

Verordnungsforum 4I

MAI 2017

VITAMIN D: HARTE FAKTEN ODER
MODEERSCHENUNG?

CANNABIS: GENEHMIGUNG UND
VERORDNUNG

WIRTSCHAFTLICHKEIT: VERBANDMITTEL IM
SPRECHSTUNDENBEDARF

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

3	Vorwort	27	SERVICE
4	ARZNEIMITTEL	27	_ Neues auf www.kvbawue.de
4	Pharmakologie	29	_ Arzneimittel-Verordnungsdaten im Mitgliederportal: eine Kurzanleitung
4	_ Vitamin D in allen Lebenslagen – gibt es harte Fakten?	32	_ Veranstaltungen
11	Verordnungspraxis	33	IN EIGENER SACHE
11	_ Häufige Fragen zur neuen Richtwert-Systematik	33	_ Redaktioneller Nachtrag zum Arzneimittel-Sonderverordnungsforum
14	_ Amnestieregelung	34	_ Redaktioneller Nachtrag zum Heilmittel-Sonderverordnungsforum
17	_ Cannabis: Informationen zur Verordnung		
23	SPRECHSTUNDENBEDARF		
23	_ Änderungen im Sprechstundenbedarf		
24	_ Wirtschaftliche Ordnungsweise von Verbandmitteln im Sprechstundenbedarf		
26	HILFSMITTEL		
26	_ Nicht als Hilfsmittel verordnungsfähige Produkte		

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



Wissenschaft und Pharmakologie



Zahlen – Daten – Fakten



Wirtschaftliche Verordnung



Richtlinien und Bestimmungen

Vorwort



„Wer zuerst lacht, lacht nicht am besten!“

Es liegt in der Natur der Sache: Neue Ideen und Konzepte werden nicht an einem Tag geboren. Unsere neue Richtwert-Systematik für Arzneimittelverordnungen ist inzwischen fast ein halbes Jahr alt und doch gibt es immer noch eine Menge zu tun: Einzelne Arzneimittel-Therapiebereiche müssen nachgebessert werden, spezielle Fachgruppen noch einmal differenzierter betrachtet werden.

Doch schon jetzt zeigt sich, dass wir einen wichtigen Schritt in Richtung sichere **und** indikationsgerechte Verordnung gegangen sind. Wir haben die Verordnungszahlen von 2016, die real noch mit den alten Richtgrößen gerechnet werden, probeweise auch im neuen System gerechnet. Dabei zeigt sich, dass durch die morbiditätsorientierten, praxisindividuellen Richtwertvolumina weniger Praxen statistisch auffällig sind als vorher.

Wenn Sie Ihre persönlichen Zahlen im alten und im neuen System vergleichen wollen, dann gehen Sie ins Mitgliederportal der KVBW. Dort finden Sie alle Statistiken und Berechnungen, die Ihre Praxis betreffen. Auf Seite 29 in diesem Heft finden Sie eine Anleitung, auf welchem Weg Sie sich am besten durch das Mitgliederportal zu den Dokumenten klicken können.

Natürlich erreichen uns auch immer wieder Fragen zur neuen Richtwert-Systematik. Die häufigsten finden Sie in einem FAQ-Katalog im Internet oder im vorliegenden Heft auf Seite 11. Eine immer wieder auftauchende Frage möchte ich Ihnen aber gleich hier beantworten. Die Überlegung, den praxisindividuellen Orientierungswert (PiRW), den jede Praxis von uns mitgeteilt bekommen hat, „künstlich“ mit günstigeren Verordnungen zu verwässern, ist fatal. Und kann nur beantwortet werden mit: „Wer zuerst lacht, lacht – natürlich – nicht am besten.“ Denn auch wenn Sie mit solchen Verordnungen deutlich unter Ihrem PiRW bleiben und damit vermeintlich „auf der sicheren Seite“ sind, haben Sie nichts davon. Im Gegenteil: Sie schneiden sich ins eigene Fleisch. Denn Sie minimieren damit auf Dauer die Richtwerte für die einzelnen Arzneimittel-Therapiebereiche (AT), die die Basis für die Berechnung Ihres nächstjährigen Orientierungswertes darstellen.

Also, nutzen Sie die neue Systematik dafür, wofür sie gemacht ist: Verordnen Sie indikationsgerecht und vertrauen Sie unseren Berechnungen Ihres praxisindividuellen Richtwertes.

Herzlichst Ihr

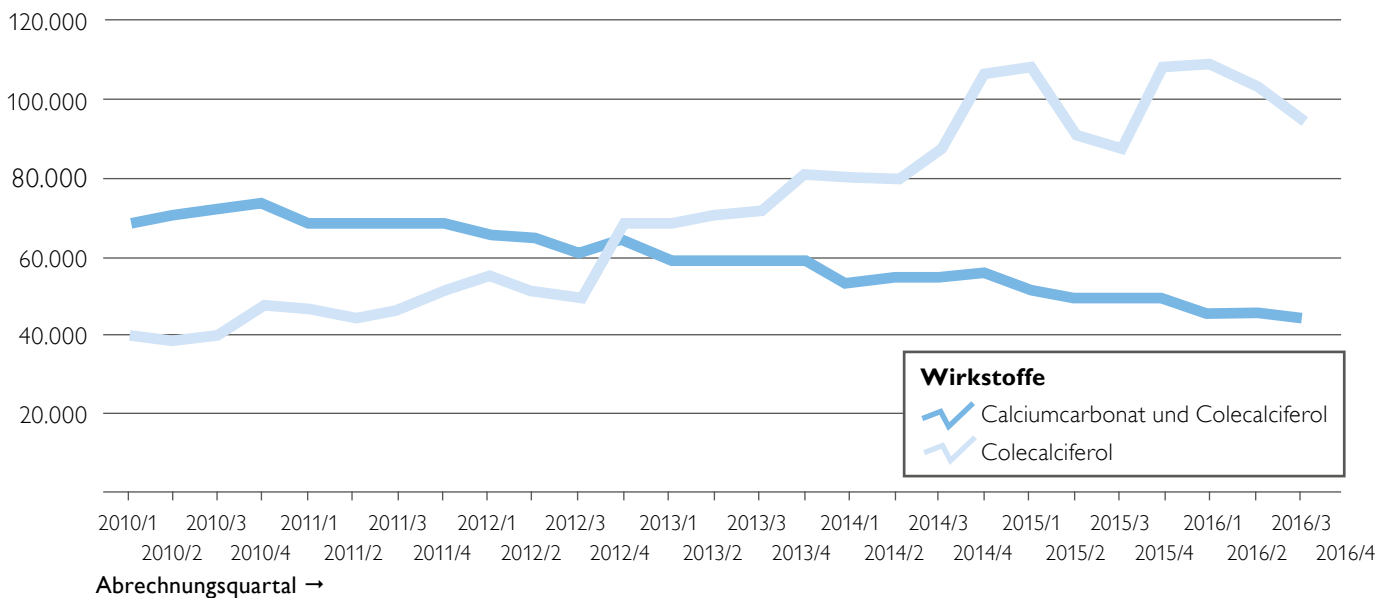
Dr. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes

Vitamin D in allen Lebenslagen – gibt es harte Fakten?

In den vergangenen Jahren hat die Menge der zulasten der GKV abgerechneten Laboruntersuchungen zur Bestimmung des Vitamin-D-Spiegels bundesweit ganz erheblich zugenommen. Baden-Württemberg ist von diesem Trend nicht ausgenommen (siehe Rundschreiben April 2016). Und auch die Verordnungen von Vit-

amin-D-Präparaten zulasten der GKV sind angestiegen (siehe Abbildung 1). Grund genug, in diesem Artikel über die Indikationsstellung labormedizinischer Vitamin-D-Spiegelmessungen sowie den aktuellen Stand der Vitamin-D-Supplementierung zu berichten.

Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl verordneter Packungen von Colecalciferol zulasten der GKV in Baden-Württemberg (Quartal 1/2010 bis 3/2016); unberücksichtigt sind die von den Patienten selbst gekauften Vitamin-D-Präparate.
Datenquelle: GKV-Verordnungsdaten nach § 300 SGB V



Vitamin D₃: Körpereigene Synthese und Speicherung

Der menschliche Körper wird zwar mit Vitamin D₃ über die Nahrung versorgt, ist aber insbesondere imstande, es in der Haut durch Sonnenbestrahlung aus 7,8-Dehydrocholesterol oder Ergosterol selbst zu synthetisieren. Daher ist die Bezeichnung von Vitamin D₃ als Vitamin irreführend – es handelt sich eigentlich um ein Hormon. Im Gegensatz zur körpereigenen Bildung hat die Vitamin-D₃-Zufuhr über die Ernährung einen relativ geringen Anteil an der Vitamin-D₃-Versorgung von etwa zehn bis 20 Prozent [1]. Nur wenige Nahrungsmittel enthalten Vitamin D₃ in relevanter Menge, hierzu zählen fettreiche Fische (Lachs, Hering, Makrele, Aal), außerdem in deutlich geringerem Umfang Leber,

Eigelb und einige Speisepilze (Champignons, Steinpilze, Pfifferlinge) sowie mit Vitamin D angereicherte Margarine und Butter [1, 20].

Nach Resorption aus der Nahrung oder Produktion in der Haut wird Vitamin D₃ (Colecalciferol) in der Leber in die Speicherform 25-Hydroxy-Vitamin D₃ (Calcidiol) umgewandelt. Erst durch eine weitere Hydroxylierung in der Niere wird die aktive Form, das 1,25-Dihydroxy-Vitamin D₃ (Calcitriol), gebildet [3].

Vitamin D₃ wird in Form von Calcidiol hauptsächlich im Fett- und Muskelgewebe gespeichert, geringere Mengen finden sich auch in der Leber. Die Speicherkapazität ist insgesamt relativ hoch und trägt zur Vitamin-D₃-Versorgung im Winter bei [1].

Vitamin D

Vitamin D ist ein Sammelbegriff für antirachitische Wirkstoffe vom Typ der Secosteroide, die aus Steroiden wie 7,8-Dehydrocholesterol oder Ergosterol gebildet werden. Vitamin D₃ ist die wichtigste physiologische Form des Vitamin D im menschlichen Körper [3].

Vitamin D₃:

- Colecalciferol (Synonym: Vitamin D₃): biologisch inaktiv, Zufuhr durch Nahrung oder endogene Synthese in der Haut.
- Calcidiol (Synonyme: 25-OH-Colecalciferol, 25-Hydroxy-Colecalciferol, 25-Hydroxy-Vitamin D₃): Speicherform, geringe Wirksamkeit, Synthese aus Colecalciferol in der Leber.

Calcitriol (Synonyme: 1,25-Dihydroxy-Vitamin D₃, 1,25-Dihydroxycalciferol): eigentliche Wirkform, Synthese durch Hydroxylierung von Calcidiol in der Niere. Calcitriol reguliert zusammen mit anderen Hormonen die Serumspiegel von Calcium und Phosphat – insbesondere durch aktive Rückresorption in der Niere. Neuere Studien zeigen, dass Calcium im Darm zum großen Teil passiv resorbiert wird; aktive, durch Hormone gesteuerte Prozesse spielen hier eine kleinere Rolle [28, 29]. Außerdem fördert Calcitriol die Knochenmineralisierung [30].

Spiegelbestimmungen

Die Frage der Indikation einer Vitamin-D-Spiegelbestimmung ist noch nicht endgültig beantwortet. Das Screening bei Gesunden wird immer wieder diskutiert, basiert jedoch ausschließlich auf Expertenmeinungen – und nicht auf gut durchgeführten Studien. Hierüber berichtete die KVBW auch im Beitrag „Evidenz der Indikationsstellung laboratoriumsmedizinischer Vitamin-D-Bestimmungen lediglich auf Expertenmeinungsniveau“ in ihrem Rundschreiben vom April 2016. Gleichzeitig wird ein Mangel an Vitamin D bei Gesunden als unwahrscheinlich eingeschätzt [5-7].

Im Rahmen der US-amerikanischen Choosing-wisely-Kampagne empfiehlt die American Society for Clinical

Pathology, den Vitamin-D-Spiegel nur bei Patienten zu bestimmen, bei denen hieraus eine Therapieentscheidung zu erwarten ist, und nur bei immanent erhöhtem Risiko für echten Vitamin-D-Mangel [9]. Diese Empfehlung hat die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie im Rahmen des deutschen Pendants „Klug entscheiden“ in ihre zehn Empfehlungen bisher nicht übernommen [10].

Die Vitamin-D-Spiegel können bei einem nachvollziehbar klinisch begründeten Verdacht auf einen Vitamin-D-Mangel bestimmt werden, insbesondere wenn klinische Anhaltspunkte oder auffällige Laborparameter (niedrige Calcium- oder Phosphatspiegel, Anstieg der alkalischen Phosphatase) einen Mangel nahelegen [6].

Grundsätzlich können die genannten Laborbestimmungen nur dann als EBM-Leistung erbracht werden, wenn eine medizinische Indikation für die Messung(en) vorliegt, das heißt die Bestimmung muss als vertragsärztliche Untersuchung bei einer begründeten Diagnose (wie Verdacht auf relevante Störung des Calciumstoffwechsels) kurativ indiziert sein. Eine Risikoabschätzung aufgrund fraglich evidenter Sturz-, Herzinfarkt- oder Depressionsprävention zählt nicht dazu. Bei reiner Wunschleistung des Patienten handelt es sich um eine Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL).

Für einige Patientengruppen wird empfohlen, Vitamin D ohne vorherige Spiegelbestimmung zu supplementieren (siehe Abschnitt „Wann ist die Vitamin-D-Supplementierung angezeigt?“).

Spiegelbestimmungen – welcher Marker ist geeignet?

Grundsätzlich kommen sowohl Spiegelbestimmungen von Calcidiol (GOP 32413) als auch von Calcitriol (GOP 32421) infrage.

Calcitriol-Bestimmung nur in Ausnahmefällen

Die aktive Form Calcitriol ist jedoch aufgrund der niedrigen Konzentration, einer geringen Halbwertszeit von etwa

sechs bis acht Stunden und rascher Regulierung in der Niere (zum Beispiel in Abhängigkeit vom Parathormon) generell weniger als Marker geeignet. Noch dazu spiegelt die Calcitriol-Konzentration im Serum oder Plasma die Vitamin-D-Versorgung in der Zelle nur unzureichend wider. Die häufigsten Gründe für einen erniedrigten Calcitriol-Spiegel sind – anders als beim Calcidiol – Niereninsuffizienz oder eine durch ein Karzinom bedingte Osteomalazie. Die Bestimmung von Calcitriol bleibt daher spezifischen Fragestellungen beispielsweise in der Nephrologie vorbehalten [2, 4].

Calcidiol-Bestimmung und ihre Tücken

Die Konzentration von Calcidiol, der Speicherform, kann hingegen wesentlich genauer und zuverlässiger bestimmt werden: Calcidiol ist der limitierende Faktor in der Vitamin-D₃-Versorgung. Es findet sich in etwa 1.000-fach höherer Konzentration im Blut als Calcitriol und besitzt eine Halbwertszeit von drei bis vier Wochen [2, 4].

Leider ist auch die Aussagekraft des Calcidiol-Spiegels eingeschränkt. Denn die als Routinemethode eingesetzten immunologischen Tests sind störanfällig und unzuverlässig: Sie erfassen beispielsweise biologisch inaktive Metaboliten und über- oder unterschätzen den wahren Wert. Falsch niedrige Werte entstehen, wenn Calcidiol nicht vollständig von seinem Trägerprotein (Vitamin-D-bindendes-Protein, DBP) im Blut getrennt wurde oder die Antigenregion des Vitamin-D-Moleküls, die der Antikörper des Kits erfassen soll, blockiert ist.

Da sich die Ergebnisse der verschiedenen Methoden stark unterscheiden, sollte bei der Interpretation des Messwertes stets der individuelle Referenzbereich der jeweiligen Methode zugrunde gelegt werden und Verlaufskontrollen sollten idealerweise im selben Labor durchgeführt werden.

Problematisch ist außerdem, dass viele Empfehlungen und Veröffentlichungen zu Referenzwerten diesen Umstand nicht berücksichtigen und die Referenzbereiche in der Regel ohne Angabe zur verwendeten Messmethode genannt werden [3, 4, 21].

Interpretation der Messwerte: Wann liegt ein Mangel vor?

Der Vitamin-D₃-Spiegel unterliegt starken jahreszeitlichen Schwankungen. So können in den Wintermonaten um bis zu 30 Prozent geringere Spiegel als in den Sommermonaten gemessen werden [1, 2]. Bei der Beurteilung der Messwerte sollte also berücksichtigt werden, zu welchem Zeitpunkt im Jahr die Messung erfolgt.

Die Diskussionen über die Definition eines Vitamin-D-Mangels sind bisher noch nicht abgeschlossen. Dies liegt unter anderem daran, dass verschiedene epidemiologische und experimentelle Untersuchungen sehr unterschiedliche Ergebnisse erzielten [2].

Eine derzeit viel zitierte Empfehlung stammt von der US-amerikanischen National Academy of Medicine aus dem Jahr 2011. Demnach liegt bei Calcidiol-Werten unter 12,5 ng/ml (= 31,25 nmol/l) ein Vitamin-D-Mangel vor. Das träfe für etwa sechs Prozent der Bevölkerung zu [1, 5]. Bei Werten unter 10 ng/ml (= 25 nmol/l) steigt zwar die Gefahr von Rachitis und Osteomalazie, aber diese Werte gehen nicht zwangsläufig mit Mangelkrankungen einher: Das arzneitelegramm zitiert eine Hamburger Autopsiestudie an mehr als 600 Verstorbenen zwischen 20 und 100 Jahren, bei denen sich bei einem Großteil derjenigen, die Spiegel unter 10 ng/ml hatten, keine pathologischen Mineralisationsstörungen fanden. Nach britischen Daten wurden bei Kindern mit Rachitis Werte unter 8 ng/ml (= 20 nmol/l), bei Erwachsenen mit Osteomalazie Spiegel unter 4 ng/ml (= 10 nmol/l) gefunden [6].

Auf der anderen Seite ist bekannt, dass die Knochenfestigkeitsparameter wie Kompressionsfestigkeit, Verbiegesteifigkeit und Dichte höher sind bei Calcidiol-Werten größer 20 ng/ml. Dass sich diese Parameter über einem Wert von 30 ng/ml weiter verbessern, ist nicht zu beobachten [23].

Eine weitere Unschärfe in der Spiegelbestimmung ist bei übergewichtigen Personen zu beobachten: Bei diesen werden zwar eher niedrige Calcidiol-Werte gemessen, diese sind jedoch Ausdruck des Abflusses von Vitamin D in das Fettgewebe. Die Aussagekraft ist also auch hier deutlich eingeschränkt [24].

Bei allen Diskussionen über die Interpretation der Calcidiol-Werte ist zu berücksichtigen, dass die Beurteilung als „normal“ oder „abnormal“ von der Konzentration des funktionstüchtigen intakten Parathormons (ohne Abbauprodukte) abhängt (GOP 32411). Erst wenn dieses anzusteigen beginnt, scheint ein physiologisch relevanter Calcium- und/oder Vitamin-D-Mangel zu beginnen – in der Regel in einem Bereich zwischen 20 und 30 ng/ml Calcidiol [21, 22].

Risikogruppen für Vitamin-D-Mangel

Die körpereigene Vitamin-D-Bildung in der Haut durch Sonnenlicht (UVB-Strahlen) ist abhängig von Breitengrad, Jahres- und Tageszeit, Witterung, Kleidung, Aufenthaltsdauer im Freien sowie dem Hauttyp und der Verwendung von Sonnenschutzmitteln, die die körpereigene Produktion vermindern. Ältere Menschen haben in der gesunden Bevölkerung deutlich niedrigere Werte – insbesondere solche, die zusätzlich durch geringe Sonnenbestrahlung oder nahrungsbedingt oder durch gastrointestinale Erkrankungen weniger Vitamin D₃ aufnehmen [1].

Damit gibt es folgende Risikogruppen für eine Unterversorgung [1, 6]:

- Säuglinge,
- Menschen, die sich kaum oder gar nicht im Freien aufhalten oder die sich langärmelig kleiden (aus kulturellen/religiösen Gründen oder Patienten mit Hautkrebs),
- gebrechliche, in ihrer Mobilität eingeschränkte Personen, insbesondere aus Pflegeheimen,
- Patienten mit intestinaler Malabsorption,
- Patienten, die mit CYP450-induzierenden Antiepileptika (z. B. Carbamazepin, Phenytoin) behandelt werden.

Menschen, deren Haut stark pigmentiert ist, bilden zwar weniger Vitamin D als Menschen mit heller Haut. Inwieweit sie eine Risikogruppe sind, ist unklar. Es ist belegt, dass für die Vitamin-D-Synthese in der Haut bei starker Pigmentierung mehr UV-Licht benötigt wird als bei heller Haut. Gleichzeitig weisen Afroamerikaner – nach Aussage der National Academy of Medicine – zwar niedrigere Vitamin-D-Spiegel als hellhäutige Amerikaner auf, aber auch niedrigere Osteoporose- und Frakturraten [6].

Moderate Sonnenexposition für körpereigene Vitamin-D-Produktion

Da die Vitamin-D₃-Bildung zum großen Teil über die körpereigene Synthese abgedeckt werden kann, steht die Empfehlung, Vitamin D durch Sonnenbestrahlung der Haut zu bilden und zu speichern, im Vordergrund. Die körpereigene Produktion schwankt von Mensch zu Mensch und ist von weiteren Faktoren wie dem Breitengrad des Aufenthaltsorts und der Jahreszeit abhängig. Es wird empfohlen, sich täglich je nach Jahreszeit und Hauttyp zwischen 12 und 15 Uhr für 5 bis 25 Minuten mit unbedecktem Gesicht, Händen und größeren Teilen von Armen und Beinen der Sonne auszusetzen. In dieser Zeit wird genug Vitamin D gebildet. In der Regel setzt man sich hierdurch aber nicht dem Risiko der Hautrötung oder eines Sonnenbrandes aus [1, 2, 6]. Die in den Monaten März bis Oktober erzeugte Menge an Vitamin D reicht zur Überbrückung der Wintermonate aus, in der die Sonnenbestrahlung zur Vitamin-D-Synthese nicht intensiv genug ist [1].

Tabelle1: Dauer der zur körpereigenen Vitamin-D-Bildung empfohlenen Sonnenlichtbestrahlung zwischen 12 und 15 Uhr bei verschiedenen Hauttypen in Abhängigkeit von der Jahreszeit [1]

	Dauer der Sonnenlichtbestrahlung bei Hauttyp I/II (helle bis sehr helle Hautfarbe, hellrotes oder blondes Haar, blaue oder grüne Augen)	Dauer der Sonnenlichtbestrahlung bei Hauttyp II (mittlere Hautfarbe, dunkle Haare, braune Augen)
März bis Mai	10 bis 20 Minuten	15 bis 25 Minuten
Juni bis August	5 bis 10 Minuten	10 bis 15 Minuten
September bis Oktober	10 bis 20 Minuten	15 bis 25 Minuten

Studien zur Supplementierung

Einfluss von Vitamin D auf Knochengesundheit und Stürze

Eine Studie an 230 gesunden postmenopausalen Frauen mit Calcidiol-Ausgangswerten zwischen 14 und 25 ng/ml hat ergeben, dass eine einjährige Vitamin-D-Supplementierung (mit unterschiedlichen Dosierungsschemata versus Placebo) keinen Effekt auf den Mineralsalzgehalt (LWS und Hüfte) und die Muskelmasse hatte. Demnach scheinen Spiegelbestimmungen und Supplementierung bei gesunden Frauen nach der Menopause nicht erforderlich zu sein [8].

Die Ergebnisse einer Studie über den Einfluss der Vitamin-D-Gabe auf Stürze bei nicht in Pflegeheimen lebenden, älteren Menschen weisen darauf hin, dass hohe Vitamin-D-Dosen (> 800 – 1.000 IE/Tag) und hohe Calcidiol-Serumspiegel das Sturz- und Frakturrisiko sogar steigern können [13]. Auch zuvor führten Metaanalysen hinsichtlich des sturzpräventiven Effekts zu unterschiedlichen Ergebnissen, sodass sich für diesen Endpunkt kein klarer Effekt einer Vitamin-D-Gabe ableiten lässt [2].

Bei im Pflegeheim lebenden Patienten scheint hingegen sowohl die alleinige Einnahme von Vitamin D als auch die kombinierte Gabe von Vitamin D und Calcium das Frakturrisiko zu senken [2].

Einfluss von Vitamin D auf kardiovaskuläre Krankheiten, Krebserkrankungen und das Immunsystem

Zwei große Studien zur Wirksamkeit von Vitamin D befinden sich kurz vor dem Abschluss: Die VIDAL-Studie (in Großbritannien) und die VITAL-Studie (in den USA) untersuchen den Einfluss von Vitamin D auf kardiovaskuläre Krankheiten, Krebserkrankungen und das Immunsystem [11, 12]. Bisher wurde kein Zusammenhang zwischen Vitamin-D-Supplementierung und Krebsprophylaxe gezeigt [25, 26]. Bezüglich der pleiotropen Effekte des Vitamin D kam man zu widersprüchlichen Ergebnissen [2, 14, 27].

Wann ist die Vitamin-D-Supplementierung angezeigt?

Der **präventive Einsatz** von Vitamin D bleibt damit nach aktueller Datenlage den oben genannten Risikogruppen vorbehalten, sofern sie im Einzelfall nicht ausreichend Zeit in der Sonne verbringen (können). Diese Patienten können unter Beachtung von Kontraindikationen und der individuellen Sonnenexposition ohne Untersuchung der Vitamin-D-Spiegel mit Vitamin-D-Supplementen behandelt werden [6]. Diese Empfehlung ist auch mit der Zulassung der Vitamin-D-Präparate abgedeckt, da sie die Vorbeugung von Vitamin-D-Mangelzuständen bei erkennbarem Risiko beinhaltet. Die Fachinformationen empfehlen für diese Patientengruppe – sofern keine Malabsorption vorliegt – Dosierungen zwischen 500 und 1.000 I.E. Vitamin D täglich [15]. Zusätzlich zu Vitamin D ist bei den genannten Risikogruppen auf eine ausreichende Calciumzufuhr zu achten [6].

Bei Osteoporose-Patienten ist die Basistherapie mit Vitamin D und Calcium die Grundlage jeder spezifischen Antiosteoporosetherapie. Hier wird eine tägliche Vitamin-D-Dosierung von 1.000 bis 3.000 I.E. empfohlen [16].

Liegt ein **Vitamin-D-Mangel** vor, werden bei Erwachsenen laut Fachinformationen Tagesdosierungen von 1.000 bis 5.000 I.E. Vitamin D empfohlen [15]. Hochdosierte Präparate mit 20.000 I.E. pro Woche sind zur einmaligen Anwendung bei der Anfangsbehandlung von Mangelzuständen zugelassen [17].

Wird eine Langzeitbehandlung mit Tagesdosen von mehr als 500 I.E. durchgeführt, sollten die Calciumspiegel im Serum und Urin regelmäßig überwacht und die Nierenfunktion durch Messung des Serumkreatinins überprüft werden [15].

Wann ist Vitamin D zulasten der GKV verordnungsfähig?

Nicht jedem Patienten, dem die zusätzliche Einnahme von Vitamin D empfohlen wird, kann diese zulasten der GKV verordnet werden. Vitamin-D-Präparate sind je nach Dosierung sowohl als verschreibungsfreie als auch als verschreibungspflichtige Arzneimittel im Handel (siehe hierzu die Übersicht „Verschreibungsfrei vs. verschreibungspflichtig“ auf www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel).

Die Verordnungsfähigkeit verschreibungsfreier Vitamin-D-Präparate – mit oder ohne Calcium – ist für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren ohne Entwicklungsstörungen verbindlich in der Arzneimittel-Richtlinie Anlage I (OTC-Ausnahmeliste) geregelt [18].

Demnach sind Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination) zulasten der GKV verordnungsfähig:

- zur Behandlung der manifesten Osteoporose (= Osteoporose mit Fraktur ohne adäquates Trauma),
- zeitgleich zur Glukokortikoid-Therapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmoatigen Therapie mit mindestens 7,5 mg/d Prednisolonäquivalent bedürfen,
- bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.

Seit 5. April 2013 können Vitamin-D-Präparate entsprechend den oben genannten Kriterien auch als Monopräparate zu Lasten der GKV verordnet werden, sofern eine ausreichende Calciumzufuhr über die Nahrung gewährleistet ist.

Hochdosierte, verschreibungspflichtige Vitamin-D-haltige Präparate sind vorrangig für schwere Vitamin-D-Mangelzustände als Initialtherapie zugelassen und können in dieser Indikation zulasten der GKV verordnet werden.

In allen übrigen Fällen müssen Patienten Vitamin D auf eigene Kosten als Arznei- oder Nahrungsergänzungsmittel kaufen [19].

Fazit

- Bislang ist nicht klar definiert, ab welchem Grenzwert genau ein Vitamin-D-Mangel vorliegt. Zudem variieren die Referenzbereiche je nach Messmethode (die meist nicht genannt wird). Ein Vitamin-D-Mangel ist dann unwahrscheinlich, wenn der Parathormon-Spiegel nicht erhöht ist.
- Spiegelbestimmungen und Supplementierung von Vitamin D scheinen zumindest bei gesunden Frauen nach der Menopause nicht erforderlich zu sein.
- Da die Vitamin-D₃-Bildung zum großen Teil über die körpereigene Bildung abgedeckt werden kann, wird vorrangig die Sonnenexposition empfohlen.
- Der präventive Einsatz von Vitamin D bleibt damit nach aktueller Datenlage den Risikogruppen (z. B. Pflegeheimbewohner) vorbehalten, sofern sie im Einzelfall nicht ausreichend Zeit in der Sonne verbringen (können). Bei diesen Patienten kann eine Supplementierung ohne vorherige Spiegelbestimmung erfolgen. Im Rahmen einer möglichen Verordnung zulasten der GKV sind die Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie zu beachten.
- Bei Heimpatienten scheint Vitamin D (\pm Calcium) das Frakturrisiko zu senken.
- Die Studienergebnisse zu den sogenannten pleiotropen Effekten von Vitamin D sind bislang widersprüchlich.

Literatur

- [1] Deutsche Gesellschaft für Ernährung: FAQ „Ausgewählte Fragen und Antworten zu Vitamin D“ (gemeinsame FAQ des BfR, der DGE und des MRI), Stand 22.10.2012. <https://www.dge.de/wissenschaft/weiterpublikationen/faqs/vitamin-d/#krankheitsschutz>
- [2] Siebenhofer A, Plank J: Vitamin D: von der Zeugung bis zum Lebensende ein Gewinn? *Arzneiverordnung in der Praxis* 2011; 38(5): 109-11
- [3] Steinhilber D, Schubert-Zsilavec M, Roth HJ: *Medizinische Chemie, Targets und Arzneistoffe*; 1. Auflage 2005, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart

- [4] Heidrich J: Vitamin D messen. Deutsche Apotheker-Zeitung 2016; 11: 44. www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2016/daz-11-2016/vitamin-d-messen
- [5] Vitamin-D-Screening bei Gesunden nicht indiziert. Arzneimittelbrief 2016; 50: 93a
- [6] Screening auf Vitamin D? *arznei-telegramm* 2012; 43(10): 84
- [7] DVO-Leitlinie Osteoporose, Leitlinie des Dachverbands der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e. V., 2014, www.dv-osteologie.de
- [8] Wenig überzeugender Effekt einer Vitamin-D-Supplementierung bei gesunden Frauen nach der Menopause. *Arzneimittelbrief* 2015; 49: 95
- [9] Choosing Wisely: American Society for Clinical Pathology, Fifteen things physicians and patients should question; 21. Februar 2014; abgerufen unter: <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/02/ASCP-Choosing-Wisely-List.pdf>; Stand Februar 2016
- [10] Feldkamp J: Klug entscheiden in der Endokrinologie. *Dt Ärztebl* 2016; 113(17): A-821/B-696/C-687
- [11] Vitamin D and Longevity (VIDAL) Trial, <http://vidal.lshtm.ac.uk/>, aufgerufen am 04.04.2017
- [12] Vitamin D and Omega-3 Trial (VITAL Study), <http://www.vitalstudy.org/>, aufgerufen am 04.04.2017
- [13] Hohe Vitamin-D-Supplementierung fördert Stürze bei älteren Menschen. *Arzneimittelbrief* 2016; 50: 43
- [14] Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie: Wirkung einer Vitamin D-Gabe nur bei bestimmten Personengruppen und Patienten gesichert; Pressemitteilung vom 25.01.2012; <https://idw-online.de/de/news?print=1&id=460516>
- [15] Fachinformationen z. B. der Arzneimittel Dekristol 400 I.E./500 I.E./1000 I.E., Vigantolettin 500 I.E./1000 I.E., Vigantol Öl 20.000 I.E., Vitagamma Vitamin D3 1000 I.E. Tabletten. www.fachinfo.de, aufgerufen am 30.03.2017
- [16] Kasperk C: Zweckmäßige Diagnostik und medikamentöse Therapie der Osteoporose, Leitfaden der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, April 2017. www.kvbawue.de
- [17] Fachinformation von Dekristol 20.000 I.E. www.fachinfo.de, aufgerufen am 03.03.2017
- [18] Arzneimittel-Richtlinie, Anlage I, Nr. 11. www.g-ba.de
- [19] Arzneimittel-Richtlinie, § 12 Abs.11 (Wirtschaftlichkeitsgebot)
- [20] Hahne D: Vitamin D – Wenig harte Fakten zur Prävention chronischer Krankheiten. *Dt Ärztebl* 2011; 108(9): A-452-3
- [21] Holick MF: Vitamin D status: measurement, interpretation, and clinical application. *Ann Epidemiol* 2009; 19: 73-8
- [22] Durazo-Arvizu RA, Dawson-Hughes B, Sempos CT et al.: Three-phase model harmonizes estimates of the maximal suppression of parathyroid hormone by 25-hydroxyvitamin D in persons 65 years of age and older. *J Nutr* 2010; 140: 595-9
- [23] Kim H, Lee SH, Kim J et al.: The association of vitamin D with femoral neck strength: an additional evidence of vitamin D on bone health. *J Clin Endocrinol Metab* 2015; 100: 3118-25
- [24] Carrelli A, Bucovsky M, Horst R et al.: Vitamin D storage in adipose tissue of obese and normal weight women. *J Bone Miner Res* 2017; 32: 237-42
- [25] Manson JE, Mayne ST, Clinton SK: Vitamin D and prevention of cancer-ready for prime time? *N Engl J Med* 2011; 364: 1385-7
- [26] Baron JA, Barry EL, Mott LA et al.: A trial of calcium and vitamin D for the prevention of colorectal adenomas. *N Engl J Med* 2015; 373: 1519-30
- [27] Bolland MJ, Grey A, Gamble GD, Reid IR: The effect of vitamin supplementation on skeletal, vascular, or cancer outcomes: a trial sequential meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014; 2: 307-20
- [28] Gallagher JC, Jindal PS, Smith LM: Vitamin D does not increase calcium absorption in young women: a randomized clinical trial. *J Bone Miner Res* 2014; 29: 1081-7
- [29] Favus MJ: Factors that influence absorption and secretion of calcium in the small intestine and colon. *Am J Physiol* 1985; 248: G147-57
- [30] Gardiner EM, Baldock PA, Thomas GP et al.: Increased formation and decreased resorption of bone in mice with elevated vitamin D receptor in mature cells of the osteoblastic lineage. *FASEB J* 2000; 14: 1908-16

§ Häufige Fragen zur neuen ! Richtwert-Systematik

Im Dezember 2016 haben wir Sie im Sonderverordnungsforum über die neuen Wege in der Steuerung der Arzneimitteltherapie informiert. Im Laufe der ersten Monate ergaben sich viele Fragen zu dem Thema, von denen wir einige im Folgenden noch einmal beantworten möchten.

Was ist der garantierte praxisindividuelle Richtwert (PiRW)?

Der PiRW ist ein zunächst nur für 2017 garantierter Eurowert pro Verordnungspatient und Quartal, er löst die bis 2016 geltenden Richtgrößen ab. Er ist praxisindividuell auf der Grundlage Ihrer Verordnungsdaten im Jahr 2015 berechnet. Er gilt als durchschnittlicher Mindestquartalswert für alle vier Quartale des Jahres 2017. Die Multiplikation des garantierten PiRW mit der Anzahl aller Verordnungspatienten ergibt das garantierte praxisindividuelle Richtwertvolumen.

Wird mir nur der PiRW angerechnet, wenn ich einem Patienten ein spezifisches Arzneimittel, beispielsweise ein teures Biological verordne?

Für die Verordnung eines spezifischen Arzneimittels (z.B. eines teuren Biologicals) erhalten Sie für die Verordnung den spezifischen, für die Fachgruppe vereinbarten AT-Richtwert, hier AT 28, nicht den PiRW.

Was ist der aktuelle Orientierungswert?

Steigt die Morbidität auf Basis der Verordnungsdaten in der Praxis, wird der garantierte PiRW in der quartalsweise erstellten Arzneimittel-Frühinformation unterjährig mit den Daten der KVBW durch einen höheren, angepassten Wert ersetzt. Dieser wird aktueller Orientierungswert genannt. Unterschreitet der aktuelle Orientierungswert den garantierten PiRW, dann gilt der garantierte PiRW.

Durch Multiplikation des aktuellen Orientierungswerts mit der Anzahl aller Verordnungspatienten errechnet sich das aktuelle Orientierungsvolumen.

Bitte beachten Sie: Im Rahmen einer Richtwerteprüfung wird der Orientierungswert mit den dann vorhandenen Prüfdaten neu berechnet. Er wird zum korrigierten PiRW. Erst dieser korrigierter PiRW berücksichtigt rechtsicher die Morbiditätsentwicklung im Rahmen der Richtwerteprüfung.

Welchen Wert bekomme ich als neu niedergelassener Vertragsarzt zugewiesen?

Waren Sie im Jahr 2015 noch nicht in allen vier Quartalen mit der gleichen Betriebsstättennummer (BSNR) niedergelassen oder überhaupt noch nicht niedergelassen, können wir Ihnen keinen garantierten PiRW mitteilen. Sie können sich jedoch an den vereinbarten AT-Richtwerten Ihrer Fachgruppe oder dem berechneten Orientierungswert aus der Frühinformation Arzneimittel (erstmalig für das Quartal 1/2017, Zusendung Ende Mai 2017) orientieren.

Was ist ein Arzneimittel-Therapiebereich (AT)?

Die ATs bündeln die nach Anwendungsgebieten zusammengehörenden Wirkstoffe. Je nach Fachgruppe gelten verschiedene und unterschiedlich viele ATs. Dadurch werden die Versorgungsschwerpunkte der Fachgruppen abgebildet. Diejenigen Wirkstoffe, die in der jeweiligen Fachgruppe keinem AT zugeordnet sind, werden im AT „Rest“ zusammengefasst.

Was ist ein AT-Richtwert?

Für jeden Arzneimittel-Therapiebereich (AT) haben KVBW und Krankenkassen fachgruppenspezifische Durchschnittswerte in Euro berechnet und für das Jahr 2017 erstmalig vereinbart. Verordnet ein Arzt einem Patienten einen Wirkstoff aus einem bestimmten AT, steht ihm für diesen Patienten der AT-Richtwert quartalsweise zur Verfügung.

Wie wurden die aktuellen AT-Richtwerte berechnet?

Die im Jahr 2017 geltenden AT-Richtwerte wurden auf Basis der Verordnungsdaten 2015 fachgruppenspezifisch berechnet. Diese spiegeln damit das reale Verordnungsverhalten der Ärzteschaft wider. Die Eurobeträge derselben ATs können daher in verschiedenen Fachgruppen unterschiedlich hoch sein. Es bietet sich gerade bei chronisch kranken Patienten an, immer den Quartalsbedarf zu verordnen. Dies stellt sicher, dass die AT-Richtwerte auch zukünftig auf einem realen Niveau verbleiben und nicht durch Verordnung kleiner Packungsgrößen oder das Verschieben von Verordnungen an andere Fachgruppen zukünftig niedriger werden.

Da die Datenbasis der Berechnungen der KVBW das Jahr 2015 war, konnten nach 2015 zugelassene Arzneimittel oder Zulassungserweiterungen nicht immer berücksichtigt werden.

Was ist ein AT-Fall?

Jeder Patient zählt in jedem Arzneimittel-Therapiebereich, in dem er mindestens eine Verordnung erhält, als Arzneimittel-Therapiebereichsfall, kurz AT-Fall. Verordnet ein Arzt einem Patienten in einem Quartal Arzneimittel aus mehreren ATs, erhält der Arzt für diesen Patienten mehrere AT-Fälle und somit mehrere AT-Richtwerte. Allerdings löst die Verordnung mehrerer Arzneimittel aus dem gleichen AT (inkl. AT „Rest“) für einen Patienten nur einmal den jeweiligen AT-Richtwert aus.

Verordnungen von Wirkstoffen der exRW-Liste lösen weder einen AT-Fall noch einen Verordnungspatienten aus.

Patienten ohne Verordnung, sogenannte Verdünnungsfälle, spielen keine Rolle mehr.

Warum hat ein benachbarter Kollege derselben Fachgruppe einen anderen garantierten praxisindividuellen Richtwert (PiRW) als ich?

Wie der Name schon sagt, ist der garantierte PiRW praxisindividuell und spiegelt die spezifische Morbidität einer Praxis wider. Wenn aufgrund der Praxisstruktur beispielsweise bei vielen schwerkranken Patienten Arzneimittel aus unterschiedlichen ATs mit hohen AT-Richtwerten verordnet werden müssen, ist auch der PiRW automatisch höher. Je nach Schwerpunkt einer Praxis ist die Gewichtung der AT-Richtwerte unterschiedlich und der garantierte PiRW verschiebt sich in die eine oder andere Richtung. Außerdem hängt der garantierte PiRW davon ab, aus wie vielen ATs Patienten im Schnitt Arzneimittel verordnet bekommen.

Der PiRW sagt daher nichts über ein wirtschaftliches Verordnungsverhalten einer Praxis aus, sondern bildet die Patientenstruktur der Praxis ab. Ein direkter Vergleich des PiRW einzelner Praxen der gleichen Fachgruppe ist daher nicht aussagekräftig.

Welchen garantierten praxisindividuellen Richtwert (PiRW) hat eine fachgruppenübergreifende BAG oder ein MVZ?

Für diese Praxisform gibt es nicht einen garantierten PiRW, sondern jede Richtwertegruppe erhält separat einen garantierten PiRW, so wie früher bei der separaten Richtgrößprüfung nach Richtgrößengruppen.

Erhält ein Patient in einer fachgleichen BAG Arzneimittelverordnungen von zwei Arztkollegen, so kommt der garantierte PiRW zur Berechnung des praxisindividuellen Richtwertvolumens für diesen Patienten nicht zweimal, sondern nur einmal pro Praxis zum Tragen.

Hat die ICD-10-Codierung der Verordnungspatienten einen Einfluss auf den garantierten PiRW und damit auf das praxisindividuelle Richtwertvolumen?

Nein, denn entscheidend sind die verordneten Wirkstoffe mit dem entsprechenden ATC-Code. Die Behandlungsdiagnosen in Form der ICD-10-Codes in den Abrechnungsdaten werden nicht für die Berechnung der AT-Richtwerte genutzt.

Ich habe viele Onkologika verordnet – wie wirkt sich dies auf mein Verordnungsvolumen und mein praxisindividuelles Richtwertvolumen aus?

Onkologika zählen zu den exRW-Wirkstoffen und fließen nicht in die statistische Richtwertprüfung ein. Ihre Kosten gehen damit weder in das Verordnungsvolumen noch in das Richtwertvolumen ein. Patienten, denen Wirkstoffe der exRW-Liste verordnet werden, lösen daher keinen AT-Fall aus und werden nicht als Verordnungspatienten gezählt.

Ist es bei Diabetikern zu empfehlen, dass der Diabetologe die Arzneimittel – also Insulin oder Antidiabetika – verordnet und der Hausarzt die Teststreifen?

Definitiv nein, denn für Teststreifen-Verordnungen erhält die verordnende Praxis nur dann den vorgesehenen AT-Richtwert (aus AT 29, 30 oder 31) zugewiesen, wenn im selben Quartal auch die notwendigen Arzneimittel verordnet werden.

Eine Teststreifen-Verordnung ohne Insulin- oder andere Antidiabetika-Verordnung in demselben Quartal würde unter den AT „Rest“ fallen und kann sich damit – je nach Höhe des AT-Richtwerts für den AT „Rest“ und nach verordneter Teststreifenmenge – rechnerisch ungünstig auswirken.

Anmerkung der Redaktion

Bei nicht-insulinbehandelten Typ-2-Diabetikern besteht nach Arzneimittel-Richtlinie Anlage III nur bei instabiler Stoffwechsellage ein Anspruch auf die Verordnung von Teststreifen – bis zu 50 Stück je Behandlungssituation.

Dürfen Hausärzte zukünftig keine Protonenpumpenhemmer verordnen, da der AT 45 für sie nicht vereinbart wurde?

Es ist richtig, dass der AT 45 (Mittel bei säurebedingten Erkrankungen) nur für Fachärzte der Inneren Medizin mit den Schwerpunkten Gastroenterologie und Nephrologie vereinbart wurde. Dies bedeutet allerdings nicht, dass alle anderen Fachgruppen, für die AT 45 nicht vereinbart wurde, keine Verordnungen in dieser Indikation ausstellen dürfen. Bei Vorliegen einer zulassungskonformen Diagnose ist die Verordnung von Protonenpumpenhemmern (PPI) von allen anderen Vertragsärzten, insbesondere auch Hausärzten, möglich. Der Patient wird als AT-Fall berücksichtigt, da die Kosten in den AT „Rest“ einfließen. Dem AT „Rest“ wurde auch ein AT-Richtwert in Euro zugeteilt, der bei einer PPI-Verordnung dem Richtwertvolumen des Arztes hinzugechnet wird.

➔ Weitere ergänzende Informationen finden Sie auf: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » FAQ

§ Amnestieregelung



Seit dem 1. Januar 2017 gilt in Baden-Württemberg eine neue Prüfvereinbarung. Diese ist vom Gesetzgeber vorgeschrieben und regelt, nach welcher Art und Weise und in welchem Umfang die verpflichtende Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Vertragsärzten in Baden-Württemberg durchgeführt wird. Darunter fallen unter anderem die kalenderjährlichen Arzneimittel- und Heilmittel-Richtwerteprüfungen. Für diesen Bereich der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung (nicht aber für Prüfungen im Einzelfall) konnte die KVBW diverse Mechanismen aushandeln, die im Falle einer Auffälligkeit die verordnenden Ärzte schützen. Neu ist unter anderem die Amnestieregelung. Was sich dahinter verbirgt, wird im Folgenden erläutert.

Die Amnestieregelung

- gilt grundsätzlich für alle Vertragsärzte,
- gilt nur im Rahmen der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung (für Arzneimittel und Heilmittel separat),
- hat zur Folge, dass Maßnahmen, die im Rahmen einer solchen Prüfung festgesetzt wurden (d. h. eine Beratung durch die Prüfungsstelle – siehe „Exkurs“ – oder eine Nachforderung bzw. bis 2016 ein Regress), nach Ablauf von mehr als fünf Jahren als „vergessen“ gelten.

Aus der Amnestie ergeben sich für den betroffenen Vertragsarzt folgende Vorteile:

- Bei einer erneuten Auffälligkeit¹ gilt ein Vertragsarzt trotzdem wieder als erstmalig auffällig – unter der Voraussetzung, dass die Maßnahme, vom aktuellen auffälligen Verordnungsjahr aus betrachtet, mehr als fünf Jahre zurückliegt.
- Wenn die Auffälligkeit als erstmalig gilt, kann erneut der Grundsatz „Beratung vor Nachforderung“ zum Tragen kommen.
- Das heißt konkret: Es erfolgt eine erneute schriftliche Beratung durch die Prüfungsstelle, es wird keine Nachforderung festgesetzt!

¹ Auffälligkeit im Rahmen der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung bedeutet hier: Abweichung des (Arzneimittel- oder Heilmittel-)Verordnungsvolumens eines Verordnungsjahres vom berechneten Vergleichsvolumen (Richtwertvolumen) desselben Jahres – nach Abzug eventueller vereinbarter oder im Rahmen des Prüfverfahrens anerkannter individueller Praxisbesonderheiten (bei Heilmitteln: besondere Ordnungsbedarfe bzw. langfristiger Heilmittelbedarf) – von > 25 %, die im Rahmen eines Prüfverfahrens rechtswirksam festgestellt wurde.

Fallbeispiele

Was muss passieren, damit ein Arzt wieder als „erstmalig auffällig“ gilt?

Liegt die im Rahmen einer statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung (Arznei- oder Heilmittel-Richtwerteprüfung) ausgesprochene bestandskräftige Maßnahme in Form einer Beratung oder eines Regresses/einer Nachforderung mehr als fünf Jahre zurück und war die Praxis seitdem nicht mehr auffällig, gilt diese Praxis im Falle einer erneuten Auffälligkeit wieder als erstmalig auffällig.

Beispiel (Grafik 1)

Auffälligkeit bei der Heilmittel-Richtwerteprüfung für das Verordnungsjahr 2017. Bescheid wird dem Arzt 2019 zugestellt. Arzt war bereits im Verordnungsjahr 2009 im Heilmittelbereich auffällig, wofür im Jahr 2011 ein bestandskräftiger Regress festgesetzt wurde. In der Zwischenzeit war er nicht mehr auffällig.

Gilt hier die Amnestieregelung?

Ja, weil der letzte bestandskräftige Bescheid mit Regress im Jahr 2011 mehr als fünf Jahre zurückliegt und der Arzt dazwischen unauffällig war. Dank der Amnestieregelung würde hier als Maßnahme wieder nur eine Beratung des Arztes durch die Prüfungsstelle erfolgen.

Wichtig: Die Amnestieregelung kann auch Maßnahmen „unschädlich“ machen, die noch – wie im vorliegenden Beispiel – unter den Vorgaben der alten Prüfvereinbarung (bis 31.12.2016) erfolgten!

Grafik 1: Auswirkung der Amnestieregelung im zeitlichen Verlauf; dunkelgrau: Verordnungszeiträume und bestandskräftige Maßnahmen in der Vergangenheit; hellgrau: Zeitraum, auf den sich die Amnestieregelung nicht auswirken kann; hellblau: Zeitraum, auf den sich die Amnestieregelung auswirken kann.

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Verordnungsjahr		Prüfung des Jahres 2009: Auffälligkeit → bestandskräftiger Regress (Nachforderung)						Verordnungsjahr		Prüfung des Jahres 2017: Auffälligkeit → Beratung statt Nachforderung

Kann die Amnestieregelung auch bei Prüfungen der Verordnungsjahre bis einschließlich 2016 eine erneute Auffälligkeit in eine erstmalige Auffälligkeit umwandeln?

Nein, die Amnestieregelung wirkt sich erst für die Prüfungen der Verordnungsjahre ab 2017 aus. Grund dafür ist, dass in den Verordnungsjahren bis einschließlich 2016 noch die alte Prüfvereinbarung galt und in dieser keine Amnestieregelung vorgesehen war.

Wichtig: Bitte beachten Sie, dass die Prüfungen, welche 2017 und 2018 durchgeführt werden, die Verordnungsjahre 2015 und 2016 betreffen und damit nicht unter die Amnestieregelung fallen!

Beispiel (Grafik 2)

Auffälligkeit bei der Arzneimittel-Richtgrößenprüfung für das Verordnungsjahr 2015. Prüfbescheid wird dem Arzt im Jahr 2017 zugestellt. Arzt war bereits im Verordnungsjahr 2007 im Arzneimittelbereich auffällig, wofür im Jahr 2009 ein bestandskräftiger Regress festgesetzt wurde. In der Zwischenzeit war er nicht mehr auffällig.

Gilt hier die Amnestieregelung, nachdem der Arzt mehr als fünf Jahre unauffällig verordnet hat?

Nein, weil die Amnestieregelung für Verordnungsjahre bis einschließlich 2016 noch nicht gilt. Erst ab dem Verordnungsjahr 2017 können Sie von den Vorteilen der neuen Regelung profitieren.

Grafik 2: Keine Auswirkung der Amnestieregelung im zeitlichen Verlauf

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Verordnungsjahr		Prüfung des Jahres 2007: Auffälligkeit → bestandskräftiger Regress						Verordnungsjahr		Prüfung des Jahres 2015: Auffälligkeit → bestandskräftiger Regress

Gilt die Regelung im Rahmen der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung (Richtwertprüfung) über verschiedene Verordnungsbereiche (Arzneimittel, Heilmittel) hinweg?

Nein, jeder Bereich wird gesondert betrachtet. Das heißt: Trotz einer vorhergehenden Auffälligkeit im Arzneimittelbereich kann dennoch die Amnestieregelung im Heilmittelbereich greifen.

Bei einer erstmaligen Überschreitung im Heilmittelbereich erfolgt zunächst eine Beratung des Arztes.

→ In den nächsten Ausgaben des **Verordnungsforums** werden weitere Informationen zu den prüfvereinbarungsbezogenen Themen „Welpenschutz“ und „Nachforderungsbegrenzung“ folgen.

Exkurs: Unterschiedliche Arten von Beratungen

In der Vergangenheit waren Sie mit unterschiedlichen Arten der Beratung durch die Prüfungsstelle konfrontiert, was teilweise zu Unklarheiten und Unsicherheiten Ihrerseits geführt haben könnte. Mit der neuen Prüfvereinbarung wird es zukünftig in der Regel nur noch eine Art der Beratung geben. Allerdings ist die alte Regelung im Hinblick auf die ausstehenden Prüfungen im Jahr 2017 (Verordnungsjahr 2015) und 2018 (Verordnungsjahr 2016) und die Anwendung der Amnestieregelung ab der Prüfung im Jahr 2019 durchaus relevant. Daher möchten wir Ihnen nachfolgend einen kurzen Überblick über die unterschiedlichen Arten der Beratungen geben.

Alte Prüfvereinbarung (bis 31. Dezember 2016)

Hier wird zwischen der **einfachen Beratung** nach § 106 Abs. 5a S. 1 bzw. § 106 Abs. 1a SGB V (i. d. F. bis 31. Dezember 2016) und der **individuellen Beratung** nach § 106 Abs. 5e S. 1 SGB V (i. d. F. bis 31. Dezember 2016) unterschieden. Die einfache Beratung erfolgt bei Richtgrößenüberschreitungen zwischen 15 und 25 Prozent und hat keine nachteiligen Rechtsfolgen. Im Gegensatz dazu erfolgt die individuelle Beratung ab einer Richtgrößenüberschreitung von 25 Prozent und wirkt regressersetzend. Eine individuelle Beratung erfolgt nach der alten Prüfvereinbarung in der Regel nur einmal. Bei einer erneuten Überschreitung von mehr als 25 Prozent (in Verordnungsjahren, die auf das Jahr folgen, in dem die individuelle Beratung bestandskräftig wurde) würde ein Regress festgesetzt werden.

Neue Prüfvereinbarung (seit 1. Januar 2017)

Seitdem die neue Prüfvereinbarung in Kraft getreten ist, gibt es ab dem Verordnungsjahr 2017 in der Regel **nur** noch die **individuelle Beratung**. Sie erfolgt ab einer Richtwertüberschreitung von 25 Prozent und ersetzt bei erstmaliger Auffälligkeit eine Nachforderung (Regress).

Auswirkungen auf Amnestieregelung

Im Zusammenhang mit der Amnestieregelung sind nur die individuellen Beratungen – also die Beratungen, die eine Rechtsfolge haben – relevant. Einfache Beratungen haben keine Auswirkung auf das „Greifen“ der Amnestieregelung.



Cannabis: Informationen zur Verordnung



Seit 10. März 2017 können Vertragsärzte Cannabis auf einem Betäubungsmittel-Rezept für schwerkranke Patienten zulasten der GKV verordnen. Die dafür erforderliche Gesetzesänderung erfolgte ungewöhnlich schnell, was zur Folge hat, dass bestimmte formale Dinge noch nicht abschließend geregelt sind. Über den aktuellen Sachstand informiert Sie der vorliegende Artikel. Der Text wurde in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erstellt.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Das Inkrafttreten des „Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ hatte im März 2017 die Neueinführung des § 31 Abs. 6 ins SGB V zur Folge. Dort ist geregelt, dass Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung Anspruch haben auf die Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn

- eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht oder
- wenn diese im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Versicherten nicht mehr zur Anwendung kommen kann.
- Zudem muss eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome bestehen.

Vor Beginn der Leistung bedarf es bei der ersten Verordnung für einen Versicherten einer **Genehmigung** durch die jeweilige Krankenkasse, die nur in begründeten Ausnahmefällen abgelehnt werden darf [1]. Der Genehmigungsantrag ist formlos vom Patienten zu stellen.

Für den MDK wird derzeit eine einheitliche Begutachtungsanleitung erarbeitet. Die für die Begutachtung notwendigen Angaben werden danach mit einem Arztfragebogen angefordert. Dieser wird bereits jetzt schon von den Krankenkassen, zum Teil in modifizierter Form, zur Verfügung gestellt. Da dieser Fragebogen die für die Bewertung und

Beurteilung des Falles notwendigen Informationen enthält, ist dieser unbedingt vom antragsstellenden Arzt mit dem jeweiligen Antrag auszufüllen und zur Verfügung zu stellen, da die Krankenkassen nur bei vollständigen Informationen über ihre Leistungsbewilligung entscheiden können.

Da das Gesetz nicht auf Rezeptur Arzneimittel eingeschränkt ist, muss **auch für Fertigarzneimittel**, die außerhalb der zugelassenen Indikationen eingesetzt werden sollen, eine entsprechende **Genehmigung** beantragt werden.

Für die Bearbeitung der Anträge gilt eine Frist von drei Wochen beziehungsweise von fünf Wochen, wenn eine gutachtliche Stellungnahme des MDK erforderlich ist [2]. Hier von abweichend hat die Krankenkasse über Anträge, die im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV, § 37b SGB V) gestellt werden, innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden. Die Leistung gilt nach Ablauf der Frist als genehmigt, wenn keine Mitteilung der Krankenkasse erfolgt (Patientenrechtegesetz).

Die Versorgung mit den oben genannten Mitteln ist mit der Teilnahme an einer nicht-interventionellen fünfjährigen **Begleiterhebung** durch das BfArM verknüpft, über die der Patient vorab zu informieren ist. Die dafür benötigten Daten werden durch den Vertragsarzt in anonymisierter Form übermittelt.

Man geht davon aus, dass in der Arztpraxis ein Mehraufwand von 45 Minuten für das Ausfüllen des Erfassungsbogens entsteht, wobei nach aktuellem Stand eine Vergütung für den Vertragsarzt nicht vorgesehen ist.

Die Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV, in Kraft seit 30. März 2017) regelt den Umfang der zu übermittelnden Daten, das Verfahren zur Durchführung der Begleiterhebung einschließlich der anonymisierten Datenübermittlung. Sobald die Ergebnisse der Begleiterhebung in Form eines Studienberichtes vorliegen, wird der G-BA Näheres zur Leistungsgewährung in der Arzneimittel-Richtlinie festlegen. Dies wird frühestens in fünf Jahren der Fall sein.

Indikationen für die Verordnung von Cannabis, Dronabinol oder Nabilon

Generell sollte die Verordnung von Cannabis im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts unter Beachtung und Abwägung ggf. vorhandener Risiken oder Kontraindikationen erfolgen. Des Weiteren ist zu beachten, dass Cannabis gemäß BtMVV kein zulässiges Substitutionsmittel bei einer bestehenden Opiatabhängigkeit darstellt.

Ausschlaggebend für die neue Verordnungsfähigkeit zulasten der GKV ist das Vorliegen einer **schwerwiegenden Erkrankung** [1]. Eine Krankheit ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt [3].

Außer für die Behandlung von Spastiken bei Multipler Sklerose, chemotherapiebedingter Erbrechen/Nausea und AIDS-bedingter Anorexie gibt es für die meisten anderen potenziellen medizinischen Anwendungsgebiete von Cannabinoiden derzeit nur wenig Evidenz.

Eine mögliche Wirksamkeit wird unter anderem beschrieben bei

- chronischen Schmerzen wie z. B. bei Fibromyalgie, Phantomschmerz, Neuropathien,
- neurodegenerativen Erkrankungen wie z. B. M. Parkinson, Agitation bei M. Alzheimer, Dystonie/Bewegungsstörungen,
- psychiatrischen Erkrankungen wie z. B. Tourette-Syndrom, Tics/Zwangsstörungen, posttraumatisches Stresssyndrom, ADHS,
- Glaukom,
- Epilepsie.

In Deutschland zugelassene Arzneimittel mit Cannabinoiden

Übergangsweise erfolgt der Bezug von Cannabisblüten über Importe. Geplant ist, dass Anbau und Vertrieb von Cannabis in Deutschland in einer vom BfArM koordinierten staatlichen Cannabisagentur erfolgen. Der bisher in

Ausnahmefällen genehmigte Eigenanbau von Cannabis zur Selbsttherapie wird nicht mehr möglich sein.

Dronabinol ist in Deutschland nur als Wirkstoff für die Rezepturherstellung verfügbar.

Für bestimmte Indikationen war in Deutschland auch bisher schon die regelhafte Verordnung von Cannabinoiden zulasten der GKV möglich.

Mit **Sativex®** ist ein Fertigarzneimittel auf dem Markt, das einen Cannabisextrakt mit standardisiertem Gehalt an Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD) enthält und für die Zusatzbehandlung mittelschwerer bis schwerer Spastiken bei Multipler Sklerose zugelassen ist, wenn andere anti-spastische Arzneimitteltherapien im Einzelfall nicht ausreichend wirksam sind [4].

Außerdem ist in Deutschland seit 1. Januar 2017 das nabilonhaltige **Canemes®** verfügbar, welches eine Zulassung für die Behandlung von chemotherapiebedingter Erbrechen und Nausea bei Krebspatienten hat, die auf andere antiemetische Behandlungen nicht adäquat ansprechen. Nabilon ist – in therapeutischen Dosierungen – potenziell ein Suchtmittel mit möglichen subjektiven Nebenwirkungen wie Euphorie. Verschreibungen sollten sich daher auf die notwendige Dauer (einige Tage) während der Chemotherapie beschränken. Das physische Abhängigkeitspotential von Nabilon ist unbekannt. Patienten in klinischen Studien, die bis zu fünf Tage dauerten, zeigten keine Entzugerscheinungen nach Absetzen der Substanz [4].

Eine Verordnung der oben genannten Fertigarzneimittel innerhalb der zugelassenen Indikationen ist von der neuen Gesetzgebung (d. h. Vorab-Genehmigung durch Krankenkasse, Begleiterhebung durch BfArM) nicht betroffen.

Zu Nebenwirkungen, Kontraindikationen und Abhängigkeitsrisiken einer Cannabis-Therapie verweisen wir auf einen kürzlich erschienenen Übersichtsartikel im Deutschen Ärzteblatt [5].

Cannabidiol (CBD), welches als „Monosubstanz“ nicht der BtM-Pflicht unterliegt, hat selbst keine psychoaktive

Wirkung, es kann aber den THC-Rausch abmildern und hat möglicherweise einen antipsychotischen Effekt. Es wird daher vermutet, dass hochpotenter Cannabis das Risiko für Psychosen steigern könnte, wenn der CBD-Anteil gering ist [6].

Cannabis und Autofahren

Die Fahrtüchtigkeit kann zu Beginn der Therapie oder in Kombination mit Alkohol eingeschränkt sein und muss im Einzelfall vom Arzt zuvor beurteilt werden. Rein rechtlich handelt es sich nach § 24a StVG nicht um eine Ordnungswidrigkeit, wenn eine bestimmungsgemäße medizinische Anwendung des Arzneimittels vorliegt. Der Patient sollte deshalb eine Original-Bescheinigung seines Arztes mitführen, aus der die medizinische Notwendigkeit und die Dosierung des Arzneimittels hervorgeht. Dennoch kann bei positivem THC-Nachweis im Rahmen einer Verkehrskontrolle die vorläufige Weiterfahrt grundsätzlich untersagt werden. Werden unter einer Therapie Auffälligkeiten festgestellt, die für eine Fahrtüchtigkeit sprechen, handelt es sich um einen strafrechtlich relevanten Sachverhalt, der neben einer Geldstrafe auch zur Entziehung der Fahrerlaubnis führen kann, selbst wenn ein ärztliches Attest vorgelegt wird [7].

Tabelle 1: Kosten der Cannabis-Therapie (EK: Einkaufspreis, VK: Verkaufspreis, NRF: Neues Rezeptur-Formularium)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel/ Rezepturarzneimittel	Verfügbare Packungsgrößen	Apotheken-VK/ Preis der Rezeptur	Tagesdosis	Tagestherapiekosten (bei Fertigarzneimitteln jeweils in den zugelassenen Indikationen)
Cannabis	Blüten zur Inhalation nach Verdampfung (NRF 22.12), in Einzeldosen zur Inhalation nach Verdampfung (NRF 22.13), zur Teezubereitung (NRF 22.14), in Einzeldosen zur Teezubereitung (NRF 22.15)		Preis steht noch nicht fest Apotheken-EK für Blüten bei Import aus den Niederlanden ca. € 50 pro 5g ¹		durchschnittlich € 18 bis maximal € 60
	Sativex® (Cannabisextrakt) 2,7 mg THC/2,5 mg TBD pro Sprühstoß (0,1 ml)	3 x 10 ml	€ 310,64 ³	bis maximal 12 Sprühstöße	Durchschnittlich € 8,944 bzw. € 12,35 (bei max. Dosierung)
Dronabinol	Orale Lösung (NRF 22.8) 25 mg/ml		ca. € 220 pro 10 ml	je nach Indikation 2,5 bis 30 mg (max. Dosis ca. 90 mg) ⁵	je nach Indikation ca. € 2 bis € 26 (max. ca. € 80)
	Kapseln (NRF 22.7) 2,5, 5 oder 10 mg		z. B. 50 Kapseln à 5 mg ca. € 300	je nach Indikation 2,5 bis 30 mg (max. Dosis ca. 90 mg) ⁵	je nach Indikation ca. € 24 bis € 48 ² (max. ca. € 90)
	Marinol® (Import) 5 mg/Kps.	60 Stück	ca. € 2.290 ⁶		ca. € 38 bis € 230 (max. ca. € 690)
Nabilon	Canemes® 1 mg	28 Stück	€ 478,73 ³	2 bis max. 6 mg	€ 32,20 bis € 96,70

¹ Aktueller Einkaufspreis Fagron, Sorte Bedrocan, Stand Februar 2017

² Angabe des BMG aus der Gesetzesbegründung ohne Bezug zu einer konkreten Indikation

³ Lauer-Steuer, Stand 15.02.2017

⁴ Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2016

⁵ Maximale Dosis bei chemotherapieinduzierter Übelkeit/Erbrechen, Wirkstoffprofil Dronabinol, Bionorica® ethics

⁶ berechnet aufgrund Apotheken-EK des Importes von 1.859 Euro aus dem Jahr 2015

Notwendige Angaben im Genehmigungsverfahren

Bitte klären Sie vor einer Antragsstellung im Patientengespräch, ob und – wenn ja – welche anderen Therapien, gegebenenfalls auch von anderen Ärzten, bereits angewendet werden, da auch diese Sachverhalte im Rahmen des Genehmigungsverfahrens überprüft werden.

Bei erstmaliger Verordnung ist vom Patienten ein formloser Genehmigungsantrag zu stellen; dies gilt auch bei Vorliegen einer Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Abs. 2 BtMG (Erwerb von Cannabis zur Selbsttherapie).

Bei einem Wechsel auf ein anderes Arzneimittel auf Cannabis-Basis bzw. bei Änderungen der Dosierung oder dem Kassenwechsel des Patienten ist ein neuer Antrag zu stellen.

Für die Antragsbearbeitung können folgende Informationen notwendig sein:

- Die verordnungsbegründende Diagnose nach ICD-10 sowie eventuelle Begleitdiagnosen,
- Dauer der Erkrankung oder Symptomatik, die die Behandlung mit Cannabis begründet,
- Angaben zu vorherigen Therapien einschließlich der Abbruchgründe (mangelnder Therapieerfolg, unverhältnismäßige Nebenwirkungen, Kontraindikationen),
- Genaue Bezeichnung der verordneten Leistung (Angabe Wirkstoff, Handelsname oder Rezeptur, Blüten etc.),
- Dosierung, Darreichungsform und Art der Anwendung,
- Kennzeichnung bei Verordnung im Rahmen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V.

Hinweise zur Verordnung

Arzneimittel auf Cannabis-Basis sind Betäubungsmittel, die immer auf einem BtM-Rezept zu verordnen sind.

Laut Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) darf der Arzt unter Einhaltung der festgesetzten Höchstmengen für einen Patienten innerhalb von 30 Tagen lediglich bis zu zwei der in § 2 aufgeführten Betäubungsmittel verordnen.

Bei der Verordnung von Arzneimitteln auf Cannabis-Basis sind folgende Höchstmengen einzuhalten:

- Cannabis in Form von getrockneten Blüten (unabhängig vom THC-Gehalt): 100.000 mg. Die Angabe „Cannabisblüten“ ist nicht ausreichend. Es muss immer die Sorte mit angegeben werden.
- Cannabisextrakt (bezogen auf den Δ^9 -THC-Gehalt): 1.000 mg,
- Dronabinol: 500 mg.

Tabelle 2: Importierbare Cannabis-Sorten nach Herkunft und Importeur (Stand 10. Februar 2017) mit Gehalt an THC und CBD, bezogen jeweils auf die getrocknete Droge [8] (THC: Tetrahydrocannabinol, CBD: Cannabidiol).

Sorte	Gehalt THC (ungefähr, in %)	Gehalt CBD (ungefähr, in %)	Herkunft	Importeur
Bedrocan	22	< 1	Niederlande	Fagron GmbH & Co. KG + Pedanios GmbH
Bedica	14	< 1		
Bedrobinol	13,5	< 1		
Bediol	6,3	8		
Bedrolite	< 1	9		
Pedanios 22/1	22	< 1	Kanada	Pedanios GmbH
Pedanios 18/1	18	< 1		
Pedanios 16/1	16	< 1		
Pedanios 14/1	14	< 1		
Pedanios 8/8	8	8		
Princeton (MCTK007)	16,5	< 0,05	Kanada	MedCann GmbH
Houndstooth (MCTK001)	13,5	< 0,05		
Penelope (MCTK002)	6,7	10,2		
Argyle (MCTK005)	5,4	7		

Nur im Ausnahmefall darf die Höchstverschreibungsmenge mit besonderer Begründung überschritten werden. Das BtM-Rezept ist in diesen Fällen zwingend mit dem Kennzeichen „A“ zu versehen.

Für die Verordnung von Cannabis als Rezeptur hat das Neue Rezeptur-Formularium (DAC/NRF) sechs neue NRF-Rezepturvorschriften erstellt, die auf folgender Website abgerufen werden können: www.dac-nrf.de/arzt [9].

Entsprechende Vaporisatoren für die Inhalation sowie Dosierlöffel müssen noch in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden.

➔ Weiterführende Informationen zur Verordnung von Cannabis finden Sie auf der Homepage der KBV: „Arzneimittelverordnung: Cannabis – was Ärzte wissen müssen“:



sowie auf der Homepage des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): „Cannabis als Medizin“: www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis/_node.html



Cannabis-Rezepturen und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Einordnung von Cannabinoiden als Rezepturarztmittel im Rahmen der seit 1. Januar 2017 geltenden Richtwerte-Systematik ist noch offen, von entsprechenden Anfragen bitten wir derzeit abzusehen. Sobald eine Vereinbarung getroffen wurde, werden wir über unsere üblichen Veröffentlichungsmedien darüber informieren.

Bitte beachten Sie, dass eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit trotz erfolgter Genehmigung der Verordnung nicht ausgeschlossen ist.

Fazit

- Nach § 31 Abs. 6 SGB V haben Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung Anspruch auf die Versorgung mit Cannabis-Extrakten, getrockneten Blüten, Dronabinol oder Nabilon (Verordnung auf BtM-Rezept).
- Andere therapeutische Alternativen müssen ausgeschöpft sein (Cannabis als „ultima ratio“).
- Vor Beginn der Leistung bedarf es bei der ersten Verordnung für einen Versicherten einer Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse, die nur in begründeten Ausnahmefällen abgelehnt werden darf.
- Bei Verordnung von Fertigarzneimitteln in der zugelassenen Indikation ist keine Genehmigung erforderlich.
- Generell sollte die Verordnung von Cannabis im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts unter Beachtung und Abwägung ggf. vorhandener Risiken oder Kontraindikationen erfolgen.

Literatur

- [1] § 31 Abs. 6 SGB V
- [2] § 13 Abs. 3a SGB V
- [3] § 12 Abs. 3 AM-RL
- [4] Fachinformationen Sativex® (Stand März 2015) und Canemes® (Stand Oktober 2016). www.fachinfo.de
- [5] Müller-Vahl K, Grotenhermen F: Medizinisches Cannabis – Die wichtigsten Änderungen. Dt Ärztebl 2017; 114(8): A 352-6
- [5] Di Forti M, Morgan C, Dazzan P et al.: High-potency cannabis and the risk of psychosis. Br J Psychiatry 2009; 195: 488-91
- [6] Rausch R: Darf man unter medizinischer Anwendung von Cannabis Auto fahren? DAZ.online 20.03.2017. <https://www.deutsche-apothekerzeitung.de/news/artikel/2017/03/20/faq-cannabis-als-medizin/chapter:10>
- [7] Bundesopiumstelle des BfArM, Erklärung des betreuenden Arztes im Zusammenhang mit dem Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis (§ 3 Abs. 2 BtMG) zum Erwerb von Cannabis-Extrakt bzw. Medizinal-Cannabisblüten im Rahmen einer medizinisch betreuten und begleiteten Selbsttherapie. www.bfarm.de/SharedDocs/Formulare/DE/Bundesopiumstelle/BtM/Cannabis_Erklaerung_Arzt.pdf?__blob=publicationFile&v=11
- [8] Neues Rezeptur-Formularium, Login für Ärzte. [www.dac-nrf.de/arzt/BfArM:Cannabis als Medizin](http://www.dac-nrf.de/arzt/BfArM:Cannabis%20als%20Medizin). http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis/_node.html

Änderungen im Sprechstundenbedarf

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

wirkend zum 1. Januar 2017 in Kraft. Änderungen bezüglich Verordnungseinschränkungen treten erst mit Bekanntgabe der Änderungen in Kraft.

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform	Anmerkung	NEU
Antibiotika	Cefuroxim	parenteral	intrakameral nur in besonderen Fällen	neue Anmerkung
Gynäkologika	Gemeprost	parenteral	außer Handel; im Einzelfall Off-Label-Anwendung von Misoprostol; cave: Patientenaufklärung	neu: im Einzelfall Off-Label-Anwendung von Misoprostol

Medizinisch-technische Mittel	Spezifikation	Anmerkung	NEU
Infusionsnadeln		Butterfly-/Flügelkanülen: nur zur Infusion, nicht zur Injektion und Blutentnahme; auch Sicherheitsinfusionsnadeln (Safety-Produkte) gemäß den „Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe“ (TRBA 250)	neu: auch nicht zur Blutentnahme

Verbandstoffe	Spezifikation	Anmerkung	NEU
Tamponaden		keine Tamponaden mit Aktivkohle; Chitosan-Tamponaden: nur HNO-Ärzte, nur zur postoperativen Nachsorge nach NNH-OP	gestrichen: Polyurethanschaum-Tamponaden

Wirtschaftliche Verordnungsweise von Verbandmitteln im Sprechstundenbedarf

Im Rahmen des Sprechstundenbedarfs (SSB) ist eine Vielzahl von Verbandstoffen ordnungsfähig. Die Kosten dafür sind in den letzten zwei Jahren stark angestiegen. Diese Kostensteigerung ist sowohl auf die Verordnung von höheren Mengen als auch auf die vermehrte Verordnung von Produkten der modernen Wundversorgung zurückzuführen. Bei auffälligen Arztpraxen stellen die Krankenkassenverbände (GKV) Prüfanträge. Der nachfolgende Text ist in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) entstanden.

Die Verordnung von Sprechstundenbedarf ist in der Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf (kurz: Sprechstundenbedarfsvereinbarung, SpBV) geregelt. Damit hat der Arzt die Möglichkeit, GKV-Patienten im Notfall sofort versorgen zu können. Die Behandlung von Privatpatienten darf nicht über den Sprechstundenbedarf erfolgen.

Verordnungsfähigkeit von Verbandstoffen

Die zulässigen Mittel sind in der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zusammengefasst. Diese Liste enthält alle Mittel (Arzneimittel, Verbandmittel, medizinisch-technische Mittel), die für die akute Versorgung von Patienten erforderlich sind. Für Verbandstoffe bedeutet dies, dass nur für akute Wunden und zu Testzwecken Verbandmittel aus dem SSB verwendet werden können.

Unter Akut- oder Notfallbehandlung wird die einmalige Erstversorgung der Wunde verstanden. Sobald die endgültige Verbandstoff-Versorgung (nach Abschluss der Testphase) feststeht, erfolgt die Verordnung auf Namen des Patienten. Ebenso ist die Mitgabe von Sprechstundenbedarf an Patienten ausgeschlossen.

Zur regelhaften Versorgung von chronischen Wunden muss die Verordnung der Verbandstoffe auf den Namen des Versicherten erfolgen. Erfolgt die weitere Behandlung eines Patienten mit einer chronischen Wunde durch die Arztpraxis, so muss der Patient das Verbandmaterial zur Behandlung mitbringen.

➔ Die Liste der zulässigen Verbandmittel im Sprechstundenbedarf finden Sie hier: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Sprechstundenbedarf

Wirtschaftliche Verordnungsweise

Die Verordnung von Sprechstundenbedarf erfolgt grundsätzlich unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots gemäß § 12 SGB V. Der Sprechstundenbedarf ist in wirtschaftlichen Mengen und Packungsgrößen zu beziehen. Er muss in einem angemessenen Verhältnis zur Anzahl der Behandlungsfälle und abgerechneten Leistungen stehen.

Die Verordnung von Sprechstundenbedarf erfolgt quartalsweise jeweils als Ersatzbeschaffung für die im vorherigen Quartal verbrauchten Verbandstoffe. Es darf keine Vorratshaltung erfolgen. Werden überhöhte/unwirtschaftliche Mengen an Verbandmitteln verordnet, behalten sich die Krankenkassen vor, Prüfanträge zu stellen.

Beispiele

- Ist ein Produkt von mehreren Herstellern zu unterschiedlichen Preisen auf dem Markt, so muss das preisgünstigste Produkt verordnet werden (Beispiel: 50 Mullkompressen 10 x 10 cm steril sind zu 6,00 Euro, 7,00 Euro und 8,00 Euro im Handel. Verordnet werden müssen die Kompressen zu 6,00 Euro). Sind die Preise nicht bekannt, ist auch eine produktneutrale Verordnung möglich.
- Sind von einem Produkt mehrere Packungsgrößen erhältlich, so ist die wirtschaftlichste Packungsgröße zu verordnen. (Beispiel Mullbinden mit Packungsgrößen 1 Stück, 20 Stück und 100 Stück: Bei einem Quartalsverbrauch von 100 und mehr müssen 100 Stück verordnet werden und nicht ein Vielfaches von 20 Binden.)
- Produkte der modernen Wundversorgung (z. B. Hydrokolloidverbände) sind im Sprechstundenbedarf für akute Wunden und zu Testzwecken in kleinen Mengen verordnungsfähig. Es dürfen nur Produkte für den individuellen Verbrauch in der Arztpraxis bezogen werden und keine zusammengestellten Angebotssets von Herstellern mit überhöhten Mengen, die nicht dem Bedarf der Praxis entsprechen.

Fazit

- Verbandmittel sind im Sprechstundenbedarf nur für akute Wunden und zu Testzwecken in kleinen Mengen verordnungsfähig.
- Die Verordnung für chronische Wunden erfolgt immer patientenbezogen.
- Die verordneten Verbandmittelmengen müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den abgerechneten Behandlungsfällen stehen.
- Bei unwirtschaftlichen Bezugsmengen stellen die Krankenkassenverbände Prüfanträge.

§ Nicht als Hilfsmittel verordnungsfähige Produkte

Im täglichen Praxisalltag kommen immer wieder Fragen zur Verordnungsfähigkeit von Produkten auf, die aufgrund einer Erkrankung beim einzelnen Patienten medizinisch notwendig sein können, die aber trotzdem nicht als Hilfsmittel zu Lasten der GKV verordnet werden können.

Oft handelt es sich um nicht-verordnungsfähige Medizinprodukte, um Nichtarzneimittel oder um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, die in den eigenverantwortlichen Bereich des Versicherten fallen.

Dazu gehören beispielsweise:

- Abdecktuch
- Abwurfbehälter
- Antikratz-Handschuhe bei Neurodermitis
- Antithrombosestrümpfe
- Batterien für Hilfsmittel (z. B. Insulinpumpen, Hörgeräte)
- Biofeedback-Gerät
- Brusthütchen
- Einmalmasken
- Encasing bei Hausstaubmilbenallergie („Allergikerbettwäsche“)
- Hüftprotektoren
- Katheterlegeset
- Lagerungskissen, speziell geformte wie beispielsweise Venenkissen, Nackenkissen und -rollen, Nackenheizkissen, außerdem sogenannte Entspannungskissen, Hodenkissen, Kopfkissen, Schwangerschaftskissen und auch Sitz- bzw. Liegesäcke

- Mundpflegestift
- Neurodermitis-Anzug
- Punctum Plugs
- Reinigungsspray für CPAP-Maske
- Stack'sche Schiene
- sterile Pinzetten/Einmalpinzetten
- sterile Watteträger
- Stieltupfer
- Thera-Band
- Vaginaldehner
- Vakuum-Flasche für Aderlass

Bitte beachten Sie, dass diese Auflistung sich nur auf Verordnungen, die auf Namen des Patienten ausgestellt werden, bezieht. Für Materialkosten und Sprechstundenbedarf gelten gegebenenfalls abweichende Regelungen.

➔ Weitere Informationen finden Sie hier: www.kvba-wue.de » Praxis » Verordnungen » Hilfsmittel

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. Außerdem finden Sie auf der Homepage tagesaktuell die neuesten Nachrichten über Verordnungen und Vereinbarungen (siehe www.kvbawue.de » Praxis » Aktuelles).

Hepatitis-C-Therapiehinweis nicht mehr online

Die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen hatten im Herbst 2015 einen Therapiehinweis zur wirtschaftlichen Behandlung der chronischen Hepatitis C auf ihre Homepage gestellt, zu dem von der KVBW-Website aus verlinkt wurde.

Die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen haben nun den Therapiehinweis vor kurzem entfernt und begründen dies damit, dass aufgrund neuer bestehender Rabattverträge einzelner Hersteller mit bestimmten Krankenkassen ohne Kenntnis dieser Verträge zum jetzigen Zeitpunkt eine Aktualisierung des Therapiehinweises nicht möglich ist.

Die KVBW empfiehlt, im Einzelfall bezüglich bestehender Rabattverträge Rücksprache mit der jeweiligen Krankenkasse zu halten.

Osteoporose-Leitfaden überarbeitet

Der Leitfaden zur Osteoporosetherapie wurde dem aktuellen Kenntnisstand angepasst. Neu sind die Hinweise auf die geplante Marktrücknahme von Strontiumranelat sowie auf vermehrte Frakturen nach Absetzen von Denosumab. Außerdem wurde die Preisübersicht auf den neuesten Stand gebracht.

→ Den Leitfaden finden Sie hier: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel



Patientenflyer zu Arzneimittelverordnungen für längeren Auslandsaufenthalt

Die Verordnung der dauerhaft notwendigen Arzneimittel vor mehrmonatigen Auslandsaufenthalten ist in den Sommermonaten in den Arztpraxen ein häufiges Thema. Vielleicht haben auch Ihre Patienten schon den Wunsch geäußert, dass Sie ihnen ihre Dauermedikamente für die Zeit einer längeren Reise verordnen.

Geht die Reise nicht länger als drei Monate, können Sie die erforderlichen Arzneimittelverordnungen ausstellen. Bei längerem Auslandsaufenthalt ist die Verordnung allerdings nicht zulässig und es kann zu Regressforderungen ihrer Krankenkasse kommen.

Das ist für die Patienten nicht immer verständlich und nachvollziehbar. Auch sprachliche Hürden können die Kommunikation erschweren und zu Missverständnissen führen.

Um Sie bei der Information Ihrer Patienten zu unterstützen, haben wir vor Beginn der Hauptreisezeit auf unserer Homepage mehrsprachige Patientenflyer (in arabischer, englischer, französischer, russischer, spanischer und türkischer Sprache) hinterlegt.

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



Nachrichten

14. März 2017

Krankenförderung:

Neue Pflegegrade bei der Verordnung

Die zum Jahresanfang erfolgte Umstellung der bisherigen Pflegestufen (0 – 3) in Pflegegrade (1 – 5) wirkt sich auch auf die Verordnung von Krankenfahrten für pflegebedürftige Patienten aus. Bisher konnten Fahrten zu ambulanten Behandlungen verordnet werden, wenn Patienten in Pflegestufe 2 oder 3 eingestuft waren.

Seit 1. Januar 2017 können diese Fahrten für Patienten mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 verordnet werden, wenn sie wegen dauerhafter (somatischer oder kognitiver) Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen.

Hierbei gilt:

- Bei Pflegegrad 4 und 5 ist von dauerhafter Mobilitätseinschränkung auszugehen.
- Bei Pflegegrad 3 muss die Mobilitätseinschränkung im Einzelfall ärztlich beurteilt werden, wenn eine Einstufung ab 1. Januar 2017 erstmalig erfolgt.
- Bei Patienten, die bis zum 31. Dezember 2016 in der Pflegestufe 2 eingestuft waren und ab dem 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft werden, ist keine gesonderte Feststellung der Mobilitätseinschränkung erforderlich und die Verordnung einer Krankenförderung kann ausgestellt werden.

Das Muster 4 „Verordnung einer Krankenförderung“ wird im Laufe des Jahres 2017 auf Bundesebene angepasst. Bis dahin dürfen die alten Vordrucke verwendet werden, es wird wie bisher das Kästchen „Merkzeichen ‚aG‘, ‚Bl‘, ‚H‘ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt“ angekreuzt.

Die vom Vertragsarzt ausgestellte Verordnung soll zusammen mit dem Einstufungsbescheid der Pflegekasse vorab der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden.

➔ Die Richtlinie über die Verordnung einer Krankenförderung finden Sie auf der Homepage des G-BA: www.g-ba.de » Informationsarchiv » Richtlinien



Arzneimittel-Verordnungsdaten im Mitgliederportal: eine Kurzanleitung

Im Mitgliederportal der KVBW (erreichbar über www.kvbawue.de) finden Sie zu Ihren Arzneimittel-Verordnungsdaten nicht nur die Auswertung nach der alten, bis 2016 geltenden Richtgrößen-Systematik (Frühinformation), sondern auch nach der neuen, seit 2017 geltenden Richtwert-Systematik (Vorabinformation, Stichwort „PiRW“).

- Version 1: Frühinformation Arzneimittel in der gültigen Fassung mit den Richtgrößen-Berechnungen nach Altersgruppen, wie sie für 2016 vereinbart sind.
- Version 2: Vorabinformation Richtwerte, eine Simulationsrechnung, in der die neue Systematik anhand der Daten aus 2016 dargestellt wird.

So lässt sich das alte mit dem neuen System vergleichen und erkennen, was das neue System für die eigene Praxis bedeutet. Damit Sie nachvollziehen können, welche der von Ihnen verordneten Präparate zu den verschiedenen Arzneimittel-Therapiebereichen gehören, finden Sie zusätzlich eine „Liste der verordneten Präparate“. Alle praxisindividuel-

len Auswertungen von Verordnungsdaten (Simulationsrechnungen und Präparatelisten) gibt es im Dokumentenarchiv (Aktentyp „Verordnungsmanagement“).

➔ Im Folgenden finden Sie eine Anleitung, um sich im Mitgliederportal zurechtzufinden. Diese ist auch online als Dokument „Aufruf Frühinformation Arzneimittel“ abrufbar: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte (ab 2017)

Aufruf der Dokumente und der verschiedenen Versionen

Mitgliederportal öffnen (Login: www.kvbawue.de/mitgliederportal), links in der Navigation auf Dokumentenarchiv klicken, rechts bei Aktentyp „Verordnungsmanagement“ auswählen (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Auswahl „Verordnungsmanagement“

Aktenfamilie	Mitgliederportal
Aktentyp **	Abrechnung x ▾
Benutzername:	ASV - Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BSNR:	Abrechnung
Quartal:	DMP-Feedbackberichte
	Honorar
	Postfach
	Qualitätssicherung
	Qualitätssicherung (Arztbezug)
	Unternehmen Praxis
	Verordnungsmanagement
	Zugangsdaten
Suchen →	

Die Felder „BSNR“ und „Quartal“ müssen nicht befüllt werden. Anklicken des Buttons „Suchen“.

Sollten bei Ihnen Dokumente für verschiedene Quartale oder BSNR-Nummern hinterlegt sein, erscheint nach dem Anklicken des Buttons „Suchen“ zunächst eine Übersicht

(Abbildung 2). Durch Anklicken des entsprechenden Quartals und gegebenenfalls der gewünschten BSNR wird die Akte „Verordnungsmanagement“ aufgerufen. Darin finden Sie die beiden Dokumente „Frühinformation Arzneimittel“ und „Liste der verordneten Präparate“.

Abbildung 2: Übersicht BSNR und Quartale

Suchergebnisse:			
<u>Benutzername</u>	<u>BSNR</u>	<u>Quartal</u>	<u>Aktenzeichen</u>

Öffnen der zwei Versionen des Dokuments „Frühinformation Arzneimittel“

Um zwischen den beiden Versionen des Dokuments „Frühinformation Arzneimittel“ wählen zu können, klicken Sie rechts auf den Button „Information“, um die „Detail-Info“ zu öffnen (Abbildung 3).

Abbildung 3: „Frühinformation Arzneimittel“ in zwei Versionen

Akte - Verordnungsmanagement

Aktenzeichen: **AZM-~~XXXXXXXXXX~~-20162-001**
 Angelegt am: 19.10.2016 07:43:01 (IMPORTER,KVBW)
 Benutzername: ~~XXXXXXXXXX~~
 BSNR: ~~XXXXXXXXXX~~
 Quartal: 20162

Arzneimittel

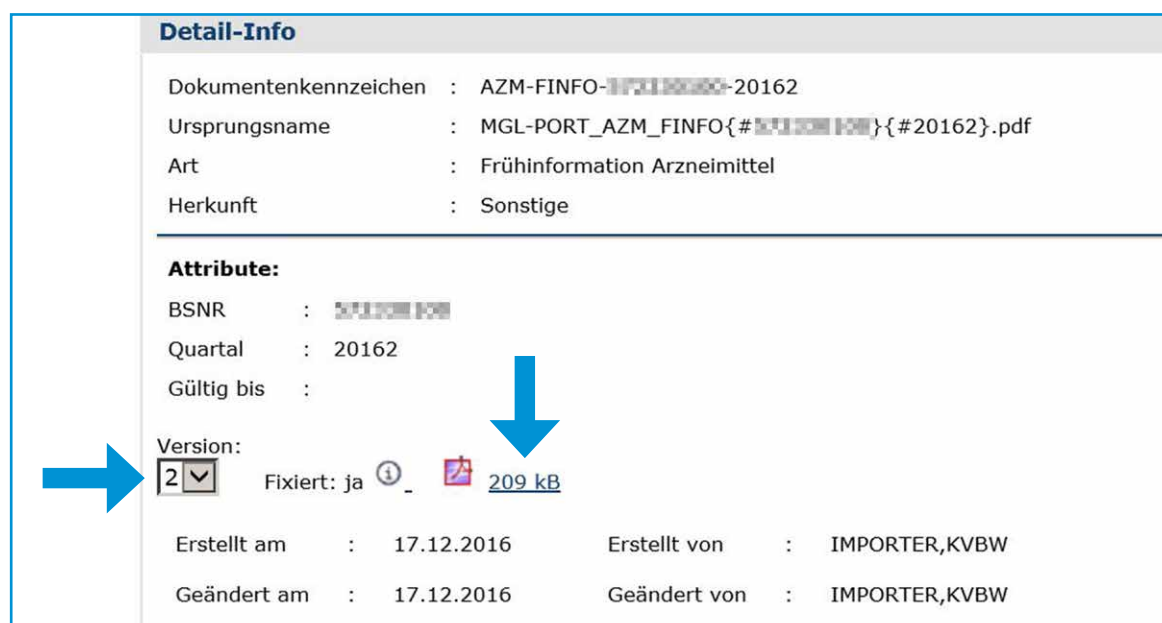
<u>Kennzeichen</u>	<u>ART</u>	<u>Vers</u>	<u>Aktion</u>
AZM-FINFO- XXXXXXXXXX -20162	Frühinformation Arzneimittel	2*	
AZM-PRP_LIST- XXXXXXXXXX -20162	Liste der verordneten Präparate	1*	

Dokument einakten... → + Meinen Akten hinzufügen Akte vernichten → Reiter "Arzneimittel"
 Drucken → Heilmittel ▾ Reiter anlegen → ← Zurück

In der Detail-Info lässt sich über den Pfeil die entsprechende Version auswählen und per Klick auf die Zahl (Dateigrößenangabe) neben dem Acrobat-Reader-Symbol

öffnen (Abbildung 4). Die Dokumente können wie gewohnt gedruckt oder gespeichert werden. Um die Maske zu verlassen, klicken Sie auf den Button „zurück“.

Abbildung 4: PDF-Dokument lässt sich anklicken.




Detail-Info

Dokumentenkennezeichen : AZM-FINFO-~~XXXXXXXXXX~~-20162
 Ursprungsname : MGL-PORT_AZM_FINFO{#~~XXXXXXXXXX~~}{#20162}.pdf
 Art : Frühinformation Arzneimittel
 Herkunft : Sonstige

Attribute:

BSNR : ~~XXXXXXXXXX~~
 Quartal : 20162
 Gültig bis :

Version: **2** Fixiert: ja ⓘ  209 kB

Erstellt am : 17.12.2016 Erstellt von : IMPORTER,KVBW
 Geändert am : 17.12.2016 Geändert von : IMPORTER,KVBW

Information und Ansprechpartner

Weitere Informationen finden Sie auf der Startseite des Mitgliederportals in einem Infokasten unter der Überschrift „Richtgröße ade: Neue Wege in der Steuerung der Arzneimitteltherapie“, der zu den Informationen führt, die für alle Praxen gleichermaßen gelten (Wirkstofflisten mit Zuordnung zu den Arzneimittel-Therapiebereichen (AT) und AT-Richtwerte für verschiedene Fachgruppen).

➔ Für weitere Fragen zum Mitgliederportal wenden Sie sich an die „Benutzerbetreuung Mitgliederportal“:
 0711 7875-3555

Veranstaltungen

Formulare up2date – das Suchen hat ein Ende

Ein Seminar für alle Mitarbeiter in der Praxis, die sich beim Ausfüllen der Formulare auf den neuesten Stand bringen wollen. Thema des Seminars sind die am häufigsten eingesetzten Vordrucke und Formulare, bei denen wir die richtige Handhabung und ihren Einsatz erläutern. Thema außerdem: begleitende Regelungen zur Abrechnung und mögliche Bestellwege.

Termine

24. Mai 2017	Freiburg	15:00-19:00 Uhr
25. Oktober 2017	Reutlingen	15:00-19:00 Uhr

Die Kosten für den Workshop betragen 98 Euro.

Update Impfen

Ein kleiner Pikser genügt und der Patient ist geimpft. So einfach ist es leider nicht. Zahlreiche Arbeitsschritte stehen vor und nach einer Impfung an und gehören zur Verabreichung eines Impfstoffs dazu. Um im Thema Impfen in der Arztpraxis fit zu bleiben, bieten wir Ihnen das Seminar „Update Impfen“ an. Es gibt Ihnen die Möglichkeit, Ihr Wissen rund um das Thema Impfungen aufzufrischen und zu vertiefen.

In diesem Seminar erhalten Sie aktuelle Hintergrundinformationen zu Impfstoffen, Impfeempfehlungen und den Verordnungs- und Abrechnungsmodalitäten. Sie erlernen den praktischen Umgang mit dem Impfausweis und der Impfzifferntabelle. Parallel dazu zeigen wir Ihnen die Regelungen zur Kostenübernahme von Impfstoffen im Detail auf. Am Ende des Kurses können Sie beurteilen, wo Sie sich über Impfungen und Impfstoffe am besten informieren und wie Sie in Erfahrung bringen können, wer den Impfstoff bezahlt und welches die passende Impfziffer ist.

Das Seminar richtet sich an alle Praxismitarbeiter, die für das Impfen in der Praxis verantwortlich sind und ihre Kenntnisse auf den neuesten Stand bringen wollen.

Die Arbeitsformen des Seminars umfassen Vorträge mit Fallbeispielen und Diskussion, Gruppenarbeit sowie praktische Übungen. Schwerpunkte werden sein:

- Einführung Immunsystem / Impfstoffarten
- Aufklärung und Dokumentation
- Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO)
- Schutzimpfungs-Richtlinie
- Verordnung und Bezug von Impfstoffen
- Abrechnung von Impfleistungen
- Postexpositionelle Impfungen
- Informationsquellen zu Impfungen

Termine

5. Juli 2017	Stuttgart	9:00-16:00 Uhr
22. November 2017	Karlsruhe	9:00-16:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 145 Euro.

§ Redaktioneller Nachtrag zum Arzneimittel-Sonderverordnungsforum

Im Arzneimittel-Sonderverordnungsforum „Neue Wege in der Steuerung der Arzneimitteltherapie“ vom Dezember 2016 mussten einige Korrekturen und Ergänzungen vorgenommen werden. In der pdf-Datei, die auf der Homepage der KVBW zur Verfügung steht, sind die Anpassungen bereits erfolgt.

→ In der Tabelle der ATs für die Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte muss es auf Seite 21 heißen:

AT 58 spezifische Immuntherapie

statt AT 56 Mittel zur modernen Wundbehandlung.

→ In der Tabelle der ATs für die Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie muss es auf Seite 22 heißen:

AT 56 Mittel zur modernen Wundversorgung statt

AT 58 spezifische Immuntherapie.

→ In der Liste der Wirkstoffe außerhalb der Richtwerte exRW auf Seite 45

- muss es heißen: **Epinephrin zur Behandlung Anaphylaxie** statt Epinephrin zur Prophylaxe Anaphylaxie,
- wird Natriumpentosanpolysulfat für die Indikation i.v./s.c. Thromboseprophylaxe gestrichen.

→ Beim AT 25 Botulinumtoxin auf Seite 31 muss es heißen:

Gilt für Augenärzte und Fachärzte für Nervenheilkunde statt

Gilt für Anästhesisten mit Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung und Augenärzte.

→ Im AT 32 Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen auf Seite 34 wird **Mepolizumab** in die Zeile „andere Mittel“ hinzugefügt.

→ Beim AT 65 Mittel bei aktinischer Keratose auf Seite 42 muss die Anmerkung 1 heißen:

Nicht enthalten ist Fluorouracil in Kombination mit Salicylsäure als Warzenmittel statt

Nicht enthalten ist Fluorouracil in Kombination mit Salicylsäure.

→ Auf Seite 11 vor dem Abschnitt „AT-Richtwerte“ muss folgender Abschnitt eingefügt werden:

Wie bisher auch, gibt es außerdem eine Liste von Wirkstoffen und Präparaten, die nicht der statistischen Prüfung unterliegen. Diese Mittel werden daher weder in der Systematik der ATs noch bei der Berechnung der AT-Richtwerte berücksichtigt und fließen somit nicht ins Verordnungsvolumen bzw. das praxisindividuelle Richtwertvolumen der Praxis ein! Welche Wirkstoffe und Präparate hierunter fallen, können Sie ab Seite 44ff. nachlesen. Bitte beachten Sie dort auch die weiteren Hinweise zu etwaigen Prüfmöglichkeiten.

→ Die pdf-Datei des Verordnungsforums „Neue Wege in der Steuerung der Arzneimitteltherapie“ finden Sie hier: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte ab 2017



§ Redaktioneller Nachtrag zum Heilmittel-Sonderverordnungsforum

Im Heilmittel-Sonderverordnungsforum „Besondere Verordnungsbedarfe/Langfristiger Heilmittelbedarf“ vom Dezember 2016 mussten einige Korrekturen und Ergänzungen vorgenommen werden. In der pdf-Datei, die auf der Homepage der KVBW zur Verfügung steht, sind die Anpassungen bereits erfolgt.

Auf Seite 5 finden sich in der Richtwerte-Tabelle folgende Druckfehler:

→ Der Richtwert M/F für Anästhesisten mit Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung liegt bei **16,69 €** (statt 16,99 €).

→ Die Richtwerte M/F und R für Fachärzte der Kinderheilkunde liegen bei jeweils **17,25 €** (statt 17,22 € bzw. 18,95 €).

→ Die Richtwerte M/F und R für Kinder- und Jugendpsychiater sowie für Kinder- und Jugendpsychiater mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung liegen bei jeweils **15,74 €** (statt 15,99 € bzw. 9,92 €).

Bitte beachten Sie, dass im Rundschreiben vom Dezember 2016 sowie in den Online-Veröffentlichungen auf der KVBW-Homepage die richtigen Werte abgedruckt sind.

→ Im oberen Drittel der Tabellen auf Seite 17 finden sich folgende Druckfehler:

- Die ergotherapeutischen Indikationsschlüssel (EN3 bzw. SB2/SB6) des ersten und dritten Diagnoseblocks (M47.0-ff. bzw. M89.0-) müssen in der Spalte „Ergotherapie“ genannt sein (statt in der Spalte „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“).
- Der ICD-10-Code zur seronegativen chronischen Polyarthritits muss „M06.0-“ heißen (statt „M06.0“).

Darüber hinaus ist der ICD-10-Code G81.9 (Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet) als einziger Code in der seit 1. Januar 2017 geltenden Neufassung der Liste der besonderen Verordnungsbedarfe (bis 2016: Praxisbesonderheiten) entfallen. Bitte achten Sie deshalb darauf, bei Hemiparesen bzw. Hemiplegien eine Differenzierung nach „schlaff“ (G81.0) oder „spastisch“ (G81.1) vorzunehmen, damit die verordneten Heilmittel weiterhin als besonderer Verordnungsbedarf identifiziert werden können.

→ Die pdf-Datei des Verordnungsforums „Besondere Verordnungsbedarfe/Langfristiger Heilmittelbedarf“:



Die dazugehörige Diagnoseliste:



Zu finden unter:

www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Heilmittel » Besonderer/langfristiger Bedarf

Glossar der Abkürzungen

Abs.	Absatz
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
aG	außergewöhnliche Gehbehinderung
AIDS	acquired immunodeficiency syndrome
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
AT	Arzneimittel-Therapiebereich
BAnz	Bundesanzeiger
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BfR	Bundesinstitut für Risikobewertung
Bl	blind
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSNR	Betriebsstättennummer
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
CanBV	Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung
CBD	Cannabidiol
CPAP	continuous positive airway pressure
CYP450	Cytochrom P450
DAC	Deutscher Arzneimittel-Codex
DBP	Vitamin-D-bindendes Protein
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DVO	Dachverband Osteologie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EK	Einkaufspreis
exRW	Wirkstoffe außerhalb der Richtwerte
FAQ	frequently asked questions (Fragen-Antworten-Sammlung)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
H	hilflos
HNO-Arzt	Hals-Nasen-Ohren-Arzt
HPV	humanes Papillomavirus
ICD	International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems
IE	Internationale Einheit(en)
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LWS	Lendenwirbelsäule
M/F	Mitglieder/Familienversicherte
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MRI	Max-Rubner-Institut
NNH	Nasennebenhöhle

NRF	Neues Rezeptur-Formularium
PIRW	praxisindividueller Richtwert
R	Rentner
S.	Satz
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SpBV	Sprechstundenbedarfsvereinbarung
SSB	Sprechstundenbedarf
STIKO	Ständige Impfkommission
StVG	Straßenverkehrsgesetz
THC	Tetrahydrocannabinol
TRBA	Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe
UVB-Strahlung	mittelwellige (B) Ultraviolett-Strahlung
VIDAL	Vitamin D and Longevity Trial
VITAL	Vitamin D and Omega-3 Trial
VK	Verkaufspreis

Verordnungsmanagement Ihre Ansprechpartner in der KVBW

Fragen zum Thema Einzelverordnungen

Verordnungsberatung Arzneimittel

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

Verordnungsberatung Impfungen, Heil- und Hilfsmittel, Sonstiges

Martina Mildenberger 0711 7875-3669
Martina Rahner
Melanie Rummel
Ute Seene
Diana Siegle

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

Fragen zum Thema Sprechstundenbedarf

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

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

Fragen zu Verordnungsstatistiken

Katrin Oswald 0711 7875-3114

Impressum

Verordnungsforum 41
Mai 2017

Herausgeber	KVBW Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg Albstadtweg 11 70567 Stuttgart
Kontakt	verordnungsforum@kvbawue.de
Redaktion	Dr. med. Norbert Metke (verantwortlich) Dr. med. Richard Fux Thomas Göckler Swantje Middeldorff Ute Noack Karen Schmidt Dr. rer. nat. Reinhild Trapp Dr. med. Ewald Unteregger Dr. med. Michael Viapiano
Autoren KVBW	Vanessa Basting Dr. med. Richard Fux Dr. rer. nat. Petra Häusermann Martina Mildenberger Maren Ramcke Karen Schmidt Claudia Speier Dr. rer. nat. Reinhild Trapp
Autor extern	Susanne Braun, AOK Baden-Württemberg Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Christian Kasperk, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg Dr. rer. nat. Ute Richter, AOK Baden-Württemberg
Erscheinungstermin	Mai 2017
Gestaltung	VISCHER&BERNET GmbH
Layout und Satz	Uwe Schönthaler
Auflage	22.000
Anmerkung	Über die Zusendung von Leserbriefen freuen wir uns. Allerdings können wir nicht jeden Beitrag veröffentlichen und nehmen eventuell Kürzungen vor. Für namentlich gekennzeichnete Artikel sind die Autoren verantwortlich. Sie stellen nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers dar. Die Begriffe „Arzt“ und „Therapeut“ im Text stehen immer sowohl für die männliche als auch die weibliche Berufsbezeichnung.

KVBW

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