



Verordnungsforum 72

JANUAR 2025

Arzneimittel-Richtwertsystematik: Neuerungen 2025

Teststreifen für Blutgerinnung

Blankverordnung bei Physiotherapie

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum Jahresbeginn gibt es wie jedes Jahr wieder einige Veränderungen in den Verordnungsvorgaben, die wir Ihnen in dieser Ausgabe vorstellen. Das betrifft vor allem die Arznei- und Heilmittel-Richtwerte. Ganz neu ist die Einführung der Blankverordnung in der Physiotherapie für die Diagnosegruppe EX in Kombination mit einer Schulterdiagnose.

Auch das Thema Cannabis kommt in diesem Heft vor. Wir haben für Sie unser Cannabismerkblatt abgedruckt, das Sie ebenfalls auf der KV-Homepage finden. Es stellt den aktuellen Stand dar und wurde mit den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst abgestimmt.

Viel Freude bei der Lektüre wünscht Ihnen

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

Inhalt

- 4 ARZNEIMITTEL
- 4 _ Grundsätze der wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung
- 5 **Verordnungspraxis**
- 5 _ Arzneimittel-Richtwertsystematik 2025
- 8 _ Ziele in der Arzneimittelvereinbarung 2025
- 21 _ Cannabis: Informationen zur Verordnung
- 28 _ Blutgerinnungsteststreifen: auf wirtschaftliche Verordnungsmengen achten
- 30 _ Neue Therapieleitfäden der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen

- 31 HEILMITTEL
- 31 _ Heilmittel-Richtwerte 2025
- 33 _ Blankverordnung – neue Verordnungsmöglichkeit im Bereich Physiotherapie

- 45 SERVICE
- 45 _ Änderungen im Sprechstundenbedarf
- 47 _ Fortbildungsveranstaltungen
- 50 _ Neues auf www.kvbawue.de

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.



8 Arzneimittel: Zielvereinbarungen für 2025

Die quantitativen und qualitativen Zielvereinbarungen wurden für 2025 angepasst. Es gibt Veränderungen bei den Mindestquoten und zwei neue qualitative Ziele.



21 Cannabis: Tipps zur Verordnung

Was Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei der Verordnung von Cannabis für schwerkranke Patienten beachten müssen, darüber informieren wir ausführlich.

33 Physiotherapie: Blankoverordnung jetzt möglich

Seit November 2024 ist die Blankoverordnung in der Physiotherapie im Schulterbereich möglich. Bei der Verordnung gibt es einige Dinge zu berücksichtigen.



Grundsätze der wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung

Verordnungen von Arzneimitteln zulasten der GKV müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“ und „dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V). Die ärztliche Ordnungsweise kann in Bezug auf Wirtschaftlichkeit von den Krankenkassen oder den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen geprüft und gegebenenfalls sanktioniert werden (§ 106b SGB V).

Um finanzielle Nachforderungen im Rahmen von Prüfungen zu verhindern, sind bei Verordnungen zulasten der GKV die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sowie weitere gesetzliche Regelungen zu berücksichtigen.

- Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse für Arzneimittel, die nach Anlage II und III AM-RL oder § 13 AM-RL geregelt sind, beachten
- Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsenen nur in Ausnahmeindikationen gemäß Anlage I AM-RL bzw. § 12 Absatz 7 oder 8 AM-RL verordnen
- Keine verschreibungspflichtigen Arzneimittel verordnen, wenn eine nicht-verschreibungspflichtige Alternative zur Verfügung steht (Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Absatz 11 AM-RL)
- Arzneimittel nur innerhalb der zugelassenen Indikation(en) verordnen (Ausnahmen: zulässiger Off-Label-Use nach Anlage VI Teil A AM-RL oder Vorliegen eines durch die zuständige Krankenkasse genehmigten Off-Label-Antrags).
Achten Sie grundsätzlich auch auf eine korrekte und vollständige Diagnosekodierung.

- Aut-idem-Kreuze nur setzen, wenn medizinisch-therapeutische Gründe einen Ausschluss des Austausches erforderlich machen (vgl. Ordnungsforum 63 und § 29 Absatz 2 Satz 2 BMV-Ä)
 - Bei Verordnungen ohne Aut-idem-Kreuz ist der Apotheker gehalten, ein Rabattarzneimittel abzugeben. Falls für den jeweiligen Wirkstoff kein Rabattvertrag existiert, kann eines der vier günstigsten Generika abgegeben werden.
- Für Verordnungen rabattierter Original-Biologics und Biosimilars ist die Wirtschaftlichkeit grundsätzlich durch § 130a Absatz 8 und 8a SGB V sichergestellt (§ 40a Absatz 2 AM-RL)
- Kontrazeptiva nur bis vor dem 22. Geburtstag verordnen
- Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V beachten
- Bei Vorliegen mehrerer Therapieoptionen: Wirtschaftlichkeit beachten und kostengünstige Vortherapien ausschöpfen

Unabhängig davon ist zu beachten, dass die veranlassten Kosten für Arzneimittel, Verbandstoffe* und enterale Ernährung* pro Betriebsstätte (bzw. pro Richtwertgruppe innerhalb einer Betriebsstätte) das zustehende Richtwertvolumen nicht oder in nicht-relevantem Ausmaß (d. h. bis zu maximal 25 %) überschreiten.

* Die Angaben für Verbandstoffe und enterale Ernährung in der Frühinformation Arzneimittel sind gegebenenfalls unvollständig, da nur Ordnungsdaten aus Apotheken enthalten sind.

Arzneimittel-Richtwertsystematik 2025

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 2025 nur wenige Veränderungen, die im Folgenden erläutert werden.

AT-Richtwerte 2025

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. Eine Erhöhung der Richtwerte kommt aktuell auch durch die Lieferengpässe der Antibiotika für Kinder im AT 1 (Antibiotika, oral / intestinal / nasal / parenteral) sowie durch die Kündigung der für die Apotheken zur Berechnung von Rezepturen relevanten Hilfstaxe im AT 67 (Rezepturen, nicht parenteral) zustande.

→ Eine aktuelle Information der AG Arzneimittel zu Rezepturen finden Sie auf unserer Homepage:



www.kvbawue.de/pdf5072

→ Die AT-Richtwerte aller Richtwertgruppen für 2025 sind unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte einsehbar.

Grundlagen der Richtwertsystematik

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

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 2024), dem Sie ebenfalls weiterführende Informationen entnehmen können.

Projizierter praxisindividueller Richtwert^{KV} (projizierter PiRW^{KV})

Bevor Ihnen der erste unterjährige praxisindividuelle Richtwert^{KV} (unterjähriger PiRW^{KV}) mit der Frühinformation Arzneimittel für das Verordnungsjahr 2025 zur Verfügung gestellt werden kann, erhalten Sie den projizierten PiRW^{KV} (pPiRW^{KV}). Dieser ist auf Grundlage Ihrer individuellen Verordnungsdaten der ersten drei Quartale 2024 unter Berücksichtigung der neuen AT-Richtwerte des Jahres 2025 berechnet.

Der pPiRW^{KV} wird Ihnen im Mitgliederportal zur Verfügung gestellt:

Dokumentenarchiv » Aktentyp: Verordnungsmanagement » Quartal 3/2024 » Reiter: Informationen zur Richtwertsystematik » Unterlage: projizierter praxisindividueller Richtwert.

Änderung des AT-Richtwertes für Mittel zur Behandlung der Osteoporose, neue Wirkstoffzuordnung 2025

Zum 1. Januar 2025 wurde die Zuordnung der Mittel zur Behandlung der Osteoporose zu den AT neu strukturiert. Hintergrund sind die aktuellen Empfehlungen zur Therapie der Osteoporose, die bei einem Frakturrisiko oberhalb der osteoanabolen Schwelle (ab 10 %/3 Jahre) einen früheren Wechsel von einer antiresorptiven Therapie zu einer osteoanabolen Therapie von einem erfahrenen Arzt vorsieht [1].

Die diesjährigen Verordnungsdaten der KVBW zeigen einen Anstieg der Verordnungszahlen bei den osteoanabolen Wirkstoffen, der auf die Risikoerweiterungen in der aktuellen DVO-Leitlinie zurückzuführen ist. Um die steigenden Verordnungszahlen und die höheren Kosten dieser Wirkstoffe gegenüber den klassischen antiresorptiven Wirkstoffen wie Bisphosphonaten adäquat abzubilden, wurde der ursprüngliche AT 34 (Mittel zur Behandlung der Osteoporose) in die zwei neuen AT 68 (Mittel zur Behandlung der Osteoporose, antiresorptive Wirkstoffe) und AT 69 (Mittel zur Behandlung der Osteoporose, osteoanabole Wirkstoffe) aufgeteilt.

Eine Übersicht zu den neuen AT 68 und 69 finden Sie in der nachfolgenden Tabelle.

Tabelle 1: Übersicht zu den neuen AT 68 und 69

AT 68 – Mittel zur Behandlung der Osteoporose, antiresorptive Wirkstoffe	AT 69 – Mittel zur Behandlung der Osteoporose, osteoanabole Wirkstoffe
<p>Gilt für: Chirurgen, Gynäkologen, Internisten ohne Schwerpunkt, Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte), Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie/Endokrinologie, Orthopäden, Urologen</p>	<p>Gilt für: Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte), Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie, Orthopäden</p>
<p>Beispiele: Alendronsäure, Ibandronsäure, Risedronsäure, Zoledronsäure, Calcitonin, Denosumab, Raloxifen, Strontiumranelat</p>	<p>Beispiele: Abaloparatid, Romosozumab, Teriparatid</p>
<p>Besonderheit: Aufgrund der Applikationshäufigkeit löst die Verordnung von Zoledronsäure (z. B. Aclasta[®], Applikation einmal jährlich) in diesem AT vier AT-Fälle aus und die Verordnung von Denosumab (Prolia[®], Applikation alle 6 Monate) zwei AT-Fälle</p>	
<p>Abweichende Zuordnung: Denosumab und Zoledronsäure zur Behandlung skelettbezogener Komplikationen bei Tumorerkrankungen sind dem exRW-Bereich zugeordnet</p>	

Bei Richtwertgruppen, die den AT 68 und/oder den AT 69 nicht haben, werden entsprechende Verordnungen in den AT „Rest“ gesteuert.

Änderungen der Wirkstoffzuordnung 2025

Seit 1. Januar 2025 gelten folgende Änderungen in der Wirkstoffzuordnung:

Der Wirkstoff Mavacamten wird statt dem AT 9 (Mittel bei kardiovaskulären Erkrankungen) dem exRW 901 (sonstige definierte Stoffwechselerkrankungen, Enzym- und Gendefekte) zugeordnet und unterliegt damit nicht mehr der Richtwertprüfung.

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

→ Unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte finden Sie ebenfalls die aktuelle Zuordnung der AT zu den verschiedenen Richtwertgruppen, siehe Dokument „Änderungen der Arzneimittel-Richtwertsystematik 2025“ » Matrix



Literatur

- [1] Dachverband Osteologie e. V. (DVO): DVO-Leitlinie Osteoporose 2023. <https://leitlinien.dv-osteologie.org/>

Ziele in der Arzneimittelvereinbarung 2025

Für das Verordnungsjahr 2025 wurden die quantitativen und qualitativen Zielvereinbarungen der aktuellen Verordnungssituation angepasst.

Die Zahl der quantitativen Ziele ist konstant geblieben. Die Mindestquoten zu generischen Abirateron-, Pegfilgrastim- und Tapentadol-Präparaten sind entfallen. Neu sind Mindestquoten für Fingolimod- und Pomalidomid-Generika sowie eine Höchstquote für Verordnungen von Cannabisblüten. Zwei qualitative Ziele wurden neu vereinbart, ein qualitatives Ziel wurde gestrichen.

Die Ziele der Arzneimittelvereinbarung sollen sowohl eine wirtschaftliche als auch eine 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.

Bitte beachten Sie: Auch wenn ein Ziel erreicht ist, können Krankenkassen Einzelfallprüfanträge stellen, wenn Verordnungen im Einzelfall unwirtschaftlich waren. Das bedeutet beispielsweise auch, dass bei einer Biosimilarquote der Einsatz eines nicht-rabattierten Präparats unabhängig von der Zielerreichung in jedem Einzelfall begründet sein muss.

Änderungen 2025

Wir stellen Ihnen zunächst die Änderungen im Vergleich zu den für 2024 vereinbarten Zielen dar. Die vollumfängliche Übersicht der für 2025 geltenden Ziele finden Sie ab Seite 9.

Quantitative Ziele

- **Neu:** Höchstquotenregelung: Anteil Cannabisblüten an Cannabinoiden im exRW 952 (Cannabis) für Fachärzte für Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung, Fachärzte für Nervenheilkunde und Hausärzte
- **Neu:** Mindestquotenregelung für Fingolimod im AT 13 (Mittel bei Multipler Sklerose): Generikaanteil für Hausärzte und Fachärzte für Nervenheilkunde
- **Neu:** Mindestquotenregelung für Pomalidomid im exRW 911 (Onkologie): Generikaanteil für Fachärzte für Innere Medizin, SP Hämato- und Onkologie

Nicht mehr vereinbart wurden folgende quantitative Ziele:

- Mindestquotenregelung für Abirateron im exRW 911 (Onkologie): Generikaanteil für Fachärzte für Innere Medizin, SP Hämato- und Onkologie und Fachärzte für Urologie
- Mindestquotenregelung für Pegfilgrastim im exRW 911 (Onkologie): Generikaanteil für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Höchstquotenregelung für Tapentadol im AT 23 (Mittel bei Schmerzen WHO Stufe III) für Fachärzte für Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung, Hausärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Orthopädie.

Qualitative Ziele

- **Neu:** Verordnung von BCR-ABL1-Tyrosinkinase-Inhibitoren
- **Neu:** Biologika bei Asthma/COPD
- **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 wurde folgendes qualitative Ziel:

- Einsatz von Cannabinoiden

→ Eine vollständige Auflistung aller qualitativen Ziele und eine genauere Ausführung finden Sie ab Seite 15.

Die Datenbasis der Zielvereinbarungen sind die Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V (Ist-Wert MD 2023 / KVBW 1. HJ 2024). Die nachfolgenden Tabellen erheben keine Gewähr auf Vollständigkeit.

Höchstquotenregelungen

Cannabisblüten im exRW 952 (Cannabis)

Das Ziel ist die Reduktion des Anteils von Cannabisblüten an Cannabinoiden im exRW 952 (Cannabis)

Tabelle 1: Höchstquotenregelung Cannabisblüten an Cannabinoiden im exRW 952 (Cannabis)

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2025 Anteil der AT-Fälle
Cannabinoiden im exRW 952	Anteil getrocknete Cannabisblüten		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
012 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung		13 %	≤ 10 %
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		41 %	≤ 35 %
381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen und Psychiater)		27 %	≤ 25 %
<i>Cannabinoid-haltige Stoffe in unveränderter Form; Cannabinoid-haltige Stoffe oder Fertigarzneimittel in Zubereitungen; Cannabis-haltige Fertigarzneimittel ohne PZN; Cannabinoide; Cannabis-Rezepturausgangsprodukt; Nabilon</i>			

Für die Therapie mit Cannabinoiden gemäß § 31 Absatz 6 SGB V ist vorzugsweise ein kostengünstiges Cannabis-Arzneimittel einzusetzen. Gemäß § 44 Absatz 2 der Arzneimittel-Richtlinie ist vor einer Verordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten zu prüfen, ob andere cannabis-haltige Fertigarzneimittel zur Verfügung stehen, die zur Behandlung geeignet sind. Die durchschnittlichen Verordnungskosten pro Patient und Monat finden Sie hier: www.kvbawue.de/pdf3899.

Mindestquotenregelungen

Fingolimod im AT 13 (Mittel bei Multipler Sklerose)

Das Ziel ist die Erhöhung des Generikaanteils an Fingolimod im AT 13.

Tabelle 2: Mindestquotenregelung Generikaanteil an Fingolimod im AT 13

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2025 Anteil der AT-Fälle
Fingolimod im AT 13	Generikaanteil		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		33 %	≥ 75 %
381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater)		59 %	≥ 75 %
<i>Fingolimod</i>			

Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva im AT 44

Das Ziel ist die Erhöhung des Anteils der risikoarmen Kontrazeptiva (Risikogruppe I) an den oralen kombinierten hormonalen Kontrazeptiva im AT 44.

Tabelle 3: Mindestquotenregelung Anteil der risikoarmen Kontrazeptiva an den oralen kombinierten hormonalen Kontrazeptiva im AT 44

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2025 Anteil der AT-Fälle
Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva im AT 44	Anteil risikoarme Kontrazeptiva* (Risikogruppe I)		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
101 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe		52 %	≥ 75 %
<i>Levonorgestrel und Ethinylestradiol; Norethisteron und Ethinylestradiol; Norgestimat und Ethinylestradiol</i>			

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



Pomalidomid im exRW 911 (Onkologie)

Das Ziel ist die Erhöhung des Generikaanteils von Pomalidomid im exRW 911 (Onkologie).

Tabelle 4: Mindestquotenregelung Generikaanteil an Pomalidomid im exRW 911

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2025 Anteil der AT-Fälle
Pomalidomid im exRW 911	Generikaanteil		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
195 FA Innere Medizin, SP Hämatologie und Onkologie		50 %	≥ 80 %
<i>Pomalidomid</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, Follitropin alfa und Teriparatid wurden für 2025 weiterhin Zielquoten festgelegt, weil die in Baden-Württemberg bisher erreichten Verordnungsanteile von Biosimilars bei diesen Wirkstoffen noch deutlich hinter dem Bundesdurchschnitt zurückbleiben.

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.

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.

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 Fertipen 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 » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel.

Außerdem steht ein Patientenflyer zum Thema Biosimilars zur Verfügung.

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

Biologicals im AT 37

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilaranteils an Erythropoetin.

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

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2025 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 37	Anteil Biosimilars an Erythropoetin		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		71 %	≥ 75 %
194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie		55 %	≥ 70 %
195 FA Innere Medizin, SP Hämato- und Onkologie		81 %	≥ 90 %
Abseamed®; Binocrit®; Epoetin alfa Hexal®; Eporatio®; Retacrit®; Silapo®			

Biologicals im AT 38

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilaranteils an Somatotropin.

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

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2025 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 38	Anteil Biosimilars an Somatotropin		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
199 FA für Innere Medizin, SP Endokrinologie		47 %	≥ 55 %
231 Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich)		50 %	≥ 55 %
Omnitrope®			

Biologicals im AT 69

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

Tabelle 7: Mindestquotenregelung Anteil der Biosimilars und Generika an Teriparatid im AT 69

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2025 Anteil der AT-Fälle
Teriparatid im AT 69	Anteil Biosimilars/Generika an Teriparatid		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
199 FA für Innere Medizin, SP Endokrinologie		58 %	≥ 75 %
441 FA Orthopädie		77 %	≥ 85 %
<i>Livogiva[®], Movymia[®], Sondelbay[®], Teriparatid Aristo, Teriparatid Sun, Teriparatid Heumann, Terrosa[®]</i>			

exRW (Wirkstoffe außerhalb der Richtwerte)

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilaranteils an Follitropin alfa.

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

Wirkstoffgruppe im AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2025 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im exRW 927	Anteil Biosimilars an Follitropin alfa		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
101 FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe		59 %	≥ 70 %
<i>Bemfola[®]; Ovaleap[®]</i>			

Allgemeine Hinweise:

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

Verordnung von Sacubitril/Valsartan (Entresto®)

Das Kombinationspräparat Entresto® (Sacubitril/Valsartan) ist zugelassen:

1. bei erwachsenen Patienten zur Behandlung einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion sowie
2. bei Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von 1 Jahr zur Behandlung einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion.

In die Zulassungsstudie wurden ausschließlich vorbehandelte erwachsene Patienten aufgenommen (ACE-Hemmer oder AT1-Rezeptorblocker [ARB], ggf. in Kombination mit einem Betablocker und/oder Aldosteronantagonisten [MRA]). Nur für diese Patienten gilt daher die Verordnung als Praxisbesonderheit gemäß § 106b Absatz 5 SGB V [2].

Verordnungen für die Behandlung von Kindern bzw. nicht vorbehandelten Erwachsenen sind keine Praxisbesonderheiten gemäß § 106b Absatz 5 SGB V.

In Übereinstimmung mit internationalen Leitlinien wird auch in der aktualisierten Nationalen Versorgungsleitlinie Herzinsuffizienz 2023 [3] die Wirkstoffkombination Sacubitril/Valsartan primär als Ersatz für ACE-Hemmer/ARB bei Patienten, die unter Therapie mit ACE-Hemmer, Betablocker und MRA symptomatisch bleiben bzw. progredient sind, empfohlen, auch wenn die Wirkstoffkombination Sacubitril/Valsartan laut Zulassungsstatus als initiale Therapie anstelle eines ACE-Hemmer/ARB möglich ist.

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 [4]. 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 [5, 6] sowie eines Anstiegs an Todesfällen im Zusammenhang mit der Einnahme von Pregabalin [7] 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 [8].

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 Chlor-madinon enthält	Etwa 6–9 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

* 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)

➔ 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 » 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 [10].

→ 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 » 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 [11], ist eine patientenindividuelle Abwägung gegenüber dem Einsatz langfristig erprobter Wirkstoffe zu empfehlen.

Aut-idem-Verordnung

Das Ankreuzen des Aut-idem-Feldes durch den Vertragsarzt ist nur aus medizinisch-therapeutischen Gründen zulässig [12]. 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 » Presse » Publikationen
» Verordnungsforum

Arzneimittelbehandlung älterer Patienten und Multimedikation

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

Generell sollte bei Patienten mit Multimorbidität bzw. Multimedikation (z. B. ≥ 3 chronische Erkrankungen, ≥ 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 Nebenwir-

kung eines Arzneimittels?) und – nicht zu vergessen – persönliche Ziele und Prioritäten 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.) [13, 14].

Ein regelmäßig aktualisierter Medikationsplan erleichtert Behandlern und Patienten die Übersicht.

Therapieallergene

Gemäß den „Konsentierten Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer spezifischen Immuntherapie“ [15] soll bei der Präparateauswahl 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/

➔ Mehr Informationen zum Thema erhalten Sie auch auf der Homepage der KVBW unter 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 [16].
- 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 [17].

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[®] bzw. Nustendi[®] als Fixkombination mit Ezetimib) und Inclisiran (Leqvio[®]) sind zwei neue Lipidsenker verfügbar.

In den frühen Nutzenbewertungen des G-BA hat sich für die Wirkstoffe jeweils kein Beleg für einen Zusatznutzen ergeben [18].

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®) 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) [19].

➔ Ausführlichere Informationen hierzu finden Sie im [Verordnungsforum 62 \(September 2022\)](#):



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 [19]. 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.

* Anmerkung: Der G-BA befasst sich derzeit mit der Fragestellung, ob angesichts vorliegender internationaler Leitlinienempfehlungen eine Absenkung der in Anlage III Nr. 35 der Arzneimittel-Richtlinie genannten Risikoschwelle zur Ermittlung des kardiovaskulären Risikos vorgenommen werden soll. Sofern dazu ein entsprechender Beschluss gefasst werden sollte, sind die aktualisierten Vorgaben zu berücksichtigen.

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

Verordnung von BCR-ABL1-Tyrosinkinase-Inhibitoren

Asciminib, Bosutinib, Dasatinib, Imatinib, Nilotinib und Ponatinib gehören zur Wirkstoffgruppe der BCR-ABL1-Tyrosinkinase-Inhibitoren (Multikinase-Inhibitoren).

Bei der Wirkstoffauswahl aus dieser Gruppe sollen **unter Beachtung der zugelassenen Indikation** vorrangig solche Wirkstoffe zum Einsatz kommen, die generisch zur Verfügung stehen. Die Behandlungskosten von patentgeschützten BCR-ABL1-Tyrosinkinase-Inhibitoren liegen um ein Vielfaches höher als die der Generika.

Bei folgenden Wirkstoffen ist der Patentschutz für einzelne Indikationen ausgelaufen: Bosutinib, Dasatinib und Imatinib.

Asthma/COPD

Die Behandlung des Asthma bronchiale erfolgt mit inhalativen Glukokortikoiden, Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika. Diese Wirkstoffe sind vorrangig zu verwenden. Zur medikamentösen Therapie der COPD werden inhalative Glukokortikoide, Anticholinergika, Beta-2-Sympa-

thomimetika sowie PDE-4-Inhibitoren (Roflumilast, Reservetherapeutikum) eingesetzt.

Aufgrund der deutlich höheren Verordnungskosten soll unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots der Einsatz von Biologika in beiden Indikationsgebieten ausschließlich auf Basis der entsprechenden Fachinformation leitliniengerecht erfolgen.

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] Anlage zur Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Novartis Pharma GmbH zum Arzneimittel Entresto® (Wirkstoffkomplex: Sacubitril/Valsartan)
- [3] Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, Version 4.0 (2023). doi: 10.6101/AZQ/000510. www.leitlinien.de/herzinsuffizienz
- [4] 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
- [5] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin. *Arzneiverordnung in der Praxis* 2020; 47(1-2): 62–5
- [6] Abhängig von Pregabalin (Lyrica). *arznei-telegramm* 2012; 43: 71–2
- [7] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Information zu Pregabalin und Gabapentin: Berichterstattung in den Medien zu Todesfällen. <https://www.akdae.de/arzneimittelsicherheit/drug-safety-mail/newsdetail/drug-safety-mail-2024-12>
- [8] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Venöse Thromboembolien und kombinierte hormonale Kontrazeptiva (Stand: 23.02.2024). https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/KOK/_node.html
- [9] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Moderne Empfängnisregelung. *Verordnungsforum* 2022; 43 (2., aktualisierte Auflage, Oktober 2022). <https://www.kvbawue.de/pdf2811>
- [10] Rosien U: Deprescribing PPI: Weniger Protonenpumpeninhibitoren-Verordnung ist möglich! *Arzneiverordnung in der Praxis* 2019; 46(3-4): 114–8
- [11] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Beschluss Neubewertung Erenumab. <https://www.g-ba.de/beschluesse/5066/>
- [12] § 29 Absatz 2 Bundesmantelvertrag Ärzte
- [13] 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/053-047I_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf
- [14] 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/053-043I_S3_Multimedikation_2021-08.pdf
- [15] Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg (GPE): Konsentiertere Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer spezifischen Immuntherapie (Stand: August 2022). <https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen/hno-aerzte/spezifische-immuntherapie>
- [16] 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/145-003I_S3_LONTS_2020-10.pdf
- [17] 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>
- [18] G-BA-Beschluss Bempedoinsäure: 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
G-BA-Beschluss Inclisiran: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4922/2021-07-15_AM-RL-XII_Inclisiran_D-640_BAnz.pdf
- [19] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): AM-RL Anlage III. <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/16/>

Cannabis: Informationen zur Verordnung

Vertragsärzte können Cannabis für schwerkranke Patientinnen und Patienten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnen. Im Folgenden möchten wir Sie über wichtige Aspekte im Zusammenhang mit der Verordnung von Cannabis informieren. Der Text wurde in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg erstellt.

Verordnungsvoraussetzungen

Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf die Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten (THC-Gehalt mindestens 0,2 %) und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn

- eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht

oder

- wenn diese im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Versicherten nicht mehr zur Anwendung kommen kann.
- Zudem muss eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome bestehen [1].

Genehmigung vor Erstverordnung – ja oder nein?

Cannabis darf von jeder Facharztgruppe verordnet werden; die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sieht keine Einschränkung des Verordnerkreises vor.

Grundsätzlich besteht ein Genehmigungsvorbehalt, der jedoch zum 17. Oktober 2024 für folgende Arztgruppen entfallen ist [2]:

1. Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen

- Allgemeinmedizin
- Anästhesiologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie
- Innere Medizin
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin und Infektiologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Neurologie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Psychiatrie und Psychotherapie



2. andere Fachgruppen mit folgenden Zusatzbezeichnungen

- Geriatrie
- Medikamentöse Tumortherapie
- Palliativmedizin
- Schlafmedizin
- Spezielle Schmerztherapie

Davon unberührt ist das Recht, vor Beginn einer Cannabistherapie die Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse freiwillig zu beantragen – insbesondere bei Unklarheit über die Verordnungsvoraussetzungen. Dies gilt auch für das Ausstellen von Folgeverordnungen durch weiterbehandelnde Ärzte, wenn die Erstverordnung ohne Genehmigung vorgenommen worden ist.

Angesichts möglicher Einzelfallprüfungen in Bezug auf die individuellen Verordnungsvoraussetzungen (siehe oben) ist es ratsam, insbesondere in unklaren Fällen von der Möglichkeit der freiwilligen Vorab-Genehmigung Gebrauch zu machen. Bitte beachten Sie, dass sich die erteilten Genehmigungen ausdrücklich nicht auf die Wirtschaftlichkeit der Verordnung beziehen. Eine Genehmigung entbindet deshalb nicht von der Pflicht, vor allem bezüglich Produktauswahl, Darreichungsform, Dosierung und Menge wirtschaftlich zu agieren.

Für Fachgruppen, die **nicht** unter die oben genannten Bezeichnungen fallen, bedarf es vor der ersten Verordnung für einen Patienten zwingend einer Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse. Der Patient beantragt dafür vor Verordnungsbeginn unter Zuhilfenahme einer ärztlichen Stellungnahme in Form eines vollständig ausgefüllten Arztfragebogens bei seiner Krankenkasse die Genehmigung zur Kostenübernahme; diese darf nur in Ausnahmefällen abgelehnt werden [1]. Für die ärztliche Stellungnahme ist die GOP 01626 berechnungsfähig. **Ausnahme:** Bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist keine Genehmigung erforderlich [1].

→ Auf unserer Homepage können Sie den Arztfragebogen herunterladen:



www.kvbawue.de/pdf2740

Vertretungsfall und Arztwechsel

Im Vertretungsfall oder wenn ein Patient unter laufender Therapie den Arzt wechselt, ist eine Verordnung durch einen anderen Arzt möglich. Es sind zwei Fälle zu unterscheiden:

1. Vertretender Arzt bzw. neuer Arzt ohne Genehmigungsvorbehalt (siehe oben): Das Vorliegen einer Genehmigung ist nicht notwendig. Der Anspruch auf Cannabis ist jedoch kritisch zu prüfen, und die Verordnungsvoraussetzungen (siehe oben) sind in der Patientenakte zu dokumentieren.
2. Vertretender Arzt bzw. neuer Arzt mit Genehmigungsvorbehalt: Dieser Arzt kann nur dann verordnen, wenn eine Genehmigung vorliegt (Kopie für die Patientenakte erstellen).

Wann ist gegebenenfalls ein erneuter Genehmigungsantrag erforderlich?

Neuer Antrag

- Bei einem Wechsel auf ein anderes Arzneimittel auf Cannabisbasis, z. B. beim Wechsel von Extrakten zu Blüten, muss ein neuer Antrag gestellt werden. Es ist vom Arzt sowohl zu begründen, warum er Blüten statt Extrakte verordnen möchte als auch warum er Extrakte den Fertigarzneimitteln vorzieht.
- Ebenso ist bei einem Kassenwechsel des Patienten ein neuer Antrag zu stellen.

Dies gilt nicht für die oben genannten Fachgruppen, bei denen der Genehmigungsvorbehalt zum 17. Oktober 2024 entfallen ist.

Kein neuer Antrag

- Bei einem Wechsel der Blütensorte, zwischen verschiedenen Extrakten in standardisierter Qualität sowie zwischen Cannabis-Fertigarzneimitteln und Dronabinol oder einer Anpassung der Dosierung ist kein neuer Antrag notwendig [3]. Seit dem 30. Juni 2023 ist auch bei einem Arztwechsel keine erneute Genehmigung notwendig [4, 5].

Notwendige Angaben im Genehmigungsverfahren

Wenn ein Antrag auf Genehmigung erforderlich ist, sollten folgende Angaben im Arztfragebogen gemacht werden:

- die verordnungsbegründende Diagnose nach ICD-10 sowie eventuelle Begleitdiagnosen
- Beschreibung und Dauer der Erkrankung oder Symptomatik, die die Behandlung mit Cannabis begründet [4]
- Angaben zu vorherigen Therapien einschließlich der Abbruchgründe (z. B. mangelnder Therapieerfolg, unverhältnismäßige Nebenwirkungen, Kontraindikationen)
- Abwägung anwendbarer Standardtherapien mit der beantragten Therapie im Hinblick auf Wirkungen, Nebenwirkungen, bezogen auf den Einzelfall [4, 6]
- genaue Bezeichnung der verordneten Leistung (Angabe von Wirkstoff, Handelsname oder Rezeptur, Blüten etc.)
- Menge, Dosierung, Darreichungsform und Art der Anwendung
- Begründung des Einsatzes von Blüten und Extrakten, wenn diese verordnet werden sollen
- ggf. Kennzeichnung bei Verordnung im Rahmen einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) nach § 132g SGB V
- ggf. Kennzeichnung, wenn die Verordnung im unmittelbaren Anschluss an eine bereits erfolgte Behandlung mit Cannabis im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts erfolgt.

Da das Gesetz nicht auf Rezepturarzneimittel eingeschränkt ist, muss auch für Fertigarzneimittel (siehe unten), die außerhalb der zugelassenen Indikationen eingesetzt werden sollen, eine entsprechende Genehmigung beantragt werden.

Für die Bearbeitung der Anträge gilt ab dem Antragsingang eine Frist von zwei Wochen bzw. von vier Wochen, wenn eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes erforderlich ist [7]. Hiervon abweichend hat die Krankenkasse über Anträge, die im Rahmen der AAPV gestellt werden, innerhalb von drei Tagen nach Antragsingang zu entscheiden. Gleiches gilt, wenn eine Cannabistherapie im Rahmen eines stationären Aufenthalts begonnen wurde und im ambulanten Bereich fortgeführt werden soll.

Die Leistung gilt nach Ablauf der Frist als genehmigt, wenn keine Mitteilung der Krankenkasse erfolgt (§ 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V). Der Eintritt einer solchen Genehmigungsfiktion bedeutet nicht die Erledigung des ursprünglich gestellten Antrags. Vielmehr kann die Krankenkasse weiterhin über den Antrag entscheiden¹.

Indikationen für die Verordnung von Cannabis, Dronabinol oder Nabilon

Generell sollte die Verordnung von Cannabis im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts unter Beachtung und Abwägung ggf. vorhandener Risiken oder Kontraindikationen erfolgen. Des Weiteren ist zu beachten, dass Cannabis kein zulässiges Substitutionsmittel bei einer bestehenden Opiatabhängigkeit darstellt.

Ausschlaggebend für die Verordnungsfähigkeit mit Genehmigung und auch insbesondere für die oben genannten Facharztgruppen ohne Genehmigung durch die Krankenkasse ist das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung [1]. Eine Krankheit ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt [8].

¹ Bis zur Entscheidung über den Antrag trägt die Krankenkasse unter folgenden Einschränkungen das Kostenrisiko hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit der Verordnungen: Der Leistungsanspruch besteht tatsächlich nicht und dem Patienten darf nicht mindestens grobe Fahrlässigkeit vorwerfbar sein, was die fehlende Kenntnis über das Bestehen des Leistungsanspruchs betrifft (§ 18 Absatz 5 SGB IX). Zudem muss die Verordnung den Angaben im Antrag über Mittel und Dosierung entsprechen.

Mehr als 75 % der ausgewerteten Behandlungen erfolgten aufgrund chronischer Schmerzen. Weitere häufig behandelte Symptome waren Spastik (9,6 %) und Anorexie/Wasting (5,1 %). In 14,5 % der Fälle lag eine Tumorerkrankung vor, in 5,9 % eine Multiple Sklerose [9].

Zu Nebenwirkungen, Kontraindikationen und Abhängigkeitsrisiken einer Cannabistherapie verweisen wir Sie auf die aktuellen Fachinformationen [10] sowie auf die Praxisleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. (DGS) [11].

In Deutschland zugelassene Arzneimittel mit Cannabinoiden

Für bestimmte Indikationen sind in Deutschland einzelne cannabinoidhaltige Fertigarzneimittel zugelassen:

- Mit Sativex[®] ist ein Fertigarzneimittel auf dem Markt, das einen Cannabisextrakt mit standardisiertem Gehalt an Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD) enthält und für die Zusatzbehandlung mittelschwerer bis schwerer Spastiken bei Multipler Sklerose zugelassen ist, wenn andere anti-spastische Arzneimitteltherapien im Einzelfall nicht ausreichend wirksam sind [10]. Da es sich bei Sativex[®] um ein Gemisch aus zwei Cannabis-Dickextrakten handelt, wird dieses Arzneimittel seit 1. April 2024 nicht mehr als BtM eingestuft.
- Das nabilonhaltige Canemes[®] ist für die Behandlung von chemotherapiebedingter Emesis und Nausea bei Krebspatienten zugelassen, die auf andere antiemetische Behandlungen nicht adäquat ansprechen. Nabilon ist – auch in therapeutischen Dosierungen – potenziell ein Suchtmittel mit möglichen subjektiven Nebenwirkungen wie Euphorie. Verschreibungen sollten sich daher auf die notwendige Dauer (einige Tage) während der Chemotherapie beschränken. Das physische Abhängigkeitspotenzial von Nabilon ist unbekannt. Patienten zeigten in klinischen Studien, die bis zu fünf Tage dauerten, keine Entzugserscheinungen nach Absetzen der Substanz [10]. Nabilon ist als vollsynthetisches Cannabinoid weiterhin in Anlage III BtMG gelistet. Somit bleibt für diesen Wirkstoff der BtM-Status auch nach dem 1. April 2024 erhalten.

Eine Verordnung der oben genannten Fertigarzneimittel innerhalb der zugelassenen Indikationen benötigt keine Vorab-Genehmigung durch die Krankenkasse.

Cannabidiol

Der Wirkstoff Cannabidiol fällt zwar nicht unter die oben genannten Bestimmungen zu Cannabis, dennoch sind folgende Hinweise zu beachten. Cannabidiol (CBD) hat selbst keine psychoaktive Wirkung, es kann aber den THC-Rausch abmildern und hat möglicherweise einen antipsychotischen Effekt. Es wird daher vermutet, dass hochpotentes Cannabis das Risiko für Psychosen steigern könnte, wenn der CBD-Anteil gering ist [12].

Cannabidiol wird in erster Linie als Teilkomponente eines Cannabinoidgemisches angewendet (siehe z. B. Sativex[®]) und unterliegt der Verschreibungspflicht.

Derzeit wird mit Epidyolex[®] ein Monopräparat als Fertigarzneimittel auf Basis von Cannabidiol in Deutschland vertrieben. Bei Patienten ab zwei Jahren ist es zusammen mit Clobazam für die adjuvante Behandlung von Krampfanfällen im Zusammenhang mit dem Lennox-Gastaut-Syndrom oder dem Dravet-Syndrom sowie als Zusatztherapie von Krampfanfällen bei Tuberöser Sklerose zugelassen [10].

Kosten der Cannabistherapie

Für die Therapie mit Cannabinoiden gemäß § 31 Absatz 6 SGB V ist vorzugsweise ein kostengünstiges Cannabisarzneimittel einzusetzen. Für Informationen zu den Preisen insbesondere der Rezepturarzneimittel wenden Sie sich bitte an die Apotheke.

Seit 1. Juli 2021 sind Cannabisblüten aus staatlich kontrolliertem deutschem Anbau (BfArM-Cannabisblüten) erhältlich [13], die bei Therapieeignung vorzugsweise eingesetzt werden sollten (Wirtschaftlichkeitsgebot).

→ Siehe Anlage 10 der Hilfstaxe:



www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/rahmenvertraege/hilfstaxe/20220617_Anlage_10_idF_Schiedsstellenbeschlusses_Stand17-06-2022.pdf

→ Auf unserer Homepage finden Sie eine Übersicht der durchschnittlichen Verordnungskosten, die pro Patient und Monat anfallen:



www.kvbawue.de/pdf3899

Hinweise zur Verordnung

- Mit der Teillegalisierung von Cannabis durch das zum 1. April 2024 in Kraft getretene Cannabisgesetz (CanG) unterliegt die Verordnung von medizinischem Cannabis nicht mehr dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Zu medizinischem Cannabis zählen Pflanzen, Blüten und sonstige Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen sowie Delta-9-Tetrahydrocannabinol einschließlich Dronabinol und Zubereitungen aller vorgenannten Stoffe. Deren Verordnung erfolgt damit als eRezept. Eine Verordnung auf BtM-Rezept ist nicht mehr zulässig, außer wenn gleichzeitig ein BtM auf demselben Vordruck verordnet wird (§ 8 Absatz 1 BtMVV). **Ausnahme:** Das synthetische Cannabinoid Nabilon wird weiterhin auf BtM-Rezept verordnet.
- Vor einer Verordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten ist zu prüfen, ob andere cannabishaltige Fertigarzneimittel bzw. Dronabinol zur Verfügung stehen, die zur Behandlung geeignet sind [14]. Die Verordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder von Extrakten ist zu begründen [4, 6, 15].
- Für die Verordnung von Cannabis als Rezeptur hat das Neue Rezeptur-Formularium (DAC/NRF) NRF-Rezep-

turvorschriften erstellt, die auf folgender Website abgerufen werden können: www.dac-nrf.de/arzt [16].

- Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten mit einem geringeren THC-Gehalt als 0,2 % ist nicht nach § 31 Absatz 6 SGB V verordnungsfähig [17].
- Bei Cannabisblüten werden die Wirkstoffe inhalativ über Verdampfen mittels Vaporisator aufgenommen. Vaporisatoren sind zulasten der GKV verordnungsfähig, wenngleich nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet. Wegen schädlicher Wirkungen raten Fachleute davon ab, Blüten als Joint zu rauchen oder Cannabistropfen in Liquids zu mischen [18]. Die Verordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten ist zu begründen [15].
- Bei einer Therapie mit Cannabisarzneimitteln ist die Zweckmäßigkeit einer Weiterbehandlung innerhalb der ersten drei Monate engmaschig und anschließend in regelmäßigen Abständen zu beurteilen. Art, Dauer und Ergebnis des Einsatzes von Cannabisarzneimitteln sind in der Patientenakte zu dokumentieren [19].

Cannabisrezepturen und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Bei Verordnungen von Cannabis zulasten der Krankenkassen ohne Genehmigung ist mit einem Einzelprüfantrag zu rechnen, sofern der verordnende Arzt nicht unter eine der auf Seite 21-22 genannten Fachgruppen fällt.

Bitte beachten Sie, dass sich die erteilten Genehmigungen ausdrücklich nicht auf die Wirtschaftlichkeit der Verordnung beziehen. Eine Genehmigung entbindet deshalb nicht von der Pflicht, vor allem bezüglich Produktauswahl, Darreichungsform, Dosierung und Menge wirtschaftlich zu agieren. **Die Möglichkeit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall gemäß § 106 SGB V mit der eventuellen Folge einer Nachforderung besteht demnach trotz erteilter Genehmigung.**

In die statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung (Richtwertprüfung) fließen die Kosten der Verordnungen von cannabishaltigen Zubereitungen, Cannabisblüten, Nabilon, Dronabinol sowie Cannabidiol nicht ein. Sie werden der Wirkstoffliste exRW zugeordnet.

Begleiterhebung zur Wirksamkeit von Cannabis

Die Versorgung mit den oben genannten Mitteln war bis zum 31. März 2022 mit einer verpflichtenden Begleiterhebung verknüpft. Diese hat zum 31. März 2022 geendet, sodass auch keine Angaben mehr an die Bundesopiumstelle zu übermitteln sind. Vor Beginn einer Therapie muss auch nicht mehr das Informationsblatt zur Begleiterhebung an den Patienten ausgehändigt werden.

Die Ergebnisse aus der Begleiterhebung sind im Abschlussbericht des BfArM nachzulesen [20].

Fazit

- Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf die Versorgung mit Cannabis-extrakten, getrockneten Blüten (THC-Gehalt mindestens 0,2 %), Dronabinol oder Nabilon. Die Verordnung erfolgt auf Kassenrezept (eRezept; Ausnahme: Nabilon ist weiterhin BtM-pflichtig). Die Verordnung von Cannabis in Form von Extrakten und getrockneten Blüten ist zu begründen.
- Andere therapeutische Alternativen müssen ausgeschöpft sein (Cannabis als „ultima ratio“).
- Generell sollte die Verordnung von Cannabis im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts unter Beachtung und Abwägung ggf. vorhandener Risiken oder Kontraindikationen erfolgen.
- Vor der ersten Verordnung für einen Versicherten bedarf es einer Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse (Ausnahme: SAPV), die nur in begründeten Ausnahmefällen abgelehnt werden darf. Vom Genehmigungsvorbehalt befreit sind Allgemeinmediziner, Anästhesisten, Internisten, Neurologen, Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Gynäkologen mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie, außerdem Ärzte anderer Fachgruppen, wenn sie eine Zusatzbezeichnung für Geriatrie, medikamentöse Tumortherapie, Palliativmedizin, Schlafmedizin oder spezielle Schmerztherapie erworben haben.
- Grundsätzlich ist bei der Auswahl von Produkt, Darreichungsform, Dosierung und Menge die Wirtschaftlichkeit zu beachten. Bei Nichtbeachtung sind Einzelfallprüfungen möglich.
- Eine gegebenenfalls vorliegende Genehmigung schließt eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Hinblick auf Produktauswahl, Darreichungsform, Dosierung und Menge nicht aus
- Sofern eine Genehmigung erforderlich ist, werden Verordnungen von Cannabis, die ohne Genehmigung zulasten der GKV erfolgt sind, im Rahmen eines Einzelfallprüfantrags geprüft. Es muss mit einer Nachforderung gerechnet werden.

Literatur

- [1] § 44 Absatz 3 AM-RL i. V. m. § 31 Absatz 6 SGB V
- [2] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Anlage XI zum Abschnitt N der Arzneimittel-Richtlinie – Verordnungsfähigkeit von Cannabisarzneimitteln gemäß § 31 Absatz 6 Satz 9 SGB V. <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/124/>
- [3] § 45 Absatz 3 AM-RL
- [4] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: § 4a und Abschnitt N §§ 44 bis 45 (Cannabisarzneimittel) (16.03.2023). https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9383/2023-03-16_AM-RL_Paragraf-4a-Abschnitt-N-Paragrafen-44-46-Cannabisarzneimittel_TrG.pdf
- [5] § 45 Absatz 4 AM-RL
- [6] Medizinischer Dienst Bund: Begutachtungsanleitung – Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1, Nr. 2 SGB V – Sozialmedizinische Begutachtung von Cannabinoiden nach § 31 Absatz 6 SGB V (Datum des Inkrafttretens: 26. April 2024). https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Cannabinoid_240425.pdf
- [7] § 13 Absatz 3a SGB V
- [8] § 44 Absatz 5 AM-RL
- [9] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Abschlussbericht der Begleiterhebung nach § 31 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Verschreibung und Anwendung von Cannabisarzneimitteln (06.07.2022). https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis/Abschlussbericht_Begleiterhebung.pdf?jsessionid=6C69804A73CB1BF5DDBF12FE23152BD1.intranet672?__blob=publicationFile
- [10] Fachinformationen Sativex® (Stand: Mai 2024), Canemes® (Stand: September 2021), Epidyolex® (Stand: September 2024). www.fachinfo.de
- [11] Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. (DGS): Cannabis in der Schmerzmedizin (Version 2.0, Stand: 2024). <https://dgs-praxisleitlinien.de/cannabis>
- [12] Di Forti M, Morgan C, Dazzan P et al.: High-potency cannabis and the risk of psychosis. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 488–91
- [13] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): BfArM startet Verkauf von Cannabis zu medizinischen Zwecken an Apotheken (Nummer 6/21 vom 07.07.2021). www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2021/pm6-2021.html?jsessionid=630FD3862EA31712D3B4E0E394B106F5.intranet661?nn=471310
- [14] § 44 Absatz 2 Satz 3 AM-RL
- [15] § 44 Absatz 2 Satz 4 AM-RL
- [16] Neues Rezeptur-Formularium, Login für Ärzte. www.dac-nrf.de/arzt
- [17] § 44 Absatz 2 Satz 2 AM-RL
- [18] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung: Cannabis als Medizin? www.patienten-information.de/kurzinformationen/cannabis
- [19] § 44 Absatz 4 AM-RL
- [20] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Cannabis als Medizin: BfArM-veröffentlicht Abschlussbericht zur Begleiterhebung. <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2022/pm05-2022.html>
- [21] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Arzneimittelverordnung: Cannabis – was Ärzte wissen müssen. www.kbv.de/html/cannabis-verordnen.php
- [22] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Medizinisches Cannabis. https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Medizinisches-Cannabis/_node.html

Blutgerinnungsteststreifen: auf wirtschaftliche Verordnungsmengen achten

Die Selbstkontrolle der Blutgerinnung unter einer Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten ist weit verbreitet. Bei der Verordnung von Blutgerinnungsteststreifen ist auf wirtschaftliche Verordnungsmengen zu achten. Der Text wurde in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg erstellt.

Eine Information der gemeinsamen Arbeitsgruppe Arzneimittel wurde auf unserer Homepage veröffentlicht. Die Inhalte dieser Information stellen wir Ihnen nachfolgend dar.

Eine fortlaufende Kontrolle der Blutgerinnung ist unter einer Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) absolut unerlässlich. In Deutschland ist eine Selbstkontrolle der Blutgerinnung unter einer VKA-Therapie (Phenprocoumon, Warfarin) weit verbreitet. Beispielsweise empfiehlt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) in ihrem Leitfaden zur oralen Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern von 2019 das Selbstmanagement anhand der „International Normalized Ratio“ (INR) für alle Personen, die mit einem VKA therapiert werden und über

die nötigen geistigen Voraussetzungen, feinmotorische Fähigkeiten und ausreichendes Sehvermögen verfügen [1].

Die Sinnhaftigkeit der Durchführung einer INR-Selbstkontrolle ist dabei nicht auf Vorhofflimmern beschränkt, sondern kann auch bei einer VKA-Therapie in anderen Indikationen wie beispielsweise tiefer Venenthrombose, Lungenembolie oder bei Patienten mit einem mechanischen Herzklappenersatz angebracht sein.

Im Leitfaden der AkdÄ werden **in den ersten Behandlungstagen einer VKA-Antikoagulation im Rahmen einer Selbstkontrolle der Blutgerinnung engmaschige Messungen alle 1–2 Tage, danach wöchentlich empfohlen. Bei stabil eingestellten Patienten kann eine Verlängerung des Intervalls auf 3–4 Wochen erwogen werden [1].** Gemäß Angabe eines Herstellers von Blutgerinnungsteststreifen stellt eine wöchentliche Messung die Regel im Selbstmanagement dar [2].

In speziellen Patientensituationen kann kurzfristig eine höhere Messfrequenz erforderlich werden, beispielsweise

- bei erhöhtem INR, bis Maßnahmen zu einer erneuten Stabilisierung des INR greifen
- aufgrund einer Therapiepause und erneuter Einstellung nach einer OP oder
- bei zusätzlicher Gabe eines potenziell mit dem VKA interagierenden Arzneimittels.

Insbesondere bei einer längerfristig erhöhten Messfrequenz und damit verbundenem erhöhten Teststreifenverbrauch ist zu empfehlen, die Gründe hierfür in der Patientenakte zu dokumentieren.

Anmerkung der Redaktion:

In den Fachinformationen von Phenprocoumon und Warfarin finden Sie Vorgaben zur Häufigkeit der INR-Messung in der Einstellungsphase, bei stabiler Dauertherapie und in besonderen Behandlungssituationen [3].



AOK BW überprüft Verordnungsmengen

Die AOK Baden-Württemberg (AOK BW) kündigt aktuell an, die Verordnungsmengen von Blutgerinnungsteststreifen ab dem Verordnungsquartal 1/2025 zu überprüfen. Werden für einzelne Versicherte Mengen an Blutgerinnungsteststreifen verordnet, die unwirtschaftlich erscheinen, wird die Krankenkasse Prüfanträge stellen. Die Überprüfung des Blutgerinnungswertes im Rahmen einer Selbstkontrolle erfolgt **im Regelfall einmal wöchentlich**. Dies entspricht 13 Messungen im Quartal oder 52 Messungen im Jahr.

Werden für Versicherte Mengen von Blutgerinnungsteststreifen verordnet, welche diese Mengen, zuzüglich eines Sicherheitspuffers zur Berücksichtigung kurzzeitig erhöhter Mengen aufgrund von Ersteinstellungen oder Therapiepausen, deutlich überschreiten, ist eine Einzelfallprüfung möglich.

Bitte beachten Sie, dass nicht nur die AOK BW Anträge auf Einzelfallprüfungen stellen kann, sondern ebenso andere Krankenkassen, die auch zu anderen Themen ohne Vorankündigung davon Gebrauch machen.

→ Weitere Informationen können Sie der Schnellinformation entnehmen: www.kvbawue.de » Praxis » Arzneimittel » Vorsicht Nachforderung



<https://www.kvbawue.de/pdf4999>

Literatur

- [1] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern. 3., überarbeitete Auflage (November 2019). <https://www.akdae.de/arzneimitteltherapie/lf/oakvhf>
- [2] Sucker C, Scholz U: Pocket-Guide VKA-Management (www.coaguchek.de) (2023). Abgerufen am 20. August 2024 von https://www.coaguchek.de/fileadmin/Data/PDF/Downloads_Fachkraefte/Pocketguide_VKA.pdf
- [3] www.fachinfo.de

Neue Therapieleitfäden der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen

Seit einigen Jahren veröffentlichen die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg im Konsens und in Abstimmung mit den Krankenkassenverbänden und der KVBW sogenannte Therapieleitfäden. Diese sollen der Ärzteschaft Behandlungsalgorithmen zur wirtschaftlichen und rationalen Pharmakotherapie spezifischer Krankheitsbilder an die Hand geben.

Wir weisen Sie auf folgenden neuen Therapieleitfaden hin:

SGLT-2-Hemmer (Gliflozine) – konsentrierte Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnung bei Erwachsenen (Version vom 02.10.2024) [1]

SGLT-2-Hemmer nehmen aufgrund ihrer positiven Effekte auf kardiovaskuläre Endpunkte, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz und Senkung der Mortalität eine bedeutende Rolle in den jeweiligen aktuellen Behandlungen ein. Durch die Anerkennung eines Zusatznutzens im Rahmen der frühen Nutzenbewertung und der hieraus resultierenden Preisgestaltung ist jedoch eine differenzierte Verordnungsweise gefordert. Der Therapieleitfaden „SGLT-2-Hemmer“ gibt eine Übersicht über Anwendungsgebiete, Dosierung, Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung und Anerkennung einer Praxisbesonderheit der zugelassenen Wirkstoffe.

Folgender weiterer Therapieleitfaden wurde aktualisiert:

Demenerkrankungen – konsentrierte Hinweise zur wirtschaftlichen Therapie (Version vom 20.11.2024) [2]

Eine zeitgerechte Diagnose ist Grundlage der Behandlung und Versorgung von Menschen mit Demenz, weshalb zur Diagnosesicherung vor der Verordnung von Antidementiva psychometrische Leistungstests durchzuführen sind. Die zur Verfügung stehenden Wirkstoffoptionen unterscheiden sich in ihrem zugelassenen Indikationsgebiet. Langfristig krankheitsmodifizierende Effekte sind für keine der Behandlungen nachgewiesen. Aufgrund der nur moderaten Effekte ist auf individueller Ebene gemeinsam mit den Betroffenen und den Betreuenden die Nutzen-Schaden-Bilanz einer

Behandlung sorgfältig abzuwägen. Für Antidementiva bestehen Verordnungseinschränkungen nach der Ziffer 10 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

→ Die Therapieleitfäden sind auf der Homepage der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen unter <https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen> abrufbar.

Therapieleitfäden und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Den Therapieleitfäden der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen ist gemeinsam, dass Arzneimitteltherapien, die den darin enthaltenen Behandlungskriterien entsprechen und deren Wirkstoffauswahl, Indikationsstellung und Therapiedauer patientenbezogen durch ausreichende Dokumentation nachgewiesen werden, in der Regel als wirtschaftlich gelten, wenn im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung hierauf Bezug genommen wird.

Literatur

- [1] https://www.gpe-bw.de/fileadmin/user_upload/Facharztgruppen/SGLT-2-Hemmer/20241002_FV15_Langversion_01.pdf
- [2] https://www.gpe-bw.de/fileadmin/user_upload/Facharztgruppen/Demenz/20241120_V9_Demenz_01.pdf

Heilmittel-Richtwerte 2025

Für das Jahr 2025 wurden neue Heilmittel-Richtwerte für die verschiedenen Fachgruppen vereinbart. Basis für die Berechnungen waren die tatsächlichen Fallkosten des Verordnungsjahres 2023.

Wie jedes Jahr wurden auch in den diesjährigen Verhandlungen die Preissteigerungen aus dem Jahr 2024 als Aufschlag auf die Richtwerte für 2025 mit den Krankenkassen vereinbart. Etwaige Preissteigerungen, die im Laufe des Jahres 2025 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.

Die für das Jahr 2025 geltenden Heilmittel-Richtwerte fallen für einzelne Fachgruppen niedriger aus als die im Vorjahr vereinbarten Werte. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die prüfrelevanten Fallkosten aufgrund der vielfältigen Möglichkeiten (Langfristverordnungen, Verordnungen im Bereich der Besonderen Verordnungsbedarfe und der Blankoverordnung im Rahmen der Ergotherapie und Physiotherapie) gesunken sind und somit auch die Richtwerte sinken. Die Anpassung der Richtwerte spiegelt damit das aktuelle Verordnungsverhalten wider.

Heilmittel-Richtwerte für das Jahr 2025 (Euro)

	Bezeichnung Richtwertgruppe	M / F 2025	R 2025
0123 0151	Anästhesisten, Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung	29,39	39,47
0710 0711 0750	FA Chirurgie	17,92	23,34
1920 8050	FA Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte und FA Innere Medizin	10,88	39,58
1937 1957	FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	16,16	24,08
2320 2348 2350	FA Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich Tätige)	28,40	28,40
3810 3814 3850	Nervenärzte Neurologen	23,14	69,41

	Bezeichnung Richtwertgruppe	M / F 2025	R 2025
3815 3816	Psychiater, SP Psychotherapie Psychiater	3,16	12,13
3812 3813 3851	Kinder- und Jugendpsychiater Kinder- und Jugendpsychiater, Teilnahme an der Sozialpsychiatrivereinbarung	14,99	14,99
4110 4111 4150	Neurochirurgen	46,09	54,20
4410 4411 4450	FA Orthopädie	49,01	69,90
4437	FA Orthopädie, SP Rheumatologie	46,84	66,14
6310 6350	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	76,70	113,88

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 Verordnungsweise 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 Verordnungsbedarf (BVB) gekennzeichnet sind, nicht der regulären Richtwertprüfung unterliegen. Als BVB gekennzeichnete Verordnungen werden allerdings seit dem Verordnungsjahr 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 2025).

→ Weitere Informationen finden Sie hier:
www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Heilmittel
» Richtwerte

Heilmittelvereinbarung 2025

Die KVBW konnte mit den Krankenkassen für das Jahr 2025 ein Ausgabenvolumen für Heilmittel in Höhe von **1.427.908.741 Euro** für Baden-Württemberg vereinbaren.

Auch für das Jahr 2025 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 » Praxis
» Verordnungen » Heilmittel

Blankverordnung – neue Verordnungsmöglichkeit im Bereich Physiotherapie

Nach der Einführung der Blankverordnung im April 2024 in der Ergotherapie (siehe Verordnungsforum 69) ist seit 1. November 2024 auch die Blankverordnung im Bereich der Physiotherapie möglich. In diesem Zusammenhang möchten wir Sie nachfolgend ausführlich über die neue Form der Versorgung sowie deren Anforderungen an die Heilmittelverordnung informieren.

Grundsätzliches

Physiotherapie umfasst die physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie sowie die physikalische Therapie. Sie nutzt sowohl die aktiv selbständig ausgeführte, die therapeutisch unterstützte, als auch die passive, beispielsweise durch die Therapeutin oder den Therapeuten geführte, Bewegung des Menschen. Bei Bedarf wird dies ergänzt durch den Einsatz physikalischer Therapien wie Massage-, Hydro-, Thermo- oder Elektrotherapie. Ziel der Therapie ist das Erreichen der größtmöglichen Funktionsfähigkeit [4].

Grundlage für die neue Form der Versorgung bildet der § 125a SGB V, der mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) 2019 Einzug in das SGB V fand. Die im Gesetz formulierte „Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung“ (kurz: Blankverordnung) ermöglicht es den physiotherapeutischen Leistungserbringern, auf Basis einer ärztlichen Verordnung selbst über bestimmte Parameter der Verordnung zu entscheiden.

Bisher wurden die entsprechenden Heilmittel, unter Angabe der Menge und Therapiefrequenz gemäß Heilmittelkatalog, einzig und allein vom Verordner vorgegeben. Mit der Blankverordnung wird die bisherige Regelversorgung um eine weitere Säule in der Heilmittelversorgung ergänzt und das Procedere dadurch geändert. Die **Physiotherapeuten** erhalten demnach **mehr Versorgungsverantwortung** und können die Durchführung von physiotherapeutischen Maßnahmen unter bestimmten Voraussetzungen selbst bestimmen und gestalten.

Seit 1. November 2024 können Ärzte bei der **Diagnosegruppe EX** in Kombination mit einer vereinbarten **Schulterdiagnose** erstmalig Blankverordnungen für physiotherapeutische Leistungen gemäß Heilmittel-Richtlinie in Verbindung mit dem Vertrag nach § 125a SGB V ausstellen [1-3]. Folglich verordnen sie kein konkretes Heilmittel mehr.

Laut Daten des Medizinischen Dienstes machen Verordnungen der Diagnosegruppe EX mit Schulterdiagnosen anteilig ca. 8 % an den Physiotherapie-Kosten des Jahres 2023 in Baden-Württemberg aus.

Ausgewählte Diagnosen in der Diagnosegruppe EX

Die Vertragspartner haben sich auf 114 ICD-10-Codes zu Schulterdiagnosen geeinigt, in deren Rahmen Blankverordnungen möglich sind. Die Diagnoseliste ist abschließend, d. h. bei nicht gelisteten Erkrankungen ist keine Blankverordnung möglich. Blankverordnungen bedürfen keiner Genehmigung, da diese ohnehin nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind.

Tabelle 1: Liste der 114 ICD-10-Codes, die eine Blankoverordnung möglich machen (Anlage 1 zur Anlage des Vertrags nach § 125a SGB V in der Physiotherapie)

Physiotherapie ab 1. November 2024 – Erkrankungen des Schultergelenks			
ICD-10-Code	Diagnosegruppe	Langtext Diagnose	
Sonstige Arthritis			
M13.11	EX	Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M13.81	EX	Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M13.91	EX	Arthritis, nicht näher bezeichnet, Schulterregion	
Arthrose			
M19.01	EX	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M19.11	EX	Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M19.21	EX	Sonstige sekundäre Arthrose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M19.81	EX	Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M19.91	EX	Arthrose, nicht näher bezeichnet, Schulterregion	
Sonstige Gelenkkrankheiten			
M24.11	EX	Sonstige Gelenkknorpelschädigungen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M24.21	EX	Krankheiten der Bänder: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M24.31	EX	Pathologische Luxation und Subluxation eines Gelenkes, anderenorts nicht klassifiziert: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M24.41	EX	Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M24.51	EX	Gelenkkontraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M24.51 + Z98.8	EX	Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] + Sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen	BVB
M24.61	EX	Ankylose eines Gelenkes: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M24.81	EX	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, anderenorts nicht klassifiziert, Schulterregion	

Physiotherapie ab 1. November 2024 – Erkrankungen des Schultergelenks

ICD-10-Code	Diagnosegruppe	Langtext Diagnose
M24.91	EX	Gelenkschädigung, nicht näher bezeichnet, Schulterregion
M25.01	EX	Hämarthros: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M25.11	EX	Gelenkfstel: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M25.21	EX	Schlottergelenk: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M25.31	EX	Sonstige Instabilität eines Gelenkes: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M25.41	EX	Gelenkerguss: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M25.61	EX	Gelenksteife: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]

Synovitis und Tenosynovitis

M65.01	EX	Sehnenscheidenabszess: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M65.11	EX	Sonstige infektiöse (Teno-)Synovitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M65.81	EX	Sonstige Synovitis und Tenosynovitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M65.91	EX	Synovitis und Tenosynovitis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M66.11	EX	Ruptur der Synovialis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M66.21	EX	Spontanruptur der Strecksehnen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M66.31	EX	Spontanruptur von Beugesehnen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M66.41	EX	Spontanruptur sonstiger Sehnen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]

Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes

M71.01	EX	Schleimbeutelabszess: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M71.11	EX	Sonstige infektiöse Bursitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M71.31	EX	Sonstige Schleimbeutelzyste: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M71.81	EX	Sonstige näher bezeichnete Bursopathien: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M71.91	EX	Bursopathie, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]

Physiotherapie ab 1. November 2024 – Erkrankungen des Schultergelenks

ICD-10-Code	Diagnosegruppe	Langtext Diagnose	
M75.0	EX	Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel; Frozen shoulder; Periarthropathia humeroscapularis	
M75.1	EX	Läsion der Rotatorenmanschette, Ruptur der Rotatorenmanschette oder der Supraspinatus-Sehne, Supraspinatus-Syndrom	BVB
M75.2	EX	Tendinitis des M. biceps brachii	
M75.3	EX	Tendinitis calcarea im Schulterbereich; Bursitis calcarea im Schulterbereich	
M75.4	EX	Impingement-Syndrom der Schulter	
M75.5	EX	Bursitis im Schulterbereich	
M75.6	EX	Läsion des Labrums bei degenerativer Veränderung des Schultergelenkes; Läsion des Labrums, nicht als traumatisch bezeichnet	
M75.8	EX	Sonstige Schulterläsionen	
M75.9	EX	Schulterläsionen, nicht näher bezeichnet	

Osteopathien und Chondropathien

M84.11	EX	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M84.81	EX	Sonstige Veränderungen der Knochenkontinuität: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M84.91	EX	Veränderung der Knochenkontinuität, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M93.21	EX	Osteochondrosis dissecans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M93.81	EX	Sonstige näher bezeichnete Osteochondropathien: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M94.21	EX	Chondromalazie: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M94.31	EX	Chondrolyse: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M94.81	EX	Sonstige näher bezeichnete Knorpelkrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M94.91	EX	Knorpelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]

Verletzungen der Schulter und des Oberarms

S43.-	EX	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels
S43.0-	EX	Luxation des Schultergelenkes [Glenohumeralgelenk]

Physiotherapie ab 1. November 2024 – Erkrankungen des Schultergelenks

ICD-10-Code	Diagnosegruppe	Langtext Diagnose
S43.00	EX	Luxation des Schultergelenkes [Glenohumeralgelenk], nicht näher bezeichnet
S43.01	EX	Luxation des Humerus nach vorne
S43.02	EX	Luxation des Humerus nach hinten
S43.03	EX	Luxation des Humerus nach unten
S43.08	EX	Luxation sonstiger Teile der Schulter
S43.1	EX	Luxation des Akromioklavikulargelenkes
S43.2	EX	Luxation des Sternoklavikulargelenkes
S43.3	EX	Luxation sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Schultergürtels
S43.4	EX	Verstauchung und Zerrung des Schultergelenkes
S43.5	EX	Verstauchung und Zerrung des Akromioklavikulargelenkes
S43.6	EX	Verstauchung und Zerrung des Sternoklavikulargelenkes
S43.7	EX	Verstauchung und Zerrung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Schultergürtels
S46.-	EX	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes
S46.0	EX	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette
S46.1	EX	Verletzung des Muskels und der Sehne des Caput longum des M. biceps brachii
S46.2	EX	Verletzung des Muskels und der Sehne an sonstigen Teilen des M. biceps brachii
S46.3	EX	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. triceps brachii

Frakturen, traumatische Verletzungen und Verbrennungen

S42.0-	EX	Fraktur der Klavikula
S42.00	EX	Fraktur der Klavikula: Teil nicht näher bezeichnet; Klavikula o.n.A.; Schlüsselbein o.n.A.
S42.01	EX	Fraktur der Klavikula: Mediales Drittel
S42.02	EX	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel
S42.03	EX	Fraktur der Klavikula: Laterales Drittel
S42.09	EX	Fraktur der Klavikula: Multipel
S42.1-	EX	Fraktur der Skapula
S42.10	EX	Fraktur der Skapula: Teil nicht näher bezeichnet; Schulterblatt o.n.A.; Skapula o.n.A.
S42.11	EX	Fraktur der Skapula: Korpus

Physiotherapie ab 1. November 2024 – Erkrankungen des Schultergelenks

ICD-10-Code	Diagnosegruppe	Langtext Diagnose	
S42.12	EX	Fraktur der Skapula: Akromion, Spina scapulae	
S42.13	EX	Fraktur der Skapula: Processus coracoideus	
S42.14	EX	Fraktur der Skapula: Cavitas glenoidalis und Collum scapulae	
S42.19	EX	Fraktur der Skapula: Multipel	
S42.2-	EX	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	
S42.20	EX	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	
S42.21	EX	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf; proximale Epiphyse; Humeruskopffraktur mit zwei bis vier Fragmenten	
S42.22	EX	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	
S42.23	EX	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum anatomicum	
S42.24	EX	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Tuberculum majus	
S42.29	EX	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile; Tuberculum minus	
S42.3	EX	Fraktur des Humerusschaftes; Humerus o.n.A; Multiple Schaftfrakturen; Oberarm o.n.A.	
S42.7	EX	Multiple Frakturen der Klavikula, der Skapula und des Humerus	
S42.8	EX	Fraktur sonstiger Teile der Schulter und des Oberarmes	
S42.9	EX	Fraktur des Schultergürtels, Teil nicht näher bezeichnet	
T22.30	EX	Verbrennung 3. Grades der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand, Teil nicht näher bezeichnet	langfristiger Heilmittelbedarf
T22.32	EX	Verbrennung 3. Grades des (Ober-)Armes und der Schulterregion	langfristiger Heilmittelbedarf
T22.33	EX	Verbrennung 3. Grades der Achselhöhle	langfristiger Heilmittelbedarf
T84.00	EX	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkdrothese: Schultergelenk	
T84.10	EX	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesvorrichtung an Extremitätenknochen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M84.01	EX	Frakturheilung in Fehlstellung: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M84.21	EX	Verzögerte Frakturheilung: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	
M84.31	EX	Stressfraktur; anderenorts nicht klassifiziert: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	

Physiotherapie ab 1. November 2024 – Erkrankungen des Schultergelenks

ICD-10-Code	Diagnosegruppe	Langtext Diagnose
M84.41	EX	Pathologische Fraktur; anderenorts nicht klassifiziert: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]

Schulter Endoprothesen

Z96.60 + Z98.8	EX	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten + Sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen	BVB
-------------------	----	---	-----

Tabelle 2: Übersicht der Diagnosegruppe EX gemäß Heilmittelkatalog

DIAGNOSEGRUPPE	INDIKATION		HEILMITTELVERORDNUNG	
	LEITSYMPТОМАТИК	HEILMITTEL	VERORDNUNGSMENGEN	WEITERE HINWEISE
EX ERKRANKUNGEN DER EXTREMITÄTEN UND DES BECKENS z. B. › Verletzungen, Frakturen › Zustand nach operativen Eingriffen › Arthrosen › Periarthropathien, Tendopathien › Bandersatz, Arthrodesen › Amputationen › entzündliche, auch rheumatische Gelenkerkrankungen › entzündliche Systemerkrankungen (z. B. Kollagenosen) › Sympathische Refluxdystrophie Stadium I bis III › Luxationen (z. B. Hüfte, Patella, Schulter) › angeborene und erworbene Fehlhaltungen und Fehlstellungen der Füße › Fehlbildungen › Stoffwechselerkrankungen des Knochens (z. B. Osteogenesis imperfecta, Morbus Paget)	a) Schädigung/Störung der Gelenkfunktion (einschließlich des zugehörigen Kapsel-Band-Apparats und der umgreifenden Muskulatur) z. B. › der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität › Schmerz (einschließlich Stumpf-, Phantomschmerz) b) Schädigung/Störung der Muskelfunktion z. B. › der Muskelkraft, -ausdauer und -koordination › des Muskeltonus › Schmerzen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel: › KG › KG Gruppe › KG-Gerät › KG im Bewegungsbad › KG im Bewegungsbad Gruppe › MT › Übungsbehandlung › Übungsbehandlung Gruppe › Übungsbehandlung im Bewegungsbad › Übungsbehandlung im Bewegungsbad Gruppe › Chirogymnastik › KMT › UWM › SM › PM › BGM Ergänzende Heilmittel: › Elektrotherapie › Wärmetherapie › Kältetherapie › Hydroelektrische Bäder Standardisierte Heilmittelkombination (bei komplexen Schädigungen gemäß §§ 12 Absatz 5 und 25 HeilM-RL)	Höchstmenge je VO: › bis zu 6x/VO Orientierende Behandlungsmenge: › bis zu 18 Einheiten › bis zu 50 Einheiten längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres davon jeweils bis zu 12 Einheiten für › standardisierte Heilmittelkombination › Massagetherapien Frequenzempfehlung: › 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge aususchöpfen.</i> Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Absatz 1a SGB V siehe Anlage 2	

Blankverordnung: ja oder nein?

Der Arzt oder die Ärztin entscheidet grundsätzlich darüber, ob bei den aufgeführten Indikationen eine Blankverordnung oder eine konventionelle Verordnung sinnvoll ist. Die Heilmittel-Richtlinie sagt, dass in medizinisch begründeten Fällen durchaus von einer Blankverordnung abgesehen werden kann. Ist dies der Fall, wird wie bisher verordnet.

Entscheidet sich der verordnende Arzt für eine Blankverordnung, übernehmen Physiotherapeuten als Leistungserbringer die erweiterte Versorgungsverantwortung für **Maßnahmen, Menge** und **Frequenz** der physiotherapeutischen Behandlung. Je Behandlungstermin können Physiotherapeuten bis zu zwei vorrangige und ein ergänzendes Heilmittel erbringen.

Das Praxisverwaltungssystem (PVS) erkennt aus der Kombination von **ICD-10-Code(s) und der Diagnosegruppe EX** (einschließlich Leitsymptomatik), ob eine Blankverordnung möglich ist und bietet diese an. Spricht aus medizinischer Sicht nichts dagegen, wird diese ausgewählt. Das PVS kennzeichnet die Heilmittel-Verordnung dann als Blankverordnung.

Daraufhin fordert es den Arzt mit einem Hinweis zur Entscheidung auf, ob eine Blankverordnung erfolgen soll oder nicht. Dieser Hinweis lautet wie folgt:

„Die Diagnose in Verbindung mit der Diagnosegruppe entspricht den Kriterien einer Blankverordnung. Soll eine Blankverordnung ausgestellt werden?“

Die Auswahl aus diesen zwei Antwortmöglichkeiten entscheidet über den weiteren Verlauf der Verordnung:

1. „Ja, Heilmittel, Behandlungseinheiten und Therapiefrequenz werden vom Therapeuten festgelegt. Die Verordnung unterliegt nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.“

oder

2. „Nein, auf eine Blankverordnung wird aus medizinischen Gründen verzichtet. Angaben zu Heilmittel(n), Behandlungseinheiten und Therapiefrequenz sind vom Arzt festzulegen.“

Im Falle einer Blankverordnung fügt die Praxissoftware das Wort „**BLANKVERORDNUNG**“ in das Feld „*Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges*“ auf dem Muster 13 ein. Das Muster 13 bleibt trotz Einführung der Blankverordnung wie gehabt. Es wird keine Änderung des bisherigen Formulars vorgenommen.

Verordnungsformalismus bei Blankverordnungen

Im Rahmen der Blankverordnung können nachfolgende Angaben vom Verordner nicht gemacht werden (diese Felder bleiben daher frei):

- Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog inkl. ergänzende Angaben zum Heilmittel wie z. B. „Doppelbehandlung“
- Anzahl der Behandlungseinheiten
- Therapiefrequenz

Folgende Felder können auch bei Blankverordnungen weiterhin vom Verordner befüllt werden:

- Bei Bedarf: Therapiebericht
- Bei Bedarf: Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen
- Hausbesuch (ja/nein)

The image shows a screenshot of a medical prescription form (Muster 13) with a large 'MUSTER' watermark. The form is divided into several sections:

- Behandlungsrelevante Diagnose(n)** (ICD-10 - Code): M75.4
- Diagnosegruppe**: EX
- Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog**: a b c
- patentenspezifische Leitsymptomatik**:
- Leitsymptomatik, gegebenenfalls individuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben**: (empty field)
- Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**: Heilmittel: BLANKVERORDNUNG; Behandlungseinheiten: (empty field)
- Ergänzendes Heilmittel**: (empty field)
- Therapiebericht**: ja nein
- Hausbesuch**: ja nein
- Therapiefrequenz**: (empty field)
- Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen**:

Therapiebericht

„Therapiebericht“ ist nach wie vor auf dem Muster 13 anzukreuzen, wenn ein Therapiebericht des Therapeuten angefordert wird.

Mit Einführung der Blankverordnung haben sich die Anforderungen an den Inhalt des bisherigen Therapieberichts geändert. Dieser muss mindestens folgende Informationen (durch den Physiotherapeuten) enthalten:

- Geplantes Therapieziel, Erreichung des Therapieziels
- Angewendete Heilmittel und Anzahl der Therapieeinheiten, Dauer der Therapie (in Wochen)
- Weiterführende Hinweise (z. B. Compliance des Patienten)

Gültigkeit der Blankverordnung

Eine Blankverordnung ist **ab dem Verordnungsdatum maximal 16 Wochen gültig**, d. h. innerhalb dieses Zeitraums kann der Physiotherapeut auf diesem Rezept die von ihm festgelegten Leistungen erbringen. Die Frist beginnt am Tag nach der Ausstellung der Verordnung (Tag der Ausstellung = Tag 0, der Folgetag ist Tag 1). Eine etwaige Unterbrechung von länger als 14 Kalendertagen innerhalb der 16-Wochen-Frist führt nicht dazu, dass die Verordnung ihre Gültigkeit verliert. Eine Begründung der Unterbrechung, die länger als 14 Tage dauert, ist dabei nicht erforderlich. Eine Unterbrechung innerhalb der 16-Wochen-Frist führt nicht zur Verlängerung der Gültigkeit. Ein erneuter Arzt-Patienten-Kontakt soll dadurch sichergestellt werden.

Im Übrigen gelten die bekannten Beginnfristen (vgl. HeilM-RL) von 28 Kalendertagen bzw. 14 Kalendertagen bei dringlichem Behandlungsbeginn. Bei einem Behandlungsbeginn nach Ablauf von 14 bzw. 28 Kalendertagen verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

Achtung:

Im Zeitraum der Gültigkeit der Verordnung (16 Wochen) darf für denselben Patienten für die Diagnosegruppe EX keine weitere Heilmittelverordnung für Erkrankungen im



Bereich des Schultergelenks durch den Physiotherapeuten angenommen und durchgeführt werden. Dies gilt sowohl für Blanko- als auch für konventionelle Verordnungen. Somit ist darauf zu achten, dass erst nach Ablauf der 16 Wochen auch eine weitere Verordnung (im Bereich der Schulter) – sofern erforderlich – ausgestellt werden kann.

Ausgenommen davon sind weitere Heilmittelverordnungen für Erkrankungen im Bereich des Schultergelenks mit unterschiedlichen Lokalisationen (rechte/linke Schulter).

Merke:

Tritt im Gültigkeitszeitraum von 16 Wochen trotz bereits beendeter Behandlung durch den Physiotherapeuten ein Rezidiv auf, das eine Weiterbehandlung erforderlich macht, so ist keine erneute Ausstellung einer Blankverordnung erforderlich, da die „alte“ Verordnung auch weiterhin gültig ist. Der Patient muss daher – sofern wiederholter Bedarf an physiotherapeutischer Betreuung besteht – erneut in der Therapiepraxis vorstellig werden, in der auch zuvor therapiert wurde. Da der Gültigkeitszeitraum noch nicht abgelaufen ist, ist der behandelnde Therapeut dazu angehalten, auf Basis der bereits ausgestellten Blankverordnung ggf. weitere Maßnahmen zu erbringen. Die Ausstellung einer neuen Verordnung für diesen Patienten ist somit ausschließlich erst nach Ablauf der 16 Wochen möglich.



Weitere Besonderheiten der Blankoverordnung

- **Parallele Verordnungen** mit oder ohne erweiterte Versorgungsverantwortung sind auch für Diagnosen im Bereich der Schulter nicht möglich. Ausnahme: rechte und linke Schulter sind betroffen.
- Mehrere zeitlich aufeinanderfolgende Verordnungen (= **Folgeverordnungen**) mit oder ohne erweiterte Versorgungsverantwortung zur selben Diagnose (ICD-10-Code zweistellig) und zur selben Diagnosegruppe sind grundsätzlich möglich. Dabei sind die Gültigkeits- und Beginnfristen zu beachten.
- **Telemedizinische Leistungen** (Videobehandlung durch den Therapeuten) sind auch im Rahmen der Blankoverordnung möglich.
- Für Verordnungen zu Diagnosen des langfristigen Heilmittelbedarfs (**LF**) (gemäß § 8 HeilM-RL) sowie für Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, die einen besonderen Verordnungsbedarf (**BVB**) begründen, ist das Ausstellen einer Blankoverordnung möglich (Tabelle 3).
- Vorliegende Genehmigungen durch die Krankenkasse für einen individuellen langfristigen Heilmittelbedarf gelten in der Diagnosegruppe EX weiter und werden durch das Ausstellen einer Blankoverordnung nicht aufgehoben.

Der Vertrag nach § 125a SGB V zur Blankoverordnung in der Physiotherapie gilt nicht für:

- Krankenhäuser, auch nicht im Rahmen des Entlassmanagements
- Rehabilitationseinrichtungen
- und vergleichbare Einrichtungen

Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit

Blankoverordnungen sind nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Die Kosten aus Blankoverordnungen fließen somit – wie die Kosten des langfristigen Heilmittelbedarfs – auch nicht in das Verordnungsvolumen der Praxis ein.

Aus diesem Grund ist die Beantragung eines individuellen langfristigen Heilmittelbedarfs bei Blankoverordnungen nicht notwendig und mittels Verordnungsausdruck auch nicht möglich.

Die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit von Art, Menge und Frequenz der Behandlung tragen die behandelnden Physiotherapeuten.

Verzichten Ärzte bei einer möglichen Blankoverordnung bewusst auf die Ausstellung einer solchen und wählen selbst Heilmittel, Behandlungsmenge und Therapiefrequenz aus, bleiben sie in der wirtschaftlichen Verantwortung. Die Verordnungskosten fließen demnach in das Heilmittel-Richtwertvolumen der Praxis ein (außer es handelt sich um Verordnungen des langfristigen Heilmittelbedarfs).

Exkurs: Wirtschaftlichkeit – Einführung eines Ampelsystems für Physiotherapeuten

Zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenentwicklung je Versicherten im Rahmen der Blankoverordnung dient ein Ampelsystem, dessen Grundsätze von den Leistungserbringern zu beachten sind und in der Anlage 1 zum Vertrag nach § 125a SGB V für Physiotherapie geregelt sind [3]:

- Das Ampelsystem ist ein Abrechnungsmechanismus, der durch die Krankenkassen im Nachgang bei der Abrechnung zum Tragen kommt.
- Die Festlegung der Anzahl der Leistungen der zwei verschiedenen Ampelphasen „grün“ und „rot“ erfolgte in Anlehnung an die Heilmittel-Richtlinie in Verbindung mit dem angenommenen Versorgungsbedarf für die Patienten unter Berücksichtigung der Gültigkeit einer Blankoverordnung von maximal 16 Wochen.
- Für Verordnungen zu Diagnosen des langfristigen Heilmittelbedarfs (gemäß § 8 HeilM-RL) sowie für Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, die einen besonderen Ordnungsbedarf begründen, gelten die Regelungen der Ampelphasen nicht.
- Wenn das angestrebte Therapieziel vor Ablauf der 16-wöchigen Gültigkeitsdauer erreicht wird, wird die Therapie beendet.

Prüfpflicht der Therapeuten

Heilmittelerbringer sind im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung generell verpflichtet, die Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen.

Wie mit gegebenenfalls notwendigen Korrekturen und Änderungen auf der Blankoverordnung zu verfahren ist, kann der entsprechenden Anlage 3a zum Vertrag nach § 125a SGB V für Physiotherapie entnommen werden [6].

Ergänzend hierzu bleiben die Regelungen gemäß der Heilmittel-Richtlinie, Anlage 3 (Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen) weiterhin bestehen.

Ausblick

Über die Entscheidung zur Hinzunahme weiterer Diagnosen und Diagnosegruppen wollen die Vertragspartner entsprechende Verhandlungen aufnehmen und Vorschläge gemeinsam diskutieren. Eine konkrete Zeitschiene wurde hierfür bislang noch nicht definiert. Auch ist nicht bekannt, welche Diagnosegruppen ggf. Bestandteil der Verhandlungen sein könnten. Maßgeblich mitentscheidend werden sicher die Erfahrungen aus der Versorgung im Rahmen der Blankoverordnung "Schulter" sein, die seit dem 1. November 2024 gesammelt werden.

In den Heilmittelbereichen Podologie und Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sind zunächst keine Verträge zur Blankoverordnung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden zu erwarten.

Fazit

- Die Blankverordnung ist nur bei der Diagnosegruppe EX in Kombination mit den oben gelisteten Diagnosen im Schulterbereich möglich.
- Die Verordnung wird mit der Angabe „BLANKO-VERORDNUNG“ gekennzeichnet. Das Formular Muster 13 bleibt jedoch unverändert.
- Der Arzt entscheidet, ob eine Blanko- oder eine konventionelle Verordnung ausgestellt wird.
- Bei der Ausstellung einer Blankoverordnung wird auf bestimmte Angaben (Heilmittel, Anzahl der Behandlungseinheiten und Therapiefrequenz) verzichtet.
- Die Gültigkeit der Blankoverordnung beträgt maximal 16 Wochen ab Ausstellungsdatum. Die Beginfrist (28 bzw. 14 Kalendertage bei dringlichem Behandlungsbedarf) ist identisch zu den konventionellen Verordnungen.
- Parallele Verordnungen (mit Ausnahme rechts und links) sind ausgeschlossen. Wichtig: Auch parallele konventionelle Verordnungen sind ausgeschlossen, sofern diese eine Behandlung im Bereich der Schulter vorsehen. Mit einer Blankoverordnung sind alle Behandlungen für die Schulter und den Zeitraum von 16 Wochen „abgegolten“.
- Tritt nach Abschluss, aber im Gültigkeitszeitraum einer Blankoverordnung ein Rezidiv auf, so muss der behandelnde Therapeut die Behandlung ohne neue Verordnung wieder aufnehmen. Erst nach Ablauf der 16 Wochen kann eine neue Blanko- oder eine neue konventionelle Verordnung ausgestellt werden.
- Die Verordnungskosten aus Blankoverordnungen fließen nicht in das Heilmittel-Verordnungsvolumen der Praxis ein und unterliegen nicht der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Literatur

- [1] GKV-Spitzenverband: Vereinbarungen im Bereich Physiotherapie. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/125_physio/125_physiotherapie.jsp
- [2] GKV Heilmittel: Verträge nach § 125 SGB V. https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_heilmittelerbringer/vertraege/vertraege.jsp
- [3] GKV-Spitzenverband: Anlage 1 – Indikationsspezifische Anlage für Erkrankungen im Bereich des Schultergelenks zum Vertrag nach § 125a SGB V über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in der Physiotherapie und deren Vergütung vom 01.11.2024. https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/heilmittel_vertraege/vertraege_physiotherapie/anlagen_blanko_1/20240830_Anlage_1_Vertrag_nach__125a_SGB_V_Physiotherapie.pdf
- [4] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie über die Versorgung 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 18. April 2024, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 22.07.2024 B4), in Kraft getreten am 1. Oktober 2024 und zuletzt geändert am 16. Mai 2024, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 02.08.2024 B2), in Kraft getreten am 1. Oktober 2024. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3616/HeilM-RL_2024-04-18_2024-05-16_ik-2024-10-01.pdf
- [5] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_nach_125a/physio/20240830_Anlage3a_Vertrag_nach__125a_SGB_V_Physiotherapie.pdf
- [6] GKV-Spitzenverband: Anhang 1 zu Anlage 1 des Vertrags nach § 125a SGB V. https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/heilmittel_vertraege/vertraege_physiotherapie/anlagen_blanko_1/20240830_Anhang_1_Anlage_1_Vertrag_nach_125a_SGB_V_Physiotherapie.pdf

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 sind zum 1. Januar 2025 in Kraft getreten.

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform	Anmerkung
Corticoide	Corticoide	Parenteral Oral Rektal	Überarbeitete Anmerkung: Parenteral, max. Anzahl Ampullen pro Arzt und Quartal: Orthopäden/Chirurgen/Neurochirurgen/Rheumatologen/Anästhesisten: 150 Amp. ; andere Fachgruppen: 100 Amp. ; Parenteral ohne Mengengrenzung: Nur Anästhesisten/onkologisch tätige Ärzte: wasserlösliche Corticoide zur Antiemese und bei allergischen Reaktionen Oral Tabletten: max. 100 Stück pro Arzt und Quartal Oral flüssig: max. 90 ml pro Arzt und Quartal
Desinfektionsmittel	Allgemein Bei den aufgeführten Einzelwirkstoffen sind ausschließlich die angegebenen Konzentrationen verordnungsfähig. Bitte die jeweiligen Anmerkungen beachten.	Extern	Überarbeitete Anmerkung: Ausschließlich Lösungen mit Anwendungsgebiet Haut-, Schleimhaut- und Wunddesinfektion zur Anwendung am Patienten. Nicht zur Händedesinfektion des Patienten. Keine Verwendung zur Instrumenten- und Flächendesinfektion in der Praxis. Keine Händedesinfektion von Arzt und Praxispersonal.
Diagnostika	Glucosemonohydrat	Oral	Erweiterte Anmerkung: <u>Pulver:</u> 1. Vortest auf Gestationsdiabetes 55 g Glucose-monohydrat (nur im Flachbeutel) 2. Oraler Glukosetoleranztest 82,5 g Glucose-monohydrat (im Flachbeutel oder in einer 300-ml-Gewindeflasche) <u>Fertigarzneimittel:</u> Fertige Lösungen sowohl für den Vortest auf Gestationsdiabetes als auch den oralen Glukosetoleranztest. Ausschließlich die größtmögliche Packung des jeweiligen Herstellers, dabei die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Hersteller beachten. Die Packungsgröße ist an den Versorgungsbedarf der Praxis anzupassen. Keine als Lebensmittel deklarierten Produkte Keine Lösungen als Rezepturen
Lokalanästhetika	Lidocain	Parenteral Extern	Erweiterte Anmerkung: Extern: Gel, Spray, Lösung, Creme Parenteral: Keine Präparate mit Indikation „Neuraltherapie“
Ophthalmika	Dexamethason + Gentamycin	Augentropfen/-salben	Erweiterte Anmerkung: Nur zur postoperativen Anwendung, nur Augenärzte
Ophthalmika	Mitomycin C	Parenteral Rezeptur	Überarbeitete Anmerkung: Fertigspritze 0,02-% 0,2 ml bei Glaukomoperationen, nur als Rezeptur erhältlich. Cave: Wirtschaftlichen Bezugsweg beachten!

Medizinisch-technisches Mittel	Spezifikation	Anmerkung
Infusionsbestecke einschließlich LS-Verbinder	Einmal-Infusionsbestecke	Erweiterte Anmerkung: Auch Einmaltransfusionsbestecke Als Zytostatika-Zubehör deklarierte Produkte ausschließlich für onkologisch tätige Ärzte
Patientenschläuche		Erweiterte Anmerkung: Keine Verlängerungsschläuche Auch Perfusorleitungen

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

Fortbildungsveranstaltungen bei der MAK

Sicher durch den Verordnungsdschungel

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 Ernährungslösungen, Teststreifen und Verbandstoffe runden diese Veranstaltung ab.

Es gibt parallele Seminare für die Zielgruppe Ärzte und für die Zielgruppe Mitarbeiter.

Live-Online-Seminar

Freitag, 4. Juli 2025 14:00–18:30 Uhr

Live-Online-Seminar

Freitag, 14. November 2025 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 Ärztinnen, 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. In diesem Seminar besprechen wir, welche Arten von Prüfungen auf Sie zukommen können. Was können Sie tun, um den Überblick über Ihre Verordnungen zu behalten und Nachforderungen zu vermeiden? Sie machen 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 Ärztinnen und Ärzte. Bei Interesse können auch erfahrene Mitarbeitende gemeinsam mit ihrer Praxisleitung am Kurs teilnehmen.

Live-Online-Seminar

Freitag, 23. Mai 2025 15:00–18:00 Uhr

Live-Online-Seminar

Freitag, 17. Oktober 2025 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, Impfeempfehlungen und Verordnungs- und Abrechnungsmodalitäten. Sie erlernen auch den praktischen Umgang mit der Schutzimpfungs-Richtlinie und der Impferfemtable. Parallel zeigen wir die Regelungen zur Kostenüber-

nahme 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 Impffziffer.

Reutlingen Mittwoch, 7. Mai 2025 10:00–16:00 Uhr
Freiburg Mittwoch, 9. Juli 2025 10:00–16:00 Uhr
Stuttgart Mittwoch, 9. November 2025 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 Praxismitarbeitende 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, 18. Februar 2025
Mittwoch, 19. Februar 2025
Mittwoch, 12. März 2025, 9:00–18:00 Uhr
Stuttgart Dienstag, 13. Mai 2025
Mittwoch, 14. Mai 2025
Mittwoch, 4. Juni 2025, 9:00–18:00 Uhr

Stuttgart Dienstag, 14. Oktober 2025
Mittwoch, 15. Oktober 2025
Mittwoch, 5. November 2025, 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 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, 5. Juli 2025 9:00–17:00 Uhr
Karlsruhe Samstag, 15. November 2025 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 Behandlung von Fuß- und Beingschwüren (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.

Freiburg Mittwoch, 9. April 2025 15:00–19:00 Uhr
Stuttgart Mittwoch, 8. Oktober 2025 15:00–19:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar 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 Ärztinnen, Ärzte und Praxisbeschäftigte, die ihre Kenntnisse in der Verordnung von Sprechstundenbedarf festigen wollen.

Live-Online-Seminar

Donnerstag, 13. Februar 2025 15:00–17:30 Uhr

Live-Online-Seminar

Donnerstag, 3. April 2025 15:00–17:30 Uhr

Live-Online-Seminar

Donnerstag, 18. Juli 2025 15:00–17:30 Uhr

Live-Online-Seminar

Donnerstag, 9. Oktober 2025 15:00–17:30 Uhr

Live-Online-Seminar

Donnerstag, 28. November 2025 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

Telefon: 0711 7875-3535

Fax: 0711 7875-48-3888

E-Mail: info@mak-bw.de



www.mak-bw.de

Neues auf 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 » Praxis » Aktuelles).

22. November 2024

RSV-Prophylaxe mit Nirsevimab – weitere Regelungen

Vorgehensweise bei Säuglingen ohne Versichertenachweis

Die Kosten für den Antikörper Nirsevimab (Handelsname: Beyfortus[®]) einschließlich der ärztlichen Leistung der Verabreichung belaufen sich auf rund 470 Euro. Aufgrund dieser hohen Kosten empfehlen wir dringend, die RSV-Prophylaxe mit Beyfortus[®] nur dann zulasten der Krankenkasse durchzuführen, wenn ein gültiger GKV-Versichertennachweis für das Kind vorliegt.

Ein Versichertenverhältnis besteht eindeutig, wenn die Eltern des Kindes die eGK oder einen schriftlichen Versichertenachweis von der Krankenkasse vorlegen können. Im letzteren Fall erfolgt das Anlegen des Behandlungsscheins im Praxisverwaltungssystem (PVS) über das sogenannte Ersatzverfahren.

Verordnung auf Namen des Patienten, auch bei Auseinzelung aus einer 5er-Packung

Aufgrund erwarteter Lieferengpässe hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) festgelegt, dass Beyfortus[®]-Packungen aus anderen Ländern (Frankreich, Spanien, USA) importiert werden können, um den steigenden Bedarf zu decken (sogenannter Versorgungsmangel nach § 79 Absatz 5 Arzneimittelgesetz).

Bei der Verordnung müssen Sie dies nicht weiter berücksichtigen: Sie stellen das Rezept wie gewohnt auf Namen des Patienten unter Angabe der deutschen PZN aus. Die Apotheke gibt – je nach Verfügbarkeit –

ein Präparat in deutscher oder ausländischer Aufmachung ab. Dies gilt auch dann, wenn die Apotheke aus einer 5er-Packung (USA-Ware; Dosierung 100 mg) auseinzelt. Gemäß dem Landesapothekerverband Baden-Württemberg wird dann der Preis der Einzelpackung abgerechnet.

Die Abgabe von Teilmengen (Auseinzelung) der US-Ware bleibt in dieser RSV-Saison nach Aussage des BMG apothekenrechtlich auch dann möglich, wenn Beyfortus[®] 100 mg in Einzelpackungen mit deutscher Kennzeichnung in ausreichender Menge zur Verfügung steht.

Glossar der Abkürzungen

AAPV	allgemeine ambulante Palliativversorgung
ABL	Abelson murine leukemia viral oncogene
ACE	angiotensin-converting enzyme
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
AOK BW	Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg
ARB	AT1-Rezeptorblocker
AT	Arzneimittel-Therapiebereich
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BAnz	Bundesanzeiger
BCR	breakpoint cluster region
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BVB	besonderer Verordnungsbedarf
CanG	Cannabisgesetz
CBD	Cannabidiol
COPD	chronisch-obstruktive Lungenerkrankung
COVID-19	coronavirus disease 2019
CRSwNP	chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen
DAC	Deutscher Arzneimittel-Codex
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGS	Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin
DOAK	direktes orales Antikoagulans
doi	digital object identifier
DVO	Dachverband Osteologie
e. V.	eingetragener Verein
exRW	außerhalb der Richtwerte
FA	Facharzt
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HJ	Halbjahr
HPV	humanes Papillomvirus
HR	hazard ratio

ICD-10	International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision
INR	international normalized ratio
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LDL	low-density lipoprotein
LF	langfristiger Heilmittelbedarf
LONTS	Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen
M/F	Mitglieder/Familienversicherte
MAI	medication appropriateness index
MAK	Management-Akademie der KV Baden-Württemberg
MD	Medizinischer Dienst
MRA	Mineralokortikoidrezeptor-Antagonisten
NRF	Neues Rezeptur-Formularium
o. n. A.	ohne nähere Angabe
PCSK 9	Proteinkonvertase-Subtilisin/Kexin Typ 9
PDE	Phosphodiesterase
PiRW ^{KV}	praxisindividueller Richtwert auf der Grundlage der der KV BW vorliegenden Verordnungsdaten
PPI	Protonenpumpeninhibitor
PVS	Praxisverwaltungssystem
PZN	Pharmazentralnummer
R	Rentner
RSV	respiratorisches Synzytial-Virus
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SGLT 2	Sodium-glucose co-transporter 2
SP	Schwerpunkt
START	screening tool to alert to right treatment
STIKO	Ständige Impfkommission
STOPP	screening tool of older persons' prescriptions
TAV	Therapieallergene-Verordnung
THC	Tetrahydrocannabinol
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
VKA	Vitamin-K-Antagonist
VTE	venöse Thromboembolie

Verordnungsmanagement der KVBW

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

Pharmakotherapie-Beratungsdienste

Klinische Pharmakologie Heidelberg aid.konsil-kv@med.uni-heidelberg.de

Klinische Pharmakologie Tübingen arzneimittelinfo@med.uni-tuebingen.de

**Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für
Embryonaltoxikologie, Charité Berlin** Telefon: 030 450525-700
Fax: 030 450525-902
katarina.dathe@charite.de

**Institut für Reproduktionstoxikologie
Universitäts-Frauenklinik Ulm** Telefon: 0731 500-58655
Fax: 0731 500-58656
paulus@reprotox.de

Impressum

Verordnungsforum 72
Januar 2025

Herausgeber	KVBW Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg Albstadtweg 11 70567 Stuttgart
Kontakt	verordnungsforum@kvbawue.de
Redaktion	Dr. med. Karsten Braun, LL. M. (verantwortlich), Lorena Curella, Dr. med. Richard Fux, Madgalena Gscheidle, Dr. med. Antje Herold, Gabriele Kiunke, Dr. med. Dirk Kölblin, Martina Rahner, Karen Schmidt, Marco Steimle, Dr. rer. nat. Reinhild Trapp, Dr. med. Michael Viapiano
Autoren KVBW	Nadine Address, Lorena Curella, Andrea Damm, Dr. med. Richard Fux, Ulrike Meinzer-Haisch, Julia Nachbar, Martina Rahner, Claudia Speier, Dr. rer. nat. Reinhild Trapp
Autoren extern	Julian Brock, AOK Baden-Württemberg
Erscheinungstermin	Januar 2025
Gestaltung und Realisation	Tanja Peters
Bildnachweise	1 (und 3, 41): iStock Nr. 1447803717 11 (und 3): iStock Nr. 156292188 21 (und 3): iStock Nr. 2155551923 28: iStock Nr. 1903721353 42: iStock Nr. 2047971657
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