



# Verordnungsforum 65

APRIL 2023

Besondere Verordnungsbedarfe – ICD-10-Codierung  
Sonne statt Supplementierung – Vitamin-D-Einnahme  
Priscus-Liste 2.0 und Pharmakologie im Alter

Alles Gute.

**KVBW** 

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



*Liebe Leserin, lieber Leser,*

*viel Freude bei der Lektüre der neuen Ausgabe des Verordnungsforums.*

*Wenn Sie Fragen oder Anregungen haben, freuen wir uns, wenn Sie sich unter [verordnungsforum@kvbawue.de](mailto:verordnungsforum@kvbawue.de) bei uns melden.*

*Mit freundlichen Grüßen*

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

# Inhalt

- 4 **ARZNEIMITTEL**
- 4 \_ Supplementierung von Vitamin D auf dem Prüfstand
- 7 \_ Priscus-Liste 2.0 und Pharmakologie im Alter
- 9 \_ Marktrücknahme Digimerck®
- 12 \_ Neuer Verordnungshinweis zu Zielvereinbarungen
  
- 16 **HEILMITTEL**
- 16 \_ Heilmittelrezepte und nachträgliche Korrekturen
- 23 \_ Besondere Verordnungsbedarfe: korrekte ICD-10-Codierung
  
- 26 **SPRECHSTUNDENBEDARF**
- 26 \_ Neue Lösungen für oralen Glukosetoleranztest und Vortest auf Gestationsdiabetes
- 27 \_ Änderungen im Sprechstundenbedarf
  
- 28 **SERVICE**
- 28 \_ AkdÄ-Newsletter abonnieren
- 29 \_ Aktualisierte Wirkstoffliste auf KVBW-Homepage
- 30 \_ Neues auf [www.kvbawue.de](http://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.



## 4 Supplementierung von Vitamin D auf dem Prüfstand

Vitamin D ist – neben seinem berechtigten Einsatz z. B. bei Osteoporose – häufig Gegenstand kontroverser Diskussionen. Die VITAL-Studie soll klären, wie groß der Benefit der Supplementierung von Vitamin D hinsichtlich der Prävention bestimmter Krankheiten ist. Die bisher vorgelegten Ergebnisse sind allerdings ernüchternd.



## 7 Priscus-Liste 2.0 und Pharmakologie im Alter

Die Priscus-Liste ist eine Übersicht über potenziell inadäquate Medikamente für ältere Menschen. Wir stellen Ihnen die aktuelle Neuauflage vor.

## 23 Besondere Verordnungsbedarfe: korrekte ICD-10-Codierung

Besondere Verordnungsbedarfe sind für schwerkranke Patienten gedacht, die Heilmittel in intensivem Ausmaß benötigen, etwa bei einer Krankheit der Wirbelsäule. Hierzu bedarf es der richtigen ICD-10-Codierung. Was Sie dabei beachten sollten.



# Supplementierung von Vitamin D auf dem Prüfstand

*Vitamin D ist – neben seinem berechtigten Einsatz z. B. bei Osteoporose – häufig Gegenstand kontroverser Diskussionen. Die VITAL-Studie soll klären, wie groß der Benefit der Supplementierung von Vitamin D hinsichtlich der Prävention bestimmter Krankheiten ist. Die bisher vorgelegten Ergebnisse sind allerdings ernüchternd.*

2010 wurde die VITAL-Studie im Auftrag der Harvard Medical School initiiert. Sie untersucht, ob die tägliche Supplementierung mit Vitamin D (oder Omega-3-Fettsäuren) das Risiko für Krebs, Herzerkrankungen oder Schlaganfälle bei diesbezüglich gesunden Personen verringert [1]. Noch ist die Studie nicht abgeschlossen, doch es liegen nun erste Auswertungen vor.

In keinem der genannten Bereiche konnte (innerhalb einer Nachbeobachtungszeit von 5,3 Jahren) eine signifikante Verringerung des Erkrankungsrisikos nachgewiesen werden [2].

Neben diesen Ergebnissen wurde auch eine Vielzahl von Begleitstudien publiziert (Übersicht siehe [3]). Diese deuten darauf hin, dass die tägliche Einnahme von Vitamin D 2.000 I.E. ebenfalls keinen signifikanten Einfluss auf Erkrankungen wie Vorhofflimmern, kognitiven Abbau, Migräne, Stürze, altersbedingte Makuladegeneration oder Knieschmerzen hat.

Eine weitere im New England Journal of Medicine veröffentlichte Analyse konnte nun ebenfalls keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Verum- und Placebo-Gruppe hinsichtlich der Prävention von Knochenbrüchen feststellen: Frakturen traten bei 769 Teilnehmern in der Verum-Gruppe und bei 782 Teilnehmern in der Placebo-Gruppe auf (Hazard Ratio: 0,98; 95%-Konfidenzintervall: 0,89–1,08) [4].

Das Autorenteam schlussfolgert daraus, dass eine Supplementierung von Vitamin D bei gesunden Personen ab dem mittleren Alter gegenüber Placebo nicht zu einer Verringerung der Frakturen führt. Dies gilt interessanterweise auch für Personen, die zu Studienbeginn einen niedrigen Calcidiol-Spiegel aufwiesen.

Die Autoren des begleitenden Editorials zum genannten Artikel sind außerdem weiter der Ansicht, dass

auch eine Messung des Calcidiol-Spiegels nur bei Personen, die ein Risiko für einen schweren Vitamin-D3-Mangel aufweisen, indiziert ist [5]. Dies können Menschen in Pflegeheimen, mit Malabsorption oder mit manifester Osteoporose (Sekundärprophylaxe) sein. Auch eine Supplementierung für die Allgemeinbevölkerung mit Vitamin D zur Primärprophylaxe lehnen sie ab.

Uns erreichen nach wie vor regelmäßig Anfragen zur Verordnungsfähigkeit von Vitamin-D-Präparaten sowie zu Vitamin-D-Laborkontrollen. Deshalb im Folgenden eine Zusammenfassung der wichtigsten Regelungen und Informationen.

## Verordnungsfähigkeit von Vitamin D

Es stehen verschreibungsfreie und verschreibungspflichtige Vitamin-D-Arzneimittel zur Verfügung. Vitamin-D-haltige Arzneimittel mit einer Tagesdosis bis zu 1.000 I.E., sofern diese auf Behältnissen und äußeren Umhüllungen angegeben ist, unterliegen nicht der Verschreibungspflicht und sind somit als apothekenpflichtige Arzneimittel freiverkäuflich zu erhalten. Alle höher dosierten Arzneimittel unterliegen der Verschreibungspflicht [6].

Anmerkung der Redaktion: Es sind auch freiverkäufliche Präparate mit mehr als 1.000 I.E. in der Apotheke erhältlich. Diese sind jedoch nicht als Arznei-, sondern als Lebensmittel gelistet. Diese Nahrungsergänzungsmittel sind nicht verordnungsfähig.

## **Verschreibungsfreie Vitamin-D-Arzneimittel mit z. B. 500 I.E. oder 1.000 I.E.**

Die Verordnungsfähigkeit verschreibungsfreier Vitamin-D-Arzneimittel wird in der Anlage I zur Arzneimittel-Richtlinie, Nr. 11, geregelt. Demnach dürfen diese als Monopräparate bei Erwachsenen

- nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose
- nur zeitgleich mit einer Steroidtherapie (wenn voraussichtlich mindestens 6 Monate in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent) oder

- bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit

zulasten der GKV verordnet werden.

### **Verschreibungspflichtige Vitamin-D-Arzneimittel mit 10.000 I.E. oder 20.000 I.E.**

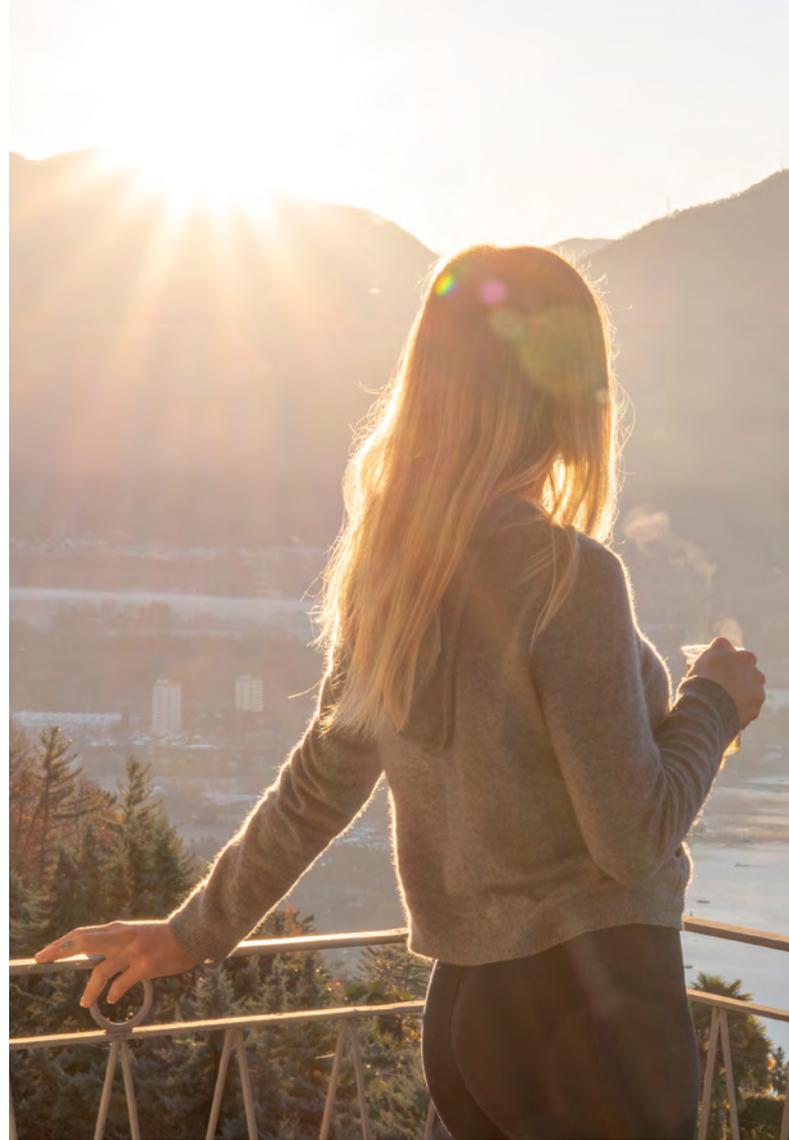
Dekristol® 20.000 I.E./ml Tropfen und Thorens® 10.000 I.E./ml Tropfen sind zur Prävention und Behandlung von Vitamin-D-Mangel sowie zur Behandlung der Osteoporose zugelassen, Vigantol® Öl 20.000 I.E./ml zur Vorbeugung gegen Rachitis, Behandlung der Osteoporose, Vorbeugung bei erkennbarem Risiko einer Vitamin-D-Mangelerkrankung bei Malabsorption, Behandlung von Rachitis und Osteomalazie sowie zur Behandlung von Hypoparathyreoidismus. Eine Verordnung auf Kassenrezept ist nur in den genannten zugelassenen Indikationen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (siehe Infobox) (z. B. Notwendigkeit für die Verabreichung in Tropfenform) möglich.

Dekristol® 20.000 I.E. Weichkapseln, Thorens® 25.000 I.E. Hartkapseln und Thorens® 25.000 I.E./2,5 ml Lösung sind dagegen nur zur einmaligen Anwendung bei der Anfangsbehandlung von Vitamin-D-Mangelzuständen zugelassen.

Eine mehrfache Verordnung dieser drei Arzneimittel stellt einen Off-Label-Use dar und könnte damit potenziell Ziel einer Einzelfallprüfung durch die Krankenkasse werden.

#### **Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Absatz 11 AM-RL**

„Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein.“



### **Exkurs: Bestimmung des „Vitamin-D-Spiegels“**

Aufgrund der niedrigen Konzentration, der geringen Halbwertszeit von sechs bis acht Stunden und der raschen Regulierung in der Niere ist Calcitriol (1,25-Dihydroxycholecalciferol) – also die aktive Form des Vitamin D – nicht besonders gut als Marker zur Bestimmung des Vitamin-D-Status geeignet.

Deutlich genauer und zuverlässiger kann hingegen der Calcidiol-Spiegel – als Speicherform des Vitamin D – bestimmt werden. Calcidiol (25-Hydroxycholecalciferol) ist der limitierende Faktor in der Vitamin-D<sub>3</sub>-Versorgung. Es findet sich in etwa 1.000-fach höherer Konzentration im Blut als Calcitriol und besitzt eine Halbwertszeit von drei bis vier Wochen [7, 8].

Jedoch ist auch die Aussagekraft des Calcidiol-Spiegels eingeschränkt. Denn die als Routinemethode eingesetzten immunologischen Tests sind störanfällig und unzuverlässig. So werden beispielsweise biologisch inaktive Metaboliten erfasst. Damit wird der wahre Wert über- oder unterschätzt. Falsch niedrige Werte entstehen, wenn Calci-

diol nicht vollständig von seinem Trägerprotein (Vitamin-D-bindendes Protein, DBP) im Blut getrennt wurde oder die Antigenregion des Vitamin-D-Moleküls, die der Antikörper des Kits erfassen soll, blockiert ist.

Da sich die Ergebnisse der verschiedenen Methoden unterscheiden, sollten bei der Interpretation des Messwertes stets der individuelle spezifische Referenzbereich der jeweiligen Methode zugrunde gelegt und Verlaufskontrollen idealerweise im selben Labor durchgeführt werden.

Problematisch ist dass viele Empfehlungen und Veröffentlichungen zu Referenzwerten diesen Umstand nicht berücksichtigen und die Referenzbereiche in der Regel ohne Angabe der verwendeten Messmethode genannt werden [8-10].

## Fazit

Die bisher vorliegenden Ergebnisse der VITAL-Studie können hinsichtlich der Verhinderung verschiedener Erkrankungen keinen signifikanten Vorteil einer täglichen Einnahme von 2.000 I.E. Vitamin D zeigen. Weder die generelle Supplementierung von Vitamin D (bei ansonsten gesunden Personen) noch die Routine-Messung der Calcidiol-Spiegel der Bevölkerung scheinen daher zu einem gesundheitlichen Vorteil zu führen.

## Literatur

- [1] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Vitamin D in allen Lebenslagen – gibt es harte Fakten? Verordnungsforum 2017; 41: 4–10
- [2] Manson JE, Cook NR, Lee IM et al.; VITAL Research Group: Vitamin D supplements and prevention of cancer and cardiovascular disease. N Engl J Med 2019; 380(1): 33–44
- [3] <https://www.vitalstudy.org/Publications.html>
- [4] LeBoff MS, Chou SH, Ratliff KA et al.: Supplemental vitamin D and incident fractures in midlife and other adults. N Engl J Med 2022; 387(4): 299–309
- [5] Cummings SR, Rosen C: VITAL findings – a decisive verdict on vitamin D supplementation. N Engl J Med 2022; 387(4): 368–70
- [6] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Die Qual der Wahl: verschreibungsfrei versus verschreibungspflichtig. <https://www.kvbawue.de/pdf1827>
- [7] Siebenhofer A, Plank J: Vitamin D: von der Zeugung bis zum Lebensende ein Gewinn? Arzneiverordnung in der Praxis 2011; 38(5): 109–11
- [8] Heidrich J: Vitamin D messen. Deutsche Apotheker-Zeitung 2016; 11: 44. [www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2016/daz-11-2016/vitamin-d-messen](http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2016/daz-11-2016/vitamin-d-messen)
- [9] Steinhilber D, Schubert-Zsilavecz M, Roth HJ: Medizinische Chemie, Targets und Arzneistoffe. 1. Auflage. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2005
- [10] Holick MF: Vitamin D status: measurement, interpretation, and clinical application. Ann Epidemiol 2009; 19: 73–8

# Priscus-Liste 2.0 und Pharmakologie im Alter

Im Jahr 2010 erschien die Erstfassung der Priscus-Liste, die eine Übersicht über potenziell inadäquate Medikamente (PIM) für ältere Menschen, bezogen auf den deutschen Arzneimittelmarkt, bietet. Die Neuauflage (2023) ist mit aktuell 187 Wirkstoffen mehr als doppelt so umfangreich geworden. Die aktuelle Liste kann unter [www.priscus2-0.de](http://www.priscus2-0.de) heruntergeladen werden [1].

Es sind nicht nur einzelne Wirkstoffe hinzugekommen wie beispielsweise Glibenclamid, Acarbose, COX-2-Hemmer und mittellang wirksame Benzodiazepine, sondern erstmalig sind ganze Indikationsgebiete wie Parkinsonmittel und orale Antidiabetika berücksichtigt worden. Außerdem sind für einige Wirkstoffe Obergrenzen für Dosis oder Therapie-dauer festgelegt worden (z. B. PPIs mit einer Anwendungsdauer von mehr als acht Wochen oder Risperidon über mehr als sechs Wochen). Die Priscus-Liste 2.0 muss nun in epidemiologischen und prospektiven Studien validiert und ihre Praxistauglichkeit im Alltag überprüft werden [2].

Wichtig ist den Herausgebern der Liste der Hinweis darauf, dass es sich bei der Priscus-Liste keinesfalls um eine „allgemeingültige Negativ- oder gar Verbotliste“ handelt: „Patientenindividuell kann eine PIM-Verordnung trotzdem notwendig sein“ [3].

## Pharmakologische Besonderheiten im Alter

Der Bedarf, eine Liste mit potenziell inadäquaten Medikamenten fürs Alter zu erstellen, ist durch die pharmakologischen Besonderheiten in diesem Patientenkollektiv begründet.

Aus **pharmakodynamischer** Sicht ist insbesondere die Neigung zum Blutdruckabfall und zu Hyponatriämien zu nennen. Die Empfindlichkeit für sedierende Substanzen (wie u. a. Neuroleptika und Opioide) nimmt zu. Gleichzeitig wird durch die reduzierte motorische Koordinationsfähigkeit die Sturzgefahr erhöht, die beispielsweise auch durch Antihypertensiva begünstigt wird [4].

Die wichtigste **pharmakokinetische** Variable im Alter ist der Rückgang der renalen Ausscheidungsleistung, wobei



dies individuell unterschiedlich ausgeprägt ist. Probleme entstehen insbesondere bei renal eliminierten Arzneimitteln mit geringer therapeutischer Breite (z. B. Aminoglykoside, Digoxin, Methotrexat, DOAKs). Auch die hepatische Metabolisierung kann im Alter abnehmen, sodass hier ebenfalls mit einer hohen Variabilität zu rechnen ist. Schließlich sei noch die relative Abnahme des Gesamtkörperwassers und die Zunahme des Fettgewebes genannt, was dazu führt, dass hydrophile Pharmaka (z. B. Lithium) ein kleineres, lipophile Pharmaka (z. B. Amiodaron) hingegen ein größeres Verteilungsvolumen haben [4].

## „Start low – go slow“ und Dosisreduktion/Deprescribing

Diese Faustregel gilt bei den meisten Indikationen [5]. Oftmals kann bei älteren Patientinnen und Patienten die (Anfangs-)Dosis auf die Hälfte bis ein Drittel reduziert werden (Ausnahmen: Tumorthherapie und antiinfektive Therapie).

Wenn der Patient älter wird und die Therapie bereits längere Zeit andauert, kann eine Dosisreduktion erwogen werden [4].

Wenn ein Absetzen der Therapie in Betracht gezogen wird, kann die Priorisierung für das Beibehalten von Arzneimitteln anhand der folgenden drei Stufen erfolgen: Symptomkontrolle » Lebensqualität » Risikoreduktion [6].

## Vermeidung von Interaktionen

Bei Multimorbidität ist eine Polypharmazie oft unvermeidbar. Eine rationale Verschreibung klinisch indizierter Arzneimittel ist abzugrenzen von einer unkritischen Polypragmasie, die potenziell unsinnige Kombinationen enthalten kann (vgl. „Verordnungskaskaden“ [7]).

Je mehr Arzneimittel ein Patient nimmt, desto mehr Interaktionen sind möglich, die sich klinisch als unerwünschte Wirkungen manifestieren können. Jedoch steigt das reale Risiko für Arzneimittel-induzierte unerwünschte Ereignisse offensichtlich nicht exponentiell mit der Anzahl der eingenommenen Wirkstoffe, wie häufig angenommen wird. Empirische Untersuchungen haben ergeben, dass der Zusammenhang zwischen Risiko und Wirkstoffanzahl annähernd linear verläuft [4, 8].

Zudem wurde in einer österreichischen Studie mit 543 hospitalisierten Patienten über 75 Jahre ermittelt, dass der Großteil der Arzneimittelwechselwirkungen pharmakodynamischer Art war [9]. Hierauf sollte demzufolge ein besonderes Augenmerk bei der Verordnung von Arzneimitteln gerichtet werden.

### Fazit

Zusammengefasst ist nicht allein die Reduktion der Wirkstoffe für die Arzneimitteltherapiesicherheit relevant, sondern die Vermeidung unerwünschter Wirkungen zwischen diesen [4]. Indem die Priscus-Liste kritische Arzneimittel sowie mögliche Therapiealternativen auflistet, soll sie helfen, die Arzneimitteltherapie bei älteren Patienten sicherer zu machen.

## Literatur

- [1] Priscus 2.0: Priscus-2.0-Liste als PDF-Datei. [https://www.priscus2-0.de/fileadmin/media/PRISCUS\\_2/PRISCUS%20Liste\\_Anhang\\_in\\_DE\\_nicht\\_verfuegbare.pdf](https://www.priscus2-0.de/fileadmin/media/PRISCUS_2/PRISCUS%20Liste_Anhang_in_DE_nicht_verfuegbare.pdf)
- [2] Mann NK, Mathes T, Sönnichsen T et al.: Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: PRISCUS 2.0. *Dt Ärztebl Int* 2023; 120: 3–10. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=229048>
- [3] Gnegel G: Mehr als doppelt so lang – PRISCUS-Liste 2.0 veröffentlicht. *DAZ.online*, 10.01.2023. <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/01/10/mehr-als-doppelt-so-lang-priscus-liste-2-0-veroeffentlich>
- [4] Freissmuth M: Polypharmazie. *Österreichische Ärztezeitung* 2022; 22: 26–32
- [5] Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Leitlinie Multimedikation – Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten, Version 2.00 vom 05.05.2021, AWMF-Register-Nr. 053-043. [https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-043l\\_S3\\_Multimedikation\\_2021-08.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-043l_S3_Multimedikation_2021-08.pdf)
- [6] Mühlbauer B: Besondere Risiken der Arzneimitteltherapie (Vortrag). [https://www.akdae.de/fileadmin/user\\_upload/akdae/Fortbildung/Vortraege/TS/2022/Multimedikation.pdf](https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/Fortbildung/Vortraege/TS/2022/Multimedikation.pdf)
- [7] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Multimedikation – weniger ist mehr. *Verordnungsforum* 2022; 62: 15–7
- [8] Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A: Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol* 2006; 63: 187–95
- [9] Schuler J, Duckelmann C, Beindl W et al.: Polypharmacy and inappropriate prescribing in elderly internal-medicine patients in Austria. *Wien Klin Wochenschr* 2008; 120: 733–41

# Marktrücknahme Digimerck®

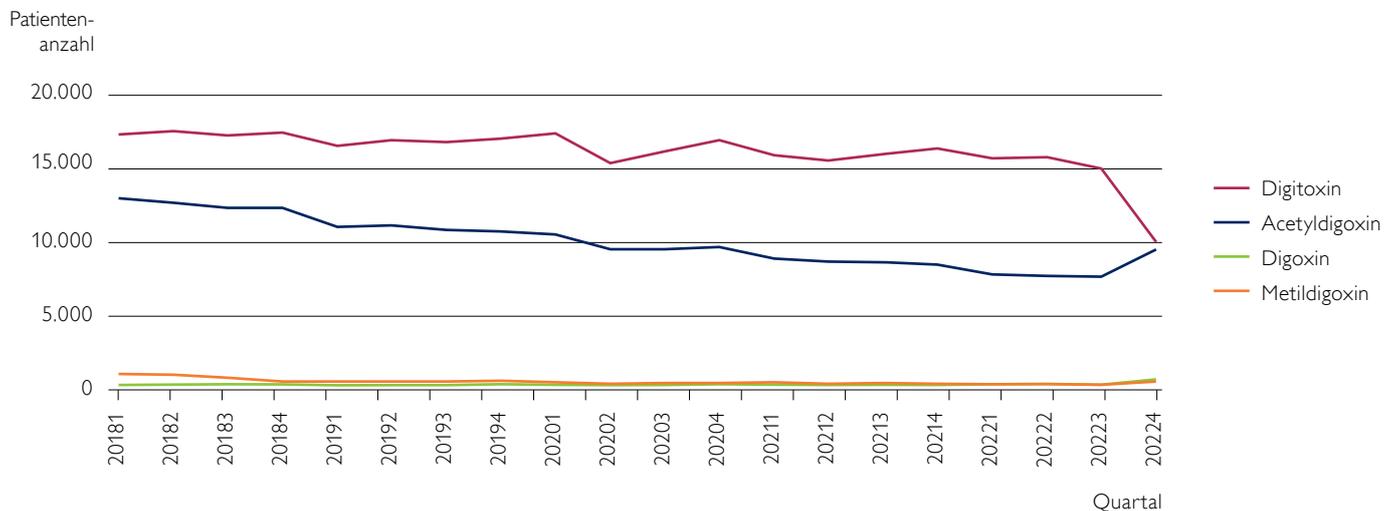
Der Vertrieb des Herzglykosids Digitoxin (Handelsname: Digimerck®) wurde ab 1. Januar 2023 aus wirtschaftlichen Gründen seitens des Herstellers ganz eingestellt. Beim letzten im Handel verbliebenen (oralen) Präparat Digitoxin AWD 0,07 mg vom Hersteller TEVA kommt es aktuell immer wieder zu Lieferengpässen. Im folgenden Artikel weisen wir Sie auf Sicherheitsmaßnahmen sowie Handlungsempfehlungen bei der Umstellung auf andere Präparate oder Wirkstoffe hin.

Digimerck® ist zur Behandlung manifester chronischer Herzinsuffizienz, Tachyarrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern/Vorhofflattern sowie bei paroxysmale Vorhofflimmern/Vorhofflattern zugelassen [1].



Zwar ist in Baden-Württemberg die Zahl der Personen, die ein herzwirksames Glykosid verordnet bekommen, rückläufig, allerdings waren im Jahr 2022 noch immer rund 23.500 Patienten allein auf Acetyldigoxin eingestellt.

Abbildung 1: Zahl der Patienten mit Verordnungen von Herzglykosiden über die letzten 5 Jahre



Zum 1. Januar 2023 wurde der Vertrieb von Digimerck® in allen Wirkstärken, Darreichungsformen und Packungsgrößen vom Hersteller eingestellt [2]. Als Fertigarzneimittel ist in der niedrigeren Wirkstärke 0,07 mg alternativ Digitoxin AWD 0,07 mg des Herstellers TEVA im Handel, für andere Wirkstärken gibt es keinen Ersatz. Aufgrund der Marktrücknahme von Digimerck® ist die Nachfrage nach die-

sem Arzneimittel so hoch, dass auch hier ein Lieferengpass beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bis 15. Juni 2023 gemeldet wurde [3].

Aus der pharmakotherapeutischen Gruppe der Herzglykoside stehen alternativ die Wirkstoffe Digoxin neben Beta-Acetyldigoxin und Metildigoxin zur Verfügung [2].

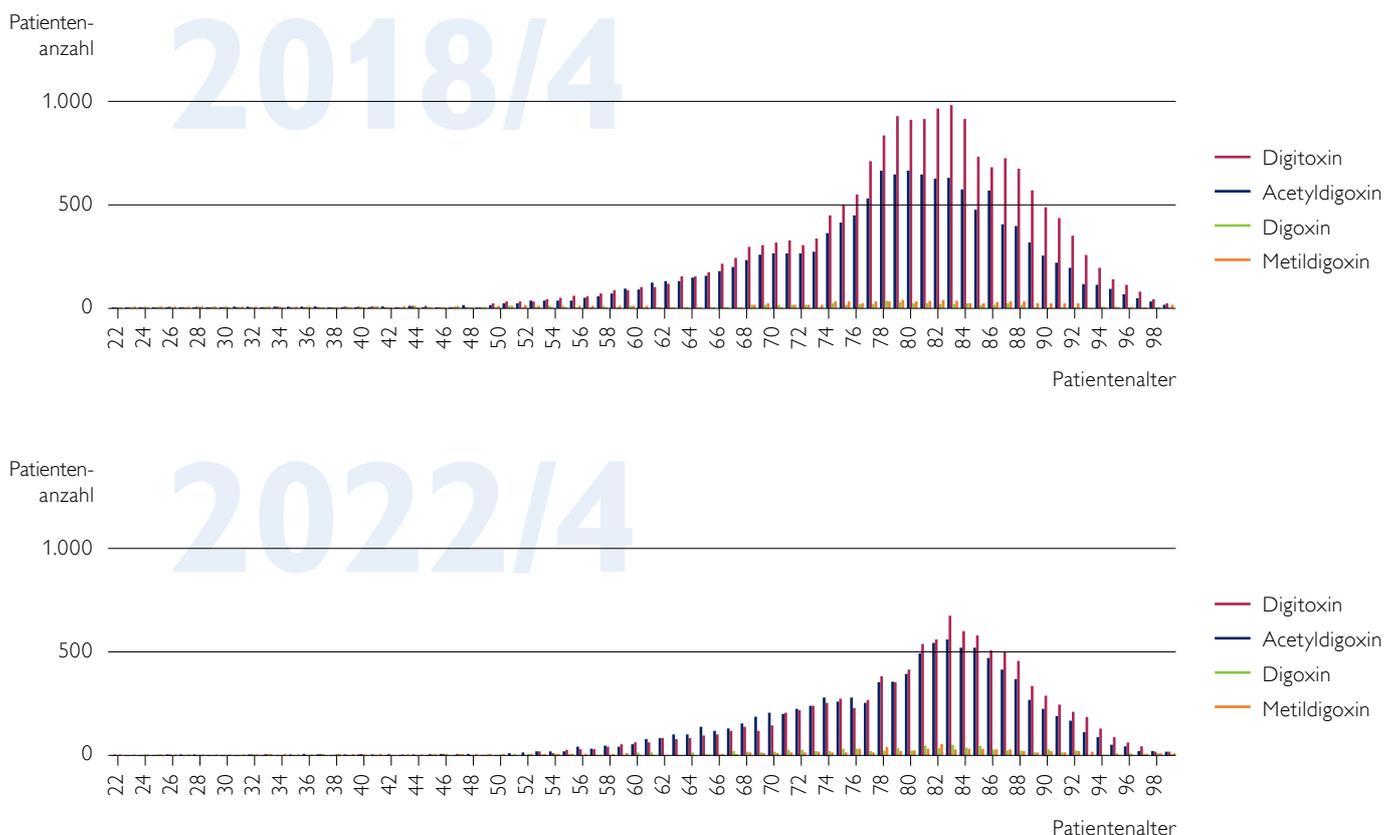
## Umstellung auf andere Präparate oder Wirkstoffe

Hierbei ist zu beachten, dass selbst bei Umstellung auf ein Fertigarzneimittel mit demselben Wirkstoff eine engmaschige ärztliche Kontrolle notwendig ist. Ausschlaggebend hierfür ist die enge therapeutische Breite von Digitoxin und Digoxin. Eine geringfügige Änderung der Dosis oder Konzentration kann zu klinisch relevanten Veränderungen in der angestrebten Wirkung oder zu schwerwiegenden Nebenwirkungen führen. Aus diesem Grund hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 2014 beide Wirkstoffe in

die Substitutionsausschlussliste (Teil B der Anlage VII zur Arzneimittel-Richtlinie) aufgenommen [4, 5]. Ein Austausch in der Apotheke darf daher auch ohne Aut-idem-Kreuz nicht vorgenommen werden.

Bei einer Umstellung von Digitoxin auf Digoxin ist insbesondere zu beachten, dass Digoxin überwiegend renal ausgeschieden wird, im Gegensatz zu Digitoxin, das überwiegend hepatisch metabolisiert wird. Dies ist vor allem deshalb von Bedeutung, weil der Großteil der Digitoxin-Patienten älter als 70 Jahre ist und somit die Wahrscheinlichkeit einer verminderten Nierenfunktion hoch ist (Abbildung 2).

Abbildung 2: Zahl der Patienten mit Verordnungen von Herzglykosiden nach Alter



## Empfehlungen zur Digitalistherapie

In einer Stellungnahme weist die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie insbesondere auf die Prüfung der Indikation für Herzglykoside hin. Diese besteht nur bei unzureichend frequenzkontrolliertem Vorhofflimmern trotz Einnahme von Betablockern oder bradykardisierenden Kalziumantagonisten (z. B. Verapamil, Diltiazem) in der höchsten tolerierten Dosis oder bei Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, die trotz einer möglichst vollständigen Therapie mit Betablocker, ACE-Hemmer/ARNI, Aldosteron-Antagonist und SGLT-2-Inhibitor symptomatisch bleiben (NYHA II-IV). Wenn keine dieser Indikationen vorliegt, sollte Digitoxin abgesetzt werden. Eine Behandlung mit Herzglykosiden soll nur bei nicht ausreichender Wirkung der genannten Wirkstoffe erwogen werden [6].

Zur Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz sieht die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Digitoxin als zusätzliches Reservemittel, wenn die Patientinnen und Patienten trotz optimaler Therapie im Stadium NYHA III–IV bleiben. Sowohl Digitoxin als auch Digoxin wirken zwar nicht lebensverlängernd, können aber die Symptomatik und die Lebensqualität verbessern sowie die Hospitalisierungsrate senken [7].

Beim Einsatz von Digoxin sollten daher regelmäßige Spiegelkontrollen erfolgen und bei Niereninsuffizienz niedrigere Dosierungen eingesetzt werden [6, 7]. Aus diesem Grund ist Digoxin auch in der aktuellen Priscus-Liste 2.0 als potenziell inadäquate Medikation (PIM) aufgeführt [8], siehe Seite 7 in diesem Heft.

### Fazit

- Digitoxin und Digoxin sind als Reservemittel sowohl zur Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz als auch bei Vorhofflimmern zugelassen.
- Digitoxin steht nur noch in der Wirkstärke 0,07 mg zur Verfügung.
- Bei Umstellung auf Digoxin ist insbesondere bei Niereninsuffizienz auf eine niedrigere Dosierung zu achten.
- Digitoxin und Digoxin sind als Wirkstoffe mit geringer therapeutischer Breite Bestandteil der Substitutionsausschlussliste.

### Literatur

- [1] Fachinformation Digimerck® (Stand: Februar 2022)
- [2] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Informationsschreiben zu dem Lieferengpass von Digimerck (29.11.2022). [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Arzneimittelzulassung/Lieferengpaesse/DE/2022/info\\_digitoxin\\_20221129.pdf?\\_\\_blob=publicationFileE](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Arzneimittelzulassung/Lieferengpaesse/DE/2022/info_digitoxin_20221129.pdf?__blob=publicationFileE)
- [3] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Veröffentlichte Lieferengpassmeldungen. [https://anwendungen.pharmnet-bund.de/lieferengpassmeldungen/faces/public/meldungen.xhtml?\\_afwfid=1353AABF2D0E65A47AE35C020A5CD7BC%3A0](https://anwendungen.pharmnet-bund.de/lieferengpassmeldungen/faces/public/meldungen.xhtml?_afwfid=1353AABF2D0E65A47AE35C020A5CD7BC%3A0)
- [4] Gemeinsamer Bundesausschuss: Arzneimittel-Richtlinie, Anlage VII. [https://www.g-ba.de/downloads/83-691-770/AM-RL-VII\\_Autidem\\_2022-12-15.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/83-691-770/AM-RL-VII_Autidem_2022-12-15.pdf)
- [5] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Substitutionsausschlussliste. *Verordnungsforum* 2019; 48: 18–9
- [6] Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK): Lieferengpass Digitoxin – Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (17.11.2022). <https://leitlinien.dgk.org/2022/lieferengpass-digitoxin/#:~:text=F%C3%BCr%20Digitoxin%20besteht%20ein%20Lieferengpass,besteht%2C%20kann%20Digoxin%20verwendet%20werden.> (Zugriff am 07.02.2023)
- [7] Nationale Versorgungsleitlinie (NVL): Chronische Herzinsuffizienz, 3. Auflage. <https://www.leitlinien.de/themen/herzinsuffizienz/3-auflage>
- [8] Mann NK, Mathes T, Sönnichsen T et al.: Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: PRISCUS 2.0. *Dt Arztebl Int* 2023; 120: 3–10. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=229048>

# Neuer Verordnungshinweis zu Zielvereinbarungen

*Mit der Informationsstrategie „Agiles Frühwarnsystem“ will die KVBW die Prüfprävention im Arzneimittelbereich verbessern. Ein Baustein dieser Strategie sind die Verordnungshinweise. Im zweiten Quartal 2023 (Daten 4/2022) wird ein weiterer Verordnungshinweis eingeführt, der über die Zielerreichung informieren soll. Die Einzelheiten stellen wir Ihnen hier vor.*

Als Auftakt des Frühwarnsystems wurden Informationen zu Ausschlüssen und Einschränkungen durch die Arzneimittel-Richtlinie in einem Verordnungshinweis vereint. Ein weiterer Verordnungshinweis zeigt die Verstöße gegen die Sprechstundenbedarfsvereinbarung an.

Mit dem Verordnungsquartal 4/2022 kommt der in Abbildung 1 dargestellte Verordnungshinweis hinzu. Im **Abschnitt 1** der **Frühinformation Arzneimittel** finden Sie einen symbolischen Hinweis auf diese neue Unterlage, die nur im Mitgliederportal abrufbar ist.

Abbildung 1: Symbolik des neuen Verordnungshinweises in der Frühinformation Arzneimittel



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

Mit dem **Verordnungshinweis – Zielvereinbarungen** informieren wir Sie über die in der Arzneimittelvereinbarung definierten Ziele.

Im ersten Teil dieses Verordnungshinweises sind die quantitativen Ziele je Richtwertgruppe (Höchst-/Mindestquoten) angezeigt, sofern Verordnungen aus dem Bereich des jeweiligen Ziels ausgestellt wurden (Abbildung 2).

Abbildung 2: Verordnungshinweis – Zielvereinbarungen Teil 1: detaillierte Darstellung im Mitgliederportal

KVBW | Postfach 800608 | D-70506 Stuttgart  
[REDACTED]

Betriebsstättennummer [REDACTED] | Quartal 3/2022 | Seite 1 von 2

Alles Gute.  
**KVBW**  
 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Verordnungshinweis - Zielvereinbarungen

Verordnungsberatung Arzneimittel  
0711 7875-3663 | verordnungsberatung@kvbawue.de

Mit dem Verordnungshinweis Zielvereinbarungen wollen wir über die in der Arzneimittelvereinbarung definierten Ziele informieren. Im ersten Teil zeigen wir die quantitativen Ziele. Im zweiten Teil ausgewählte qualitative Ziele.

---

⇒ Quantitative Ziele | FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Die Ist-Werte zeigen das Verordnungsverhalten und sollen der Orientierung dienen. Derzeit ist die Erreichung der Zielwerte nicht Bestandteil der Richtwertprüfung.

MINDESTQUOTEN				
Ziel	Beschreibung	Zielwert	Istwert	Ziel erreicht ?
Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva im AT 44	Anteil risikoarme (Risikogruppe I) Kontrazeptiva	75 %	40 %	Nein
Pegfilgrastim im exRW Onkologie	Anteil Pegfilgrastim Biosimilars	85 %	100 %	Ja

Die angezeigten Istwerte geben das Verordnungsverhalten wieder und sollen der Orientierung dienen. Derzeit unterliegt die Erreichung der Zielwerte keiner gesonderten Prüfung, allerdings orientiert sich die Höhe der AT-Richtwerte an den Zielen des jeweiligen AT. Die Ziele stellen somit eine Hilfestellung zur Einhaltung des jeweiligen AT-Richtwerts dar.

Für den zweiten Teil dieses Verordnungshinweises sind qualitative Ziele aus der Arzneimittelvereinbarung ausgewählt (Abbildung 3). So wurde im Bereich der Kontrazeptiva vereinbart, dass deren Risikobewertung berücksichtig

und ein geeignetes risikoarmes Präparat bevorzugt werden sollte [1]. Daher werden Verordnungen von Kontrazeptiva mit höherem Thromboembolierisiko im neuen Verordnungshinweis ausgewiesen.

Abbildung 3: Verordnungshinweis – Zielvereinbarungen Teil 2: detaillierte Darstellung im Mitgliederportal

**Verordnungshinweis - Zielvereinbarungen**
Betriebsstättennummer  
Quartal  
Seite

3/2022  
2 von 2

---

⇒ **Ausgewählte qualitative Ziele | FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

In diesem Abschnitt wollen wir auf Verordnungen von Kontrazeptiva mit höherem Thromboembolierisiko hinweisen. Zudem listen wir verordnete Therapieallergene ohne Zulassung.

Präparatename (PZN)	Packungszahl	Kosten
AURODES-EE 20 0,020 mg/0,150 mg Filmtabletten (10347176)	1	19,79 €
LAMUNA 20 Filmtabletten (956425)	1	26,04 €
MAXIM 0,03 mg/2 mg überzogene Tabletten (6575316)	1	17,68 €
MAXIM 0,03 mg/2 mg überzogene Tabletten (6575322)	26	712,14 €
MUNALEA 30 0,03mg/0,15mg Filmtabletten (8720828)	1	19,80 €
SIBILLA 2 mg/0,03 mg Filmtabletten (9779427)	3	62,22 €
SIBILLA 21+7 Filmtabletten (10224166)	1	21,03 €
STELLA STADA 0,03 mg/2 mg Filmtabletten (9921233)	1	19,19 €
VELAFEE 0,03 mg/2 mg Filmtabletten (8892162)	1	24,25 €
ZOELY 2,5 mg/1,5 mg Filmtabletten (9197174)	1	22,19 €

Für den Bereich der Therapieallergene wird in der Arzneimittelvereinbarung 2023 empfohlen, bei Neueinstellungen zugelassene Präparate auszuwählen. Durch die Auflistung verordneter Therapieallergene ohne Zulassung soll auf diese Empfehlung aufmerksam gemacht werden.

→ Eine Anleitung zum Auffinden der Frühinformation Arzneimittel und der Verordnungshinweise im Mitgliederportal ist hier zu finden: [www.kvbawue.de/anleitung-da](http://www.kvbawue.de/anleitung-da)

### Fazit

- In der Frühinformation Arzneimittel ist der Abschnitt 1 mit Verordnungshinweisen vorgeschaltet, der vor möglichen Einzelfallprüfungen warnen soll (Ausnahme: Verordnungshinweis zu Zielvereinbarungen mit lediglich informativem Charakter).
- Ab dem zweiten Quartal 2023 (Daten 4/2022) kommt folgender Verordnungshinweis hinzu:
  - Verordnungshinweis - Zielvereinbarungen
- Alle detaillierten Verordnungshinweise, die in der Frühinformation symbolisch dargestellt sind, können nur im Mitgliederportal eingesehen werden.

### Literatur

- [1] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Ziele in der Arzneimittelvereinbarung 2023. *Verordnungsforum* 2023; 64: 11–22

# Heilmittelrezepte und nachträgliche Korrekturen

*Aufgrund immer wiederkehrender Fragen zu möglichen Änderungen auf der Heilmittelverordnung geben wir Tipps zur korrekten Rezeptaussstellung und gehen auf nachträgliche Rezeptänderungen und die damit verbundenen Umstände ein. Der Text wurde in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg erstellt.*

Wir starten mit einem Beispiel aus dem Praxisalltag: Der Patient erhält von der behandelnden Ärztin eine Physiotherapieverordnung auf Muster 13 und geht damit zum Therapeuten. Nach dem Besuch in der Physiotherapiepraxis kommt der Patient zurück in die Arztpraxis und übermittelt die Bitte des Therapeuten, die Verordnung zu ändern, da das ausgewählte Heilmittel laut Heilmittelkatalog nicht nach der angegebenen Diagnosegruppe verordnungsfähig sei.

Generell ist Folgendes dazu festzuhalten: Stellt der Therapeut nach formaler Prüfung fest, **dass die Heilmittelverordnung unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllt wurde, ist anhand Anlage 3 der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) (Tabelle 1) ersichtlich**, in welcher Form eine Änderung erfolgen muss. Wenn im genannten Praxisbeispiel entweder eine Änderung des verordneten Heilmittels (Punkt f.) oder der Diagnosegruppe (Punkt i.) notwendig erscheint, so kann dies nur mit erneuter **Arztunterschrift und Datumsangabe** erfolgen [1, 2].

## Grundsätzliches

### Arztunterschrift = persönliche Leistungserbringung

Die Unterschrift unter eine Heilmittelverordnung muss immer vom Arzt oder von der Ärztin selbst geleistet werden. **Medizinische Fachangestellte (MFA) dürfen sie nicht unterschreiben**, auch nicht im Auftrag mit „i. A.“ oder „nur“ zur Abänderung.

Das ergibt sich aus unterschiedlichen Bestimmungen, so zum Beispiel aus Nr. 5 der Vordruckerläuterungen: „Die Vordrucke sind vollständig, sorgfältig und leserlich auszufüllen, **vom Vertragsarzt** mit dem Vertragsarztstempel zu versehen und **persönlich zu unterzeichnen**“ [3].

### Prüfpflicht der Heilmittelerbringer

Der Therapeut oder die Therapeutin sind verpflichtet zu überprüfen, ob die Unterschrift auf der Verordnung korrekt erfolgt ist. Das bedeutet, er muss überprüfen, ob diese wirksam von einer Ärztin oder einem Arzt unterschrieben wurde.

Heilmittelerbringer sind im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung generell verpflichtet, die Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen [4].

Gelangen unvollständige oder fehlerhafte Verordnungen vom Heilmittelerbringer zur Abrechnung zu den Krankenkassen, können erbrachte Heilmittelleistungen gegebenenfalls nicht honoriert werden. In diesen Fällen muss sich der Therapeut zur Korrektur erneut an den Arzt wenden.

### Blankoformularbedruckung

Bei Blankoformularbedruckung muss das **Muster 13 auf Sicherheitspapier** gedruckt werden. Wenn keine Blankoformularbedruckung über das Praxisverwaltungssystem (PVS) genutzt wird, ist das Muster 13 wie bisher über den Kohlhammer-Verlag (Tel.: 0711 78637282) zu bestellen.

Abbildung 1: Ausfüllhilfe Muster 13 für die Heilmittelbereiche Physiotherapie, podologische Therapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Ergotherapie und Ernährungstherapie [5]

**Heilmittelverordnung 13**

Zuzahlungsfrei Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zuzahlung: Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Unfallfolgen

BVG Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Physiotherapie

Podologische Therapie

Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Ergotherapie

Ernährungstherapie

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

**Diagnosegruppe** **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog  a  b  c **patientenindividuelle Leitsymptomatik**

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

**Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Ergänzendes Heilmittel	

Therapiebericht **Hausbesuch**  ja  nein **Therapiefrequenz**

**Dringlicher Behandlungsbedarf**  
innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

## Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

- 1 **Auswahl des Heilmittelbereichs:** Die erforderliche Maßnahme ist hier anzukreuzen. Es darf nur ein Kreuz gesetzt werden.
- 2 **Behandlungsrelevante Diagnose(n)** ist/sind als ICD-10-GM-Code anzugeben, und nur in begründeten Ausnahmefällen kann davon abgewichen werden. Dabei kann der ICD-10-Klartext ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden. Zur Geltendmachung besonderer Verordnungsbedarfe oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs ist die Angabe des/der ICD-10-GM-Codes der vereinbarten Diagnoselisten notwendig. Die Angabe eines zweiten ICD-10-GM-Codes ist nur notwendig, wenn ein besonderer Verordnungsbedarf (bei Zustand nach operativen Eingriffen am Skelettsystem sowie Krankheiten der Wirbelsäule und des Skelettsystems mit Myelopathie oder Radikulopathie) geltend gemacht werden soll, bei dem die Angabe eines zweiten ICD-10-GM-Codes Voraussetzung ist.
- 3 **Diagnosegruppe** nach Maßgabe des Heilmittelkataloges (WS, EX, ZN, ...)
- 4 **Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog:** Eine oder mehrere ordnungsbegründende Leitsymptomatik/-en gemäß Heilmittelkatalog sind hier buchstabenkodiert (a, b, c) und/oder als Klartext anzugeben. Alternativ kann als Freitext eine vergleichbare, patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung maßgeblich ist, angegeben werden.
- 5 **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges:** Die Heilmittel-Richtlinie sieht folgende Besonderheiten vor:
  - Bei Maßnahmen der Physiotherapie und der Ergotherapie können maximal **drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel** verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog in der Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht. In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können maximal **drei verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen** miteinander kombiniert werden.
  - Soweit medizinisch erforderlich kann zu „vorrangigen Heilmitteln“ **maximal ein** im Heilmittelkatalog genanntes **ergänzendes Heilmittel** verordnet werden.
- Gruppentherapie ist gemäß Heilmittelkatalog als eigenständiges Heilmittel verordnungsfähig.
- 6 **Behandlungseinheiten:** Höchstmenge je Verordnung beachten. Bei Verordnung mehrerer vorrangiger Heilmittel ist die Anzahl der Behandlungseinheiten zu spezifizieren (z. B. 3x MT und 3x KG). Die Höchstmenge des ergänzenden Heilmittels je Verordnung richtet sich nach den verordneten Behandlungseinheiten der vorrangigen Heilmittel (im vorgenannten Beispiel z. B. 6x Heißluft). Für Verordnungen, die dem langfristigen Heilmittelbedarf oder den besonderen Verordnungsbedarfen zugeordnet werden, können die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden, wobei die Höchstmenge in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz zu bemessen ist.
- 7 **Therapiefrequenz:** Eine Angabe ist auch als Frequenzspanne (z. B. 1–3x wöchentlich) möglich. Die Frequenzempfehlung gemäß Heilmittelkatalog dient zur Orientierung. In medizinisch begründeten Fällen kann ohne zusätzliche Dokumentation davon abgewichen werden.
- 8 **Therapiebericht** ist anzukreuzen, wenn ein Therapiebericht des Therapeuten angefordert wird.
- 9 **Hausbesuch ja/nein:** „ja“ ist anzukreuzen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Therapiepraxis nicht aufsuchen kann oder die Therapie im häuslichen Umfeld durchgeführt werden muss. In allen anderen Fällen ist das Kästchen „Hausbesuch – nein“ anzukreuzen. Dies gilt auch für Behandlungen in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung).
- 10 **Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen** ist anzukreuzen, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen muss. Ohne die Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs hat die Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung zu beginnen. Nach Ablauf der genannten Zeiträume verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
- 11 **Ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise** kann ausgefüllt werden, wenn das Therapieziel spezifiziert oder weitere therapierelevante Befunde/ergebnisse angegeben werden sollen.

## Rezeptänderungen nach Anlage 3 der Heilmittel-Richtlinie

Wenn nachträglich eine Änderung oder Ergänzung einer Heilmittelverordnung notwendig wird, kann in bestimmten

Fällen von dem Grundsatz abgewichen werden, dass dies der erneuten Arztunterschrift (inkl. Datumsangabe) bedarf [6]. Die möglichen Konstellationen sind in der 2021 neu eingeführten Anlage 3 zur Heilmittel-Richtlinie differenziert dargestellt (Tabelle 1).

**Tabelle 1: Anlage 3 zur Heilmittel-Richtlinie als Grundlage und Orientierung für nachträgliche Änderungen von Heilmittelverordnungen [1]**

Angabe auf der Verordnung		Änderung nur mit erneuter Unterschrift des Verordners und Datumsangabe	Änderung nur im Einvernehmen mit Verordner ohne erneute Unterschrift des Verordners	Änderung nach Information an Verordner ohne erneute Unterschrift des Verordners
a.	Personalienfeld (fehlt, unvollständig oder unplausibel)	X		
a.	Heilmittelbereich			X
b.	Hausbesuch bei Änderung auf „ja“	X		
c.	Therapiebericht		X	
d.	Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs	X		
e.	Anzahl der Behandlungseinheiten	X		
	fehlt bei Überschreitung der zulässigen Höchstmenge je VO			X
f.	Heilmittel gemäß dem Katalog	X		
	fehlt oder nach Diagnosegruppe nicht verordnungsfähig		X	
	bei Änderung von Einzel- auf Gruppentherapie (§ 16 Absatz 6 Satz 2) bei Änderung von Gruppen- auf Einzeltherapie (§ 16 Absatz 6 Satz 1)			X
g.	gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel		X	
h.	Therapiefrequenz (Angabe auch als Frequenzspanne möglich) [entfällt für Ernährungstherapie]		X	
i.	Diagnosegruppe	X		
j.	konkrete(n) behandlungsrelevante(n) [...] Diagnose(n)	X		
k.	Leitsymptomatik nach HeilM-Katalog (buchstabencodiert oder Klartext) [...]		X	
l.	bei Änderung eines Ausschlusses telemedizinischer Leistungen nach § 16 Absatz 8		X	

## Ausstellungsdatum im Personalienfeld (a.)

Eine der meistgestellten Fragen betrifft eine nachträgliche Änderung bzw. „rückwirkende Vordatierung“ des Ausstellungsdatums auf dem Verordnungsvordruck (Abbildung 2). Bei dem Datum handelt es sich um eine Pflichtangabe [3]. Die dazu zwischen GKV-Spitzenverband und den Berufsverbänden der Heilmittelerbringer geschlossenen Vereinbarungen beinhalten auch die Korrekturmöglichkeit für das Ausstellungsdatum [7].

### Ein definiertes Zeitfenster für eine rückwirkende Änderung gibt es nicht.

Wenn allerdings eine Heilmittelbehandlung erst nach Ablauf der Gültigkeit (in der Regel 28 Tage) begonnen wird und infolgedessen eine nachträgliche Änderung des Ausstellungsdatums erbeten wird, stellt sich die Frage, wie die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall einzustufen ist, wenn die Behandlung z. B. mehrere Wochen nach der Ausstellung nicht begonnen wurde.

Falls tatsächlich mehrere Wochen nach der ursprünglichen Ausstellung vergangen sind, ohne dass eine Behandlung begonnen wurde, und diese weiterhin angezeigt ist, empfiehlt sich die Ausstellung einer neuen Verordnung mit aktuellem Datum. Gleiches gilt für die Verordnung über einen Jahreswechsel hinweg.

Fehlt das Datum, kann die Behandlung durch den Heilmittelerbringer nicht begonnen werden. Korrekturen können ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen (Tabelle 1). Eine zusätzliche Stempelung ist möglich, wird aber für Muster-13-Vordrucke nicht explizit gefordert [3].

Abbildung 2: Personalienfeld auf dem Verordnungsvordruck Muster 13

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Unfallfolgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Zuzahlungspflicht

Bei der Inanspruchnahme von Heilmitteltherapie verpflichtet der Gesetzgeber alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zu einer Zuzahlung von 10 Euro je Verordnung plus 10 Prozent der Behandlungskosten. Dies entfällt, wenn der Verordner auf dem Muster 13 „zuzahlungsfrei“ gekennzeichnet hat.

Es ist somit stets der aktuell gültige Status der Zuzahlungspflicht (ja/nein) auf dem Verordnungsvordruck anzugeben. Dieser Status ist dann für den Therapeuten und die Krankenkasse bindend. Falls auf der Verordnung der Status fehlt, gilt grundsätzlich die Zuzahlungspflicht. Es sei denn, es liegt zum jeweiligen Leistungszeitpunkt ein gültiger Befreiungsausweis der zuständigen Krankenkasse vor.

## Therapiebericht (c.)

Falls bei höherem Behandlungsbedarf des Patienten die laut Heilmittelkatalog vorgegebene orientierende Behandlungsmenge (OBM) überschritten wird, können Sie neben der Dokumentation in der Patientenakte einen (kurzen) Therapiebericht vom Therapeuten anfordern (Abbildung 1, Feld 8). Die der Krankenkasse entstehenden Kosten (hauptsächlich für Porto) unterscheiden sich je nach Heilmittelbereich und belaufen sich maximal auf bis zu ca. 6 Euro. Diese fließen in das Verordnungsvolumen ein.

Um vom **Physiotherapeuten** einen ausführlichen Bericht zu erhalten, muss dieser formlos gesondert beantragt werden. Die Kosten von aktuell ca. 59 Euro fließen in das Verordnungsvolumen ein.

Um vom **Logopäden** einen ausführlichen Bericht zu erhalten, muss ein **Antragsformular** ausgefüllt werden. Die Kosten von aktuell ca. 107 Euro [8] fließen ebenfalls in das Verordnungsvolumen ein.

Die Entscheidung über die Anforderung eines ausführlichen Therapieberichts obliegt alleine dem verordnenden Arzt, auch wenn der Therapeut dies vorschlägt.

Einen ausführlichen Artikel zum langen Therapiebericht finden Sie im Verordnungsforum 60 [9].

Wenn bezüglich der Anforderung eines Therapieberichts nachträglich eine Rezeptänderung notwendig werden sollte, muss dies im Einvernehmen mit dem Verordner erfolgen, wobei dessen erneute Unterschrift dafür nicht notwendig ist (Tabelle 1).

### **Ergänzende Angaben zum Heilmittel (g.)**

Sie können Ihre verordneten Heilmittel durch ergänzende Angaben auf der Verordnung konkretisieren, **z. B.:** „**KG-ZNS nach Bobath**“ oder „**als Doppelbehandlung**“ (Abbildung 1, Feld 5). Vorrangige Heilmittel können als zusammenhängende Behandlung mit demselben Heilmittel in medizinisch begründeten Ausnahmefällen verordnet werden (dies gilt nicht für ergänzende Heilmittel wie z. B. Wärmerotherapie, standardisierte Heilmittelkombinationen und podologische Therapie). **Durch die Verordnung von „Doppelbehandlungen“ erhöhen sich die laut Heilmittelkatalog zulässige Höchstmenge der Verordnungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge nicht, sondern es halbiert sich die Anzahl der Sitzungen beim Therapeuten.** Gegebenenfalls können folglich bereits nach einem kürzeren Zeitraum weitere Verordnungen anfallen, sofern medizinisch indiziert (zum Thema Zuzahlungspflicht siehe oben).

Wenn die ergänzenden Angaben zum Heilmittel nachträglich geändert werden sollen, muss dies im Einvernehmen mit dem Verordner erfolgen, wobei dessen erneute Unterschrift dafür nicht notwendig ist (Tabelle 1).

### **Hinweisfeld „ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise“ (l.)**

Dieses Feld (Abbildung 1, Feld 11) hat an Bedeutung gewonnen, seitdem die telemedizinische Leistung in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen wurde. Somit sind seit Anfang April 2022 Heilmittelbehandlungen auch per Video möglich, und das Hinweisfeld dient zur Konkretisierung und Kommunikation mit dem Therapeuten.

Der behandelnde Arzt oder Ärztin entscheidet, ob eine telemedizinische Heilmittelbehandlung ausgeschlossen ist oder erfolgen kann. Falls ein Grund gegen eine Heilmittelbehandlung per Video spricht, kann die Videobehandlung **mit einem entsprechenden Hinweis** im Feld „ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise“ **ausgeschlossen werden.**

Ergibt sich im Laufe der Behandlung, dass trotz des Ausschlusses eine Behandlung per Video geeignet ist, so ist dies im Einvernehmen zwischen Arzt und Patient möglich (Tabelle 1) [10].

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

## Fazit

- Nur korrekt ausgestellte Verordnungen, die vom Therapeuten zur Abrechnung bei den Krankenkassen eingereicht werden, können honoriert werden. Deshalb muss sich der Therapeut in bestimmten Fällen zur Korrektur erneut an den Arzt oder die Ärztin wenden.
- Wenn im Rahmen einer Korrektur eine Unterschrift erforderlich ist, muss diese immer persönlich vom Arzt vorgenommen werden.
- Ein festes Zeitfenster für nachträgliche Änderungen auf einer Verordnung gibt es nicht.
- Bei nachträglich erbetenen Änderungen des Ausstellungsdatums ist die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall neu zu bewerten, falls die Behandlung z. B. mehrere Wochen nach der Ausstellung nicht begonnen wurde.
- Hilfestellung bei nachträglichen Änderungen auf der Verordnung finden Sie in der Anlage 3 der Heilmittel-Richtlinie.

## Literatur

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Anlage 3 HeilM-RL. [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3036/HeilM-RL\\_2022-11-17\\_iK-2023-01-21.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3036/HeilM-RL_2022-11-17_iK-2023-01-21.pdf)
- [2] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): FAQ Heilmittel. <https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/heilmittel/faq#c1482>
- [3] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Bundesmantelvertrag Ärzte, Anlage 2: Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (Stand: 1. Januar 2023). [https://www.kbv.de/media/sp/02\\_Erlaeuterungen.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf)
- [4] Bundessozialgericht (BSG): Urteil vom 27.10.2009 (Az.: B 1 KR 4/09 R). <https://openjur.de/u/169560.html>
- [5] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Ausfüllhilfe Muster 13. <https://www.kvbawue.de/pdf3640>
- [6] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): § 13 Absatz 1 Satz 3 und 4 HeilM-RL. <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>
- [7] GKV-Spitzenverband: Vereinbarungen nach § 125 SGB V, Anlagen 3 bzw. 3a zum Vertrag nach § 125 SGB V mit den Berufsverbänden der Heilmittelerbringer. [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante\\_leistungen/heilmittel/heilmittel.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel.jsp)
- [8] GKV-Spitzenverband: Vereinbarungen im Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Anlage 1: Leistungsbeschreibung – Anhang B. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/heilmittel/vertraege\\_125abs1/sssst/20210330\\_Heilmittel\\_SSSST\\_Anlage\\_1\\_Anhang\\_B\\_Anforderung\\_Bericht\\_.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/sssst/20210330_Heilmittel_SSSST_Anlage_1_Anhang_B_Anforderung_Bericht_.pdf)
- [9] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Ausführliche Therapieberichte bei Heilmitteln. *Verordnungsforum 2022*; 60: 23–4
- [10] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Heilmittelbehandlung per Video möglich. <https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/heilmittelbehandlung-per-video-moeglich>
- [11] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Heilmittelbehandlung per Video jetzt auch in der Ergotherapie möglich. <https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/heilmittelbehandlungen-per-video-jetzt-auch-in-der-ergotherapie-moeglich>

# Besondere Verordnungsbedarfe: korrekte ICD-10-Codierung

Diagnosen, die im Rahmen der Heilmitteltherapie dem Besonderen Verordnungsbedarf (BVB) zugeordnet sind, wurden durch die KBV und den GKV-Spitzenverband bundesweit vereinbart und in die auf Landesebene gültige Heilmittel-Richtwertvereinbarung aufgenommen.

Besondere Verordnungsbedarfe sind für schwerkranke Patientinnen und Patienten gedacht, die Heilmittel für einen begrenzten Zeitraum in intensivem Ausmaß benötigen.

Der wichtigste Unterschied zum langfristigen Heilmittelbedarf ist neben der meist kürzeren Therapiedauer die Entlastung des Heilmittel-Richtwertvolumens erst im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Dies bedeutet, dass diese Kosten zunächst in das Verordnungsvolumen der Praxis einfließen und erst im Falle eines eingeleiteten Prüfverfahrens (bei Überschreitung des Richtwertvolumens um mehr als 25 %) im Vorfeld berücksichtigt und automatisch abgezogen werden.

Teilweise ist die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf – im Gegensatz zum langfristigen Heilmittelbedarf – zeitlich befristet (z. B. „längstens 1 Jahr nach Akutereignis“).

In der Praxis kennzeichnen Sie das ausgewählte Heilmittel auf der Verordnung immer anhand der richtigen ICD-10-Codierung mit entsprechender Diagnosegruppe als besonderen Verordnungsbedarf.

## Wann sind zwei ICD-10-Codes erforderlich?

Bei

- „Krankheiten der Wirbelsäule und des Skelettsystems mit Myelopathie oder Radikulopathie“ sowie bei
- „Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems“
- und seit 1. Januar 2023 auch bei „Krankheiten im Zusammenhang mit außerklinischer Intensivpflege“ ([Langzeit-]Abhängigkeit vom Aspirator)

ist die **Angabe des zweiten ICD-10-Codes aus der Diagnoseliste** (Tabelle 1) auf der Verordnung (Muster 13) für die **Anerkennung als Besonderer Verordnungsbedarf (BVB)** und somit für die Entlastung des Heilmittel-Verordnungsvolumens **unbedingt erforderlich** [1].

Tabelle 1: Beispielhafte Darstellung aus der Diagnoseliste

Q74.3		Arthrogryposis multiplex congenita	EX	SB1	
M23.5-	Z98.8	Chronische Instabilität des Kniegelenkes	EX/LY	SB2	längstens 6 Monate nach Akutereignis
M24.41	Z98.8	Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion	EX	SB2	
Z96.60	Z98.8	Vorhandensein einer Schulterprothese	EX	SB2	Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf ist die Angabe beider ICD-10-Diagnoseschlüssel
Z96.64	Z98.8	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese	EX/LY	SB2	
Z96.65	Z98.8	Vorhandensein einer Kniegelenkprothese			

Abbildung 1: Felder für ICD-10-Codes auf dem Verordnungsvordruck Muster 13



## BVB-Plausibilisierung im Rahmen der Heilmittel-Richtwertprüfung

Wie schon in den vergangenen Jahren gilt auch weiterhin der Grundsatz, dass Verordnungen, die korrekterweise als BVB gekennzeichnet sind, im Rahmen der Richtwertprüfung entlastend anerkannt werden. **Als BVB gekennzeichnete Verordnungen werden seit dem Verordnungsjahr 2022 einer Plausibilisierung unterzogen** [2]. Eine BVB-Diagnose ist nur dann anzugeben, wenn sie 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 von besonderer Wichtigkeit, auch in der Abrechnung und in der Patientenakte auf eine korrekte ICD-10-Codierung zu achten.** Stellen Sie deshalb auch bei Folgeverordnungen sicher, dass die Diagnose fürs Folgequartal übernommen wird.

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.

## Fazit

- Als BVB gekennzeichnete Verordnungen werden seit dem Verordnungsjahr 2022 einer Plausibilisierung im Rahmen der Heilmittel-Richtwertprüfung unterzogen.
- Bei fehlerhaften Codierungen (z. B. 2. ICD-10-Code fehlt auf der Verordnung) werden die Verordnungen nicht den Besonderen Verordnungsbedarfen zugeordnet.
- Bei implausiblen Auffälligkeiten (z. B. die angegebenen ICD-10-Codes auf der Verordnung und in der Abrechnung sind nicht identisch) folgt die Aberkennung des BVB-Status.
- In beiden Fällen unterliegen die Verordnungen damit der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Achten Sie deshalb immer auf eine korrekte Codierung, damit BVB-Verordnungen von der Heilmittelprüfung ausgenommen bleiben.

## Literatur

- [1] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Heilmittel richtig verordnen (Neuaufgabe 2023). <https://www.kvbawue.de/pdf3752>
- [2] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Heilmittel-Richtwerte 2023. Verordnungsforum 2023; 64: 23–4

### **Anmerkung der Redaktion: Korrekte Diagnose auch bei Arznei- mittelverordnungen wichtig**

Auch bei Arzneimittelverordnungen spielt die mit dem Abrechnungsdatensatz an die KV übermittelte ICD-10-Codierung eine zentrale Rolle.

Ist nicht zu jeder Verordnung eine passende Diagnose codiert oder fehlt diese ganz, kann der Verdacht auf einen Off-Label-Use entstehen. Dies können Krankenkassen zum Anlass nehmen, einen Antrag auf Einzelfallprüfung bei den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen zu stellen.

Zwar erkennen die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen die Nachreichung einer korrekten Diagnose im Rahmen einer Stellungnahme an, jedoch ist dies mit einem Mehraufwand für Sie verbunden.

Reichen Sie keine Stellungnahme ein, bedeutet das im schlimmsten Fall für Sie eine Nachforderung.

Im Moment wird etwa die Hälfte aller Einzelfallprüfanträge bei Arzneimittelverordnungen aufgrund fehlender Diagnosen im Abrechnungsdatensatz gestellt.

---

# Neue Lösungen für oralen Glukosetoleranztest und Vortest auf Gestationsdiabetes

## *Gute Nachrichten für alle gynäkologischen, diabetologischen, haus- und kinderärztlichen Fachgruppen*

Nachdem Accu-Chek® Dextrose O.G-T. Saft außer Handel war, gab es keinen Glucose-Fertigsaft, der von den Krankenkassen als verordnungsfähig akzeptiert wurde. Als Sprechstundenbedarf konnten daher nur die entsprechenden Mengen Glucose-Monohydrat-Pulver verordnet werden.

Aktuell stehen wieder **Glucose-Fertiglösungen** als **Fertigarzneimittel** zur Verfügung.

### **Neu ab dem 1. April 2023**

Folgendes Ergebnis haben wir in den Verhandlungen mit den Krankenkassen erzielt:

- Glucose-Fertiglösungen können wieder für die Testungen verwendet werden. Diese können sowohl für den Vortest auf Gestationsdiabetes (EBM 01776) als auch für den oralen Glukosetoleranztest (oGTT – EBM 01777) verwendet werden.
- Wichtig: Ausschließlich die größtmögliche Packung des jeweiligen Herstellers ist für den Sprechstundenbedarf verordnungsfähig.
- Kleinpackungen (z. B. 2 x 100 ml oder 3 x 100 ml) sind im Sprechstundenbedarf nicht verordnungsfähig und werden von den Krankenkassen beanstandet bzw. regressiert.

**Nicht verordnungsfähig** sind weiterhin:

- Glucoselösungen als Rezepturanfertigung
- Glucoselösungen, die als Lebensmittel deklariert sind

### **Was ist mit dem Pulver?**

Nach wie vor kann Glucose-Monohydrat-Pulver verordnet werden. Auch hier gilt weiterhin: **keine als Lebensmittel deklarierten Pulver, keine Pulvermischungen**, z. B. mit Geschmack.

Die seit 1. April 2023 geltenden Regelungen zur Verordnung von Glucose-Monohydrat im Sprechstundenbedarf finden Sie im nachfolgenden Artikel („Änderungen im Sprechstundenbedarf“) auf Seite 27.

➔ [Weitere Informationen zum korrekten Ausstellen von Sprechstundenbedarfsrezepten finden Sie auf unserer Homepage: \[www.kvbawue.de\]\(http://www.kvbawue.de\) » Praxis » Verordnungen » Sprechstundenbedarf](#)

# Änderungen im Sprechstundenbedarf

Hier stellen wir Ihnen Änderungen und Ergänzungen der Anlage 1 (Positivliste) der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zur Verfügung. Folgende Ergänzungen traten zum 1. April 2023 in Kraft.

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform	Anmerkung	Ab wann
Diagnostika	Glucose-Monohydrat	Oral	<p>Pulver:</p> <p><b>1. Vortest auf Gestationsdiabetes</b> (EBM 01776) 55 g Glucose-Monohydrat (nur im Flachbeutel); <b>2. Orale Glukosetoleranztest</b> (oGTT – EBM 01777) 82,5 g Glucose-Monohydrat (im Flachbeutel oder in einer 300-ml-Gewindeflasche)</p> <p><b>Fertigarzneimittel:</b></p> <p>Fertige Lösungen sowohl für den <b>Vortest auf Gestationsdiabetes</b> (EBM 01776) als auch den <b>Oralen Glukosetoleranztest</b> (oGTT – EBM 01777). <b>Ausschließlich die größtmögliche Packung des jeweiligen Herstellers!</b> <b>Keine als Lebensmittel deklarierten Produkte</b> <b>Keine Lösungen als Rezepturen</b></p>	Ab 01.04.2023

Indikationsgruppe	Spezifikation	Anmerkung	Ab wann
Pflaster	Heftpflaster; Klammerpflaster; Verbandpflaster mit und ohne Wundauflage	<b>Keine</b> Sprühpflaster oder Verbands-sprays; Silikon- <b>Rollenpflaster</b> zur Fixierung; <b>nur eine Packung pro Quartal</b>	Ab 01.04.2023

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

# Für Sie gelesen: AkdÄ-Newsletter abonnieren

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) führt seit über 50 Jahren die Arbeit der Arzneimittelkommission der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin fort, die im Jahre 1911 gegründet wurde. Ziel dieser Arbeit war und ist, eine rationale Arzneimitteltherapie zu fördern, die unabhängig ist von kommerziellen und standespolitischen Interessen, wobei ein Schwerpunkt auf der Arzneimittelsicherheit (Pharmakovigilanz) liegt [1].

Die AkdÄ ist von der Bundesärztekammer beauftragt, die Ärzteschaft über rationale Arzneimitteltherapie und Arzneimittelsicherheit zu informieren. Dies erfolgt in unregelmäßigen Abständen kostenfrei und unverbindlich als E-Mail-Newsletter.

## Fallbeispiel aus dem UAW-Spontanmeldesystem

Gemeldet wurde der Fall eines siebenjährigen Jungen mit Brustwachstum, zunehmender Scham- und Achselbehaarung, Schweißgeruch und auffälligem Körperwachstum. Mittels verschiedener Blutuntersuchungen wurden das natürliche Einsetzen der Pubertät, ein adrenogenitales Syndrom sowie ein hormonbildender Tumor als mögliche Ursachen ausgeschlossen. Im Gespräch mit den Eltern ergab sich, dass ein Elternteil bei einer geschlechtsangleichenden Therapie mit einem Estradiol-haltigen Gel behandelt wurde. Dies führte zur Diagnosestellung einer Pseudopubertas praecox feminina durch akzidentelle externe Östrogenexposition des Jungen bei Körperkontakt. Einen Monat nach Umsetzen auf ein Estrogen-haltiges Pflaster bildete sich die Brustdrüsenanschwellung bei dem Jungen zurück. In den folgenden sechs Monaten verlangsamte sich das Körperlängenwachstum erheblich [2].

Wie das Fallbeispiel zeigt, sind es nicht nur neue Arzneimittel, die ins Visier der Pharmakovigilanz geraten können. Auch Wirkstoffe, die schon lange auf dem Markt sind, können Gegenstand von UAW-Fallberichten sein.

Auf der Seite der AkdÄ können bis zu drei Newsletter-Kategorien (AkdÄ News, Drug Safety Mail, Neue Arzneimittel) abonniert werden, die auf aktuelle Aktivitäten, Termine und Publikationen der AkdÄ, auf Risikoinformationen zu Arzneimitteln und auf Informationen über neu zugelassene Arzneimittel hinweisen [3].

→ Der Newsletters kann abonniert werden über:



[www.akdae.de/service/newsletter](https://www.akdae.de/service/newsletter)

## Literatur

- [1] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Geschichte. <https://www.akdae.de/kommission/organisation/geschichte>
- [2] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Aus der UAW-Datenbank – Pseudopubertas praecox nach akzidenteller Übertragung von Estradiol-Gel auf Kind. Dt Ärztebl 2023; 120(5): A-215
- [3] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Newsletter der AkdÄ. <https://www.akdae.de/service/newsletter>

# Aktualisierte Wirkstoffliste auf KVBW-Homepage

Wirkstoffe, die neu auf den Markt kommen, müssen im Rahmen der Arzneimittel-Richtwertsystematik entweder einem Arzneimittel-Therapiebereich (AT<sup>1</sup>) oder einem exRW<sup>2</sup>-Bereich zugeordnet werden. Daher wird die Wirkstoffliste auf der KVBW-Homepage quartalsweise aktualisiert; sie ist jetzt verfügbar mit dem Datenstand 2022/4. In der Liste ist genau hinterlegt, welche Wirkstoffe welchem AT bzw. welchem exRW-Bereich zugeordnet werden.

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

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

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

→ Die aktuelle Wirkstoffliste („Wirkstoffliste AT und exRW“, Datenstand 2022/4) sowie weitere ausführliche Informationen rund um die Richtwertsystematik finden Sie hier: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte



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

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



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

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

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

## OTC-Übersicht aktualisiert

In der OTC-Übersicht (Anlage I zur Arzneimittel-Richtlinie) sind zum 31. Januar 2023 mehrere Änderungen, meist im Sinne von Klarstellungen, in Kraft getreten. Die Übersicht wurde dahingehend angepasst,

➔ [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen  
» Arzneimittel » Arzneimittel-Richtlinie



[www.kvbawue.de/pdf63](http://www.kvbawue.de/pdf63)

Über die konkreten Neuerungen haben wir im Rundschreiben von März 2023 ([www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Presse » Publikationen » Rundschreiben) berichtet.

## Dapagliflozin und Abrocitinib neue bundesweite Praxisbesonderheit

Dapagliflozin (Forxiga<sup>®</sup>) ist seit 13. Januar 2023 in der Indikation „chronische Niereninsuffizienz“ als bundesweite Praxisbesonderheit vereinbart (die weiteren Anwendungsgebiete Diabetes mellitus und Herzinsuffizienz sind davon nicht umfasst). Dies bedeutet, dass Arzneimittelkosten bei Verordnungen im Rahmen der Indikation „chronische Niereninsuffizienz“ in einem Richtwertprüfverfahren entlastend zugunsten des verordnenden Arztes berücksichtigt werden können.

Ebenso ist Abrocitinib (Cibinqo<sup>®</sup>) zur Behandlung Erwachsener mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis als bundesweite Praxisbesonderheit vereinbart worden.

Unsere Übersichtstabelle der bundesweiten Praxisbesonderheiten haben wir entsprechend angepasst.

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

## Informationen der AG Arzneimittel

Auf der Arzneimittel-Startseite informieren wir in der Rubrik „Informationen der AG Arzneimittel“ gemeinsam mit den Krankenkassen und ihren Verbänden über preisgünstige verordnungsfähige Arzneimittel und Bezugsquellen, deren Indikation und therapeutischen Nutzen. Die Hinweise sollen die wirtschaftliche Verordnungsweise sichern und sind von den Vertragsärzten zu beachten. Die Inhalte der Hinweise sind prüfrelevant.

Neu in diesem Abschnitt ist das Schreiben zu Lieferengpässen bei Arzneimitteln.

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

## Nachrichten

### 3. April 2023

#### Krankenfahrten zu Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen verordnungsfähig

#### Änderung in der Krankentransport-Richtlinie zum 11. Januar 2023

Sie können seit Januar schwerbehinderten und pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten, die dauerhaft in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind, Fahrten zu Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen einschließlich den organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen verordnen. Dies wurde durch eine Ergänzung in der Krankentransport-Richtlinie festgelegt.

## Anspruch nur mit bestimmten Nachweisen

Anspruch haben Patienten,

- die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG (außerordentliche Gehbehinderung), BI (blind) oder H (hilfsbedürftig) vorlegen oder
- wegen eines Pflegegrades 4, 5 oder 3 mit dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität eine Krankenförderung benötigen.

## Wann ist eine Genehmigung bei der Krankenkasse notwendig?

Wenn die Beförderung beispielsweise mit einem Taxi oder Mietwagen erfolgen soll, muss in diesen Fällen keine Genehmigung bei der Krankenkasse eingeholt werden. Ist während der Fahrt eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung des Patienten notwendig, ist die Verordnung für die Fahrt mit dem Krankentransportwagen vorab der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen.

## 31. März 2023

### Weitere Fachärzte dürfen psychiatrische häusliche Krankenpflege verordnen

#### Häusliche Krankenpflege-Richtlinie wurde im Januar 2023 erweitert

Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie dürfen die Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege (pHKP) nun ohne zeitliche Einschränkungen vornehmen. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie ist am 12. Januar 2023 in Kraft getreten.

Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie durften eine psychiatrische häusliche Krankenpflege einem Patienten bisher nur eingeschränkt für die Dauer von maximal sechs Wochen verordnen. Hierfür musste eine gesicherte Diagnose vorliegen, die nicht älter als vier Monate sein durfte.

## Hausärzte dürfen weiterhin nur eingeschränkt pHKP verordnen

Psychiatrische häusliche Krankenpflege darf von Fachärzten mehrerer Fachrichtungen (z. B. Psychiatrie) sowie von Psychologischen Psychotherapeuten verordnet werden. Hausärzte dürfen dies allerdings weiterhin nur für die Höchstdauer von 6 Wochen unter der Voraussetzung, dass eine gesicherte fachärztliche Diagnose vorliegt (nicht älter als 4 Monate).

Ziel der Verordnungsmöglichkeit ist es, psychisch erkrankte Menschen mithilfe eines psychiatrischen Pflorgeteams zügig in die fachärztliche Behandlung überleiten zu können. Dies kann insbesondere zur Überbrückung nach einem stationären Aufenthalt sinnvoll sein. Durch die psychiatrische häusliche Krankenpflege können psychisch schwer erkrankte Patienten weiterhin in ihrer Häuslichkeit versorgt werden.

## 27. März 2023

### Außerklinische Intensivpflege (AKI)

#### Verordnung der außerklinischen Intensivpflege seit Januar 2023 neu geregelt

Seit 1. Januar 2023 gilt eine neue eigenständige Richtlinie zur Versorgung schwerstkranker Menschen, die beispielsweise beatmet werden oder eine Trachealkanüle haben. Der G-BA regelt in der Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege (AKI-RL) die Voraussetzung für die Verordnung, führt verordnungsfähige Therapieleistungen auf und konkretisiert die Zusammenarbeit der verschiedenen betreuenden Berufsgruppen.

#### Ziel der außerklinischen Intensivpflege

Außerklinische Intensivpflege ist für schwerstkranken Kinder, Jugendliche und Erwachsene vorgesehen, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich und zu unvorhersehbaren Zeiten lebensbedrohliche Situationen auftreten können. Sie kann verordnet werden, wenn die ständige Anwesenheit oder ein intensiver Einsatz einer geeigneten

Pflegefachkraft im gesamten Verordnungszeitraum erforderlich ist.

Bei der Neuerung liegt der Fokus vor allem darauf, eine Entwöhnung von der Beatmung beziehungsweise der Trachealkanüle zu erzielen. Vor der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege wird geprüft, ob eine Entwöhnung möglich ist. Für die Erhebung des Potenzials sowie die Verordnung der Intensivpflege müssen besondere Qualifikationen nachgewiesen werden. Vertragsärzte, welche sowohl für die Erhebung als auch für die Verordnung qualifiziert sind, können beide Aufgaben übernehmen.

#### Qualifikation der potenzialerhebenden Vertragsärzte

- Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie
- Facharzt für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- Facharzt für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer Beatmungsentwöhnungs-Einheit

oder

- weitere Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.

Den Antrag auf Genehmigung zur Potenzialerhebung stellen Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung.

#### Qualifikation der verordnenden Vertragsärzte

Außerklinische Intensivpflege darf nur von besonders qualifizierten Vertragsärzten auf der Grundlage der Potenzialerhebung verordnet werden.

Besonders qualifizierte Vertragsärzte sind solche mit einer Qualifikation zur Erhebung des Potenzials sowie Fachärzte

- mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- für Innere Medizin
- für Anästhesiologie
- für Neurologie
- für Kinder- und Jugendmedizin.

Hausärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen, wenn sie über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten und trachealkanülierten Patienten verfügen. Den Antrag auf Genehmigung zur Verordnung stellen Sie bei der Kassenärztlichen Vereinigung.

#### Verordnung der außerklinischen Intensivpflege – Neues Muster 62

Seit dem 1. Januar 2023 gelten im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflege drei neue Verordnungsmulare.

- Formular 62A: Potenzialerhebungsbogen
- Formular 62B: Verordnung außerklinische Intensivpflege
- Formular 62C: Behandlungsplan

#### Neues Muster 62

Ärztinnen und Ärzte, welche die AKI verordnen werden können das Muster 62 beim Kohlhammer-Verlag bestellen (Kohlhammer: Bestellschein). In der Verordnungssoftware ist das neue Muster seit dem 1. Januar 2023 abrufbar.

#### Übergangsregelung

Um Engpässe bei der Versorgung von schwerkranken Patienten mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege zu vermeiden, gilt folgende Übergangsregelung:

- Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nach der Richtlinie der häuslichen Krankenpflege, welche vor dem 31. Dezember 2022 ausgestellt wurden, gelten derzeit weiter. Sie verlieren erst ab dem 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit.

- Praxen können die außerklinische Intensivpflege ab Januar 2023 im Ausnahmefall und vorübergehend weiterhin ohne gesonderte Genehmigung auf Formular Muster 12 verordnen. Die Befristung gilt bis zum Stichtag 30. Oktober 2023.

### Abrechnung und Vergütung

Für die Abrechnung wurden neue EBM-Leistungen eingeführt. Insgesamt enthält der neue Abschnitt 37.7 des EBM neun neue Gebührenordnungspositionen (GOP), die zum 1. Dezember 2022 beziehungsweise 1. Januar 2023 aufgenommen wurden. Detaillierte Infos zu den einzelnen Gebührenordnungspositionen finden Sie in unserem Rundschreiben März 2023 ab Seite 12 oder bei der KBV im Abschnitt „Abrechnung und Vergütung“.

### 22. Februar 2023

#### Arzneimittelrabattvertrag der AOK Baden-Württemberg zu Glatirameracetat

##### Behandlung der schubförmigen Multiplen Sklerose

Es gibt Rabattvereinbarungen nach § 130a Abs. 8 SGB V der AOK mit den Arzneimittelherstellern AbZ-Pharma GmbH (20 mg/ml) und Mylan Healthcare GmbH (40 mg/ml) zu Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Glatirameracetat für Injektionslösungen in einer Fertigspritze.

Welche Rabattverträge für welche konkreten Arzneimittel bestehen – darüber informiert der Vorstand der Kassennärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg die Fachärzte für Nervenheilkunde in einer Schnellinformation vom 8. Februar 2023.

### 13. Januar 2023

#### Heilmittel: Erweiterung der Diagnoseliste zum 1. Januar 2023

##### Weitere Indikationen beim langfristigen Heilmittelbedarf und besonderen Verordnungsbedarf

Zum 1. Januar 2023 wurde die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie) sowie zu den bundesweit geltenden besonderen Verordnungsbedarfen für Heilmittel erweitert.

##### Änderungen beim langfristigen Heilmittelbedarf (LHB)

Beim langfristigen Heilmittelbedarf kommen die Indikationen aus den Bereichen **schwere neuromuskuläre Erkrankungen** (G60.0, G60.8, G70.2, G71.1, G71.2, G71.3, G73.6\*), **mehrfach und beidseitiger Extremitätenverlust** (Z89.3, Z89.7 und Z89.8) sowie **weitere Chromosomenanomalien** (Q93.3, Q93.5) hinzu.

Die Diagnosen zu beidseitigen und mehrfachen Amputationen wurden in die Liste zum langfristigen Heilmittelbedarf überführt. Diese waren bisher bei den besonderen Verordnungsbedarfen gelistet. Damit können Sie zukünftig auch bei diesen schweren Erkrankungen langfristige Heilmittelbehandlungen, welche keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen, verordnen.

Der langfristige Heilmittelbedarf ist für schwerkranke Patientinnen und Patienten vorgesehen, die voraussichtlich einen Behandlungsbedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr haben. Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs unterliegen nicht der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung (Heilmittel-Richtwertprüfung). Demnach fließen die Kosten dieser Verordnungen nicht in das Verordnungsvolumen der Praxis ein.

##### Änderungen beim besonderen Verordnungsbedarf (BVB)

In der Diagnoseliste der besonderen Verordnungsbedarfe wird die Zusatzbezeichnung einer postoperativen Versorgung (Z98.8) im Falle von **Extremitätenverlusten** gestrichen.

Durch die Aufnahme der Diagnosegruppen LY und CS sind nun auch die Behandlungen von chronischen Schmerzen oder Phantomschmerzen umfasst. Hierdurch soll die Versorgung mit Heilmitteln verbessert werden. Der Anerkennungszeitraum nach Akutereignis (die Frist zur Entlastung des Verordnungsvolumens) wurde von sechs auf zwölf Monate erweitert.

Da zum 1. Januar 2023 die **Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege** des G-BA in Kraft getreten ist, ergibt sich in diesem Zusammenhang ebenfalls eine Erweiterung der Indikationen in der Diagnoseliste der BVB. Damit wird sowohl die **Abhängigkeit vom Aspirator (Z99.0)** in **Verbindung mit der Versorgung eines Tracheostomas (Z43.0)** als auch die **Abhängigkeit vom Respirator (Z99.1)** aufgenommen.

Besondere Verordnungsbedarfe sind für schwerkranke Patienten gedacht, die in der Regel für einen bestimmten Zeitraum eine intensive Behandlung mit Heilmitteln benötigen. Die Verordnungskosten fließen zunächst in das Verordnungsvolumen der Praxis ein und werden im Falle eines Prüfverfahrens berücksichtigt und abgezogen. Als BVB gekennzeichnete Verordnungen werden seit dem Verordnungsjahr 2022 einer Plausibilisierung unterzogen. Achten Sie dabei immer auf eine korrekte ICD-10-Codierung, damit der BVB-Status erhalten bleibt und die entsprechenden BVB-Verordnungen weiterhin von der Heilmittel-Richtwertprüfung ausgenommen sind.

## 16. Dezember 2022

### Neue Prüfvereinbarung ab 1. Januar 2023

**Erhöhung der Bagatellgrenze für Einzelfallprüfungen, Entlastung von unterversorgten Gebieten, Umsetzung der Differenzberechnung und verkürzte Fristen**

Durch das Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) im Mai 2019 und das Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) im Juli 2021 haben sich unter anderem Änderungen im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung ergeben. Dies hat auf Bundesebene eine Anpassung der entsprechenden

Rahmenvorgaben erforderlich gemacht. Hierdurch wurde auch auf Landesebene eine Anpassung der Prüfvereinbarung nach § 106 Abs. 1 Satz 2 SGB V notwendig. Die Verhandlungen auf Landesebene mit den Krankenkassen sind zwischenzeitlich abgeschlossen; somit tritt die neue Prüfvereinbarung zum 1. Januar 2023 in Kraft.

Mit den Gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg konnten folgende neue Regelungen für Wirtschaftlichkeitsprüfungen ab dem Verordnungsjahr 2023 bzw. Behandlungsjahr 2023 vereinbart werden:

- **Erhöhung der Bagatellgrenze für Einzelfallprüfungen**  
In den letzten Jahren ist die Anzahl der gestellten Anträge auf Einzelfallprüfungen im Bereich Arzneimittel gestiegen. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, konnte die KVBW mit den Krankenkassen vereinbaren, dass die Bagatellgrenze für Einzelfallprüfungen auf 65 Euro erhöht wird.
- **Unterversorgung**  
Um in unterversorgten Gebieten für Entlastung zu sorgen, konnte folgende Regelung mit den Krankenkassen getroffen werden: Bei festgestellter Unterversorgung werden statistische Prüfungen weiterhin durchgeführt, aber für drei Jahre keine belastende Maßnahme festgelegt. Im Falle einer statistischen Auffälligkeit wird lediglich eine Information über eine wirtschaftliche Verordnungsweise erfolgen.
- **Differenzberechnung**  
Das TSVG hat für bestimmte Prüfthemen der Verordnungsweise vorgeschrieben, dass Nachforderungen auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung zu begrenzen sind. Die Gemeinsame Prüfungsstelle Baden-Württemberg setzt diese gesetzliche Vorgabe bereits für Verordnungen ab dem zweiten Quartal 2019 um. Durch die Anpassung der Prüfvereinbarung konnte diese Regelung nun auch vertraglich festgeschrieben werden.

#### ▪ Verkürzung der Fristen

Das TSVG sowie das GVWG haben neue, kürzere Fristen für die Antragsstellung sowie das Festsetzen von Nachforderungen bzw. Kürzungen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgeschrieben. Folgende verkürzte Fristen gelten für:

- Prüfzeiträume der Verordnungsquartale 2/2019 bis einschließlich 2/2021:
  - Die Nachforderung ist innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, festzusetzen.
- Prüfzeiträume ab Verordnungsquartal 3/2021:
  - Die Nachforderung ist innerhalb von 30 Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, festzusetzen.
- Prüfzeiträume der Leistungsquartale 2/2019 bis einschließlich 2/2021:
  - Die Kürzung ist innerhalb von zwei Jahren nach Erlass des Honorarbescheids festzusetzen.
- Prüfzeiträume ab Leistungsquartal 3/2021:
  - Die Kürzung ist innerhalb von 30 Monaten nach Erlass des Honorarbescheids festzusetzen.

Zuvor (bis einschließlich Verordnungsquartal/Leistungsquartal 1/2019) gab es eine Ausschlussfrist von vier Jahren. Bei der Prüfung auf Feststellung eines sonstigen Schadens wurde die Ausschlussfrist von vier Jahren beibehalten. Die verkürzten Fristen finden schon seit Inkrafttreten der Gesetze bei der Gemeinsamen Prüfungsstelle Anwendung. Nun konnten sie auch in die Prüfvereinbarung übernommen werden.

Die Ihnen bereits bekannten Schutzmechanismen im Rahmen von statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfungen wie die „Beratung vor Nachforderung“, der „Welpenschutz“, die Nachforderungsbegrenzung und die Amnestie-Regelungen bleiben selbstverständlich weiterhin bestehen.

---

## Glossar der Abkürzungen

ACE	angiotensin-converting enzyme
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AKI-RL	Außerklinische-Intensivpflege-Richtlinie
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARNI	Angiotensin-Rezeptor-Nepriylisin-Inhibitor
AT	Arzneimittel-Therapiebereich
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Az.	Aktenzeichen
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BSG	Bundessozialgericht
BVB	besonderer Verordnungsbedarf
COX 2	Cyclooxygenase 2
DBP	Vitamin-D-bindendes Protein
DGK	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
DOAK	direkte orale Antikoagulanzen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
exRW	außerhalb der Richtwerte
FAQ	frequently asked questions
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
GVWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
HeiM-RL	Heilmittel-Richtlinie
I.E.	Internationale Einheiten
ICD-10	International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KG	Krankengymnastik
MFA	Medizinische Fachangestellte
MT	manuelle Therapie
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
NYHA	New York Heart Association
OBM	orientierende Behandlungsmenge
oGTT	oraler Glukosetoleranztest
OTC	over the counter
pHKP	psychiatrische häusliche Krankenpflege
PIM	potenziell inadäquate Medikamente
PPI	Protonenpumpeninhibitor
PVS	Praxisverwaltungssystem

SGB	Sozialgesetzbuch
SGLT 2	Sodium-glucose co-transporter 2
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkung
VITAL	VITamin D and omegA-3 trial
VO	Verordnung
ZNS	zentrales Nervensystem

---

**Verordnungsmanagement**  
**Ihre Ansprechpartner in der KVBW**

**Fragen zu Einzelverordnungen** [verordnungsbearbeitung@kvbawue.de](mailto:verordnungsbearbeitung@kvbawue.de)

**Arzneimittel** **0711 7875-3663**

Dr. med. Richard Fux,  
Dr. rer. biol. hum. Friederike Laidig,  
Dr. rer. nat. Franziska Leipoldt,  
Tim Möller, Julia Nachbar, Claudia Speier,  
Marco Steimle, Dr. rer. nat. Reinhild Trapp

**Impfungen** **0711 7875-3690**

Nadine Andress, Marion Böhm,  
Berfin Büyükasik, Lorena Curella,  
Beate Klaiber, Martina Rahner, Diana Riedel

**Heil- und Hilfsmittel, Sonstiges** **0711 7875-3669**

Nadine Andress, Marion Böhm,  
Berfin Büyükasik, Lorena Curella,  
Beate Klaiber, Martina Rahner, Diana Riedel

**Fragen zum Sprechstundenbedarf** [sprechstundenbedarf@kvbawue.de](mailto:sprechstundenbedarf@kvbawue.de)

**0711 7875-3660**

Giulia Barassi, Stephanie Brosch,  
Andrea Damm, Bettina Kemmler,  
Ulrike Meinzer-Haisch, Simone Schanz,  
Heidrun Single, Brigitte Weiss

**Betreuung Prüfverfahren** [pruefverfahren@kvbawue.de](mailto:pruefverfahren@kvbawue.de)

**0711 7875-3630**

Kerstin Doncev, Loredana Panai,  
Tobias Vetter

**Fragen zu Verordnungsstatistiken** **0711 7875-3114**

Katrin Oswald

## Impressum

Verordnungsforum 65  
April 2023

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

Kontakt [verordnungsforum@kvbawue.de](mailto:verordnungsforum@kvbawue.de)

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

Autoren KVBW Dr. med. Richard Fux, Rebecca Larosa,  
Ulrike Meinzer-Haisch, Martina Rahner, Marco Steimle,  
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp

Erscheinungstermin April 2023

Gestaltung und Realisation Tanja Peters

Bildnachweise 1 (und 3, 5): iStock Nr. 1297817742  
7 (und 3): iStock Nr. 670723130  
9: iStock Nr. 1189781276  
24 (und 3): iStock Nr. 480125956

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