

ASV RHEUMA

# Transition von Rheumapatienten neu im EBM

Für die Transition von Rheumapatienten in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurden zwei neue Ziffern in den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Sie können laut Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) seit dem 1. Januar 2019 abgerechnet werden.

Der ergänzte Bewertungsausschuss hat das EBM-Kapitel 50 für die ASV um den Abschnitt 50.4 erweitert. Die neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) 50400 und 50401 ersetzen die Pseudoziffer 88511, die ASV-Ärzte bislang bei einer Transition angeben.

Somit rechnen Kinder-Rheumatologen nunmehr die GOP 50400 (Bewertung 110 Punkte/11,71 Euro) ab, wenn sie Patienten aus ihrem ASV-Team in die Erwachsenenversorgung überleiten. Teil der Leistung ist die Dokumentation der

Gesprächsergebnisse in einem ausführlichen schriftlichen Abschlussbericht.

Die GOP 50401 (Bewertung 90 Punkte/9,58 Euro) rechnen seit Jahresbeginn Erwachsenen-Rheumatologen ab, die einen jungen Patienten in ihr ASV-Team übernehmen. Eine Überleitung ist bis zum vollendeten 21. Lebensjahr möglich.

Beide Leistungen können die genannten Ärzte des jeweiligen ASV-Kernteam je angefangene zehn Minuten und bis zu fünfmal in vier Quartalen berechnen.

Die Vergütung erfolgt extrabudgetär und ohne Mengenbegrenzung. Die Pseudoziffer 88511 für die Transition wurde gestrichen. Auch der Anhang 6 zum EBM wurde entsprechend angepasst. Er ordnet als quasi „Serviceleistung“ die GOP der ASV-Kapitel 50 und 51 den Fachgruppen eines ASV-Teams zu, die diese abrechnen dürfen.

**Quelle:** Pressemitteilung Kassenärztliche Bundesvereinigung, 6. Dezember 2018

## XELJANZ: Die orale Option für Sie und Ihre RA- und PsA-Patienten<sup>1</sup>

**Empfohlene Dosis:**  
**5 mg zweimal täglich\***

\*Tablette nicht in tatsächlicher Größe.

1 x 5 mg  morgens  
1 x 5 mg  abends



**Aufbewahrung:**  
Keine speziellen Lagerungsbedingungen erforderlich<sup>1</sup>



### XELJANZ 5-mg-Filmtabletten

**Packungsgröße N2**  
(28-Tage-Packung, 56 Tabletten)  
**PZN: 07211533**

**Packungsgröße N3**  
(91-Tage-Packung, 182 Tabletten)  
**PZN: 13577882**

1. XELJANZ Fachinfo Stand Juli 2018; 2. Mease P et al. N Engl J Med 2017;377:1537-1550; 3. Gladman D et al. N Engl J Med 2017;377:1525-1536; 4. Cohen S et al. Rheumatol Ther 2018;5(1):283-291 & Pfizer Data on File Dec 2017; 5. Wollenhaupt J et al. Poster (#522) presented at: American College of Rheumatology/Association of Rheumatology Health Professionals Annual Meeting, November 3-8, 2017; San Diego, CA, USA

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation.

**XELJANZ® 5 mg Filmtabletten, XELJANZ® 10 mg Filmtabletten;** Wirkstoff: Tofacitinib; **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 1 Filmtbl. enth. 5 mg bzw. 10 mg Tofacitinib. **Sonst. Bestandteile:** **Tablettenkern:** Mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), **Filmüberzug:** Hypromellose 6 pP (E 464), Titandioxid (E 171), Lactose-Monohydrat, Macrogol 3350, Triacetin (E 1518), **XELJANZ 10 mg zus.:** Indigocarmin-Aluminiumsalz (E 132), Brillantblau-FCF-Aluminiumsalz (E 133). **Anwendungsgebiete:** **Rheumatoide Arthritis (RA);** In Komb. m. Methotrexat (MTX) zur Behandl. d. mittelschweren bis schweren aktiven RA b. erw. Pat., d. auf e. od. mehrere krankheitsmodifiz. Antirheumatika unzureichend angespr. od. diese nicht vertragen haben. Anw. als Monotherapie, wenn MTX nicht vertragen wird od. wenn e. Behandl. m. MTX ungeeignet ist. **Psoriasis-Arthritis (PsA);** In Komb. m. MTX zur Behandl. d. aktiven PsA b. erw. Pat., d. auf e. vorangeg. krankheitsmodifiz. antirheumat. (DMARD-) Ther. unzureichend angespr. od. diese nicht vertragen haben. **Colitis ulcerosa (CU);** Behandl. erw. Pat. mit mittelschwerer bis schwerer aktiver CU, d. auf e. konvention. Ther. od. e. Biologikum unzureichend angespr. haben, nicht mehr darauf anspr. od. diese nicht vertragen haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichk. gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt. Aktive Tuberkulose (TB), schwere Infekt. w. z. B. Sepsis od. opportunist. Infekt., schwere Leberfunkt.-stör., Schwangersch. u. Stillzeit. **Nebenwirkungen:** **Häufig:** Pneumonie, Influenza, Herpes Zoster, Harnwegsinfekt., Sinusitis, Bronchitis, Nasopharyngitis, Pharyngitis, Anämie; Kopfschmerzen; Hypertonie; Husten; Bauchschmerzen; Erbr., Diarrhö, Übelk., Gastritis, Dyspepsie; Ausschlag; Arthralgie; Pyrexie, peripheres Ödem, Fatigue; erhöhte Kreatinphosphokinase i. Blut. **Gelegentlich:** Tuberkulose, Divertikulitis, Pylonephritis, Cellulitis, Herpes simplex, virale Gastroenteritis, Virusinfekt.; nicht-melanozytärer Hautkrebs; Leukopenie, Lymphopenie, Neutropenie; Dyslipidämie, Hyperlipidämie, Dehydrier.; Insomnie; Parästhesie; Dyspnoe, verstopfte Nebenhöhlen; Lebersteatose; Erythem, Pruritus; Skelettmuskelschmerzen, Gelenkschwell., Tendinitis; erhöhte Leberenzymwerte, Erhöht. d. Transaminasen, anomaler Leberfunkt.-test, erhöhter Gamma-Glutamyltransferasewert, erhöhter Blut-Kreatininspiegel, erhöhter Cholesterinspiegel, erhöhter Lipoprotein-Cholesterinwert niedriger Dichte, Gewichtszunahme, Bänderdehn., Muskelzerr. **Selten:** Sepsis, Urosepsis, disseminierte Tuberkulose, nekrotisier. Faszitis, Bakteriämie, Staphylokokken-Bakteriämie, *Pneumocystis jirovecii*-Pneumonie, Pneumokokken-Pneumonie, bakt. Pneumonie, Enzephalitis, atyp. mykobakterielle Infekt., Zytomegalovirus-Infekt., bakt. Arthritis. **Sehr selten:** Tuberkulose d. ZNS, Kryptokokken-Meningitis, *Mycobacterium-avium*-Komplex-Infekt. **Häuf. nicht bekannt:** Arzneim.-Überempfindlichk., Angioödem, Urtikaria. **Folgende schwere Infekt. können ebenf. auftr.:** Appendizitis, Histoplasmose, ösophageale Candidose, BK-Virus-Infekt., Listeriose und Coccidioidomykose. **Außerdem bei CU-Pat.:** Verschlecht. d. CU. **Warnhinweise:** Enthält Lactose. Weitere Informationen s. Fach- u. Gebrauchsinformation. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgien. **Repräsentant in Deutschland:** PFIZER PHARMA GmbH, Linkstr. 10, 10785 Berlin. **Stand:** November 2018

## VERhO – Rekrutierungszeitraum bis 31.12.2019 verlängert

Das Jahr startet mit einer guten Nachricht: Das bisher einzigartige Projekt VERhO zur Deeskalation von DMARDs sowie JAK-Inhibitoren, das vom Innovationsfondsprojekt gefördert wird, geht in die Verlängerung. Der Rekrutierungszeitraum für VERhO wurde bis Ende des Jahres ausgedehnt. Dies betrifft die Patienten wie auch die Rheumatologen.

Ab sofort können sich bis 31.12.2019 weitere Rheumatologen im Projekt einschreiben sowie auch Patienten mit rheumatoider Arthritis rekrutiert werden. Die Gesamtlaufzeit des Projektes wurde bis 30.09.2021 verlängert.

Der Deeskalationszeitraum bleibt für alle Patienten gleich, auch wenn sie erst im Dezember 2019 eingeschlossen werden. Lediglich der Nachbeobachtungszeitraum für diese Patienten verkürzt sich.

Zur Erinnerung – Patienten mit folgenden Einschlusskriterien können an VERhO teilnehmen:

- Patienten ab 18 Jahre
- Versichert bei einer der teilnehmenden 15 Krankenkassen: BKK Herkules, Debeka BKK, pronova BKK, BKK MOBIL OIL, HEK, R+V Betriebskrankenkasse, BKK Pfalz, hkk, SBK, Continentale BKK, KKH, Techniker Krankenkasse, DAK Gesundheit, mhplus BKK, VIACTIV Krankenkasse
- Gesicherte Diagnose Rheumatoide Arthritis (M05.3; M05.8; M05.9; M06.0; M06.8; M06.9)

- Biologika-Gabe oder Gabe von JAK-Inhibitoren und/oder synthetischen DMARDs
- Auch Patienten mit Monotherapie können eingeschlossen werden!
- Seit mindestens 6 Monaten stabile Remission: DAS28 (CRP) <2,6
- Keine systemischen Glukokortikoide
- Ausnahme: Hydrokortison zur Behandlung einer Nebennierenrinden-Insuffizienz.

### Informationsmöglichkeiten zu VERhO

Sollten Sie als Rheumatologe bisher noch nicht teilnehmen, lohnt es sich definitiv noch jetzt mit VERhO zu starten. Sie haben noch 11 weitere Monate für die Rekrutierung. Wenn Sie bereits aktiv dabei sind, können Sie nun weiter kräftig rekrutieren. Die Einschreibeunterlagen für Ärzte erhalten Sie hier: <https://www.bdrh.de/verho.html> (Anlage 3 – Teilnahmeerklärung Ärzte). Diese können Sie per Fax an die bcs – best care solutions GmbH, den Beauftragten des BDRh senden.

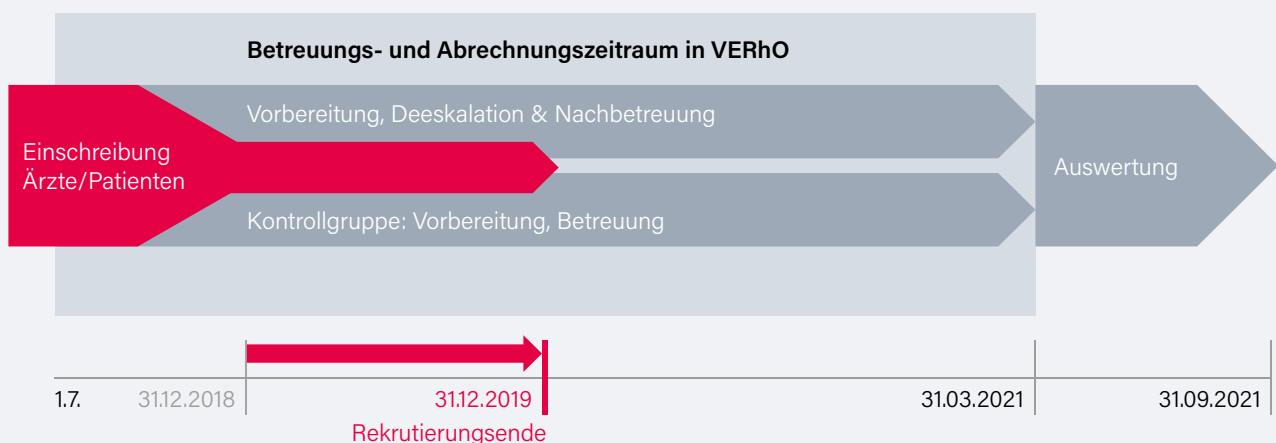
Weitere Informationen zum VERhO-Projekt finden Sie auf folgenden Wegen:

- Telefonische Sprechstunde: Fragen können Sie gerne weiterhin in einer telefonischen Sprechstunde klären. Für die Terminabstimmung melden Sie sich bitte per Email [verho@best-caresolutions.de](mailto:verho@best-caresolutions.de) oder Telefon 0211/90981777.
- BDRh-Kongress: Außerdem werden Ansprechpartner für VERhO auf dem BDRh-Kongress Mitte April in Berlin für Ihre Anliegen rund um VERhO zur Verfügung stehen.
- Webinare: Videos zum Blended Learning – zeitunabhängig, wann es Ihnen am besten passt: <https://www.bdrh.de/verho/browse/1.html>.

Nur gemeinsam können wir die Versorgung der Patienten mit rheumatoider Arthritis voranbringen. Wir freuen uns über Ihren unermüdlichen Beitrag und Ihr Engagement. ○

*Dr. med. Edmund Edelmann und das VERhO-Projektteam*

Der zeitliche Ablauf sieht nun wie folgt aus:



**Abb.:** Neuer zeitlicher Ablauf des VERhO-Projekts

BDRH SERVICE GMBH

## Ein Blick zurück und nach vorne

Die BDRh Service GmbH, Dienstleistungsgesellschaft des BDRh e. V., blickt auf eine kurze, aber bewegte Geschichte zurück. Gegründet wurde sie im Jahr 2012 als „Versorgungslandschaft Rheuma GmbH“. Damals waren der BDRh und die Pro Versorgung AG, eine Tochtergesellschaft des Deutschen Hausärzterverbands, jeweils zu 50 % Gesellschafter. Das Ziel der Gesellschaft war der Abschluss von Selektivverträgen mit Krankenkassen, die speziell die Schnittstelle zwischen Hausarzt und Rheumatologen im Fokus hatten.



2017 traf der Deutsche Hausärzterverband die strategische Entscheidung, sich aus seinen verschiedenen Versorgungslandschaften und somit auch aus der Versorgungslandschaft Rheuma GmbH zurückzuziehen. Aus diesem Anlass entschloss sich der BDRh, die Anteile des Deutschen Hausärzterverbands zu übernehmen, damit alleiniger Gesellschafter zu werden und die Gesellschaft in eine Managementgesellschaft für den BDRh

umzuwandeln. In diesem Zuge wurde sie in „BDRh Service GmbH“ umbenannt und unter eine neue Geschäftsführung von Sonja Froschauer gestellt.

Die BDRh Service GmbH betreut die Selektivverträge des BDRh, dies in Kooperation mit der bcs best care solutions und der Helmsauer Curamed. Des Weiteren übernimmt sie Managementleistungen im Rahmen der Innovationsfonds-Pro-

jekte VERhO und PETRA. Seit Anfang 2019 betreut sie operativ die Geschäftsstelle des BDRh.

Die BDRh Service GmbH wird ihr Portfolio zukünftig sukzessive auf- und ausbauen. Geplant sind beispielsweise Angebote zur Unterstützung der rheumatologischen Praxen bezüglich neuer Versorgungsformen (z. B. ASV), Kooperationen, in Fragen Praxisabgabe-/übernahme, Fort- und Weiterbildung des Praxispersonals sowie im Bereich von IT. Die BDRh Service GmbH möchte sich als Dienstleistungsunternehmen im Besonderen für die Mitglieder des BDRh aufstellen. ○

*Sonja Froschauer, Geschäftsführerin  
BDRh e. V. und BDRh Service GmbH*

## Im Gespräch: Sonja Froschauer

Über ihren Werdegang und den Ausblick für niedergelassene Rheumatologen im Zeichen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sowie auch anderen Versorgungsmodellen sprachen wir mit Sonja Froschauer, Geschäftsführerin des BDRh e. V. und der BDRh Service GmbH.

### **Wie kommt eine Diplomphysikerin in die Gesundheitswirtschaft?**

Hätte ich nicht Physik studiert, wäre es sicher Medizin geworden. So habe ich dann auch während meines Physikstudiums Vorklinische Medizin als Nebenfach gewählt, da ich die Kombination faszinierend fand.

Nach meiner Diplomarbeit über Protonentherapie verschlug es mich dann ins Projektmanagement in die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Danach hat mich das Gesundheitswesen nicht mehr losgelassen.

### **Welche Chancen sehen Sie für die internistischen Rheumatologen in der Praxis?**

In der Rheumatologie gibt es gerade sehr viel Dynamik in Hinblick auf neue Versorgungsformen. Das Interesse bei den Krankenkassen an neuen Versorgungsmodellen ist groß.

Die ASV wird künftig in der Rheumatologie eine wichtige Rolle spielen. Doch diese Entwicklungen bedeuten zugleich auch eine große Herausforderung, zum Beispiel an die Praxisorganisation.



*Sonja Froschauer*

### Welchen Rat würden Sie der heutigen Einzelpraxis geben?

Kooperationen – fachgleich und fachübergreifend – gewinnen mehr und mehr an Bedeutung. Viele der neuen Versorgungsmodelle sind nur in Kooperation möglich – so zum Beispiel die ASV. Auch bei der Gewinnung des rheumatologischen Nachwuchses ist sie entschei-

dend, denn kooperatives Arbeiten im Team ist für die junge Ärztegeneration ein zentraler Anspruch.

### Wodurch unterscheidet sich der BDRh von anderen Berufsverbänden?

Der BDRh ist unheimlich aktiv mit konkreten Projekten und sieht sich nicht nur als reine Interessensvertretung auf der

berufspolitischen Bühne. Ich denke an die verschiedenen Verträge mit Krankenkassen oder die Innovationsfonds-Projekte. Das macht die Tätigkeit für den BDRh für mich auch so spannend. ○

*Frau Froschauer, haben Sie vielen Dank für das Gespräch.*

## BCS BEST CARE SOLUTIONS

### Im Porträt: Nicole Richter

Nicole Richter ist Gründerin und Geschäftsführerin der bcs best care solutions. Sie verfügt über eine mehr als 15-jährige Expertise im Gesundheitswesen. Als Rechtsanwältin hat sie sich auf den Bereich Vertrags- und Versorgungsmanagement spezialisiert und war in leitender Funktion für den Verband der Ersatzkassen Krankenkassen e.V. (VdEK), die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG sowie als Vorstand für die Pro Versorgung AG und die Pro Versorgung Care AG tätig.

Die bcs best care solutions wurde im Jahr 2017 mit dem Ziel gegründet, die medizinische Versorgung der Patienten zu optimieren und die Prozesse für Leistungserbringer und Kostenträger zu vereinfachen.

Als unabhängiger Partner steht bcs im direkten Austausch mit Arztverbänden, Kostenträgern und weiteren Kooperationspartnern, insbesondere mit Anbietern digitaler und telemedizinischer Leistungen, und entwickelt hier gemeinsam neue Versorgungsoptionen.



Nicole Richter

Durch assoziierte Partner können telemedizinische und digitale Angebote, wie z. B. Telemedizincoaching, nach Wunsch in die Versorgungskonzepte integriert werden. Als Managementgesellschaft und Schnittstelle übernimmt bcs best care solutions gemeinsam mit Arztverbänden, Kostenträgern und Kooperationspartnern im Gesundheitswesen alle Aufgaben rund um die Entwicklung, Ausgestaltung und Umsetzung neuer innovativer besonderer Versorgungskonzepte sowie die Weiterentwicklung bestehender Verträge. ○

## WICHTIG! Neue Version RheumaDok

RheumaDok V6.4 enthält u. a. Änderungen für das Innovationsfondsprojekt VERhO und den Arzneimittelvertrag. Die komplette Liste der Änderungen stehen auf der BDRh-Internetseite [www.bdrh.de](http://www.bdrh.de) im internen Mitgliederbereich.

- Für die Teilnahme am Innovationsfondsprojekt VERhO ist es zwingend notwendig, die Version 6.4 zu benutzen. Anderenfalls ist die Einschreibung von weiteren Patienten nicht möglich.
- Für die Teilnahme am Arzneimittelvertrag Stand 1.1.2019 ist es zwingend notwendig, die Version 6.4 zu benutzen. Anderenfalls ist die vertragsgemäße Teilnahme nicht mehr in vollem Umfang möglich.
- Die anwenderspezifische Erweiterung Patientenmodul „PHQ-2“ und die Module „PSQI“, „MAT4“ und „DAPSA“ sind jetzt freigegeben, wobei „DAPSA“ seit dem 1.1.2019 Bestandteil der Arzneimittelvertrags-gemäßen Dokumentation ist. ○

## MEDIZINRECHT

# Die nachwirkende Pflicht, Befunde weiterzuleiten

In der Rheuma Management-Ausgabe 5-2018 bereits kurz berichtet, wird das nachfolgende Urteil aufgrund seiner Relevanz noch einmal ausführlich aufgegriffen: Befindet sich ein Patient bei mehreren Ärzten und Krankenhäusern in Behandlung, so werden die entsprechenden Informationen oft nur zwischen den behandelnden Ärzten ausgetauscht. Hingegen werden Arztbriefe oft nicht an den Patienten weiter übermittelt. Der Bundesgerichtshof (BGH) musste sich nun in seiner Entscheidung vom 26.06.2018 – VI ZR 285/17 mit der Frage beschäftigen, wer für die Weiterleitung wichtiger Befunde verantwortlich ist.

## Sachverhalt

Dem Urteil lag folgender Sachverhalt zugrunde: Ein Patient hatte seine langjährige Hausärztin wegen eines Behandlungsfehlers auf Schmerzensgeld und Schadensersatz verklagt. Allein sie hatte von einer Klinik erfahren, dass eine operativ entfernte Geschwulst ein bösartiger Tumor war, und dies dem Patienten nicht mitgeteilt. Die Hausärztin verteidigte sich damit, dass sich der Patient zu diesem Zeitpunkt schon lange nicht mehr in ihrer Behandlung befunden habe.

## Die Entscheidung

Diese Argumentation ließ der BGH nicht gelten. Im Rahmen seiner Entscheidung konkretisierte er dabei die Anforderungen an die Informationspflicht, die nicht nur für den Hausarzt, sondern auch für den Facharzt bedeutsam sind.

## Pflicht zur Einbestellung

Zunächst hat ein Arzt sicherzustellen, dass der Patient von Arztbriefen mit bedrohlichen Befunden – und ggf. von der angeratenen Behandlung – Kenntnis erhält. Damit hat der Arzt die Pflicht, den Patienten unter kurzer Mitteilung des neuen Sachverhaltes **einzubestellen**, wenn:

- der behandelnde Arzt einen Arztbericht erhält,
- in dem für die Weiterberatung und Weiterbehandlung des Patienten neue bedeutsame Untersuchungsergebnisse enthalten sind, **und**
- diese eine alsbaldige Vorstellung des Patienten bei dem Arzt unumgänglich machen.

Dabei kommt es nicht darauf an, ob außer dem behandelnden Arzt vielleicht auch andere Ärzte etwas versäumt haben. Zwar geht durch eine Überweisung an ein Krankenhaus grundsätzlich die Verantwortung für die Behandlung auf die Ärzte des Krankenhauses über. Das gilt aber nicht uneingeschränkt. So hat etwa der weiterbehandelnde Arzt von ihm erkannte oder ihm ohne weiteres erkennbare gewichtige Bedenken gegen Diagnose und Therapie anderer Ärzte mit seinem Patienten zu erörtern. Auch darf kein Arzt, der es besser weiß, sehenden Auges eine Gefährdung seines Patienten hinnehmen, wenn ein anderer Arzt seiner Ansicht nach etwas falsch gemacht hat oder er jedenfalls den dringenden Verdacht haben muss, es könne ein Fehler vorgekommen sein. Das gebietet der Schutz des dem Arzt anvertrauten Patienten.

## Ende des Behandlungsverhältnisses unerheblich

Des Weiteren kommt es nach Auffassung des Bundesgerichtshofs nicht darauf an, ob noch ein Behandlungsverhältnis bestand. Den Arzt trifft insoweit eine aus

dem Behandlungsvertrag **nachwirkende Schutz- und Fürsorgepflicht**.

Soweit dem Arzt also erkennbar ist, dass er als einziger die Information bekommen hat, muss er auch bei Beendigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses den Informationsfluss aufrechterhalten. Gleiches gilt, wenn sich aus der Information selbst, z. B. aus dem Adressatenfeld des Arztbriefes, nicht eindeutig ergibt, ob der Patient oder die anderen weiterbehandelnden Ärzte den Arztbrief erhalten haben. Im vorliegenden Fall ergaben sich solche Anhaltspunkte. Der konkrete Arztbrief war allein an die Hausärztin gerichtet und enthielt folgende unmittelbar an sie gerichtete Handlungsaufforderung: „Wir bitten, den Patienten ... vorzustellen“. Dem konnte die beklagte Hausärztin un schwer entnehmen, dass die behandelnden Ärzte des Klinikums sie als weiterbehandelnde Ärztin ansahen. ○

**Rechtsanwalt Christian Koller**

Fachanwalt für Medizinrecht

Kanzlei Tacke Krafft

Rindermarkt 3 und 4

80331 München

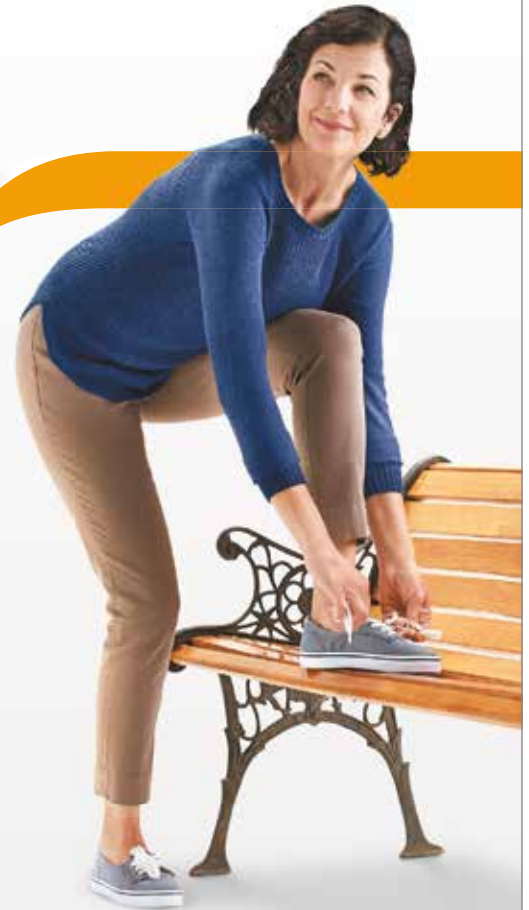
Mail: christian.koller@tacke-krafft.de

Folgende Lehre muss aus dieser Entscheidung gezogen werden: Erhält ein Arzt einen ärztlichen Befund und ist das Behandlungsverhältnis beendet, darf der Arztbrief nicht einfach abgeheftet werden. Insbesondere bei Befunden, die ein ärztliches Handeln fordern, ist zu prüfen, ob der Brief nur an den Arzt alleine adressiert ist oder ob er nachrichtlich noch an andere weitergeleitet wurde. Damit die Information nicht in einer Sackgasse landet, sollte die Information im Zweifel an den Patienten weitergeleitet werden, auch wenn sich dieser nicht mehr in Behandlung des Arztes befindet.

KEVZARA® – die RA-Remission  
im Fokus

KEVZARA®  
(Sarilumab)

# KEVZARA® – der einzige vollhumane IL-6-Rezeptor-Inhibitor<sup>1</sup>



## KEVZARA® kann als Monotherapie\* oder in Kombination mit Methotrexat eingesetzt werden.

Sanofi und Regeneron arbeiten gemeinsam an einem globalen Produktentwicklungsprogramm  
und an der Vermarktung von KEVZARA®

\* wenn MTX nicht vertragen wird oder wenn eine Behandlung mit MTX ungeeignet ist.

<sup>1</sup> KEVZARA® Fachinformation, Stand August 2017.

**KEVZARA®** 150/200 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze; 150/200 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. **Wirkst.:** Sarilumab. **Zusammens.:** Arzneil. wirks. Bestand.: 1 Fertigspritze/ 1 Fertigpen enthält 150/200 mg Sarilumab in 1,14 ml (131,6 mg/ml) Lösung. **Sonst. Bestand.:** Histidin, Arginin, Polysorbat 20, Sacrose, Wasser f. Inj.-zwecke. **Anw.-geb.:** In Komb. m. Methotrexat (MTX) b. Erwachs. m. mittelschwerer bis schwerer rheumatoider Arthritis, die auf ein od. mehrere DMARDs unzureichend angesprochen od. diese nicht vertragen haben. Als Monotherapie, wenn MTX nicht vertragen wird od. ungeeignet ist. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. geg. d. Wirkst. od. sonst. Bestand., aktive schw. Infektionen. **Warnhinw. u. Vorsichtsmaßn.:** Nicht untersucht b. Pat. m. schw. Nieren- od. Leberfkt.-störung. Keine Daten zur Anw. b. Kdr. u. Jgd. Name u. Ch.-Bez. d. verab. AM eindeutig dokumentieren, um Rückverfolgbarke. zu gewährleisten. Nicht in empfindl., verletzte, vernarbte Hautstellen od. Blutergüsse injizieren. Injekt.-stellen abwechselnd nutzen. Währ. Behandl. Pat. engmasch. auf Anz. u. Symptome e. Infekt. überwachen, b. Auftreten v. schw. od. opportun. Inf. Behandl. aussetzen u. umfassende f. immunsupprimierte Pat. angemess. Diagnostik, Behandl. u. Überwach. einleiten. Vorsicht b. ält. Patienten. Nicht anw. b. aktiver Infektion. Nutzen/Risiko-Abwägung. b. Pat. mit: - chron. od. rezidiv. Infekt. - schwerwieg. od. opportun. Inf. i. Anamnese - HIV - Grunderkr., d. Infektanfälligkeit erhöhen können - Kontakt m. Tbc-Erregern. - vorherig. Aufenth. in Gebieten m. endemischer Tbc od. Mykosen. Vor Beg. d. Ther. Risikofakt. f. Tbc bewerten u. auf Vorlieg. latenter Inf. untersuchen. Pat. m. lat. od. akt. Tbc m. antimykobakterieller Standardther. behand., bevor Ther. m. Kevzara begonnen wird. B. Pat. m. nicht sichergestellter Zufriedenst. Behandl. e. lat. od. akt. Tbc i. Anamnese sowie b. Pat. m. neg. Test auf lat. Tbc, die aber Risikofakt. aufweisen, Tbc-Ther. vor Behandl.-beg. m. Kevzara erwägen. Reaktivierung v. Viruserkr. (Herpes zoster) wurde beobachtet. Erhöhte Häufigk. v. verring. ANC, Abnahme Thrombozytenzahl, erhöh. Leberenzyme, abnorme Lipidwerten. B. Neutrophilenzahl < 2x10<sup>9</sup>/l od. Thrombozytenz. < 150x10<sup>9</sup>/l od. ALT/AST > 1,5 x ULN Behandl. m. Kevzara nicht empf. B. Abfallen der ANC unter 0,5 x 10<sup>9</sup>/l od. Thrombozytenz. < 50x10<sup>9</sup>/l od. Erhöh. v. ALT/AST > 5 x ULN muss Behandl. beendet werden. Neutrophilen- u. Thromboz.-zahl sowie ALT, AST u. Lipidwerte 4-8 Wochen n. Ther.-Beg. u. dann nach klin. Ermess. kontrollieren, ggf. Dosis anpassen. Vors. b. Pat. m. intestin. Ulzerat. od. Divertikulitis i. d. Anamnese (Berichte üb. GIT-Perforat.), b. entspr. Sympt. umgehend untersuchen! Risiko f. maligne Erkr. kann erhöht sein. B. Auftr. v. Anaphylaxie od. and. Überempf.-reakt. Ther. sofort beenden. Nicht empf. b. Pat. m. Lebererkr. od. eingeschr. Leberfkt. Währ. Behandl. m. Kevzara gleichzeit. Anw. v. Lebendimpfst. vermeiden. Risikofakt. f. kardiovask. Erkr. entspr. Ther.-Standards behandeln. **Fertilit., Schwangersch. u. Stillz.:** Frauen im gebärf. Alter müssen währ. Behandl. u. bis 3 Mo. danach eine zuverläss. Verhütungsmeth. anwenden. Währ. Schwangersch. nur anw., wenn klin. Zust. d. Frau dies erfordert. **Nebenw.:** Infekt./parasitäre Erkr.: Häufig Inf. d. ob. Atemw., Harnwegsinf., Nasopharyngitis, oraler Herpes. **Blut/Lymph:** Sehr häufig Neutropenie, häufig Thrombozytopenie. **Stoffw./Ernähr.:** Häufig Hypercholesterinämie, Hypertriglyzeridämie. **Leber/Galle:** Häufig Transaminasen erhöht. **Allg./Erkrank. a. Verabreichungsort:** Häufig Erythem an Injekt.-stelle, Injekt.-stelle juckend. **Verschreibungspflichtig.** Pharmazeutischer Unternehmer: **sanofi-aventis groupe**, 54, rue La Boétie, 75008 Paris, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**, 65926 Frankfurt am Main. **Stand:** August 2017 (SADE.SARI.17.09.2820).

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden.

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH · Potsdamer Straße 8 · 10785 Berlin

Mit wegweisenden Therapien  
komplexen Erkrankungen begegnen.

SANOFI GENZYME

1802\_KEV\_A-SADE.SARI.17.10.3055(1)

## ÄRZTE CODEX

## „Medizin vor Ökonomie“ gilt auch für Niedergelassene

Ärzte geraten in der Patientenversorgung zunehmend unter den Druck, ihr Handeln ökonomischen Vorgaben unterzuordnen. Das gilt im ambulanten Bereich ebenso wie im Klinikalltag. Um auch niedergelassenen Ärzten Rückhalt für ein patientenorientiertes Handeln zu geben, veröffentlicht die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) den 2017 erschienenen Klinik Codex nun in Kooperation mit dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) erneut unter dem neuen Namen „Ärzte Codex“.

Ebenso wie in der Klinik kann es auch im ambulanten Versorgungssektor zum Konflikt mit dem Arbeitgeber kommen, insbesondere wenn Vertragsärzte im Anstellungsverhältnis arbeiten. „Niedergelassene Medizinerinnen und Mediziner können ebenso wie Klinikärzte in ihrem Handeln von ökonomischen Vorgaben beeinträchtigt werden, daher war es uns wichtig, dass auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Klinik

Codex Berücksichtigung finden“, sagt Prof. Dr. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM. Der Inhalt des Codex' bleibt davon unberührt. Neben dem BDI haben sich weitere Fachgesellschaften wie auch die DGRh der Initiative angeschlossen, unterstützt wird diese durch viele Landesärztekammern, die Bundesärztekammer, den Hartmannbund, sowie Patientenverbände. Unter [www.dgim.de/veroeffentlichungen/aerzte-codex/](http://www.dgim.de/veroeffentlichungen/aerzte-codex/)

können sich Interessierte informieren. Zudem besteht für Ärzte die Möglichkeit, sich zu dem Codex zu bekennen. Sie erhalten dann eine Urkunde, die ihre Verbundenheit zu dem Grundsatz „Medizin vor Ökonomie“ versinnbildlicht. ○

**Quelle:** Pressemitteilung Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, 18. Dezember 2018

## EIN SERVICE FÜR BDRH-MITGLIEDER

Sie fragen –  
Experten antworten

Ein Service von WORTREICH für die Leser der „Rheuma Management“

**Thema:** Keine Zwangszuweisung durch KV

**Frage:** Ist die Kassenärztliche Vereinigung berechtigt, im Rahmen der Terminvermittlung von Kassenpatienten einen bestimmten Arzt zu verpflichten, einen Patienten zu behandeln?

**Antwort:** Diese Frage hat das Landessozialgericht (LSG) Thüringen in einer aktuellen Entscheidung verneint (Urteil v. 06.06.2018 – L 11 KA 1312/17). Die KV Thüringen hatte einen Patienten, der selbstständig keinen Facharzt für eine notwendige augenärztliche Behandlung finden konnte, im Rahmen der Terminvermittlung per Bescheid einer bei einem Vertragsarzt angestellten Fachärztin zugewiesen, die unterdurchschnittlich im Verhältnis zu ihrem Versorgungsauftrag tätig war.



**RA Christian Koller**

Nach Auffassung des LSG Thüringen muss jedoch ein Vertragsarzt eine derartige Patientenzuweisung durch die KV nicht dulden. Für eine derartige Zwangszuweisung fehle es an einer Rechtsgrundlage. Aus der Verpflichtung des Vertragsarztes zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (§ 95 Abs. 3 SGB V) könne keine Befugnis der KV abgeleitet werden, gesetzlich Krankenversicherte durch Verwaltungsakt einem bestimmten Vertragsarzt zuzuweisen. Könne die KV keinen leistungsbereiten Arzt finden, müsse sie vielmehr eine Krankenhausbehandlung anbieten. ○

**Sie möchten rechtliche Fragen beantwortet haben, z. B. zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Arzthaftung oder Kündigungen, Mietproblemen, Kooperationen. Mailen Sie uns, wir leiten die Fragen weiter: [info@wortreich-gik.de](mailto:info@wortreich-gik.de).**

Nicht alle Fragen/Antworten können publiziert werden. Die Expertenantworten ersetzen keine möglicherweise notwendige Rechtsberatung.

# BENLYSTA – Ein Molekül, zwei Darreichungsformen

## BENLYSTA – langfristige Reduktion der Krankheitsaktivität beim Systemischen Lupus Erythematoses (SLE)<sup>1,2</sup>

BENLYSTA (Belimumab) ist indiziert als Zusatztherapie bei erwachsenen Patienten mit aktivem, Autoantikörper-positiven systemischen Lupus erythematoses (SLE), die trotz Standardtherapie eine hohe Krankheitsaktivität (z. B. positiver Test auf Anti-dsDNA-Antikörper und niedriges Komplement) aufweisen<sup>1</sup>

**BENLYSTA 200 mg Injektionslösung im Fertigpen. BENLYSTA 120 mg/400 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrates**

**Wirkstoff:** Belimumab. **Zusammensetzung:** 1 Fertigpen enthält 200 mg Belimumab. *Sonstige Bestandteile:* Argininhydrochlorid, Histidin, Histidinmonohydrochlorid, Polysorbat 80, Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke. 1 Durchstechflasche enthält 120 mg oder 400 mg Belimumab (80 mg/ml nach Rekonstitution). *Sonstige Bestandteile:* Citronensäure-Monohydrat (E330), Natriumcitrat (E331), Sucrose, Polysorbat 80. **Anwendungsgebiete:** Zusatztherapie bei erwachsenen Patienten mit aktivem, Autoantikörper-positiven systemischen Lupus erythematoses (SLE), die trotz Standardtherapie eine hohe Krankheitsaktivität (z. B. positiver Test auf Anti-dsDNA-Antikörper und niedriges Komplement) aufweisen. **Gegenanzeigen:** Allergie gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** **Sehr häufig:** Bakterielle Infektionen einschließlich Infektionen der Harnwege und der Atemwege, Übelkeit, Durchfall. **Häufig:** Injektionsreaktion, Infusionsreaktion oder allergische Reaktion (Überempfindlichkeitsreaktion), erhöhte Körpertemperatur oder Fieber, niedrige Anzahl weißer Blutkörperchen, Infektion im Bereich von Nase, Rachen oder Magen, Schmerzen in Händen oder Füßen, Migräne, Depression. **Nur Fertigpen:** Reaktionen an der Injektionsstelle. **Gelegentlich:** schwerwiegende Injektionsreaktion, Infusionsreaktion oder allergische Reaktion (Überempfindlichkeitsreaktion), potenziell lebensbedrohlich, häufiger am Tag der ersten oder zweiten Behandlung, können aber mehrere Tage verzögert auftreten. Tödlich verlaufende Infektionen. Juckende, über die Hautoberfläche erhabene Flecken (Quaddeln), Hautausschlag. **Selten:** weniger schwere verzögerte (normalerweise 5 bis 10 Tage nach einer Injektion bzw. Infusion) Nebenwirkungen mit Symptomen wie Hautausschlag, Übelkeit, Müdigkeit, Muskelschmerzen, Kopfschmerz oder Gesichtsschwellung. **Möglich:** erhöhtes Risiko für eine progressive multifokale Leukenzephalopathie (PML) unter Arzneimitteln, die wie Benlysta, das Immunsystem schwächen. **Warnhinweis:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Verschreibungspflichtig. Stand:** November 2018. **GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, 80700 München. [www.glaxosmithkline.de](http://www.glaxosmithkline.de)**

**Weitere Informationen über das Arzneimittel: Dosierung und Art der Anwendung:** **Fertigpen:** 200 mg einmal wöchentlich subkutan, gewichtsunabhängig. Eine vergessene Dosierung muss sobald wie möglich nachgeholt werden. **Infusionslösung:** Empfohlene Dosierung 10mg/kg Benlysta an Tag 0, 14 und 28, dann alle 4 Wochen. Intravenöse Infusion über eine Stunde nach Rekonstitution und Verdünnung. Durchführung von qualifiziertem medizinischen Fachpersonal in einer Einrichtung mit den notwendigen Voraussetzungen für die sofortige Behandlung auftretender Überempfindlichkeits- und Infusionsreaktionen. Wegen möglicher spät einsetzender Reaktionen zumindest nach den ersten beiden Infusionen klinische Aufsicht der Patienten für einen längeren Zeitraum (einige Stunden) sowie Aufklärung über das potentielle Risiko schwerer oder lebensbedrohlicher Überempfindlichkeitsreaktionen und die Möglichkeit des verspäteten Eintretens oder Wiederauftretens von Symptomen. **Beide Formulierungen:** Den Zustand des Patienten kontinuierlich überwachen und nach 6 Monaten ohne Verbesserung der Krankheitsaktivität den Abbruch der Behandlung erwägen. Bei Umstellung von intravenöser auf subkutane Gabe die erste subkutane Injektion 1 bis 4 Wochen nach der letzten intravenösen Dosis verabreichen.

**Weitere Warnhinweise laut Fachinformation:** nicht untersucht und deshalb nicht empfohlen bei: schwerer aktiver Lupus des Zentralnervensystems, schwerer aktiver Lupusnephritis, HIV, frühere oder aktuelle Hepatitis B oder C, Hypogammaglobulinämie (IgG < 400 mg/dl) oder IgA-Mangel (IgA < 10 mg/dl), größere Organtransplantation, hämatopoetische Stammzell-/ Knochenmarktransplantation, Nierentransplantation, gleichzeitige Anwendung mit einer auf die B-Zellen gerichteten Therapie oder mit Cyclophosphamid i.v. Vorsicht bei Patienten mit schweren oder chronischen Infektionen oder mit rezidivierenden Infektionen in der Vorgeschichte. Immunisierung: keine Lebendimpfstoffe 30 Tage vor und während der Anwendung von Benlysta. Die Immunantwort auf Impfungen kann beeinträchtigt sein. Malignome und lymphoproliferative Erkrankungen: erhöhtes Malignomrisiko möglich. Vorsicht bei Malignom-Anamnese oder bei neuem Malignom unter der Benlysta-Therapie. Nicht für Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren einsetzen. In der Schwangerschaft in der Regel nicht empfohlen, Empfängnisverhütung während und 4 Monate nach der Therapie. Zum Stillen unter Benlysta ärztlichen Rat einholen.

**Weitere Informationen siehe Fachinformation. Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung dem Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, Paul-Ehrlich-Institut, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, 63225 Langen, Tel: +49 6103 77 0, Fax: +49 6103 77 1234, Website: [www.pei.de](http://www.pei.de) zu melden.**

*Benlysta ist eine eingetragene Marke oder lizenziert unter der GSK Unternehmens-Gruppe.*

Für eine vollständige Auflistung der Kontraindikationen, Warnhinweise und Nebenwirkungen siehe die Fachinformation.



### Referenzen:

1. Fachinformation BENLYSTA (Belimumab).
2. Ginzler EM et al. J Rheumatol 2014;41:300-7.

**Benlysta**  
(belimumab)



AWMF

## Qualität in der Medizin zunehmend durch Ökonomisierung bedroht

Ökonomische Ziele dürfen medizinische Entscheidungen nicht unangemessen beeinflussen. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) forderte im Rahmen ihres „Berliner Forums“ am 28. November 2018, die Bedürfnisse der Patienten stärker in den Mittelpunkt zu rücken. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung mit gemeinsamer Entscheidungsfindung sei für eine erfolgreiche Versorgung unverzichtbar und daher zu stärken. Darüber hinaus sei es notwendig, Strukturen zu verändern. In einer aktuellen Stellungnahme zu „Medizin und Ökonomie“ nennt die AWMF verschiedene Ansatzpunkte wie die Stärkung der ärztlichen Kompetenz im Rahmen der Krankenhausführung, eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung mit Abbau von Überkapazitäten und die patientenzentrierte Anpassung des Fallpauschalen-basierten Vergütungssystems.

Medizin und Ökonomie sind nicht zu trennen. Beeinträchtigen wirtschaftliche Anforderungen jedoch eine evidenzbasierte, patientenorientierte Versorgung, gefährdet das unmittelbar das Patientenwohl. Unter dem ökonomischen Druck in vielen Kliniken werden heute wirtschaftlich lukrative Leistungen in Diagnostik und Therapie häufiger durchgeführt als beispielsweise schlecht vergütete Maßnahmen der „Sprechenden Medizin“. Dabei ist das ausführliche Gespräch mit dem Patienten die Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung und ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis. Derzeit werden zeitliche Aufwände für die Kommunikation jedoch kaum im System der Fallpauschalen berücksichtigt. Daher fordern die AWMF und ihre Fachgesellschaften, die DRGs anzupassen. „Künftig müssen zeitliche Aufwände für das Arzt-Patienten-Gespräch, aber auch die Abstimmung mit anderen Fachkollegen in die Berechnung deutlich mehr einfließen“, fordert Prof. Dr. Rolf Kreienberg, Präsident der AWMF.

### Wertewandel und Umstrukturierungen zum Wohl der Patienten erforderlich

Um das zu realisieren, muss sich auch die Rolle von Ärzten und Pflegenden in den Kliniken verändern. Die AWMF fordert eine gemeinsame Krankenhausführung, in der Ärzte und Pflegenden mit kaufmännischen Direktoren auf Augenhöhe Entscheidungen treffen. Basis dafür sollte ein Wertemanagement im Krankenhaus sein, das nicht nur an betriebswirtschaft-



Prof. Dr. Rolf Kreienberg

lichen Zielen ausgerichtet ist, sondern medizinische Überlegungen und Patientenorientierung integriert. „Notwendig sind dafür auch Arbeitsbedingungen, die eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten“, betont AWMF-Präsidiumsmitglied Dr. Manfred Gogol.

Ursache für die teils schwierige Arbeitssituation in den Kliniken ist nicht zuletzt der betriebswirtschaftliche Erfolgsdruck und die dadurch bedingte Mengenausweitung der letzten Jahre. Trotz kürzerer Liegezeiten der Patienten ist die Zahl der Krankenhausbetten nur geringfügig gesunken, die Zahl der Behandlungsfälle hingegen deutlich gestiegen. „Die Zahl der Krankenhausbetten in Deutschland liegen weit über dem Durchschnitt in anderen EU-Ländern oder der OECD – ebenso die Anzahl der Behandlungsfälle“, so Kreienberg. Diese seien jedoch sehr unterschiedlich auf die verschiedenen Fächer verteilt. Eine hohe Bet-

tendichte in einem Fach sei ein Treiber dafür, dass jedes einzelne Krankenhaus immer mehr Fälle durchschleuse. Außerdem geht diese Entwicklung zu Lasten der Qualität: „Kleinere Krankenhäuser führen Eingriffe durch, für die sie weder ausgestattet sind noch die notwendige Erfahrung haben“, warnt Kreienberg. Die AWMF fordert daher von der Politik, die Aktivitäten der Fachgesellschaften zur qualifizierten Zentrenbildung zu unterstützen. Durch diese Spezialisierung in meist interdisziplinären, sektorenübergreifenden Teams ließe sich bei zahlreichen Krankheitsbildern die Versorgungsqualität nachweislich steigern.

Dazu sei es notwendig, die Krankenhausplanung im Interesse der Patienten am regionalen Bedarf orientiert und sektorenübergreifend auszurichten. Die AWMF forderte am Ende ihres Berliner Forums, dass Politik, Krankenhausmanagement, Selbstverwaltung und Ärzteschaft, die seit vielen Jahren offensichtlichen Fehlentwicklungen im Krankenhaussystem zeitnah mit Patientenvertretern angehen: Nur so seien Über-, Unter- und Fehlversorgung zu bekämpfen.

**Der gesamte Maßnahmenplan der AWMF „Medizin und Ökonomie – Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung“ ist unter [www.awmf.de](http://www.awmf.de) abrufbar.** ○

Quelle: Pressemitteilung AWMF, 5. Dezember 2018