

Anlage

Zielvereinbarungen zur Arzneimittelvereinbarung 2022

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 MD 2020 / KVBW 1.HJ. 2021

Höchstquotenregelungen

| Wirkstoffgruppen im AT | Kenngröße | Istwert Anteil der AT-Fälle | Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle |
|--|----------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Analgetika WHO Stufe I im AT 21 | Anteil Coxibe | | |
| Richtwertgruppe: 71 FA Chirurgie | | 4,4 % | 3% |
| Richtwertgruppe: 192 Hausärzte (Internisten und Praktische Ärzte) | | 4,1 % | |
| Richtwertgruppe: 441 FA Orthopädie | | 5,7 % | |
| <i>Aceclofenac; Acemetacin; Acetylsalicylsäure; Aconitum; Almotriptan; Celecoxib; Dexibuprofen; Dextoprofen; 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; Topiramid; Zolmitriptan Inklusive Kombinationspräparate der genannten Wirkstoffe</i> | | | |

| Wirkstoffgruppen in AT | KenngroÙe | Istwert Anteil der AT-Fälle | Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle |
|--|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Orale Analgetika WHO Stufe III im AT 23 | Anteil Tapentadol | | |
| Richtwertgruppe: 12 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung | | 25 % | 20 % |
| Richtwertgruppe: 192 Hausärzte (Internisten und Praktische Ärzte) | | 12 % | 10 % |
| Richtwertgruppe: 381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater) | | 13 % | 10 % |
| Richtwertgruppe: 441 FA Orthopädie | | 17 % | 13 % |
| <i>Buprenorphin; Fentanyl; Hydromorphon; Levomethadon; Morphin; Nalbuphin; Oxycodon; Oxycodon und Naloxon; Pethidin; Piritramid; Sufentanil; Tapentadol; Ziconotid</i> | | | |

Mindestquotenregelungen

| Wirkstoffgruppen in AT | KenngroÙe | Istwert Anteil der AT-Fälle | Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle |
|--|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva im AT 44 | Anteil risikoarme (Risiko- gruppe I) Kontrazeptiva* | | |
| Richtwertgruppe: 101 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe | | 49 % | 75 % |
| <i>Chlormadinon und Ethinylestradiol; Cyproteron und Estrogen; Desogestrel und Ethinylestradiol; Dienogest und Estradiol; Dienogest und Ethinylestradiol; Drospirenon und Ethinylestradiol; Drospirenon und Estetrol; Gestoden und Ethinylestradiol; Levonorgestrel und Ethinylestradiol; Nomegestrol und Estradiol; Norethisteron und Ethinylestradiol; Norgestimat und Ethinylestradiol</i> ** | | | |

*Nähere Erläuterungen s. Qualitatives Ziel „Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva – Verordnung risikoarmer Präparate“

**risikoarme Präparate sind hervorgehoben

| Wirkstoffgruppen in AT | KenngroÙe | Istwert Anteil der AT-Fälle | Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle |
|---|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| HIV-Präparate im exRW 905 | Generikaanteil | | |
| Ziel für alle Richtwertgruppen | | 50 % | 60% |
| <i>Abacavir; Atazanavir; Cabotegravir; Cobicistat; Darunavir; Dolutegravir; Dolutegravir und Rilpivirin; Doravirin; Efavirenz; Emtricitabin; Emtricitabin, Tenofoviralfenamid, Darunavir und Cobicistat; Emtricitabin, Tenofoviralfenamid, Elvitegravir und Cobicistat; Emtricitabin, Tenofoviralfenamid und Bictegravir; Emtricitabin, Tenofoviralfenamid und Rilpivirin; Emtricitabin, Tenofoviridisoproxil, Elvitegravir und Cobicistat; Emtricitabin, Tenofoviridisoproxil und Efavirenz; Emtricitabin, Tenofoviridisoproxil und Rilpivirin; Emtricitabin und Tenofoviralfenamid; Etravirin; Fosamprenavir; Lamivudin; Lamivudin, Abacavir und Dolutegravir; Lamivudin, Tenofoviridisoproxil und Doravirin; Lamivudin und Abacavir; Lamivudin und Dolutegravir; Lopinavir und Ritonavir; Maraviroc; Nevirapin; Raltegravir; Rilpivirin; Ritonavir; Saquinavir; Tenofoviridisoproxil; Tenofoviridisoproxil und Emtricitabin; Tipranavir; Zidovudin; Zidovudin, Lamivudin und Abacavir; Zidovudin und Lamivudin</i> | | | |

Biosimilars-Ziele

Im Bereich der biotechnologisch hergestellten Arzneimittel (Biologicals) konnten in den letzten Jahren durch die Verordnung von Biosimilars erhebliche Einsparungen erzielt werden. Besonders der Einsatz rabattierter Biosimilars hat dazu einen wesentlichen Anteil beigetragen.

Für Erythropoetin, Somatotropin, Pegfilgrastim und Follitropin alfa wurden für 2022 Zielquoten festgelegt, weil die in Baden-Württemberg bisher erreichten Verordnungsanteile von Biosimilars bei diesen Wirkstoffen noch deutlich hinter dem Bundesdurchschnitt zurückbleiben.

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. Biosimilars, die unterjährig auf den Markt kommen, sind ebenfalls zu berücksichtigen.

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), die Versorgung mit einem Rabattarzneimittel gilt im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung somit grundsätzlich als wirtschaftlich.

| Wirkstoffgruppen in AT | KenngroÙe | Istwert Anteil der AT-Fälle | Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle |
|---|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| Biologicals im AT 37 | Anteil Biosimilars an Erythropoetin | | |
| Richtwertgruppe: 192 Hausärzte (Internisten und Praktische Ärzte) | | 57 % | 60 % |
| Richtwertgruppe: 194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie | | 46 % | 50 % |
| Richtwertgruppe: 195 FA Innere Medizin, SP Hämato- u. Onkologie | | 61 % | 65 % |
| <i>Abseamed; Binocrit; Epoetin alfa Hexal; Eporatio; Retacrit; Silapo</i> | | | |

| Wirkstoffgruppen in AT | KenngroÙe | Istwert Anteil der AT-Fälle | Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle |
|---|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| Biologicals im AT 38 | Anteil Biosimilars an Somatropin | | |
| Richtwertgruppe: 199 FA für Innere Medizin, SP Endokrinologie | | 12 % | 15 % |
| Richtwertgruppe: 231 Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich) | | 22 % | 30 % |
| <i>Omnitrope</i> | | | |

| Wirkstoffgruppen in AT | KenngroÙe | Istwert Anteil der AT-Fälle | Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle |
|---|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| Biologicals im exRW 911 | Anteil Biosimilars an Pegfilgrastim | | |
| Ziel für alle Richtwertgruppen | | 70 % | 75 % |
| <i>Pelgraz; Pelmeg; Ziextenzo; Cegfila; Fulphila; Grasustek; Nyvepria</i> | | | |

| Wirkstoffgruppen in AT | KenngroÙe | Istwert Anteil der AT-Fälle | Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle |
|---|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| Biologicals im exRW 927 | Anteil Biosimilars an Follitropin alfa | | |
| Richtwertgruppe: 101 FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe | | 44 % | 50 % |
| <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 und sind auf der Homepage des BfArMs zu finden:

<https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2019/rhb-fluorchinolone.html>

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 September 2021 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 empfohlen⁽¹⁾.

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

(1) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 3. Auflage, Version 3 2021. 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 Höchstquote 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⁽²⁾.

(2) Leitfaden der AkdÄ zum Einsatz der direkten oralen Antikoagulanzen Dabigatran (Pradaxa®), Apixaban (Eliquis®), Edoxaban (Lixiana®) und Rivaroxaban (Xarelto®) bei nicht valvulärem Vorhofflimmern, 3., überarbeitete Auflage, Stand: November 2019

Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential von Pregabalin

Bei der Ausstellung von Verordnungen für Pregabalin-haltige Arzneimittel sollten aufgrund des hohen Abhängigkeits- und Missbrauchspotentials ⁽³⁾, ⁽⁴⁾ 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.

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

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

Bevacizumab

Folgende Biosimilars sind zu Bevacizumab (Referenzprodukt: Avastin®) auf dem deutschen Markt erhältlich: Abevmy®, Alymsys®, Aybintio®, Mvasi®, Oyavas® und Zirabev® (Stand September 2021).

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.

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), die Versorgung mit einem Rabattarzneimittel gilt im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung somit grundsätzlich als wirtschaftlich..

Trastuzumab

Folgende Biosimilars sind zu Trastuzumab (Referenzprodukt Herceptin®) auf dem deutschen Markt erhältlich:

Herzuma®, Kanjinti®, Ogiviri®, Ontruzant®, und Trazimera® und Zercepac® (Stand September 2021).

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.

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), die Versorgung mit einem Rabattarzneimittel gilt im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung somit grundsätzlich als wirtschaftlich.

Orale 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 ⁽⁵⁾.

Tabelle 1: Wie hoch ist das Risiko, innerhalb eines Jahres eine VTE zu erleiden? ⁽⁵⁾

| 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 Seasonique® verwenden, das Levonorgestrel im Langzyklus enthält ^a | Etwa 5-15 von 10.000 Frauen ^b |
| 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* |

^a Seasonique® (84 Tage 150 µg Levonorgestrel in Kombination mit 30 µg Ethinylestradiol danach 7 Tage 10 µg Ethinylestradiol)

^b basierend auf dem 95% Konfidenzintervall des Hazard ratios (HR) und der Spannweite der geschätzten Inzidenz für Levonorgestrel (5-7 pro 10.000 Frauen und Anwendungsjahr)

^c 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 ⁽⁵⁾.

Weitere Informationen zu hormonellen Kontrazeptiva finden Sie auch im Verordnungsforum 43 „Moderne Empfängnisregelung“ ⁽⁶⁾.

(5) Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Themenseite Venöse Thromboembolien und kombinierte hormonale Kontrazeptiva

https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/KOK/_node.html

(6) Verordnungsforum 43 vom November 2017: Moderne Empfängnisregelung.

<https://www.kvbawue.de/presse/publikationen/verordnungsforum/>

Rationale Verordnung von Protonenpumpenhemmern (PPI)

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 ⁽⁷⁾. Weitere Informationen zum Thema PPI u.a. zum indikationsgerechten Einsatz und zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen können dem Verordnungsforum 54 (August 2020) entnommen werden.

(7) 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 und dem Vorhandensein von langfristig erprobten Wirkstoffen zur Migräneprophylaxe empfehlen wir einen zurückhaltenden Einsatz der Präparate. Obgleich die erneute frühe Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen für Erenumab feststellt ⁽⁸⁾, ist eine patientenindividuelle Abwägung gegenüber dem Einsatz langfristig erprobter Wirkstoffe zu empfehlen.

(8) G-BA Beschluss Neubewertung Erenumab <https://www.g-ba.de/beschluesse/5066/>

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. Eine Patientenkostenübersicht ist unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Cannabis zu finden.

Aut-idem-Verordnung

Das Ankreuzen des Aut-idem-Feldes durch den Vertragsarzt ist nur aus medizinisch-therapeutischen Gründen zulässig⁽⁹⁾. 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 bzw. therapeutisch begründeten Fällen zu empfehlen.

(9) 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.)⁽¹⁰⁾.

Ein regelmäßig aktualisierter Medikationsplan erleichtert Behandlern und Patienten die Übersicht.

(10) Leitliniengruppe Hessen, DEGAM. (2021) Hausärztliche Leitlinie Multimedikation, AWMF-Register-Nr. 053-043. Version 2.00 vom 05.05.2021 https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-043l_S3_Multimedikation_2021-08.pdf

Therapieallergene

Gemäß der Konsentierten Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer spezifischen Immuntherapie⁽¹¹⁾ 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.

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

Frühe Nutzenbewertung

Neue Arzneimittel, für die noch kein Ergebnis zur frühen Nutzenbewertung des G-BA vorliegt und kein Erstattungsbetrag vereinbart wurde, sollten nur zurückhaltend eingesetzt werden. Die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung sind beim G-BA oder in der Ordnungssoftware einsehbar.

<https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/>

Gezielter Einsatz von transdermalen Opioiden

In der Regel kann eine Schmerztherapie mit oralen Präparaten durchgeführt werden, transdermale Opioide sollten zielgerichtet eingesetzt werden. Für die **Therapie mit transdermalen Opioiden** gelten im Rahmen einer guten Versorgungsqualität folgende patientenbezogene Aspekte als Voraussetzung:

- Chronische Schmerzen und ein stabiler Opioidbedarf - also ohne starke Schwankungen der Schmerzintensität während des Tages und in der Nacht ⁽¹²⁾.
- Schluckbeschwerden oder gastrointestinale Malabsorption. Dies gilt im Speziellen während der Palliativversorgung oder bei Tumoren im Gesichts- und Halsbereich sowie des Gastrointestinaltrakts. Hier kann die orale Einnahme von Medikamenten erschwert oder unmöglich sein. Eine invasive Applikation von Opioiden kann bei diesen Patienten vermieden werden, sodass sie unabhängig von stationären oder zusätzlichen ambulanten Schmerzbehandlungen bleiben können ⁽¹³⁾.

CAVE: Pflaster sind mit deutlich mehr Wirkstoffmengen beladen, als die auf der Packung ausgewiesenen Wirkstärken. Daher ist ein hohes Missbrauchs- und Unfallpotential gegeben. Bei der Erstverordnung sollte immer die kleinste Einheit verordnet werden. Dies gilt insbesondere bei bislang nicht bekannten Patienten.

Bitte beachten Sie die allgemeinen Hinweise zum Abhängigkeitspotential auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch im Verordnungsforum 57.

(12) 2. Aktualisierung der Leitlinie LONTS 2020 1 Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS), 2. Aktualisierung, 2020

(13) <https://www.arzneimitteltherapie.de/heftarchiv/2007/10/opioide-wann-welche-applikationsform.html>

Lipidsenker (Bempedoinsäure, Inclisiran)

Statine sind nach Ausschöpfung nichtmedikamentöser Maßnahmen weiterhin Arzneimittel der ersten Wahl zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen. Bei nicht ausreichender Wirksamkeit sollte zunächst Ezetimib ggf. in Kombination mit einem Statin eingesetzt werden.

Mit Bempedoinsäure (Nilemdo® bzw. Nustendi®) als Fixkombination mit Ezetimib) und Inclisiran (Leqvio®) sind zwei neue Lipidsenker verfügbar.

In den frühen Nutzenbewertungen des G-BA hat sich für die Wirkstoffe jeweils kein Beleg für einen Zusatznutzen ergeben ⁽¹⁴⁾.

Die Kosten einer Therapie mit Bempedoinsäure liegen deutlich höher als die einer Standardtherapie mit Statinen. Bempedoinsäure sollte deshalb erst nach Ausschöpfung kostengünstiger und zweckmäßiger Optionen zum Einsatz kommen.

Für die Verordnung des ebenfalls mit hohen Kosten verbundenen PCSK9-Synthesehemmers Inclisiran (Leqvio®) wurde vom G-BA wie schon zuvor für die beiden PCSK9-Inhibitoren Evolocumab und Alirocumab eine Verordnungseinschränkung in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen (Nr. 35 a,b und c) ⁽¹⁵⁾.

(14) G-BA-Beschluss Bempedoinsäure: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4785/2021-04-15_AM-RL-XII_Bempedoins%C3%A4ure_D-601_BAnz.pdf

G-BA-Beschluss Bempedoinsäure/Ezetimib: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4786/2021-04-15_AM-RL-XII_Bempedoins%C3%A4ure-Ezetimib_D-602_BAnz.pdf

G-BA-Beschluss Inclisiran: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4922/2021-07-15_AM-RL-XII_Inclisiran_D-640_BAnz.pdf

(15) AM-RL Anlage III: https://www.g-ba.de/downloads/83-691-698/AM-RL-III-Verordnungseinschr%C3%A4nkungen_2021-09-02.pdf