten nach der PRISCUS- bzw. FORTA-Liste als potenziell inadäquat oder zumindest fragwürdig eingestuft werden [6, 7]. Falls eine medikamentöse Therapie unumgänglich ist, sollten Z-Substanzen gegenüber klassischen Benzodiazepinen aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils und des geringeren Abhängigkeitspotenzials vorgezogen werden [1].

Tabelle 1: Behandlungsoptionen bei Schlafstörungen [1, 4]

Therapieansatz	Zugelassene Indikationen	Bewertung nach PRIS-CUS-Liste ¹ [7]	Bewertung nach FORTA-Liste ² [8]	Evidenz/Empfehlung, sonstige Kommentare
Verhaltenstherapie				
Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I)				<ul style="list-style-type: none"> Therapie der 1. Wahl bei Erwachsenen jeden Alters Sehr gute Evidenz, stabile Langzeiteffekte Effektivität „face to face“ > Internet-basiert > Selbsthilfebücher
Pharmakotherapie				
Benzodiazepine und Benzodiazepin-Rezeptoragonisten (Z-Substanzen)				
Zolpidem 10 mg/d (Frauen und Patienten > 65 Jahre: 5 mg/d)	Schlafstörungen (Kurzzeitbehandlung)	2,24	C	<ul style="list-style-type: none"> Wirksam für Kurzzeitbehandlung (≤ 4 Wochen), sehr gute Evidenz Präparate mit kurzer Halbwertszeit bevorzugen
Zopiclon 7,5 mg/d (Patienten > 65 Jahre: 3,75 mg/d)	Schlafstörungen (Kurzzeitbehandlung)	2,33	C	<ul style="list-style-type: none"> Langzeitbehandlungen vermeiden (fehlende Evidenz)
Triazolam 0,125 bis max. 0,250 mg/d	Schlafstörungen (Kurzzeitbehandlung)	2,19	D	<ul style="list-style-type: none"> Cave! Verordnungseinschränkung gemäß Nr. 32 Anlage III AM-RL: Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa sind nicht zulasten der GKV verordnungsfähig zur Behandlung von Schlafstörungen, ausgenommen zur Kurzzeittherapie bis zu 4 Wochen oder für eine länger als 4 Wochen dauernde Behandlung in medizinisch begründeten Einzelfällen.
Temazepam 10–20 mg/d (ältere Patienten: 10 mg/d)	Schlafstörungen (Kurzzeitbehandlung)	2,31	k. A.	
Sedierende Antidepressiva				
Mirtazapin 7,5–15 mg/d	Major Depression	k. A.	C	<ul style="list-style-type: none"> Wirksam für Kurzzeitbehandlung Kein Wirksamkeitsnachweis bei Langzeitbehandlung Potenzielle Nebenwirkungen (bei Trizyklika insbesondere anticholinerge Effekte und QT-Verlängerung) Cave! Off-Label-Use bei nicht vorliegender Depression
Trazodon 12,5–50 mg/d (unretardiert)	Major Depression	k. A.	C	
Trimipramin 5–50 mg/d	Major Depression	2,44	k. A.	
Doxepin 5–50 mg/d	Depressive Erkrankungen, Angstsyndrome, leichte Entzugssyndrome bei Alkohol-, Arzneimittel- oder Drogenabhängigkeit	2,17	D	
H₁-Antihistaminika				
Diphenhydramin	Cave! Unterschiedliche zugelassene Indikationen (Schlafstörungen versus Übelkeit u. ä.)	1,82	D	<ul style="list-style-type: none"> Nicht empfohlen Kein Wirksamkeitsnachweis Potenzielle Nebenwirkungen (anticholinerge Effekte, QT-Verlängerung) bei langer Wirkdauer Cave! Keine Verordnung auf Kassenrezept, da verschreibungsfreie Wirkstoffe, teilweise off-label
Doxylamin (z. B. Hoggar® Night)	Schlafstörungen (Kurzzeitbehandlung)	2,00	D	

¹ PRIS-CUS-Liste: 1: Arzneistoff ist sicher potenziell inadäquat für ältere Patienten; 2: Arzneistoff ist potenziell inadäquat für ältere Patienten; 3: unentschieden; 4: Arzneistoff ist nicht potenziell inadäquat für ältere Patienten; 5: Arzneistoff ist sicher nicht potenziell inadäquat für ältere Patienten.

² FORTA-Liste: A: Arzneimittel schon geprüft an älteren Patienten in größeren Studien, Nutzenbewertung eindeutig positiv; B: Wirksamkeit bei älteren Patienten nachgewiesen, aber Einschränkungen bezüglich Sicherheit und Wirksamkeit; C: ungünstige Nutzen-Risiko-Relation für ältere Patienten, erfordern genaue Beobachtung von Wirkungen und Nebenwirkungen, sind nur ausnahmsweise erfolgreich, bei > 3 Arzneimitteln gleichzeitig als erste weglassen, Alternativen suchen; D: diese Arzneimittel sollten fast immer vermieden werden, Alternativen finden.

k. A.: keine Angabe

Therapieansatz	Zugelassene Indikationen	Bewertung nach PRISCUS-Liste ¹ [7]	Bewertung nach FORTA-Liste ² [8]	Evidenz/Empfehlung, sonstige Kommentare
Antipsychotika				
Chlorprothixen	Psychomotorische Unruhe und Erregungszustände im Rahmen akuter psychotischer Syndrome, maniforme Syndrome	k. A.	k. A.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nicht empfohlen aufgrund eines ungünstigen Nutzen-Risiko-Profiles bei Insomnie (bei gerontopsychiatrischen Patienten können niedrigpotente Antipsychotika gegebenenfalls als Schlafmittel gegeben werden [3])
Olanzapin	Schizophrenie, mäßig schwere bis schwere manische Episoden, Phasenprophylaxe bei bipolarer Störung, wenn die manische Episode auf Olanzapin angesprochen hat	2,43	C	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nebenwirkungen erheblich ■ Evidenz gering ■ Cave! Off-Label-Use
Quetiapin	Schizophrenie, bipolare Störungen	k. A.	C	
Melatonin und Melatonin-Rezeptor-Agonisten				
Melatonin (Circadin®)	Primäre, durch schlechte Schlafqualität gekennzeichnete Insomnie bei Patienten ab 55 Jahren (Behandlungsdauer bis zu 13 Wochen)	k. A.	B (C bei Demenz-assoziierten Schlafstörungen)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nicht empfohlen, wenig effektiv bei Insomnie ohne zirkadiane Rhythmusstörung ■ Evidenz gering ■ Cave: Off-Label-Use (teilweise Beschränkung auf spezielle Indikationen)
Melatonin (Slenyto®)	Schlafstörungen (Insomnie) bei Kindern und Jugendlichen (2–18 Jahre) mit Autismus-Spektrum-Störung (ASS) und/oder Smith-Magenis-Syndrom, wenn Schlafhygienemaßnahmen unzureichend waren	k. A.	k. A.	
Agomelatin (Valdoxan®, Generika; Melatonin-Rezeptor-Agonist)	Major Depression bei Erwachsenen	k. A.	D	
Tasimelteon (Hetlioz®; Melatonin-Rezeptor-Agonist)	Behandlung des Nicht-24-Stunden-Schlaf-Wach-Syndroms bei völlig blinden Erwachsenen	k. A.	k. A.	
Phytotherapie (Baldrian, Hopfen, Kamille, Passionsblume)				<ul style="list-style-type: none"> ■ Nicht empfohlen ■ Fehlender Wirksamkeitsnachweis
Alternative Behandlungsmethoden				
Lichttherapie, Sport				<ul style="list-style-type: none"> ■ Ergänzend möglicherweise hilfreich, Evidenz gering ■ Lichttherapie bei Insomnie mit zirkadianen Störungen und saisonaler Depression empfohlen
Akupunktur, Aromatherapie, Fussreflexzonen-Behandlung, Meditation, Moxibustion, Yoga				<ul style="list-style-type: none"> ■ Nicht empfohlen, Evidenz gering

Häufigste Nebenwirkungen von Hypnotika sind: Toleranzentwicklung, Abhängigkeit, Stürze, Somnolenz und erhöhte Unfallneigung. Beim Absetzen können die Insomnie-Symptome zudem im Sinne eines Rebound-Effekts wieder auftreten [4]. Es gibt aktuelle Berichte, die auf die seltenen, jedoch bedrohlichen Folgen von Schlafwandeln unter Z-Substanzen (z. B. Zolpidem) hinweisen [5].

Es gibt Hinweise, dass KVT-I bei Hypnotika-Ausschleichversuchen (siehe Verordnungsforum 26) unterstützend wirken kann und Patienten, bei denen ein Entzug angestrebt wird, angeboten werden sollte. Randomisierte klinische Studien, die einen klaren Nutzen belegen, stehen jedoch noch aus [1].

Das Vorliegen von Komorbiditäten (z. B. Depression, Angststörung, Restless-Legs-Syndrom, Schlafapnoe) kann differenzierte Empfehlungen zur Behandlung von Schlafstörungen zur Folge haben. Hierbei ist individuell abzuwägen, ob die Insomnie oder die Komorbidität zuerst oder ob beide gleichzeitig behandelt werden sollen [1].

Die KBV hat im letzten Jahr eine Patienteninformation zum Thema „Insomnie“ veröffentlicht, in der auch Links zu den zugrunde liegenden Leitlinien enthalten sind [6].

Abrechnung der kognitiven Verhaltenstherapie

KVT kommt bei entsprechender Indikation zur Richtlinien-therapie in erster Linie i. R. der psychotherapeutischen Sprechstunde (GOP 35151), einer eventuellen Akutbehandlung (GOP 35152) jeweils i. S. einer Verhaltenstherapie nach den GOP ab 35421, insbesondere auch in der Gruppe ab GOP 35543, in Frage. Patienten sollten demnach ggf. an Leistungserbringer mit den jeweiligen Möglichkeiten überwiesen werden.

Fazit

- Schlafstörungen sollten aktiv erfragt, akute Auslöser identifiziert und bei Chronifizierung spezifisch behandelt werden, auch wenn eine Komorbidität vorliegt.
- Die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) sollte mit dem Patienten diskutiert und der Einsatz von Schlafmitteln nach Möglichkeit vermieden werden.
- Bei pharmakologischer Behandlung sind Z-Substanzen mit kurzer Halbwertszeit oder sedierende Antidepressiva die Mittel der Wahl. Die Therapiedauer sollte so kurz wie möglich (höchstens vier Wochen) sein.

Literatur

- [1] Maire M, Duss SB, Gast H et al.: Insomnie. Swiss Med Forum 2019; 19: 292–8
- [2] Schlack R, Hapke U, Maske U, Busch MA, Cohrs S: Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 2013; 56: 740–8. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/1502/280M9cgqeFQY.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Zugriff am 28.06.2019)
- [3] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.: Insomnie bei Erwachsenen – DEGAM-Anwenderversion zur S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“. AWMF-Register-Nr. 063-003. Stand: Mai 2017. https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/Interdisziplinaere%20Leitlinien/063-003_Insomnie/063-003_DEGAM%20Anwenderversion_17-06-2017.pdf (Zugriff am 28.06.2019)
- [4] www.fachinfo.de
- [5] Z-Drugs: FDA warnt vor auch tödlichen Folgen von Schlafwandeln. arznei-telegramm 2019; 50(5): 48
- [6] Kassenärztliche Bundesvereinigung: Patienteninformation Insomnie (Stand: August 2018). <https://www.kbv.de/html/36196.php>, https://www.kbv.de/html/1150_36232.php, <https://www.patienteninformation.de/kurzinformationen/gesundheits-allgemein/insomnie> (Zugriff am 08.07.2019)
- [7] Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA: PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen. Stand: 01.02.2011. http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf (Zugriff am 01.07.2019)
- [8] Pazan F, Weiß C, Wehling M: The FORTA List „Fit for The Aged“, Expert Consensus Validation 2018. <https://www.umm.uni-heidelberg.de/klinische-pharmakologie/forschung/forta-projekt-deutsch/> (Zugriff am 01.07.2019)

§ Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten und Zuzahlungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Nicht selten äußern betroffene Praxen bei Nachforderungen (früher: Regressen) im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen den Verdacht, Rabatte und Zuzahlungen seien nicht korrekt berücksichtigt worden. Vor allem bei den vertraglichen Rabatten ist die Skepsis gegenüber Krankenkassen(verbänden) und den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen aufgrund mangelnder Transparenz groß. Zeit, diesem Verdacht nachzugehen.

Grundsätzlich hat jedes verschreibungspflichtige Arzneimittel überall in Deutschland denselben Preis (Ausnahme: Arzneimittel, die aus dem Ausland geliefert werden, unterliegen nicht der Preisbindung). Dies gilt auch für verschreibungsfreie Arzneimittel, die zulasten der GKV abgegeben werden. Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) [1]. Der in der Praxissoftware angegebene Apothekenverkaufspreis ist aber nicht gleichbedeutend mit den effektiven Ausgaben einer Krankenkasse und damit auch nicht mit dem Betrag, mit dem der Arzt im Fall eines rechtswirksamen Regressbescheids belastet wird (siehe Abbildung 1).

Wenn ein Arzneimittelrezept in der Apotheke beliefert und anschließend vom Apotheker abgerechnet wird, fließt zunächst der Brutto-Apothekenverkaufspreis des abgegebenen Arzneimittels (= Netto-Apothekenverkaufspreis plus 19 % Mehrwertsteuer) in das Verordnungsvolumen der Praxis ein. Rabatte, ob gesetzliche oder vertragliche, sowie Zuzahlungen (die von nicht-zuzahlungsbefreiten Patienten zu leisten sind) werden erst im Rahmen einer Prüfung abgezogen (dies gilt für statistische Wirtschaftlichkeitsprüfungen gleichermaßen wie für Einzelfallprüfungen).

Vertragliche Rabatte aus Rabattverträgen

§ 130a SGB V: Rabatte der pharmazeutischen Unternehmen, Absatz 8: „Die Krankenkassen ... können mit pharmazeutischen Unternehmern Rabatte für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel vereinbaren. ... Rabatte nach Satz 1 sind von den pharmazeutischen Unternehmern an die Krankenkassen zu vergüten. ... Die Vereinbarung von Rabatten nach Satz 1 soll für eine Laufzeit von zwei Jahren erfolgen. ...“

Pharmazeutische Hersteller und Krankenkassen sind vertraglich zur Geheimhaltung der Höhe der vertraglichen Rabatte verpflichtet.

Bei den Krankenkassen handelt es sich um eine mit öffentlichen Aufgaben betraute juristische Person des öffentlichen Rechts (Körperschaft des öffentlichen Rechts), die hoheitliche Staatsaufgaben wahrnimmt. Die Krankenkassen sind zur besonderen Einhaltung ihrer öffentlich-rechtlichen Aufgaben verpflichtet. Daher ist die Zusicherung, dass mindestens der vertraglich vereinbarte Rabattbetrag im Rahmen von Prüfverfahren mitgeteilt wird, für die Gemeinsame Prüfungsstelle als Nachweis für einen eingetretenen Schaden ausreichend.

Neben den vertraglichen Rabatten existieren weitere Abschläge wie z. B. der gesetzliche Apothekenabschlag und der gesetzliche Herstellerabschlag (vgl. Abbildung 1). Dieser variiert zwischen 7 % des Herstellerabgabepreises für nicht-festbetragsgebundene Arzneimittel und 10 % für festbetragsgebundene Arzneimittel.

Bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung (bis 2016: Richtgrößenprüfung, seit 2017: praxisindividuelle Richtwertprüfung) findet ein Abgleich des Verordnungsvolumens einer Praxis mit dem praxisindividuellen Richtgrößen-/Richtwertvolumen statt (Berechnung jeweils anhand der Brutto-Verkaufspreise). Wenn die Praxis mit ihrem Verordnungsvolumen nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten das Richtgrößen-/Richtwertvolumen um mehr als 25 % überschreitet, wird ein Prüfverfahren eingeleitet (Abbildung 1).

Im Fall einer tatsächlichen Nachforderung (früher: Regress) werden Rabatte und Zuzahlungen von der vorläufigen Bruttoregresssumme der Praxis abgezogen. In diesem Zusammenhang fordert die Gemeinsame Prüfungsstelle, die die Prüfungen durchführt, die praxisindividuelle Höhe der Rabatte und Zuzahlungen von den Krankenkassen(verbänden) an und berechnet daraus die praxisindividuellen Quoten, die im Rahmen des Prüfverfahrens in Abzug gebracht werden müssen (ggf. unterteilt nach kollektiv- und selektivvertraglichem Bereich).

Bei den Zuzahlungen wird mindestens die Zuzahlungsquote der Vergleichsgruppe (= Fachgruppe, mit deren Richtgröße bzw. Richtwert die Praxis verglichen wird) abgezogen. Liegt die Zuzahlungsquote der geprüften Praxis oberhalb des Wertes ihrer Vergleichsgruppe, wird die tatsächliche praxisindividuelle Zuzahlungsquote abgezogen (Abbildung 1), was sich für die Praxis positiv auswirkt.

Die Gemeinsame Prüfungsstelle setzt nur dann eine Nachforderung (früher: Regress) fest, wenn die Krankenkasse eine Berechnung des tatsächlichen Schadens ermöglicht. Dies gilt sowohl für statistische Wirtschaftlichkeitsprüfungen als auch für Einzelfallprüfungen.

Abbildung 1: Beispielfall zur Berücksichtigung von Rabatten und Zuzahlungen bei statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfungen wie Richtgrößen- bzw. Richtwertprüfungen in der Berechnung der Nettoregresssumme (Nettonachforderungssumme) (GPS: Gemeinsame Prüfungsstelle)

Verordnungsvolumen der Praxis (nach Berücksichtigung aller Praxisbesonderheiten) überschreitet das praxisindividuelle Richtwertvolumen um mehr als 25 %.
→ Bruttoregresssumme sei beispielhaft 35.625,80 €



Die Krankenkassen und Kassenverbände teilen der GPS ihre jeweiligen Rabatt- und Zuzahlungsquoten für die jeweils betroffene Praxis mit.



GPS berechnet kassenübergreifende Rabatt- und Zuzahlungsquote je Praxis:

- Rabattquote der Praxis: 9,33 %, diese setzt sich aus folgenden Positionen zusammen:
 - gesetzliche Apothekenabschläge (1,57 %)
 - gesetzliche Herstellerabschläge (3,04 %)
 - vertragliche Herstellerrabatte (4,72 %)
- Zuzahlungsquote der Praxis: 9,03 %, Zuzahlungsquote der Vergleichsgruppe 9,81 %
→ in diesem Fall erhöht sich die zu berücksichtigende Zuzahlungsquote für die Praxis auf 9,81 %.



Berechnung der Nettoregresssumme durch Abzug von $9,33 \% + 9,81 \% = 19,14 \%$ von der Bruttoregresssumme für den Prüfbescheid der GPS.
Bruttoregresssumme: 35.625,80 € → Nettoregresssumme: 28.807,02 €
Differenz: 6.818,78 € (entspricht 19,14 %)

Fazit

- Die Rabatte, sowohl die gesetzlichen als auch die vertraglichen, werden im Rahmen der Prüfverfahren berücksichtigt, indem ein Abzug von der vorläufigen Bruttoregresssumme (Bruttonachforderungssumme) zugunsten der Praxis erfolgt.
- Die Krankenkassen sind verpflichtet, praxisindividuelle Rabattquoten an die Gemeinsame Prüfungsstelle zu liefern. Die tatsächliche Höhe der vertraglichen Rabatte wird geheim gehalten.
- Auch die Zuzahlungen werden von der Bruttoregresssumme abgezogen.

Literatur

- [1] ABDA: Beispielrechnung: Fertigarzneimittel und Rezepturen.
<https://www.abda.de/service/fakten-zahlen/statistik/beispielrechnung/>
(Zugriff am 04.07.2019)



Einzelfallprüfungen bei Arzneimitteln

Im Verordnungsforum 49 informierten wir Sie darüber, dass Krankenkassen in Baden-Württemberg in den letzten Jahren vermehrt die Möglichkeit nutzen, Einzelfallprüfanträge beispielsweise bei Verstößen gegen Verordnungsausschlüsse oder -einschränkungen der Arzneimittel-Richtlinie zu stellen. Gleichzeitig hatten wir angekündigt, in loser Reihenfolge in den nächsten Ausgaben des Verordnungsforums einzelne Beanstandungen näher zu analysieren und Ihnen wichtige Hinweise und Hilfestellungen zur Verordnung zu geben. Aktuell wollen wir die Prüfanträge zu Reboxetin im Zusammenhang mit der Arzneimittel-Richtlinie (Nummer 51 aus Anlage III) näher beleuchten.

Reboxetin (Edronax®* oder Solvex®)

Beide Arzneimittel, die zur Behandlung akuter depressiver Erkrankungen (Major Depression) zugelassen sind, enthalten Reboxetin als Wirkstoff. Da Reboxetin gemäß Nummer 51 Anlage III AM-RL von der Verordnung zulasten der GKV ausgeschlossen ist [1], liegen uns Einzelfallprüfanträge verschiedener Krankenkassen bei Verordnung dieser Arzneimittel mit Hinweis auf den genannten Ausschluss vor [2, 3].

➔ Seit 1. Juli 2012 sind die Software-Hersteller dazu verpflichtet, Verordnungs Ausschlüsse zum Beispiel nach Anlage III AM-RL im PVS-System zu hinterlegen. Bitte orientieren Sie sich an diesen Hinweisen zur Verordnungsfähigkeit [6].

Hintergrund

Der Ausschluss erfolgte auf Grundlage einer Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Dieses sah für Reboxetin keine Belege für einen Nutzen in der Behandlung von Patienten mit Depressionen sowohl in der Kurzzeitakuttherapie als auch in der Rückfallprävention im Vergleich zu Placebo. Darüber hinaus wurden Belege und Hinweise für Schäden unter Reboxetin im Vergleich zu Placebo und anderen Antidepressiva gefunden.

Im Vergleich zu selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) gab es einen Beleg für einen geringeren Nutzen von Reboxetin in der Kurzzeitakuttherapie für die Remission und die Response.

Da sowohl der Nutzenbeleg gegenüber Placebo fehlt, der Nutzen gegenüber SSRI geringer ist und auch Belege für Schäden vorhanden sind, stuft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Reboxetin für die Behandlung von Depressionen als therapierelevant unterlegen und damit als unzumutbar ein.

Für die Behandlung von Depressionen stehen nach Ansicht des G-BA Alternativen zur Verfügung, deren Nutzen im Unterschied zu der Behandlung mit Reboxetin dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, so dass die Behandlung mit Reboxetin auch medizinisch nicht notwendig ist [4].

Medizinische Begründung im Einzelfall

Ein Prüfantrag muss nicht in allen Fällen zu einer Nachforderung führen, denn in seltenen medizinischen Einzelfällen kann die Verordnung zulasten der Krankenkasse nach § 16 Absatz 5 der Arzneimittel-Richtlinie ausnahmsweise begründet sein. Die Wirkstoffauswahl muss anhand der Dokumentation, die nachweislich zum Zeitpunkt der Verordnung bestand, innerhalb der Stellungnahmefrist belegt werden. In der Vergangenheit hat die Gemeinsame Prüfungsstelle (GPS) Verordnungen von Edronax® oder Solvex® in Einzelfällen anerkannt, wenn anhand der vorgelegten Dokumentation medizinisch nachvollziehbar alle therapeutischen Alternativen nicht zum gewünschten Behandlungserfolg geführt haben oder kontraindiziert waren. Dabei handelt es sich immer um eine individuelle Entscheidung anhand des dargestellten Krankheitsbildes unter Berücksichtigung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses von Reboxetin, die nicht zu einer allgemeinen Ableitbarkeit führen kann.

CAVE!

Wenn allerdings die Verordnung zur Behandlung von Depressionen mit Reboxetin ohne Vorliegen von medizinisch begründeten Besonderheiten erfolgte, kam die GPS

* Edronax® wird vom Originalanbieter seit November 2018 nicht mehr vertrieben, Reimporte von Edronax® sind dagegen noch im Handel.

nach Untersuchung des Einzelfalls zu dem Ergebnis, dass der Prüfantrag der Krankenkassen zu Recht gestellt wurde. Die Anforderungen an den medizinisch begründeten Einzelfall werden seitens der GPS sehr hoch angesetzt. Dieser liegt nach Ansicht der GPS nicht vor, wenn weitere Behandlungsalternativen mit Antidepressiva vorhanden waren, die im Einzelfall nicht genutzt wurden. Dabei soll der Arzt darlegen können, mit welchem Wirkstoff in welcher Dosierung eine Therapie durchgeführt wurde und ob eventuelle Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen bestanden.

→ Unter dem Titel „Welches Antidepressivum bei Tamoxifen?“ hatten wir im **Verordnungsforum 33** eine **Verordnung von Reboxetin als eine mögliche Therapieoption bei depressiver Episode** genannt.

Leitlinie Behandlung der Depression

Eine Behandlung mit Antidepressiva ist insbesondere bei mittelgradigen und schweren depressiven Episoden indiziert. Dabei besitzen alle zugelassenen chemischen Antidepressiva bei ambulanter Anwendung eine vergleichbare antidepressive Wirksamkeit, unterscheiden sich aber bezüglich des Nebenwirkungs- und Interaktionsprofils. Zur Behandlung stehen die Substanzklassen der tri- und tetrazyklischen Antidepressiva, der selektiven Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI) sowie der Monoaminoxidase-(MAO-)Inhibitoren, neben verschiedenen Substanzen wie Venlafaxin, Duloxetin, Mirtazapin, Mianserin, Trazodon, Bupropion, Agomelatin oder Tianeptin, zur Verfügung. Aufgrund der mangelnden Wirksamkeit gegenüber Placebo ist Reboxetin allerdings nicht mehr für die klinische Praxis zu empfehlen. Die Wirkmechanismen der Antidepressiva sind weiterhin unklar. Daher ist es nicht möglich vorauszusagen, ob und wann ein Patient auf ein bestimmtes Antidepressivum anspricht. Antidepressiva der verschiedenen Substanzklassen oder Substanzen führen bei leichten Depressionen nicht zu einer schnelleren Besserung als Placebo. Der Heilungsprozess wird jedoch durch Antidepressiva bei wesentlich mehr Patienten angestoßen als mit Placebo [7].

Fazit

- Reboxetin ist nach Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie grundsätzlich von der Verordnungsfähigkeit zulasten der GKV ausgeschlossen. Einzelfallprüfanträge liegen beispielsweise zu Edronax® oder Solvex® vor.
- Nach der nationalen Versorgungsleitlinie ist Reboxetin nicht mehr für die klinische Praxis zu empfehlen.
- Zur Behandlung der Depression stehen Alternativen zur Verfügung, deren Nutzen im Unterschied zu der Behandlung mit Reboxetin dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht.
- Reboxetin kann unter Berücksichtigung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses im begründeten Einzelfall ausnahmsweise verordnet werden, wenn anhand der vorgelegten Dokumentation medizinisch nachvollziehbar alle therapeutischen Alternativen nicht zum gewünschten Behandlungserfolg geführt haben oder kontraindiziert waren.

Literatur

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss: Arzneimittel-Richtlinie Anlage III: Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse. <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/16/> (Zugriff am 23.05.2019). https://www.g-ba.de/downloads/40-268-1526/2010-09-16_AM-RL3_Reboxetin_ZD.pdf
- [2] Fachinformation Edronax® Reimporte (Stand: Juni 2016). Lauer-Taxe: Edronax® Pfizer (Zugriff am 08.05.2019)
- [3] Fachinformation Solvex® (Stand: Dezember 2015). www.fachinfo.de
- [4] Gemeinsamer Bundesausschuss: Zusammenfassende Dokumentation über die Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage III – Übersicht der Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse – Reboxetin – vom 16. September 2010
- [5] Welches Antidepressivum bei Tamoxifen? *Verordnungsforum* 2015; 33: 17–8
- [6] GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung: Bundesmantelvertrag – Ärzte Anlage 23: Anforderungskatalog nach § 73 Abs. 8 SGB V für Verordnungssoftware/Arzneimitteldatenbanken. <http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php>
- [7] S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie: Unipolare Depression, Langfassung, 2. Auflage, 2015, Version 5, AWMF-Register-Nr.: nvl-005. <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2auf1-vers5-lang.pdf>

§ Neue Regelung zur Nachforderungsbegrenzung



Seit dem 1. Januar 2017 gilt in Baden-Württemberg eine neue Prüfvereinbarung für Verordnungen, die nach diesem Datum datiert sind. Diese ist vom Gesetzgeber vorgeschrieben und regelt unter anderem, wie und in welchem Umfang die vorgeschriebene statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Vertragsärzten durchgeführt wird. Darunter fällt in Baden-Württemberg die kalenderjährliche Arznei- und Heilmittel-Richtwertprüfung. Für diesen Bereich (nicht aber für Prüfungen im Einzelfall) konnten wir diverse Mechanismen aushandeln, die die Praxen im Falle einer Auffälligkeit schützen. Nachdem wir im Verordnungsforum 41 die Amnestieregelung und im Verordnungsforum 46 den Weltpenschutz vorgestellt haben, möchten wir hier nun einige Details zur Nachforderungsbegrenzung erläutern.

Unter einer Nachforderungsbegrenzung können Sie sich eine „Regressbegrenzung“ vorstellen. Der Gesetzgeber hat im Gesetz das Wort „Regress“ durch „Nachforderung“ ausgetauscht. Dementsprechend musste auch in der Prüfvereinbarung diese neue Begrifflichkeit eingeführt werden. Sie gewinnen durch die Nachforderungsbegrenzung zwei Vorteile:

1. Im Falle einer erstmaligen Nachforderung wird diese auf 10 % des GKV-Gesamthonorars Ihrer Praxis im Prüfzeitraum begrenzt.
2. Bei einer erneuten Nachforderung kommt es zu einer Begrenzung auf 25 % des GKV-Gesamthonorars.

Damit Sie von dieser Nachforderungsbegrenzung profitieren, müssen grundsätzlich vier **Voraussetzungen** erfüllt sein (vgl. § 15 Absatz 4 der Prüfvereinbarung):

1. Richtwertprüfung oder Durchschnittswertprüfung

Die Nachforderungsbegrenzung greift nur bei Richtwertprüfungen und bei Durchschnittswertprüfungen der Verordnungsweise. Beachten Sie, dass Arzneimittel und Heilmittel unabhängig voneinander geprüft und betrachtet werden. Bei der Einzelfallprüfung findet keine Nachforderungsbegrenzung statt.

2. Erste oder zweite Nachforderung

Die Nachforderungsbegrenzung greift nur, wenn es sich bei der Nachforderung um die erste oder zweite Nach-

forderung gegen die betroffene Praxis (mit gleichbleibender BSNR) handelt. Die erste und zweite Nachforderungsbegrenzung kann nur einmalig angewendet werden.

3. Höhe der Nachforderung

Die Nachforderungsbegrenzung greift nur, wenn der Nachforderungsbetrag höher als 5.000 € ist.

4. Einwilligung der betroffenen Praxis

Die Nachforderungsbegrenzung greift nur, wenn der betroffene Arzt/die Praxis im Rahmen des Prüfverfahrens einwilligt, dass die benötigten Daten zur Berechnung des Gesamthonorars von der KVBW und den Krankenkassen an die Prüfungsstelle weitergeleitet werden dürfen. Erfolgt keine Zustimmung, ist eine Nachforderungsbegrenzung nicht möglich und die Nachforderung fällt in voller Höhe an.

Erste Nachforderung

Liegen alle vier Voraussetzungen vor, wird die ursprüngliche Nachforderung auf 10 % des GKV-Gesamthonorars, mindestens jedoch auf einen Betrag von 5.000 €, begrenzt. Das Gesamthonorar umfasst das erwirtschaftete Honorar aus der gesetzlichen Krankenversicherung des geprüften Verordnungsjahres inklusive der Einnahmen aus Selektivverträgen. Bei fachgruppenübergreifenden BAGs/MVZs wird das gesamte Honorar der Betriebsstätte berücksichtigt und nicht lediglich das Honorar der statistisch auffälligen Fachgruppe (Richtwertgruppe).

Beispiel für erste Nachforderung

Eine Praxis wird erstmals mit einer Nachforderung in Höhe von 60.000 € konfrontiert. Das GKV-Jahreshonorar der gesamten Praxis liegt bei 200.000 €.

10 % des Gesamthonorars entsprechen 20.000 €.

Anstelle einer Nachforderung in Höhe von 60.000 € leisten zu müssen, trifft die Praxis nun eine Nachforderung in Höhe von 20.000 €.

Zweite Nachforderung

Sollte die Prüfungsstelle das zweite Mal eine Nachforderung gegen eine Praxis aussprechen, wird auch hier eine Nachforderungsbegrenzung gewährt. Die Voraussetzungen entsprechen dabei den oben genannten. Der Arzt/die Praxis erhält in diesem Fall eine Begrenzung der Nachforderung auf 25 % des GKV-Gesamthonorars (mindestens jedoch 5.000 €).

Beispiel für zweite Nachforderung

Die Praxis muss zum zweiten Mal eine Nachforderung begleichen. Diese beläuft sich auf 60.000 €. Das Jahreshonorar der gesamten Praxis liegt bei 200.000 €.

25 % des Gesamthonorars entsprechen 50.000 €.

Anstelle einer Nachforderung in Höhe von 60.000 € muss die Praxis nun eine Nachforderung in Höhe von 50.000 € leisten.

Besonderheit: Amnestieregelung bei der Richtwertprüfung

Die Amnestieregelung bewirkt, dass Sie nach fünf unauffälligen Verordnungsjahren trotz bereits vorangegangener Beratungen und Nachforderungen wieder als „erstmalig auffällig“ gelten und die Beratungsvorrangsregelung („Beratung vor Nachforderung“) erneut greift (siehe Verordnungsforum 41). Bitte beachten Sie, dass die Amnestieregelung nicht dazu führt, dass es zu einer abermaligen Nachforderungsbegrenzung kommt. Haben Sie also in diesem Fall eine erneute Beratung erhalten, werden danach aber wieder auffällig, findet für die darauffolgende Nachforderung **keine** Begrenzung auf 10 % bzw. 25 % des Gesamthonorars statt, soweit die Nachforderungsbegrenzung bereits für zwei Jahre Anwendung gefunden hat.

Beispiel für Amnestieregelung

Angenommen die Praxis muss für das Verordnungsjahr 2018 ihre zweite Nachforderung in Höhe von 50.000 €

leisten und wird im Verordnungsjahr 2024 erneut auffällig, dann würde die Amnestieregelung (vgl. Verordnungsforum 41) greifen und die Praxis würde statt einer festzusetzenden Nachforderung im Jahr 2026 zunächst individuell beraten werden. Wird die Praxis in einem Jahr, das auf die erneute individuelle Beratung folgt, wieder auffällig, findet dennoch keine Nachforderungsbegrenzung statt, da die einmalig anzuwendende Nachforderungsbegrenzung bereits ausgeschöpft wurde. Die Nachforderung muss in voller Höhe geleistet werden.

Regressbegrenzung nach alter Prüfvereinbarung für Verordnungszeiträume bis zum 31.12.2016

Für die Verordnungszeiträume von 2011 bis Ende 2016 galt die Regelung, dass die ersten beiden Regresse auf insgesamt 25.000 € begrenzt wurden. Diese Regelung ist ab dem Verordnungsjahr 2017 nicht mehr wirksam, da ab diesem Zeitpunkt die neue Nachforderungsbegrenzungsregel greift.

Sollte in den Verordnungszeiträumen bis Ende 2016 ein Erstregress festgesetzt worden sein und kommt es ab dem Verordnungsjahr 2017 zu einer zweiten Nachforderung/Regress, findet eine Nachforderungsbegrenzung auf 25 % des GKV-Gesamthonorars statt (siehe Beispiel 2). Dies gilt nicht, wenn in den Verordnungszeiträumen bis 2016 bereits mindestens zwei Regresse festgesetzt worden sind.

§ Neues zu Impfungen



Impfungen gegen Herpes zoster und HPV sowie die neuen Influenzaimpfstoffe waren in den letzten Monaten Inhalt verschiedener Anpassungen und Änderungen in der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA. Darüber hinaus gilt seit Mai 2019 eine Einschränkung bei der Impfung mit Twinrix®. Über diese und weitere Neuerungen informieren wir Sie im folgenden Artikel, der in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung entstanden ist.

Twinrix® – Wegfall des SSB-Bezugs und Impfung nur noch bei wenigen Indikationen

Die uneingeschränkte Durchführung der Kombinationsimpfung gegen Hepatitis A und B mit Bezug des Impfstoffes über den Sprechstundenbedarf ist seit dem 1. Mai 2019 nicht mehr möglich. Lediglich für die verbleibenden seltenen Fälle, in denen nach Schutzimpfungs-Richtlinie sowohl eine Indikation für eine Impfung gegen Hepatitis A als auch gegen Hepatitis B vorliegt, ist eine Impfung mit Twinrix® zulasten der GKV möglich. Die Verordnung des Impfstoffs erfolgt in diesen Fällen seit dem 1. Mai 2019 über Muster 16 **auf den Namen des Patienten**, die Abrechnung unter Verwendung der Impfziffern 89202 A und 89202 B.

Unberührt davon bleiben die kassenindividuellen Möglichkeiten der Kostenerstattung im Rahmen von Urlaubsreisen (Satzungsleistungen).

→ Weitere Informationen finden Sie in der Schnellinformation vom 8. Mai 2019: www.kvbawue.de » Praxis » Aktuelles » Nachrichten vom Praxisalltag » Nachricht vom 8. Mai 2019 "Twinrix: Übergangsregelung vereinbart"

Herpes zoster – neue Kassenleistung

Seit Mai 2018 wird in Deutschland der adjuvantierte Herpes-zoster-Subunit-Totimpfstoff Shingrix® (Adjuvans: AS01B, aluminiumfrei) zur Verhinderung von Herpes zoster und postherpetischer Neuralgie vermarktet. Die bisherige Empfehlung, wonach eine Impfung gegen Herpes zoster lediglich nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung sinnvoll sein kann, wurde von der STIKO am 13. Dezember 2018

dahingehend angepasst, dass nunmehr eine Impfung mit einem adjuvantierten Subunit-Totimpfstoff bei allen Personen ab 60 Jahren (Standardimpfung) bzw. bei Patienten mit einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung infolge einer Grundkrankheit ab 50 Jahren (Indikationsimpfung) empfohlen wird [1]. Dazu zählen z. B. folgende Erkrankungen:

- angeborene oder erworbene Immundefizienz oder Immunsuppression
- HIV-Infektion
- rheumatoide Arthritis
- systemischer Lupus erythematoses
- chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen oder Asthma bronchiale
- chronische Niereninsuffizienz
- Diabetes mellitus

Der Beschluss des G-BA vom 7. März 2019 zur Umsetzung der STIKO-Empfehlung in der Schutzimpfungs-Richtlinie trat zum 1. Mai 2019 in Kraft. Seither ist eine Impfung mit dem Impfstoff Shingrix® gegen Herpes zoster für GKV-Versicherte in den oben genannten Fällen möglich. Der Bezug des Impfstoffes erfolgt über den Sprechstundenbedarf (zunächst befristet bis Ende Juni 2022). Die Abrechnung der Impfleistung erfolgt für die Standardimpfung mit den Impfziffern 89128 A und 89128 B und für die Indikationsimpfung mit den Impfziffern 89129 A und 89129 B.

Wirksamkeit und Verträglichkeit

Schätzungen zufolge erkranken in Deutschland jährlich mehr als 300.000 Patienten an Herpes zoster. Dabei nimmt das Risiko einer Erkrankung mit steigendem Alter zu. Die Inzidenz bei Frauen ist höher. Eine Impfung mit Shingrix® kann bezogen auf alle Altersgruppen ab 50 Jahren in 92 % der Fälle vor Herpes zoster schützen. Die Wirksamkeit zum Schutz vor einer postherpetischen Neuralgie ist mit 82 % ebenfalls sehr hoch. Auch Patienten, die bereits an Herpes zoster erkrankt waren, können zur Rezidivverhinderung geimpft werden [1].

Für einen vollständigen Impfschutz sind zwei Impfdosen im Abstand von mindestens zwei bis maximal sechs Monaten

erforderlich. In diesem Zusammenhang ist eine Patientenaufklärung (siehe Infobox auf Seite 27) sehr wichtig, denn bei ungefähr jeder zehnten Person kann es zu Lokalreaktionen sowie systemischen Reaktionen wie Fieber, Müdigkeit und Kopfschmerzen kommen [2].

Herpes-zoster-Impfung und Windpocken

Herpes zoster wird durch eine Reaktivierung der latenten VZV-Infektion hervorgerufen und kann auch nach einer Lebendimpfung gegen Varizellen auftreten. Nach Aussage der STIKO kann man aktuell davon ausgehen, dass Erwachsene, die älter als 50 Jahre alt und in Deutschland aufgewachsen sind, bereits an Windpocken erkrankt waren. Deshalb muss vor der Impfung nicht abgeklärt werden, ob eine Windpockeninfektion vorlag (Ausnahme: Patienten vor geplanter immunsuppressiver Therapie oder Organtransplantation; nur nach serologisch gesichertem Nachweis einer vorangegangenen Windpockeninfektion soll eine Impfung gegen Herpes zoster erfolgen, seronegative Patienten erhalten hingegen eine Impfung gegen Varizellen) [3].

Cave! Keine Kassenleistung für Zostavax®

Die aktualisierte Empfehlung gilt nach wie vor nicht für Zostavax®. Der attenuierte Lebendimpfstoff ist ebenfalls zur Prävention von Herpes zoster und durch Herpes zoster verursachter postherpetischer Neuralgie zugelassen und bereits seit September 2013 in Deutschland erhältlich. Die STIKO begründet diese Differenzierung mit der im Vergleich zum adjuvantierten Subunit-Totimpfstoff Shingrix® geringeren Wirksamkeit sowie der geringeren Anwendungsbreite [5, 6].

HPV-Impfung – neu ab dem 3. Quartal 2019 über den Sprechstundenbedarf

Bereits am 28. Juni 2018 hat die STIKO ihre Empfehlung veröffentlicht, zukünftig auch Jungen im Alter von 9–14 Jahren gegen humane Papillomviren (HPV) zu impfen [6]. Für Mädchen gilt die Impfeempfehlung seit 2007. Nachholimpfungen sollen spätestens bis zum Alter von 17 Jahren erfolgen. Mit Inkrafttreten der durch den G-BA geänderten Schutzimpfungs-Richtlinie zum 30. November 2018 ist eine Verordnung der Impfung von Jungen gegen HPV analog zu den Mädchen möglich [4]. **Der Bezug des Impfstoffes erfolgt seit dem 1. Juli 2019 über den Sprechstundenbedarf.** Diese Regelung gilt zunächst befristet bis zum 30. Juni 2022. Die Impfleistung wird über die bekannten Impfziffern 89110 A bzw. 89110 B abgerechnet.

Zurzeit stehen in Deutschland die Impfstoffe Cervarix® und Gardasil® 9 (Nachfolger zu Gardasil®) zur Verfügung. Sie sind für beide Geschlechter ab einem Alter von 9 Jahren zugelassen (Tabelle 2). Für eine vollständige Impfserei sind je nach Alter zwei oder drei Impfungen notwendig (9–14 Jahre: i. d. R. 2-Dosen-Impfschema, ≥ 15 Jahre: 3-Dosen-Impfschema) [8, 9].

Tabelle 1: Eigenschaften der derzeit in Deutschland verfügbaren Impfstoffe gegen humane Papillomviren

Impfstoff	HPV-Typen	Indikation
Cervarix®	16, 18	Prävention von prämaligen anogenitalen Läsionen der Zervix, Vulva, Vagina und des Anus sowie von Zervix- und Analkarzinomen, die durch bestimmte onkogene humane Papillomviren verursacht werden
Gardasil® 9	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58	Aktive Immunisierung gegen Vorstufen maligner Läsionen und Karzinome, die die Zervix, Vulva, Vagina und den Anus betreffen und die durch die Impfstoff-HPV-Typen verursacht werden, und gegen Genitalwarzen, die durch spezifische HPV-Typen verursacht werden

Die Impfung sollte so früh wie möglich und vor dem ersten Geschlechtsverkehr stattfinden, da die Wirksamkeit der Impfung bei nicht HPV-naiven Personen reduziert ist. Die Entscheidung, ob eine Impfindikation vorliegt, erfordert die ärztliche Betrachtung des Einzelfalles und die Beachtung der jeweiligen Impfstoff-Fachinformation [10]. Impfungen zur Vervollständigung von Impfserien, die vor dem 18. Geburtstag begonnen wurden, können weiterhin bis zum 19. Geburtstag zulasten der GKV erfolgen.

Influenzaimpfstoffe in der Saison 2019/2020

In der Saison 2018/2019 kam zum ersten Mal flächendeckend der quadrivalente Influenzaimpfstoff zum Einsatz. Grundlage war eine STIKO-Empfehlung vom Januar 2018 [11] und daraus folgend eine Anpassung der Schutzimpfungs-Richtlinie. Mit den Krankenkassen-/verbänden in Baden-Württemberg wurde vereinbart, dass 100 % der in der Influenzasaison 2018/2019 verimpften Impfstoffmenge für Pflichtleistungen vorbestellt werden kann. Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit beachten Sie bitte die Preisangaben in der untenstehenden Tabelle. Folgende quadrivalente Impfstoffe gegen Influenza zur Injektion stehen in der Saison 2019/2020 zur Verfügung (Tabelle 1):

Tabelle 2: Für die Saison 2019/2020 zur Verfügung stehende Influenzaimpfstoffe

	Zugelassen ab einem Alter von	Applikationsweg	GKV-Erstattungspreis pro Dosis *
Influvac® Tetra 10er (Mylan)	3 Jahren	intramuskulär; tief subkutan	11,11 Euro
Vaxigrip® Tetra 10er/20er (Sanofi)	6 Monaten	intramuskulär; subkutan	11,75–11,79 Euro
Influsplit® Tetra 10er (GSK)	6 Monaten	intramuskulär	12,42 Euro
Flucelvax® Tetra 10er (Seqirus)	9 Jahren	intramuskulär	12,50 Euro

* Stand: 28.02.2019, Quelle: Preisangaben der Hersteller

Influenzaimpfung – Indikationen, Verordnung und Abrechnung

Gegen Influenza werden als Standardimpfung alle Personen ab 60 Jahren sowie als Indikationsimpfung bestimmte Personengruppen geimpft (Schwangere, Patienten mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens wie z. B. Asthma, COPD, chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten, Diabetes, MS, HIV, angeborene oder erworbene Immundefekte, Bewohner in Alters- oder Pflegeheimen und Personen, die als mögliche Infektionsquelle im selben Haushalt lebende oder von ihnen betreute Risikopersonen gefährden können) [12].

Für die Standard- und Indikationsimpfung wird der Impfstoff über den Sprechstundenbedarf bezogen, die Abrechnung der Impfleistung erfolgt bei der Standard-

impfung über die Impfziffer 89111 und bei Indikationsimpfungen über die 89112. Im Fall einer Indikationsimpfung bei über 60-Jährigen wird die Impfziffer für die Standardimpfung abgerechnet.

Aufgrund der in Baden-Württemberg geltenden uneingeschränkten Impfempfehlung des Sozialministeriums kann eine Impfung auch für alle anderen Personen durchgeführt werden; die Krankenkassen übernehmen die Kosten im Rahmen von Satzungsleistungen (Ausnahme: BKK EVM, BKK Karl Mayer, BKK Mobil Oil, Heimat Krankenkasse, IKK gesund plus). Die Verordnung des Impfstoffs erfolgt bei Satzungsleistungen über Muster 16 auf den Namen des Patienten, die Abrechnung unter Verwendung der Impfziffer 89133.

Mit der EMA-Zulassung von Flucelvax® am 12. Dezember 2018 wird zukünftig der erste zellkulturbasierte quadrivalente Grippeimpfstoff auf dem deutschen Markt erhältlich sein. Im Gegensatz zur bisherigen Produktion mit Hilfe von befruchteten und angebrüteten Hühnereiern erfolgt die Herstellung in Kulturen aus Hundenierenzellen (MDCK-Zellen). Damit ist der Einsatz bei Patienten mit schwerer Hühnereiweißallergie indiziert.

Sofern Sie im Frühjahr Influenza-Impfstoffe vorbestellt haben und in den vorangegangenen Jahren für die Verordnung mehrere Rezepte verwendet haben, bitten wir Sie – um nicht in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kommen – die vorbestellte Menge möglichst auf **einem** Rezept zu verordnen. Dies gilt auch, wenn Sie keine Impfstoffe vorbestellt haben.

Von der STIKO-Empfehlung zur Kostenübernahme durch die GKV

Nach Veröffentlichung einer Impfempfehlung durch die STIKO hat der G-BA nach § 20i Abs. 1 SGB V zwei Monate Zeit, um über die Aufnahme der Impfung in die Schutzimpfungs-Richtlinie zu entscheiden. Der veröffentlichte G-BA-Beschluss zur Änderung der Richtlinie kann wiederum innerhalb von vier Wochen vom Bundesministerium für Gesundheit beanstandet werden. Nach Verstreichen dieser Frist bzw. nach Ausspruch der Nichtbeanstandung wird der Beschluss im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt in der Regel am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft. Mit der Veröffentlichung sind die formalen Voraussetzungen für die Verordnung des jeweiligen Impfstoffes und die Abrechnung der Impfleistung zulasten der GKV erfüllt.

Impfung gegen Meningokokken B – nur in besonderen Fällen

Aufgrund der derzeit niedrigen und rückläufigen Inzidenz in Deutschland bleibt es auch nach der aktualisierten Stellungnahme der STIKO vom 18. Januar 2018 bei der Empfehlung, lediglich Personen mit einem erhöhten Risiko für invasive Meningokokken-Infektionen gegen Meningokokken B zu impfen. Die STIKO hält weiterhin an ihrer Position fest, dass weitere Daten, u. a. zur Sicherheit, Effektivität und Schutzdauer der Impfstoffe, notwendig sind, um eine abschließende Entscheidung für oder gegen eine Standardimpfung zu fällen [17].

Eine Indikationsimpfung laut Schutzimpfungs-Richtlinie [4] liegt vor bei gesundheitlich gefährdeten Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz bzw. -suppression mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, insbesondere bei

- Komplement-/Properdindefekten
- Eculizumab-Therapie
- Hypogammaglobulinämie
- funktioneller oder anatomischer Asplenie

Durchschnittlich 211 Personen erkrankten in Deutschland in den Jahren 2013 bis 2016 an einer invasiven Meningokokken-Infektion durch Meningokokken der Serogruppe B. Das höchste Risiko einer Erkrankung haben Säuglinge und Kleinkinder.

In Deutschland sind derzeit zwei Impfstoffe gegen Meningokokken B verfügbar: Bexsero® und Trumenba®. Während Bexsero® bereits Säuglingen ab 2 Monaten verabreicht werden kann, umfasst die Zulassung von Trumenba® erst Personen ab einem Alter von 10 Jahren. Für die Grundimmunisierung sind zwei oder drei Impfdosen notwendig, abhängig vom verwendeten Impfstoff und vom Alter des Patienten [18, 19].

Der Bezug beider Impfstoffe erfolgt über den Sprechstundenbedarf. Für die Abrechnung der Impfleistung gelten die Impfcodizes 89131 A, 89131 B und 89131 R.

Kurz notiert: Änderungen in der Schutzimpfungs-Richtlinie zum 2. Februar 2019

- Für die zweite Auffrischimpfung bei Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis wurde der Alterskorridor um ein Jahr verkürzt, von 9–17 auf 9–16 Jahre. Die Auffrischimpfung kann weiterhin als Kombinationsimpfung (Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Poliomyelitis) erfolgen [4, 12, 20].

- Für die Umsetzung der sequenziellen Pneumokokken-Indikationsimpfung ab einem Alter von 2 Jahren unter Berücksichtigung des bisherigen Impfstatus wurde im Epidemiologischen Bulletin 34/2018 eine Tabelle veröffentlicht, auf die nun auch die Schutzimpfungs-Richtlinie verweist (Tabelle 3). Zur Verfügung stehen der 23-valente Polysaccharid-Impfstoff Pneumovax® 23 (PPSV23) sowie der 13-valente Konjugat-Impfstoff Prevenar 13® (PCV13) [4, 12, 20].

Tabelle 3: Umsetzung der sequenziellen Pneumokokken-Indikationsimpfung ab dem Alter von 2 Jahren unter Berücksichtigung des bisherigen Impfstatus

Impfstatus	Empfohlenes Impfschema für die sequenzielle Impfung		PPSV23-Wiederholungsimpfungen im Abstand von mindestens 6 Jahren zur letzten PPSV23-Impfung
	1. Impfung	2. Impfung	
Keine Impfung	PCV13	PPSV23 im Abstand von 6–12 Monaten	ja
PCV13	PPSV23 im Abstand von 6–12 Monaten	entfällt	ja
PCV7 oder PCV10	PCV13	PPSV23 im Abstand von 6–12 Monaten*	ja
PPSV23 vor < 6 Jahren	PCV13 im Abstand von 12 Monaten	PPSV23 im Abstand von 6 Jahren zur vorangegangenen PPSV23-Impfung	ja
PPSV23 vor ≥ 6 Jahren	PCV13	PPSV23 im Abstand von 6–12 Monaten	ja
PCV13 + PPSV23	entfällt	entfällt	ja

PPSV23 kann frühestens 2 Monate nach der PCV13-Impfung gegeben werden (z. B. bei Impfung vor geplanter immunsuppressiver Therapie); ein längerer Abstand von 6–12 Monaten ist immunologisch günstiger.

Aufklärung und Dokumentation nicht vergessen!

Vor jeder Schutzimpfung muss eine Aufklärung der zu impfenden Person bzw. der Sorgeberechtigten erfolgen. Bei der Impfaufklärung sollten nach der Empfehlung der STIKO folgende Themen berücksichtigt werden:

- Informationen zur Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten
- Nutzen der Impfung
- Kontraindikationen, mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Impfkomplicationen
- Durchführung der Impfung
- Beginn und die Dauer des Impfschutzes
- Verhalten nach der Impfung
- Informationen zu Folge- und Auffrischimpfungen

Die Aufklärung und eine darauffolgende Einwilligung bzw. Ablehnung der Impfung ist in der Patientenakte zu dokumentieren. Alle durchgeführten Impfungen müssen in den Impfausweis eingetragen werden. Falls dieser im Einzelfall nicht vorliegt, kann alternativ eine Impfbescheinigung ausgestellt werden. Ein Musterformular finden Sie auf der Homepage des RKI [13-15].

Eine schriftliche Einwilligung ist nicht gesetzlich vorgeschrieben, sie kann jedoch in Einzelfällen sinnvoll sein. Der impfende Arzt ist verpflichtet, Aufklärungen und Einwilligungen – egal in welcher Form sie erfolgt bzw. erklärt worden sind – in der Patientenakte zu dokumentieren (§ 630f Absatz 2 Satz 1 BGB) [12].

Bitte beachten Sie, dass im Falle eines Impfschadens nur bei öffentlich empfohlenen Impfungen ein Anspruch des Patienten nach § 60 IfSG auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz besteht. In Baden-Württemberg gelten durch Bekanntmachung des Sozialministeriums die von der STIKO empfohlenen Impfungen, sowie darüber hinaus die uneingeschränkte Impfung gegen FSME, Hepatitis B und Influenza als öffentlich empfohlen [16].

Literatur

- [1] STIKO: Wissenschaftliche Begründung der STIKO zur Empfehlung einer Impfung mit dem Herpes-zoster-Subunit-Totimpfstoff. *Epid Bull* 2018; 50: 526–51 (13. Dezember 2018)
- [2] Fachinformation Shingrix®. www.fachinfo.de
- [3] Robert-Koch-Institut: Gürtelrose (Herpes zoster): Antworten auf häufig gestellte Fragen zu Erkrankung und Impfung. https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Herpes_zoster/FAQ-Liste.html (Zugriff am 09.05.2019)
- [4] Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2007/18. Oktober 2007, veröffentlicht im *Bundesanzeiger* 2007, Nr. 224 (S. 8154) vom 30. November 2007, in Kraft getreten am 1. Juli 2007, zuletzt geändert am 7. März 2019, veröffentlicht im *Bundesanzeiger* (BAnz AT 30.04.2019 B1), in Kraft getreten am 1. Mai 2019. <https://www.g-ba.de/richtlinien/60/> (Zugriff am 09.05.2019)
- [5] STIKO: Wissenschaftliche Begründung für die Entscheidung, die Herpes-zoster-Lebendimpfung nicht als Standardimpfung zu empfehlen. *Epid Bull* 2017; 36: 391–411 (7. September 2017)
- [6] Fachinformation Zostavax®. www.fachinfo.de
- [7] STIKO: Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung der HPV-Impfung für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren. *Epid Bull* 2018; 26: 233–51 (28. Juli 2018)
- [8] Fachinformation Cervarix®. www.fachinfo.de
- [9] Fachinformation Gardasil® 9. www.fachinfo.de
- [10] Robert-Koch-Institut: RKI-Ratgeber Humane Papillomviren. *Epid Bull* 2018; 27: 255–9
- [11] STIKO: Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung des quadrivalenten saisonalen Influenzaimpfstoffs. *Epid Bull* 2018; 2: 19–31
- [12] STIKO: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut – 2018/2019. *Epid Bull* 2018; 34: 335–81
- [13] Robert-Koch-Institut: Aufklärung vor Schutzimpfungen. <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Aufklaerung/FAQ-Liste.html> (Zugriff am 09.05.2019)
- [14] Landesärztekammer Baden-Württemberg: Merkblatt – Die Aufklärungs- und Informationspflichten des Arztes, Stand: Februar 2016
- [15] Bütikofer J: Schutzimpfungen: Aufklärungspflicht aus juristischer Sicht. *Dt Ärztebl* 1997; 94(26): A-1794–6
- [16] Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg: Bekanntmachung des Sozialministeriums über öffentlich empfohlene Schutzimpfungen vom 6. Mai 2015. *GABl.* vom 24. Juni 2015. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Gesundheitsschutz/Empfehlung-Schutzimpfungen-BW_GABI-2015.pdf
- [17] STIKO: Aktualisierte Stellungnahme der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut (RKI), Stand der Bewertung einer Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe B (Stand: 21.11.2017). *Epid Bull* 2018; 3: 35–44
- [18] Fachinformation Bexsero®. www.fachinfo.de
- [19] Fachinformation Trumenba®. www.fachinfo.de
- [20] *Epidemiologisches Bulletin* 35/2018 vom 23. August 2018: Neuerungen in den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim RKI für 2018/2019

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

14. Mai 2019

Heilmittel: Diagnoseliste besondere Verordnungsbedarfe rückwirkend zum 1. Januar 2019 erweitert

Die Diagnoseliste der bundesweit geltenden besonderen Verordnungsbedarfe für Heilmittel wurde rückwirkend zum 1. Januar 2019 um einzelne Indikationsschlüssel bzw. ICD-10-Codes erweitert. Die neu vereinbarten Diagnosen bzw. Indikationsschlüssel wurden in die Anlage 2 der auf Landesebene geltenden Heilmittel-Richtwertvereinbarung 2019 aufgenommen und gelten somit auch für Baden-Württemberg.

Neuer Indikationsschlüssel „EX3“ bei geriatrischen Syndromen

Übersicht über die Diagnosen		Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			
1. ICD-10	2. ICD-10 Diagnose	Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	Hinweis/ Spezifikation
■ R26.0	Ataktischer Gang	WS2/EX2/ EX3/SO3			ab vollendetem 70. Lebensjahr
■ R26.1	Paretischer Gang				
■ R26.2	Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert				
■ R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert				

Neuer Indikationsschlüssel „EN4“ bei Verletzungen des Nervensystems

Übersicht über die Diagnosen		Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			
1. ICD-10	2. ICD-10 Diagnose	Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	Hinweis/ Spezifikation
■ S14.3	Verletzung des Plexus brachialis	ZN1/ZN2/ AT2	EN1/EN2/ EN3/EN4		längstens 1 Jahr nach Akutereignis
■ S14.4	Verletzung peripherer Nerven des Halses				

Im Rahmen der jährlichen Revision der ICD-10-GM wurden die ICD-10-Diagnosen des komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) für 2019 aus dem bestehenden ICD-10-Code „M89.0 Neurodystrophie [Algodystrophie]“ herausgelöst. Auf die Diagnoseliste der besonderen Ver-

ordnungsbedarfe wirkt sich dies wie folgt aus: Der ICD-10-Code M89.0 bleibt weiterhin bestehen. Neu sind die Codes G90.5-, G90.6- und G90.7-. Diese stellen – ebenso wie M89.0 – Diagnosen der besonderen Verordnungsbedarfe dar.

Neue ICD-10-Kodes G90.5-/G90.6-/G90.7- Komplexes regionales Schmerzsyndrom

Übersicht über die Diagnosen		Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			
1. ICD-10	2. ICD-10 Diagnose	Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	Hinweis/ Spezifikation
G90.5- G90.6- G90.7-	Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ II Komplexes regionales Schmerzsyndrom, sonstiger nicht näher bezeichneter Typ	EX2/EX3/ LY2/PN	SB2/SB6		längstens 1 Jahr nach Akutereignis

Besondere Verordnungsbedarfe sind für schwer kranke Patienten gedacht, die Heilmittel für einen in der Regel begrenzten Zeitraum, jedoch in intensivem Ausmaß benötigen. Sie entlasten das Heilmittel-Verordnungsvolumen einer Praxis im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Sie sind häufig zeitlich befristet.

Diagnoseliste 2019 zum Download

Welche Indikationen einen langfristigen Heilmittelbedarf oder besonderen Verordnungsbedarf begründen, fasst die KBV in einer Diagnoseliste zusammen. Darin sind alle bundesweit geltenden Diagnosen enthalten, die im Zusammenhang mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog einen langfristigen Heilmittelbedarf oder einen besonderen Verordnungsbedarf begründen. Die aktualisierte „Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf / besonderer Verordnungsbedarf“ 2019 steht auf der KBV-Homepage zum Download bereit.

➔ Das Sonderverordnungsforum „Besondere Verordnungsbedarfe / langfristiger Heilmittelbedarf“ wird derzeit überarbeitet und wird in wenigen Wochen zur Verfügung stehen.

Die aktualisierte Diagnoseliste finden Sie bereits im Internet: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Heilmittel » Besonderer / Langfristiger Bedarf



20. Mai 2019

ACE-Hemmer begünstigen nicht die Entstehung von Lungenkrebs

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat in einer Drug Safety Mail darüber informiert, dass die Hinweise auf ein statistisch erhöhtes Risiko für Lungenkrebs nach Bewertung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) nicht belegt sind.

In einer 2018 veröffentlichten epidemiologischen Studie wurde über ein erhöhtes Lungenkrebsrisiko im Zusammenhang mit ACE-Hemmern im Vergleich zu Angiotensin-II-Rezeptor-Antagonisten berichtet.

Die Aussagekraft der Studie ist allerdings wegen möglicher Verzerrungen und Störgrößen begrenzt. Die EMA hat das Risiko überprüft und sieht derzeit keine ausreichende Evidenz für einen kausalen Zusammenhang. Daher besteht im Moment kein weiterer Handlungsbedarf (wie eine Therapieumstellung zusätzlich zur routinemäßigen Pharmakovigilanz).

→ www.akdae.de

28. Juni 2019

Höhere Vergütung für Schutzimpfungen für Versicherte der AOK Baden-Württemberg und der SVLFG

Die AOK Baden-Württemberg und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) haben ab 1. Juli 2019 einer weiteren Erhöhung der Impfvergütung für ihre Versicherten zugestimmt. Die AOK zahlt ab sofort bei Ein- bis Sechsfachimpfungen mehr; die SVLFG vergütet die Ein- bis Fünffachimpfungen höher.

Die Verbesserung der Vergütung ist das Ergebnis erfolgreicher Gespräche der KVBW mit Vertretern beider Kassenverbände. Die zentrale Rolle von Impfungen bei der Prävention von Infektionskrankheiten wird damit berücksichtigt.

Folgende neue Vergütungsübersicht gilt ab dem 1. Juli 2019:

	AOK	BKK	IKK	SVLFG	vdek	Knappschaft
Einfachimpfungen	7,40 €	7,20 €	7,10 €	7,40 €	7,20 €	7,00 €
Hep. B und Influenza	8,10 €	8,10 €	8,10 €	8,10 €	8,10 €	8,10 €
Zweifachimpfungen	8,20 €	8,00 €	7,50 €	8,20 €	8,00 €	8,25 €
Dreifachimpfungen	8,20 €	8,00 €	7,50 €	8,20 €	9,00 €	8,25 €
Vierfachimpfungen	8,20 €	12,00 €	9,00 €	8,20 €	10,00 €	15,00 €
Fünffachimpfungen	8,20 €	12,00 €	9,00 €	8,20 €	12,00 €	15,00 €
Sechsfachimpfungen	13,80 €	15,00 €	14,00 €	14,50 €	15,00 €	15,00 €
HPV, erste Dosen	8,20 €	9,00 €	8,20 €	8,20 €	8,20 €	8,20 €
HPV, letzte Dosis	16,60 €	13,00 €	16,60 €	16,60 €	16,60 €	16,60 €

→ www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen
» Impfungen

10. Juli 2019

Omega-3-Fettsäuren nicht mehr zugelassen zur Sekundärprophylaxe nach Herzinfarkt

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat die Zulassung Omega-3-Fettsäure-haltiger Arzneimittel zur Sekundärprävention nach Myokardinfarkt zurückgezogen. Eine weitere Verordnung dieser Arzneimittel in dieser Indikation ist damit ab sofort nicht mehr vorgesehen (Off-Label-Use).

Grund für die Entscheidung des BfArM ist, dass die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) die Datenlage Omega-3-Fettsäure-haltiger Arzneimittel wie Omacor[®], Zodin[®] und Generika zur Sekundärprävention nach Myokardinfarkt erneut geprüft hat. Neuere Studien haben die positiven Effekte in dieser Indikation nicht bestätigt. Obwohl es keine Sicherheitsbedenken gibt, fällt die Nutzen-Risiko-Bewertung aufgrund des fehlenden Nutzens negativ aus.

Bitte stellen Sie Ihre Patienten, die Omega-3-haltige Präparate zur Sekundärprophylaxe nach einem Herzinfarkt einnehmen, auf Therapiealternativen um.

Zur Behandlung der Hypertriglyceridämie sind Omega-3-Fettsäure-haltige Arzneimittel weiterhin zugelassen. Beachten Sie aber bei einer Verordnung zulasten der GKV die Vorgaben der Anlage III (35. Lipidsenker) der Arzneimittel-Richtlinie sowie den Vorrang verschreibungsfreier Alternativen.

→ www.bfarm.de

Neuer Patientenflyer

Ein neuer Patientenflyer zum Thema „Krankenbeförderung zur ambulanten Operation“ ist auf der Website der KVBW online abrufbar.

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.

→ Alle Patientenflyer finden Sie hier: www.kvbawue.de
 » Praxis » Patienteninformationen
 » Arznei- und Heilmittelverordnungen

15. Juli 2019

Kontrollpflicht bei Medizinprodukten: AOK BW übernimmt Kosten für neues Blutdruckmessgerät

In nächster Zeit könnten vermehrt Patientenfragen zur Verordnung eines Blutdruckmessgeräts in Ihrer Praxis ankommen. Die AOK Baden-Württemberg (AOK BW) schreibt derzeit diejenigen ihrer Versicherten an, denen vor ca. zwei Jahren ein Blutdruckmessgerät verordnet wurde. Sie bittet ihre Versicherten, Kontakt mit dem behandelnden Arzt aufzunehmen und überprüfen zu lassen, ob die medizinische Notwendigkeit für eine Blutdruckselbstmessung fortbesteht. Liegt diese weiterhin vor, soll der Arzt eine erneute Verordnung über ein neues Blutdruckmessgerät ausstellen. Darüber hat uns die AOK Baden-Württemberg informiert. Hintergrund ist die messtechnische Überprüfung von Blutdruckmessgeräten, die alle zwei Jahre durchgeführt werden muss.

Messtechnische Kontrolle von Medizinprodukten

Im Interesse ihrer Versicherten haben Krankenkassen die Betreiberpflichten für die von ihnen erstatteten Medizinprodukte nach der Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV) wahrzunehmen. Demnach muss für Messgeräte zur nichtinvasiven Blutdruckmessung eine messtechnische Kontrolle innerhalb einer Prüffrist von zwei Jahren erfolgen. Aus diesem Grund übernimmt die AOK BW nach zwei Jahren die Kosten für eine erneute Versorgung mit einem Blutdruckmessgerät.

Die Aufgaben, die sich aus den Betreiberpflichten ergeben, können auch an die Leistungserbringer, z. B. Sanitätshäuser, übertragen werden. Die Vorgehensweisen der Krankenkassen können somit unterschiedlich ausfallen.

Indikationen für die Verordnung eines Blutdruckmessgeräts

Bei der Entscheidung, in welchem Rahmen Blutdruckmessgeräte zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden können, gibt das GKV-Hilfsmittelverzeichnis eine Orientierungshilfe. Dort sind die folgenden Indikationen aufgeführt:

Geschulte Versicherte, die aufgrund einer chronischen Hypertonie (siehe Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften) der kontinuierlichen, i. d. R. mehrmals täglichen Blutdruckkontrolle bedürfen, z. B. bei

- Hypertonie mit drohenden oder fortgeschrittenen/fortschreitenden Folgeschäden (z. B. des Herzens, der Gefäße oder der Nieren), welche den Versicherten erheblich gefährden und eine engmaschige Überwachung erforderlich machen
- Zustand nach Organtransplantation
- Hypertonie, die medikamentös nur schwer behandelbar ist und bei welcher der Versicherte nach ärztlicher Anweisung die Medikation selbst anpassen kann und/oder die dauerhaft einer engmaschigen Überwachung bedarf; eine ausführliche ärztliche Begründung ist erforderlich
- durch Schwangerschaft induzierte Hypertonie

Die ausführlichen Regelungen zur Verordnung von Blutdruckmessgeräten finden Sie im GKV-Hilfsmittelverzeichnis in der Produktgruppe 21.

26. Juli 2019

Bundesweit einheitliche Heilmittelpreise

Seit dem 1. Juli 2019 gelten bundesweit einheitliche Preise für Heilmittel. Pro Heilmittel gibt es künftig nur noch eine auf Bundesebene vereinbarte Preisliste. Die bisher jeweils höchsten Heilmittelpreise je Position wurden übernommen. Zuvor galten in jedem Bundesland und für jede Kassenart unterschiedliche Preise. Die Vereinheitlichung geht auf das Terminservice- und Versorgungsgesetz zurück, das auf eine bundesweite Gleichbehandlung der Heilmitteltherapeuten hinwirkt.

Die neu festgesetzten Preise gelten mindestens bis zum 30. Juni 2020 und können somit in die Praxissoftware eingepflegt werden.

Gruppentherapie

Auch für Gruppentherapien gelten bundesweit einheitliche Preise. Diese sind nicht gelistet, da sich der Preis nach der Gruppenstärke („große“/„kleine“ Gruppe) und der konkreten Teilnehmerzahl richtet und Vertragsärzten zum Zeitpunkt der Verordnung keine Information über die Gruppenstärke vorliegt.

Wie schon in der Vergangenheit werden steigende Verordnungskosten, wenn nötig, bei Verhandlungen über das jährliche Ausgabenvolumen und die Richtwerte mit den Krankenkassen berücksichtigt.

➔ www.gkv-heilmittel.de



26. Juli 2019

So reagieren Sie bei Nachfragen zum Rezept

Seit Juli 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. Durch die neuen Regelungen kommt es derzeit vermehrt zu Anrufen von Apotheken in den Praxen.

Mit dem neuen Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung ist zu beachten:

- 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 ab Juli nur eines der vier preisgünstigsten Arzneimittel (bisher: drei oder das namentlich verordnete) abgeben. Das namentlich verordnete kann also nur noch dann abgegeben werden, wenn es zu den vier preisgünstigsten gehört. Sind diese nicht lieferbar, hat die Apotheke das nächste preisgünstige, verfügbare Arzneimittel zu wählen.
- Das abzugebende Arzneimittel darf nicht teurer als das verordnete sein (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. Ist dieses nicht lieferbar, muss die Apotheke mit der Praxis Rücksprache halten und diese dokumentieren.
- Bei einer Wirkstoffverordnung gibt es keinen Preisanker. Es kommen nur die vier preisgünstigsten Arzneimittel infrage.

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. Die Änderungen gelten für alle Arzneimittelabgaben seit dem 1. Juli. Entscheidend ist damit nicht das Datum der Verordnung, sondern die Abgabe des Arzneimittels in der Apotheke.

➔ Mehr zu Rabattverträgen finden Sie hier:
www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel
 » Rabattverträge



Fortbildungs- veranstaltungen

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

Der neue Online-Kurs der Management Akademie zum Thema Impfen richtet sich an alle Ärzte und Mitarbeiter in der Praxis, die aktuell oder künftig Impfungen durchführen und Kenntnisse über Hintergründe und Verordnung von Schutzimpfungen erwerben, auffrischen oder festigen wollen.

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.

Arbeitsformen:

Interaktiver, multimedialer Online-Kurs zur selbstständigen und selbstbestimmten Erarbeitung der Lerninhalte. Der Kurs kann auf allen Endgeräten – vom Desktop-Computer bis zum Smartphone – ohne Einschränkungen angesehen und bearbeitet werden.

Die Anmeldung ist in Kürze über die Management Akademie der KV Baden-Württemberg (MAK) möglich.

www.mak-bw.de

Telefon: 0711 7875-3535

Fax: 0711 7875-48-3888



In eigener Sache

Redaktionelle Nachträge zum Verordnungsforum 49

Im vorigen Verordnungsforum 49 haben wir eine Aktualisierung des Artikels „**Antikoagulation und Impfen**“ veröffentlicht. Bedauerlicherweise haben sich in der begleitenden Tabelle zwei Fehler eingeschlichen. Wir wurden von den Herstellern darauf hingewiesen, dass FSME-IMMUN® und Repevax® zwischenzeitlich ebenfalls subkutan injiziert werden können. Dies ist so auch in der jeweils aktuellen Fachinformation hinterlegt. Der korrigierte Artikel kann auf unserer Homepage heruntergeladen werden: www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum.

Außerdem haben wir mit freundlicher Genehmigung der KV Hessen einen Artikel zum „**Umgang mit Scabies-Infektionen**“ veröffentlicht. Auf Seite 10 wird in einer Tabelle die Ivermectin-Dosierung abhängig vom Körpergewicht dargestellt. Für ein Gewicht von über 80 kg wird dort die Menge von sechs Tabletten (3 mg) pro Tag empfohlen. Dies ist leider falsch. Richtig ist: Für Scabies-Patienten mit einem Körpergewicht von mehr als 80 kg gibt es keine Höchstgrenze von 6 Tabletten. Vielmehr sollte bei der Indikation Scabies die Menge Ivermectin nach folgender Formel berechnet werden: 0,2 mg/kg Körpergewicht.

Grundsätze der wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung

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

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

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

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

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

Glossar der Abkürzungen

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
ACE	angiotensin-converting enzyme
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ASS	Autismus-Spektrum-Störung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BAnz	Bundesanzeiger
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BKK	Betriebskrankenkasse
BSNR	Betriebsstättennummer
CBT-I	cognitive behavioral therapy for insomnia
COPD	chronisch-obstruktive Lungenerkrankung
CRP	C-reaktives Protein
CRPS	komplexes regionales Schmerzsyndrom
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
EMA	European Medicines Agency
EVM	Energieversorgung Mittelrhein
FORTA	Fit for The Aged
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
GPS	Gemeinsame Prüfungsstelle
GSK	GlaxoSmithKline
Hb	Hämoglobin
HIV	humanes Immunodefizienz-Virus
HPV	humanes Papillomvirus
ICD	International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IKK	Innungskrankenkasse
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung

KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KVT-I	kognitive Verhaltenstherapie zur Insomnie-Behandlung
MAO	Monoaminoxidase
MDCK	Madin-Darby canine kidney
MS	Multiple Sklerose
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PCV10	10-valenter Konjugat-Impfstoff gegen Pneumokokken
PCV13	13-valenter Konjugat-Impfstoff gegen Pneumokokken
PCV7	7-valenter Konjugat-Impfstoff gegen Pneumokokken
PPSV23	23-valenter Polysaccharid-Impfstoff gegen Pneumokokken
PVS	Praxisverwaltungssystem
QR-Code	Quick-Response-Code
RKI	Robert-Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SI-RL	Schutzimpfungs-Richtlinie
SSB	Sprechstundenbedarf
SSF	somnolence, sedation, fatigue
SSRI	selektiver Serotonin-Reuptake-Inhibitor
STIKO	Ständige Impfkommission
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
TSH	Thyreoidea-stimulierendes Hormon
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkung
vdek	Verband der Ersatzkassen
VZV	Varicella-zoster-Virus
WURS-k	Wender-Utah-Rating-Scale-Kurzform
ZNS	zentrales Nervensystem

Fragen zu Einzelverordnungen

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

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

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

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

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

Stephanie Brosch, Andrea Damm,
Bettina Kemmler, Aikje Lichtenberger,
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 50
September 2019

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

Kontakt verordnungsforum@kvbawue.de

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

Autoren KVBW Dr. med. Richard Fux, Dr. rer. nat. Franziska Leipoldt,
Maren Ramcke, Monica Sørum-Kleffmann, Claudia Speier,
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp

Autoren extern Katja Carmele, AOK Baden-Württemberg

Erscheinungstermin September 2019

Gestaltung und Realisation Tanja Peters

Auflage 21.000

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

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

KVBW

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