

Impferfolge gegen Rotaviren und Meningokokken

— Bereits kurze Zeit nach Aussprechen der STIKO-Impfempfehlung gegen Rotaviren im Jahr 2013 wurde bundesweit ein Rückgang der Rotavirus-Erkrankungen um 45 % beobachtet. Erfahrungen aus Belgien zeigten nach der Einführung der Rotaviren-Impfung, dass die Quote der vollständig abgeschlossenen Impfserien beim 2-Dosen-Impfschema mit 93 % höher lag als bei einem Impfstoff mit einem 3-Dosen-Schema mit nur 83%. In den belgischen Daten sind zudem Anzeichen für eine Herdenimmunität zu erkennen, da auch in den nicht geimpften Alterskohorten die Inzidenz von Rotavirus-Erkrankungen abnahm. Im Vereinigten Königreich wird das seit Juli 2013 laufende Rotavirus-Impfprogramm mit dem Impfstoff Rotarix® aufgrund der guten Erfolge um weitere zwei Jahre verlängert: Im Vergleich zum Zeitraum vor Einführung der Impfung wurde ein Rückgang der Rotavirus-Fälle um 84 % beobachtet. Auch Impfkampagnen gegen Meningokokken B zeigen Wirkung: Meningokokken der

Serogruppe B sind mit mehr als 70 % die häufigsten Erreger von invasiven Meningokokken-Infektionen in Deutschland. Seit 2013 steht mit Bexsero® (4CMenB) der erste Impfstoff gegen die Serogruppe B zur Verfügung. Das höchste Erkrankungsrisiko haben Säuglinge: Sie weisen ein 60-fach höheres Risiko für Meningokokken-Infektionen auf als Erwachsene. Bei Säuglingen verursachen Meningokokken B 85 % der Erkrankungsfälle. Die STIKO hat auch aktuell im August wieder eine Empfehlung zur Indikationsimpfung gegen die Meningokokken B für Risikogruppen ausgesprochen. Impfkampagnen mit einem breiten Einsatz des Impfstoffes 4CMenB zeigten auch epidemiologische Effekte: In der weltweit ersten populationsbezogenen Impfkampagne mit 4CMenB in Québec/Kanada wurde ein deutlicher Effekt der Impfung auf die Meningokokken-B-Fallzahlen belegt: Nach dem Start der Kampagne traten keine registrierten Fälle in der Impfpopulation mehr



© PC-PROD / fotolia.com

Nicht angenehm, aber effektiv.

auf, während aus dem restlichen Québec weiterhin Fälle gemeldet wurden. In England wurde der Meningokokken-B-Impfstoff im September 2015 als weltweit erstem Land in den Routineimpfplan für Säuglinge aufgenommen. Die britischen Behörden begründen diese Entscheidung mit vielversprechenden Erfahrungen bisheriger Impfkampagnen. *Susanne Pickl*

Pressegespräch „Aktuelle Erfolge wichtiger Kinderimpfungen heute – am Beispiel der Rotavirus- und der Meningokokken-Impfung“ im Rahmen der Jahrestagung der DGKJ; Hamburg, 17. September 2016; Veranstalter: GlaxoSmithKline

Verordnungssicherheit für die Zweitlinientherapie bei ADHS

— Die mittlerweile über 3-jährige Behandlungserfahrung mit Lisdexamfetamidmesilat (Elvanse®, LDX) zeigt, dass etliche Kinder und Jugendliche mit ADHS von dem lang wirksamen Prodrug-Stimulans als Zweitlinienoption profitieren können. Im Rahmen eines Expertengesprächs verdeutlichte Dr. Georg Lübben, Arzt und Experte für Dokumentation und Abrechnung aus Berlin, dass die Sorge bezüglich Anfragen im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie Regressforderungen in den meisten Fällen unbegründet ist. Den besten Schutz bei der Umstellung in die Zweitlinie bietet das gezielte Dokumentieren der Umstellungsgründe. Elvanse® ist für Kinder und Jugendliche mit ADHS ab 6 Jahren geeignet, die nicht zufriedenstellend auf eine zuvor erhaltene Behandlung mit Methylphenidat (MPH) ansprechen. Die Beurteilung des Ansprechens auf MPH liegt im Ermessen des Arztes. Lübben betonte, dass die Erstlinientherapie mit MPH dabei nicht bis zur maximal zuge-

lassenen Dosis auftitriert werden müsse, um eine unzureichende Wirkung zu dokumentieren. „Der behandelnde Arzt kann anhand des Behandlungsverlaufs unter MPH einschätzen, wann der erwünschte Erfolg nicht mehr zu erwarten ist“, sagte der Abrechnungsexperte. Lübben erklärte, dass der Weg von einer Überschreitung der Richtgröße bis zu einem tatsächlichen Regress sehr weit sei. Die vorherrschende Regressangst stehe nicht im Verhältnis zum wirklichen Risiko. Unter den mehr als 7.000 Ärzten der KV Berlin, die an der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2011 teilgenommen hatten, kam es im Rahmen der Richtgrößenprüfung lediglich zu sechs tatsächlichen Regressen. Dennoch habe das Prüfsystem in etlichen Facharztgruppen, unter anderem bei Kinder- und Jugendpsychiatern sowie bei Kinder- und Jugendärzten, durch ein beständiges Nicht-Ausschöpfen der Richtgrößen zu einer unnötigen Beschneidung der Therapiemög-

lichkeiten geführt. „Zum Nachteil von Ärzten und Patienten“, merkte Lübben an. Gegenwärtig befindet sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Umbruch. Unabhängig von den künftig eingesetzten Systematiken wird es auch weiterhin neben den statistisch basierten Prüfungen die seltener durchgeführten Einzelfallprüfungen geben. Dabei wird geprüft, ob der Einsatz eines Medikaments indikationsgerecht erfolgte (kein Off-Label-Use) und ob das Wirtschaftlichkeitsgebot eingehalten wurde. Dafür ist eine gute Dokumentation unerlässlich. Mit Blick auf die ADHS-Therapie empfahl Lübben, die Dokumentation zur klinischen Begründung für eine Umstellung von MPH auf LDX durch folgende Angaben zu ergänzen: Indikation und ggf. Komorbiditäten kodiert nach ICD-10, Vortherapie mit MPH klinisch unzureichend wirksam und/oder unverträglich sowie eventuell aufgetretene Nebenwirkungen. Ein Hinweis auf schlechte Therapieadhärenz und/oder den Bedarf einer Abdeckung des gesamten Tags (z. B. Ganztagschule) könne ggf. ergänzt werden.

Nach Informationen von Shire