



Verordnungsforum 66

JULI 2023

Prüfticker: Prolia® ohne Vortherapie

Vom Rezept zum Medikament: Was passiert in der Apotheke?

Manuelle Therapie: Das müssen Sie beachten

Alles Gute.

KVBW 

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich wünsche Ihnen einen reichen Erkenntnisgewinn und viel Freude bei der Lektüre der neuen Ausgabe des Verordnungsforums. Vielen Dank an die Autoren und die Redaktion für das interessante Heft.

Wenn Sie Fragen oder Anregungen haben, freuen wir uns, wenn Sie sich unter verordnungsforum@kvbawue.de bei uns melden.

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen
Ihr

Dr. med. Karsten Braun, LL.M.
Vorstandsvorsitzender der KV BW

Inhalt

4 ARZNEIMITTEL

- 4 _ Antidepressiva bei Glaukom-Erkrankungen
- 6 _ Cholesterinsenkung: Neuer AkdÄ-Leitfaden
- 10 _ Wirtschaftliche Verordnung der Verbandsmaterialien zur Versorgung von PEG-Sonden-/Katheteraustrittsstellen
- 15 _ Einzelfallprüfungen bei Arzneimitteln: Prolia® (Denosumab) ohne Vortherapie
- 17 _ Vom Rezept zum Medikament – was passiert in der Apotheke?
- 22 _ Neuer Verordnungshinweis zu Impfstoff-Bezugswegen

24 HEILMITTEL

- 24 _ Verordnung von Manueller Therapie

30 SPRECHSTUNDENBEDARF

- 30 _ Änderungen im Sprechstundenbedarf

31 SERVICE

- 31 _ Neues auf www.kvbawue.de
- 33 _ Lieferengpässe bei Arzneimitteln

Hinweis:

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung entsprechen können. Autorinnen und Autoren sowie die Redaktion haben die angegebenen Informationen und Empfehlungen sorgfältig erarbeitet und geprüft.

Der Leser und die Leserin sind aufgefordert, sich über den aktuellen Stand der Wissenschaft in Bezug auf die Thematik zu informieren, Fachinformationen zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren.

Über die Anwendung auf den Einzelfall entscheidet der behandelnde Arzt oder die Ärztin eigenverantwortlich.



24 Manuelle Therapie: Das müssen Sie beachten

Welche Kriterien es für das Heilmittel „Manuelle Therapie“ gibt und wie es mit der langfristigen Anwendung aussieht, erfahren Sie in diesem Artikel.



15 Prüfticker: Prolia® ohne Vortherapie

Für die Therapie der Osteoporose stehen mehrere Wirkstoffe aus unterschiedlichen Wirkstoffklassen zur Verfügung. Ein Arzneimittel ist Prolia® mit dem Wirkstoff Denosumab. Der Artikel gibt eine Übersicht zu den Voraussetzungen der wirtschaftlichen Verordnungsweise von Prolia®.

17 Vom Rezept zum Medikament

Beim Ausstellen von Arzneimittelrezepten sind eine Menge Vorschriften und Formalitäten zu beachten. Was aber passiert mit dem Rezept, nachdem es dem Patienten ausgehändigt worden ist? Wie erhält der Patient sein Arzneimittel? Dieser Artikel soll zum interdisziplinären Verständnis zwischen Arzt und Apotheker beitragen.



Antidepressiva bei Glaukom-Erkrankungen

Im Rahmen unserer Arzneimitteltherapie-Beratung erreichte uns folgende Frage aus der Praxis: Welches Antidepressivum ist beim Glaukom am ehesten geeignet? Der Patient erhält eine topische Therapie mit Brimonidin (selektiver Agonist an α_2 -Adrenozeptoren) und Dorzolamid (Carboanhydrasehemmer). Eine gleichzeitig bestehende depressive Störung wird mit Trazodon 100 mg behandelt, wobei aktuell Schlafstörungen neu aufgetreten sind. Die Antwort gibt der Pharmakotherapie-Beratungsdienst aus Tübingen.

Insgesamt ist die Fragestellung bei der hohen Prävalenz von Glaukomen und depressiven Erkrankungen sehr relevant. Das primäre Offenwinkelglaukom (POWG) ist eine der häufigsten Augenerkrankungen in Deutschland (GHS-Studie 2018 [1]) und muss vom selteneren akuten/chronischen Winkelblockglaukom abgegrenzt werden. Die Fragestellung des niedergelassenen Kollegen bezog sich auf die Entwicklung eines akuten Winkelblockglaukoms (aWBG) durch die pharmakologische Wirkung des eingesetzten Antidepressivums.

Zunächst ist anzumerken, dass das dual-serotonerge Antidepressivum Trazodon bei Glaukom als eher günstig beurteilt werden kann. Die Fachinformation liefert lediglich den Hinweis, dass bei Patienten mit Engwinkelglaukom oder erhöhtem Augeninnendruck besondere Vorsicht bei der Dosierung und eine regelmäßige Überwachung notwendig sind, auch wenn wesentliche Veränderungen aufgrund der nur geringfügigen anticholinergen Wirkung von Trazodon nicht zu erwarten sind [2].

Physiologische und pharmakologische Grundlagen

Kammerwasserproduktion und Pupillenweite werden durch das vegetative Nervensystem gesteuert, und viele Antidepressiva weisen anticholinerge oder β -sympathomimetische Wirkungen auf, die beim Glaukom beachtet werden müssen. β -Sympathomimetika oder Anticholinergika führen zu einer weiten Pupille (Mydriasis). Dies bedingt eine Verengung des Kammerwinkels und einen schlechteren Abfluss des Kammerwassers aus der vorderen Kammer, was zu einem erhöhten intraokulären Druck (IOD) führt.

Bei einer Pupillenverengung (Miosis) wird der Abfluss des Kammerwassers über die Schlemm-Kanäle durch eine Vergrößerung des vorderen Kammerwinkels verbessert. Die Miosis wird durch parasympathische Stimulation oder β -Blockade vermittelt. Auf diesen Prinzipien beruhen die pharmakologischen Wirkungen der meisten Antiglaukomatosa.

Bewertung der Antidepressiva bei Glaukom-Erkrankung

Im Folgenden soll ein Überblick gegeben werden, wie die einzelnen Antidepressiva bei gleichzeitig bestehender Glaukomerkrankung bewertet werden:

- Aufgrund ihrer ausgeprägten anticholinergen Wirkungen, die u. a. zu einer Mydriasis führen, sind **trizyklische Antidepressiva** bei Glaukompatienten sehr ungünstig und bei Vorliegen eines Engwinkelglaukoms kontraindiziert.
- **Mirtazapin** hat aufgrund der strukturellen Ähnlichkeit mit den trizyklischen Antidepressiva auch einen leichten anticholinergen Effekt, zudem kann es als α_2 -Antagonist über α_2 -Autorezeptoren zur Erhöhung des Sympathikotonus führen. Dies führt zur Erhöhung der Kammerwasserproduktion und zur Mydriasis.
- Auch für **Venlafaxin**, einen kombinierten selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSNRI), wird die Mydriasis als mögliche Nebenwirkung beschrieben, hier am ehesten als indirekte sympathomimetische Wirkung durch die Hemmung der Noradrenalin-Wiederaufnahme. In der Fachinformation wird eine Mydriasis mit „häufig“ (entspricht 1–10 %) angegeben, und vor der Anwendung bei Patienten mit Engwinkelglaukom wird gewarnt.
- Obwohl z. B. in den Fachinformationen der selektiven Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (**SSRI**) angegeben wird, dass Patienten und Patientinnen mit einem erhöhten Augeninnendruck oder dem Risiko eines Engwinkelglaukoms diese nur mit Vorsicht verschrieben bekommen sollen, zeigt ein Literatur-Review aus dem Jahr 2021 ein gemischtes Bild, und die Datenlage erscheint uneinheitlich [3, 4].

In einer Studie konnte durch den Einsatz von SSRI das Risiko für ein Offenwinkelglaukom durch eine Senkung des IOD sogar reduziert werden [5]. Da beim Offenwinkelglaukom der IOD aber normal sein kann, gilt der IOD als ein nur bedingt aussagekräftiger Faktor. Die Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen e. V. (AGATE) empfiehlt, einem Glaukompatienten, der einer antidepressiven Therapie bedarf, die Anwendung von SSRI nicht vorzuenthalten [6].

- Letztlich erscheinen neben **Trazodon**, das in unserem konkreten Fall eingenommen wurde, auch Agomelatin und Bupropion als geeignete Antidepressiva bei Patienten mit POWG.

Agomelatin, das in Studien auch eine Senkung des IOD gezeigt hat, ist ein Agonist an Melatonin-Rezeptoren (MT₁ und MT₂) sowie ein Antagonist mit geringerer Affinität an 5-HT_{2C}- und 5-HT_{2B}-Rezeptoren [7].

Die Fachinformation nennt nur gelegentliches „verschwommenes Sehen“ als mögliche Nebenwirkung. In der Fachinformation von **Bupropion**, einem Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNDR), finden sich ebenfalls keine Warnungen für die Anwendung bei Glaukompatienten. Unspezifische Sehstörungen gelten aber doch als eine häufige Nebenwirkung. Diese unerwünschten Arzneimittelwirkungen können vor dem Hintergrund einer Glaukomerkrankung durchaus schwierig zu interpretieren sein.

Antwort des Pharmakotherapie-Beratungsdienstes

Im konkreten Fall haben wir eine Fortführung der Trazodonthherapie als ein mögliches Vorgehen empfohlen. Andererseits berichtet der Patient trotz der sedierenden Wirkkomponente von Trazodon über neu aufgetretene Schlafstörungen. Daher erscheint Agomelatin mit seiner schlaffördernden Wirkung ebenfalls geeignet. Weder für Trazodon noch für Agomelatin sind signifikante Interaktionen mit den Augentropfen Brimonidin und Dorzolamid zu erwarten.

Da Glaukome besonders zu Beginn häufig symptomlos sind, ist eine augenärztliche Untersuchung beim Einsatz von Antidepressiva sinnvoll. Unter regelmäßiger ophthalmologischer Kontrolle erscheint der Einsatz von Trazodon, Agomelatin, Bupropion oder SSRI möglich. Hingegen sollten neben den Trizyklika aufgrund der vorhandenen Alternativen nach der Einschätzung des Pharmakotherapie-Beratungsdienstes auch Mirtazapin und Venlafaxin nicht zum Einsatz kommen.

Literatur

- [1] Höhn R, Nickels S, Schuster AK et al.: Prevalence of glaucoma in Germany: results from the Gutenberg Health Study. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2018; 256(9): 1695–702. doi: 10.1007/s00417-018-4011-z
- [2] www.fachinfo.de
- [3] Ciobanu AM, Dionisie V, Neagu C, Bolog OM, Riga S, Popa-Velea O: Psychopharmacological Treatment, Intraocular Pressure and the Risk of Glaucoma: A Review of Literature. *J Clin Med* 2021; 10(13): 2947. doi: 10.3390/jcm10132947. PMID: 34209089; PMCID: PMC8269427
- [4] Wang HY, Tseng PT, Stubbs B et al.: The risk of glaucoma and serotonergic antidepressants: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2018; 241: 63–70. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.079. PMID: 30096594
- [5] Wu A, Khawaja AP, Pasquale LR, Stein JD: A review of systemic medications that may modulate the risk of glaucoma. *Eye (Lond)* 2020; 34(1): 12–28. doi: 10.1038/s41433-019-0603-z. PMID: 31595027; PMCID: PMC7002596
- [6] Mendl R, Lenner A, Haen E: Antidepressive Therapie bei Glaukom – Risikoprofil bei SSRI am günstigsten (AGATE-Fortbildung 2011). *Neurotransmitter* 2011; 9: 38–41. https://www.zns-news-neurologen-psiater-nervenaerzte.de/neurotransport/NeuroTransmitter_2011-09.pdf
- [7] Pescosolido N, Gatto V, Stefanucci A, Rusciano D: Oral treatment with the melatonin agonist agomelatine lowers the intraocular pressure of glaucoma patients. *Ophthalmic Physiol Opt* 2015; 35(2): 201–5. doi: 10.1111/opo.12189. PMID: 25600174

Cholesterinsenkung: Neuer AkdÄ-Leitfaden und aktuelle Fragen aus der Praxis

März 2023 hat die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) einen Leitfaden zur medikamentösen Cholesterinsenkung veröffentlicht, der die Ärzteschaft dabei unterstützen soll, eine gut begründete Auswahl bei der lipidsenkenden Therapie zu treffen. Es gibt jedoch auch nach heutigem Kenntnisstand Fragestellungen, die sich nicht mit letzter Sicherheit beantworten lassen oder deren Datengrundlage lückenhaft ist. Ein paar dieser Aspekte sollen im Folgenden beleuchtet werden.

Die Stärke des neuen AkdÄ-Leitfadens besteht – neben der Freiheit von Interessenkonflikten – darin, dass er ausschließlich hinreichend große und aussagekräftige Studien berücksichtigt, die den direkten Einfluss einer medikamentösen Cholesterinsenkung auf patientenrelevante Endpunkte (Senkung der Mortalität, Verhinderung von Myokardinfarkten und Schlaganfällen) untersucht haben. Die AkdÄ stellt in diesem Zusammenhang fest, dass allein vom Ausmaß der **LDL-Senkung** (Surrogatparameter) **nicht auf den klinischen Nutzen geschlossen** werden kann [1-3].

Eine evidenzbasierte Aufarbeitung von Studiendaten ist in heutiger Zeit umso bedeutsamer, nachdem die 2019 veröffentlichten Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) und European Atherosclerosis Society (EAS) eine Ausweitung der Indikationen für eine medikamentöse Therapie und eine Verschärfung der LDL-Zielwerte angestrebt haben [4]. Die Folge war, dass die Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundärprävention de facto aufgehoben wurde. Diese Leitlinien lösten kritische Rückmeldungen aus, wobei auf den hohen Anteil interessenkonfliktbelasteter Autoren und auf die fehlende systematische Aufarbeitung der Literatur hingewiesen wurde [3, 5, 6].

Die Empfehlungen des AkdÄ-Leitfadens unterscheiden sich von den ESC/EAS-Leitlinien dahingehend, dass sie die Patientengruppen, die unter die kardiovaskuläre **Sekundärprävention** fallen, **enger definieren**. Dafür gelten folgende Kriterien:

- Klinisch relevante Gefäßstenosen (anstatt eines alleinigen Plaque-Nachweises in der A. carotis)
- Chronische oder akute ischämietypische Symptome
- Plausibler Zusammenhang zwischen Gefäßstenose (bei KHK, pAVK oder cerebraler Ischämie) und Symptomatik [7].

Somit relativiert sich die von den ESC/EAS-Leitlinien vorgegebene Zielsetzung, LDL-Werte < 50 mg/dl bei allen kardiovaskulär vorbelasteten Patienten anstreben zu müssen, und Therapieentscheidungen können im Einzelfall anders ausfallen, je nachdem, welche Empfehlungen zugrunde gelegt werden [7].

Für primärpräventiv eingesetzte Lipidsenker ist zu beachten, dass sie nur bei hohem kardiovaskulären Risiko zulasten der GKV verordnungsfähig sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) definiert dies als eine über 20%ige Ereignisrate pro 10 Jahre auf der Basis der einschlägigen Risikokalkulatoren [8].



Fragen zur Statindosis

Im Folgenden werden zwei relevante und wiederkehrende Fragestellungen angesprochen, die sich auf die Dosierung von Statinen beziehen.

Statin-Hochdosis versus Zugabe von Ezetimib

Von einer unserer Vertragsärztinnen hat uns die folgende Frage erreicht: „Muss ich eine Statintherapie bis zur Maximaldosierung ausreizen, bevor Ezetimib dazu genommen werden kann?“ Ihrem Bericht zufolge gebe es einige Patienten, bei denen beispielsweise die Universitätsklinik vergleichsweise „früh“ (d. h. bei einer Statin-Standarddosis) Ezetimib angesetzt habe. Ist dies wirtschaftlich oder muss zunächst bei allen Patienten die Maximaldosis eines Statins versucht werden?

Aus dem AkdÄ-Leitfaden lassen sich dazu die folgenden Kernaussagen ableiten:

- Die Sterblichkeit unterscheidet sich nicht zwischen einer Statin-Hochdosistherapie und einer moderaten Statindosis.
Eine Steigerung der Statindosis von Standard- auf Hochdosis senkt lediglich geringfügig das Risiko für nichttödliche Myokardinfarkte (NNT = 100 über 5 Jahre). Diesem Nutzen steht ein höheres Risiko für Muskelbeschwerden, Leberfunktionsstörungen sowie die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes gegenüber [9].
- Unter Ezetimib traten signifikant weniger nichttödliche Myokardinfarkte auf. Um einen nichttödlichen Myokardinfarkt zu verhindern, mussten durchschnittlich 63 Personen sieben Jahre lang Ezetimib zusätzlich zu Simvastatin 40 mg erhalten. Die Sterblichkeit wurde nicht beeinflusst.
- Hingegen liegen keine Daten vor, ob Patienten mit einer Statin-Hochdosis von einer zusätzlichen Ezetimibgabe profitieren [1, 2].

Statindosis: Zielwertstrategie oder „fire and forget“?

Für die **Primärprävention** gilt laut AkdÄ-Leitfaden, dass weder für die Zielwertstrategie noch für die feste Statingabe als Hochdosis ein Nutzen belegt ist [1].

Doch wie verhält es sich in der **Sekundärprävention**, d. h. bei der Behandlung klinisch manifester Gefäßerkrankungen (z. B. KHK)? Das arzneitelegramm berichtete hierzu kürzlich über die in Südkorea durchgeführte LODESTAR-Studie, die die zwei gegensätzlichen Herangehensweisen verglichen hat [10]: Zwar sei die Zielwertstrategie mit Dosistitration („treat to target“) gegenüber der Statin-Hochdosistherapie („fire and forget“) nicht unterlegen [8]. Allerdings scheint die Aussagekraft der Studie begrenzt zu sein, sodass sich daraus keine klaren Konsequenzen für die Praxis ergeben [10].

Wie bereits oben erläutert, erreichen Statin-Hochdosistherapien bei KHK lediglich eine marginale weitere Reduktion nichttödlicher Herzinfarkte, jedoch unter Inkaufnahme beispielsweise vermehrter Diabetes-Neudiagnosen. Die Gesamtmortalität bleibt hierbei unbeeinflusst. Im Ergebnis bleibt der **Stellenwert der Zielwertstrategie** gegenüber der fest dosierten Statintherapie weiter **offen** [10].

Für die praktische Handhabung wird dies wie folgt kommentiert: Zwar erscheine der Ansatz der festen Standard- bzw. Hochdosis einfacher in der Umsetzung. Allerdings können hohe Statindosen zu mehr Nebenwirkungen führen und damit die Therapieadhärenz verschlechtern. Hingegen wird bei der Zielwertstrategie die Dosis individuell angepasst, sodass nicht alle Patienten zwingend eine hohe Dosis erhalten. Dies erklärt, dass in der LODESTAR-Studie seltener CK-/Transaminasen-Anstiege bzw. die Entwicklung eines Diabetes oder einer Niereninsuffizienz beobachtet wurden [11].

Stellenwert der Bempedoinsäure

Bei Drucklegung des AkdÄ-Leitfadens [1] war unklar, inwieweit Bempedoinsäure kardiovaskuläre Ereignisse in der Sekundärprävention verhindert; eine ausreichende Beurteilung war daher noch nicht möglich [2, 9]. Es ist bekannt, dass Bempedoinsäure das LDL-Cholesterin um etwa 16–23 % senkt [2]. Eine günstige Beeinflussung der Letalität ist nicht erkennbar; insofern gilt Bempedoinsäure nicht als gleichwertiger Ersatz für Statine [9].

Eine Kombinationsbehandlung mit Statinen plus Bempedoinsäure ist nicht üblich. Grund sind mögliche pharmakokinetische Wechselwirkungen, die einen Anstieg der Statin-Serumkonzentration und eine erhöhte Muskeltoxizität zur Folge haben können [9]. Die gleichzeitige Anwendung von Bempedoinsäure mit Simvastatin > 40 mg/d ist ausdrücklich kontraindiziert [13].

Für die Therapieeskalation in der lipidsenkenden Therapie gilt in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit, dass Bempedoinsäure nach Ezetimib in Frage kommen kann und vorrangig gegenüber den deutlich teureren PCSK-9-Hemmern bzw. Inclisiran in Erwägung zu ziehen ist [14]. Für all diese Substanzen gelten ebenfalls Verordnungseinschränkungen gemäß Arzneimittel-Richtlinie [8, 14].

→ Weitere Informationen zu lipidsenkenden Therapien finden Sie im [Verordnungsforum 62](#) im Artikel „Neue Wirkstoffe zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen“ [14]. Darin wird auch auf die [aktuellen Leitlinien](#) [15, 16] zur kardiovaskulären Primär- und Sekundärprävention eingegangen.



Fazit

- Der neue AkdÄ-Leitfaden zur medikamentösen Cholesterinsenkung definiert engere Kriterien für die kardiovaskuläre Sekundärprävention als bisherige Leitlinien (ESC/EAS). Da dadurch mehr Patientinnen und Patienten unter die Primärprävention fallen, ist für diese eine weniger verschärfte LDL-Senkung ausreichend.
- Eine Statin-Hochdosis verbessert das klinische Outcome nur marginal, geht jedoch mit einem höheren Nebenwirkungsrisiko einher. Auch wenn die Datenlage hinsichtlich harter Endpunkte unzureichend ist, scheint die Zugabe von Ezetimib zu einer Statin-Standarddosis nach heutigem Kenntnisstand eine sinnvolle Option bei notwendiger Therapieeskalation zu sein.
- Die Zielwertstrategie (Dosistitration) ist der fixen Statin-Hochdosisbehandlung in der Sekundärprävention nicht unterlegen. Vorteilhaft scheint die etwas bessere Langzeitverträglichkeit zu sein.
- Bempedoinsäure gilt in der Therapieeskalation als weiterer Schritt nach Ezetimib und vor den PCSK-9-Hemmern bzw. Inclisiran.

Literatur

- [1] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Medikamentöse Cholesterinsenkung zur Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse (Leitfaden, 1. Auflage, März 2023). <https://www.akdae.de/arzneimitteltherapie/lf/cholesterinsenkung>
- [2] Einhart N, Wille H: Leitfaden der AkdÄ: „Medikamentöse Cholesterinsenkung zur Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse“. *Arzneiverordnung in der Praxis* 2023; 50(1): 7–13
- [3] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Neue europäische Leitlinie zur Cholesterinsenkung: So niedrig wie möglich? (Nachdruck). *Verordnungsforum* 2020; 52: 8–11
- [4] Mach F, Baigent C, Catapano AL et al.: 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J* 2020; 41: 111–88
- [5] Neue europäische „Leitlinie“ zur Lipidsenkung: As low as possible? *Arzneimittelbrief* 2019; 53: 73
- [6] Neue europäische Leitlinie zur Cholesterinsenkung ... So niedrig wie möglich? *arznei-telegramm* 2019; 50: 89–91
- [7] Zieschang M: Lipidtherapie: „Je niedriger desto besser“ – und was nützt das den Patienten? *Arzneiverordnung in der Praxis* 2023; 50(1): 3–4
- [8] Gemeinsamer Bundesausschuss: Arzneimittel-Richtlinie – Anlage III: Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse. <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/16/>
- [9] Neuer Leitfaden zur medikamentösen Cholesterinsenkung. *Arzneimittelbrief* 2023; 57(4): 26–7
- [10] Zielwertstrategie oder Statinhochdosis bei koronarer Herzkrankheit? *arznei-telegramm* 2023; 54(4): 26–7
- [11] Hong SJ, Lee YJ, Lee SJ et al.: Treat-to-target or high-intensity statin in patients with coronary artery disease. *JAMA* 2023; 329(13): 1078–87. doi: 10.1001/jama.2023.2487
- [12] Siegmund-Schultze N: Chronische koronare Herzkrankheit – Die Zielwert-Strategie der Lipidsenkung ist fester Hochdosis nicht unterlegen. *Dt Ärztebl* 2023; 120(17): A 777–8
- [13] www.fachinfo.de
- [14] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Neue Wirkstoffe zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen. *Verordnungsforum* 2022; 62: 4–9
- [15] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.): Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK (Langfassung, 5. Auflage, 2019, Version 1, AWMF-Register-Nr.: nvl-004). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-004l_S3_KHK_2019-04.pdf
- [16] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.: Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention (S3-Leitlinie, AWMF-Register-Nr.: 053-024, DEGAM-Leitlinie Nr. 19, Stand: 01/2017). https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-024_Risikoberatung%20kardiovaskul.%20Praevention/053-024l_Hausa%CC%88rtliche_Risikoberatung_kardivaskula%CC%88re_Praevention_29-08-2018.pdf

Wirtschaftliche Verordnung der Verbandmaterialien zur Versorgung von PEG-Sonden-/Katheteraustrittsstellen

Im Verordnungsforum 37 und 46 hatten wir Sie bereits über die wirtschaftliche Verordnungsweise von Verbandmaterialien im Zusammenhang mit einer PEG-Ernährungssonde informiert. Dieser Artikel aktualisiert und ergänzt die Inhalte dieser Veröffentlichungen. Die wirtschaftliche Verordnung der notwendigen Verbandmaterialien für die Versorgung, die Pflege und den Verbandwechsel der Sonden-/Katheteraustrittsstellen ist Thema des nachfolgenden Textes. Er wurde in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg erstellt.

In besonderen Situationen ist das Legen einer PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie) oder eines suprapubischen Katheters (SPK) erforderlich, sinnvoll oder sogar lebensnotwendig. Die meist langfristige Anwendung dieser Versorgungsformen ist mit einer entsprechenden Wundversorgung verbunden.

In den ersten zehn Tagen nach dem Legen der **PEG-Sonde** ist ein täglicher Verbandwechsel (VBW) erforderlich, anschließend ist dies zwei- bis dreimal pro Woche notwendig. Bei jedem Verbandwechsel sollte eine Mobilisation der Sonde erfolgen, um ein Einwachsen der inneren Halteplatte an der Magenwand (Buried-Bumper-Syndrom) zu verhindern. Hierbei wird die Sonde mindestens 2–3 cm hin- und hergeschoben und jeweils nach links und rechts rotiert (bei jejunaler Lage darf eine Rotation bzw. Mobilisation nicht stattfinden). Weiterhin wird die Sondenaustrittsstelle desinfiziert, auf Entzündungszeichen hin überprüft und anschließend mittels Schlitzkompressen, Mullkompressen und einem Stretchpflaster wieder abgedeckt.

Die Pflege und der Umgang mit dem **SPK** entsprechen in etwa der Pflege bei liegendem transurethralem Dauerkatheter und beschränken sich im Wesentlichen auf den Verbandwechsel. Bei reizloser, trockener Punktionsstelle und unter häuslichen Bedingungen ist es möglich, trocken zu verbinden. Nach Neuanlage wird die Einstichstelle täglich auf Entzündungszeichen kontrolliert, desinfiziert und steril verbunden. Bei reizloser Einstichstelle kann der Verbandwechsel in größeren Intervallen, z. B. alle 2 bis 3 Tage, maximal für bis zu 14 Tage, im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (HKP) stattfinden [1]. Die dabei verwendeten Materialien entsprechen den oben genannten für die Versorgung einer PEG.

Versorgungspauschalen bei PEG-Sonden

Im Bereich der Versorgung mit einer PEG-Ernährungs-sonde haben einige Krankenkassen Verträge mit Apotheken und anderen Lieferanten zur enteralen Ernährung abgeschlossen, die eine wirtschaftliche pauschale Vergütung für Verbandmaterialien im Zusammenhang mit einer PEG-Ernährungs-sonde vorsehen.

Die nachstehende Tabelle (Tabelle 1) gibt eine Übersicht über die derzeit bestehenden Regelungen der Krankenkassen (Stand: 01.05.2023).

Tabelle 1: Übersicht über vertragliche Regelungen zur Verordnung von Verbandmaterialien bei Patienten mit PEG-Ernährungs sonden

Krankenkasse	Monatspauschale PEG ¹		Verordnung von Einzelprodukten	
	Apotheke	Andere Lieferanten	Apotheke	Andere Lieferanten
AOK Baden-Württemberg	X (15 Euro)	X (15 Euro)		
Betriebskrankenkassen			X ²	X ²
Barmer		X	X	
Ersatzkassen			X	X
IKK classic		X (15 Euro)	X	
Knappschaft		X (15 Euro)	AEK + 12 % zzgl. Umsatzsteuer	EK nach Lauer-Taxe + MwSt.
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	X (15 Euro)			X

¹ Als Verordnungstext wird empfohlen: „Monatspauschale PEG – Monat [XX]“. Die Auswahl der Produkte erfolgt durch die abgebende Stelle.

² Möglicherweise gelten für einzelne BKKen abweichende Regelungen. Im Einzelfall bitte bei der zuständigen Betriebskrankenkasse nachfragen.

Die oben dargestellten pauschalen Regelungen gelten ausschließlich für die Verordnung im Zusammenhang mit PEG-Ernährungs sonden.

Verordnung von Verbandmaterialien außerhalb der Monatspauschale

Für die Pflege der Sondenaustrittsstellen (PEG oder SPK) stehen neben den Einzelprodukten auch verschiedene Verbandwechselsets zur Verfügung, welche die genannten Verbandmittel (Schlitzkompressen, Mullkompressen und Fixierpflaster) beinhalten. Diese Verbandwechselsets sind für den Anwender zwar komfortabel, da ein Set zusammen verpackt und der gesamte Inhalt für einen Verbandwechsel zu verbrauchen ist. Wirtschaftlich betrachtet ist jedoch die Verordnung der einzelnen Verbandmittel erheblich preisgünstiger, sodass allein durch eine Umstellung des Verordnungsverhaltens eine Einsparung von bis zu über 80 Prozent (je nach Produktauswahl) möglich ist. Dies ist auch sinnvoll im Hinblick auf die Abfallvermeidung.

In der Praxis kann es durchaus der Fall sein, dass Ärztinnen und Ärzte von Heimen und Pflegediensten aufgefor-

dert werden, bestimmte Produkte zu verordnen. Da letzten Endes die Wirtschaftlichkeit in der Verantwortung des Arztes liegt, empfehlen wir Ihnen, die Verordnung nach Wirtschaftlichkeitsgebot vorzunehmen.

Berechnungsbeispiel

Verbandwechselset (PEG- oder SPK-Set) versus Einzelbestandteile

Das nachfolgende Beispiel (Tabelle 2) stellt die Kosten am Beispiel eines PEG-Verbandwechselsets¹ mit den jeweiligen im Set verwendeten Einzelbestandteilen vergleichend dar. Da alle Produkte vom gleichen Hersteller angeboten werden, ist diese Gegenüberstellung besonders repräsentativ.

In dem Beispiel sind die Stückkosten für einen Verbandwechsel sowie die Gesamtkosten für 15 Verbandwechsel abgebildet. Letzteres stellt in der Verordnungspraxis den Regelfall dar und entspricht dem Versorgungsbedarf von etwa einem Monat.

Tabelle 2: Preisübersicht über PEG-Sonden-Verbandmaterial

	Inhalt/Beschreibung	Verfügbare Menge	Vertragspreis ¹	Stückkosten (für 1 VBW)	Gesamtkosten (für 15 VBW)
Vliwasoft Kompressen (PZN 06325571)	7,5 x 7,5 cm steril 4-fach	75 x 2	41,29 Euro		
Vliwasoft Schlitzkompressen (PZN 06868768)	7,5 x 7,5 cm steril 4-fach	50 x 2	49,44 Euro		
Vliwasoft Schlitzkompressen (PZN 09312511) ²	7,5 x 7,5 cm steril 4-fach	25 x 2	20,79 Euro		
Curafix H Fixierpflaster (PZN 07299663)	15 cm x 10 m	1 (83 St., je 15 x 12 cm)	56,98 Euro		
			168,50 Euro	2,25 Euro	33,70 Euro
PEG Verbandwechsel-Set, steril (PZN 00647664) ³	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 Vliwasoft Kompressen 4-fach ▪ 2 Vliwasoft Schlitzkompressen 4-fach ▪ 1 Curafix-H-Breitfixierpflaster 	15 St.	165,56 Euro	11,04 Euro	165,56 Euro
			Einsparpotenzial:	80 %	

¹ Vertragspreise zwischen der AOK Baden-Württemberg und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) mit dem LAV Baden-Württemberg (Vertragspreise anderer Krankenkassen können abweichen) (Quelle: Lauer-Taxe, Stand: 15.04.2023)

² Dieser Artikel wurde mit einberechnet, um die Gesamtmenge an die der Kompressen anzupassen.

³ Dieser Artikel ist nach Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg eines der am häufigsten verordneten Produkte dieser Produktgruppe im Abrechnungsjahr 2022 (Quelle: AOK Baden-Württemberg, Stand: April 2023)

Das Berechnungsbeispiel zeigt, dass die Verordnung der Einzelbestandteile ein enormes Einsparpotenzial von 80 Prozent ermöglicht. Trotz der größeren Menge ist die Verordnung der Einzelbestandteile bereits ab dem ersten Monat signifikant wirtschaftlicher und daher einer Verordnung von PEG-/SPK-Sets vorzuziehen.

Diese Aussage gilt auch für die nächstgrößere Packung, die 30 PEG-/SPK-Sets beinhaltet. Die Kosten und das errechnete Einsparpotenzial verhalten sich analog dem oben aufgeführten Beispiel.

Fazit: Die Verordnung der Einzelbestandteile ist trotz der größeren Packungsgrößen bereits ab dem ersten Verordnungsmonat deutlich wirtschaftlicher als die Verordnung einer Packung PEG-/SPK-Sets.

Weitere Ansatzpunkte zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit

Verordnungen für HKP-Patienten

Um die Wirtschaftlichkeit zu steigern, haben die Krankenkassen in Baden-Württemberg individuelle Vereinbarungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege (HKP) getroffen. So sind beispielsweise bei den meisten Krankenkassen in Baden-Württemberg die Kosten für Fixierpflaster bei HKP-Patient*innen bereits durch die damit verbundene Kostenpauschale abgegolten. Eine Verordnung von Fixierpflastern ist daher in diesen Fällen nicht notwendig.

Die nachstehende Übersicht (Tabelle 3) stellt die jeweiligen Regelungen der Krankenkassen in Baden-Württemberg für HKP-Patienten genauer dar.

Tabelle 3: Regelungen bei HKP-Patienten mit Verbandwechsel bei PEG-Sonden oder SPK

Krankenkasse	Regelung bei HKP-Patienten
AOK Baden-Württemberg	Kosten für Fixierpflaster durch HKP-Kostenpauschale abgegolten
Betriebskrankenkassen	Kosten für Fixierpflaster durch HKP-Kostenpauschale abgegolten
Ersatzkassen (außer TK, DAK)	Kosten für Fixierpflaster durch HKP-Kostenpauschale abgegolten*
IKK classic	Kosten für Fixierpflaster durch HKP-Kostenpauschale abgegolten
Knappschaft	Kosten für Fixierpflaster durch HKP-Kostenpauschale abgegolten
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	Kosten für Fixierpflaster durch HKP-Kostenpauschale abgegolten

* Möglicherweise gelten für einzelne Ersatzkassen abweichende Regelungen. Im Einzelfall bitte bei der zuständigen Ersatzkrankenkasse nachfragen.

Die Verordnung der oben genannten Monatspauschalen bleibt davon unberührt.

Wirtschaftliche Auswahl der Verbandmaterialien

Auch die Auswahl der einzelnen Verbandmaterialien hat Auswirkung auf die Wirtschaftlichkeit: Da Vlieskompressen teurer sind als Mullkompressen, ist anzuraten, sofern es im Einzelfall medizinisch möglich ist, Mullkompressen anstelle von Vlieskompressen zu verordnen (siehe durchschnittliche Kosten im Vergleich, Tabelle 4).

Tabelle 4: Durchschnittskostenberechnung und Einsparpotenzial (Datenbasis: Durchschnittswerte der 2022 mit der AOK Baden-Württemberg abgerechneten Produkte)

	Vlieskomresse (7,5 x 7,5 cm)	Mullkomresse (7,5 x 7,5 cm)
Durchschnittliche Stückkosten	0,32 Euro	0,12 Euro

Die Kosten für Verbandmaterialien (Einzelverordnung oder Pauschale) fließen in das richtwertrelevante Verordnungsvolumen (AT 57 „Sonstige Wundbehandlung“) für Arzneimittel ein.

Fazit

Die nachstehend aufgeführten Punkte sollten im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) bei Verordnungen für PEG-/SPK-Patienten unbedingt berücksichtigt werden:

- Im Zusammenhang mit einer PEG-Ernährungssonde gibt es bei einigen Krankenkassen monatliche Versorgungspauschalen, die die wirtschaftlichste Versorgung darstellen.
- Gibt es keine monatliche Versorgungspauschale bei der jeweiligen Krankenkasse, so spart die Verordnung der Einzelbestandteile (Kompressen, Schlitzkompressen, Fixierpflaster) im Vergleich zum Verbandset bis zu 80 Prozent an Kosten (siehe Beispiel in Tabelle 2), und es wird zusätzlich anfallendes Verpackungsmaterial reduziert.
- Trotz der größeren Packungsgrößen ist die Verordnung der Einzelbestandteile bereits ab dem ersten Verordnungsmonat wirtschaftlich.
- Bei HKP-Patienten bestimmter Krankenkassen sollte auf die Verordnung der Fixierpflaster verzichtet werden, da diese durch die damit verbundene Kostenpauschale im ambulanten Bereich abgegolten sind.
- Die Verordnung von Mullkompressen anstelle von Vlieskompressen erhöht zusätzlich die Wirtschaftlichkeit.

Die Kosten der Verbandmittel fließen in das richtwertrelevante Verordnungsvolumen für Arzneimittel ein.

Literatur

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie) in der Fassung vom 17. September 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 21a (Beilage) vom 9. Februar 2010, in Kraft getreten am 10. Februar 2010, zuletzt geändert am 19. Januar 2023, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 10.03.2023 B4), in Kraft getreten am 11. März 2023. <https://www.g-ba.de/richtlinien/11/>



Einzelfallprüfungen bei Arzneimitteln: Prolia® (Denosumab) ohne Vortherapie

Für die Therapie der Osteoporose stehen mehrere Wirkstoffe aus unterschiedlichen Wirkstoffklassen zur Verfügung. Ein Arzneimittel, das dabei häufig in den Fokus von Einzelfallprüfungen rückt, ist Prolia® mit dem Wirkstoff Denosumab. Der Einsatz von Prolia® ohne Vortherapie ist jedoch meist unwirtschaftlich. Der Artikel soll eine Übersicht zu den Voraussetzungen der wirtschaftlichen Verordnungsweise von Denosumab in der Therapie der Osteoporose geben.

Das Arzneimittel Prolia® mit dem monoklonalen Antikörper Denosumab als Wirkstoff ist unter anderem zugelassen zur Behandlung der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern, jeweils mit erhöhtem Frakturrisiko. Dabei stellt Denosumab kein Mittel der ersten Wahl dar [2].

Im Folgenden geben wir den konsentierten Leitfaden der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen (GPE) zur Wirtschaftlichkeit der medikamentösen Therapie der Osteoporose wieder [3]:

Die Therapieeinleitung bei Osteoporose sollte mit einem der oralen Bisphosphonate erfolgen. Diese sind aufgrund von Wirksamkeit, Sicherheit, klinischer Evidenz und Kostengründen Mittel der ersten Wahl bei moderatem Risiko.

Intravenöse Bisphosphonate sind angezeigt bei Bettlägerigkeit (cave: Verätzung der Speiseröhre durch orale Präparate), Malassimilation oder gastrointestinalen Unverträglichkeitsreaktionen. Letztere müssen zeitlich eindeutig mit der oralen Bisphosphonat-Therapie assoziierbar sein. Die Unverträglichkeit sollte hierbei gut dokumentiert sein.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot

Gemäß § 12 SGB V müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.

Die Arzneimittel-Richtlinie schreibt außerdem in § 9 vor, dass bei Vorliegen mehrerer **gleichwertiger** Behandlungsstrategien diejenige gewählt werden soll, die unter Beachtung der Tagestherapiekosten und der Gesamtbehandlungsdauer die wirtschaftlichste ist.

Im Hinblick auf die Verordnung von Prolia® wird deutlich, dass es nicht Mittel der ersten Wahl sein kann, da zunächst wirtschaftlichere Therapiealternativen zur Verfügung stehen.

Prolia® kann in folgenden Fällen eine Option darstellen:

- Wenn es in den ersten ein bis zwei Jahren unter konsequenter Behandlung mit Bisphosphonaten (oral und intravenös) zu keiner Abnahme der Frakturhäufigkeit kommt
- Bei Vorliegen einer Unverträglichkeit gegenüber Bisphosphonaten (oral und intravenös)
- Bei Einnahmeschwierigkeiten von oralen Bisphosphonaten, wenn intravenöse Präparate nicht in Frage kommen oder vertragen werden
- Bei Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Nierenfunktionsstörung unter Angabe der GFR (< 35 bzw. < 30 ml/min, je nach Substanz)



Weiterer Prüfgrund bei Osteoporosetherapie

Ein weiterer Grund für Einzelfallprüfungen durch die Krankenkassen, welcher eng mit diesem Thema verbunden ist, betrifft die Zulassung: Achten Sie bei der Auswahl des Bisphosphonates darauf, für welches Geschlecht es eine Zulassung besitzt: Viele Präparate sind nur für Frauen zugelassen. In diesen Fällen stellt die Verordnung bei einem Mann einen Off-Label-Use dar.

Fazit

- Denosumab (Prolia®) ist aus Gründen der Wirtschaftlichkeit immer ein Medikament der zweiten Wahl.
- Orale oder gegebenenfalls intravenöse Bisphosphonate sind zunächst zu bevorzugen.
- Kommen Bisphosphonate nicht in Frage oder werden diese nicht vertragen, kann Denosumab eine Therapiealternative darstellen.
- Einen kompletten Überblick über die Therapieoptionen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit liefert der Therapieleitfaden zur medikamentösen Osteoporose-Therapie der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen [3].

Literatur

- [1] Fachinformation Prolia®. www.fachinfo.de
- [2] Kassenärztliche Bundesvereinigung: Wirkstoff AKTUELL – Denosumab (Ausgabe 6/2018). https://www.kbv.de/media/sp/Wirkstoff_AKTUELL_Denosumab.pdf
- [3] Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg: Osteoporose – Konsentierete Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der medikamentösen Therapie (Stand: 11.04.2023). https://www.gpe-bw.de/fileadmin/user_upload/Fachaerztgruppen/Osteoporose/20230411_Osteoporose_fV.pdf

Vom Rezept zum Medikament – was passiert in der Apotheke?

Das Ausstellen von Arzneimittelrezepten gehört zur täglichen ärztlichen Routine. Hierbei sind eine Menge Vorschriften und Formalitäten zu beachten – von der korrekten Indikationsstellung über die Notwendigkeit bis zur Wirtschaftlichkeit des Medikaments. Was aber passiert mit dem Rezept, nachdem es dem Patienten ausgehändigt worden ist? Wie erhält der Patient sein Arzneimittel? Dieser Artikel soll zum interdisziplinären Verständnis zwischen Arzt und Apotheker beitragen.

Die einfache und naheliegende Antwort lautet: Der Patient geht in eine Apotheke, der Apothekenmitarbeiter (dies kann ein Apotheker oder eine pharmazeutisch-technische Assistentin [PTA] sein), holt das verordnete Medikament aus dem Apothekerschrank und händigt es dem Patienten aus.

In Wirklichkeit ist der Vorgang in der Apotheke komplexer, als er auf den ersten Blick erscheinen mag. Auch hier gibt es ähnlich wie in der Arztpraxis einige Dinge zu beachten, bevor die Apotheke das Rezept beliefern darf. Von der Übergabe des Rezeptes an den Apothekenmitarbeiter bis zum Aushändigen des Medikaments an den Patienten ist es ein langer Weg, der zur Veranschaulichung für das klassische rosa Kassenrezept (Muster 16) dargestellt wird.

Formale Prüfung

Am Anfang steht die formale Überprüfung des Rezeptes. Zuerst überprüft die Apothekenmitarbeiterin oder der Apothekenmitarbeiter, ob alle Angaben, die das Rezept laut der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) enthalten muss, vorhanden und vollständig sind. Die AMVV gibt 10 Punkte vor, die ein korrekt ausgestelltes Rezept enthalten muss:

- Name, Vorname, Berufsbezeichnung und Anschrift der Praxis oder der Klinik der verschreibenden Person einschließlich einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme (die genaue Ausgestaltung je nach Praxiskonstellation können Sie dem Merkblatt „Rezeptformalismus: Was Ärzte dazu wissen sollten“ entnehmen)



www.kvbawue.de/pdf4286

- Datum der Ausfertigung
- Name und Geburtsdatum der Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist
- Bezeichnung des Fertigarzneimittels oder des Wirkstoffes einschließlich der Stärke
- Bei einem Arzneimittel, das in der Apotheke hergestellt werden soll, die Zusammensetzung nach Art und Menge oder die Bezeichnung des Fertigarzneimittels, von dem eine Teilmenge abgegeben werden soll, sowie eine Gebrauchsanweisung; einer Gebrauchsanweisung bedarf es nicht, wenn das Arzneimittel unmittelbar an die verschreibende Person abgegeben wird
- Darreichungsform
- Abzugebende Menge des verschriebenen Arzneimittels
- Die Dosierung; dies gilt nicht, wenn dem Patienten ein Medikationsplan, der das verschriebene Arzneimittel umfasst, oder eine entsprechende schriftliche Dosierungsanweisung einer verschreibenden Person vorliegt und wenn die verschreibende Person dies in der Verschreibung kenntlich gemacht hat (Kürzel: »Dj«) oder wenn das verschriebene Arzneimittel unmittelbar an die verschreibende Person abgegeben wird
- Eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person oder, bei Verschreibung in elektronischer Form, deren qualifizierte elektronische Signatur [1]



Mittlerweile kann dieser Prozess durch Scannerkassen unterstützt werden. Mit deren Hilfe werden die Rezepte gescannt und mittels Texterkennung ausgewertet, sodass der Apothekenmitarbeiter eventuelle Formfehler unmittelbar erkennen kann.

Weitere Pflichtangaben

Für die Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen gibt der Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung noch weitere Pflichtangaben wie beispielsweise BSNR oder das Kassen-IK vor [2].

Alle Pflichtangaben müssen auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft werden [2, 3]. Sind die Angaben unvollständig oder unklar, ist eine korrekte Belieferung eines Rezeptes und dessen vollständige Abrechnung nicht möglich bzw. erst möglich, wenn die Unklarheiten ausgeräumt sind.

Seit 1. November 2020 muss bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die Dosierung auf Arzneimittelverordnungen angegeben werden oder es muss gekennzeichnet werden, ob dem Patienten ein bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP) oder eine schriftliche Dosierungsanweisung vorliegt [4].

Besonders wichtig: die Rezeptgültigkeit

Ein besonderes Augenmerk wird auf das Ausstellungsdatum gelegt. Hier ist je nach Rezeptart bzw. verordnetem Arzneimittel eine unterschiedlich lange Gültigkeit festgelegt.

Die klassischen Muster-16-Kassenrezepte können bis zu 28 Tage zulasten der GKV eingelöst werden. Danach besteht für den Patienten noch für weitere zwei Monate die Möglichkeit, diese als Privat Rezept einzulösen. Eine Ausnahme gibt es bei der Verordnung von Retinoiden zur Behandlung der Akne (Isotretinoin und Alitretinoin): Hier ist die Verschreibung bei Frauen im gebärfähigen Alter sechs Tage ab Ausstellung gültig. Auch wird die Höchstmenge je Verschreibung auf einen Bedarf von 30 Tagen begrenzt [5].

Betäubungsmittel-Rezepte (BtM-Rezepte) müssen innerhalb von sieben Tagen nach dem Ausstellungstag ein-

gelöst werden [6]. T-Rezepte müssen verwendet werden bei einer Verordnung von Thalidomid, Lenalidomid und Pomalidomid. Hierbei gilt eine Gültigkeit von sechs Tagen nach dem Ausstellungsdatum inklusive Belieferung und Abgabe an den Patienten [7].

Das Entlassrezept zum Ende eines stationären Krankenhausaufenthalts ist drei Werkstage inklusive Ausstellungsdatum gültig. Dies gilt für Muster-16-, BtM- und T-Rezepte.

Alle Erstattungsfristen und die einzelnen Gültigkeitsdauern der Rezepte sind im Merkblatt „Gültigkeitsdauer bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege, SAPV und Krankentransport“ aufgeführt.



www.kvbawue.de/pdf842

Wirtschaftliche Auswahl des Medikaments

Im nächsten Schritt wird überprüft, ob das Arzneimittel eindeutig benannt ist. Für eine Verordnung gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten. Die erste, häufiger genutzte Möglichkeit ist die Verordnung von Fertigarzneimitteln. Hier müssen der Handelsname und, sofern nicht bereits aus dem Handelsnamen ersichtlich, zusätzlich die Wirkstärke, die Darreichungsform, die Packungsgröße/Normgröße und, sofern verfügbar, die Pharmazentralnummer (PZN) aufgedruckt werden [8]. Das händische Ausstellen eines Rezeptes ist ebenfalls möglich. Hierbei und auch bei der Wirkstoffverordnung muss die PZN nicht angegeben werden [9].

Die zweite Möglichkeit ist die Wirkstoffverordnung, dazu muss die Verordnung den Wirkstoff, die Wirkstärke und die Darreichungsform enthalten. Weiter muss die abzugebende Menge des Arzneimittels benannt werden. Ergeben sich aus der Verordnung keine Unklarheiten oder Rückfragen, die noch geklärt werden müssten, wird das abzugebende Arzneimittel mit Hilfe der Apotheken-Software herausgesucht.

Bei der Auswahl des Arzneimittels (Verordnung ohne Aut-idem-Kreuz) muss sich die Apotheke an den Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung halten. Dieser gibt

die Abgaberangfolge an. Vorrangig ist ein rabattiertes Arzneimittel abzugeben. Präparate mit einem Rabattvertrag sind für die jeweilige Krankenkasse die wirtschaftlichste Lösung [10]. Die Rabattverträge werden zwischen dem pharmazeutischen Unternehmer und der Krankenkasse geschlossen und laufen in der Regel für zwei Jahre. Nach Ablauf des Rabattvertrags werden die einzelnen Wirkstoffe neu ausgeschrieben, und die Hersteller können sich erneut darauf bewerben. Den Krankenkassen ist es aktuell freigestellt, mit wie vielen Herstellern Verträge geschlossen werden. Manche Kassen schließen nur mit einem Hersteller einen Vertrag ab, andere Kassen haben Verträge mit mehreren Partnern.

Keine rabattbegünstigte Abgabe möglich

Ist kein rabattvertragskonformes Arzneimittel in der Apotheke vorrätig und kann auch keines über den Apothekengroßhändler bezogen werden oder wenn kein

Rabattvertrag existiert, muss die Apotheke ein Arzneimittel aus den vier preisgünstigsten auswählen. Ist auch hier kein Arzneimittel verfügbar, folgt das nächste preisgünstige Medikament usw. Auf dem Rezept wird dieser Vorgang mit einem sogenannten Sonderkennzeichen (Sonder-PZN) und einem entsprechenden Faktor vermerkt. Dies ist notwendig, damit die Krankenkassen nachvollziehen können, aus welchem Grund kein Rabattarzneimittel abgeben worden ist bzw., falls kein Rabattvertrag vorliegt, nicht eines der vier preisgünstigsten Arzneimittel beliefert wurde. Vergisst die Apotheke die Sonder-PZN, kann die Krankenkasse das Rezept retaxieren.

Die Sonder-PZN wird in das Taxationsfeld an die erste Stelle gedruckt (Abbildung 1) [11], und die unterschiedlichen Fälle werden mit Hilfe von Faktoren (Tabelle 1) beschrieben.

Tabelle 1: Übersicht über die Faktoren des Sonderkennzeichens 02567024 („Nichtverfügbarkeit eines Arzneimittels“)

Faktor	Fall	Hinweis
1	Abgabe gemäß Rahmenvertrag	
2	Nichtverfügbarkeit eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels	Nachweis der Nichtverfügbarkeit dokumentieren
3	Nichtverfügbarkeit eines preisgünstigen Fertigarzneimittels bzw. Abweichung von der Importabgabe aufgrund von Nichtverfügbarkeit	
4	Nichtverfügbarkeit eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels sowie eines preisgünstigen Fertigarzneimittels	
5	Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels aufgrund eines dringenden Falles	Begründung auf dem Rezept dokumentieren und abzeichnen
6	Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels sowie eines preisgünstigen Fertigarzneimittels / Abweichung von der Importabgabe aufgrund eines dringenden Falles	
7	Abgabe eines vom Versicherten verlangten „ Wunscharzneimittels “	
8	Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels aufgrund sonstiger Bedenken (pharmazeutische Bedenken)	Begründung auf dem Rezept dokumentieren und abzeichnen
9	Nichtabgabe eines rabattbegünstigten sowie eines preisgünstigen Fertigarzneimittels / Abweichung von der Importabgabe aufgrund sonstiger Bedenken (pharmazeutische Bedenken)	

Abbildung 1: Taxationsfeld des Muster-16-Verordnungsvordrucks

BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
6	7	8	9		+8888888+	
Zuzahlung			Gesamt-Brutto			
0			325,63			
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.				Faktor	Taxe	
1. Verordnung 2567024				312	0	
2. Verordnung 1737530					25925	
3. Verordnung 3429028					5497	
8533894				Vertragsarztstempel 1141		

In diesem Beispiel (Abbildung 1) sind für die erste und dritte Verordnung eine Nichtverfügbarkeit von einem Fertigarzneimittel angezeigt worden. Für das erste Arzneimittel wird der Grund mit dem Faktor 3 beschrieben. Dieser ist eine Nichtverfügbarkeit eines preisgünstigen Fertigarzneimittels bzw. Abweichung von der Importabgabe. Das zweite Medikament kann nach den Vorgaben des Rahmenvertrags abgegeben werden (Faktor 1). Bei dem dritten Arzneimittel ist wieder eine Nichtverfügbarkeit vermerkt. Diesmal mit dem Faktor 2, das heißt, dass das rabattbegünstigte Fertigarzneimittel nicht lieferbar ist.

Besteht die Notwendigkeit eines sofortigen Therapiebeginns, z. B. bei einer Akutversorgung oder im Notdienst, steht der Apotheke hierfür ebenfalls eine Sonder-PZN zur Verfügung. Wird beispielsweise ein Antibiotikum oder ein Virostatikum verordnet und das rabattierte oder ein preisgünstiges Arzneimittel ist nicht vorrätig, kann in einem dringenden Fall ein vorrätiges nicht-rabattiertes oder anderes preisgünstiges Arzneimittel abgegeben werden. Hierzu ist neben der Sonder-PZN noch ein handschriftlicher Vermerk mit einer Begründung auf dem Rezept zu notieren.

Eine weitere Möglichkeit für die Apotheke, von der Abgaberangfolge abzuweichen, sind pharmazeutische Bedenken. Diese können im Einzelfall geltend gemacht werden, wenn u. a. die Arzneimitteltherapiesicherheit oder die Therapie trotz Beratung nicht sichergestellt ist. Auch in diesem Fall ist ein Vermerk der Apotheke notwendig [12].

Ist die Auswahl des Arzneimittels abgeschlossen, erfolgt die Beratung des Patienten. Die Beratung umfasst insbesondere Informationen zur Arzneimittelsicherheit, zur sachgerechten Anwendung und ggf. auch über Neben- oder Wechselwirkungen, zur Aufbewahrung und Entsorgung [13]. Wenn die Patientin oder der Patient keinen weiteren Informations- und Beratungsbedarf haben, wird das Medikament abgegeben.

Das Rezept wird in der Apotheke bedruckt und zur Abrechnung an ein Apothekenrechenzentrum geschickt. Dort werden die Rezepte aus den einzelnen Apotheken gesammelt und im Anschluss mit den jeweiligen Krankenkassen abgerechnet.

Die während der Corona-Pandemie eingeführten erweiterten Austauschregeln sind in den § 423 SGB V überführt worden, laufen allerdings zum 31. Juli 2023 aus. Teile dieser Regeln werden durch den Gesetzgeber zum 1. August 2023 dauerhaft ins SGB V überführt. Demnach können Apotheken von dem gemäß Rahmenvertrag abzugebenden Arzneimittel ohne Rücksprache mit dem Arzt bei einer Nichtverfügbarkeit abweichen und dieses gegen ein verfügbares wirkstoffgleiches Arzneimittel austauschen. Abgewichen werden darf, solange die verordnete Wirkstoffmenge nicht überschritten wird, im Hinblick auf

- die Packungsgröße
- die Packungsanzahl
- die Abgabe von Teilmengen aus der Packung eines Fertigarzneimittels, soweit die verordnete Packungsgröße nicht lieferbar ist
- die Wirkstärke, sofern keine pharmazeutischen Bedenken bestehen.

Nicht übernommen worden ist die sogenannte „Aut-simile“-Regelung, bei der es der Apotheke nach Rücksprache

mit dem Arzt möglich war, ein pharmakologisch-therapeutisch vergleichbares Arzneimittel abzugeben. Hier muss ein neues Rezept ausgestellt werden.

Fazit

- Die Apotheke ist verpflichtet, die formale Korrektheit eines Rezeptes zu überprüfen. Bei Unklarheiten darf das Rezept nicht beliefert werden.
- Der Rahmenvertrag gibt die Abgaberangfolge der verschiedenen Arzneimittel vor, die den gleichen Wirkstoff enthalten, wenn der Arzt den Austausch zulässt.
- Eine Nichtbeachtung der Abgaberangfolge kann bei der Apotheke zu Retaxationen führen.
- In bestimmten Fällen, z. B. bei Lieferschwierigkeiten, im Akutfall oder bei pharmazeutischen Bedenken, kann die Abgaberangfolge mit Hilfe der Sonderkennzeichen umgangen werden.

E-Rezept

Mit der Einführung des E-Rezeptes wird die formale Prüfung eines Rezeptes für Apotheken einfacher. Fehlende Pflichtangaben werden beispielsweise direkt bei der Ausstellung erkannt, und das E-Rezept lässt sich nicht auf den E-Rezept-Server laden. Nachträgliche Korrekturen werden jedoch voraussichtlich nicht mehr möglich sein, weil es sich um einen signierten Datensatz handelt, der nur unverändert rechtswirksam ist. Wollen Sie etwas korrigieren, dann löschen Sie das E-Rezept und erstellen ein neues.

Für die Apotheken werden voraussichtlich dieselben Heilungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen wie beim Papierverfahren. Die Umsetzung ist allerdings noch in der Klärung.

Literatur

- [1] § 2 AMVV
- [2] § 6 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V
- [3] § 17 ApBetrO
- [4] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Muster 16 Ausfüllhilfe. <https://www.kvbawue.de/pdf61>
- [5] § 3b AMVV
- [6] § 12 BtMVV
- [7] § 3a AMVV
- [8] Anforderungskatalog nach § 73 SGB V für Verordnungssoftware P3 721
- [9] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Neu: Automatischer Aufdruck der PZN auf dem Rezept (Nachricht vom 9. April 2018). <https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/neu-automatischer-aufdruck-der-pzn-auf-dem-rezept>
- [10] §§ 10–13 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V
- [11] Technische Anlage 1 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V
- [12] § 14 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V
- [13] § 20 ApBetrO
- [14] § 17 ApBetrO, § 129 SGB V
- [15] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Lieferengpässe bei Medikamenten: Erweiterte Austauschregeln (Nachricht vom 20. Juni 2023). <https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/lieferengpaesse-bei-medikamenten-erweiterte-austauschregeln>

Neuer Verordnungshinweis zu Impfstoff-Bezugswegen

Mit der Informationsstrategie „Agiles Frühwarnsystem“ will die KVBW die Prüfprävention im Arzneimittelbereich verbessern. Ein Baustein dieser Strategie sind die Verordnungshinweise. Im dritten Quartal 2023 (Daten 1/2023) wird ein weiterer Verordnungshinweis eingeführt, der der Prävention von Einzelfallprüfungen aufgrund falsch verordneter Impfstoffe dienen soll. Die Einzelheiten stellen wir Ihnen hier vor.

Als Auftakt des Frühwarnsystems wurden Informationen zu Ausschlüssen und Einschränkungen durch die Arzneimittel-Richtlinie in einem Verordnungshinweis vereint. Weitere Verordnungshinweise zeigen Verstöße gegen die

Sprechstundenbedarfsvereinbarung und die Zielerreichung an. Diese sollen vor möglichen Einzelfallprüfungen warnen, wobei der Verordnungshinweis zu den Zielvereinbarungen lediglich informativen Charakter besitzt.

Mit dem Ordnungsquartal 1/2023 kommt der in Abbildung 2 dargestellte Verordnungshinweis zur Impfstoff-Verordnung hinzu. Im Abschnitt 1 der Frühinformation Arzneimittel finden Sie einen symbolischen Hinweis (Abbildung 1) auf diese neue Unterlage, die nur im Mitgliederportal abrufbar ist.

Abbildung 1: Symbolik des neuen Verordnungshinweises in der Frühinformation Arzneimittel



Verordnungshinweis - Bezugswege Impfstoffe

Darstellung von Impfstoffen, für die der falsche Bezugsweg gewählt wurde (Verstöße gegen die Anlage 1 der Schutzimpfungsvereinbarung Baden-Württemberg)

Generell gilt: Der Abschnitt 1 in der Frühinformation Arzneimittel wird nur angezeigt, sofern mindestens ein Verordnungshinweis in dem angezeigten Quartal existiert.

Mit dem neuen **Verordnungshinweis – Bezugswege Impfstoffe** informieren wir über Impfstoff-Verordnungen, für die der falsche Bezugsweg gewählt wurde (Verstöße gegen die Anlage 1 der Schutzimpfungsvereinbarung Baden-

Württemberg). Hier werden zukünftig Verordnungen Ihrer Praxis aufgelistet, deren Bezugsweg nicht korrekt war (Abbildung 2). Ein falsch gewählter Bezugsweg von Impfstoffen ist ein relevantes Prüfthema für Einzelfallprüfungen. Wir weisen außerdem auf Impfstoff-Verordnungen hin, die grundsätzlich keine Kassenleistung nach Schutzimpfungs-Richtlinie sind und privat verordnet werden müssen (z. B. Lebendimpfstoff gegen Herpes zoster).

Abbildung 2: Verordnungshinweis – Bezugsweg Impfstoffe: detaillierte Darstellung im Mitgliederportal

KVBW · Postfach 800608 · D-70506 Stuttgart

Betriebsstättennummer [REDACTED] | Quartal 4/2022 | Seite 1 von 1

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Verordnungshinweis - Bezugsweg Impfstoffe
Verordnungsberatung Impfungen
0711 7875-3690 | verordnungsberatung@kvbwue.de

Mit dem Verordnungshinweis Bezugsweg Impfstoffe informieren wir über Verordnungen, für die der falsche Bezugsweg gewählt wurde (Verstöße gegen die Anlage 1 der Schutzimpfungsvereinbarung Baden-Württemberg). Die Schutzimpfungsvereinbarung legt fest, dass Krankenkassen Einzelfallprüfungen bei Nichtwahrnehmung des vereinbarten Bezugswegs durchführen können. Bei Versicherten der sonstigen Kostenträger wird der Impfstoff immer auf Namen des Patienten verordnet, unabhängig davon, ob der Impfstoff ansonsten über SSB bezogen wird.

Falsch gewählter Bezugsweg

Aufstellung der Impfstoffe, die verordnet wurden, für die ein falscher Bezugsweg gewählt wurde:

Impfstoff (PZN)	Impfstoff Art	Arztname	Packungsanzahl	Kosten	Gewählter Bezugsweg	Korrektor Bezugsweg
GARDASIL 9 Inj.-Susp. i.e. Fertigspritze (12506213)	Humanes Papillomvirus-Impfstoff (Typen) 6,11,16,18,31,33,45,52,58)	[REDACTED]	1	161,73 €	Auf Namen des Patienten	Über den Sprechstundenbedarf
SHINGRIX Pulver i. Suspension z. Herst. i. Inj.-Susp. (13715670)	Zoster Virus, gereinigtes Antigen	[REDACTED]	2	345,00 €	Auf Namen des Patienten	Über den Sprechstundenbedarf

➔ Ausführliche Informationen zum korrekten Bezugsweg für Impfstoffe finden Sie im [Verordnungsforum 62 \[1\]](#):



www.kvbawue.de » [Presse](#) » [Publikationen](#)
» [Verordnungsforum](#)

sowie auf der [Impfziffernliste \[2\]](#):



www.kvbawue.de » [Praxis](#) » [Verordnungen](#)
» [Impfungen](#)

Fazit

- In der Frühinformation Arzneimittel ist der Abschnitt 1 mit Verordnungshinweisen vorgeschaltet, der vor möglichen Einzelfallprüfungen warnen soll.
- Ab dem dritten Quartal 2023 (Daten 1/2023) kommt folgender Verordnungshinweis hinzu:
 - Verordnungshinweis – Bezugsweg Impfstoffe
- Alle detaillierten Verordnungshinweise, die in der Frühinformation symbolisch dargestellt sind, können nur im Mitgliederportal eingesehen werden.

Literatur

- [1] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Auf dem falschen (Bezugs-)Weg: Einzelfallprüfungen bei Impfstoffen. [Verordnungsforum 2022; 62: 23–6](#). <https://www.kvbawue.de/pdf4385>
- [2] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: [Impfziffern](#) (Stand: Januar 2023). <https://www.kvbawue.de/pdf1243>

Verordnung von Manueller Therapie

Manuelle Therapie (MT) gehört neben der allgemeinen Krankengymnastik (KG) und der Manuellen Lymphdrainage (MLD) zu den am häufigsten verordneten Heilmitteln in der Physiotherapie. Nicht selten bleibt es dann bei Manueller Therapie, wenn weiterhin Bedarf an Physiotherapie besteht. Welche Kriterien gibt es für die Indikationsstellung, auch in Abgrenzung zur allgemeinen KG? Wie sieht es aus mit der langfristigen Anwendung von MT? Der folgende Artikel gibt eine Hilfestellung zur Indikationsstellung unter Berücksichtigung aktueller Leitlinien und den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie. Dieser Artikel wurde durch den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg in Abstimmung mit der Redaktion des Verordnungsforums erstellt.

Grundlagen

Der MT liegt ein komplexes Untersuchungs- und Behandlungskonzept von reversiblen Bewegungsstörungen der Funktionseinheit Gelenk, Muskulatur und Nerv und ihrer Wechselwirkungen zugrunde.

Das Denkmodell der MT geht dabei davon aus, dass durch Techniken der MT neben einer angenommenen biomechanischen Wirkung z. B. mit Verbesserung des Bewegungsausmaßes insbesondere auch eine Beeinflussung von Propriozeptoren und Nozizeptoren mit Bahnung neuronaler Prozesse erfolgt [1]. Unter anderem können durch von außen gesetzte Bewegungen propriozeptive Systeme angeregt werden. Diese hemmen über inhibitorische segmentale, meist GABA-erge Interneurone die Aktivität bestimmter Neurone und reduzieren die sympathische sowie motorische Systemaktivierung mit Detonisierung von Muskulatur im betroffenen Gebiet [2]. Neben der Verbesserung der Mobilität wird lokal auch eine schmerzlindernde Wirkung angegeben.

Zusätzlich gehört zum Konzept der MT die Verbesserung des Selbstmanagements des Patienten, insbesondere bei chronischen, myofaszial bedingten Schmerzen. Hierunter wird verstanden, dass die Betroffenen durch ein eigenes Übungsprogramm, welches Dehnen, Mobilisieren und auch gezielte Kräftigungsübungen beinhaltet, in die Lage versetzt werden, an der Verbesserung mitzuwirken und insbesondere einer erneuten Verschlechterung vorzubeugen. Dazu

gehört auch die Identifikation von negativen Faktoren, die das Gesundheitsproblem unterhalten (z. B. Zwangshaltungen oder chronischer Stress): „Zur nachhaltigen Besserung eines myofaszialen Problems ist die aktive Mitarbeit des Patienten meistens unverzichtbar. Oft entscheidet sie über den Erfolg bzw. Misserfolg ...“ [3].

Wichtige manuelle Behandlungstechniken im Bereich der Physiotherapie sind:

- Weichteiltechniken einschließlich neuromuskulärer Inhibitionstechniken und Muskelenergietechniken (u. a. aktive und passive Dehnung verkürzter Strukturen, Kräftigung von abgeschwächten Antagonisten [4])
- Passive und aktive (Gelenk-)Mobilisationen, jeweils ohne Impuls
- Einweisung in Hausaufgaben bzw. in ein geeignetes Selbstmanagement

Verordnung laut Heilmittel-Richtlinie

Allgemeines

Entsprechend dem Konzept der MT kommt diese ausschließlich als Einzelbehandlung für Betroffene mit Erkrankungen im Bereich der Wirbelsäule und der Extremitätengelenke in Frage, somit für folgende Diagnosegruppen laut Heilmittelkatalog:

- Wirbelsäulenerkrankungen (WS) und
- Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens (EX).

Auch im Rahmen der standardisierten Heilmittelkombination kann, nach ärztlichem oder, wenn nicht näher spezifiziert, nach therapeutischem Ermessen, MT Bestandteil der Maßnahme sein. Die standardisierte Heilmittelkombination ist jedoch nur im Rahmen der genannten Diagnosegruppen WS und EX verordnungsfähig und begrenzt auf 12 Einheiten innerhalb der orientierenden Behandlungsmenge. Diese Begrenzung auf 12 Einheiten gilt auch im Rahmen eines besonderen Verordnungsbedarfs (BVB) oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs (LFH).

Nicht verordnungsfähig ist MT z. B. bei der Diagnosegruppe Chronifiziertes Schmerzsyndrom (CS).

In der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) wird die Indikation der MT wie folgt beschrieben [5]:

„Als Einzeltherapie ... [zur] ... Wiederherstellung oder Minderung reversibler Schädigungen der Gelenkfunktion, der Bewegungssegmente der Wirbelsäule, [bei] Schädigung der Muskelfunktion und [zur] Schmerzlinderung durch Anwendung einer gezielten impulslosen Mobilisation oder durch Anwendung von Weichteiltechniken.“

D. h. in der HeilM-RL wird vorausgesetzt, dass ein wie oben beschriebener Befund vorliegt. Idealerweise verfügt der verordnende Arzt über Kenntnisse in Manueller Medizin oder Chirotherapie. Durch eine manualtherapeutische Untersuchung wurde eine Funktionsstörung festgestellt, die der genannten gezielten Behandlung bedarf. Aber auch ohne spezielle ärztliche Zusatzausbildung oder Erfahrung darf MT verordnet werden.

Vor der Verordnung von Manueller Therapie ist auf die genannten Charakteristika

- eingeschränkte, verbesserbare („reversible“) Beweglichkeit (typischerweise nur in eine Richtung) und/oder
- Funktionsstörungen durch Muskelverkürzung/Muskelsuffizienzen

und dadurch bedingte Schmerzen zu achten. Gleichzeitig sind Kontraindikationen und die Frage, ob die Zielerreichung auch z. B. mit allgemeiner KG möglich ist, zu klären.

Manuelle Therapie und langfristiger Heilmittelbedarf

Unter § 8 HeilM-RL ist definiert, wann bei welchen Diagnosen bzw. Konstellationen von einem langfristigen Heilmittelbedarf ausgegangen werden kann [6]. Liegt eine der Diagnosegruppen WS oder EX vor, so kommt auch das Heilmittel MT in Frage.

Für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 8 HeilM-RL können die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen ausgestellt werden. Auch hier gilt, dass bei jeder weiteren Verordnung ärztlich zu prüfen ist, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist [7]. Sofern das Therapieziel bisher nicht erreicht werden konnte, ist eine Überprüfung des weiteren therapeutischen Vorgehens erforderlich [8], z. B. ob das bisherige Heilmittel weiterhin zielführend erscheint. Insofern ist auch im Rahmen einer vorliegenden langfristigen Genehmigung vor jeder Verordnung zu prüfen, ob weiterhin „... reversible Schädigungen der Gelenkfunktion, der Bewegungssegmente der Wirbelsäule, Schädigung der Muskelfunktion ...“ mit ggf. Schmerzen vorliegen, die der Therapie mit MT bedürfen: „Einmal MT heißt nicht immer MT“.

Ein Wechsel des Heilmittels während eines Krankheitsfalls bzw. der laufenden Behandlung ist gemäß Heilmittel-Richtlinie möglich und richtet sich nach der aktuell vorliegenden Schädigung, der Leitsymptomatik und dem sich hieraus ableitenden Heilmittelbedarf. An dieser Stelle auch der Hinweis auf § 3 Absatz 5 der HeilM-RL: Die Indikation einer Heilmitteltherapie ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern aus der Gesamtbetrachtung, wobei auch person- und umweltbezogene Kontextfaktoren einzubeziehen sind. In Bezug auf Manuelle Therapie ist darunter zu verstehen, dass bei einer Verordnung die Motivation der Patienten hinsichtlich eines verbesserten Selbstmanagements als sogenannter „personbezogener Kontextfaktor“ [9] einzubeziehen ist.

Allgemeine Krankengymnastik und Manuelle Therapie im Vergleich

Im ärztlichen Alltag stellt sich häufig die Frage, welches der beiden Heilmittel vorrangig eingesetzt werden sollte. Der besseren Übersicht halber werden die aus sozialmedizinischer Sicht bestehenden Unterschiede tabellarisch dargestellt (Tabelle 1). Die Inhalte beziehen sich sowohl auf Angaben der Heilmittel-Richtlinie wie auch der Leistungsbeschreibung Physiotherapie (weitere inhaltliche Unterschiede sind an anderen Stellen im Artikel beschrieben).

Tabelle 1: Allgemeine Krankengymnastik und Manuelle Therapie im Vergleich

	Allgemeine Krankengymnastik	Manuelle Therapie
Indikation allgemein	Behandlung von Fehlentwicklungen, Erkrankungen, Verletzungsfolgen und Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane sowie der inneren Organe und des Nervensystems	Behandlung von reversiblen Funktionsstörungen der Einheit Gelenk, Muskulatur und Nerv, mit und ohne vegetative Begleitsymptomatik
Schädigung und Funktionsstörung	Aktive Bewegungsstörungen bei (isolierter) Muskeldysbalance/-insuffizienz, atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen	Bewegungsstörungen, soweit diese Ausdruck einer reversiblen Funktionsstörung der Einheit Gelenk, Muskulatur und Nerv sind
	Kontrakturvermeidung, -lösung, Tonusregulierung	„Hypomobilität“ als eine mögliche Schädigung (Kontrakturvermeidung ist nicht genannt)
	Beeinflussung von Atemmechanik, Atemtherapie	Nur indirekt bei ggf. bestehenden reversiblen Funktionsstörungen z. B. der Rippgelenke
Diagnosegruppen laut Heilmittelkatalog, bei gegebener Leitsymptomatik	WS, EX, CS ZN, PN AT, GE SO2, SO3	WS, EX
Befunderhebung	Allgemeine krankengymnastische Untersuchungsmethoden	Spezielle manualtherapeutische Befunderhebung zur Erkennung von Störungen der Funktionseinheiten
Behandlungstechniken und Inhalte	Vielfältig, gesamtes Repertoire, welches im Rahmen der Ausbildung Physiotherapie vermittelt wird. Möglich sind beispielsweise auch die Behandlung unter Anwendung von Geräten, Einsatz von Massagetechniken, Gangschulung, Schlingentischbehandlungen usw.	Passive und aktive Dehnung verkürzter muskulärer und neuraler Strukturen, Kräftigung abgeschwächter Antagonisten, gezielte Gelenkmobilisation und -stabilisation, in Abhängigkeit der gestörten Funktionseinheit und der erfolgten Diagnostik
	Information, Motivation und Schulung des Patienten über gesundheitsgerechtes und auf die Erkrankung abgestimmtes Verhalten	Schulung in speziellen Gelenk- und Muskelübungen, z. B. zur Automobilisation oder Therapie des muskulären Ungleichgewichts, „Selbstmanagement“
Behandlungshilfen	Z. B. Gymnastikband, Gymnastikball, Therapiekreisel, Schlingentisch, Seilzug- und Sequenztrainingsgerät	Spezielle Behandlungshilfen wie z. B. Mobilisationskeil und Fixationsgurt
Dauer und Verordnungsmenge	15–25 Minuten Orientierende Behandlungsmenge: je nach Diagnosegruppe 18–50 Einheiten In standardisierter Heilmittelkombination möglich	15–25 Minuten Orientierende Behandlungsmenge: 18 Einheiten (Diagnosegruppe WS und EX) In standardisierter Heilmittelkombination möglich
Durchführung	Einzelbehandlung, auch im Bewegungsbad, Gruppentherapie	Ausschließlich Einzelbehandlung
Qualifikation der Leistungserbringer	Ausbildung in Krankengymnastik bzw. Physiotherapie	Ausbildung in Krankengymnastik bzw. Physiotherapie sowie Zusatzqualifikation in Manueller Therapie (mind. 260 Stunden)
Kosten (Stand: 04.01.2023) [10]	Einzelbehandlung: 26,12 Euro Beispiel: 18 Einheiten: 470,16 Euro	Einzelbehandlung: 31,37 Euro Beispiel: 18 Einheiten: 564,66 Euro

Leitliniengestützte Verordnung von Manueller Therapie

Leitlinien der Fachgesellschaften dienen der Entscheidungshilfe in der ärztlichen Tätigkeit. Je nach Entwicklungsstufe handelt es sich dabei um Expertenmeinungen (S1-Leitlinie) bis hin zur systematisch entwickelten Leitlinie einschließlich Auswertung wissenschaftlicher Studien (S3-Leitlinie). Daraus ergeben sich Evidenzklassen (Ia bis IV) und Empfehlungsgrade (A = „Soll“ oder „Soll nicht“, B = „Sollte“ oder „Sollte nicht“, O = „Kann“). Auch wenn Leitlinien von unterschiedlicher methodischer und wissenschaftlicher Qualität sein können und bezogen auf den Einzelfall nicht immer passen, so geben sie wertvolle Hinweise für den ärztlichen Alltag.

Das Fachreferat Reha/Heilmittel/Hilfsmittel des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg hat im April 2023 zum Thema „Manuelle Therapie in den deutschsprachigen AWMF-Leitlinien“ eine Recherche durchgeführt. Stichworte waren „Manuelle“, „Manuelle Therapie“, „Manualmedizin“ oder „Manualtherapie“. Trotz zunächst 209 Treffern über die allgemeine Suchfunktion fanden sich letztlich 17 Leitlinien, die sich auf Erkrankungen, welche den Diagnosegruppen WS und EX zugeordnet werden können, beziehen und eine Aussage zur Manuellen Therapie beinhalten. Zieht man Leitlinien ab, die älter als 5 Jahre sind und sich in Überarbeitung befinden (u. a. Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz), bleiben 12 übrig. Auch werden „Manipulationen“ und „Mobilisation“ teilweise zusammengefasst und nicht getrennt betrachtet.

Insgesamt ist die Evidenz für die Wirksamkeit von MT laut den ausgewerteten Leitlinien als **niedrig** zu bezeichnen. Es gibt insgesamt nur eine „Sollte“-Empfehlung für die gezielte Anwendung von MT, und zwar bei Schultersteife [11], in weiteren Leitlinien zumindest „Kann“-Empfehlungen (z. B. subacromiales Impingement [12]), in Kombination mit anderen Therapiemethoden: „Sollte“ (z. B. Epicondylitis radialis humeri, axiale Spondyloarthritis inklusive M. Bechterew und Frühformen [13, 14]). Zumeist wird die MT in Ergänzung bzw. in Kombination mit weiteren Maßnahmen empfohlen (z. B. bei Epicondylitis radialis humeri, Koxarthrose und nicht-spezifischem Kreuzschmerz [13, 15, 16]).

Genannt wird Manuelle Therapie auch nach Kieferluxationen als eine adjuvante Maßnahme, ohne Angabe eines Empfehlungsgrads [17].

Zur notwendigen Dauer der MT finden sich nur wenige Aussagen, die sich allein auf wenige Wochen wegen nicht ausreichender Datenlage [14] oder wegen kurzfristiger Wirkung [13, 18] beziehen.

Nach bandscheibenbedingten Eingriffen an der Wirbelsäule soll die MT für mindestens 6 Wochen **nicht** durchgeführt werden, ebenso bei radikulärer Symptomatik mit neurologischen Ausfällen [19].

Zusammenfassung der Leitlinien zur MT

In den gültigen AWMF-Leitlinien finden sich nur wenige Aussagen speziell zur MT. Empfehlungen zur Anwendung von MT finden sich am ehesten in Leitlinien zu Erkrankungen der Extremitäten, insbesondere bei der Schultersteife, und dann im Rahmen einer Therapiedauer über wenige Wochen. Dabei geht es vor allem um eine kurzfristige Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, was der Definition zu MT gemäß der Heilmittel-Richtlinie entspricht [5]. Betont wird mehrfach die Wirkung von MT in Kombination mit anderen aktiven Behandlungsmethoden und mit eigenverantwortlichen Maßnahmen des Patienten (Schulung und Eigenübungsprogramm). Insbesondere für die langfristige Anwendung von MT gibt es durch die derzeitigen AWMF-Leitlinien in Deutschland keine Unterstützung.

Indikationsstellung der Manuellen Therapie auf einen Blick

Die Indikation zu dem speziellen therapeutischen Verfahren der MT lässt sich durch folgende Fragen, die jeweils mit „Ja“ zu beantworten sind, charakterisieren:

Inhalt/Beschreibung	
✓	Liegt (ggf. weiterhin oder erneut) eine lokal begrenzte schmerzhafte Störung im Bereich der Funktionseinheit Gelenk, Muskel, Nerv, ggf. mit nervös-reflektorischer Dysfunktion, vor?
✓	Liegt eine nicht-symmetrische Hypo- oder Hypermobilität vor?
✓	Können Kontraindikationen einschließlich „red flags“ [20] ausgeschlossen werden, z. B.: <ul style="list-style-type: none">▪ Destruierende Prozesse, z. B. im Rahmen von Tumoren▪ Fraktur und/oder sonstige Verletzungen▪ Entzündungen, unter anderem auch bei rheumatischen oder degenerativen Prozessen▪ Gefäßerkrankungen im Bereich der HWS▪ frischer Bandscheibenvorfall mit radikulärer Symptomatik, im Bereich der Halswirbelsäule auch ohne radikuläre Symptomatik▪ Rückenmarksmisbildungen▪ degenerative segmentale Instabilität▪ lokale infektiöse Prozesse▪ schwere Osteoporose, Osteomalazie▪ Malformationen, insbesondere der A. vertebralis▪ Blutgerinnungsstörungen mit erhöhtem Blutungsrisiko
✓	Besteht eine positive Prognose für die Zielerreichung, nämlich kurzfristige Besserung der vorliegenden (reversiblen) Schädigung und mittelfristige Stabilisierung des Ergebnisses durch ein geeignetes Selbstmanagementprogramm des Patienten oder der Patientin?
✓	Sind hierzu (allein) die Mittel der Manuellen Therapie erforderlich?

Können alle Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, so spricht dies dafür, dass die Manuelle Therapie (ggf. auch weiterhin) das geeignete therapeutische Mittel darstellt, um das Therapieziel zu erreichen.

Fazit

- Die MT stellt ein spezielles therapeutisches Verfahren der Bewegungstherapie zur Behandlung von reversiblen Funktionsstörungen am Haltungs- und Bewegungsapparat und damit verbundenen Schmerzen dar. Im Vordergrund steht die Mobilisation von Gelenken, die Schmerzlinderung und die Therapie von muskulären Dysbalancen, unterstützt durch eine Anleitung des Patienten zum Selbstmanagement.
- Die Verordnung von MT ist bei den Diagnosegruppen WS und EX verordnungsfähig wie auch im Rahmen der standardisierten Heilmittelkombination. Bei differenzierter Indikationsstellung für MT ist davon auszugehen, dass das Therapieziel mit einer begrenzten Anzahl an Behandlungseinheiten erreichbar ist und das Ergebnis länger anhält.
- Bei der Verordnung sind Kontraindikationen zu beachten.
- Die Art des jeweils notwendigen therapeutischen Verfahrens kann sich im Krankheitsverlauf ändern. Im Rahmen medizinisch notwendiger Folgeverordnungen kann, soweit dies der Heilmittelkatalog bei der jeweiligen Diagnosegruppe zulässt, von MT auf KG und auch umgekehrt gewechselt werden.

Literatur

- [1] Böhni UW, Locher H: Wie funktioniert Manuelle Therapie? In: Böhni UW, Lauper M, Locher H (Hrsg.): Manuelle Medizin 1. 3. Auflage, Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag; 2023. S. 281
- [2] Böhni UW, Locher H: Wie funktioniert Manuelle Therapie? In: Böhni UW, Lauper M, Locher H (Hrsg.): Manuelle Medizin 1. 3. Auflage, Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag; 2023. S. 281–2
- [3] Böhni UW, Locher H: Wie funktioniert Manuelle Therapie? In: Böhni UW, Lauper M, Locher H (Hrsg.): Manuelle Medizin 1. 3. Auflage, Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag; 2023. S. 299–300
- [4] GKV-Spitzenverband: Anlage 1 Leistungsbeschreibung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung (Stand: 21.07.2021), S. 29–39. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/125_physio/125_physiotherapie.jsp
- [5] § 19 Absatz 7 HeilM-RL. <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>
- [6] § 8 Absatz 3–5 HeilM-RL. <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>

- [7] § 6a Absatz 2 HeilM-RL. <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>
- [8] § 6a Absatz 3 HeilM-RL. <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>
- [9] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ICF-Praxisleitfaden 1 – Zugang zur Rehabilitation, 2. Überarbeitete Auflage (Stand: Juni 2015). https://www.kbv.de/media/sp/ICF-Praxisleitfaden_Langfassung.pdf
- [10] GKV-Spitzenverband: Anlage 2 Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung (Stand: 04.01.2023). https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/125_physio/125_physiotherapie.jsp
- [11] S2e-Leitlinie: Schultersteife, Register-Nr.: 187-020 (Stand: 15.03.2022), S. 27. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/187-020>
- [12] S2e-Leitlinie: Subacromiales Impingement, Register-Nr.: 187-060 (Stand: 11.10.2021), S. 21–2. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/187-060>
- [13] S2k-Leitlinie: Epicondylopathia radialis humeri, neue Register-Nr.: 187-052 (Stand: 24.06.2019), Langfassung, S. 13. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/033-019>
- [14] S3-Leitlinie: Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen, Register-Nr.: 060-003 (Stand: 09.11.2018), Langfassung, S. 86. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/060-003>
- [15] S2k-Leitlinie: Koxarthrose, neue Register-Nr.: 187-049 (Stand: 08.07.2019), Langfassung, S. 18. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/187-049>
- [16] Nationale Versorgungsleitlinie (NVL): Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2. Auflage (Stand: 02.03.2017, aktuell in Überarbeitung), S. 71. <https://www.leitlinien.de/themen/kreuzschmerz>
- [17] S3-Leitlinie: Kiefergelenkluxation, Register-Nr.: 007-063 (Stand: 01.04.2022), Kurzfassung, S. 16–7. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/007-063>
- [18] S2e-Leitlinie: Subacromiales Impingement, Register-Nr.: 187-060 (Stand: 11.10.2021), S. 21. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/187-060>
- [19] S2k-Leitlinie: Konservative, operative und rehabilitative Versorgung bei Bandscheibenvorfällen mit radikulärer Symptomatik, neue Register-Nr.: 187-057 (Stand: 31.07.2020), Langfassung, S. 38–40, 90. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/033-048>
- [20] Böhni UW, Locher H: Wie funktioniert Manuelle Therapie? In: Böhni UW, Lauper M, Locher H (Hrsg.): Manuelle Medizin 1. 3. Auflage, Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag; 2023. S. 621

Änderungen im Sprechstundenbedarf

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

Neu ab 01.07.2023 im Sprechstundenbedarf aufgenommen: **Sterile Wattestäbchen für Augenärzte**, jedoch gilt eine Mengenbegrenzung von max. 100 Stück pro Arzt und Quartal.

Medizinisch-technische Mittel	Spezifikation	Anmerkung	Ab wann
Wattestäbchen steril		Nur Augenärzte, max. 100 Stück pro Arzt und Quartal	Ab 01.07.2023

Weiterhin bleiben die unsterilen Wattestäbchen für jede Facharztgruppe und ohne Mengenbegrenzungen verordnungsfähig.

Medizinisch-technische Mittel	Spezifikation	Anmerkung	Ab wann
Wattestäbchen unsteril			

→ Die aktuelle Liste der zulässigen Mittel im Sprechstundenbedarf finden Sie auf unserer Homepage: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Sprechstundenbedarf



Neues auf www.kvbawue.de

Nachrichten

10. Mai 2023

Einigung mit den Krankenkassen auf eine Vergütung für die COVID-19-Schutzimpfungen

Vergütungserhöhung für die Schutzimpfungen gegen Influenza und Hepatitis B

Nach langen Verhandlungen mit allen Krankenkassen in Baden-Württemberg ist eine Einigung für die Vergütung der COVID-19-Schutzimpfungen erzielt worden, welche zum 8. April 2023 in die Regelversorgung überführt worden sind. Es wurde ein Gesamtpaket abgeschlossen, welches neben einer Vergütung für die COVID-19-Impfungen auch eine rückwirkende Vergütungserhöhung der Schutzimpfungen gegen Influenza und Hepatitis B zum 1. April 2023 vorsieht. Eine weitere Vergütungserhöhung für die Schutzimpfungen gegen COVID-19, Influenza und Hepatitis B ist zum 1. Januar 2024 vorgesehen.

Vergütungsübersicht

	Vergütung ab 1. bzw. 8. April 2023	Vergütung ab 1. Januar 2024
Hepatitis B / Influenza	9,50 €	10,00 €
COVID-19 (ab 8. April 2023)	Grundvergütung	9,50 €
	Zuschlag für Dokumentation	3,00 €
	Zuschlag für Mehraufwand Impfstoffe	3,00 €
	Summe	15,50 €
		16,00 €

Somit erhalten Sie für die Durchführung einer COVID-19-Impfung seit dem 8. April 2023 insgesamt 15,50 € bzw. ab dem 1. Januar 2024 16,00 €. Die Zuschläge werden so lange vergütet, wie es den Mehraufwand im Zusammenhang mit den COVID-19-Schutzimpfungen gibt. Die Impfpreise werden außerdem ab 2025 im jeweils kassenüblichen Verfahren angepasst.

Die neuen Beträge sind bereits bei den Ihnen bekannten Gebührenordnungspositionen (Impfziffern) hinterlegt und ab dem 4. Quartal 2023 auch automatisch in den Praxisverwaltungssystemen sichtbar. Für das 2. und 3. Quartal 2023 ist es Ihnen möglich, die Beträge manuell im Praxisverwaltungssystem einzutragen.

19. Mai 2023

Verordnungen in der Videosprechstunde

Verordnung von Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und medizinischer Rehabilitation per Video möglich

Seit dem Frühjahr 2023 können Sie Heilmittel, häusliche Krankenpflege und medizinische Rehabilitation per Videosprechstunde verordnen. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entschieden und die drei Richtlinien entsprechend angepasst.

Per Video möglich ist

- die Verordnung häuslicher Krankenpflege seit dem 11. März 2023,
- die Verordnung von Rehabilitation seit dem 22. März 2023 und
- die Verordnung von Heilmitteln seit dem 12. April 2023.

Was Sie als verordnender Arzt oder Psychotherapeut wissen müssen

- Für eine Verordnung während der Videosprechstunde muss der Patient Ihnen als verordnendem Arzt oder Psychotherapeut grundsätzlich bekannt sein.
- Die ordnungsrelevante Diagnose und/oder die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit muss Ihnen ebenfalls bekannt sein.
- Außerdem darf die Erkrankung des Patienten, etwa aufgrund ihrer Art und Schwere, eine Verordnung in der Videosprechstunde nicht ausschließen.

Für die Verordnung von häuslicher Krankenpflege und Heilmittel per Videosprechstunde gilt zusätzlich:

- Sie dürfen per Video nur Folgeverordnungen ausstellen.
- Für die erstmalige Verordnung ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig.

Für die Verordnung von Rehabilitation per Videosprechstunde gilt zusätzlich:

- Für die Feststellung der Indikation zur medizinischen Rehabilitation in Bezug auf Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und positive Prognose muss ein unmittelbar persönlicher Kontakt zum Patienten bestehen.
- Im Rahmen einer Videosprechstunde kann beispielsweise die weitere Beurteilung zu aktuellen Befunden, der Rehabilitationsprognose oder individuellen Rehabilitationszielen erfolgen.

Weitere Hinweise

Sie als Arzt oder Psychotherapeut entscheiden, ob eine Verordnung in der Videosprechstunde möglich ist. Sofern die Verordnungsvoraussetzung per Video nicht ausreichend beurteilbar ist, sollten Sie als verordnender Arzt oder Psychotherapeut den Patienten in die Praxis einbestellen, um dann dort gegebenenfalls eine Verordnung auszustellen.

Sie sollten Patientinnen und Patienten bereits vor der Videosprechstunde darauf hinweisen, dass die Möglichkeiten zur Befunderhebung zum Zwecke einer Verordnung in diesem Rahmen nur eingeschränkt bestehen.

Generell sind Sie nicht verpflichtet, Videosprechstunden anzubieten. Es besteht für Patienten kein Anspruch auf Verordnungen per Video.

Verordnung nach telefonischem Kontakt

In Ausnahmefällen können Sie Verordnungen von Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege nach telefonischem Kontakt ausstellen. Dies ist möglich, wenn der Patient oder die Patientin wegen der aktuellen Beschwerden bereits in der Praxis oder in der Videosprechstunde war.

Die telefonische Verordnung einer medizinischen Rehabilitation bleibt ausgeschlossen.

31. Mai 2023

Neuaufgabe der Broschüre „Heilmittel richtig verordnen“

Überarbeitete Version mit aktuellen Diagnoselisten

Seit der Einführung der neuen Heilmittel-Richtlinie im Januar 2021 haben sich weitere Veränderungen in der Richtlinie und im Heilmittel-Katalog ergeben. Zudem kam es zu Änderungen in den Diagnoselisten für Besondere Verordnungsbedarfe (BVB) und des Langfristigen Heilmittelbedarfs (LFH). Über alle Veränderungen haben wir Sie in der Vergangenheit bereits informiert.

Wir haben deshalb unsere Broschüre „Heilmittel richtig verordnen“ überarbeitet und verschlankt. Die Aktualisierungen in der Neuaufgabe betreffen sowohl den Heilmittelkatalog als auch die Diagnoselisten für den langfristigen Heilmittelbedarf und die besonderen Verordnungsbedarfe. Die vereinbarten Diagnosen, die den BVB oder LFH zugeordnet sind, entlasten das Heilmittel-Verordnungsvolumen der Praxis. Dies ist im Rahmen einer Heilmittel-Richtwertprüfung von Bedeutung. Bitte nutzen Sie daher in Zukunft die neue Ausgabe der Broschüre.

Die gedruckte Neuaufgabe der Broschüre haben wir zusammen mit dem Verordnungsforum 65 an Sie versandt.

2. Juni 2023

Rückruf des Emerade-Fertigpens 300/500 µg

Ersatzverordnung notwendig – ohne Zuzahlung und Regressrisiko

Alle Emerade[®]-Fertigpens (Adrenalin-haltige Autoinjektoren) werden auf Apotheken- und Patientenebene zurückgerufen. Grund dafür sind Ergebnisse von routinemäßigen Falltests aus 1 m Höhe, bei denen einige der getesteten Pens im Anschluss nicht mehr aktiviert werden konnten oder bereits ausgelöst hatten (die Häufigkeit des Auftretens kann derzeit nicht genau abgeschätzt werden). In diesen Fällen steht dem Patienten die benötigte Adrenalin-Dosis bei einer akuten allergischen Reaktion nicht zur Verfügung.

Bitte kontaktieren Sie alle Ihre Patient*innen, die in den vergangenen 24 Monaten einen Emerade[®]-Fertigpen verordnet bekommen haben. Diese sind aufgefordert, sich einen alternativen Adrenalin-Autoinjektor verordnen zu lassen und danach ihre(n) bisherigen Emerade[®]-Fertigpen(s) in einer Apotheke zurückzugeben. Aufgrund der Marktsituation ist es möglich, dass ein alternativer Adrenalin-Autoinjektor nicht sofort zur Verfügung steht. In diesem Fall sollte der Patient weiterhin seinen alten Pen mit sich führen.

Regelungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

Da es sich um einen behördlichen Rückruf des Arzneimittels handelt, gelten folgende Regeln:

- Auf dem Rezept wird „**Ersatzverordnung gemäß § 31 Absatz 3 Satz 7 SGB V**“ vermerkt. Nutzen Sie dafür die entsprechende Funktion Ihrer Verordnungssoftware.
- Patient*innen müssen keine erneute Rezeptgebühr zahlen.
- Die anfallenden Arzneimittelkosten werden im Fall einer statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit aus dem praxisindividuellen Verordnungsvolumen herausgerechnet.

5. Juni 2023

Retrospektive Erhöhung der Heilmittel-Richtwerte 2023

Teilweise neue Heilmittel-Richtwerte für das Jahr 2023

Die Heilmittel-Richtwerte 2023 wurden aufgrund von Preissteigerungen im Bereich der Physiotherapie rückwirkend zum 1. Januar 2023 angepasst.

Diese neuen, mit den Krankenkassen vereinbarten Richtwerte gelten rückwirkend für das Jahr 2023 und werden im Rahmen der Heilmittel-Richtwertprüfung für das gesamte Jahr 2023 herangezogen.

Die aktualisierte Übersicht der Heilmittel-Richtwerte 2023 finden Sie auf unserer Homepage auf der Heilmittel-Themenseite.

20. Juni 2023

Lieferengpässe bei Medikamenten: Erweiterte Austauschregeln

Höhere Arzneimittelkosten sollen bei Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt werden

Die Versorgungslage in den Praxen zeigt, dass die Lieferengpass-Situation bei Arzneimitteln weiterhin besteht. Damit Sie Ihre Patientinnen und Patienten trotzdem bestmöglich versorgen können, kann es notwendig sein, dass in der Apotheke teurere Arzneimittel abgegeben werden müssen, die zu höheren Verordnungskosten führen.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben eine gemeinsame Sprachregelung veröffentlicht, nach der die Auswirkungen der Lieferengpässe bei Arzneimitteln in der Wirtschaftlichkeitsprüfung von den Krankenkassen und den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen gesondert berücksichtigt werden sollen. Diese Regelung betrifft ausschließlich

Arzneimittel, die unter den Lieferengpassmeldungen auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlicht sind.

In Baden-Württemberg haben sich die Krankenkassen und ihre Verbände und die KVBW auf ein weitergehendes Vorgehen geeinigt. Dieses sieht vor, die Arzneimittel-Verordnungskosten auch bei Lieferengpässen außerhalb der BfArM-Liste engmaschig zu kontrollieren und zu beobachten, ob die Lieferengpässe und die damit verbundenen höheren Arzneimittelkosten zu einem Anpassungsbedarf innerhalb der Richtwertsystematik führen. Auch die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen haben zugesichert, diesen Sachverhalt zu berücksichtigen und statistische Auffälligkeiten im Blick zu behalten.

Erweiterte Austauschregeln für Apotheken

Die während der Corona-Pandemie gültigen Sonderregelungen zum Austausch von Arzneimitteln in Apotheken wurden verlängert. Wenn **aufgrund von Lieferengpässen** bestimmte bevorzugt abzugebende Arzneimittel nicht verfügbar sind, bestehen für Apotheken die folgenden Ausweichmöglichkeiten (**eine Rücksprache mit der verordnenden Praxis ist hierfür nicht erforderlich**):

- Abgabe einer anderen Packungsgröße
- Abgabe einer anderen Packungsanzahl
- Abgabe von Teilmengen aus einer Fertigarzneimittelpackung
- Abgabe einer anderen Wirkstärke, sofern keine pharmazeutischen Bedenken bestehen.

Die verordnete Gesamtmenge des Wirkstoffs darf allerdings nicht überschritten werden. In all diesen Fällen ist **kein neues Rezept notwendig**.

Information der gemeinsamen Arbeitsgruppe Arzneimittel zu Lieferengpässen bei Arzneimitteln



Glossar der Abkürzungen

5-HT	5-Hydroxytryptamin
AEK	Apothekeneinkaufspreis
AGATE	Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AMVV	Arzneimittelverschreibungsverordnung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ApBetrO	Apothekenbetriebsordnung
AT	Arzneimittel-Therapiebereich
aWBG	akutes Winkelblockglaukom
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BKK	Betriebskrankenkasse
BMP	bundeseinheitlicher Medikationsplan
BSNR	Betriebsstättennummer
BtM	Betäubungsmittel
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BVB	besonderer Verordnungsbedarf
CK	Kreatinkinase
COVID	coronavirus disease
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Dj	Dosierungsanweisung vorhanden: ja
EAS	European Atherosclerosis Society
EK	Einkaufspreis
ESC	European Society of Cardiology
GABA	Gamma-Aminobuttersäure
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GFR	glomeruläre Filtrationsrate
GHS	Gutenberg Health Study
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GPE	Gemeinsame Prüfungseinrichtungen
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HKP	häusliche Krankenpflege
Hrsg.	Herausgeber
HWS	Halswirbelsäule
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit
IK	Institutionskennzeichen
IKK	Innungskrankenkasse

IOD	intraokulärer Druck
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KG	Krankengymnastik
KHK	koronare Herzkrankheit
LAV	Landesapothekerverband
LDL	low-density lipoprotein
LFH	langfristiger Heilmittelbedarf
MLD	Manuelle Lymphdrainage
MT	Manuelle Therapie
MwSt.	Mehrwertsteuer
NNT	number needed to treat
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
PCSK 9	Proteasom-Inhibitoren/Proteasom-Inhibitoren Typ 9
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
POWG	primäres Offenwinkelglaukom
PTA	pharmazeutisch-technische/-r Assistent/-in
PZN	Pharmazentralnummer
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SNDRI	Noradrenalin-Dopamin-Reuptake-Inhibitor
SPK	suprapubischer Katheter
SSNRI	selektiver Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor
SSRI	selektiver Serotonin-Reuptake-Inhibitor
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
VBW	Verbandwechsel

Fragen zum Thema Einzelverordnungen

Arzneimittel 0711 7875-3663
verordnungsberatung@kvbawue.de

Impfungen 0711 7875-3690
verordnungsberatung@kvbawue.de

Heil- und Hilfsmittel, Sonstiges 0711 7875-3669
verordnungsberatung@kvbawue.de

Fragen zum Thema Sprechstundenbedarf 0711 7875-3660
sprechstundenbedarf@kvbawue.de

Fragen zum Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung 0711 7875-3630
pruefverfahren@kvbawue.de

Impressum

Verordnungsforum 66
Juli 2023

Herausgeber **KVBW**
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Kontakt verordnungsforum@kvbawue.de

Redaktion Dr. med. Karsten Braun, LL. M. (verantwortlich),
Lorena Curella, Dr. med. Richard Fux,
Dr. med. Antje Herold, Gabriele Kiunke,
Dr. med. Dirk Kölblin, Rebecca Larosa, Karen Schmidt,
Marco Steimle, Dr. rer. nat. Reinhild Trapp,
Dr. med. Michael Viapiano

Autoren KVBW Dr. med. Richard Fux, Rebecca Larosa,
Ulrike Meinzer-Haisch, Tim Möller, Marco Steimle

Autoren extern Dr. med. Simon Jäger, Diana Schneider,
Universitätsklinikum Tübingen, Department für Experimen-
telle und Klinische Pharmakologie und Pharmakogenomik,
Abteilung Klinische Pharmakologie
Susanne Braun, AOK Baden-Württemberg
Dr. med. Helen Obermann, MD Baden-Württemberg

Erscheinungstermin Juli 2023

Gestaltung und Realisation Tanja Peters

Bildnachweise 1 (und 3): iStock Nr. 1330020505
2: KVBW
15 (und 3): iStock Nr. 950295830
17 (und 3): iStock Nr. 537309108

Auflage 22.000

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

KVBW

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