



# Verordnungsforum 68

JANUAR 2024

Einflussfaktoren bei DOAKs

Arzneimittel-Richtwertsystematik: Neuerungen 2024

Telemedizin im Heilmittelbereich

Alles Gute.

**KVBW** 

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



*Liebe Kolleginnen und Kollegen,*

*mit den Ergebnissen vom Krisengipfel Mitte Januar bei Gesundheitsminister Lauterbach hat das Jahr verheißungsvoll begonnen. Zu begrüßen ist etwa die Entbudgetierung für Hausärzte - sie muss bald auch für die Fachärzte folgen. Unbestritten, dass auch eine Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen mehr als sinnvoll ist. Hoffen wir, dass es nicht bei Ankündigungen bleibt, sondern die Maßnahmen schnell umgesetzt werden.*

*Als Ärztinnen und Ärzte wollen wir vor allen Dingen eines: unsere Patienten gut versorgen und behandeln. Dass Sie daran auch in diesem Jahr Freude haben, Anerkennung und Wertschätzung erfahren, das wünsche ich Ihnen von Herzen.*

*Viel Freude bei der Lektüre dieser Ausgabe wünscht Ihnen*

*Dr. med. Karsten Braun, LL.M.  
Vorstandsvorsitzender der KVBW*

# Inhalt

4	<b>ARZNEIMITTEL</b>
4	<b>Pharmakologie</b>
4	_ DOAKs: Interaktionen erfordern oft Einzelfallbetrachtung
10	<b>Verordnungspraxis</b>
10	_ Arzneimittel-Richtwertsystematik 2024
14	_ Ziele in der Arzneimittelvereinbarung 2024
27	<b>HEILMITTEL</b>
27	_ Heilmittel-Richtwerte 2024
29	_ Verordnung telemedizinischer Leistungen im Heilmittelbereich
31	<b>SPRECHSTUNDENBEDARF</b>
31	_ Änderungen im Sprechstundenbedarf
32	<b>SERVICE</b>
32	_ Fortbildungsveranstaltungen bei der MAK
36	_ Aktualisierte Wirkstoffliste auf KVBW-Homepage
37	_ Neues auf <a href="http://www.kvbawue.de">www.kvbawue.de</a>

## 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.

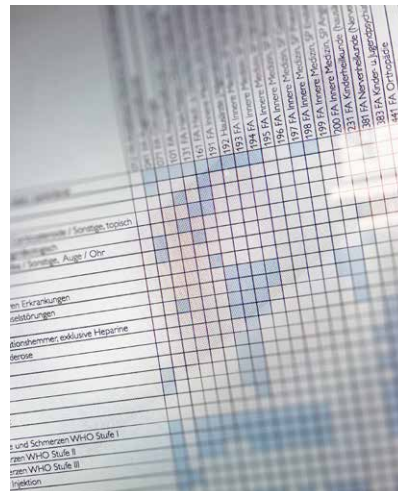
Der Leser und die Leserin sind aufgefordert, sich über den aktuellen Stand der Wissenschaft in Bezug auf die Thematik zu informieren, Fachinformationen zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren.

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



## 4 Einflussfaktoren bei DOAKs

Wie substanzspezifische Unterschiede bei den direkten oralen Antikoagulanzen (DOAKs) das Risiko für das Auftreten von unerwünschten Blutungen beeinflussen und welche Rolle dabei Interaktionen spielen, erfahren Sie in diesem Artikel.



## 10 Wenig Änderungen bei Arzneimittel-Richtwert-systematik 2024

Die Arzneimittel-Richtwerte für 2024 wurden neu berechnet, daneben gibt es nur wenige Veränderungen.

## 27 Telemedizin im Heilmittelbereich

Nach befristeten Sonderregelungen sind telemedizinische Heilmittelbehandlungen sukzessive in die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aufgenommen worden. Das eröffnet neue Behandlungsmöglichkeiten. Wir stellen Ihnen vor, in welchen Heilmittelbereichen Telemedizin möglich ist und was bei der Verordnung zu beachten ist.



# DOAKs: Interaktionen erfordern oft Einzelfallbetrachtung

*Wie stark beeinflussen substanzspezifische Unterschiede bei den einzelnen direkten oralen Antikoagulanzen (DOAKs) das Risiko für das Auftreten von unerwünschten Blutungen – insbesondere oberer gastrointestinaler Blutungen? Welche Rolle spielen hierbei Interaktionen? Im Folgenden soll aufgezeigt werden, dass die Beurteilung der klinischen Relevanz mancher pharmakokinetischer und pharmakodynamischer Interaktionen oft eine Einzelfallbetrachtung erfordert.*

## Allgemeines zum Blutungsrisiko unter DOAKs

Eine isländische Versorgungsstudie untersuchte die Rate gastrointestinaler Blutungen (GIB) bei DOAK-Anwendern zwischen 2014 und 2019. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass Rivaroxaban mit höheren GIB-Raten verbunden war als Apixaban und Dabigatran, Edoxaban wurde nicht untersucht. Erklärt wird der Unterschied durch bessere Adhärenz bei Rivaroxaban, das – je nach Indikation – nur einmal täglich eingenommen werden muss, und die Tatsache, dass durch die Einmalgabe höhere Spitzenwerte bei der Plasmakonzentration erreicht werden, was das häufigere Vorkommen schwerer GIB verursachen könnte [1].

Das patientenindividuelle Verhalten, wie die Adhärenz und die Zuverlässigkeit in der Umsetzung der Einnahmehinweise für die jeweiligen DOAKs mit und ohne Mahlzeiten, kann weiterhin Auswirkungen auf die Bioverfügbarkeit haben. Apixaban, Edoxaban und Dabigatran können unabhängig von, hoch dosiertes Rivaroxaban muss mit einer Mahlzeit genommen werden [2].

Eine Metaanalyse von 2020 deutet darauf hin, dass zwischen 25 und 50 % der DOAK-Patienten inadäquate Dosierungen erhalten [3]. Dass die richtige Dosierung wichtig ist, zeigt eine internationale multizentrische Beobachtungsstudie mit DOAKs bei Vorhofflimmern (GARFIELD-AF-Registers). Eine Überdosierung erhielten 3,8 % der DOAK-Anwender, was die Gesamtsterblichkeit um 19 % erhöhte [4]. Bei fast jedem Vierten wurde eine Unterdosierung festgestellt, was die Gesamtsterblichkeit um 25 % erhöhte und auf kardiovaskuläre Ereignisse zurückzuführen war. Prädiktoren für eine zu niedrige Dosierung waren unter anderem weibliches Geschlecht,

akutes Koronarsyndrom oder Diabetes mellitus. Es liegt nahe, dass in der Praxis aufgrund der Unsicherheit bezüglich Blutungskomplikationen die Dosis häufiger zu niedrig gewählt wird.

## Dabigatran-Dosierung bei Patienten mit Vorhofflimmern

Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren Risikofaktoren steht Dabigatran ausschließlich in der Dosierung von täglich 2 x 110 mg oder 2 x 150 mg zur Verfügung. Eine Behandlung mit Dabigatran 2 x 75 mg beispielsweise aufgrund eingeschränkter Nierenfunktion stellt für diese Indikation einen Off-Label-Use dar [2].

## Klinische Vorüberlegungen zu Interaktionen mit DOAKs

Post-Marketing-Daten zeigen, dass unter realen Bedingungen häufiger Blutungen unter DOAK-Einnahme beobachtet wurden, als man es von den Zulassungsstudien erwartet. Eine von der europäischen Arzneimittelagentur in Auftrag gegebene Studie mit Real-World-Daten zur Anwendung von DOAKs kam 2020 zu dem Ergebnis, dass eine Änderung der Anwendungskriterien nicht erforderlich ist, da sich kein Signal für eine erneute Prüfung der Sicherheit im Rahmen prospektiver randomisierter kontrollierter Studien ergeben hat [5, 6]. Man vermutet, dass die Post-Marketing-Beobachtungen das Resultat einer Patientenpopulation mit unterschiedlichen Vorerkrankungen, höherem Altersdurchschnitt sowie möglicher Begleitmedikation sind [7]. Eine weitere Auswertung von Real-World-Daten 2019 ergab zudem, dass die Blutungsrate bei kombinierter pharmakodynamischer und pharmakokinetischer Interaktion wesentlich höher war (26,3 %) als ohne Interaktionen (4,9 %) oder nur einer Interaktionsart (zwischen 8,6 und 9,2 %) [8].



Das Blutungsrisiko nimmt unabhängig von etwaigen Komorbiditäten mit der Anzahl der verschriebenen Medikamente zu. So zeigte eine Studie zur Untersuchung des Blutungsrisikos aufgrund von Interaktionen unter Anwendung von DOAKs, dass bei mehr als zwei zusätzlich verordneten Medikamenten mit potenzieller Wechselwirkung wie NSAR, Amiodaron oder Thrombozytenaggregationshemmern das Risiko für schwere Blutungen zunahm [9].

Im klinischen Alltag kann versucht werden, durch sorgfältige Auswahl der Begleitmedikation und Monitoring (z. B. Hinweis auf eine Sickerblutung im GI-Trakt) das Risiko für Blutungen unter DOAK-Einnahme zu reduzieren bzw. frühzeitig im Falle einer GIB Maßnahmen zu ergreifen. Im Falle schwerer Blutungen stehen die Antidote Adexanet alfa für Rivaroxaban und Apixaban (nicht aber für Edoxaban) sowie Idarucizumab für Dabigatran zur Verfügung.

Ein Plasmaspiegelmonitoring mit Konsequenzen für eine Dosisanpassung kann derzeit wegen fehlender evidenzbasierter Daten nicht empfohlen werden, so die Quintessenz einer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2020. Dies gilt auch in Bezug auf das Risikomanagement bei Arzneimittelinteraktionen [10]. In den Fachinformationen gibt es nur bei ausgewählten Fällen von Arzneimittelinteraktionen Hinweise zur Dosisanpassung.

Deshalb bleibt für das Management potenziell klinisch relevanter Wechselwirkungen im Zweifelsfall nur die individuelle Risikoabschätzung. Hierfür gibt es Plattformen, die Hilfestellungen anbieten, wie z. B. easyDOAC (Medizinprodukt Klasse I), wo anhand von Gebrauchsinformationen für Fachkreise und ausgewählten Quellen aktuelle und praktische Informationen gegeben werden. Beispielsweise handelt es sich dabei um Dosisanpassungen bei Niereninsuffizienz oder niedrigem Körpergewicht, um die Einschätzung des Blutungs- (HAS-BLED-Score) und Schlaganfallrisikos (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score) sowie eine Beurteilung von Wechselwirkungen durch übersichtliche Tabellen [11].



## Interaktionen mit DOAKs – Mechanismen und klinische Relevanz

**Pharmakokinetische Interaktionen** von DOAKs beziehen sich hauptsächlich auf Inhibitoren und Induktoren von CYP3A4 und P-Glykoprotein (P-gp) [12]. Der Efflux-Transporter P-gp pumpt Arzneimittel aktiv zurück ins Darmlumen, sodass eine Hemmung von P-gp zu einer erhöhten Bioverfügbarkeit des betroffenen Arzneimittels führen kann; eine Induktion verringert die Bioverfügbarkeit. Alle DOAKs sind Substrate von P-gp, unterscheiden sich aber hinsichtlich der Metabolisierung über CYP450-Enzyme, dem Ausmaß der renalen Ausscheidung und der Plasmaproteinbindung. Dabigatranetexilat ist zudem ein Prodrug, und nur das Prodrug ist Substrat von P-gp, nicht aber sein aktiver Metabolit. Bei der Einnahme von Dabigatran zusammen mit einem P-gp-Inhibitor sollte daher ein Einnahmeabstand von zwei Stunden nach Dabigatran-Einnahme eingehalten werden, um eine P-gp-Interaktion zeitlich zu umgehen. Dabigatranetexilat wird nicht CYP450-abhängig metabolisiert, Edoxaban nur minimal (Tabelle 1).

Apixaban und Rivaroxaban weisen eine hohe Plasmaproteinbindung auf und werden extensiver über CYP3A4 metabolisiert (Tabelle 1).

**Die gemeinsame Verordnung von DOAKs mit CYP3A4- und P-gp-Induktoren wie z. B. Carbamazepin, Valproinsäure, Levetiracetam, Phenytoin, Phenobarbital,**

**Tabelle 1: Pharmakokinetische Eigenschaften der DOAKs [13]**

Präparat	Dabigatran	Apixaban	Edoxaban	Rivaroxaban
Bioverfügbarkeit	3–7 %	50 %	62 %	15 mg/20mg: 66 % ohne bzw. 80–100 % mit Essen
Prodrug	Ja	Nein	Nein	Nein
Renale Clearance	80 %	27 %	50 %	35 %
Plasmaproteinbindung	35 %	87 %	55 %	95 %
Metabolisierung über CYP3A4	Nein	Ja (≈ 25 %)	Minimal (< 4 %)	Ja (≈ 18 %)
Substrat von P-gp	Prodrug ja	Ja	Ja	Ja
Einfluss von Nahrung auf die Absorption	Kein Effekt	Kein Effekt	+6–22 %	+39 %

Rifampicin, Dexamethason, Tocilizumab, Doxorubicin, Vinblastin oder Johanniskraut kann zu einer Wirkabschwächung der DOAKs führen. Eine Induktion kann bis zu sieben Tage nach Absetzen des Induktors anhalten. Bei gleichzeitiger Anwendung von Induktoren sind keine praktischen Empfehlungen zur Dosisanpassung bisher verfügbar, weswegen eine Kombination vermieden werden sollte.

**Die Kombination mit starken, insbesondere dualen CYP3A4- und P-gp-Inhibitoren wie z. B. systemischen Azol-Antimykotika (außer Fluconazol), Clarithromycin, Sunitinib und HIV-Proteasehemmern (z. B. Lopinavir, Indinavir oder Ritonavir) kann das Risiko für Blutungen steigern, weil sich die DOAK-Wirkkonzentration erhöht. Daher ist solch eine Kombination zu vermeiden oder die Dosis sollte angepasst werden.**

Bei Wirkstoffen, die nur einen der Eliminationswege, d. h. also entweder CYP3A4 oder P-gp, stark inhibieren, wie im Falle von Clarithromycin, oder die weniger starke duale Hemmer sind, wie Erythromycin, ist anzunehmen, dass sie die Plasmakonzentration von DOAK wie z. B. Rivaroxaban nur in geringem Ausmaß erhöhen. Damit ist eine klinisch relevante Interaktion nicht zu erwarten (Ausnahme Hochrisikopatienten) [2]. Die Kombination weniger starker dualer Hemmer ist laut Fachinformation für Apixaban bei Nierengesunden klinisch nicht relevant [2].

Da insbesondere bei **älteren Patienten** in den Real-World-Daten gehäuft GIB beobachtet wurden, stellt sich die Frage, welche Rolle Arzneimittelinteraktionen im höheren Lebensalter spielen. Das Blutungsrisiko beim Einsatz von DOAKs mit relevanter Polypharmazie bei Älteren wurde in einer Studie 2022 untersucht. In 18,8 % der Fälle kam es zu Blutungen in der Kombination von Rivaroxaban mit Amiodaron, einem mittelstarken P-gp Hemmer, weswegen die Autoren zu der Schlussfolgerung kommen, dass bei älteren Patienten diese Kombination zumindestens strenger überwacht werden sollte [14].

Eine Gruppe von Medikamenten, die im Rahmen der Polymedikation bei älteren Patienten relevant ist, sind **Statine**. Statine wie Atorvastatin und Simvastatin sind moderate P-gp-Inhibitoren. Die gemeinsame Verordnung von Dabigatranetexilat mit Simvastatin und Lovastatin war in einer bevölkerungsbasierten Fall-Kontroll-Studie mit einer erhöhten Rate an schweren Blutungen assoziiert [12]. Das Prodrug Simvastatin hemmt durch die Lactonform das P-gp stärker [15] und kann daher theoretisch mit Dabigatranetexilat bei gleichzeitiger Einnahme wechselwirken. Eine zeitversetzte Einnahme kann hier Abhilfe schaffen. In einer retrospektiven Kohortenstudie von 2022 wurde eine mögliche Interaktion zwischen Statinen und DOAKs bei non-valvulärem Vorhofflimmern untersucht [16]. Die kombinierte Gabe zeigte kein erhöhtes Blutungsrisiko,

und Statine hatten zudem einen protektiven Effekt auf das Vorkommen zerebraler Blutungen bei Frauen. Insgesamt weisen Statine keine klinisch relevanten Wechselwirkungen mit DOAKs auf [17].

Relevante **pharmakodynamische Interaktionen** betreffen die Kombination mit Medikamenten, die die Hämostase beeinflussen wie Thrombozytenaggregationshemmer, nicht-steroidale Antirheumatika und Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). SSRI können die Serotonin-Konzentration in Thrombozyten herabsetzen und so zu einem erhöhten Blutungsrisiko führen. Zudem können SSRI eine reduzierte Plättchenadhäsion an Kollagen und Fibrinogen zur Folge haben. Die verfügbare Evidenz zu Interaktionen bezieht sich dabei vorwiegend auf Warfarin und nicht auf DOAKs. Bei Dauereinnahme kann prophylaktisch ein Protonenpumpeninhibitor (PPI) als Magenschutz verordnet werden (bitte Infobox beachten), wenn ein hohes gastrointestinales Blutungsrisiko vorliegt, welches patientenindividuell ermittelt werden muss [18, 19]. Individuelle Risikofaktoren, wie z. B. höheres Alter (> 65 Jahre), vormals aufgetretene gastroduodenale Ulzera oder Blutungen im oberen Gastrointestinaltrakt sollten berücksichtigt werden.

### Cave: Protonenpumpeninhibitoren und Off-Label-Use

Die Anwendung eines PPI kann medizinisch zweckmäßig sein, wenn aufgrund einer entsprechenden Medikation und/oder individueller Risikofaktoren (siehe oben) von einem erhöhten gastroduodenalen Blutungsrisiko ausgegangen werden kann.

Mit Blick auf die Zulassung ist jedoch zu beachten, dass nur bei den oben genannten Risikopatienten zur Prophylaxe gastroduodenaler Ulzera, die NSAR-bedingt sind, eine PPI-Verordnung auf Kassenrezept möglich ist. Hingegen fällt eine Ulcusprophylaxe mit einem PPI unter DOAK- und beispielsweise SSRI-Medikation in den Off-Label-Bereich. Die Krankenkassen können daher in solchen Fällen Einzelfallprüfanträge stellen.

Da unter Rivaroxaban in der isländischen Versorgungsstudie das gastrointestinale Blutungsrisiko besonders hoch war, hat eine pharmakodynamische Interaktion hier eventuell eine besondere Bedeutung, insbesondere bei älteren Patienten. Deswegen sollte eine Kombinationstherapie zusammen mit SSRI und/oder NSAR vermieden werden. Stattdessen wies Apixaban das beste Sicherheitsprofil im Hinblick auf die Vermeidung einer oberen GIB auf [18]. Laut Fachinformation von Edoxaban ist die gleichzeitige Anwendung mit niedrig dosiertem (100 mg) ASS möglich, die langfristige Einnahme von Naproxen als zusätzlichem P-gp-Inhibitor wird hingegen nicht empfohlen.

Bei der längerfristigen Verordnung von Medikamenten, die **sowohl pharmakodynamisch als auch pharmakokinetisch** wechselwirken (z. B. Naproxen 500 mg als Inhibitor von P-gp oder Fluvoxamin als mäßig starker CYP3A4-Inhibitor), ist besondere Vorsicht geboten, da hier das kumulative Blutungsrisiko schwer einzuschätzen ist. Deswegen ist auch hier eine individuelle Risikoabschätzung erforderlich und ggf. eine Dosisanpassung z. B. bei Vorliegen einer Niereninsuffizienz vorzunehmen. Wenn möglich, sollte eine Polypharmazie bei Risikopatienten, z. B. solchen mit bekannten Leberfunktionsstörungen oder Niereninsuffizienz oder erhöhtem Blutungsrisiko, vermieden werden. In der Praxis sollten insbesondere ältere Patienten über 75 Jahren engmaschiger überwacht werden. Ein therapeutisches Drug-Monitoring für DOAKs ist bisher in der klinischen Praxis nicht etabliert.

## Fazit

- Die Wirkung von DOAKs kann abgeschwächt werden, wenn sie mit CYP3A4- und P-gp-Induktoren (z. B. Carbamazepin, Johanniskraut) kombiniert werden. Entsprechende Kombinationen sollten vermieden werden.
- Die Wirkung von DOAKs kann verstärkt werden (mit dem Resultat von Blutungen), wenn sie mit starken CYP3A4- und P-gp-Inhibitoren (z. B. Clarithromycin, Ritonavir) kombiniert werden. Entsprechende Kombinationen sind zu vermeiden oder die Dosis sollte angepasst werden.
- Neben möglichen Interaktionen ist auch das allgemeine Blutungsrisiko der DOAKs in Betracht zu ziehen. Es gibt Hinweise darauf, dass die Rate gastrointestinaler Blutungen unter Rivaroxaban höher ist als unter Apixaban und Dabigatran.
- Bei fast jedem vierten DOAK-Anwender wurde in Studien eine Unterdosierung festgestellt, was auf ein zurückhaltendes Dosierungsverhalten in der Praxis wegen potenzieller Blutungskomplikationen hinweist.
- Ein therapeutisches Drug-Monitoring ist für DOAKs bisher nicht etabliert. Für das Therapiemanagement hinsichtlich Neben- und Wechselwirkungen ist daher eine individuelle Risikoabschätzung erforderlich.

## Literatur

- [1] Ingason AB, Hreinsson JP, Ágústsson AS et al.: Rivaroxaban is associated with higher rates of gastrointestinal bleeding than other direct oral anticoagulants: A nationwide propensity score-weighted study. *Ann Intern Med* 2021; 174(11): 1493–502. doi: 10.7326/M21-1474
- [2] [www.fachinfo.de](http://www.fachinfo.de)
- [3] Santos J, António N, Rocha M, Fortuna A: Impact of direct oral anticoagulant off-label doses on clinical outcomes of atrial fibrillation patients: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2020; 86(3): 533–47. doi: 10.1111/bcp.14127. Epub 2020 Feb 5
- [4] Camm AJ, Cools F, Virdone S et al.; GARFIELD-AF Investigators: Mortality in patients with atrial fibrillation receiving nonrecommended doses of direct oral anticoagulants. *J Am Coll Cardiol* 2020; 76(12): 1425–36. doi: 10.1016/j.jacc.2020.07.045
- [5] Eckert N: Orale Antikoagulation: Wenn Studienergebnisse und die reale Welt divergieren. *Dt Arztebl* 2019; 116(9): A-416. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/205793/Orale-Antikoagulation-Wenn-Studienergebnisse-und-die-reale-Welt-divergieren>
- [6] Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Direkte Orale Antikoagulantien (DOAC): Keine Anwendungsänderungen erforderlich (30.09.2020). [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV\\_STP/a-f/direkte-orale-antikoagulantien.html](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/a-f/direkte-orale-antikoagulantien.html)
- [7] Warkentin L, Klohn F, Deiters B, Kühlein T, Hueber S: Vitamin-K-antagonist phenprocoumon versus direct oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation: a real-world analysis of German claims data. <https://bmjopen.bmj.com/content/13/1/e063490>
- [8] Momo K, Kobayashi H, Sugiura Y, Yasu T, Koinuma M, Kuroda S: Prevalence of drug-drug interaction in atrial fibrillation patients based on a large claims data. *PLoS One* 2019; 14(12): e0225297. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225297>
- [9] Lee JY, Oh IY, Lee JH et al.: The increased risk of bleeding due to drug-drug interaction in patients administered direct oral anticoagulants. *Thromb Res* 2020; 195: 243–9. doi: 10.1016/j.thromres.2020.07.054. Epub 2020 Aug 3
- [10] Foerster KI, Hermann S, Mikus G, Haefeli WE: Drug-drug interactions with direct oral anticoagulants. *Clin Pharmacokinet* 2020; 59(8): 967–80. doi: 10.1007/s40262-020-00879-x
- [11] Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie: Dosierung von direkten oralen Antikoagulantien in Erwachsenen (Stand: März 2023). [https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/medizinische\\_klinik/Klinische\\_Pharmakologie/Downloads/Dosierungen\\_von\\_DOAKs.pdf](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/medizinische_klinik/Klinische_Pharmakologie/Downloads/Dosierungen_von_DOAKs.pdf)
- [12] Ferri N, Colombo E, Tenconi M, Baldessini L, Corsini A: Drug-drug interactions of direct oral anticoagulants (DOACs): From pharmacological to clinical practice. *Pharmaceutics* 2022; 14(6): 1120. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14061120>
- [13] Steffel J, Verhamme P, Potpara TS et al.: The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2018; 39(16): 1330–93. doi: 10.1093/eurheartj/ehy136
- [14] Bories M, Bouzillé G, Cuggia M, Le Corre P: Drug-drug interactions with oral anticoagulants as potentially inappropriate medications: Prevalence and outcomes in elderly patients in primary care and hospital settings. *Pharmaceutics* 2022; 14(7): 1410. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14071410>



- [15] Chen C, Mireles RJ, Campbell SD et al.: Differential interaction of 3-hydroxy-3-methylglutaryl-coa reductase inhibitors with ABCB1, ABCC2, and OATP1B1. *Drug Metab Dispos* 2005; 33(4): 537–46. doi: 10.1124/dmd.104.002477. Epub 2004 Dec 22
- [16] Wu HH, Chang SH, Lee TH, Tu HT, Liu CH, Chang TY: Concurrent use of statins decreases major bleeding and intracerebral hemorrhage in non-valvular atrial fibrillation patients taking direct oral anticoagulants – A nationwide cohort study. *Front Cardiovasc Med* 2022; 9: 969259. doi: 10.3389/fcvm.2922.969259
- [17] Holtzman CW, Wiggins BS, Spinler SA: Role of P-glycoprotein in statin drug interactions. *Pharmacotherapy* 2006; 26(11): 1601–7. doi: 10.1592/phco.26.11.1601
- [18] Diener HC: Risiko gastrointestinaler Blutungen unter oraler Antikoagulation. *InFo Neurologie & Psychiatrie* 2019; 21: 10. <https://doi.org/10.1007/s15005-019-0019-0>
- [19] Ray WA, Chung CP, Murray KT et al.: Association of oral anti-coagulants and proton pump inhibitor cotherapy with hospitalization for upper gastrointestinal tract bleeding. *JAMA* 2018; 320(21): 2221–30. doi: 10.1001/jama.2018.17242

# Arzneimittel-Richtwertsystematik 2024

Mittlerweile hat sich die seit 2017 als statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeführte Arzneimittel-Richtwertprüfung in Baden-Württemberg etabliert. Regelmäßig erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung und durch die gesetzlichen Krankenkassen eine Überprüfung, ob die Arzneimittel-Richtwertsystematik an den aktuellen Arzneimittelmarkt angepasst werden muss. Der geringe Anpassungsbedarf der letzten Jahre bestätigt die Systematik. Neben der Neuberechnung der AT-Richtwerte gibt es für das Verordnungsjahr 2024 nur wenige Veränderungen, die im Folgenden erläutert werden.

## AT-Richtwerte 2024

Jedes Jahr werden die AT-Richtwerte auf Basis der aktuell vorhandenen Verordnungsdaten für jede Richtwertgruppe neu berechnet. Sie gelten pro Quartal für jeden Patienten, der Verordnungen aus den entsprechenden Arzneimittel-Therapiebereichen (AT) erhält.

Gründe für eine Absenkung können Festbeträge oder die Neueinführung von Generika sein. Auch der vermehrte Einsatz von Biosimilars führt zu einer Reduktion der AT-Richtwerte, insbesondere im AT 28 (Mittel bei Autoimmunerkrankungen, Biologicals und Sonstige).

Eine Erhöhung der AT-Richtwerte kommt z. B. durch die vermehrte Verordnung von neuen, patentgeschützten und damit oft teuren Präparaten zustande. Dieser Effekt ist aktuell beispielsweise im AT 10 (Mittel bei Fettstoffwechselstörungen) ersichtlich.

## Grundlagen der Richtwertsystematik

Möchten Sie sich ausführlich mit den Grundlagen der Systematik auseinandersetzen, empfehlen wir Ihnen einen Blick auf unsere Homepage:

[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte

Neben den Grundlagen der Systematik finden Sie dort auch das Verordnungsforum „Richtwertsystematik Arzneimittel – Grundlagen und aktuelle Hinweise“ (Sonderausgabe, März 2023), dem Sie ebenfalls weiterführende Informationen entnehmen können.

## Projizierter praxisindividueller Richtwert<sup>KV</sup> (projizierter PiRW<sup>KV</sup>)

Bevor Ihnen der erste unterjährige praxisindividuelle Richtwert<sup>KV</sup> (unterjähriger PiRW<sup>KV</sup>) mit der Frühinformation Arzneimittel für das Verordnungsjahr 2024 zur Verfügung gestellt werden kann (ca. Mitte Mai), erhalten Sie den projizierten PiRW<sup>KV</sup>. Dieser ist auf Grundlage Ihrer individuellen Verordnungsdaten der ersten drei Quartale 2023 unter Berücksichtigung der neuen AT-Richtwerte des Jahres 2024 berechnet.

Der projizierte PiRW<sup>KV</sup> wird Ihnen im Mitgliederportal zur Verfügung gestellt:

Dokumentenarchiv » Aktentyp: Verordnungsmanagement » Quartal 3/2023 » Reiter: Informationen zur Richtwertsystematik » Unterlage: projizierter praxisindividueller Richtwert.

## Änderungen der Wirkstoffzuordnung 2024

Seit 1. Januar 2024 gelten folgende Änderungen in der Wirkstoffzuordnung:

Aufgrund der Zulassungserweiterung von Ozanimod zur Therapie der Colitis ulcerosa werden Ozanimod-haltige Arzneimittel künftig dem AT 28 (Mittel bei Autoimmunerkrankungen, Biologicals und Sonstige) und nicht mehr dem AT 13 (Mittel bei Multipler Sklerose) zugeordnet.

➔ Die Zuordnung der Wirkstoffe zu den AT-/exRW-Bereichen (ohne AT „Rest“) kann anhand der unterjährig aktualisierten Wirkstoffliste nachvollzogen und unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte eingesehen werden.

## Änderungen der AT-Zuordnung zu den Richtwertgruppen 2024

Zwei Änderungen in der Zuordnung der Richtwertgruppen sind erfolgt:

- Der Richtwertgruppe der Fachärzte für Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen und Psychiater) steht der AT 28 (Mittel bei Autoimmunerkrankungen, Biologicals und Sonstige) aufgrund der geänderten AT-Zuordnung von Ozanimod (siehe oben) ab 2024 neu zur Verfügung.
- Die Richtwertgruppe der Hämato- und Onkologen verfügt künftig über den AT 49 (Mittel zur Eisensubstitution). Bislang wurden bei dieser Richtwertgruppe Arzneimittel aus AT 49 dem AT „Rest“ zugeordnet.

Weitere Anpassungen sind nicht erfolgt.

Die aktuelle Zuordnung der AT zu den verschiedenen Richtwertgruppen ist in der Übersicht (Matrix) auf den Seiten 12 und 13 dargestellt.

➔ Aktuelle Zuordnung der AT zu den verschiedenen Richtwertgruppen:



[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis  
» Verordnungen » Arzneimittel  
» Richtwerte » Dokument  
„Änderungen der Arzneimittel-  
Richtwertsystematik 2024“ » Matrix

## Übersicht (Matrix) über Richtwertgruppen und zugeordnete Arzneimittel-Therapiebereiche (AT)

- Stand 2023/2024
- Änderung ab 2024

	012 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung	041 FA Augenheilkunde	071 FA Chirurgie	101 FA Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	131 FA Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	161 FA Haut- u. Geschlechtskrankheiten	191 FA Innere Medizin, ohne Schwerpunkt	192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten u. Praktische Ärzte)	193 FA Innere Medizin, SP Kardiologie	194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie	195 FA Innere Medizin, SP Hämatologie u. Onkologie	196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	197 FA Innere Medizin, SP Gastroenterologie	198 FA Innere Medizin, SP Pneumologie u. Lungenärzte	199 FA Innere Medizin, SP Endokrinologie	200 FA Innere Medizin, SP Angiologie	231 FA Kinderheilkunde (hausärztlich u. fachärztlich)	381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen u. Psychiater)	383 FA Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	441 FA Orthopädie	561 FA Urologie	
1 Antibiotika, oral / intestinal / nasal / parenteral																						
2 Virustatika, systemisch																						
3 Antimykotika, systemisch																						
4 Antibiotika / Antimykotika / Corticosteroide / Sonstige, topisch																						
5 Antiinfektiva / Antiseptika, gynäkologisch																						
6 Antiinfektiva / Antiphlogistika / Sonstige, Auge / Ohr																						
7 Virustatika am Auge																						
8 Antiparasitäre Mittel																						
9 Mittel bei kardiovaskulären Erkrankungen																						
10 Mittel bei Fettstoffwechselstörungen																						
11 Antikoagulanzen, oral																						
12 Thrombozytenaggregationshemmer, exklusive Heparine																						
13 Mittel bei Multipler Sklerose																						
15 Antiparkinsonmittel																						
16 Antipsychotika																						
17 Antidepressiva																						
18 Antiepileptika																						
19 Mittel bei Demenz																						
20 Mittel bei ADHS																						
21 Mittel bei Migräne und Schmerzen WHO Stufe I																						
22 Mittel bei Schmerzen WHO Stufe II																						
23 Mittel bei Schmerzen WHO Stufe III																						
24 Anästhetika zur Injektion																						
25 Botulinumtoxin																						
26 Muskelrelaxanzen (ohne Botulinumtoxin)																						
27 Mittel bei Autoimmunerkrankungen, system. Basistherapie																						
28 Mittel bei Autoimmunerkrankungen, Biologicals und Sonstige																						
32 Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen																						
33 Mittel bei pulmonaler Hypertonie (PAH)																						
34 Mittel zur Behandlung der Osteoporose																						
35 Schilddrüsentherapeutika																						
36 Hypophysen- und Hypothalamushormone																						
37 Wachstumsfaktoren für die Bildung roter Blutkörperchen																						
38 Wachstumshormone																						

	012 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung	041 FA Augenheilkunde	071 FA Chirurgie	101 FA Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	131 FA Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	161 FA Haut- u. Geschlechtskrankheiten	191 FA Innere Medizin, ohne Schwerpunkt	192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten u. Praktische Ärzte)	193 FA Innere Medizin, SP Kardiologie	194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie	195 FA Innere Medizin, SP Hämatologie u. Onkologie	196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	197 FA Innere Medizin, SP Gastroenterologie	198 FA Innere Medizin, SP Pneumologie u. Lungenärzte	199 FA Innere Medizin, SP Endokrinologie	200 FA Innere Medizin, SP Angiologie	231 FA Kinderheilkunde (hausärztlich u. fachärztlich)	381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen u. Psychiater)	383 FA Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	441 FA Orthopädie	561 FA Urologie	
39 Nebenschilddrüsen-Antagonisten																						
40 Corticosteroide, systemisch																						
41 Corticosteroide, nasal																						
42 Androgene																						
43 Gestagene / Estrogene																						
44 Kontrazeptiva																						
45 Mittel bei säurebedingten Erkrankungen																						
46 Gallen- und Lebertherapeutika																						
47 Digestiva inklusive Enzyme																						
48 Vitamine und Mineralstoffe																						
49 Mittel zur Eisensubstitution																						
50 Mittel gegen Obstipation																						
51 Mittel zur Diagnosevorbereitung																						
52 Mittel bei Hyperkaliämie und Hyperphosphatämie																						
53 Spezielle Diätetika nach AM-RL																						
54 Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen																						
55 Stomatologika																						
56 Mittel zur modernen Wundbehandlung																						
57 Sonstige Wundbehandlung																						
58 Spezifische Immuntherapie																						
59 Mittel bei Erkältungskrankheiten und Antiallergika																						
60 Mittel zur Glaukombehandlung																						
61 Mittel bei Harninkontinenz																						
62 Mittel bei benigner Prostatahyperplasie																						
63 Mittel bei Psoriasis, topisch																						
64 Mittel bei Ekzemen, Reserve																						
65 Mittel bei aktinischer Keratose / antihyperproliferative Mittel																						
66 Mittel bei Akne																						
67 Rezepturen, nicht parenteral																						
71 Antidiabetika, klassische orale Wirkstoffe																						
72 Antidiabetika, neuere Wirkstoffe																						
73 Antidiabetika, Basal-, Intermediär- und Mischinsuline																						
74 Antidiabetika, schnellwirksame Insuline																						



# Ziele in der Arzneimittelvereinbarung 2024

*Für das Verordnungsjahr 2024 wurden die quantitativen und qualitativen Zielvereinbarungen der aktuellen Verordnungssituation angepasst. Die Zahl der quantitativen Ziele ist konstant geblieben. Die Mindestquoten zu generischen HIV-Präparaten und Lenalidomid sind entfallen. Neu sind Mindestquoten für Abirateron-Generika und Teriparatid-Biosimilars. Zwei qualitative Ziele wurden gestrichen, ohne dass neue vereinbart wurden.*

Die Ziele der Arzneimittelvereinbarung sollen sowohl eine wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung fördern, die sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) orientiert.

Die Einhaltung der Ziele unterliegt keiner gesonderten Prüfung. Allerdings sind die vereinbarten (quantitativen) Ziele an die Richtwertsystematik angepasst, und die Höhe der AT-Richtwerte orientiert sich an den Zielen des jeweiligen AT. Eine Erreichung der Ziele erleichtert somit die Einhaltung der AT-Richtwerte.

## Änderungen 2024

### Quantitative Ziele

- **Neu:** Mindestquotenregelung für Abirateron im exRW 911 (Onkologie): „Generikaanteil“ für Fachärzte für Innere Medizin, SP Hämato- und Onkologie und Fachärzte für Urologie
- **Neu:** Mindestquotenregelung für Teriparatid im AT 34 (Osteoporose): „Biosimilar-“ bzw. „Generikaanteil“ für Fachärzte für Innere Medizin, SP Endokrinologie und Fachärzte für Orthopädie

Die Mindestquotenregelung für biosimilares Pegfilgrastim im exRW 911 gilt nur noch für Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Nicht mehr vereinbart wurden folgende quantitative Ziele:

- Mindestquotenregelung für HIV-Präparate im exRW 905 (definierte Infektionskrankheiten): „Generikaanteil“ für alle Richtwertgruppen
- Mindestquotenregelung für Lenalidomid im exRW 911 (Onkologie): „Generikaanteil“ für alle Richtwertgruppen

### Qualitative Ziele

- **Ergänzung:** DOAK: Bei den Wirkstoffen Dabigatran und Rivaroxaban sollen preisgünstige, generisch verfügbare Arzneimittel eingesetzt werden, sofern Generika am Markt verfügbar sind.
- **Ergänzung:** Therapieallergene: Nach aktuellen sozialgerichtlichen Urteilen reicht die Verkehrsfähigkeit von Therapieallergenen im Rahmen der Übergangsregelung alleine nicht aus, um auch eine Verordnungsfähigkeit zulasten der GKV annehmen zu können.
- **Ergänzung:** Lipidsenker: Der Text beinhaltet nun Hinweise zum Einsatz von Lipidsenkern in der Primär- und Sekundärprävention. Außerdem wird auf die abgestimmten Kriterien einer wirtschaftlichen medikamentösen Therapie der Fettstoffwechselstörungen auf der Homepage der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg hingewiesen.

Nicht mehr vereinbart wurden folgende qualitative Ziele:

- Einsatz von biosimilarem Bevacizumab
- Einsatz von biosimilarem Trastuzumab

➔ Eine vollständige Auflistung aller qualitativen Ziele und eine genauere Ausführung finden Sie ab Seite 20.

Die Datenbasis der Zielvereinbarungen sind die Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V (Ist-Wert MD 2022 / KVBW 1. HJ 2023). Die nachfolgenden Tabellen erheben keine Gewähr auf Vollständigkeit.

## Höchstquotenregelungen

### Orale Analgetika WHO Stufe III AT 23

Das Ziel ist die Reduktion des Anteils von Tapentadol an den oralen Analgetika in der Gruppe der Analgetika WHO Stufe III.

Tabelle 1: Höchstquotenregelung orale Analgetika WHO Stufe III im AT 23

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2024 Anteil der AT-Fälle
Orale Analgetika WHO Stufe III im AT 23	Anteil Tapentadol		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
012 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung		30 %	≤ 20 %
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		14 %	≤ 10 %
381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen und Psychiater)		12 %	≤ 10 %
441 FA Orthopädie		18 %	≤ 13 %
<i>Buprenorphin; Fentanyl; Hydromorphon; Levomethadon; Morphin; Nalbupin; Oxycodon; Oxycodon und Naloxon; Pethidin; Piritramid; Sufentanil; Tapentadol; Ziconotid</i>			

## Mindestquotenregelungen

### Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva im AT 44

Das Ziel ist die Erhöhung des Anteils der risikoarmen (Risikogruppe I) Kontrazeptiva an den oralen kombinierten hormonalen Kontrazeptiva.

Tabelle 2: Mindestquotenregelung orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva im AT 44

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2024 Anteil der AT-Fälle
Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva im AT 44	Anteil risikoarme (Risikogruppe I) Kontrazeptiva*		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
101 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe		52 %	≥ 75 %
<i>Chlormadinon und Ethinylestradiol; Chlormadinon und Ethinylestradiol; Cyproteron und Estrogen; Desogestrel und Ethinylestradiol; Dienogest und Estradiol; Dienogest und Ethinylestradiol; Drospirenon und Estetrol; Drospirenon und Ethinylestradiol; Gestoden und Ethinylestradiol; Levonorgestrel und Ethinylestradiol; Norgestrol und Estradiol; Norelgestromin und Ethinylestradiol; Norethisteron und Ethinylestradiol; Norgestimat und Ethinylestradiol**</i>			

\* Nähere Erläuterungen siehe qualitatives Ziel „Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva – Verordnung risikoarmer Präparate“

\*\* Risikoarme Präparate sind hervorgehoben

### Abirateron im exRW 911 (Onkologie)

Das Ziel ist die Erhöhung des Generikaanteils an den Abirateron-haltigen Präparaten.

Tabelle 3: Mindestquotenregelung Abirateron im exRW 911

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2024 Anteil der AT-Fälle
Abirateron im exRW 911	Generikaanteil		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
195 FA Innere Medizin, SP Hämato- und Onkologie		94 %	≥ 95 %
591 FA Urologie		91 %	≥ 95 %
<i>Abirateron</i>			

## Mindestquotenregelungen Biosimilars

Im Bereich der biotechnologisch hergestellten Arzneimittel (Biologicals) konnten in den letzten Jahren durch die Verordnung von Biosimilars erhebliche Einsparungen erzielt werden. Besonders der Einsatz rabattierter Biosimilars hat dazu einen wesentlichen Anteil beigetragen.

Für Erythropoetin, Somatropin, Pegfilgrastim, Follitropin alfa und Teriparatid wurden für 2024 weiterhin Zielquoten festgelegt, weil die in Baden-Württemberg bisher erreichten Verordnungsanteile von Biosimilars bei diesen Wirkstoffen noch deutlich hinter dem Bundesdurchschnitt zurückbleiben.

Für Verordnungen rabattierter Original-Biologicals und Biosimilars ist die Wirtschaftlichkeit grundsätzlich durch § 130a Absatz 8 und 8a SGB V sichergestellt (AM-RL § 40a Absatz 2), die Versorgung mit einem Rabattarzneimittel gilt im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung somit grundsätzlich als wirtschaftlich.

Zur Zielerreichung können die in den Tabellen genannten Produkte verordnet werden. Die Aufzählung der Produkte entspricht der Biosimilarzuordnung der Rahmenvorgaben nach § 84 Absatz 6 SGB V. Biosimilars, die unterjährig auf den Markt kommen, sind ebenfalls zu berücksichtigen.

### Umstellung von Biologicals

Da keine der bekannten randomisierten und nicht randomisierten Studien, die die Umstellung einer laufenden biologischen Therapie auf ein Biosimilar untersucht haben, einen (signifikanten) Unterschied hinsichtlich der Wirksamkeit oder Verträglichkeit zwischen Biosimilar und Original-Biological feststellen konnte, kann davon ausgegangen werden, dass Biosimilars und Original-Biologicals therapeutisch gleichwertig sind [1].

Unter Berücksichtigung der Zulassung für die zu behandelnde Erkrankung und der Verfügbarkeit einer passenden Einzeldosisstärke kann daher eine Umstellung auf ein Biosimilar erfolgen. Die Auswahl des Biosimilars erfordert dabei aber auch die Berücksichtigung der unterschiedlichen Handhabung der Biologicals. Dies kann im Einzelfall besonders relevant bei der parenteralen Selbstapplikation von Arzneimitteln durch den Patienten mittels Fertigpen oder -spritze sein.

### Umstellung nach Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Nach § 40a AM-RL gelten als preisgünstige Biologicals vorrangig solche Arzneimittel, für die ein Rabattvertrag (Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 und 8a SGB V) mit Wirkung für die jeweilige Krankenkasse des Versicherten besteht. Wird ein rabattiertes Biological verordnet, handelt es sich gemäß § 40a AM-RL somit um eine wirtschaftliche Verordnungsweise.

Eine weitere Orientierungshilfe für eine wirtschaftliche Verordnungsweise stellt die Anlage VIIa „Biologika und Biosimilars“ dar. In der nicht abschließenden Übersicht werden biotechnologisch hergestellte Wirkstoffe aufgeführt, für die mindestens ein Biosimilar oder mehr als ein Originalarzneimittel verfügbar ist.

Ein aktueller Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sieht vor, dass der Apotheker zum Austausch gegen ein ggf. preisgünstigeres Arzneimittel verpflichtet ist. Der Beschluss ist zum Redaktionsschluss jedoch noch nicht rechtskräftig.

➔ Zum Thema wirtschaftliche Aspekte und zur Austauschbarkeit von Biosimilars finden Sie auf der Website der KVBW das Merkblatt „Wirtschaftliche Aspekte und Austauschbarkeit“: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel.

➔ Zudem geben die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg auf ihrer Internetseite ([www.gpe-bw.de/facharztgruppen](http://www.gpe-bw.de/facharztgruppen)) weitere Hinweise zum wirtschaftlichen Einsatz von biologischen Arzneimitteln (Indikationen: Rheumatoide Arthritis, Psoriasis).

Außerdem steht ein Patientenflyer zum Thema Biosimilars zur Verfügung.

## Biologicals im AT 34

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilar- bzw. Generikaanteils an Teriparatid.

Tabelle 4: Mindestquotenregelungen Anteil der Biosimilars und Generika an Teriparatid im AT 34

Wirkstoffgruppe im AT	KenngroÙe	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2024 Anteil der AT-Fälle
Teriparatid im AT 34	Anteil Biosimilars / Generika an Teriparatid		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
199 FA für Innere Medizin, SP Endokrinologie		65 %	≥ 75 %
441 FA Orthopädie		75 %	≥ 80 %
<i>Livogiva®; Movymia®; Sondelbay®; Teriparatid Aristo®; Teriparatid Heumann®; Terrosa®</i>			

## Biologicals im AT 37

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilaranteils an Erythropoetin.

Tabelle 5: Mindestquotenregelungen Anteil der Biosimilars an Erythropoetin im AT 37

Wirkstoffgruppe im AT	KenngroÙe	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2024 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 37	Anteil Biosimilars an Erythropoetin		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		59 %	≥ 65 %
194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie		54 %	≥ 60 %
195 FA Innere Medizin, SP Hämato- und Onkologie		76 %	≥ 80 %
<i>Abseamed®; Binocrit®; Epoetin alfa Hexal®; Eporatio®; Retacrit®; Silapo®</i>			



## Biologicals im AT 38

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilaranteils an Somatotropin.

Tabelle 6: Mindestquotenregelungen Anteil der Biosimilars an Somatotropin im AT 38

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2024 Anteil der AT-Fälle
<b>Biologicals im AT 38</b>	<b>Anteil Biosimilars an Somatotropin</b>		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
199 FA für Innere Medizin, SP Endokrinologie		26 %	≥ 30 %
231 Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich)		31 %	≥ 40 %
<i>Omnitrope®</i>			

## exRW (Wirkstoffe außerhalb der Richtwerte)

Das Ziel ist die Erhöhung der Biosimilar-Anteile an Pegfilgrastim und Follitropin alfa.

Tabelle 7: Mindestquotenregelung Anteil der Biosimilars an Pegfilgrastim im exRW 911

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2024 Anteil der AT-Fälle
<b>Biologicals im exRW 911</b>	<b>Anteil Biosimilars an Pegfilgrastim</b>		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
101 FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe		75 %	≥ 85 %
<i>Cegfila®; Fulphila®; Grasustek®; Nyvepria®; Pelgraz®; Pelmeg®; Ziextenzo®</i>			

Tabelle 8: Mindestquotenregelung Anteil der Biosimilars an Follitropin alfa im exRW 927

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2024 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im exRW 927	Anteil Biosimilars an Follitropin alfa		
Richtwertgruppen:			
101 FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe		55 %	≥ 60 %
Bemfola®; Ovaleap®			

### Allgemeine Hinweise:

Die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg geben auf ihrer Internetseite ([www.gpe-bw.de/facharztgruppen](http://www.gpe-bw.de/facharztgruppen)) weitere Hinweise zum wirtschaftlichen Einsatz von biologischen Arzneimitteln (Indikationen: atopische Dermatitis, chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen [CRSwNP], Psoriasis, rheumatoide Arthritis).

### Qualitative Ziele

Die qualitativen Ziele sollen als Verordnungsempfehlungen eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung in Baden-Württemberg fördern.

### Rationaler Antibiotikaeinsatz

Bei der Verordnung von Antibiotika soll auf einen rationalen Einsatz geachtet werden. Um Resistenzen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu vermeiden, ist eine leitliniengerechte, zurückhaltende und zielgerichtete Anwendung von Antibiotika notwendig. Dies gilt insbesondere für die im Moment häufig verordneten Cephalosporine. Reserveantibiotika sind zurückhaltend zu verordnen und der Einsatz der Fluorchinolone, v. a. im Hinblick auf die Warnhinweise und speziellen Risiken, besonders zu überdenken.

→ Weitere Informationen zur rationalen Antibiotikatherapie, u. a. zur Risikobewertung der Fluorchinolone können dem [Verordnungsforum 47 \(Oktober 2018\)](#) entnommen werden. Das BfArM erinnerte am 7. Juni 2023 an die Anwendungseinschränkungen der Fluorchinolone:



[www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2023/rhb-fluorchinolone.html](http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2023/rhb-fluorchinolone.html)

### Verordnung von Sacubitril/Valsartan (Entresto®)

Das Kombinationspräparat Sacubitril/Valsartan ist bei erwachsenen Patienten zur Behandlung einer symptomatischen chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion zugelassen.

In die Zulassungsstudie wurden ausschließlich vorbehandelte Patienten aufgenommen (ACE-Hemmer oder AT1-Rezeptorblocker [ARB], ggf. in Kombination mit einem Betablocker und/oder Aldosteronantagonisten). Nur für diese Patienten gilt daher die Verordnung als Praxisbesonderheit gemäß § 106b Absatz 5 SGB V.

In der aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinie Herzinsuffizienz vom September 2021 wird die Therapie mit Sacubitril/Valsartan als ACE-Hemmer-/ARB-Ersatz erst bei

- persistierender Symptomatik (NYHA-Stadien II bis IV)
- trotz leitliniengerechter Kombinationstherapie mit ACE-Hemmern/ARB, Betablockern und Aldosteron-antagonisten

empfohlen [2].

Die Behandlungskosten von Sacubitril/Valsartan liegen um ein Vielfaches höher als jene einer Therapie mit ACE-Hemmer/ARB und Betablocker.

### Verordnung von DOAK

Für den AT 11 (Antikoagulanzen, oral) wurde für die direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK) keine Höchstquote festgelegt. Dennoch haben diese die Vitamin-K-Antagonisten in INR-adjustierter Dosierung als Standardprophylaxe für Patienten mit Vorhofflimmern und hohem Risiko für Thromboembolien nicht abgelöst [3]. Bei den Wirkstoffen Dabigatran und Rivaroxaban sollen preisgünstige, generisch verfügbare Arzneimittel eingesetzt werden, sofern Generika am Markt verfügbar sind.

### Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin

Bei der Ausstellung von Verordnungen für Pregabalin-haltige Arzneimittel sollten aufgrund des hohen Abhängigkeits- und Missbrauchspotenzials [4, 5] die nachfolgend genannten Punkte berücksichtigt werden:

- Eine Verordnung kann nur ausgestellt werden, wenn eine Indikation gemäß Zulassung vorliegt und dokumentiert ist. Die weitaus häufigste Indikation für den Einsatz von Pregabalin ist der neuropathisch bedingte Schmerz. Hier stehen therapeutische Alternativen zur Verfügung, die hinsichtlich des Abhängigkeitspotenzials als risikoärmer gelten.
- Verordnungsmengen sollten regelmäßig auf Plausibilität hinsichtlich der ärztlich angesetzten Dosierung kontrolliert werden. Der Einsatz bei Patienten mit einer bekannten Suchtproblematik in der Vorgeschichte sollte nur in Ausnahmefällen und unter enger ärztlicher Kontrolle erfolgen.

Bei neuen Patienten oder im Vertretungsfall ist Zurückhaltung geboten, solange keine weiteren Informationen zur Vortherapie oder der zugrunde liegenden Indikation vorliegen. Gegebenenfalls sollte die Verordnung einer kleinen Packungsgröße in Betracht gezogen werden.

### Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva – Verordnung risikoarmer Präparate

Bei der Entscheidung über die Verordnung eines kombinierten hormonalen Kontrazeptivums sollte ein geeignetes risikoarmes Präparat bevorzugt werden (vgl. Tabelle 9). Präparate, die Levonorgestrel, Norethisteron oder Norgestimat enthalten, sind mit dem geringsten Risiko für eine venöse Thromboembolie (VTE) verbunden [6].

**Tabelle 9: Risiko, innerhalb eines Jahres eine VTE zu erleiden [6]**

Gruppe	Anzahl an Frauen pro Jahr, die eine VTE erleiden
Frauen, die keine hormonalen Verhütungsmittel verwenden und nicht schwanger sind	Etwa 2 von 10.000 Frauen
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Levonorgestrel, Norethisteron oder Norgestimat enthält	Etwa 5–7 von 10.000 Frauen
Frauen, die Seasonique® verwenden, das Levonorgestrel im Langzyklus enthält*	Etwa 5–15 von 10.000 Frauen**
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Etonogestrel oder Norelgestromin enthält	Etwa 6–12 von 10.000 Frauen
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Dienogest in Kombination mit Ethinylestradiol enthält	Etwa 8–11 von 10.000 Frauen
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Drospirenon, Gestoden oder Desogestrel enthält	Etwa 9–12 von 10.000 Frauen
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Nomegestrol in Kombination mit Estradiol oder die Kombination aus Dienogest mit Estradiolvalerat enthält	Etwa gleich wie bei anderen kombinierten hormonalen Kontrazeptiva, einschließlich Levonorgestrel-haltigen Kontrazeptiva
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Chlormadinon enthält	Noch nicht bekannt***

\* Seasonique® (84 Tage 150 µg Levonorgestrel in Kombination mit 30 µg Ethinylestradiol, danach 7 Tage 10 µg Ethinylestradiol)

\*\* basierend auf dem 95%-Konfidenzintervall der Hazard ratios (HR) und der Spannbreite der geschätzten Inzidenz für Levonorgestrel (5–7 pro 10.000 Frauen und Anwendungsjahr)

\*\*\* Um das Risiko für diese Produkte einschätzen zu können, werden derzeit auf europäischer Ebene weitere Studien ausgewertet

➔ Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stellt auf seiner Internetseite ebenfalls eine Checkliste für Ärzte sowie eine Anwenderkarte als Informationsmaterialien zur Verfügung [6].

➔ Weitere Informationen zu hormonalen Kontrazeptiva finden Sie im Verordnungsforum 43 „Moderne Empfängnisregelung“ [7]:



[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Presse » Publikationen  
» Verordnungsforum

### Rationale Verordnung von Protonenpumpenhemmern (PPI)

Der Verordnung von PPI sollte grundsätzlich eine kritische Diagnosestellung vorausgehen. Ein nicht indikationsgerechter Einsatz, eine medizinisch nicht notwendige Langzeitmedikation oder auch die regelhafte Fortführung hoher Dosierungen müssen sowohl im Hinblick auf mögliche Nebenwirkungen als auch unter Kostenaspekten hinterfragt werden. In vielen Fällen ist eine Dosisreduktion, die Umstellung auf eine Bedarfsmedikation oder sogar das Absetzen, insbesondere nach stationärem Aufenthalt, möglich. Aufgrund des Reboundeffekts wird ein schrittweises Ausschleichen der PPI empfohlen. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat einen Algorithmus zum sogenannten „Deprescribing“ von PPI veröffentlicht [8].

➔ Weitere Informationen zum Thema PPI, u. a. zum indikationsgerechten Einsatz und zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen, können dem Verordnungsforum 54 (August 2020) entnommen werden:



[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Presse » Publikationen  
» Verordnungsforum

## Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der Migränetherapie

Derzeit stehen in Deutschland mit Erenumab, Fremanezumab, Galcanezumab und Eptinezumab vier Antikörper zur Migräneprophylaxe zur Verfügung.

Aufgrund der hohen Jahrestherapiekosten und des Vorhandenseins von langfristig erprobten Wirkstoffen zur Migräneprophylaxe empfehlen wir einen zurückhaltenden Einsatz der Präparate. Obgleich die erneute frühe Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen für Erenumab feststellt [9], ist eine patientenindividuelle Abwägung gegenüber dem Einsatz langfristig erprobter Wirkstoffe zu empfehlen.

## Therapie mit Cannabinoiden

Für die Therapie mit Cannabinoiden gemäß § 31 Absatz 6 SGB V ist vorzugsweise ein kostengünstiges Cannabis-Arzneimittel einzusetzen. Vor der ersten Verordnung muss eine Genehmigung durch die Krankenkasse des Patienten vorliegen. Erfolgt die Verordnung von Cannabisarzneimitteln im Rahmen der Versorgung nach § 37b SGB V (SAPV), entfällt der Genehmigungsvorbehalt ausnahmsweise.

Gemäß § 44 Absatz 2 der Arzneimittel-Richtlinie ist vor einer Verordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten zu prüfen, ob andere cannabishaltige Fertigarzneimittel zur Verfügung stehen, die zur Behandlung geeignet sind. Die Verordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten ist zu begründen.

→ Für weiterführende Informationen sind die Veröffentlichungen der KV zu beachten. Unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Cannabis sind eine Patientenkostenübersicht sowie ein umfassendes Informationsdokument zu finden.

Seit Juli 2021 sind auch Medizinal-Cannabisblüten des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM-Cannabisblüten) aus deutschem Anbau verfügbar, deren Preis deutlich unter dem für importierte Cannabis-

blüten liegt. Der abrechnungsfähige Hilfstaxepreis für die Apotheken beträgt für die importierten Cannabisblüten 9,52 Euro pro Gramm, für BfArM-Cannabisblüten (Medizinal-Cannabisblüten) nur 5,80 Euro pro Gramm (zzgl. jeweils der entsprechenden Zuschläge für die unverarbeitete Abgabe bzw. in Zubereitungen). Derzeit sind verschiedene Sorten mit unterschiedlichen THC-Gehalten in größeren Gebinden von 50 g verfügbar, sodass hiermit auch im Bereich der Cannabisblüten wirtschaftlichere Therapieoptionen für unterschiedliche Anwendungssituationen, insbesondere auch für Verordnungen höherer Mengen, zur Verfügung stehen.

→ Informationen zu den Sorten der BfArM-Cannabisblüten (THC-Gehalt, PZN etc.) sind unter [www.cannabisagentur.de](http://www.cannabisagentur.de) einsehbar.

## Aut-idem-Verordnung

Das Ankreuzen des Aut-idem-Feldes durch den Vertragsarzt ist nur aus medizinisch-therapeutischen Gründen zulässig [10]. Durch das Setzen des Kreuzes wird der Austausch des verordneten gegen ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel in der Apotheke unterbunden. Unter Wirtschaftlichkeitsaspekten ist der Ausschluss dieser Substitution in der Apotheke nur in medizinisch bzw. therapeutisch begründeten Fällen zu empfehlen.

→ Ausführlichere Informationen hierzu finden Sie im [Verordnungsforum 63 \(November 2022\)](#):



[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Presse » Publikationen » Verordnungsforum



## Arzneimittelbehandlung älterer Patienten und Multimedikation

Die medikamentöse Behandlung älterer und/oder multimorbider Patientinnen und Patienten stellt eine besondere Herausforderung dar.

Generell sollte bei Erkrankten mit Multimorbidität bzw. Multimedikation (z. B.  $\geq 3$  chronische Erkrankungen,  $\geq 5$  Arzneimittel) regelhaft eine umfassende Erfassung und kritische Medikationsbewertung (inklusive der Selbstmedikation durch den Patienten) durchgeführt werden: Indikation, Kontraindikationen, Wirkstoffauswahl, Dosierung, Interaktionspotenzial, korrekte Anwendung/Einnahme, erforderliches Monitoring, Therapieprobleme, neu aufgetretene Erkrankungen und Komplikationen (möglicherweise als Folge oder Nebenwirkung eines Arzneimittels?) und – nicht zu vergessen – persönliche Ziele und Prioritäten der Patientin und des Patienten.

Verschiedene frei zugängliche Instrumente können Sie bei der Verordnungsanalyse und -entscheidung unterstützen (z. B. Medication Appropriateness Index [MAI], START-STOPP-Kriterien, Priscus-, Beers- bzw. Fortalste etc.) [11, 12].

Ein regelmäßig aktualisierter Medikationsplan erleichtert Behandlern und Erkrankten die Übersicht.

## Therapieallergene

Gemäß den „Konsentierten Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer spezifischen Immuntherapie“ [13] sollte bei der Präparateauswahl zukünftig das Ende der Übergangsregelung der TAV 2026 bedacht werden, da gegebenenfalls bei Nichterteilung der Zulassung ein Präparat, mit dem bereits eine Therapie begonnen wurde, nach dem Ende der Übergangsregelung nicht mehr verfügbar sein könnte. Um mögliche Therapieabbrüche zu vermeiden, wird ein Einsatz von zugelassenen Therapieallergenen bei Neueinstellungen unter Berücksichtigung des Anwendungsgebietes empfohlen, sofern zugelassene Therapieallergene mit gleichem Applikationsweg zur Verfügung stehen.

## Frühe Nutzenbewertung

Neue Arzneimittel, für die noch kein Ergebnis zur frühen Nutzenbewertung des G-BA vorliegt und kein Erstattungsbetrag vereinbart wurde, sollten nur zurückhaltend eingesetzt werden. Die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung sind beim G-BA oder in der Verordnungssoftware einsehbar.

➔ [www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/](http://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/)

➔ Mehr Informationen zum Thema erhalten Sie auch auf der Homepage der KVBW unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Frühe Nutzenbewertung

## Gezielter Einsatz von transdermalen Opioiden

In der Regel kann eine Schmerztherapie mit oralen Präparaten durchgeführt werden, transdermale Opioide sollten zielgerichtet eingesetzt werden. Für die Therapie mit transdermalen Opioiden gelten im Rahmen einer guten Versorgungsqualität folgende patientenbezogene Aspekte als Voraussetzung:

- Chronische Schmerzen und ein stabiler Opioidbedarf, also ohne starke Schwankungen der Schmerzintensität während des Tages und in der Nacht [14].
- Schluckbeschwerden oder gastrointestinale Malabsorption. Dies gilt im Speziellen während der Palliativversorgung oder bei Tumoren im Gesichts- und Halsbereich sowie im Gastrointestinaltrakt. Hier kann die orale Einnahme von Medikamenten erschwert oder unmöglich sein. Eine invasive Applikation von Opioiden kann bei diesen Patienten vermieden werden, sodass sie unabhängig von stationären oder zusätzlichen ambulanten Schmerzbehandlungen bleiben können [15].

**Cave:** Pflaster sind mit deutlich mehr Wirkstoffmengen beladen als die auf der Packung ausgewiesenen Wirkstärken. Daher ist ein hohes Missbrauchs- und Unfallpotenzial gegeben. Bei der Erstverordnung sollte immer die kleinste

Einheit verordnet werden. Dies gilt insbesondere bei bislang nicht bekannten Patienten.

Bitte beachten Sie die allgemeinen Hinweise zum Abhängigkeitspotenzial auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch im Verordnungsforum 57.

### Lipidsenker (Bempedoinsäure, Inclisiran)

Statine sind nach Ausschöpfung nichtmedikamentöser Maßnahmen weiterhin Arzneimittel der ersten Wahl zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen. Bei nicht ausreichender Wirksamkeit sollte zunächst Ezetimib ggf. in Kombination mit einem Statin eingesetzt werden.

Mit Bempedoinsäure (Nilemdo<sup>®</sup> bzw. Nustendi<sup>®</sup> als Fixkombination mit Ezetimib) und Inclisiran (Leqvio<sup>®</sup>) sind zwei neue Lipidsenker verfügbar.

In den frühen Nutzenbewertungen des G-BA hat sich für die Wirkstoffe jeweils kein Beleg für einen Zusatznutzen ergeben [16].

Die Kosten einer Therapie mit Bempedoinsäure liegen deutlich höher als die einer Standardtherapie mit Statinen. Bempedoinsäure sollte deshalb erst nach Ausschöpfung kostengünstiger und zweckmäßiger Optionen zum Einsatz kommen.

Für die Verordnung des ebenfalls mit hohen Kosten verbundenen PCSK-9-Synthesehemmers Inclisiran (Leqvio<sup>®</sup>) wurde vom G-BA wie schon zuvor für die beiden PCSK-9-Inhibitoren Evolocumab und Alirocumab eine Verordnungseinschränkung in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen (Nr. 35a, b und c) [17].

➔ Ausführlichere Informationen hierzu finden Sie im Verordnungsforum 62 (September 2022):



[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Presse » Publikationen  
» Verordnungsforum

Die Verordnungszahlen von Lipidsenkern sind in den letzten Jahren stetig angestiegen. Mit zu dieser Entwicklung beigetragen haben einerseits sehr ambitionierte Leitlinienempfehlungen für Gesamtcholesterin- und LDL-Grenzwerte. Aber auch die breite Verfügbarkeit von vergleichsweise kostengünstigen Statinen hat eine Zunahme der Verordnungen begünstigt.

Besonders in der **Primärprävention** ist der zunehmende Einsatz von Lipidsenkern auf Grundlage einer isolierten Betrachtung von Gesamtcholesterin- oder LDL-Wert kritisch zu hinterfragen. Ausreichende wissenschaftliche Belege für die Vorteile einer Therapie unter Orientierung an den derzeit in Leitlinien empfohlenen Grenzwerten liegen bisher nicht vor. Der primärpräventive Einsatz von Lipidsenkern sollte deshalb auf die in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie genannten Konstellationen beschränkt werden. Insbesondere ist vor der Verordnung eines Lipidsenkers das individuelle kardiovaskuläre Risiko anhand eines geeigneten Risikokalkulators zu ermitteln. Nur wenn sich dabei ein Risiko von mehr als 20 % / 10 Jahre ergibt, können Lipidsenker in der Primärprävention zulasten der GKV verordnet werden.

In der **Sekundärprävention** kardiovaskulärer Ereignisse sind Statine nach wie vor Mittel der ersten Wahl.

➔ [Konsentierete Kriterien einer wirtschaftlichen medikamentösen Therapie der Fettstoffwechselstörungen finden Sie auch auf der Homepage der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg: \[www.gpe-bw.de/facharztgruppen\]\(http://www.gpe-bw.de/facharztgruppen\)](#)

## Literatur

- [1] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Biosimilars. 2. Auflage, Version 1.0, Januar 2021. <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/PDF/Biosimilars.pdf>
- [2] Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 3. Auflage, Version 3, 2021. doi: 10.6101/AZQ/000465. [www.herzinsuffizienz.versorgungsleitlinien.de](http://www.herzinsuffizienz.versorgungsleitlinien.de)
- [3] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern – Empfehlungen zum Einsatz der direkten oralen Antikoagulanzen Dabigatran, Apixaban, Edoxaban und Rivaroxaban. 3., überarbeitete Auflage, November 2019. [https://www.akdae.de/fileadmin/user\\_upload/akdae/Arzneimitteltherapie/LF/PDF/OAKVHF.pdf](https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/Arzneimitteltherapie/LF/PDF/OAKVHF.pdf)
- [4] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin. *Arzneiverordnung in der Praxis* 2020; 47(1-2): 62–5
- [5] Abhängig von Pregabalin (Lyrica). *arznei-telegramm* 2012; 43: 71–2
- [6] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Venöse Thromboembolien und kombinierte hormonale Kontrazeptiva (Stand: 14.03.2022). [https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/KOK/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/KOK/_node.html)
- [7] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Moderne Empfängnisregelung. *Verordnungsforum* 2022; 43 (2., aktualisierte Auflage, Oktober 2022). <https://www.kvbawue.de/presse/publikationen/verordnungsforum/>
- [8] Rosien U: Deprescribing PPI: Weniger Protonenpumpeninhibitoren-Verordnung ist möglich! *Arzneiverordnung in der Praxis* 2019; 46(3–4): 114–8
- [9] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Beschluss Neubewertung Erenumab. <https://www.g-ba.de/beschluesse/5066/>
- [10] § 29 Absatz 2 Bundesmantelvertrag Ärzte
- [11] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): S3-Leitlinie Multimorbidität (02/2017), AWMF-Register-Nr. 053-047. [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047\\_Multimorbiditaet/053-0471\\_%20Multimorbiditaet\\_redakt\\_24-1-18.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbiditaet/053-0471_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf)
- [12] Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Leitlinie Multimedikation – Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten, Version 2.00 vom 05.05.2021, AWMF-Register-Nr. 053-043. [https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-043l\\_S3\\_Multimedikation\\_2021-08.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-043l_S3_Multimedikation_2021-08.pdf)
- [13] Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg: Konsentierete Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer spezifischen Immuntherapie (Stand: August 2022). <https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen/hno-aerzte/spezifische-immuntherapie>
- [14] Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. et al.: Leitlinie – Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS), 2. Aktualisierung, 2020, AWMF-Register-Nr. 145/003. [https://register.awmf.org/assets/guidelines/145-003l\\_S3\\_LONTS\\_2020-10.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/145-003l_S3_LONTS_2020-10.pdf)
- [15] Gerbershagen HJ, Dagtekin O, Sabatowski R: Opiode – wann welche Applikationsform? *Arzneimitteltherapie* 2007; 25: 374–82. <https://www.arzneimitteltherapie.de/heftarchiv/2007/10/opioide-wann-welche-applikationsform.html>
- [16] G-BA-Beschluss Bempedoinsäure: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4785/2021-04-15\\_AM-RL-XII\\_Bempedoinsaeure\\_D-601\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4785/2021-04-15_AM-RL-XII_Bempedoinsaeure_D-601_BAnz.pdf)  
G-BA-Beschluss Bempedoinsäure/Ezetimib: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4786/2021-04-15\\_AM-RL-XII\\_Bempedoinsaeure-Ezetimib\\_D-602\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4786/2021-04-15_AM-RL-XII_Bempedoinsaeure-Ezetimib_D-602_BAnz.pdf)  
G-BA-Beschluss Inclisiran: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4922/2021-07-15\\_AM-RL-XII\\_Inclisiran\\_D-640\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4922/2021-07-15_AM-RL-XII_Inclisiran_D-640_BAnz.pdf)
- [17] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): AM-RL Anlage III: <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/16/>

# Heilmittel-Richtwerte 2024

Für das Jahr 2024 wurden neue Heilmittel-Richtwerte für die verschiedenen Fachgruppen vereinbart. Basis für die Berechnungen waren die tatsächlichen Fallkosten des Verordnungsjahres 2022.

Wie jedes Jahr wurden auch in den diesjährigen Verhandlungen die Preissteigerungen aus dem Jahr 2023 als Aufschlag auf die Richtwerte für 2024 mit den Krankenkassen vereinbart. Etwaige Preissteigerungen, die im Laufe des Jahres 2024 rückwirkend gelten könnten, sind aktuell nicht absehbar. Sollte es zu Preissteigerungen kommen, würden wir Sie über eine mögliche unterjährige Anpassung der Heilmittel-Richtwerte zu gegebener Zeit unterrichten.

## Heilmittel-Richtwerte für das Jahr 2024 (Euro)

	Bezeichnung Richtwertgruppe	M / F 2024	R 2024
0123 0151	Anästhesisten, Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung	30,05	38,67
0710 0711 0750	FA Chirurgie	19,22	24,95
1920 8050	FA Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte und FA Innere Medizin	10,36	40,90
1937 1957	FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	16,51	24,32
2320 2348 2350	FA Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich Tätige)	26,75	26,75
3810 3814 3850	Nervenärzte Neurologen	23,69	70,66
3815 3816	Psychiater, SP Psychotherapie Psychiater	3,64	13,51
3812 3813 3851	Kinder- und Jugendpsychiater Kinder- und Jugendpsychiater, Teilnahme an der Sozialpsychiatrivereinbarung	15,72	15,72
4110 4111 4150	Neurochirurgen	48,09	56,79
4410 4411 4450	FA Orthopädie	51,53	71,94

	Bezeichnung Richtwertgruppe	M / F 2024	R 2024
4437	FA Orthopädie, SP Rheumatologie	47,48	66,05
6310 6350	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	80,35	115,04

Die Heilmittel-Richtwerte gelten je kurativen Behandlungsfall je Quartal. Die Aufteilung erfolgt nach Mitgliedern/Familienversicherten (M/F) und Rentnern (R).

Ermächtigte Ärzte erhalten die Richtwerte der jeweiligen Heilmittel-Richtwertgruppe.

Für Facharztgruppen ohne Richtwert wird die Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise durch die in der Prüfvereinbarung geregelten Prüfverfahren geprüft.

Wie schon in den vergangenen Jahren gilt auch weiterhin der Grundsatz, dass Verordnungen, die korrekterweise als besonderer Ordnungsbedarf (BVB) gekennzeichnet sind, nicht der regulären Richtwertprüfung unterliegen. Als BVB gekennzeichnete Verordnungen werden allerdings seit dem Ordnungsjahr 2022 einer Plausibilisierung unterzogen. Achten Sie also darauf, eine BVB-Diagnose nur dann anzugeben, wenn es aus medizinischer Sicht indiziert ist und alle Voraussetzungen dafür vorliegen. Im Rahmen der Plausibilisierung wird dies mit Hilfe der Abrechnungsdaten überprüft. Im Hinblick darauf ist es also von besonderer Wichtigkeit, auf eine **korrekte und übereinstimmende ICD-10-Codierung** im Rahmen der Abrechnung, in der Patientenakte und beim Ausstellen der Verordnung zu achten.

Für den Fall, dass es zu implausiblen Auffälligkeiten kommt, wird der BVB-Status aberkannt, und die entsprechenden Verordnungen unterliegen der regulären Heilmittel-Richtwertprüfung. Sollte es zu keinen Auffälligkeiten im Rahmen der Plausibilisierung kommen, bleibt der BVB-Status erhalten, und die entsprechenden BVB-Verordnungen sind weiterhin von der Heilmittel-Richtwertprüfung ausgenommen.

---

Hinweise und Erläuterungen zu den gesetzlichen Vorgaben und Vereinbarungen in der Heilmittelversorgung bezüglich der besonderen Verordnungsbedarfe und des langfristigen Heilmittelbedarfs finden sich in der Broschüre „Heilmittel richtig verordnen“ vom Dezember 2020 (Neuaufgabe März 2023).

→ Weitere Informationen finden Sie hier:  
[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Heilmittel  
» Richtwerte

## Heilmittelvereinbarung 2024

Die KVBW konnte mit den Krankenkassen für das Jahr 2024 ein Ausgabenvolumen für Heilmittel in Höhe von **1.443.432.619 Euro** für Baden-Württemberg vereinbaren.

Auch für das Jahr 2024 wurden im Heilmittelbereich Ziele vereinbart. Diese dienen jedoch lediglich zur Orientierung und wirtschaftlichen Steuerung der Verordnungsweise und haben keine Konsequenzen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

→ Weitere ausführliche Informationen über Heilmittel-Richtwerte, Wirtschaftlichkeitsziele und Heilmittelvereinbarungen finden Sie hier: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Heilmittel



# Verordnung telemedizinischer Leistungen im Heilmittelbereich

Mit Beginn der Corona-Pandemie hat die Digitalisierung im Gesundheitswesen verstärkt Einzug gehalten. Nach befristeten Sonderregelungen sind telemedizinische Heilmittelbehandlungen (Videotherapie) ab 1. April 2022 sukzessive in die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aufgenommen worden. Mit dieser Einführung wurden für Patienten und Therapeuten neue Behandlungsmöglichkeiten geschaffen. In welchen Heilmittelbereichen dies möglich ist und was bei der Verordnung zu beachten ist, stellen wir Ihnen in der nachfolgenden Zusammenfassung vor.

Unter telemedizinischen Leistungen sind vorrangig Onlinebehandlungen per Videoübertragung zwischen Patient und Heilmittelerbringer in Echtzeit zu verstehen. Aufgezeichnete Videofilme oder digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) stellen demnach keine telemedizinische Behandlung im Sinne der Richtlinie dar [1].

Videotherapie ist in den Bereichen der Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährungstherapie sowie Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST) möglich. Ausgenommen sind Leistungen aus der podologischen Therapie [1].

Der verordnende Arzt oder die verordnende Ärztin kann entscheiden, dass eine Heilmittelbehandlung per Video ausgeschlossen ist. Falls ein Grund gegen eine Heilmittelbehandlung per Video besteht, muss ein entsprechender Hinweis auf der Verordnung Muster 13 im Feld „ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise“ (Abbildung 1) erfolgen [1, 2].

**Tabelle 1: Mengengrenzungen bei Videobehandlungen durch den Therapeuten**

**Abbildung 1: Ausschnitt aus dem Muster 13**

**Heilmittelverordnung 13**

Zustellung frei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Unterschiedliche

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

BVG

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Behandlungsrelevante Diagnose(n)**  
ICD-10 - Code

Diagnosegruppe

Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog

a b c

patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht

Hausbesuch

ja

nein

Therapiefrequenz

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

<b>Physiotherapie</b>	<p><b>KG Einzel-/Gruppenbehandlung, KG Muko</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Maximal die Hälfte der verordneten Behandlungseinheiten</li> </ul> <p><b>KG-ZNS nach Bobath</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Maximal drei Einheiten der verordneten Behandlungseinheiten, insbesondere für die Anleitung der Bezugsperson</li> </ul> <p><b>Manuelle Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Maximal eine Einheit der verordneten Behandlungseinheiten</li> </ul>
<b>Ernährungs-therapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beratungen: Maximal 30 Minuten als telefonische Beratung möglich</li> <li>Jeweils pro Leistungserbringer maximal 50 % der ernährungstherapeutischen Leistungen pro Verordnung</li> </ul>
<b>Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzung auf maximal 30 % der Leistungen je Leistungserbringer und Kalenderjahr</li> <li>Beratungen: Nur in Ausnahmefällen telefonisch möglich</li> <li>Verlaufskontrollen sind von den telemedizinischen Leistungen in diesem Bereich ausgeschlossen</li> </ul>
<b>Ergotherapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maximal 30 % aller Behandlungen pro Leistungserbringer und Quartal</li> <li>Beratungen: In begründeten Einzelfällen maximal zwei Behandlungseinheiten pro Verordnung per Telefon möglich</li> <li>Verordnete Hausbesuche, thermische Anwendungen (Wärme- oder Kältetherapie) und ergotherapeutische Schienen sind ausgeschlossen</li> </ul>



Eine persönlich erbrachte Heilmitteltherapie hat Vorrang vor einer telemedizinischen Leistung, sofern das Therapieziel telemedizinisch nicht im gleichen Maß erreicht werden kann.

Der Patient entscheidet mit dem Heilmittelerbringer, ob die Behandlung telemedizinisch erfolgen kann. Ergibt es sich trotz Ausschluss auf der Verordnung, dass eine Behandlung per Video geeignet ist, kann diese nach Abstimmung zwischen Patient und Arzt erfolgen [1].

Die Heilmittelpreise im Rahmen einer telemedizinischen Behandlung unterscheiden sich nicht von den Preisen einer Präsenzbehandlung [3].

### **Welche Leistungen wie oft per Video möglich sind**

Die Anzahl der Videobehandlungen durch den Therapeuten ist begrenzt (Tabelle 1) [3, 4].

### **Nicht verordnungsfähige telemedizinische Heilmittelbehandlungen**

Folgende Leistungen können nicht per Videotherapie durchgeführt werden [5]:

- thermische Leistungen (Wärme- oder Kältetherapie)
- temporäre ergotherapeutische Schiene
- podologische Maßnahmen
- verordnete Hausbesuche

### **Fazit**

- Die telemedizinische Heilmittelbehandlung muss in Echtzeit erfolgen.
- Bei Gründen gegen eine telemedizinische Heilmittelbehandlung wird ein Ausschluss auf dem Muster 13 im Feld „ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise“ vermerkt.
- Eine Unterscheidung der Vergütung zwischen einer telemedizinischen Heilmittelbehandlung und einer Präsenzbehandlung gibt es nicht.
- Nicht alle Heilmittel sind für eine Videobehandlung geeignet. Auch bei den geeigneten Heilmitteln gibt es Begrenzungen hinsichtlich der möglichen Anzahl von Videobehandlungen.

### **Literatur**

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 19. Mai 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 96 (S. 2247) vom 30. Juni 2011, in Kraft getreten am 1. Juli 2011, zuletzt geändert am 19. Januar 2023, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 11.04.2023 B1), in Kraft getreten am 12. April 2023. <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>
- [2] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Ausfüllhilfe Muster 13. <https://www.kvbawue.de/pdf3640>
- [3] GKV-Spitzenverband: Verträge nach § 125 Abs. 1 SGB V. [https://www.gkv-heilmittel.de/fuer\\_heilmittelerbringer/vertraege/vertraege.jsp](https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_heilmittelerbringer/vertraege/vertraege.jsp)
- [4] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Heilmittelbehandlung per Video möglich (Nachricht vom 24. Mai 2022). <https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/heilmittelbehandlung-per-video-moeglich>
- [5] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Heilmittelbehandlungen per Video jetzt auch in der Ergotherapie möglich (Nachricht vom 21. November 2022). <https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/heilmittelbehandlungen-per-video-jetzt-auch-in-der-ergotherapie-moeglich>

# Änderungen im Sprechstundenbedarf

Hier stellen wir Ihnen Änderungen und Ergänzungen der Anlage 1 (Liste der zulässigen Mittel im Sprechstundenbedarf) der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zur Verfügung. Folgende Änderungen treten zum 1. Januar 2024 in Kraft.

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform	Anmerkung	Ab wann
Analgetika/ Antirheumatika	Ibuprofen	Parenteral	Neue Darreichungsform Parenterale Anwendung: Nur für Anästhesisten und nur für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen laut Fachinfo (Ausschließlich für Kinder und Jugendliche zugelassene Produkte)	Ab 01.01.2024
Dermatika	Salpetersäure + Essigsäure + Oxalsäure + Milchsäure + Kupfernitrat	Extern	Einziges FAM außer Handel Streichung der Wirkstoffkombination aus der Anlage 1 Kein Rezepturersatz	Ab 01.01.2024
Hypnotika/ Tranquillantien	Midazolam	Rektal	Neue Darreichungsform Hinweis zu Rektal: Adapter kein SSB	Ab 01.01.2024
Rhinologika	Adrenalin/Epinephrin	Extern	Neue Ergänzung: Zur Blutstillung bei Epistaxis, Anwendung laut Fachinfo. <b>Keine</b> Rezepturen	Ab 01.01.2024

→ Die aktuelle Liste der zulässigen Mittel im Sprechstundenbedarf finden Sie auf unserer Homepage: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Sprechstundenbedarf

# Fortbildungsveranstaltungen bei der MAK

neu

## Vom Patienten zum Kassenrezept

Dieser Workshop richtet sich an alle Ärztinnen, Ärzte und Mitarbeitende. Sie wollen Verordnungen für Ihre Patienten ausstellen und sehen sich mit den vielfältigen Fragen der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln, Impfstoffen, Heil- und Hilfsmitteln konfrontiert? Wir besprechen anhand vieler Praxisbeispiele, was beim Ausstellen dieser Verordnungen zu beachten ist. Auch die wirtschaftliche Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln ist Gegenstand des Workshops und die Frage, was Sie bei der Verordnung von Arzneimitteln zulasten der GKV beachten sollten. Die Themen eRezept, Teststreifen und Verbandstoffe runden diese Veranstaltung ab.

Es gibt parallele Seminare für die Zielgruppe Ärztinnen, Ärzte und für die Zielgruppe Mitarbeitende.

### Live-Online-Seminar

Freitag, 26. April 2024 14:00–18:30 Uhr

**Stuttgart** Freitag, 19. Juli 2024 14:00–18:30 Uhr

### Live-Online-Seminar

Freitag, 15. November 2024 14:00–18:30 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 69 Euro.

## Online-Seminar „Mittel und Wege: Verordnung von Heilmitteln“

Dieser Onlinekurs dauert ca. 90 Minuten und ist an alle Ärzte und Mitarbeitende gerichtet, die mit der Verordnung von Heilmitteln zu tun haben. Wir haben für Sie die Verordnung von Heilmitteln, die im Verordnungsalltag häufig ein zeitaufwändiges Thema darstellt, in diesem Onlinekurs aufbereitet. Im Zentrum stehen dabei die Heilmittel-Richtlinie und die Diagnoseliste für besondere Verordnungsbedarfe und den langfristigen Heilmittelbedarf. Sie lernen neben den theoretischen Hintergründen auch, diese wichtigen Nachschlagewerke aktiv anzuwenden. Dabei zeigen wir, welche Heilmittel für den aktuellen Fall geeignet sind, welche Mengen wie häufig verordnet werden dürfen und wie das Rezept ausgestellt wird.

Die Kosten für das Seminar betragen 98 Euro.

## Wirtschaftlichkeitsprüfungen Arzneimittel und Heilmittel – so können Sie Nachforderungen vermeiden

Wirtschaftlichkeitsprüfungen können den Praxisalltag belasten. Welche Arten von Prüfungen können auf Sie zukommen? Was können Sie tun, um den Überblick über Ihre Verordnungen zu behalten und Nachforderungen zu vermeiden? In diesem Seminar machen Sie sich mit den Grundlagen der Wirtschaftlichkeitsprüfung vertraut. Zu den statistischen Prüfungen im Arzneimittelbereich stellen wir die Arzneimittel-Therapiebereiche vor, die zugeordneten Wirkstoffe und auch die Wirkstoffe außerhalb der statistischen Prüfung. Im Heilmittelbereich erläutern wir die Berücksichtigung der besonderen Verordnungsbedarfe und des langfristigen Heilmittelbedarfs im Rahmen der Prüfung. Sie lernen den Ablauf der Richtwert- und Einzelfallprüfungen kennen und erfahren, wie Sie Prüfungen im Einzelfall vermeiden können.

Das Seminar richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte. Bei Interesse können auch erfahrene Mitarbeitende gemeinsam mit ihrer Praxisleitung am Kurs teilnehmen.

### Live-Online-Seminar

Freitag, 21. Juni 2024 15:00–18:00 Uhr

### Live-Online-Seminar

Freitag, 18. Oktober 2024 15:00–18:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 69 Euro.

## Update Impfen

Dieses Seminar bieten wir für nichtärztliche Mitarbeitende an, die für das Impfen in der Praxis verantwortlich sind und ihre Kenntnisse vertiefen und auf den neuesten Stand bringen wollen.

Inhalt des Seminars sind aktuelle Hintergrundinformationen zu Impfstoffen, Impfpfehlungen und Verordnungs- und Abrechnungsmodalitäten. Sie erlernen auch den praktischen Umgang mit der Schutzimpfungs-Richtlinie und der Impfzifferntabelle. Parallel zeigen wir die Regelungen zur Kostenübernahme von Impfstoffen im Detail und erläutern dies auch an praktischen Beispielen. Damit machen Sie sich mit den wichtigsten Eckpfeilern und Rahmenbedingungen des Impfens vertraut – angefangen vom richtigen Impfstoff über die korrekte Verordnung bis hin zur passenden Impffiziffer.

Es gibt parallele Seminare für die Zielgruppe Ärztinnen, Ärzte und für die Zielgruppe Mitarbeitende.

**Stuttgart** Mittwoch, 24. April 2024 10:00–16:00 Uhr  
**Karlsruhe** Mittwoch, 26. Juni 2024 10:00–16:00 Uhr  
**Freiburg** Mittwoch, 20. November 2024 10:00–16:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 159 Euro.

## Fachkraft für Impfmanagement

Dieses Seminar richtet sich an nichtärztliche Mitarbeitende in der Praxis mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung, die mehr über Grundlagen, Management und Praxis des Impfens wissen wollen. Viele Tätigkeiten, die im Rahmen der Erbringung von Impfleistungen anfallen, kann der Arzt an qualifizierte Praxisbeschäftigte delegieren. Es werden vertiefte Kenntnisse der medizinischen Grundlagen von Schutzimpfungen vermittelt und detailliert die STIKO-Empfehlungen und die Schutzimpfungs-Richtlinie erläutert.

Weitere Inhalte des Seminars sind die richtige Kommunikation mit den Patienten, die Abrechnung von Impfleistungen und der Bezug sowie die Lagerung von Impfstoffen. Anhand von Beispielen wird gezeigt, wie das Wissen im Praxisalltag angewendet werden kann.

Das Seminar wird gemeinsam mit der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg und dem Verband medizinischer Fachberufe e. V. durchgeführt.

Die Fortbildung besteht aus drei Präsenztagen sowie einer onlinebasierten Selbstlernphase und umfasst eine schriftliche (Multiple-Choice-)Prüfung. Ein Zertifikat zur Fachkraft für Impfmanagement wird nach bestandener Prüfung ausgestellt.

**Jeder Kurs umfasst jeweils drei Termine.**

**Stuttgart** Dienstag, 20. Februar 2024  
 Mittwoch, 21. Februar 2024  
 Mittwoch, 13. März 2024, 9:00–18:00 Uhr

**Stuttgart** Dienstag, 14. Mai 2024  
 Mittwoch, 15. Mai 2024  
 Mittwoch, 5. Juni 2024, 9:00–18:00 Uhr

**Stuttgart** Dienstag, 15. Oktober 2024  
 Mittwoch, 16. Oktober 2024  
 Mittwoch, 6. November 2024, 9:00–18:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 289 Euro.

## Online-Seminar „Hieb- und stichfest: Verordnung von Schutzimpfungen“

Dieser Online-Kurs, der ca. 100 Minuten dauert, richtet sich an alle Ärztinnen, Ärzte und Mitarbeitende in der Praxis, die aktuell oder künftig Impfungen durchführen.

In drei Online-Modulen haben wir für Sie die zahlreichen Facetten der Verordnung von Schutzimpfungen aufbereitet. STIKO, Schutzimpfungs-Richtlinie oder Schutzimpfungsvereinbarung? Endlich einfach erklärt! Wann wird was geimpft, wer trägt die Kosten? Wo finden sich die notwendigen Informationen, um eine Impfung korrekt zu verordnen und abzurechnen? Satzungsleistungen bei Impfungen – was verbirgt sich dahinter? In diesem Kurs erarbeiten Sie sich selbstbestimmt die Antworten auf die kleinen und großen Fragen des Impfalltags.

Zusätzlich haben wir Details zur Verordnungsfähigkeit der zehn gefragtesten Schutzimpfungen zusammengetragen: FSME, Hepatitis A und B, HPV, Influenza, Masern,

Meningokokken, Pertussis, Pneumokokken und Varizellen.  
– Das Thema COVID-19-Impfungen wird in diesem Kurs nicht behandelt. –

Die Kosten für das Seminar betragen 98 Euro.

## Wundmanagement / effektive Wundversorgung in der Praxis

In diesem Seminar geht es um das Thema „Wie können chronische Wunden in der Praxis am effektivsten behandelt werden“. Es wendet sich an Ärztinnen, Ärzte und medizinisch erfahrene Praxismitarbeitende.

Zunächst geht der Referent Dr. Klare auf die Entstehung des Ulcus cruris, des Dekubitus und des diabetischen Fußes ein. Außerdem werden die Besonderheiten und Möglichkeiten der Versorgung von chronischen Wunden bei diesen Diagnosen angesprochen. Auch die Auswahl des richtigen Verbandstoffs ist Inhalt dieser Veranstaltung. Wir besprechen die Frage, wie die moderne Wundversorgung wirtschaftlich durchgeführt werden kann. Als Ergänzung zum theoretischen Teil werden interessante Fälle aus der Praxis gezeigt und deren mögliche Behandlung besprochen. In einem praktischen Teil wird das Anlegen von Kompressionsverbänden gezeigt und geübt.

**Stuttgart** Samstag, 15. Juni 2024 9:00–17:00 Uhr

**Freiburg** Samstag, 26. Oktober 2024 9:00–17:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 159 Euro.

## Wundmanagement in der Praxis – Workshop für Medizinische Fachangestellte

### Themenschwerpunkt „Ulcus cruris und Kompression“

Der Workshop richtet sich an Praxismitarbeitende hausärztlicher und interessierter fachärztlicher Praxen.

In diesem Workshop wird die Entstehung und Behand-

lung von Fuß- und Beingeschwüren (Ulcus cruris) besprochen. Wir zeigen verschiedene Materialien auf, die bei der Behandlung des Ulcus cruris eingesetzt werden können, und besprechen die Auswahl des passenden Verbandstoffes. Die Technik des Anlegens eines Kompressionsverbandes kann erlernt und das Wissen zur Kompressionsbandagierung vertieft werden. Darüber hinaus lernen Sie die verschiedenen Kompressionsstrumpffarten kennen und erfahren, wann sie zum Einsatz kommen.

**Karlsruhe** Mittwoch, 24. April 2024 15:00–19:00 Uhr

**Stuttgart** Mittwoch, 20. November 2024 15:00–19:00 Uhr

Die Kosten für den Workshop betragen 98 Euro.

## Verordnungen von Sprechstundenbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr

Bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf gibt es vieles zu beachten. Verträge, Richtlinien und Gesetze ziehen klare Schranken und sorgen immer wieder für Stolperfallen. In diesem Seminar lernen Sie, wie Sie Hindernisse sicher umgehen und Regresse zuverlässig vermeiden. Anhand praktischer Beispiele erfahren Sie, wann und in welcher Form Sprechstundenbedarf zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden kann.

Das Seminar richtet sich an alle Ärztinnen, Ärzte und Praxismitarbeitende, die ihre Kenntnisse in der Verordnung von Sprechstundenbedarf festigen wollen.

### Live-Online-Seminar

Donnerstag, 29. Februar 2024 15:00–17:30 Uhr

### Live-Online-Seminar

Donnerstag, 18. April 2024 15:00–17:30 Uhr

### Live-Online-Seminar

Donnerstag, 4. Juli 2024 15:00–17:30 Uhr

### Live-Online-Seminar

Donnerstag, 10. Oktober 2024 15:00–17:30 Uhr

### Live-Online-Seminar

Donnerstag, 28. November 2024 15:00–17:30 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 49 Euro.

## **Anmeldung für alle Seminare**

Management Akademie der KV Baden-Württemberg (MAK)

Anmeldeformulare auf [www.mak-bw.de](http://www.mak-bw.de)

Telefon: 0711 7875-3535

Fax: 0711 7875-48-3888

E-Mail: [info@mak-bw.de](mailto:info@mak-bw.de)



[www.mak-bw.de](http://www.mak-bw.de)



# Aktualisierte Wirkstoffliste auf KVBW-Homepage

Wirkstoffe, die neu auf den Markt kommen, müssen im Rahmen der Arzneimittel-Richtwertsystematik entweder einem Arzneimittel-Therapiebereich (AT<sup>1</sup>) oder dem exRW<sup>2</sup>-Bereich zugeordnet werden. Daher wird die Wirkstoffliste auf der KVBW-Homepage quartalsweise aktualisiert; sie ist jetzt verfügbar mit dem Datenstand 2023/3. In der Liste ist genau hinterlegt, welche Wirkstoffe welchem AT bzw. dem exRW-Bereich zugeordnet werden.

Ausnahme: Diejenigen Wirkstoffe, die bei allen Richtwertgruppen in den AT „Rest“ eingehen (z. B. Allopurinol, Benzodiazepine), sind nicht in der Liste enthalten.

<sup>1</sup> Die Richtwertsystematik basiert auf Arzneimittel-Therapiebereichen (AT). Die AT bündeln die nach Anwendungsgebieten zusammengehörigen Wirkstoffe. Die Zuordnung der Wirkstoffe zu den jeweiligen AT erfolgt auf Grundlage des zugelassenen Indikationsgebiets des jeweiligen Arzneimittels.

<sup>2</sup> Die Verordnungen aus dem exRW-Bereich (exRW = außerhalb der Richtwerte) unterliegen zwar nicht der statistischen Richtwertprüfung, können aber im Rahmen einer Einzelfallprüfung durch die Krankenkassen geprüft werden.

→ Die aktuelle Wirkstoffliste („Wirkstoffliste AT und exRW“, Datenstand 2023/3) sowie weitere ausführliche Informationen rund um die Richtwertsystematik finden Sie hier: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte



[www.kvbawue.de/pdf2866](http://www.kvbawue.de/pdf2866)

→ Eine genaue Beschreibung und Erläuterung der Arzneimittel-Richtwertsystematik finden Sie im Sonder-Verordnungsforum „Richtwertsystematik Arzneimittel“ unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte



[www.kvbawue.de/pdf3485](http://www.kvbawue.de/pdf3485)

# Neues auf [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)

Um Sie über die wichtigsten Neuerungen auf unserer Homepage auf dem Laufenden zu halten, geben wir Ihnen hier einen aktuellen Überblick. Auf der Homepage finden Sie auch tagesaktuell die neuesten Nachrichten über Verordnungen und Vereinbarungen (siehe [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Aktuelles).

## 31. Oktober 2023

### **Außerklinische Intensivpflege (AKI): Nur noch auf Muster 62 verordnen**

Seit dem 31. Oktober 2023 dürfen Sie außerklinische Intensivpflege (AKI) nur noch unter den im Folgenden beschriebenen Voraussetzungen auf dem Formular 62B (Verordnung außerklinischer Intensivpflege) verordnen. Sie müssen der Verordnung außerdem einen Behandlungsplan beifügen (Formular 62C). Beide Formulare erhalten Sie über Ihre reguläre Formularbestellung.

Bis zum 30. Oktober 2023 konnten Sie im Rahmen einer Übergangsregelung betroffenen Patienten außerklinische Intensivpflege ohne besondere Genehmigung oder Qualifikation auf Formular 12 für die häusliche Krankenpflege (HKP) verordnen.

**Bitte beachten Sie:** Verordnungen außerklinischer Intensivpflege (AKI), die Sie seit Januar 2023 übergangsweise noch auf Formular 12 für häusliche Krankenpflege ausgestellt haben, sind seit dem 31. Oktober 2023 ungültig und werden von den Krankenkassen nicht mehr akzeptiert. Das Datum wurde vom Gesetzgeber festgelegt.

Im Sinne einer guten und flächendeckenden Patientenversorgung ist es wichtig, dass Patienten, die außerklinische Intensivpflege benötigen, schnell und unkompliziert eine AKI-Verordnung erhalten. Wir sind für Sie da, wenn Sie Fragen zu den Voraussetzungen haben, um AKI verordnen zu können.

### **Voraussetzungen, um Muster 62 B und 62 C einzusetzen**

**Mit einer Genehmigung** der Kassenärztlichen Vereinigung dürfen Hausärztinnen, Hausärzte und alle weiteren Vertragsärzte mit Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Patienten die AKI-Verordnung ausstellen.

**Ohne besondere Genehmigung** dürfen folgende Ärzte AKI verordnen:

- Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Fachärzte mit der Genehmigung zur Potenzialerhebung benötigen keine gesonderte Genehmigung für die AKI-Verordnung.

Den Behandlungsplan auf Formular 62C erstellen dürfen alle AKI verordnenden Ärztinnen und Ärzte, gegebenenfalls unter Mitwirkung des potenzialerhebenden Arztes.

### **Angebote zur Fortbildung**

Verordnende Hausärzte, die bei der Antragstellung zur außerklinischen Intensivpflege noch nicht über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verfügen, können diese (innerhalb von sechs Monaten ab Antragstellung) durch die Teilnahme an CME-Fortbildungen der KBV erlangen und dann der KV nachweisen. Zu Online-Fortbildungen, welche aus drei Teilen mit jeweils 5 Modulen bestehen, gelangen Sie über das Fortbildungsportal der KBV.

## 15. November 2023

### **Pneumokokken-Impfung: Apexxnar über Sprechstundenbedarf verordnungsfähig**

**Krankenkassen(-verbände) haben sich über den Bezugsweg geeinigt**

Sie können den 20-valenten Pneumokokken-Impfstoff Apexxnar<sup>®</sup> seit dem vierten Quartal 2023 über den Sprechstundenbedarf beziehen. Der Bezug von Apexxnar<sup>®</sup> soll **ausschließlich über den Sprechstundenbedarf erfolgen**. Sie dürfen **keine Einzelverordnungen auf Namen des Patienten** ausstellen.

Der Grund: Die Krankenkassen(-verbände) in Baden-Württemberg haben sich dazu entschieden, **ausnahmsweise** die Umsetzung der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO-Empfehlung) zum 20-valenten Pneumokokken-Impfstoff in die Schutzimpfungs-Richtlinie, **nicht abzuwarten**.

Hintergrund ist die Empfehlung der STIKO vom 28. September 2023, dass bei der Nutzung des 20-valenten Pneumokokken-Impfstoffes durch die breitere Serotypenabdeckung ein deutlicherer Zusatznutzen zu erwarten ist.

An den Imp fziffern für die Pneumokokken-Impfung hat sich nichts geändert.

### **Direktkontakt Verordnungsberatung Impfungen**

0711 7875-3690, Mo – Fr: 8 – 16 Uhr  
verordnungsberatung@kvbawue.de  
Nur Fachberatung. Keine Patientenanfragen!

## 23. November 2023

### **Außerklinische Intensivpflege (AKI): Was Sie zur Potenzialerhebung wissen sollten**

Die Außerklinische-Intensivpflege-Richtlinie schreibt vor, dass vor jeder AKI-Verordnung bei einer Patientin oder einem Patienten eine sogenannte Potenzialerhebung zur Beatmungsentwöhnung oder zur Entfernung der Trachealkanüle erfolgen muss.

Da flächendeckend noch nicht ausreichend Ärzte zur Potenzialerhebung zur Verfügung stehen, trat im September 2023 eine Übergangsregelung in Kraft.

Bis zum 31. Dezember 2024 gilt deshalb, dass eine Potenzialerhebung vor jeder Verordnung der außerklinischen Intensivpflege gemacht werden „soll“.

### **Was bedeutet das für Sie als verordnenden Arzt ganz praktisch?**

Wenn keine zur Potenzialerhebung qualifizierte Person rechtzeitig vor der AKI-Verordnung zur Verfügung steht, können Sie als verordnender Arzt von einer Potenzialerhebung ausnahmsweise absehen.

Stellen Sie die Verordnung ohne Potenzialerhebung aus, müssen Sie dies auf der Verordnung begründen und auf dem Verordnungsvordruck (Muster 62B) unter „Weitere Erläuterungen“ dokumentieren.

Falls im Einzelfall kein potenzialerhebender Arzt verfügbar ist, muss die unterbliebene Potenzialerhebung in naher Zukunft nachgeholt werden, spätestens jedoch bis zum 31. Dezember 2024.

Im Sinne einer guten und flächendeckenden Patientenversorgung ist es wichtig, dass Patienten, die außerklinische Intensivpflege benötigen, schnell und unkompliziert eine AKI-Verordnung erhalten. Wir sind für Sie da, wenn Sie Fragen zu den Voraussetzungen haben.

**Fragen zur Antragstellung?**

Dann melden Sie sich bei der Qualitätssicherung.

**Fragen zur Verordnung?**

Dann wenden Sie sich an die Verordnungsberatung.

**19. Dezember 2023****eRezept-Start im neuen Jahr verpflichtend**

In diesem Jahr soll die Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Ausbau der Telematikinfrastruktur (TI) nach dem Willen des Gesetzgebers noch einmal deutlich beschleunigt werden. Eine zentrale Neuerung für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wird dabei die verpflichtende Einführung des elektronischen Rezepts (kurz: „eRezept“ oder „E-Rezept“) zum Jahresbeginn sein. Vom 1. Januar 2024 an ersetzt das eRezept zunächst bei der Verordnung verschreibungspflichtiger Arzneimittel zulasten der GKV das bisherige Muster 16 („rosa Rezept“).

Schon seit Dezember 2021 konnten Vertragsärzte das eRezept freiwillig nutzen. Inzwischen hat der Deutsche Bundestag das Digital-Gesetz (DigiG) beschlossen, welches das eRezept als verbindlichen Standard in der Arzneimittelversorgung einführt. Durch die seit Juli 2023 zusätzlich (neben eRezept-App und Token-Ausdruck) eingeführte Möglichkeit, eRezepte mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) einzulösen, wurde das Verfahren für die Patientinnen und Patienten nochmals deutlich erleichtert. Mittlerweile können alle Apotheken die eGK-Lösung verarbeiten.

**So bereiten Sie Ihre Praxis auf das eRezept vor**

Falls Sie noch nicht bereit für das eRezept sein sollten, empfehlen wir Ihnen dringend, sich technisch sowie organisatorisch schnellstmöglich auf die Umsetzung der neuen Anwendung und die neuen Abläufe im Praxisalltag vorzubereiten. Um die bevorstehende Umstellung vom Muster-16-Rezept auf das elektronische Rezept in Ihrer Praxis

möglichst reibungslos zu bewerkstelligen, sollten Sie folgende Vorbereitungsmaßnahmen treffen bzw. überprüfen:

- Update Ihres Praxisverwaltungssystems (PVS)
- Konnektorversion prüfen (mindestens ePA-Konnektor mit Komfortsignatur (PTV4+) empfohlen)
- Falls noch nicht vorhanden, zeitnah den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) der zweiten Generation bestellen (alle Vertragsärzte, die eRezepte ausstellen, müssen diese auch mit dem eigenen eHBA signieren)
- Einbindung der qualifizierten elektronischen Signatur (QES) in Ihre Praxissoftware
- Komfortsignatur einrichten (unbedingt empfohlen, damit Sie die elektronische Signatur ohne mehrfache PIN-Eingabe verwenden können)
- Konfiguration der Benutzerverwaltung und ggf. Anpassung der Benutzeraccounts
- Prüfung und Anpassung bisheriger organisatorischer Abläufe (so können Rezepte zwar weiterhin vom Praxispersonal vorbereitet werden, werden nun allerdings vom Arzt nicht mehr handschriftlich, sondern elektronisch signiert)

Für die Umsetzung des eRezepts in Ihrem Praxisverwaltungssystem setzen Sie sich bitte mit Ihrem IT-Dienstleister in Verbindung.

**Wissenswertes für Praxen**

Unsere KVBW-Broschüre beschreibt detailliert, wie Sie ein eRezept ausstellen, welche technischen Voraussetzungen dafür notwendig sind und auf welchen Wegen der Patient es einlösen kann. Außerdem beantworten wir einige häufig gestellte Fragen aus der Praxis.

---

## Glossar der Abkürzungen

ACE	angiotensin-converting enzyme
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AKI	außerklinische Intensivpflege
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
ARB	AT1-Rezeptorblocker
ASS	Acetylsalicylsäure
AT	Arzneimittel-Therapiebereich
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Az.	Aktenzeichen
BÄK	Bundesärztekammer
BAnz	Bundesanzeiger
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BVB	besonderer Verordnungsbedarf
CME	continuing medical education
COVID-19	coronavirus disease 2019
CYP450	Cytochrom P450
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DiGA	digitale Gesundheitsanwendung
DigiG	Digital-Gesetz
DOAK	direktes orales Antikoagulans
doi	digital object identifier
eGK	elektronische Gesundheitskarte
eHBA	elektronischer Heilberufsausweis
e. V.	eingetragener Verein
exRW	außerhalb der Richtwerte
FA	Facharzt
FAM	Fertigarzneimittel
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GIB	gastrointestinale Blutung
GI-Trakt	Gastrointestinaltrakt
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HIV	humanes Immundefizienz-Virus
HJ	Halbjahr
HKP	häusliche Krankenpflege
HPV	humanes Papillomvirus
HR	hazard ratio

ICD-10	International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KG	Krankengymnastik
LDL	low-density lipoprotein
LONTS	Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen
MAI	medication appropriateness index
MAK	Management-Akademie der KV Baden-Württemberg
MD	Medizinischer Dienst
M/F	Mitglieder/Familienversicherte
NSAR	nicht-steroidales Antirheumatikum
NYHA	New York Heart Association
PCSK 9	Proteinkonvertase-Subtilisin/Kexin Typ 9
P-gp	P-Glykoprotein
PIN	persönliche Identifikationsnummer
PiRW <sup>KV</sup>	praxisindividueller Richtwert auf der Grundlage der der KVBW vorliegenden Verordnungsdaten
PPI	Protonenpumpeninhibitor
PTV	Produkt-Typ-Version
PVS	Praxisverwaltungssystem
PZN	Pharmazentralnummer
QES	qualifizierte elektronische Signatur
R	Rentner
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SP	Schwerpunkt
SSB	Sprechstundenbedarf
SSRI	Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer
SSSST	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
START	screening tool to alert to right treatment
STIKO	Ständige Impfkommission
STOPP	screening tool of older persons' prescriptions
TAV	Therapieallergene-Verordnung
THC	Tetrahydrocannabinol
TI	Telematikinfrastuktur
VTE	venöse Thromboembolie
ZNS	zentrales Nervensystem
zzgl.	zuzüglich

**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 68  
Januar 2024

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

Kontakt [verordnungsforum@kvbawue.de](mailto: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 Lorena Curella, Andrea Damm, Ulrike Meinzer-Haisch,  
Dr. rer. nat. Franziska Leipoldt, Martina Rahner,  
Claudia Speier

Autoren extern Diana Schneider, Universitätsklinikum Tübingen,  
Department für Experimentelle und Klinische Pharma-  
kologie und Pharmakogenomik, Abteilung Klinische  
Pharmakologie

Erscheinungstermin Januar 2024

Gestaltung und Realisation Tanja Peters

Bildnachweise 1 (und 3, 30): iStock Nr. 1457092489  
5 (und 3): iStock Nr. 1410880109  
11 (und 3): Tanja Peters

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