

Stammdaten von Arzneien werden jetzt monatlich aktualisiert

Seit 1. April müssen Vertragsärzte einmal im Monat die Arzneimittelstammdaten im Praxisverwaltungssystem (PVS) updaten. Darauf hatten sich Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband im August 2017 geeinigt. Neu ist auch, dass die Verordnungssoftware von nun an automatisch die Pharmazentralnummer (PZN) auf jedes Arzneirezept druckt. Dadurch sollen Apotheker die Verordnung nicht mehr falsch interpretieren können. Bisher wurden die Arzneimittelstammdaten, darunter Preise und Inhalte der Arzneimittel-Richtlinie, quartalsweise aktualisiert. Das



E-Health-Gesetz verlangt nun, dass diese Daten immer aktuell sein müssen. Die Kassen hatten ein 14-tägiges Update gefordert, die KBV plädierte dafür, das Quartalsupdate zu belassen. Der Kompromiss des Bundesschiedsamts sieht nun vor, dass das Update nun zunächst monatlich erfolgt. Erst wenn es eine standardisierte Software-Schnittstelle gibt, soll der Rhythmus auf 14-tägig reduziert werden. Laut KBV wird das frühestens ab Juni 2020 der Fall sein.

Leitlinien: ICS bei Asthma auf-, bei COPD abgewertet



Die neuen S2k-Leitlinien zu Asthma (<https://hausarzt.link/mFHL0>) und COPD (<https://hausarzt.link/BiU80>) hat die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP) bei ihrem Kongress Ende März vorgestellt.

Bei Asthma sind jetzt fünf statt vier Therapiestufen vorgesehen, da bei schwerem allergischem und eosinophilem Asthma monoklonale Antikörper hinzukommen. So soll vielen die Gabe von Cortison erspart bleiben. Das Stufenschema hat sich an die Nationale Versorgungsleitlinie angepasst, die derzeit aktualisiert wird. Nur in der ersten Stufe weicht die DGP ab: Hier sollen Asthmatiker bei Bedarf nicht nur kurzwirksame Beta2-Mimetika (SABA) nehmen, sondern es können auch niedrig dosierte inhalative Glukokortikoide (ICS) „erwogen“ werden, heißt es jetzt. Für die weiteren Stufen sind ICS nach wie vor

die Basis der Therapie – für viele Patienten kombiniert mit einem langwirksamen Beta2-Mimetikum (LABA). Bei leichtem und mittelschwerem Asthma sei die inhalative Behandlung nun Mittel der ersten Wahl, betonte Prof. Roland Buhl von der Uni Mainz. Hingegen hat der Stellenwert von ICS bei COPD abgenommen: Die DGP rät diese nur noch in Betracht zu ziehen, wenn eine COPD mit „asthmatischer Komponente“ auftritt. Zudem könne dies erwogen werden, wenn es trotz Bronchodilatoren noch zu Exazerbationen kommt. Treten diese aber weiter auf, könne man ICS wieder absetzen. Zudem würden bei Exazerbationen zu oft Antibiotika verordnet. Diese solle man nur bei Hinweis auf eine bakterielle Infektion einsetzen. Darüber hinaus lehnen sich die Therapieempfehlungen an die internationalen GOLD-Leitlinien an, unterscheiden

aber in unbehandelte und vorbehandelte Patienten. Die nicht medikamentösen Therapien bewertet die Leitlinie jetzt als genauso wichtig wie die medikamentösen, hieß es. Geändert hat sich die Diagnostik der COPD: Während die GOLD-Leitlinie die Expiratorische Einsekundenkapazität (FEV₁) und die forcierte Vitalkapazität (FVC) bei der Spirometrie heranzieht, rät die DGP bei Diskrepanzen zwischen FEV₁, FEV₁/FVC und Symptomen auch weitere Untersuchungen in Betracht zu ziehen, etwa Bodyplethysmographie oder CO-Diffusionskapazität. Abgeleitet von GOLD sollen Ärzte aufgrund von Symptomatik und Exazerbationshistorie die Patienten nach dem ABCD-Schema einteilen und daraus die Therapie ableiten. Die Gruppen C und D werden bei der Behandlung aber zusammengefasst.