Verordnungsforum 60

FEBRUAR 2022

WIRTSCHAFTLICH VERORDNEN:
ARZNEIMITTELVEREINBARUNG 2022

LANG ODER KURZ?
BERICHTE IN DER HEILMITTELBEHANDLUNG

GAR NICHT SO EINFACH:
HEPATITIS-IMPFUNGEN

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

3 Vorwort

4 ARZNEIMITTEL
4 **Verordnungspraxis**
4 _ Änderungen der Arzneimittel-Richtwert-systematik 2022
8 _ Ziele in der Arzneimittelvereinbarung 2022
19 _ Vorsicht! Keine Rezeptausstellung für Verstorbene

21 HEILMITTEL
21 _ Heilmittel-Richtwerte 2022
23 _ Ausführliche Therapieberichte bei Heilmitteln

25 SCHUTZIMPFUNGEN
25 _ Gar nicht so einfach: Hepatitis-Impfungen

28 SERVICE
28 _ Fortbildungsveranstaltungen
34 _ Neues auf www.kvbawue.de
35 _ In eigener Sache: Erratum – Einheit für luteinisierendes Hormon (LH)

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 Autor*innen und der Redaktion mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und geprüft.

Die Leser*innen sind 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 entscheiden die behandelnden Ärzt*innen eigenverantwortlich.

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

Wissenschaft und Pharmakologie

Wirtschaftliche Verordnung

Richtlinien und Bestimmungen

Vorwort

Same procedure as last year …

Wie immer zum Jahresanfang informieren wir Sie auch in diesem Jahr wieder über die erfolgreichen Verhandlungen mit den Krankenkassen zur Arzneimittel- und Heilmittelversorgung für das Jahr 2022.

Ende des letzten Jahres haben wir in konstruktiven Gesprächen eine Arzneimittelvereinbarung getroffen, die Sie dabei unterstützen soll, die Arzneimittelversorgung Ihrer Patientinnen und Patienten auf dem guten hohen Niveau zu halten – bei gleichzeitiger Rücksichtnahme auf die Kosten. Höchst- und Mindestquotenregelungen für bestimmte Substanzklassen geben Ihnen einen quantitativen Rahmen vor; qualitative Ziele verstehen Sie bitte als Empfehlungen, an die Sie sich halten sollten, um eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu erreichen. Über alle vereinbarten Ziele der Arzneimittelvereinbarung sowie die aktuellen Änderungen der Richtwertsystematik informieren wir Sie auf den ersten Seiten dieses Heftes.

Auch über die Heilmittelausgaben haben wir mit den Krankenkassen eine Vereinbarung getroffen. Diese sowie die aktuellen Heilmittel-Richtwerte – eine wichtige Richtschnur für die wirtschaftliche Verordnung von Heilmitteln – finden Sie ab Seite 21.

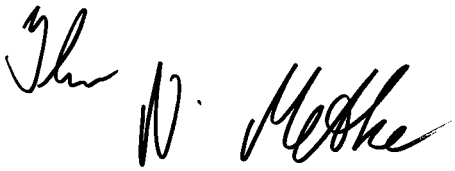
Im letzten Jahr kam im Heilmittelbereich die Möglichkeit hinzu, bei verordneter Logopädie und Physiotherapie ausführliche Therapieberichte bei den Therapeutinnen und Therapeuten anzufordern. Wie sich diese ausführlichen Therapieberichte von den üblichen Kurzberichten unterscheiden und was Sie bezüglich der Kosten beachten sollten, erklären wir auf Seite 23.

Außerdem bieten wir Ihnen ab Seite 25 einen Gesamtüberblick über Hepatitis-Impfungen. Was empfiehlt die STIKO? Was wird von der GKV vergütet? Eine Vielzahl von Regelungen und Ausnahmen macht es gerade bei den Hepatitis-Impfungen schwer, den Überblick zu behalten.

Lassen Sie mich Ihnen nun noch einen guten Start in ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2022 wünschen. Ich weiß es mehr als zu schätzen, was Sie tagtäglich und insbesondere im letzten Jahr in Ihren Praxen geleistet haben. Sie in diesem Tun möglichst gut zu unterstützen, ist mir ein besonderes Anliegen. Dieses Heft soll dazu beitragen. Wenn Sie weitere Fragen haben, dann melden Sie sich gern bei uns. Die Kontaktdaten der Fachleute im Verordnungsmanagement finden Sie am Ende des Heftes. Oder schreiben Sie uns einfach eine E-Mail: verordnungsforum@kvbawue.de

Bleiben Sie gesund!

Herzlichst Ihr



Dr. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstands

§ Änderungen der Arzneimittel-Richtwert-systematik 2022

Mittlerweile hat sich die seit 2017 als statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeführte Arzneimittel-Richtwertprüfung in Baden-Württemberg erfolgreich etabliert. Regelmäßig erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung und durch die gesetzlichen Krankenkassen eine Überprüfung, ob die Arzneimittel-Richtwertsystematik an den aktuellen Arzneimittelmarkt angepasst werden muss. Der geringe Anpassungsbedarf der letzten Jahre bestätigt die Systematik. Neben der Neuberechnung der AT-Richtwerte gab es für das Verordnungsjahr 2022 nur wenige Veränderungen, die im Folgenden erläutert werden.

AT-Richtwerte 2022

Jedes Jahr werden die AT-Richtwerte auf Basis der aktuell vorhandenen Verordnungsdaten für jede Richtwertgruppe neu berechnet. Sie gelten pro Quartal für jeden Patienten, der Verordnungen aus den entsprechenden Arzneimittel-Therapiebereichen (AT) erhält.

Gründe für eine Absenkung können Festbeträge oder die Neueinführung von Generika sein. Auch der vermehrte Einsatz von Biosimilars führt zu einer Reduktion der AT-Richtwerte für das Verordnungsjahr 2022 beispielsweise im AT 28 (Mittel bei Autoimmunerkrankungen, Biologicals und Sonstige).

Eine Erhöhung der AT-Richtwerte kommt z. B. durch die vermehrte Verordnung von neuen, patentgeschützten und damit oft teuren Präparaten zustande. Dieser Effekt ist im AT 29 (Antidiabetika – Patienten ohne Insulin) ersichtlich.

➔ Alle AT-Richtwerte finden Sie hier: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte

Grundlagen der Richtwertsystematik

Möchten Sie sich ausführlich mit den Grundlagen der Systematik auseinandersetzen, empfehlen wir Ihnen einen Blick auf unsere Homepage:

www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte.

Neben den Grundlagen der Systematik finden Sie dort auch die Neuauflage des Verordnungsforums „Richtwertsystematik Arzneimittel – Grundlagen und aktuelle Hinweise“ (Februar 2020), dem Sie ebenfalls weiterführende Informationen entnehmen können.

Projizierter praxisindividueller Richtwert^{KV} (projizierter PiRW^{KV})

Bevor Ihnen der erste unterjährige praxisindividuelle Richtwert^{KV} (unterjähriger PiRW^{KV}) mit der Frühinformation Arzneimittel für das Verordnungsjahr 2022 zur Verfügung gestellt werden kann (ca. Mitte Mai), erhalten Sie den projizierten PiRW^{KV}. Dieser ist auf Grundlage Ihrer individuellen Verordnungsdaten der ersten drei Quartale 2021 unter Berücksichtigung der neuen AT-Richtwerte des Jahres 2022 berechnet.

Der projizierte PiRW^{KV} wird Ihnen im Mitgliederportal zur Verfügung gestellt:

Dokumentenarchiv » Aktentyp: Verordnungsmanagement » Quartal 3/2021 » Reiter: Informationen zur Richtwertsystematik » Unterlage: projizierter praxisindividueller Richtwert.

Änderungen der Wirkstoffzuordnung 2022

Seit 1. Januar 2022 gelten folgende Änderungen in der Wirkstoffzuordnung:

- Die Mittel zur Behandlung der Tuberkulose sind dem exRW-Bereich 905 (Definierte Infektionskrankheiten) zugeordnet (bis 2021: AT 1 (Antibiotika, oral / intestinal / nasal / parenteral)). Dies betrifft die Wirkstoffe Bedaquilin, Dapson, Delamanid, Ethambutol, Isoniazid, Isoniazid + Pyridoxin, Pyrazinamid, Rifabutin, Rifampicin und Terizidon.
- Liposomales Amikacinsulfat für einen Vernebler (Arikayce®) zur Behandlung nicht-tuberkulöser Mykobakteriosen ist ebenfalls dem exRW-Bereich 905 (Definierte Infektionskrankheiten) zugeordnet (bis 2021: AT 1 (Antibiotika, oral / intestinal / nasal / parenteral)).
- Oxybutynin zur intravesikalen Anwendung (Vesoxx®) zur Unterdrückung einer Detrusoraktivität bei Rückenmarksverletzung oder Spina bifida ist dem exRW-Bereich 906 (Definierte Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems) zugeordnet (bis 2021: AT 61 (Mittel bei Harninkontinenz)).

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

Änderungen der AT-Zuordnung zu Richtwertgruppen 2022

Die aktuelle Zuordnung der AT zu den verschiedenen Richtwertgruppen ist in der Übersicht (Matrix) auf den Seiten 6 und 7 dargestellt.

Aufgrund der Zulassungserweiterung von Wirkstoffen wie Dupilumab oder Omalizumab zur Therapie der chronischen Rhinosinusitis mit Nasenpolypen, die dem AT 28 (Mittel bei Autoimmunerkrankungen, Biologicals und Sonstige) zugeordnet sind, wurde dieser AT für die Fachärzt*innen HNO-Heilkunde für das Jahr 2022 neu aufgenommen. Weitere Anpassungen sind nicht erfolgt.

Sonstige Änderungen

Der exRW-Bereich 912 wird ab dem Jahr 2022 unter dem Namen „Definierte Lungenerkrankungen“ geführt (bis 2021: „Idiopathische Lungenfibrose“).

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

Stand 2021/2022

Aufnahme ab 2022

	012 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung	041 FA Augenheilkunde	071 FA Chirurgie	101 FA Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	131 FA Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	161 FA Haut- u. Geschlechtskrankheiten	191 FA Innere Medizin, ohne Schwerpunkt	192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten u. Praktische Ärzte)	193 FA Innere Medizin, SP Kardiologie	194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie	195 FA Innere Medizin, SP Hämatologie u. Onkologie	196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	197 FA Innere Medizin, SP Gastroenterologie	198 FA Innere Medizin, SP Pneumologie u. Lungenärzte	199 FA Innere Medizin, SP Endokrinologie	200 FA Innere Medizin, SP Angiologie	231 FA Kinderheilkunde (hausärztlich u. fachärztlich)	381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen u. Psychiater)	383 FA Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	441 FA Orthopädie	561 FA Urologie
1 Antibiotika, oral / intestinal / nasal / parenteral																					
2 Virustatika, systemisch																					
3 Antimykotika, systemisch																					
4 Antibiotika / Antimykotika / Corticosteroide / Sonstige, topisch																					
5 Antiinfektiva / Antiseptika, gynäkologisch																					
6 Antiinfektiva / Antiphlogistika / Sonstige, Auge / Ohr																					
7 Virustatika am Auge																					
8 Antiparasitäre Mittel																					
9 Mittel bei kardiovaskulären Erkrankungen																					
10 Mittel bei Fettstoffwechselstörungen																					
11 Antikoagulanzien, oral																					
12 Thrombozytenaggregationshemmer, exklusive Heparine																					
13 Mittel bei Multipler Sklerose																					
15 Antiparkinsonmittel																					
16 Antipsychotika																					
17 Antidepressiva																					
18 Antiepileptika																					
19 Mittel bei Demenz																					
20 Mittel bei ADHS																					
21 Mittel bei Migräne und Schmerzen WHO Stufe I																					
22 Mittel bei Schmerzen WHO Stufe II																					
23 Mittel bei Schmerzen WHO Stufe III																					
24 Anästhetika zur Injektion																					
25 Botulinumtoxin																					
26 Muskelrelaxanzien (ohne Botulinumtoxin)																					
27 Mittel bei Autoimmunerkrankungen, system. Basistherapie																					
28 Mittel bei Autoimmunerkrankungen, Biologicals und Sonstige																					
29 Antidiabetika – Patienten ohne Insulin																					
30 Antidiabetika – Patienten mit basal unterstützter oraler Diabetestherapie (Typ 2 BOT) oder konventioneller Insulintherapie (Typ 1 CIT)																					
31 Antidiabetika – Patienten mit intensivierter konventioneller Insulintherapie (ICT Typ 1 / 2)																					
32 Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen																					
33 Mittel bei pulmonaler Hypertonie (PAH)																					

	012 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung	041 FA Augenheilkunde	071 FA Chirurgie	101 FA Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	131 FA Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	161 FA Haut- u. Geschlechtskrankheiten	191 FA Innere Medizin, ohne Schwerpunkt	192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten u. Praktische Ärzte)	193 FA Innere Medizin, SP Kardiologie	194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie	195 FA Innere Medizin, SP Hämatologie u. Onkologie	196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	197 FA Innere Medizin, SP Gastroenterologie	198 FA Innere Medizin, SP Pneumologie u. Lungenärzte	199 FA Innere Medizin, SP Endokrinologie	200 FA Innere Medizin, SP Angiologie	231 FA Kinderheilkunde (hausärztlich u. fachärztlich)	381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen u. Psychiater)	383 FA Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	441 FA Orthopädie	561 FA Urologie
34 Mittel zur Behandlung der Osteoporose			■	■			■	■		■					■						■
35 Schilddrüsentherapeutika				■			■	■	■						■						
36 Hypophysen- und Hypothalamushormone				■																	■
37 Wachstumsfaktoren für die Bildung roter Blutkörperchen				■			■	■		■	■										
38 Wachstumshormone								■							■		■				
39 Nebenschilddrüsen-Antagonisten										■					■						
40 Corticosteroide, systemisch					■	■						■			■					■	
41 Corticosteroide, nasal					■									■			■				
42 Androgene															■						■
43 Gestagene / Estrogene				■											■						■
44 Kontrazeptiva				■																	
45 Mittel bei säurebedingten Erkrankungen										■			■								
46 Gallen- und Lebertherapeutika							■	■					■								
47 Digestiva inklusive Enzyme							■	■					■				■				
48 Vitamine und Mineralstoffe										■							■				
49 Mittel zur Eisensubstitution				■						■			■								
50 Mittel gegen Obstipation	■												■				■				
51 Mittel zur Diagnosevorbereitung													■								
52 Mittel bei Hyperkaliämie und Hyperphosphatämie										■											
53 Spezielle Diätetika nach AM-RL																	■				
54 Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen																	■				
55 Stomatologika																	■				
56 Mittel zur modernen Wundbehandlung			■			■	■	■		■						■				■	
57 Sonstige Wundbehandlung			■			■	■	■		■						■				■	
58 Spezifische Immuntherapie					■	■		■						■			■				
59 Mittel bei Erkältungskrankheiten und Antiallergika																	■				
60 Mittel zur Glaukombehandlung		■																			
61 Mittel bei Harninkontinenz				■																	■
62 Mittel bei benigner Prostatahyperplasie																					■
63 Mittel bei Psoriasis, topisch						■															
64 Mittel bei Ekzemen, Reserve						■															
65 Mittel bei aktinischer Keratose / antihyperproliferative Mittel				■		■															
66 Mittel bei Akne						■															
67 Rezepturen, nicht parenteral						■															

§ Ziele in der Arzneimittelvereinbarung 2022

Für das Verordnungsjahr 2022 wurden die quantitativen und qualitativen Zielvereinbarungen der aktuellen Verordnungssituation angepasst. Erfreulicherweise ist mittlerweile der Verordnungsanteil von Biosimilars im AT 28 so hoch, dass auf die Vereinbarung von Mindestquoten für Adalimumab, Etanercept, Infliximab und Rituximab in der Arzneimittelvereinbarung 2022 verzichtet werden konnte. Die qualitativen Ziele werden als Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise fortgeführt und für das Verordnungsjahr 2022 ausgeweitet.

Ziel der Vereinbarung ist eine sowohl wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung, die sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) orientiert.

Die Einhaltung der Ziele unterliegt keiner gesonderten Prüfung. Allerdings sind die vereinbarten (quantitativen) Ziele an die Richtwertsystematik angepasst, und die Höhe der AT-Richtwerte orientiert sich an den Zielen des jeweiligen AT. Eine Erreichung der Ziele erleichtert somit die Einhaltung der AT-Richtwerte.

Änderungen 2022

Neu in die Arzneimittelvereinbarung aufgenommen wurden::

Quantitative Ziele

- **Neu:** Höchstquotenregelung für orale Analgetika im AT 23 (Mittel bei Schmerzen WHO Stufe III): „Anteil Tapentadol“ für Fachärzt*innen für Anästhesie mit Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung, Hausärzt*innen, Fachärzt*innen für Nervenheilkunde und Orthopäden
- **Neu:** Mindestquotenregelung für orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva im AT 44 (Kontrazeptiva): „Anteil risikoarme (Risikogruppe I) Kontrazeptiva“ für die Richtwertgruppe der Gynäkolog*innen
- **Neu:** Mindestquotenregelung für HIV-Präparate im exRW 905 (Definierte Infektionskrankheiten): „Generikaanteil“ für alle Richtwertgruppen

Nicht mehr vereinbart wurden folgende quantitative Ziele:

- Mindestquotenregelung zum AT 23 (Analgetika WHO Stufe III): „Anteil retardiertes Morphin“
- Mindestquotenregelungen zum AT 28 (Mittel bei Autoimmunerkrankungen, Biologicals und Sonstige): „Anteil Biosimilars an Adalimumab, Infliximab, Etanercept und Rituximab“

Qualitative Ziele

- **Neu:** Hinweise zur frühen Nutzenbewertung: Es wird ein zurückhaltender Einsatz neuer Präparate, für die noch kein Ergebnis zur frühen Nutzenbewertung des G-BA vorliegt, empfohlen.
- **Neu:** Hinweise zum gezielten Einsatz von transdermalen Opioiden: Vor der Verordnung sollte die Notwendigkeit der Therapieform überprüft werden.
- **Neu:** Hinweise zu neuen Lipidsenkern (Bempedoinsäure, Inclisiran): In den frühen Nutzenbewertungen des G-BA hat sich für die Wirkstoffe jeweils kein Beleg für einen Zusatznutzen ergeben [1].

➔ Eine vollständige Auflistung aller qualitativen Ziele und eine genauere Ausführung finden Sie ab Seite 13.

Die Datenbasis der Zielvereinbarungen sind die Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V (Istwert MDK 2020 / KVBW 1. HJ 2021). Die nachfolgenden Tabellen erheben keine Gewähr auf Vollständigkeit.

Höchstquotenregelungen

Analgetika WHO Stufe I im AT 21

Das Ziel ist die Reduktion des Anteils der Coxibe an der Gesamtmenge der Analgetika WHO Stufe I.

Tabelle 1: Höchstquotenregelungen Analgetika WHO Stufe I im AT 21

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngröße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle
Analgetika WHO Stufe I im AT 21	**Anteil Coxibe**		
Richtwertgruppen:			
071 FA Chirurgie		4,4 %	≤ 3 %
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		4,1 %	
441 FA Orthopädie		5,7 %	
Aceclofenac; Acemetacin; Acetylsalicylsäure; Aconitum; Almotriptan; Celecoxib; Dexibuprofen; Dexke-toprofen; 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*			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

neu

Analgetika WHO Stufe III im AT 23

Das Ziel ist die Reduktion des Anteils von Tapentadol an den oralen Analgetika in der Gruppe der Analgetika WHO Stufe III.

Tabelle 2: Höchstquotenregelungen orale Analgetika WHO Stufe III im AT 23

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngröße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle
Orale Analgetika WHO Stufe III im AT 23	**Anteil Tapentadol**		
Richtwertgruppen:			
012 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung		25 %	≤ 20 %
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		12 %	≤ 10 %
381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen und Psychiater)		13 %	≤ 10 %
441 FA Orthopädie		17 %	≤ 13 %
Buprenorphin; Fentanyl; Hydromorphon; Levomethadon; Morphin; Nalbufin; Oxycodon; Oxycodon und Naloxon; Pethidin; Piritramid; Sufentanil; Tapentadol; Ziconotid			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

Mindestquotenregelungen

neu Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva im AT 44

Das Ziel ist die Erhöhung des Anteils der risikoarmen (Risikogruppe I) Kontrazeptiva an den oralen kombinierten hormonalen Kontrazeptiva.

Tabelle 3: Mindestquotenregelung orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva im AT 44

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngröße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle
Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva im AT 44	Anteil risikoarme (Risikogruppe I) Kontrazeptiva*		
Richtwertgruppen:			
101 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe		49 %	≥ 75 %
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*** **			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

* Nähere Erläuterungen siehe qualitatives Ziel „Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva – Verordnung risikoarmer Präparate"
** risikoarme Präparate sind hervorgehoben

neu HIV-Präparate im exRW 905 (Definierte Infektionskrankheiten)

Das Ziel ist die Erhöhung des Generikaanteils an den Präparaten zur HIV-Therapie.

Tabelle 4: Mindestquotenregelung HIV-Präparate im exRW 905

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngröße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle
HIV-Präparate im exRW 905	Generikaanteil		
Ziel für alle Richtwertgruppen		50 %	≥ 60 %
Abacavir; Atazanavir; Cabotegravir; Cobicistat; Darunavir; Dolutegravir; Dolutegravir und Rilpivirin; Do-ravirin; Efavirenz; Emtricitabin; Emtricitabin, Tenofoviralafenamid, Darunavir und Cobicistat; Emtricitabin, Tenofoviralafenamid, Elvitegravir und Cobicistat; Emtricitabin, Tenofoviralafenamid und Bictegravir; Emtricitabin, Tenofoviralafenamid und Rilpivirin; Emtricitabin, Tenofovirdisoproxil, Elvitegravir und Cobicistat; Emtricitabin, Tenofovirdisoproxil und Efavirenz; Emtricitabin, Tenofovirdisoproxil und Rilpivirin; Emtricitabin und Tenofoviralafenamid; Etravirin; Fosamprenavir; Lamivudin; Lamivudin, Abacavir und Dolutegravir; Lamivudin, Tenofovirdisoproxil und Doravirin; Lamivudin und Abacavir; Lamivudin und Dolutegravir; Lopinavir und Ritonavir; Maraviroc; Nevirapin; Raltegravir; Rilpivirin; Ritonavir; Saquinavir; Tenofovirdisoproxil; Tenofovirdisoproxil und Emtricitabin; Tipranavir; Zidovudin; Zidovudin, Lamivudin und Abacavir; Zidovudin und Lamivudin			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

Mindestquotenregelung Biosimilars

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 daran einen wesentlichen Anteil.

Bei einigen der bereits für 2021 vereinbarten Biosimilar-Ziele wurde mittlerweile eine gute Umsetzungsquote erreicht. Für Adalimumab, Infliximab, Etanercept, Rituximab, Bevacizumab und Trastuzumab wurden deshalb für 2022 keine quantitativen Zielwerte (mehr) vereinbart. Die Fortführung der hohen Biosimilar-Quoten sollte bei einer Verordnung dieser Wirkstoffe zukünftig auch weiterhin im Fokus stehen.

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

Für Verordnungen rabattierter Original-Biologicals und Biosimilars ist die Wirtschaftlichkeit grundsätzlich durch § 130a Absatz 8 und 8a SGB V sichergestellt (AM-RL § 40a Absatz 2), die Versorgung mit einem Rabattarzneimittel gilt im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung somit grundsätzlich als wirtschaftlich. Zur Zielerreichung können die in den folgenden Tabellen ab Seite 12 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.

➔ Zum Thema wirtschaftliche Aspekte und zur Austauschbarkeit von Biosimilars finden Sie auf der Website der KVBW die pdf-Datei „Wirtschaftliche Aspekte und Austauschbarkeit“: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel.

Außerdem steht ein Patientenflyer zum Thema Biosimilars zur Verfügung.

Umstellung von Biologicals

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 [2].

Unter Berücksichtigung der Zulassung für die zu behandelnde Erkrankung und der Verfügbarkeit einer passenden Einzeldosisstärke kann daher eine Umstellung auf ein Biosimilar erfolgen. Die Auswahl des Biosimilars erfordert dabei aber auch die Berücksichtigung der unterschiedlichen Handhabung der Biologicals. Dies kann im Einzelfall besonders relevant bei der parenteralen Selbstapplikation von Arzneimitteln durch die Patient*innen mittels Fertigpen oder -spritze sein.

Umstellung nach Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Nach § 40a AM-RL gelten als preisgünstige Biologicals vorrangig solche Arzneimittel, für die ein Rabattvertrag (Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 und 8a SGB V) mit Wirkung für die jeweilige Krankenkasse der/des Versicherten besteht. Wird ein rabattiertes Biological verordnet, handelt es sich gemäß § 40a AM-RL somit um eine wirtschaftliche Verordnungsweise.

Die Frage der Wirtschaftlichkeit eines Biologicals wird durch die ärztliche Produktauswahl beeinflusst. Derzeit legen Ärzt*innen mit der Verordnung fest, ob Patient*innen ein Original-Biological oder ein Biosimilar erhalten. In der Apotheke darf **kein Austausch** zwischen diesen Produkten erfolgen, auch nicht bei Vorliegen eines Rabattvertrags (anders als beim Austausch von Generika).

Regeln zum Austausch der Biologicals in der Apotheke wird der G-BA in einem weiteren Schritt bis August 2022 erarbeiten.

Biologicals im AT 37

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

Tabelle 5: Mindestquotenregelungen Anteil der Biosimilars an Erythropoetin im AT 37

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngröße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 37	**Anteil Biosimilars an Erythropoetin**		
Richtwertgruppen:			
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		57 %	≥ 60 %
194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie		46 %	≥ 50 %
195 FA Innere Medizin, SP Hämatologie und Onkologie		61 %	≥ 65 %
Abseamed®; Binocrit®; Epoetin alfa Hexal®; Eporatio®; Retacrit®; Silapo®			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

Biologicals im AT 38

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

Tabelle 6: Mindestquotenregelungen Anteil der Biosimilars an Somatropin im AT 38

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngröße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 38	**Anteil Biosimilars an Somatropin**		
Richtwertgruppen:			
199 FA Innere Medizin, SP Endokrinologie		12 %	≥ 15 %
231 Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich)		22 %	≥ 30 %
Omnitrope®			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

exRW (Wirkstoffe außerhalb der Richtwerte)

Das Ziel ist die Erhöhung der Biosimilar-Anteile an Pegfilgrastim und Follitropin alfa.

Tabelle 7: Mindestquotenregelung Anteil der Biosimilars an Pegfilgrastim im exRW 911

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngröße	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 %
Cegfila®; Fulphila®; Grasustek®; Nyvepria®; Pelgraz®; Pelmeg®; Ziextenzo®			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

Tabelle 8: Mindestquotenregelung Anteil der Biosimilars an Follitropin alfa im exRW 927

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngröße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2022 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im exRW 927	**Anteil Biosimilars an Follitropin alfa**		
Richtwertgruppen:			
101 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe		44 %	≥ 50 %
Bemfola®; Ovaleap®			

Keine Gewähr auf Vollständigkeit

Qualitative Ziele

Die qualitativen Ziele sollen als Verordnungsempfehlungen eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung in Baden-Württemberg fördern.

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 spezielle Risiken, besonders zu überdenken.

➔ Weitere Informationen zur rationalen Antibiotikatherapie können dem Verordnungsforum 47 (Oktober 2018) entnommen werden: www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum

Verordnung von Sacubitril/Valsartan (Entresto®)

Das Kombinationspräparat Sacubitril/Valsartan ist bei erwachsenen Patient*innen zur Behandlung einer symptomatischen chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion zugelassen.

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

In der aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinie Herzinsuffizienz vom 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 Aldosteronantagonisten

empfohlen [3].

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

Verordnung von DOAK

Für den AT 11 (Antikoagulanzien, oral) wurde für die direkten oralen Antikoagulanzien (DOAK) keine Höchstquote festgelegt. Dennoch haben diese die Vitamin-K-Antagonisten in INR-adjustierter Dosierung als Standardprophylaxe für Patient*innen mit Vorhofflimmern und hohem Risiko für Thromboembolien nicht abgelöst [4].

Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin

Bei der Ausstellung von Verordnungen für Pregabalinhaltige Arzneimittel sollten aufgrund des hohen Abhängigkeits- und Missbrauchspotenzials [5, 6] die nachfolgend genannten Punkte berücksichtigt werden:

- Eine Verordnung kann nur ausgestellt werden, wenn eine Indikation gemäß Zulassung vorliegt und dokumentiert ist. Die weitaus häufigste Indikation für den Einsatz von Pregabalin ist der neuropathisch bedingte Schmerz. Hier stehen therapeutische Alternativen zur Verfügung, die hinsichtlich des Abhängigkeitspotenzials als risikoärmer gelten.
- Verordnungsmengen sollten regelmäßig auf Plausibilität hinsichtlich der ärztlich angesetzten Dosierung kontrolliert werden. Der Einsatz bei Patient*innen mit einer bekannten Suchtproblematik in der Vorgeschichte sollte nur in Ausnahmefällen und unter enger ärztlicher Kontrolle erfolgen.

Bei neuen Patient*innen oder im Vertretungsfall ist Zurückhaltung geboten, solange keine weiteren Informationen zur Vortherapie oder zur zugrunde liegenden Indikation vorliegen. Gegebenenfalls sollte die Verordnung einer kleinen Packungsgröße in Betracht gezogen werden.

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 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.

Patient*innen können daher unter Berücksichtigung der Zulassung für die zu behandelnde Erkrankung und der Verfügbarkeit einer passenden Einzeldosisstarke 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

Absatz 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®, Ogivri®, Ontruzant®, Trazimera® und Zercepac® (Stand: September 2021).

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.

Patient*innen können daher unter Berücksichtigung der Zulassung für die zu behandelnde Erkrankung und der Verfügbarkeit einer passenden Einzeldosisstarke 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 Absatz 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 [7].

Tabelle 9: Risiko, innerhalb eines Jahres eine VTE zu erleiden [7]

Gruppe	Anzahl an Frauen pro Jahr, die eine VTE erleiden
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*	Etwa 5–15 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 Chlormadinon oder Nomegestrol enthält	Noch nicht bekannt***

* Seasonique® (84 Tage 150 µg Levonorgestrel in Kombination mit 30 µg Ethinylestradiol, danach 7 Tage 10 µg Ethinylestradiol)
** basierend auf dem 95-%-Konfidenzintervall der Hazard ratios (HR) und der Spannbreite der geschätzten Inzidenz für Levonorgestrel (5–7 pro 10.000 Frauen und Anwendungsjahr)
*** Um das Risiko für diese Produkte einschätzen zu können, werden derzeit auf europäischer Ebene weitere Studien ausgewertet

➔ Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stellt auf seiner Internetseite ebenfalls eine Checkliste für Ärzt*innen sowie eine Anwenderkarte als Informationsmaterialien zur Verfügung [7].

➔ Weitere Informationen zu hormonalen Kontrazeptiva finden Sie im Verordnungsforum 43 „Moderne Empfängnisregelung“ [8]: 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 Dosisreduktion, die Umstellung auf eine Bedarfsmedikation oder sogar das Absetzen, insbesondere nach stationärem Aufenthalt möglich. Aufgrund des Reboundeffekts 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: www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum

Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der Migränetherapie

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

Aufgrund der hohen Jahrestherapiekosten und dem Vorhandensein von langfristig erprobten Wirkstoffen zur Migräneprophylaxe empfehlen wir einen zurückhaltenden Einsatz der Präparate. Obgleich die erneute frühe Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen für Erenumab feststellt [10], ist eine patientenindividuelle Abwägung gegenüber dem Einsatz langfristig erprobter Wirkstoffe zu empfehlen.

Therapie mit Cannabinoiden

Für die Therapie mit Cannabinoiden gemäß § 31 Absatz 6 SGB V ist vorzugsweise ein kostengünstiges Cannabisarzneimittel einzusetzen. Vor der ersten Verordnung muss eine Genehmigung durch die Krankenkasse des Patienten vorliegen. Zum wirtschaftlichen Einsatz von Cannabisarzneimitteln und für weiterführende Informationen sind die Veröffentlichungen der KV zu beachten. Neben einem Frage-Antwort-Katalog aus dem Verordnungsforum 42 sind weitere Informationen zur Verordnung und ein Arztfragebogen erhältlich.

➔ Alle Dokumente, sowie eine Patientenkostenübersicht ist hier zu finden: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Cannabis

Aut-idem-Verordnung

Das Ankreuzen des Aut-idem-Feldes durch den Vertragsarzt oder die Vertragsärztin ist nur aus medizinisch-therapeutischen Gründen zulässig [11]. Durch das Setzen des Kreuzes wird der Austausch des verordneten gegen ein preisgünstigeres, wirkstoffgleiches Arzneimittel in der Apotheke unterbunden. Unter Wirtschaftlichkeitsaspekten ist der Ausschluss der Substitution in der Apotheke nur in medizinisch bzw. therapeutisch begründeten Fällen zu empfehlen.

➔ Die Arzneimittel, für die trotz fehlendem Aut-idem-Kreuz dennoch kein Austausch in der Apotheke stattfinden darf, finden Sie in der Substitutionsausschlussliste des G-BA.

www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Aut idem & Rabattver träge » pdf „Substitutionsausschlussliste“

Arzneimittelbehandlung älterer Patient*innen und Multimedikation

Die medikamentöse Behandlung älterer und/oder multimorbider Patient*innen stellt eine besondere Herausforderung dar.

Generell sollte bei Patient*innen mit Multimorbidität oder Multimedikation (z. B. ≥ 3 chronische Erkrankungen, ≥ 5 Arzneimittel) regelhaft eine umfassende Erfassung und kritische Medikationsbewertung (inklusive Selbstmedikation durch die Patient*innen) 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 der Patient*innen.

Diverse frei zugängliche Instrumente können bei der Verordnungsanalyse und -entscheidung hilfreich sein, z. B. Medication Appropriateness Index (MAI), START-STOPP-Kriterien, Priscus-, Beers- oder Fortaliste [12, 13]. Ein regelmäßig aktualisierter Medikationsplan erleichtert Ärzt*innen und Patient*innen die Übersicht.

Therapieallergene

Gemäß den „Konsentierten Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer spezifischen Immuntherapie“ [14] sollte bei der Präparateauswahl zukünftig das Ende der Übergangsregelung der Therapieallergene-Verordnung (TAV) bedacht werden, da gegebenenfalls bei Nichterteilung der Zulassung ein Präparat, mit dem bereits eine Therapie begonnen wurde, nach dem Ende der Übergangsregelung nicht mehr verfügbar sein könnte.

neu 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 Verordnungssoftware einsehbar.

➔ www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung

➔ Mehr Informationen zum Thema erhalten Sie hier: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Frühe Nutzenbewertung

neu 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 [15].
- 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 Patient*innen vermieden werden, sodass sie von stationären oder zusätzlichen ambulanten Schmerzbehandlungen unabhängig bleiben können [16].

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

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

neu 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, gegebenenfalls 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 [1].

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 PCSK-9-Synthesehemmers Inclisiran (Leqvio®) wurde vom G-BA wie schon zuvor für die beiden PCSK-9-Inhbitoren Evolocumab und Alirocumab eine Verordnungseinschränkung in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen (Nr. 35 a, b und c) [17].

Literatur

[1] 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/39-261-4786/2021-04-5_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

[2] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Biosimilars. 1. Auflage, Version 1.1 August 2017. https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/PDF/Biosimilars.pdf

[3] 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.

[4] Leitfaden der AkdÄ zum Einsatz der direkten oralen Antikoagulanzien Dabigatran (Pradaxa®), Apixaban (Eliquis®), Edoxaban (Lixiana®) und Rivaroxaban (Xarelto®) bei nicht valvulärem Vorhofflimmern, 3., überarbeitete Auflage, Stand: November 2019. https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/PDF/OAKVHF.pdf

[5] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Aus der UAW-Datenbank: Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin (Lyrica®). Dt Ärztebl 2011; 108(4): A 183

[6] Abhängig von Pregabalin (Lyrica). arznei-telegramm 2012; 43: 71–2

[7] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Themenseite Venöse Thromboembolien und kombinierte hormonale Kontrazeptiva (Stand: 08.10.2021). https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/KOK/_node.html

[8] Verordnungsforum 43 (November 2017) – Moderne Empfängnisregelung. https://www.kvbawue.de/presse/publikationen/verordnungsforum/

[9] Rosien U: Deprescribing PPI: Weniger Protonenpumpeninhibitoren-Verordnung ist möglich! Arzneiverordnung in der Praxis 2019; 46(3–4): 114–8.

[10] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Beschluss Neubewertung Erenumab. https://www.g-ba.de/beschluesse/5066/

[11] § 29 Absatz 2 Bundesmantelvertrag Ärzte

[12] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (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/053-047l_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf

[13] Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Leitlinie Multimedikation – Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten. Version 1.05. Berlin: ÄZQ; 2013 (äzq Schriftenreihe; 41). DOI 10.6101/azq/000148. https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe41.pdf

[14] Gemeinsame Prüfungseinrichtung Baden-Württemberg: Konsentierte Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer spezifischen Immuntherapie (Stand: März 2017). https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen/hno-aerzte/spezifische-immuntherapie

[15] 2. Aktualisierung der Leitlinie LONTS 2020: Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS), 2. Aktualisierung, 2020

[16] https://www.arzneimitteltherapie.de/heftarchiv/2007/10/opioide-wann-welche-applikationsform.html

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

§ Vorsicht! Keine Rezeptausstellung für Verstorbene

Den Krankenkassen fallen im Zusammenhang mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen immer wieder Arzneimittelverordnungen für bereits verstorbene Versicherte auf. Nach dem Tod erlischt jedoch die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) [1]. Das hat zur Folge, dass alle Verordnungen, die nach dem Todestag erfolgen, eine Prüfung nach sich ziehen können in Form der sogenannten Feststellung eines sonstigen Schadens. Da die Krankenkassen seitens der Aufsichtsbehörden generell angehalten werden, ihrer Prüftätigkeit nachzukommen, möchten wir unsere Mitglieder für dieses Prüfthema sensibilisieren. Der folgende Text ist in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg entstanden.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen innerhalb der GKV [1-4] lassen keine Verordnungen für Verstorbene zulasten der Krankenkassen zu:

- Die vertragsärztliche Versorgung mit Arzneimitteln setzt eine ärztliche Verordnung auf einem ordnungsgemäß ausgestellten Arzneiverordnungsblatt voraus [2]. Die Verordnung auf Kassenrezept muss demnach vor der Belieferung erfolgen. Falls Arzneimittel, Verbandmittel oder sonstige Mittel vorab z. B. durch einen Lieferanten an eine Patientin oder einen Patienten ausgeliefert werden und erst im Nachgang das Rezept vom Arzt oder von der Ärztin ausgestellt wird, der Patient / die Patientin jedoch zwischenzeitlich verstorben ist, ist im Rahmen eines Prüfverfahrens eine Nachforderung für den Arzt / die Ärztin unumgänglich. Dieses Vorgehen wurde höchstrichterlich bestätigt [3].
- Der Therapieentscheid und die Verordnung liegen uneingeschränkt in der medizinischen und wirtschaftlichen Verantwortung des Vertragsarztes / der Vertragsärztin [4, 5] – auch wenn eine Apotheke, ein Verbandmittellieferant oder eine Ernährungsberaterin als „beratender Homecare-Versorger“ tätig ist und die Patientin / den Patienten zu Hause besucht und beliefert. Denn die ärztliche Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, therapeutischen Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Rahmen der gesamten Therapie kann nicht delegiert werden.

Grundsätzlich erfolgen Prüfungen von Verordnungen seitens der Krankenkassen mit zeitlicher Verzögerung. Warum ist das so?

Dass Rezepte zunächst unbeanstandet seitens der Kostenträger abgerechnet werden, ist nicht einem Einverständnis seitens der Krankenkassen geschuldet. Vielmehr ist dies der im SGB V verankerten Kostentragungspflicht für die von Dritten erbrachten Leistungen geschuldet, dem sogenannten Sachleistungsprinzip innerhalb der GKV.

Die Durchführung und Prüfung der Abrechnung des Lieferanten (z. B. Apotheke, Sanitätshaus) [5] sowie die Kostentragung stellen eine datentechnische Herausforderung dar. Eine Prüfung auf Wirtschaftlichkeit kann wegen der enormen Datenmenge von mehreren Millionen Rezepten, die allein in Baden-Württemberg pro Monat abgerechnet werden, nicht zeitnah erfolgen. Eine Überprüfung der abgerechneten Sachleistungen ist aus diesem Grund für die Krankenkassen erst im Nachhinein möglich.

Fazit

- Eine Verordnung zulasten der GKV nach dem Tode eines Versicherten ist nicht zulässig.
- Selbst wenn sich in einem laufenden Prüfverfahren wegen einer Verordnung nach dem Todestag herausstellen sollte, dass der oder die Versicherte zum Beispiel die beanstandeten Arzneimittel noch zu Lebzeiten erhalten hat, so sind die zwingenden Voraussetzungen des § 11 Absatz 1 AM-RL nicht eingehalten worden und eine Nachforderung unumgänglich.
- Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entfällt die Zahlungspflicht der Krankenkassen, wenn die entsprechenden „Regeln des vertragsärztlichen Systems“ nicht eingehalten wurden.

Literatur

[1] §§ 19, 190 Absatz 1, 191 Nr. 1 SGB V (Fünftes Sozialgesetzbuch)

[2] § 11 Absatz 1 AM-RL (Arzneimittel-Richtlinie)

[3] Bundessozialgericht (BSG): Urteil vom 30.10.2013, Az.: B 6 KA 2/13 R, Rn. 14. https://openjur.de/u/669156.html

[4] § 29 Absatz 1 BMV-Ä (Bundesmantelvertrag Ärzte)

[5] § 12 SGB V (Fünftes Sozialgesetzbuch)

[6] §§ 300 ff. SGB V (Fünftes Sozialgesetzbuch)

§ Heilmittel-Richtwerte 2022

Für das Jahr 2022 wurden neue Heilmittel-Richtwerte für die verschiedenen Fachgruppen vereinbart. Basis für die Berechnungen waren die tatsächlichen Fallkosten des Verordnungsjahres 2019.

Wie jedes Jahr wurden auch in den diesjährigen Verhandlungen die Preissteigerungen aus dem Jahr 2021 vollständig als Aufschlag auf die Richtwerte für 2022 mit den Krankenkassen vereinbart. Etwaige Preissteigerungen, die im Laufe des Jahres 2022 rückwirkend gelten könnten, sind aktuell nicht absehbar. Sollte es zu Preissteigerungen kommen, würden wir Sie über eine mögliche unterjährige Anpassung der Heilmittel-Richtwerte zu gegebener Zeit unterrichten.

Heilmittel-Richtwerte für das Jahr 2022 (Euro)

Prüfgruppen	Bezeichnung Richtwertgruppe	M / F 2022	R 2022
0123 0151	Anästhesist*innen, Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung	25,13	29,50
0710 0711 0750	FA Chirurgie	21,28	28,26
1920 8050	FA Allgemeinmedizin, praktische Ärzt*innen, Ärzt*innen und FA Innere Medizin	11,97	39,13
1937 1957	FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	16,48	23,60
2320 2348 2350	FA Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich Tätige)	22,89	22,89
3810 3814 3850	Nervenärzt*innen Neurolog*innen	20,89	59,91
3815 3816	Psychiater*innen, SP Psychotherapie Psychiater*innen	3,96	11,64
3812 3813 3851	Kinder- und Jugendpsychiater*innen Kinder- und Jugendpsychiater*innen, Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-vereinbarung	16,59	16,59
4110 4111 4150	Neurochirurg*innen	49,02	57,41
4410 4411 4450	FA Orthopädie	53,63	69,10
4437	FA Orthopädie, SP Rheumatologie	53,40	66,90
6310 6350	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	83,87	108,43

Die Heilmittel-Richtwerte gelten je kurativem Behandlungsfall je Quartal. Die Aufteilung erfolgt nach Mitgliedern/Familienversicherten (M/F) und Rentnern (R).

Ermächtigte Ärzt*innen erhalten die Richtwerte der jeweiligen Heilmittel-Richtwertgruppe.

Für Facharztgruppen ohne Richtwert wird die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise durch die in der Prüfvereinbarung geregelten Prüfverfahren (z. B. Einzelfallprüfungen) beispielsweise auf Einhaltung der Heilmittel-Richtlinie geprüft.

Wie schon in den vergangenen Jahren gilt auch weiterhin der Grundsatz, dass Verordnungen, die korrekterweise als besonderer Verordnungsbedarf (BVB) gekennzeichnet sind, nicht der regulären Richtwertprüfung unterliegen (Verlinkung auf aktuelle BVB-Liste). Neu ist aber, dass die als BVB gekennzeichneten Verordnungen ab dem Verordnungsjahr 2022 einer Plausibilisierung unterzogen werden. Achten Sie also darauf, eine BVB-Diagnose nur dann anzugeben, wenn es aus medizinischer Sicht indiziert ist und alle Voraussetzungen dafür vorliegen. Im Rahmen der Plausibilisierung wird dies mit Hilfe der Abrechnungsdaten überprüft. Im Hinblick darauf ist es also von besonderer Wichtigkeit, auch in den Abrechnungsunterlagen und in der Patientenakte auf eine korrekte ICD-10 Codierung zu achten.

Für den Fall, dass es zu implausiblen Auffälligkeiten kommt, wird der BVB-Status aberkannt und die entsprechenden Verordnungen unterliegen der regulären Heilmittel-Richtwertprüfung. Sollte es zu keinen Auffälligkeiten im Rahmen der Plausibilisierung kommen, bleibt der BVB-

Status erhalten und die entsprechenden BVB-Verordnungen sind weiterhin von der Heilmittel-Richtwertprüfung ausgenommen.

Hinweise und Erläuterungen zu den gesetzlichen Vorgaben und Vereinbarungen in der Heilmittelversorgung bezüglich der besonderen Verordnungsbedarfe und des langfristigen Heilmittelbedarfs finden sich in der neuen Broschüre **„Heilmittel nach der neuen Richtlinie ab 1. Januar 2021 richtig verordnen“** vom Dezember 2020 (Neuauflage Juli 2021).

➔ Weitere Informationen finden Sie hier: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Heilmittel » Richtwerte

Heilmittelvereinbarung 2021

Die KVBW konnte mit den Krankenkassen für das Jahr 2022 ein Ausgabenvolumen für Heilmittel in Höhe von 1.281.921.478 Euro für Baden-Württemberg vereinbaren.

Auch für das Jahr 2022 wurden im Heilmittelbereich Ziele vereinbart. Diese dienen jedoch lediglich zur Orientierung und wirtschaftlichen Steuerung der Verordnungsweise und haben keine Konsequenzen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

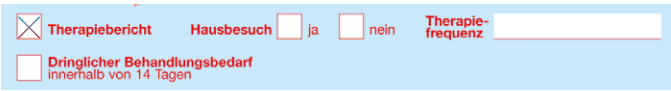
➔ Weitere ausführliche Informationen über Heilmittel-Richtwerte, Wirtschaftlichkeitsziele und Heilmittelvereinbarungen finden Sie hier: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Heilmittel

§ Ausführliche Therapieberichte bei Heilmitteln

Im Laufe des Jahres 2021 wurden zwei neue „Berichte" eingeführt, die Sie im Rahmen Ihrer Heilmittelverordnungen von Physiotherapeuten oder Logopädinnen anfordern können. Wir haben darüber auf der KV-Homepage und per Schnellinformation informiert. Aufgrund wiederkehrender Anfragen zum richtigen Umgang mit der Berichtanforderung möchten wir heute nochmal Hilfestellung dazu geben.

Der gewohnte kurze Therapiebericht

Der (kurze) Bericht kann weiterhin wie gewohnt **über das Muster 13 (Kreuz bei „Therapiebericht")** angefordert werden (siehe Abbildung). Er beinhaltet ausschließlich Empfehlungen z. B. zur Fortführung, Pausierung, Beendigung oder Änderung der Therapie, zur Wiedervorstellung oder zur Frage, ob andere Behandlungsmaßnahmen notwendig sind.



Ziel des Berichtes ist die Information und Abstimmung über weitere medizinische Maßnahmen. Es wird kein Therapieverlauf dargestellt. Die Kosten liegen im einstelligen Eurobereich und fließen in das Verordnungsvolumen der Praxis ein.

Im Gegensatz dazu sind die neuen langen Berichte deutlich kostenintensiver.

Ausführlicher Therapiebericht bei der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Am 16. März 2021 wurde im Rahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie der „ausführliche Therapiebericht auf schriftliche Anforderung" eingeführt. Dieser Therapiebericht informiert über die therapeutische Diagnostik, stellt den aktuellen Krankheitsstatus dar und beinhaltet den aktuellen Therapiestand sowie das weitere mögliche therapeutische Vorgehen. Für die Bericht-Anforderung gibt es ein eigenes Formular. Dieser Bericht kann einmal im Kalenderjahr angefordert werden. Er wird den Logopäd*innen mit 103,40 € vergütet. **Sofern Sie den Bericht anfordern, fließen diese Kosten in Ihr Verordnungsvolumen ein.**

➔ Das Formular für die Berichtanforderung finden Sie im Anhang B zu Anlage 1 zum Rahmenvertrag zwischen GKV-Spitzenverband und den Bundesverbänden der Leistungserbringer.

Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung

Zum 1. August 2021 wurde zusätzlich im Rahmen der Physiotherapie ein „Physiotherapeutischer Bericht **auf schriftliche Anforderung** der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse oder der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes sowie des Medizinischen Dienstes" von der Schiedsstelle festgelegt. Dieser schriftliche Bericht kann, sofern erforderlich, formlos angefordert werden. Es gibt dafür kein vorgeschriebenes Formular. Der Inhalt des Berichts ist nicht definiert. Der Bericht wird den Physiotherapeut*innen mit 55,00 € vergütet. **Diese Kosten fließen in das Verordnungsvolumen der anfordernden Arztpraxis ein.**

Ausführlicher Therapiebericht bei BVB-/LFH-Diagnosen

Sollte der „physiotherapeutische Bericht auf schriftliche Anforderung" oder der „ausführliche Therapiebericht bei der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie" bei Diagnosen angefordert werden, die den besonderen Verordnungsbedarfen (BVB) oder dem langfristigen Heilmittelbedarf (LFH) zugeordnet sind, so wird das Verordnungsvolumen um diese Kosten entlastet.

Fazit

- Die ausführlichen Therapieberichte von Logopädie und Physiotherapie unterscheiden sich in Aufwand und Kosten erheblich vom gewohnten, kurzen Bericht.
- Die angeforderten Therapieberichte belasten das Verordnungsvolumen der Praxen, daher sollte immer geprüft und abgewogen werden, ob ein solcher Bericht erforderlich ist (Ausnahme: Verordnungen, die den BVB/LFH zugeordnet sind).
- Die ausführlichen Therapieberichte werden über ein vorgeschriebenes Formular (Logopädie) bzw. formlos (Physiotherapie) beantragt.

§ Gar nicht so einfach: Hepatitis-Impfungen

Wer sollte sich gegen Hepatitis impfen lassen? Wird eigentlich (noch) aufgefrischt? Ist eine Titerbestimmung sinnvoll? Was zahlt die Krankenkasse? Und wie war das nochmal mit Twinrix? Zu den Impfungen gegen Hepatitis erreichen uns mit großer Regelmäßigkeit Anfragen aus den Praxen. Hier die Antworten auf die häufigsten Fragen.

Spätestens seit der Impfung gegen das SARS-CoV-2-Virus ist die Ständige Impfkommission (STIKO) in aller Munde. Sie erarbeitet auf Basis von Studiendaten und epidemiologischen Auswertungen bundesweite Impfempfehlungen für Deutschland – so auch für die Impfungen gegen Hepatitis A und B. Diese Empfehlungen sind nicht automatisch Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen, sie müssen dafür in die Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses übernommen werden. Erst mit diesem Schritt werden die eigentliche Leistungspflicht und Einzelheiten wie Voraussetzungen, Art und Umfang der präventiven Impfungen definiert.

Hepatitis-Impfungen nach den Empfehlungen der STIKO

Grundimmunisierung gegen Hepatitis A

Die Hepatitis-A-Impfung gehört nicht zu den Standardimpfungen, die von der STIKO für die gesamte Bevölkerung empfohlen werden. Bestimmte Personengruppen gelten jedoch als besonders gefährdet und sollten daher über einen Impfschutz verfügen (Tabelle 1). Außerdem empfiehlt die STIKO Reisenden in Regionen mit hoher Hepatitis-A-Prävalenz die Impfung.

Tabelle 1: Hepatitis-A-Impfung – Empfehlungen der STIKO [1]

Indikationsimpfung	Berufliche Indikation
▪ Personen mit einem Sexualverhalten mit erhöhtem Expositionsrisiko, z. B. Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) ▪ Personen mit häufiger Übertragung von Blutbestandteilen, z. B. i.v. Drogenkonsumierende, Hämophile, oder mit Krankheiten der Leber/mit Leberbeteiligung ▪ Bewohner*innen von psychiatrischen Einrichtungen oder vergleichbaren Fürsorgeeinrichtungen für Menschen mit Verhaltensstörung oder Zerebralschädigung	▪ Gesundheitsdienst (inkl. Sanitäts- und Rettungsdienst, Küche, Labor, technischer und Reinigungsdienst, psychiatrische und Fürsorgeeinrichtungen) ▪ Personen mit Abwasserkontakt, z. B. in Kanalisationseinrichtungen und Klärwerken Beschäftigte ▪ Personen mit Tätigkeit (inkl. Küche und Reinigung) in Kindertagesstätten, Kinderheimen, Behindertenwerkstätten, Asylbewerberheimen u. a.

Grundimmunisierung gegen Hepatitis B

Die Hepatitis-B-Impfung gehört zu den empfohlenen Standardimpfungen im Säuglingsalter. Wird zu diesem Zeitpunkt nicht geimpft und die Impfung auch nicht bis zum 18. Geburtstag nachgeholt, sieht die STIKO nur noch für besonders gefährdete Personengruppen eine Indikation: Personen mit bestimmten Erkrankungen und solche mit erhöhtem beruflichem oder nichtberuflichem Expositionsrisiko (Tabelle 2).

Vor Reisen soll im Hinblick auf das konkrete Expositionsrisiko eine individuelle Gefährdungsbeurteilung stattfinden.

Unabhängig davon spricht sich das Sozialministerium Baden-Württemberg dafür aus, dass allen ungeimpften Erwachsenen eine Grundimmunisierung gegen Hepatitis B angeboten werden soll [2]. Details zur Vorgehensweise können Tabelle 3 entnommen werden.

Tabelle 2: Hepatitis-B-Impfung – Empfehlungen der STIKO [1]

Indikationsimpfung	Berufliche Indikation
1. Personen, bei denen wegen einer vorbestehenden oder zu erwartenden Immundefizienz, z. B. eine geplante Immunsuppression, oder wegen einer vorbestehenden Erkrankung ein schwerer Verlauf einer Hepatitis-B-Erkrankung zu erwarten ist, z. B. ▪ HIV-Positive ▪ Hepatitis-C-Positive ▪ Dialysepatient*innen **2.** Personen mit einem erhöhten nicht-arbeitsbedingten Expositionsrisiko, z. B. ▪ Kontakt zu HBsAg-Trägern in Familie/Wohngemeinschaft ▪ Sexualverhalten mit hohem Infektionsrisiko ▪ i.v. Drogenkonsumierende ▪ Untersuchungshäftlinge und Strafgefangene ▪ ggf. Patient*innen psychiatrischer Einrichtungen	**3.** Personen mit erhöhtem arbeitsbeding-tem Expositionsrisiko, einschließlich Auszubildende, Praktikant*innen, Studierende und ehrenamtlich Tätige mit vergleichbarem Expositionsrisiko, z. B. ▪ Personal in medizinischen Einrichtungen (einschließlich Labor- und Reinigungspersonal) ▪ Sanitäts- und Rettungsdienst ▪ betriebliche Ersthelfer*innen ▪ Polizist*innen ▪ Personal von Einrichtungen, in denen eine erhöhte Prävalenz von Hepatitis-B-Infizierten zu erwarten ist (z. B. Gefängnisse, Asylbewerberheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen)

Auffrischimpfungen

Bei der Hepatitis-A-Impfung kann nach einer vollständigen Grundimmunisierung (monovalenter Impfstoff: zwei Dosen, Hepatitis-A/B-Kombinationsimpfstoff: drei Dosen) von einem anhaltenden Schutz ausgegangen werden. Die STIKO weist darauf hin, dass nur in Einzelfällen (z. B. HIV-Infizierte mit signifikanter Immunsuppression) aufgefrischt wird [3]. Die Angaben in der Fachinformation des jeweiligen Impfstoffs sind zu beachten.

Ähnlich bei der Hepatitis-B-Impfung: Laut STIKO „ist eine Auffrischimpfung nach Impfung im Säuglingsalter und Kleinkindalter derzeit für Kinder, Jugendliche und Erwachsene ohne besonderes Risiko nicht generell empfohlen" [1]. Die Fachinformation zum Beispiel von Engerix®-B Erwachsene (Stand: September 2020) [4] äußert sich analog: „Nach aktueller Datenlage ist eine Auffrischimpfung bei immunkompetenten Personen […] nicht notwendig."

Wurde im Säuglingsalter gegen Hepatitis B geimpft und tritt ein neues Hepatitis-B-Risiko auf (z. B. Aufnahme einer Beschäftigung im Gesundheitsdienst), wird von der STIKO eine weitere Impfstoffdosis empfohlen, wenn der Anti-HBs-Status unbekannt ist [1].

Für Personen mit einem besonderen Risiko für eine Hepatitis B-Infektion empfiehlt die STIKO ein abweichendes Vorgehen: Bei bekannter Immundefizienz (z. B. bei Dialyse) sollen jährliche Anti-HBs-Kontrollen durchgeführt werden. Ist der Anti-HBs-Wert < 100 IE/l, wird eine Auffrischimpfung durchgeführt. Bei besonders hohem individuellem Expositionsrisiko wird der Anti-HBs-Wert zehn Jahre nach der letzten Impfung kontrolliert. Eine Auffrischimpfung wird auch hier empfohlen, wenn der Anti-HBs-Wert < 100 IE/l ist. Als Beispiele für ein besonders hohes individuelles Risiko führt die STIKO Sexualpartner von HBsAg-Trägern, OP-Personal, das regelmäßig HBsAg-positive Patient*innen operiert sowie immunsupprimierte Beschäftigte auf [5].

Antikörperbestimmungen gemäß STIKO

Eine generelle Vor- bzw. Nachtestung zur Kontrolle des Impferfolgs – insbesondere bei gesunden, regulär grundimmunisierten Personen – ist bei Hepatitis-Impfungen nicht erforderlich. In folgenden Fällen sind Ausnahmen möglich.

Hepatitis-A-Impfung

Haben Personen länger in Endemiegebieten gelebt, sind sie in Familien aus Endemiegebieten aufgewachsen oder wurden sie vor 1950 geboren, kann eine Bestimmung der HA-Antikörper vor der Impfung durchgeführt werden. Es besteht jedoch keine Gefahr der „Überimpfung". Eine routinemäßige Antikörperbestimmung nach der Impfung wird nicht empfohlen [3].

Hepatitis-B-Impfung

Für die in Tabelle 2 aufgeführten Personen kann eine serologische Vortestung erfolgen, wenn die Personen ein hohes anamnestisches Expositionsrisiko haben. Da die Konzentration von HB-Antikörpern mit dem Ausmaß des Impferfolgs korreliert, soll bei allen Personen der Tabelle 2 nach der

Impfung eine Titerbestimmung erfolgen (4–8 Wochen nach der letzten Dosis der Grundimmunisierung). Details können der aktuellen STIKO-Empfehlung entnommen werden [1].

Hepatitis-Impfungen in der GKV

Dass gesetzlich Versicherte Anspruch auf Schutzimpfungen haben, ist grundsätzlich im Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgelegt. Die Einzelheiten regelt die **Schutzimpfungs-Richtlinie** (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Der G-BA übernimmt dabei in der Regel die Empfehlungen der STIKO; er kann von diesem Vorgehen nur mit expliziter Begründung abweichen. Daher legt die Anlage 1 der SI-RL fest, dass beide Hepatitis-Impfungen bei jenen Personen durchgeführt werden können, für die auch die STIKO eine Empfehlung ausspricht (siehe Tabelle 1 und 2) [6]. Darüber hinaus ist hier geregelt, dass die Impfungen auch dann zulasten der GKV durchgeführt werden können, wenn sie im Zusammenhang mit einer beruflichen oder im Rahmen einer Ausbildung notwendigen Reise stehen [6].

Die **Schutzimpfungsvereinbarung** zwischen KVBW und Krankenkassen definiert ergänzend dazu den Bezugsweg für Impfstoffe und die Abrechnung der Impfleistung auf Landesebene [7]. In der Schutzimpfungsvereinbarung ist auch festgelegt, dass in Baden-Württemberg alle Personen ohne Indikation eine Grundimmunisierung gegen Hepatitis B erhalten können.

Tabelle 3: Kostenträger, Abrechnung und Bezugswege bei Impfungen gegen Hepatitis A, Hepatitis B und Hepatitis A+B in Abhängigkeit von Alter, Gesundheitszustand und Beruf der zu impfenden Person

Impfung gegen	Konstellation	Kostenträger	Dokumentation und Abrechnung	Bezugsweg
Grundimmunisierung				
Hepatitis A	Person ohne Indikation	privat	privat	Privatrezept
	Person mit Indikation (z. B. häufige Übertragung von Blutbestandteilen[1])	GKV	89105 A/B	SSB
	Person mit erhöhtem beruflichen oder durch eine Ausbildung bedingten Expositionsrisiko; ggf. auch im Zusammenhang mit einer beruflichen oder im Rahmen einer Ausbildung notwendigen Reise	GKV	89105 V/W	SSB
Hepatitis B	Kind oder Jugendliche/-r mit oder ohne Indikation	GKV	89106 A/B	SSB
	Erwachsene/-r mit Indikation (z. B. chronische Hepatitis C[1])	GKV	89107 A/B	SSB
	Person mit erhöhtem beruflichen oder durch eine Ausbildung bedingten Expositionsrisiko; ggf. auch im Zusammenhang mit einer beruflichen oder im Rahmen einer Ausbildung notwendigen Reise	GKV	89107 V/W	SSB
	Dialysepatient/-in	GKV	89108 A/B	SSB
	Gesunde erwachsene Person ohne erhöhtes Infektionsrisiko und ohne Risikogruppenzugehörigkeit (regionale Impfempfehlung in BW)	GKV	89132 (3x ohne Buchstaben)	SSB
Hepatitis A+B	nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis-A- und eine Hepatitis-B-Impfung (siehe oben)	GKV	89202 A/B	Muster 16 auf Namen des Patienten
	Person mit erhöhtem beruflichen oder durch eine Ausbildung bedingten Expositionsrisiko für eine Hepatitis-A- und eine Hepatitis-B-Infektion; ggf. auch im Zusammenhang mit einer beruflichen oder im Rahmen einer Ausbildung notwendigen Reise	GKV	89202 V/W	Muster 16 auf Namen des Patienten

Impfung gegen	Konstellation	Kosten-träger	Dokumentation und Abrechnung	Bezugsweg
Auffrischimpfung				
Hepatitis A	Nur im Einzelfall (z. B. HIV-Infizierte mit signifikanter Immunsuppression)	GKV	89105 R	SSB
	Gesunde Person, die eine Auslandsreise plant	privat	privat	Privatrezept
Hepatitis B	Person mit Indikation (z. B. chronische Hepatitis C[1])	GKV	89107 R	SSB
	Person mit erhöhtem beruflichen oder durch eine Ausbildung bedingten Expositionsrisiko; ggf. auch im Zusammenhang mit einer beruflichen oder im Rahmen einer Ausbildung notwendigen Reise	GKV	89107 X	SSB
	Dialysepatient/-in	GKV	89108 R[2]	SSB
	Gesunde Person, die eine Auslandsreise plant	privat	privat	Privatrezept
Hepatitis A+B	Nur im Einzelfall beispielsweise bei Personen mit signifikanter Immundefizienz und Indikation für Hepatitis-A- und -B-Auffrischimpfung (siehe oben)	GKV	89202 R	Muster 16 auf Namen des Patienten
	Gesunde Person, die eine Auslandsreise plant	privat	privat	Privatrezept

[1] beispielhafte, nicht abschließende Nennung (vollständige Auflistung siehe Anlage 1 zur Schutzimpfungs-Richtlinie, Spalte 2)
[2] Die GOP 89108 R kann entgegen den sonstigen Vereinbarungen bis zu 4x pro Krankheitsfall (KHF) abgerechnet werden

„Sonderfall“ Twinrix

Der Kombinationsimpfstoff Twinrix® kann seit 1. Mai 2019 nur noch bei Indikationen für eine Hepatitis-A- und eine Hepatitis-B-Impfung nach Anlage 1 SI-RL zulasten der GKV verordnet und abgerechnet werden (siehe Verordnungsforum 59, Seite 16).

Das trifft beispielsweise auf Personen mit einem risikobehafteten Sexualverhalten oder Hepatitis-C-Kranke zu. Auch bei beruflichen bzw. Reiseindikationen ist nach § 11 Absatz 3 SI-RL eine Verordnung und Abrechnung zulasten der GKV möglich.

Ist die Kombinationsimpfung gegen Hepatitis A und B eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse, muss der Impfstoff Twinrix® immer auf Namen des Patienten verordnet werden.

Gemäß Fachinformation soll eine mit Twinrix® begonnene Grundimmunisierung auch damit zu Ende geführt werden [4]. Wurde mit einem monovalenten Hepatitis-A-Impfstoff bereits eine Grundimmunisierung begonnen, kann diese nicht mit Twinrix® beendet werden, da der Antigengehalt für Hepatitis A in Twinrix® geringer ist als in den monovalenten Impfstoffen.

Antikörperbestimmung als GKV-Leistung

In bestimmten Situationen (Tabelle 4) kann gemäß SI-RL eine Antikörperbestimmung zulasten der GKV durchgeführt und abgerechnet werden [6].

Tabelle 4: Titerbestimmungen im Zusammenhang mit Hepatitis-Impfungen gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie [6]

Hepatitis A	Hepatitis B
Vor der Impfung:	
Eine serologische Vortestung auf Anti-HAV kann erfolgen, wenn Personen länger in Endemiegebieten gelebt haben oder in Familien aus Endemiegebieten aufgewachsen sind oder vor 1950 geboren wurden.	Personen der Tabelle 2: Eine serologische Vortestung kann erfolgen, wenn Personen ein hohes anamnestisches Expositionsrisiko haben.
Nach der Impfung:	
Nicht vorgesehen	▪ Geringes Geburtsgewicht oder HBsAg-positive Mutter bzw. Mutter mit unbekanntem HBsAg-Status: Bei den in diesen Fällen erforderlichen serologischen Kontrollen beim Säugling vgl. Epidemiologisches Bulletin Nr. 34 vom 20. August 2020. ▪ Personen der Tabelle 2: Eine serologische Kontrolle des Impferfolges soll bei allen Personen erfolgen. Nähere Erläuterungen zur Kontrolle des Impferfolges und zum weiteren Vorgehen siehe Epidemiologisches Bulletin Nr. 36/37 vom 9. September 2013.

Neueinführung: Screening auf Hepatitis-Infektion

Für das Screening auf eine Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektion für Versicherte ab 35 Jahren wurden zum 1. Oktober 2021 neue Leistungen in den EBM aufgenommen.

Der Nachweis einer chronischen Hepatitis-B-Infektion erfolgt durch die Bestimmung des HBs-Antigens, nicht über eine Antikörperbestimmung (Anti-HBs).

Literatur

[1] Ständige Impfkommission: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut 2021. Epid Bull 2021; 34: 3–63

[2] Bekanntmachung des Sozialministeriums über öffentlich empfohlene Schutzimpfungen vom 6. Mai 2015; Gemeinsames Amtsblatt des Landes Baden-Württemberg (GABl) vom 24.6.2015; S. 277. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Gesundheitsschutz/Empfehlung-Schutzimpfungen-BW_GABl-2015.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

[3] Schutzimpfung gegen Hepatitis A: Häufig gestellte Fragen und Antworten. https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HepatitisA/FAQ-Liste_HepA_Impfen.html (Zugriff am 12.08.2021)

[4] www.fachinfo.de

[5] Schutzimpfung gegen Hepatitis B: Häufig gestellte Fragen und Antworten. https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HepatitisB/FAQ-Liste_HepB_Impfen.html (Zugriff am 12.08.2021)

[6] 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. 8 154), zuletzt geändert am 3. Juni 2021, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 09.08.2021 B2), in Kraft getreten am 10. August 2021. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2572/SI-RL_2021-06-03_iK-2021-08-10.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

[7] Schutzimpfungsvereinbarungen Baden-Württemberg. https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/vertraege-von-a-z/impfen/

Fortbildungsveranstaltungen

Online-Seminar „Mittel und Wege: Verordnung von Heilmitteln“

neu

Dieser Onlinekurs dauert circa 90 Minuten und richtet sich an alle Ärzt*innen, die mit der Verordnung von Heilmitteln zu tun haben. Wir haben für Sie die Verordnung von Heilmitteln, die im Verordnungsalltag häufig ein zeitaufwändiges Thema darstellt, in diesem Onlinekurs aufbereitet. Im Zentrum stehen dabei die Heilmittel-Richtlinie und die Diagnoseliste für besondere Verordnungsbedarfe und den langfristigen Heilmittelbedarf. Sie lernen neben den theoretischen Hintergründen auch, die wichtigen Nachschlagewerke aktiv anzuwenden. Dabei zeigen wir, welche Heilmittel für den aktuellen Fall geeignet sind, welche Mengen wie häufig verordnet werden dürfen und wie das Rezept ausgestellt wird.

Die Kosten für das Seminar betragen 98 Euro.

„Richtwertsystematik Arzneimittel und Heilmittel – so kommen Sie gut durch den Verordnungsalltag“

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

Live-Online-Seminar
Freitag, 6. Mai 2022 15:00–18:00 Uhr
Live-Online-Seminar
Freitag, 25. November 2022 15:00–18:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 69 Euro.

„Sicher durch den Richtlinien-Dschungel“ – Präsenz- und Live-Online-Seminar

In diesem Seminar stellen wir umfassend die relevanten Vorgaben bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Verbandstoffen, Teststreifen und Schutzimpfungen vor. Aus unseren täglichen Anfragen der Praxen bringen wir die häufigsten Fragestellungen im Zusammenhang mit Verordnungen ein und erarbeiten diese mit Ihnen.

Um sowohl Ärzt*innen als auch Praxismitarbeitenden gezielte Tipps für die tägliche Praxisarbeit geben zu können, bieten wir dieses Seminar für beide Zielgruppen an. Die Seminarthemen und Schwerpunkte sind jeweils auf die Zielgruppe individuell zugeschnitten, das Thema Heilmittel wird mit beiden Zielgruppen gemeinsam erarbeitet.

Besonders interessant ist dieses Seminar für junge Praxen, denn die Kenntnis der gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Schutzimpfungen stellt einen Schlüsselfaktor in der täglichen Praxistätigkeit dar. Nachforderungen für falsche oder unzulässige Verordnungen haben nicht selten ihre Ursache in fehlender Information. Im Rahmen des Seminars haben Sie auch die Möglichkeit für den Austausch mit anderen Kolleg*innen.

Freiburg
Freitag, 25. März 2022 14:00–19:30 Uhr
Stuttgart
Freitag, 20. Mai 2022 14:00–19:30 Uhr
Karlsruhe
Freitag, 14. Oktober 2022 14:00–19:30 Uhr
Live-Online-Seminar
Freitag, 18. November 2022 14:00–19:30 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 69 Euro.

„Update Impfen“

Dieses Seminar bieten wir für Mitarbeitende an, die für das Impfen in der Praxis verantwortlich sind und ihre Kenntnisse vertiefen und auf den neuesten Stand bringen wollen.

Inhalt des Seminares sind aktuelle Hintergrundinformationen zu Impfstoffen, Impfempfehlungen und Verordnungs- und Abrechnungsmodalitäten. Sie erlernen den praktischen Umgang mit der Schutzimpfungs-Richtlinie und der Impfzifferntabelle. Wir zeigen die Regelungen zur Kostenübernahme von Impfstoffen im Detail und erläutern diese an praktischen Beispielen.

Reutlingen
Mittwoch, 11. Mai 2022 10:00–16:00 Uhr
Karlsruhe
Mittwoch, 13. Juli 2022 10:00–16:00 Uhr
Stuttgart
Mittwoch, 5. Oktober 2022 10:00–16:00 Uhr
Freiburg
Mittwoch, 7. Dezember 2022 10:00–16:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 149 Euro.

„Fachkraft für Impfmanagement“

Dieses Seminar richtet sich an nichtärztliche Mitarbeitende in der Praxis (keine Auszubildenden), die mehr über Grundlagen, Management und Praxis des Impfens wissen wollen. Viele Tätigkeiten, die im Rahmen der Erbringung von Impfleistungen anfallen, kann der Arzt oder die Ärztin an qualifizierte Praxismitarbeitende delegieren. Es werden vertiefte Kenntnisse der medizinischen Grundlagen von Schutzimpfungen vermittelt und die STIKO-Empfehlungen erläutert.

Weitere Inhalte des Seminars sind die richtige Kommunikation mit den Patient*innen, die Abrechnung von Impfleistungen und der Bezug sowie die Lagerung von Impfstoffen. Anhand von Beispielen wird gezeigt, wie das Wissen im Praxisalltag angewendet werden kann.

Das Seminar wird gemeinsam mit der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg und dem Verband medizinischer Fachberufe e. V. durchgeführt.

Die Fortbildung umfasst drei Präsenztage sowie eine onlinebasierte Selbstlernphase.

Jeder Kurs umfasst jeweils drei Termine.

Stuttgart
Dienstag, 26. April 2022 / Mittwoch, 27. April 2022 /
Mittwoch, 18. Mai 2022, 9:00–18:00 Uhr
Stuttgart
Dienstag, 18. Oktober 2022 / Mittwoch, 19. Oktober 2022 /
Mittwoch, 9. November 2022, 9:00–18:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 269 Euro.

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

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

In drei Online-Modulen haben wir für Sie die zahlreichen Facetten der Verordnung von Schutzimpfungen aufbereitet. STIKO, Schutzimpfungs-Richtlinie oder Schutzimpfungsvereinbarung? Wann wird was geimpft, wer trägt die Kosten? Wo finden sich die notwendigen Informationen, um eine Impfung korrekt zu verordnen und abzurechnen? Satzungsleistungen bei Impfungen – was verbirgt sich dahinter? In diesem Kurs erarbeiten wir die Antworten auf die kleinen und großen Fragen des Impfalltags.

Zusätzlich haben wir Details zur Verordnungsfähigkeit der zehn gefragtesten Schutzimpfungen zusammengetragen: FSME, Hepatitis A und B, HPV, Influenza, Masern, Meningokokken, Pertussis, Pneumokokken und Varizellen. Das Thema Corona-Impfungen wird in diesem Kurs nicht behandelt.

Die Kosten für das Seminar betragen 98 Euro.

„Wundmanagement / effektive Wundversorgung in der Praxis“

In diesem Seminar geht es um das Thema „Wie können chronische Wunden in der Praxis am effektivsten behandelt werden“. Es wendet sich an Ärzt*innen und medizinisch erfahrene Praxismitarbeitende.

Zunächst gehen wir auf die Entstehung des Ulcus cruris, Dekubitus und des diabetischen Fußes ein. Außerdem werden die Besonderheiten und Möglichkeiten der Versorgung von chronischen Wunden bei diesen Diagnosen angesprochen. Auch die Auswahl des richtigen Verbandstoffes ist Inhalt dieser Veranstaltung. Wir besprechen die Frage, wie die moderne Wundversorgung wirtschaftlich durchgeführt werden kann. Als Ergänzung zum theoretischen Teil werden interessante Fälle aus der Praxis gezeigt und deren mögliche Behandlung besprochen. In einem praktischen Teil wird das Anlegen von Kompressionsverbänden gezeigt und geübt.

Freiburg
Samstag, 9. April 2022 9:00–17:00 Uhr
Stuttgart
Samstag, 3. Dezember 2022 9:00–17:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 149 Euro.

„Wundmanagement in der Praxis – Workshop für Medizinische Fachangestellte“

Themenschwerpunkt „Ulcus cruris und Kompression“ – dieses Jahr auch in Konstanz

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

In diesem Workshop wird die Entstehung und Behandlung von Fuß- und Beingeschwüren (Ulcus cruris) besprochen. Wir zeigen verschiedene Materialien auf, die bei der Behandlung des Ulcus cruris eingesetzt werden können, und besprechen die Auswahl des passenden Verbandstoffes. Die Technik des Anlegens eines Kompressionsverbandes kann erlernt und das Wissen zur Kompressionsbandagierung vertieft werden.

Konstanz
Mittwoch, 11. Mai 2022 15:00–19:00 Uhr
Karlsruhe
Mittwoch, 28. September 2022 15:00–19:00 Uhr

Die Kosten für den Workshop betragen 98 Euro.

„Verordnungen von Sprechstundenbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr“

Bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf gibt es vieles zu beachten. Verträge, Richtlinien und Gesetze ziehen klare Schranken und sorgen immer wieder für Stolperfallen. In diesem Seminar lernen Sie, wie Sie Hindernisse sicher umgehen und Regresse zuverlässig vermeiden. Anhand praktischer Beispiele erfahren Sie, wann und in welcher Form Sprechstundenbedarf zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden kann.

Das Seminar richtet sich an alle Ärzt*innen und Praxismitarbeitende, die ihre Kenntnisse in der Verordnung von Sprechstundenbedarf festigen wollen.

Karlsruhe
Donnerstag, 3. März 2022 15:00–17:30 Uhr
Reutlingen
Donnerstag, 28. April 2022 15:00–17:30 Uhr
Stuttgart
Donnerstag, 21. Juli 2022 15:00–17:30 Uhr
Freiburg
Donnerstag, 20. Oktober 2022 15:00–17:30 Uhr

Live-Online-Seminar
Donnerstag, 2. Juni 2022 15:00–17:30 Uhr
Live-Online-Seminar
Donnerstag, 1. Dezember 2022 15:00–17:30 Uhr

Anmeldung für alle Seminare

Management Akademie der KV Baden-Württemberg (MAK)

Telefon: 0711 7875-3535
Fax: 0711 7875-48-3888
Mail: info@mak-bw.de

Anmeldeformulare auf www.mak-bw.de

Neues auf www.kvbawue.de

Um Sie über die wichtigsten Neuerungen auf 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).

Neuer Patientenflyer

Aktuelle Studien belegen, dass Biosimilars und Original-Biologicals therapeutisch gleichwertig sind. Unter Berücksichtigung der Zulassung für die zu behandelnde Erkrankung kann daher eine Umstellung auf ein Biosimilar erfolgen. Dies sollte immer auch in Abwägung mit der Patientencompliance geschehen. Um Sie hier zu unterstützen haben wir eine Patienteninformation zu Biologicals und Biosimilars erstellt, die Sie auf der Homepage herunterladen können.

➔ Wissenswertes für Patienten – Flyer-Service der KVBW: www.kvbawue.de » Praxis » Patienteninformationen » Arznei- und Heilmittel Patientenflyer

Substitutionsausschlussliste jetzt neu als pdf-Datei

Bei allen ärztlichen Verordnungen, bei denen das Aut-idem-Kreuz nicht gesetzt ist, ist die Apotheke gesetzlich verpflichtet, das Rabatt-Arzneimittel abzugeben, für das die Krankenkasse der jeweiligen Versicherten einen Rabattvertrag abgeschlossen hat. Ausnahmen hiervon bestehen lediglich bei einer Liste von Wirkstoffen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen hat. Das betrifft vor allem Arzneimittel mit geringer therapeutischer Breite. Diese Substitutionsausschlussliste ist als Teil B der Anlage VII Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie. Sie finden die Substitutionsausschlussliste immer aktuell auf unserer Website.

➔ www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Aut idem & Rabattverträge » pdf „Substitutionsausschlussliste“

In eigener Sache

Erratum – Einheit für luteinisierendes Hormon (LH)

Richtigstellung zum Prüfticker-Artikel „Testosteron – wann verordnungsfähig?“ aus dem Verordnungsforum 59 (Oktober 2021, Seite 8–9)

Wir berichteten im genannten Artikel, dass bei Patient*innen mit funktionellem Hypogonadismus LH-Werte zwischen 2,5 und 10 nmol/l gemessen werden.

Die korrekte Schreibweise muss lauten: „LH-Werte zwischen 2,5 und 10 IE/l“.

Unser aufmerksamer Leser Dr. med. Dr. rer. nat. Hans-Michael van de Loo, Laborarzt aus Schwäbisch Gmünd, hat uns dankenswerterweise darauf hingewiesen, dass das luteinisierende Hormon (LH) in der Einheit 1 IE/l (oder im englischsprachigen Raum: 1 IU/l) angegeben wird.

Bekanntlich werden biologisch aktive Stoffe wie Hormone in dieser Einheit angegeben, die als Angabe für die Wirkung (und nicht für die Masse) dient.

Wir bitten, das Versehen zu entschuldigen.

Glossar der Abkürzungen

ACE	angiotensin-converting enzyme
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
Anti-HAV	Anti-Hepatitis-A-Virus-Antikörper
Anti-HBs	Antikörper gegen das Hepatitis-B-Surface-Antigen
ARB	AT1-Rezeptorblocker
AT	Arzneimittel-Therapiebereich
AT1-Rezeptor	Angiotensin-1-Rezeptor
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Az.	Aktenzeichen
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK	Bundesärztekammer
BAnz	Bundesanzeiger
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
BSG	Bundessozialgericht
BVB	besonderer Verordnungsbedarf
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DOAK	direktes orales Antikoagulans
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
exRW	außerhalb der Richtwerte
FA	Facharzt
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GABl	Gemeinsames Amtsblatt des Landes Baden-Württemberg
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HA	Hepatitis A
HB	Hepatitis B
HBsAg	Hepatitis-B-Surface-Antigen
HIV	humanes Immundefizienz-Virus
HJ	Halbjahr
HPV	humanes Papillomvirus
HR	hazard ratio
i.v.	intravenös
ICD-10	International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision
IE/l	internationale Einheiten pro Liter
INR	international normalized ratio

IU/l	international units per litre
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHF	Krankheitsfall
LFH	langfristiger Heilmittelbedarf
LH	luteinisierendes Hormon
LONTS	Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen
M/F	Mitglieder/Familienversicherte
MAI	medication appropriateness index
MAK	Management-Akademie der KV Baden-Württemberg
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
µg	Mikrogramm
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
NYHA	New York Heart Association
OP	Operation
PCSK 9	Proproteinkonvertase-Subtilisin/Kexin Typ 9
PDF	portable document format
PiRW^{KV}	praxisindividueller Richtwert auf der Grundlage der der KVBW vorliegenden Verordnungsdaten
PPI	Protonenpumpeninhibitor
R	Rentner
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2
SGB	Sozialgesetzbuch
SI-RL	Schutzimpfungs-Richtlinie
SP	Schwerpunkt
SSB	Sprechstundenbedarf
START	screening tool to alert to right treatment
STIKO	Ständige Impfkommission
STOPP	screening tool of older persons' prescriptions
TAV	Therapieallergene-Verordnung
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkung
VTE	venöse Thromboembolie
WHO	World Health Organization

Verordnungsmanagement
Ihre Ansprechpartner in der KVBW

Fragen zu Einzelverordnungen	verordnungsberatung@kvbawue.de
Arzneimittel	**0711 7875-3663**
	Dr. med. Richard Fux, Dr. rer. nat. Franziska Leipoldt, Laura Münninghoff, Susanne Schroh, Claudia Speier, Dr. rer. nat. Reinhild Trapp
Impfungen	**0711 7875-3690**
	Marion Böhm, Kristina Frey, Beate Klaiber, Martina Mildenberger, Martina Rahner, Diana Riedel, Ute Seene
Heil- und Hilfsmittel, Sonstiges	**0711 7875-3669**
	Marion Böhm, Kristina Frey, Beate Klaiber, Martina Mildenberger, Martina Rahner, Diana Riedel, Ute Seene
Fragen zum Sprechstundenbedarf	sprechstundenbedarf@kvbawue.de
	0711 7875-3660
	Giulia Barassi, Stephanie Brosch, Andrea Damm, Bettina Kemmler, Ulrike Meinzer-Haisch, Simone Schanz, Heidrun Single, Brigitte Weiss
Betreuung Prüfverfahren	pruefverfahren@kvbawue.de
	0711 7875-3630
	Kerstin Doncev, Aikje Lichtenberger, Loredana Panai, Rita Wollschläger
Fragen zu Verordnungsstatistiken	**0711 7875-3114**
	Katrin Oswald

Impressum

Verordnungsforum 60
Februar 2022

Herausgeber
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Kontakt
verordnungsforum@kvbawue.de

Redaktion
Dr. med. Norbert Metke (verantwortlich),
Kristina Frey, Dr. med. Richard Fux, Thomas Göckler,
Dr. med. Antje Herold,
Dr. med. Dirk Kölblin, Rebecca Larosa,
Swantje Middeldorff, Karen Schmidt, Susanne Schroh,
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp, Dr. med. Michael Viapiano

Autor*innen KVBW
Dr. med. Richard Fux, Kristina Frey, Tanja Krummrein,
Cosima Kusche, Dr. rer. nat. Franziska Leipoldt,
Martina Rahner, Claudia Speier

Autorin extern
Sabine Mrohs, AOK Baden-Württemberg

Erscheinungstermin
Februar 2022

Gestaltung und Realisation
Tanja Peters

Auflage
22.000

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

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