

Anlage

Zielvereinbarungen

zur Arzneimittelvereinbarung 2021 vom 10.11.2020

Für die in den folgenden Tabellen gelisteten Wirkstoffgruppen werden Kenngrößen vereinbart. Das bei der Festlegung des Ausgabenvolumens in § 2 der Arzneimittelvereinbarung berücksichtigte Einsparziel wird durch Umsetzung der Zielvorgaben bei den Kenngrößen erreicht - bei gleichzeitig konsequenter Verordnung in Form preisgünstiger Generika. Die Nennung einer Leitsubstanz bedingt keinen Verordnungsausschluss anderer Wirkstoffe der Gruppe.

Zielvereinbarungen

Datenbasis: Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V - Istwert MDK 2019 / KVBW 1.HJ. 2020

Höchstquotenregelungen

Wirkstoffgruppen im AT	Kenngröße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2021 Anteil der AT-Fälle
Analgetika WHO Stufe I im AT 21	Anteil Coxibe		
Richtwertgruppe: 71 FA Chirurgie		4,27%	3%
Richtwertgruppe: 192 Hausärzte (Internisten und Praktische Ärzte)		3,94%	
Richtwertgruppe: 441 FA Orthopädie		5,71%	
<i>Aceclofenac; Acemetacin; Acetylsalicylsäure;; Aconitum; Almotriptan; Celecoxib; Dexibuprofen; Dextetoprofen; Diclofenac; Eletriptan; Ergotamin; Etherische Öle; Etofenamat; Etoricoxib; Flupirtin; Frovatriptan; Glucosamin; Homöopathische/anthroposophische Analgetika und Antipyretika und Kombinationen; Homöopathische Migränemittel und Kombinationen; Ibuprofen; Indometacin; Ketoprofen; Lysin-Acetylsalicylat; Meloxicam; Metamizol-Natrium; Methoxyfluran; Metoclopramid und Paracetamol; Nabumeton; Naproxen; Naproxen und Esomeprazol; Naratriptan; Natriumpangamat; Oxaceprol; Paracetamol;; Parecoxib; Phenazon; Phenylbutazon; Phenylbutazon, Kombinationen; Piroxicam; Proglumetacin; Propyphenazon; Rizatriptan; Sumatriptan; Tiaprofensäure; Topiramat; Zolmitriptan Inklusive Kombinationspräparate der genannten Wirkstoffe</i>			

Mindestquotenregelungen

Wirkstoffgruppen in AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2021 Anteil der AT-Fälle
Analgetika WHO Stufe III AT 23	Anteil retardiertes Morphin		
Richtwertgruppe: 12 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung		9,07%	11,00%
Richtwertgruppe: 192 Hausärzte (Internisten und Praktische Ärzte)		11,36%	12,00%
Richtwertgruppe: 381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater)		5,87%	8,00%
Richtwertgruppe: 441 FA Orthopädie		5,2%	9,00%
<i>Buprenorphin; Fentanyl; Hydromorphon; Levomethadon; Morphin; Nalbufin; Oxycodon; Oxycodon und Naloxon; Pethidin; Piritramid; Sufentanil; Tapentadol; Ziconotid</i>			

Biosimilars-Ziele

In den AT 28, AT 37, AT 38, exRW 911 und exRW 927 der Biologicals stehen insbesondere Biosimilars für relevante Indikationsgebiete zur Verfügung. **Im Bereich der biologisch-technisch hergestellten Arzneimittel (Biologicals) führen Patentabläufe und die Zulassung von Biosimilars zu einem Wettbewerb mit teils erheblichen Preissenkungen. Daher sollten bevorzugt preisgünstige Biosimilars verordnet werden.** Da keine der bekannten randomisierten und nicht randomisierten Studien, die die Umstellung einer laufenden biologischen Therapie auf ein Biosimilar untersucht haben, einen (signifikanten) Unterschied hinsichtlich der Wirksamkeit oder Verträglichkeit zwischen Biosimilar und Original-Biological feststellen konnten, kann davon ausgegangen werden, dass Biosimilars und Original-Biologicals therapeutisch gleichwertig sind⁽¹⁾. Patienten können daher unter Berücksichtigung der Zulassung für die zu behandelnde Erkrankung und der Verfügbarkeit einer passenden Einzeldosisstärke auf ein Biosimilar umgestellt werden. Die Auswahl des Biosimilars erfordert dabei aber auch die Berücksichtigung der unterschiedlichen Handhabung der Biologika. Dies kann im Einzelfall besonders relevant bei der parenteralen Selbstapplikation von Arzneimitteln durch den Patienten mittels Fertigpen oder spritze sein. Für Verordnungen rabattierter Original-Biologicals und Biosimilars ist die Wirtschaftlichkeit grundsätzlich durch § 130a Absatz 8 und 8a SGB V sichergestellt (AM-RL § 40a Abs. 2).

Zur Zielerreichung können die in den Tabellen genannten Produkte verordnet werden. Die Aufzählung der Produkte entspricht der Biosimilar-Zuordnung der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 SGB V. Biosimilar, die unterjährig auf den Markt kommen, sind ebenfalls zu berücksichtigen.

(1) AkdÄ: Biosimilars. 1. Auflage, Version 1.0, August 2017. <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/PDF/Biosimilars-PI.pdf>

Wirkstoffgruppen in AT	KenngroÙe	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2021 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 28	Anteil Biosimilars an Adalimumab		
Richtwertgruppe: 192 Hausärzte (Internisten und Praktische Ärzte)		54,44%	65,00%
Richtwertgruppe: 196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie		83,07%	90,00%
Richtwertgruppe: 197 FA für Innere Medizin, SP Gastroenterologie		74,36%	85,00%
<i>Amgevita; Hulio; Hyrimoz; Idacio; Imraldi</i>			

Wirkstoffgruppen in AT	KenngroÙe	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2021 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 28	Anteil Biosimilars an Infliximab		
Richtwertgruppe: 192 Hausärzte (Internisten und Praktische Ärzte)		67,07%	70,00%
Richtwertgruppe: 196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie		72,34%	80,00%
Richtwertgruppe: 197 FA für Innere Medizin, SP Gastroenterologie		83,09%	85,00%
<i>Flixabi; Inflectra; Remsima; Zessly</i>			

Wirkstoffgruppen in AT	KenngroÙe	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2021 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 28	Anteil Biosimilars an Etanercept		
Richtwertgruppe: 192 Hausärzte (Internisten und Praktische Ärzte)		61,37%	65,00%
Richtwertgruppe: 196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie		84,06%	90,00%
<i>Benepali; Erelzi; Nepexto</i>			

Wirkstoffgruppen in AT	KenngroÙe	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2021 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 28	Anteil Biosimilars an Rituximab		
Richtwertgruppe: 196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie		69,93%	80,00%
<i>Rixathon; Truxima; Blitzima; Ruxience</i>			

Wirkstoffgruppen in AT	KenngroÙe	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2021 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 37	Anteil Biosimilars an Erythropoietin		
Richtwertgruppe: 192 Hausärzte (Internisten und Praktische Ärzte)		55,38%	56,00%
Richtwertgruppe: 194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie		44,77%	45,00%
Richtwertgruppe: 195 FA Innere Medizin, SP Hämato- u. Onkologie		60,38%	61,00%
<i>Abseamed; Binocrit; Epoetin alfa Hexal; Eporatio; Retacrit; Silapo</i>			

Wirkstoffgruppen in AT	KenngroÙe	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2021 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 38	Anteil Biosimilars an Somatropin		
Richtwertgruppe: 199 FA für Innere Medizin, SP Endokrinologie		9,24%	15,00%
Richtwertgruppe: 231 Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich)		22,75%	30,00%
<i>Omnitrope</i>			

Wirkstoffgruppen in AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2021 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im exRW 911	Anteil Biosimilars an Pegfilgrastim		
Ziel für alle Richtwertgruppen		50,14%	60,00%
<i>Pelgraz; Pelmeg; Ziextenzo; Cegfila; Fulphila; Grasustek</i>			

Wirkstoffgruppen in AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2021 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im exRW 927	Anteil Biosimilars an Follitropin alfa		
Richtwertgruppe: 101 FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe		42,52%	50,00%
<i>Bemfola; Ovaleap</i>			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit.

Allgemeine Hinweise:

Die Zielvereinbarungen sind an die Richtwertsystematik angepasst und berücksichtigen zur Zielerreichung den Anteil der AT-Fälle im jeweiligen Ziel.

Die Ziele sind dabei jeweils einem bestimmten Arzneimittel-Therapiebereich (AT) nach der jeweils geltenden Arzneimittel Richtwertvereinbarung zugeordnet und zeigen somit auf, durch welche Maßnahmen der jeweilige AT-Richtwert eingehalten werden kann.

Die Verordnung von Wirkstoffen, die medizinisch und hinsichtlich ihrer Kosten den Kenngrößen entsprechen, wird bei der Beurteilung der Zielerreichung berücksichtigt. Die gemeinsame Arbeitsgruppe wird Marktveränderungen beobachten und entsprechende Umsetzungsempfehlungen geben. Berücksichtigungsfähig sind auch Auswirkungen von Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V.

Änderungen der Empfehlungen nationaler Versorgungsleitlinien sind bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen.

Zum indikationsgerechten Einsatz beachten Sie bitte auch die Therapieleitfäden unter:
<http://www.gpe-bw.de/>

Qualitative Ziele:

Rationaler Antibiotikaeinsatz

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

Weitere Informationen zur rationalen Antibiotikatherapie, u.a. zur Risikobewertung der Fluorchinolone können dem Verordnungsforum 47 (Oktober 2018) entnommen werden.

Verordnungen von Sacubitril/Valsartan (Entresto®)

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

In die Zulassungsstudie wurden ausschließlich vorbehandelte Patienten aufgenommen (ACE-Hemmer oder AT1-Rezeptorblocker (ARB), ggf. in Kombination mit einem Betablocker und/oder Aldosteronantagonisten). Nur für diese Patienten gilt daher die Verordnung als Praxisbesonderheit gem. § 106b Abs. 5 SGB V.

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

- persistierender Symptomatik (NYHA-Stadien II bis IV)
- trotz leitliniengerechter Kombinationstherapie mit ACE-Hemmern/ARB, Betablockern und Mineralokortikoidrezeptorantagonisten
- unter Berücksichtigung der Unsicherheiten bezüglich der Langzeitverträglichkeit und des Nebenwirkungsprofils

empfohlen ⁽²⁾.

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

(2) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 3. Auflage, 2019. DOI: 10.6101/AZQ/000465. www.herzinsuffizienz.versorgungsleitlinien.de.

Verordnungen von DOAK

Für den AT 11 orale Antikoagulanzen wurde für die direkten oralen Antikoagulanzen, DOAK, keine Höchstgrenze festgelegt, dennoch haben diese die Vitamin-K-Antagonisten in INR-adjustierter Dosierung als Standardprophylaxe für Patienten mit Vorhofflimmern und hohem Risiko für Thromboembolien nicht abgelöst ⁽³⁾.

Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential von Pregabalin

Bei der Ausstellung von Verordnungen für Pregabalin-haltige Arzneimittel sollten aufgrund des hohen Abhängigkeits- und Missbrauchspotentials ⁽⁴⁾, ⁽⁵⁾ die nachfolgend genannten Punkte berücksichtigt werden:

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

(4) AkdÄ UAW-Datenbank: Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin (Lyrica), Dt. Ärzteblatt Jahrgang 108, Heft 4 vom 28.01.2011

(5) Arznei-Telegramm 2012-43 Netzwerk aktuell: Abhängig von Lyrica (Pregabalin)

Bevacizumab

Seit August 2020 sind Biosimilars zu Bevacizumab (Referenzprodukt: Avastin®) auf dem deutschen Markt erhältlich. Neben Mvasi® und Zirabev® steht seit Mitte September 2020 ein drittes Biosimilar - Aybintio® - zur Verfügung.

Im Bereich der biologisch-technisch hergestellten Arzneimittel (Biologicals) führen Patentabläufe und die Zulassung von Biosimilars zu einem Wettbewerb mit teils erheblichen Preissenkungen. Daher sollten bevorzugt preisgünstige Biosimilars verordnet werden. Da keine der bekannten randomisierten und nicht randomisierten Studien, die Umstellung einer laufenden biologischen Therapie auf ein Biosimilar untersucht haben, einen (signifikanten) Unterschied hinsichtlich der Wirksamkeit oder Verträglichkeit zwischen Biosimilar und Original-Biological feststellen konnten, kann davon ausgegangen werden, dass Biosimilars und Original-Biologicals therapeutisch gleichwertig sind.

Patienten können daher unter Berücksichtigung der Zulassung für die zu behandelnde Erkrankung und der Verfügbarkeit einer passenden Einzeldosisstärke auf ein Biosimilar umgestellt werden. Die Auswahl des Biosimilars erfordert dabei aber auch die Berücksichtigung der unterschiedlichen Handhabung der Biologika. Dies kann im Einzelfall besonders relevant bei der parenteralen Selbstapplikation von Arzneimitteln durch den Patienten mittels Fertigen oder Spritze sein.

Für Verordnungen rabattierter Original-Biologicals und Biosimilars ist die Wirtschaftlichkeit grundsätzlich durch § 130a Absatz 8 und 8a SGB V sichergestellt (AM-RL § 40a Abs. 2).

Trastuzumab

Biosimilars zu Trastuzumab (Referenzprodukt Herceptin®) gibt es seit April 2018. Im Moment stehen sechs Biosimilars:

Herzuma®, Kanjinti®, Ogiviri®, Ontruzant®, Zercepac® und Trazimera®- zur Verfügung.

Im Bereich der biologisch-technisch hergestellten Arzneimittel (Biologicals) führen Patentabläufe und die Zulassung von Biosimilars zu einem Wettbewerb mit teils erheblichen Preissenkungen. Daher sollten bevorzugt preisgünstige Biosimilars verordnet werden. Da keine der bekannten randomisierten und nicht randomisierten Studien, die Umstellung einer laufenden biologischen Therapie auf ein Biosimilar untersucht haben, einen (signifikanten) Unterschied hinsichtlich der Wirksamkeit oder Verträglichkeit zwischen Biosimilar und Original-Biological feststellen konnten, kann davon ausgegangen werden, dass Biosimilars und Original-Biologicals therapeutisch gleichwertig sind.

Patienten können daher unter Berücksichtigung der Zulassung für die zu behandelnde Erkrankung und der Verfügbarkeit einer passenden Einzeldosisstärke auf ein Biosimilar umgestellt werden. Die Auswahl des Biosimilars erfordert dabei aber auch die Berücksichtigung der unterschiedlichen Handhabung der Biologika. Dies kann im Einzelfall besonders relevant bei der parenteralen Selbstapplikation von Arzneimitteln durch den Patienten mittels Fertigen oder Spritze sein.

Für Verordnungen rabattierter Original-Biologics und Biosimilars ist die Wirtschaftlichkeit grundsätzlich durch § 130a Absatz 8 und 8a SGB V sichergestellt (AM-RL § 40a Abs. 2).

Kombinierte hormonale Kontrazeptiva – Verordnung risikoarmer Präparate

Bei der Entscheidung über die Verordnung eines kombinierten hormonalen Kontrazeptivums sollte ein geeignetes risikoarmes Präparat bevorzugt werden. Präparate die Levonorgestrel, Norethisteron oder Norgestimat enthalten, sind mit dem geringsten Risiko für eine venöse Thromboembolie (VTE) verbunden ⁽⁶⁾.

Tabelle 1: Wie hoch ist das Risiko, innerhalb eines Jahres eine VTE zu erleiden? ⁽⁶⁾

Gruppe	Anzahl
Frauen, die keine hormonalen Verhütungsmittel verwenden und nicht schwanger sind	Etwa 2 von 10.000 Frauen
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Levonorgestrel, Norethisteron oder Norgestimat enthält	Etwa 5-7 von 10.000 Frauen
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Etonogestrel oder Norelgestromin enthält	Etwa 6-12 von 10.000 Frauen
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Dienogest enthält	Etwa 8-11 von 10.000 Frauen
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Drospirenon, Gestoden oder Desogestrel enthält	Etwa 9-12 von 10.000 Frauen
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Chloradinon oder Nomegestrol enthält	Noch nicht bekannt*

* Um das Risiko für diese Produkte einschätzen zu können, werden derzeit auf europäischer Ebene weitere Studien ausgewertet

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt auf seiner Internetseite ebenfalls eine Checkliste für Ärzte sowie eine Anwenderinnenkarte als Informationsmaterialien zur Verfügung ⁽⁶⁾.

Weitere Informationen zu hormonellen Kontrazeptiva finden Sie auch im Verordnungsforum 43 „Moderne Empfängnisregelung“ ⁽⁷⁾.

(6) Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Themenseite Venöse Thromboembolien und kombinierte hormonale Kontrazeptiva https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/KOKJ_node.html

(7) Verordnungsforum 43 vom November 2017: Moderne Empfängnisregelung. <https://www.kvbawue.de/presse/publikationen/verordnungsforum/>

Rationale Verordnung von Protonenpumpenhemmern (PPI)

Die Verordnungen von PPI haben sich seit 2009 mehr als verdoppelt und stagnieren derzeit auf einem hohen Niveau ⁽⁸⁾. Der Verordnung von PPI sollte grundsätzlich eine kritische Diagnosestellung vorausgehen. Ein nicht indikationsgerechter Einsatz, eine medizinisch nicht notwendige Langzeitmedikation oder auch die regelhafte Fortführung hoher Dosierungen muss sowohl im Hinblick auf mögliche Nebenwirkungen als auch unter Kostenaspekten hinterfragt werden. In vielen Fällen ist eine Dosisreduzierung, die Umstellung auf eine Bedarfsmedikation oder sogar das Absetzen, insbesondere nach stationärem Aufenthalt möglich. Aufgrund des sog. „Reboundphänomens“ wird ein schrittweises Ausschleichen der PPI empfohlen. Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat einen Algorithmus zum

sogenannten „Deprescribing“ von PPI veröffentlicht ⁽⁹⁾. Weitere Informationen zum Thema PPI u.a. zum indikationsgerechten Einsatz und zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen können dem Verordnungsforum 54 (August 2020) entnommen werden.

(8) Schwabe, U. Paffrath, D. Ludwig, W. Klauber, J. (Hrsg.) Arzneiverordnungs-Report 2019

(9) Rosien, U. Deprescribing PPI: Weniger Protonenpumpeninhibitoren-Verordnung ist möglich! <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/201903-4/114h/index.php>

Monoklonale Antikörper in der Migränetherapie

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

Aufgrund der hohen Jahrestherapiekosten (bei jeweiliger Standarddosierung ungefähr 5.500 €, Lauer-Taxe, Stand: 1. Dezember 2020) und dem Vorhandensein von langfristig erprobten Wirkstoffen zur Migräneprophylaxe empfehlen wir einen zurückhaltenden Einsatz der Präparate unter Beachtung der frühen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Weiterführende Erläuterungen, sowie Informationen zur Wirtschaftlichkeit sind dem Artikel „CGRP – ein neues Target für die Migränebehandlung“ im Verordnungsforum 51 zu entnehmen.

Therapie mit Cannabinoiden

Für die Therapie mit Cannabinoiden gemäß § 31 Abs. 6 SGB V ist vorzugsweise ein kostengünstiges Cannabis-Arzneimittel einzusetzen. Vor der ersten Verordnung muss eine Genehmigung durch die Krankenkasse des Patienten vorliegen. Zum wirtschaftlichen Einsatz von Cannabis-Arzneimitteln und für weiterführende Informationen sind die Veröffentlichungen der KV zu beachten. Ebenso finden Sie eine Patientenkostenübersicht unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Cannabis

Aut-idem-Verordnung

Das Ankreuzen des Aut-idem-Feldes durch den Vertragsarzt ist nur aus medizinisch-therapeutischen Gründen zulässig ⁽¹⁰⁾. Durch das Setzen des Kreuzes wird der Austausch des verordneten gegen ein preisgünstigeres, wirkstoffgleiches Arzneimittel in der Apotheke unterbunden. Unter Wirtschaftlichkeitsaspekten ist der Ausschluss dieser Substitution in der Apotheke nur in medizinisch begründeten Fällen zu empfehlen.

(10) Bundesmantelvertrag Ärzte § 29 Abs.2

Arzneimittelbehandlung älterer Patienten bzw. Multimedikation

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

Generell sollte bei Patienten mit Multimorbidität bzw. Multimedikation (z. B. ≥ 3 chronischen Erkrankungen, ≥ 5 Arzneimittel) regelhaft eine umfassende Erfassung und kritische Medikationsbewertung (inklusive der Selbstmedikation durch den Patienten) durchgeführt werden:

Indikation, Kontraindikationen, Wirkstoffauswahl, Dosierung, Interaktionspotenzial, korrekte Anwendung/Einnahme, erforderliches Monitoring, Therapieprobleme, neu aufgetretene Erkrankungen und Komplikationen (möglicherweise als Folge oder Nebenwirkung eines Arzneimittels?) und – nicht zu vergessen – persönliche Ziele und Prioritäten des Patienten bzw. der Patientin.

Diverse, frei zugängliche Instrumente können Sie bei der Verordnungsanalyse und -entscheidung unterstützen (z. B. Medication Appropriateness Index (MAI), START-STOPP-Kriterien, Priscus-, Beers- bzw. Fortaliste etc.) ^{(11), (12)}.

Ein regelmäßig aktualisierter Medikationsplan erleichtert Behandlern und Patienten die Übersicht.

(11) DEGAM S3-Leitlinie Multimedikation (02/2017), AWMF-Register-Nr. 053-047. https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbiditaet/053-0471_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf.

(12) Hausärztliche Leitlinie Multimedikation. Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten. Berlin: ÄZQ; 2013. (äzq Schriftenreihe; 41) DOI 10.6101/azq/000148 <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe41.pdf>

Therapieallergene

Gemäß der Konsentierten Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer spezifischen Immuntherapie ⁽¹³⁾ sollte bei der Präparateauswahl zukünftig das Ende der Übergangsregelung der TAV bedacht werden, da ggf. bei nicht Erteilung der Zulassung, ein Präparat mit dem bereits eine Therapie begonnen wurde, nach dem Ende der Übergangsregelung nicht mehr verfügbar sein könnte.

(13) Gemeinsame Prüfungseinrichtung Baden-Württemberg <https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen>