

Verordnungsforum 59

OKTOBER 2021

CANNABISBEGLEITERHEBUNG
NICHT VERGESSEN

WANN IST TESTOSTERON
VERORDNUNGSFÄHIG?

LANGFRISTIGEN HEILMITTELBEDARF
RICHTIG VERORDNEN

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

| | | | |
|----|--|----|---|
| 3 | Vorwort | 13 | SCHUTZIMPFUNGEN |
| 4 | ARZNEIMITTEL | 13 | _ Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser? Impfungen und Titerbestimmungen |
| 4 | Verordnungspraxis | 16 | _ Schutzimpfungen: kurz notiert |
| 4 | _ Nachforderung bei Verordnungen für Bundeswehr-Angehörige | 18 | SPRECHSTUNDENBEDARF |
| 5 | _ Nicht vergessen: Begleiterhebung zur Wirksamkeit von Cannabis | 18 | _ Änderungen im Sprechstundenbedarf |
| 8 | _ Testosteron – wann verordnungsfähig? | 20 | SERVICE |
| 10 | HEILMITTEL | 20 | _ Pharmakotherapie-Beratungsdienst |
| 10 | _ Langfristiger Heilmittelbedarf – richtig verordnen | 22 | _ 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. Die angegebenen Informationen und Empfehlungen wurden von den Autor*innen und der Redaktion mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und geprüft.

Die Leser*innen 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 entscheiden die behandelnden Ärzt*innen eigenverantwortlich.

Drei Symbole geben schnelle Orientierung über die inhaltlichen Schwerpunkte der Texte:



Wissenschaft und Pharmakologie



Wirtschaftliche Verordnung



Richtlinien und Bestimmungen

Vorwort



Nur trockene Themen?

Manchmal scheint das Leben in einer vertragsärztlichen Praxis nur bestimmt zu sein von Regeln, Vorschriften und endlosen Dokumentations- und Formularpflichten. Dazu tragen in nicht unerheblichem Maße die Vorgaben bei den Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln, Sprechstundenbedarf und Schutzimpfungen bei. Auch um Sie hierüber zeitnah und ausführlich zu informieren, stellen wir alle drei Monate dieses Verordnungsforum zusammen. Um das Heft aber nicht „zu trocken“ werden zu lassen, bemühen wir uns darum, immer wieder auch interessante pharmakologische Themen und Studien für Sie aufzubereiten.

Doch leider – so muss ich es ehrlich eingestehen – ist uns das dieses Mal nicht gelungen! Das vorliegende Heft ist vielmehr umfänglich mit verordnungspraktischen Themen gefüllt. Doch sind diese natürlich alle praxisrelevant. So warnen wir vor möglichen Nachforderungen bei Verordnungen für Bundeswehr-Angehörige (Seite 4), erinnern noch einmal an die notwendige Begleiterhebung bei der Verordnung von Cannabis (Seite 5) und informieren über die Verordnungsfähigkeit von Testosteron.

Im Heilmittelkapitel ab Seite 10 führen wir noch einmal aus, wie man nach der neuen Heilmittel-Richtlinie die richtige Höchstmenge und den Verordnungszeitraum von Heilmitteln je Rezept korrekt verordnet. Zudem verweisen wir auf die Möglichkeit der Verordnung eines langfristigen Heilmittelbedarfs und klären, wie man diesen gegebenenfalls auch individuell für eine Patientin oder einen Patienten beantragt.

Das Kapitel Schutzimpfungen bietet unter anderem einen Überblick, wann eine Titerbestimmung vor einer Impfung Sinn macht und wann sie zulasten der GKV erbracht werden kann. Dieses Thema schien uns auch vor dem Hintergrund der derzeitig öffentlich immer wieder diskutierten Notwendigkeit einer Antikörperbestimmung vor oder nach einer Corona-Impfung ein interessantes Thema und eine gute Ergänzung für Ihre Entscheidungen in der Praxis.

Ich hoffe also, dass, auch wenn dieses Heft zunächst etwas trocken daherkommt, Sie dennoch wertvolle Informationen darin für Ihre Praxistätigkeit finden. Sollten Sie darüber hinaus Fragen haben, dann wenden Sie sich gern an unser Beratungsteam; die Kontaktdaten finden Sie am Ende dieses Heftes. Oder schreiben Sie uns einfach eine E-Mail: verordnungsforum@kvbawue.de

Herzlichst Ihr

Dr. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstands

§ Nachforderung bei Verordnungen ! für Bundeswehr-Angehörige

*Grundsätzlich darf nur ein Arzt oder eine Ärztin der Bundeswehr Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel und Hilfsmittel für Soldat*innen verordnen (§ 5 Bundeswehr-Vertrag) [1]. Vertragsärzt*innen geben deshalb im Bedarfsfall dem überweisenden Arzt der Bundeswehr formlos eine entsprechende Verordnungsempfehlung. Verordnungsvordrucke dürfen hierfür nicht verwendet werden.*

Vorgehensweise bei Notfallverordnung

Nur wenn im Notfall der Bundeswehrarzt nicht rechtzeitig erreichbar ist, können Arznei- und Verbandmittel auf einem Muster-16-Kassenrezept verordnet werden, wobei Dienstgrad, Name, Vorname, Personenkennziffer, Truppenteil und Standort des/der Erkrankten aufzuführen sind. Außerdem muss unbedingt der Vermerk „**Notfall**“ auf dem Rezept eingetragen werden.

Fehlt dieser Vermerk, hat die Arztpraxis die Kosten auf Verlangen der Wehrbereichsverwaltung zu erstatten, wenn nicht nachweisbar ist, dass die Voraussetzungen für einen Notfall vorgelegen haben.

Sofern für Arzneimittel Festbeträge festgesetzt wurden, sind möglichst solche Arzneimittel zu verordnen, deren Abgabepreise im Rahmen der Festbeträge liegen.

Sonderfall Kontrazeptiva

Kontrazeptiva können – **unabhängig vom Alter der Soldatin – nicht verordnet werden**, da sie für die Bundeswehr nicht als Notfallverordnung gelten. Dies gilt auch für Notfallkontrazeptiva [2].

➔ Bitte überprüfen Sie zum Zeitpunkt der Verordnung, ob die Angehörigkeit zur Bundeswehr schon/noch besteht. Bitte beachten Sie die Regelung des Bundeswehrvertrages, da seitens der Wehrbereichsverwaltung regelmäßig Prüfanträge gestellt werden.

Literatur

- [1] Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch den Bundesminister der Verteidigung, Kassenärztliche Bundesvereinigung: Vertrag über die ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr, Untersuchungen zur Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht sowie Untersuchungen zur Vorbereitung von Personalentscheidungen und betriebs- und fürsorgeärztliche Untersuchungen. Gültig ab 1. Juli 2017, geändert durch 17. Nachtragsvereinbarung vom 14. August 2017. <https://www.kbv.de/media/sp/Bundeswehr.pdf>
- [2] Universität der Bundeswehr München. Informationen für Soldatinnen. <https://www.unibw.de/milbereich/sanvz/soldatinnen>

§ Nicht vergessen: Begleiterhebung ! zur Wirksamkeit von Cannabis

*Seit März 2017 dürfen Cannabisarzneimittel nach Genehmigung durch die Krankenkasse verordnet werden. Zur Evaluation gibt es eine auf fünf Jahre angelegte Begleiterhebung, die für die verordnenden Ärzt*innen verpflichtend ist. Dafür müssen spätestens ein Jahr nach dem Behandlungsbeginn bestimmte Daten in anonymisierter Form an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) übermittelt werden. Diese Begleiterhebung endet zum 31. März 2022 und erfordert für die noch in Behandlung befindlichen Versicherten eine zweite Datenmeldung. Der folgende Text ist in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg entstanden.*

Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf die Versorgung mit Cannabisarzneimitteln in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf die Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon – vorausgesetzt, es besteht Aussicht auf Therapieerfolg und es existieren keine für den Einzelfall zweckmäßigen Therapiealternativen. Vor der erstmaligen Verordnung eines Cannabispräparats sowie eines der Fertigarzneimittel Sativex® und Canemes® bei Anwendung außerhalb ihrer zugelassenen Indikationen müssen die Patient*innen unter Zuhilfenahme einer ärztlichen Stellungnahme (Arztfragebogen) die Genehmigung ihrer Krankenkasse einholen. [1, 2].

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurde 2017 beauftragt, eine nicht-interventionelle Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln durchzuführen. Ziele der Erhebung sind unter anderem das Monitoring von Nebenwirkungen und Verträglichkeit, eine Abschätzung der Häufigkeitsverteilung von Indikationen, die eine Behandlung mit Cannabisarzneimitteln begründen, und eine orientierende Beurteilung der Wirksamkeit als Grundlage für die Planung klinischer Studien. Diese dienen im Ergebnis dem G-BA als Basis für die zukünftigen Regelungen bezüglich der Leistungsgewährung in der Arzneimittel-Richtlinie.

An der Begleiterhebung müssen alle Ärzt*innen teilnehmen, die Cannabisarzneimittel nach § 31 Absatz 6 SGB V verordnen. Die Regelung betrifft alle Cannabisarzneimittel, also neben Blüten und Extrakten auch die Wirkstoffe Dronabinol und Nabilon sowie die Fertigarzneimittel Sativex® und Canemes® bei Anwendung außerhalb ihrer zugelassenen Indikationen. Näheres zur Durchführung und zum erforderlichen Datenumfang (siehe Infobox) regelt die Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV) [3].

Im Rahmen der Therapie ist zu verschiedenen Zeitpunkten ein Erhebungsbogen an das BfArM zu übermitteln:

- ein Jahr nach Beginn der Therapie oder
- bei Beendigung der Therapie vor Ablauf eines Jahres (z. B. aufgrund von Nebenwirkungen oder Unwirksamkeit oder bei Versterben der/des Versicherten) oder
- beim Wechsel zu einer anderen Leistung, z. B. beim Wechsel von Cannabisblüten auf Dronabinol; dies gilt als neue Therapie, weshalb auch hier ein neuer Erhebungsbogen übermittelt werden muss.
- Für Versicherte, die sich nach dem 31. Dezember 2021 in Therapie befinden, muss bis spätestens zum 31. März 2022 ein weiterer Erhebungsbogen übermittelt werden, unabhängig davon, ob bereits nach Ablauf eines Jahres Daten übermittelt wurden.

Erforderliche Daten für die Begleiterhebung

1. Alter zum Zeitpunkt des Therapiebeginns und Geschlecht der/des Versicherten
2. Diagnose gemäß ICD-10, die die Verordnung der Leistung begründet, sowie alle weiteren Diagnosen gemäß ICD-10
3. Dauer der Erkrankung oder Symptomatik, die die Verordnung begründet
4. Angaben zu vorherigen Therapien, einschließlich der Beendigungsgründe wie mangelnder Therapieerfolg, unverhältnismäßige Nebenwirkungen, Kontraindikation
5. Angaben, ob eine Erlaubnis nach § 3 Absatz 2 BtMG zur ärztlich begleiteten Selbsttherapie mit Cannabis vorlag und ob von dieser Erlaubnis Gebrauch gemacht wurde
6. Fachrichtung der/des verordnenden Vertragsärztin/Vertragsarztes
7. Genaue Bezeichnung der verordneten Leistung
8. Dosierung, einschließlich Dosisanpassungen, und Art der Anwendung
9. Therapiedauer
10. Angabe parallel verordneter Leistungen wie Arzneimittel nach Wirkstoffen oder physikalische Therapien
11. Auswirkung der Therapie auf den Krankheits- oder Symptomverlauf
12. Angaben zu Nebenwirkungen, die während der Therapie auftraten
13. Gegebenenfalls Angabe von Gründen, die zur Beendigung der Therapie geführt haben
14. Angaben zur Entwicklung der Lebensqualität der/des Versicherten

Die Übermittlung der Daten an das BfArM erfolgt über ein Onlineportal des BfArM, das unter folgendem Link erreichbar ist: <https://www.begleiterhebung.de/>. Um einen Missbrauch zu vermeiden, ist der Zugang zum Portal nur mit einer ärztlichen Betäubungsmittelnummer und der zugehörigen Postleitzahl sowie zwei zusätzlichen Sicherheitsabfragen zum Nachnamen und zum Geburtsdatum der Ärztin / des Arztes möglich. Diese Daten werden nicht gespeichert. Sowohl die Patienten- als auch die Arztdaten bleiben bei der eigentlichen Erhebung anonym [4]. Die im Rahmen der Erhebung ermittelten Daten werden ausschließlich dazu verwendet, mehr über die therapeutische Anwendung von Cannabisarzneimitteln herauszufinden [5].

Die Aufklärung der Versicherten über die Begleiterhebung ist vor der ersten Verordnung eines Cannabisarzneimittels verpflichtend. Das BfArM stellt hierzu ein Informationsblatt auf seiner Homepage zur Verfügung [5], das von ärztlicher Seite an die Versicherten übergeben werden muss.

Der zusätzliche Aufwand für die Begleiterhebung im Rahmen der Therapie wird gesondert vergütet. Für die Aufklärung über die verpflichtende Datenerhebung kann die GOP 01460 abgerechnet werden (28 Punkte). Obligater Leistungsinhalt ist neben der Aufklärung auch die Aushändigung des Informationsblattes. Für die eigentliche Datenerfassung über das Onlineportal erfolgt eine Abrechnung der GOP 01461 (92 Punkte). Sofern eine mehrmalige Übermittlung im Rahmen der Therapie erforderlich ist, kann die GOP 01461 mehrfach für Versicherte abgerechnet werden, maximal jedoch viermal im Krankheitsfall.

Zwischenergebnisse der Begleiterhebung

Nach zwei Zwischenauswertungen der Begleiterhebung im Februar 2019 [6] und Mai 2020 [7] liegen erste Erkenntnisse zur Therapie mit Cannabisarzneimitteln vor. Die Ergebnisse müssen allerdings mit Vorsicht bewertet werden, da die Autorin und der Autor aufgrund der Anzahl der eingegangenen Datensätze von einer unvollständigen Datenlieferung ausgehen. Bei der letzten Zwischenanalyse im Mai 2020 lagen 10.010 vollständige Datensätze vor.

Insgesamt zeigt sich, dass die Hauptindikation Schmerz ist, bei 73 % der Verordnungen war dies der Behandlungsgrund. Davon wurde in 34 % der Fälle der Therapieerfolg als deutlich verbessert beurteilt, in 36 % als moderat verbessert und in 28 % als unverändert.

Bei 18 % der Patient*innen lag eine bösartige Neubildung vor, wobei in fast der Hälfte der Fälle die Behandlung primär der Schmerzlinderung diene. Weitere Indikationen waren: Linderung von Spastiken (10 %), Anorexie/Wasting (6 %), Multiple Sklerose (6 %) und Übelkeit/Erbrechen (5 %).

Am häufigsten wurden Cannabisarzneimittel in den Fachgruppen der Anästhesiologie (49 %), Allgemeinmedizin (17 %), Neurologie (12 %) und Inneren Medizin (10 %) verordnet [6].

Als Cannabisarzneimittel kam in 65 % der Fälle Dronabinol zum Einsatz, in 18 % Cannabisblüten, in 13 % Sativex[®], in 4 % Cannabisextrakt und in 0,3 % Canemes[®].

Auffällig ist ein Unterschied zwischen Verordnungen für Männer und Frauen. Bei Cannabisblüten ist der Männeranteil mit 68 % deutlich höher als bei Dronabinol, wo der Anteil nur 42 % beträgt. Ebenso auffällig ist das wesentlich jüngere Durchschnittsalter bei Versicherten, die Cannabisblüten erhielten (46 Jahre vs. 60 Jahre bei Dronabinol und 57 Jahre bei Sativex[®] und Cannabisextrakt).

Diese Patient*innen werden häufiger hausärztlich behandelt (Allgemeinmedizin, Innere Medizin), weichen häufiger von den üblicherweise behandelten Diagnosen (Schmerz, Spastik und Anorexie/Wasting) ab und verfügen über mehr Vorerfahrungen mit Cannabis. Das in der Begleiterhebung bestehende Underreporting betrifft diese Fallgruppe am stärksten [6].

Bei 35 % der Patient*innen wurde die Therapie innerhalb des ersten Jahres abgebrochen. Die Gründe dafür waren vielfältig und unter anderem auf Nebenwirkungen oder Tod zurückzuführen. Häufigster Abbruchgrund mit 39 % war die nicht ausreichende Wirkung. Die aufgetretenen Nebenwirkungen decken sich mit dem Nebenwirkungsprofil der zugelassenen Fertigarzneimittel (u. a. Müdigkeit, Schwindel).

Fazit

- Die Ergebnisse der Begleiterhebung, die sechs Monate nach Übermittlung der Ergebnisse in Form eines Studienberichts vorliegen müssen, dienen dem G-BA zur Festlegung von zukünftigen Kriterien zur Leistungsgewährung in der Arzneimittel-Richtlinie.
- Für Versicherte, die sich im ersten Quartal 2022 noch in Behandlung mit Cannabisarzneimitteln befinden, muss unabhängig von einer ersten erfolgten Datenlieferung eine zweite Meldung im Zeitraum von Januar bis März 2022 erfolgen.
- Um einen ausreichenden Erkenntnisgewinn hervorbringen zu können und Verzerrungen zu vermeiden, sind möglichst vollständige Datenlieferungen erforderlich. Wir möchten Sie deshalb dringend darum bitten, der vom Gesetz geforderten Datenlieferung nachzukommen.

Literatur

- [1] Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften (vom 6. März 2017). Bundesgesetzblatt, ausgegeben zu Bonn am 9. März 2017, Seiten 403–405. https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0403.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0403.pdf%27%5D__1625137674036
- [2] § 31 Absatz 6 SGB V
- [3] Verordnung über die Begleiterhebung nach § 31 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung – CanBV) (vom 23. März 2017). Bundesgesetzblatt, ausgegeben zu Bonn am 29. März 2017, Seiten 520–521. https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0520.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0520.pdf%27%5D__1625137874024
- [4] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Zugangportal zur Cannabisbegleiterhebung. <https://www.begleiterhebung.de/>
- [5] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Informationsblatt – Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis/Infoblatt_Patienten.pdf;jsessionid=D4C58A81F2E1F815BC935B3987D3DDE2.1_cid354?__blob=publicationFile&v=3
- [6] Schmidt-Wolf G, Cremer-Schaeffer P: Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln in Deutschland – Zwischenauswertung. Bundesgesundheitsbl 2019; 62: 845–54. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02968-0>
- [7] Schmidt-Wolf G, Cremer-Schaeffer P: 3 Jahre Cannabis als Medizin – Zwischenergebnisse der Cannabisbegleiterhebung. Bundesgesundheitsbl 2021; 64: 368–77. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03285-1>



Testosteron – wann verordnungsfähig?

Testosteronhaltige Arzneimittel sind zur Testosteronersatztherapie bei männlichem Hypogonadismus zugelassen und verordnungsfähig, wenn der Testosteronmangel klinisch und labormedizinisch bestätigt wurde. Eine Einschränkung der Verordnungsfähigkeit nach der Arzneimittel-Richtlinie existiert nicht. Dennoch erreichen uns immer wieder Anfragen zur Verordnungsfähigkeit von testosteronhaltigen Arzneimitteln. Darüber hinaus liegen Einzelprüfanträge zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit vor. Der Artikel gibt einen kurzen Überblick über Definition, Pathophysiologie, Symptome und mögliche Therapien des Hypogonadismus.

Diagnose

Hypogonadismus liegt vor, wenn neben anhaltenden klinischen Symptomen (wie beispielsweise verminderte Körperbehaarung, viszerales Übergewicht, Abnahme der Muskelmasse, reduzierte Knochendichte) ein Testosteronmangel nachgewiesen wird. Es wird zwischen primärem Hypogonadismus, sekundärem Hypogonadismus und funktionellem Hypogonadismus unterschieden.

Ursachen für einen primären Hypogonadismus sind unter anderem Hodentrauma, Hodentumor, Orchitis, Chemotherapie oder Radiatio; Ursachen eines sekundären Hypogonadismus unter anderem Hypophysentumor, zerebrales Trauma, zerebrale Radiatio oder Hyperprolaktinämie. Ein primärer oder sekundärer Hypogonadismus liegt in der andrologischen Abklärung entsprechender klinischer und laborchemischer Befunde allerdings nur bei maximal 5 % der Fälle vor. Bei diesen Patienten ist die Testosterontherapie mit hoher Evidenz in ihrer Effektivität belegt und sollte bei fehlenden Kontraindikationen lebenslang durchgeführt werden [2].

Ein funktioneller Hypogonadismus entsteht unter anderem aufgrund von Alter, metabolischem Syndrom, Adipositas, chronischer Entzündung, Depression oder einer Niereninsuffizienz [1, 2].

Zur Abklärung, ob ein Hypogonadismus vorliegt, und zur Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Form ist die Bestimmung des LH-Serumspiegels erforderlich. Dazu

sollten sowohl der LH- als auch der Testosteron-Serumspiegel innerhalb von 30 Tagen bevorzugt nüchtern zweimal bestimmt werden. Als Normwert gilt bei erwachsenen Männern eine Testosteron-Gesamtkonzentration im Blutserum von über 12,0 nmol/l und an freiem Testosteron von 243 pmol/l. Die exakten Werte können je nach Labor oder Laborgerät variieren, sodass die Referenzwerte des jeweiligen Labors berücksichtigt werden sollten.

Bei Patienten mit funktionellem Hypogonadismus werden in der Regel LH-Werte zwischen 2,5 nmol/l und 10 nmol/l gemessen, wobei eine alleinige Anhebung des Testosteronwertes ohne andere Interventionen selten zur dauerhaften klinischen Besserung führt.

Die Fachinformation von Testosteron-Präparaten gibt die Messung beider Serumwerte als Voraussetzung für eine Verordnung vor. Die Einhaltung der Vorgaben der Fachinformationen wird bei Einzelfallprüfanträgen als Voraussetzung für eine Verordnung von Testosteron gesehen [1, 2].

Indikationsstellung

Patienten mit **primärem oder sekundärem Hypogonadismus** haben eine klare lebenslange Indikation zur Testosterontherapie, sofern Kontraindikationen wie beispielsweise (Verdacht auf) Prostatakarzinom oder Mammakarzinom, Polyglobulie (Hämatokrit > 50 %), Herzinsuffizienz NYHA IV, ausgeprägte Akne, Gynäkomastie, benigne Prostatahyperplasie, Kinderwunsch oder kriminelles Sexualverhalten ausgeschlossen werden können [2].

Beim **funktionellen** oder auch altersbedingten **Hypogonadismus** sollten insbesondere Komorbiditäten wie metabolisches Syndrom oder Adipositas behandelt werden. Jede Verbesserung eines beeinflussbaren Effektes führt zu einem Anstieg des endogenen Testosterons; insbesondere für eine Gewichtsabnahme bei Adipositas ist dies sehr gut belegt. Dagegen ergab eine Testosteronbehandlung bei vorhandenem Diabetes Typ 2/Adipositas in placebokontrollierten Studien keinen signifikanten Effekt bezüglich HbA1c, Gewicht, Taillenumfang oder BMI, lediglich eine leichte Verbesserung der Insulinresistenz [2].

Darüber hinaus ist die Datenlage zur kardiovaskulären Sicherheit der Testosterongabe bei funktionellem Hypogonadismus aufgrund zu kurzer Dauer der zumeist retrospektiven Auswertungen unklar; einige Studien ergaben Hinweise für negative Effekte. Daher sollte eine Testosterontherapie bei Patienten mit meist hohem Risiko wie Diabetes und Alter kritisch überdacht werden. Zur Therapieüberprüfung beim funktionellen Hypogonadismus ist der Fragebogen nach Heinmann, der sogenannte „AMS-(Aging Male Scala-)Bogen“, hilfreich, der jedoch wegen geringer Spezifität nicht zur Indikationsstellung geeignet ist [2].

Auswahl des Testosteronpräparats

Eine orale Testosterongabe wird aufgrund schlechter Bioverfügbarkeit und häufigem Anstieg von Leberwerten nahezu nicht mehr angewendet. Dies gilt auch für die intramuskuläre Applikation mit dem kurzwirksamen Testosteronenanthat, das alle 2 bis 3 Wochen verabreicht werden muss. Die damit verbundenen Schwankungen des Testosteronspiegels zu Beginn und nach 3 Wochen werden als problematisch angesehen. Testosteronundecanoat (Nebido®) wird dagegen nur alle 3 Monate intramuskulär gegeben, wodurch eine normale Testosteron-Serumspiegelkonzentration für längere Zeit aufrechterhalten werden kann. Transdermal morgens aufgetragenes Testosteron (z. B. Testogel®, Tostran®, Testavan®) erzeugt einen annähernd physiologischen Testosteronspiegelverlauf. Die Präparateauswahl sollte individuell nach Lebenssituation und Gesundheitszustand des Patienten unter ärztlicher Beratung erfolgen [1, 3].

Zur Risiko-Überwachung der Therapie werden nach Leitlinie alle drei Monate rektale Untersuchungen und Bestimmungen von PSA und Blutbild empfohlen [1].

Hinweise zu Einzelfallprüfungen

Vor Beginn der Testosterontherapie müssen gemäß Fachinformation andere Ursachen für die klinische Symptomatik ausgeschlossen worden sein. Der Testosteronmangel sollte eindeutig aufgrund der klinischen Symptomatik nachgewiesen sein und durch zwei getrennte Bestimmungen der

Testosteronkonzentration im Serum bestätigt worden sein. Eine Begründung der Diagnosestellung auf Grundlage des oben genannten AMS-Bogens wurde in Einzelfallprüfungen zur Testosteronverordnung seitens der Prüfungseinrichtung abgelehnt.

Fazit

- Eine harte Indikation zur Therapie mit Testosteron besteht nur bei primärem oder sekundärem Hypogonadismus.
- Bei den übrigen Patienten liegt ein funktioneller Hypogonadismus vor, der zunächst durch Behandlung der Ursachen therapiert werden soll. Eine Testosterontherapie sollte dann nur noch in wenigen Einzelfällen und unter Beachtung der zahlreichen Kontraindikationen (insbesondere kardiovaskuläre Erkrankungen) durchgeführt werden.
- Der Testosteronmangel sollte eindeutig aufgrund der klinischen Symptomatik nachgewiesen sein und durch zwei getrennte Bestimmungen der Testosteronkonzentration im Serum bestätigt worden sein.
- Eine Diagnosestellung auf Grundlage des oben genannten AMS-Bogens reicht nicht aus.
- Einzelprüfanträge liegen vor.

Literatur

- [1] Dohle GR, Arver S, Bettocchi C, Jones TH, Kliesch S: EAU-Leitlinie Männlicher Hypogonadismus 2019. J Reproduktionsmed Endokrinol 2020; 17(2): 66–85
- [2] Diederich S: Differenzialdiagnostik und -therapie des männlichen Hypogonadismus. Arzneiverordnung in der Praxis 2021; 48(1-2): 5–10
- [3] Schuster N: Testosteron: Nur fehlendes ersetzen. Pharmazeutische Zeitung, 15.12.2019. <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/nur-fehlendes-ersetzen/>

§ Langfristiger Heilmittelbedarf – richtig verordnen

Der Start der neuen Heilmittel-Richtlinie liegt schon einige Monate zurück, sodass sich die Arztpraxen mit den neuen Regularien zwischenzeitlich vertraut machen konnten. Trotzdem kommt es im Praxisalltag immer wieder zu Verunsicherungen, wenn es um die richtige Höchstmenge oder den Verordnungszeitraum je Rezept geht. Wir möchten mit diesem Artikel Hilfestellung insbesondere zu Verordnungsmöglichkeiten über einen längeren Zeitraum geben. Wir erläutern, wie bei besonders schweren Erkrankungen und dauerhaften Schädigungen Heilmittel wirtschaftlich und für einen längeren Zeitraum verordnet und die Versicherten bei der Antragstellung für einen individuellen langfristigen Heilmittelbedarf bei ihrer Krankenkasse unterstützt werden können. Der Text ist in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg entstanden.

Die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) mit dem Heilmittelkatalog bildet die Rechtsgrundlage für Verordnungen von Physiotherapie, Ergotherapie usw. und gibt vor, welches Heilmittel bei welcher Erkrankung wie oft verordnet werden kann [1].

Im Heilmittelkatalog befinden sich unter anderem Informationen wie

- **Höchstmenge je Verordnung:** Diese gibt an, wie viele Behandlungseinheiten mit vorrangigen oder ergänzenden Heilmitteln maximal auf einem Verordnungsblatt verordnet werden dürfen. Natürlich muss die Höchstmenge dabei nicht immer voll ausgeschöpft werden. Unter Aspekten der Wirtschaftlichkeit sollten, wenn möglich, geringere Mengen in Erwägung gezogen werden.
- **Die orientierende Behandlungsmenge (OBM)** gibt die Anzahl der Behandlungseinheiten innerhalb des Verordnungsfalles vor, mit denen das Therapieziel in der Regel erreicht werden kann.

Die Höchstmenge je Verordnung kann nur in Ausnahmefällen überschritten werden, nämlich bei **Diagnosen der besonderen Verordnungsbedarfe (BVB) oder des langfristigen Heilmittelbedarfs (LFH)**. In diesen Fällen können ab der ersten Verordnung die notwendigen Heilmittel auf einem Rezept für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden. Die Anzahl der Behandlungsein-

heiten ist dabei in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz zu bemessen, z. B. 24 Behandlungen bei einer wöchentlichen Therapiefrequenz von zwei Mal. Vor einer weiteren Verordnung muss in der Regel alle 12 Wochen ein Arzt-Patienten-Kontakt zur Verlaufs- und Bedarfskontrolle erfolgen.

Mit Inkrafttreten der Heilmittel-Richtlinie ist die formale Verordnungsmöglichkeit „außerhalb des Regelfalls“ entfallen. Reicht die OBM nicht aus, kann die Heilmittelbehandlung ohne Genehmigung der Krankenkasse fortgesetzt werden. In diesen Fällen sollten die medizinischen Gründe dafür in der Patientenakte dokumentiert werden.

Früher hingegen (bis 31. Dezember 2020) bot die Verordnung „außerhalb des Regelfalls“ im Einzelfall die Möglichkeit, den Heilmittelbedarf für einen längeren Zeitraum mithilfe einer Verordnung abzudecken. Daraus hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der neuen Richtlinie Handlungsbedarf erkannt und bei den Diagnosegruppen **PS2** (neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen) und **PS3** (wahnhaft und affektive Störungen/Abhängigkeitserkrankungen) die Höchstmengen je Verordnung **von 10 auf 20 Behandlungseinheiten angehoben**. Dies gilt für Patientengruppen mit schweren psychischen Erkrankungen, die **nicht den BVB-/LFH-Diagnosen zugeordnet sind**.

Die Diagnosen, die den **besonderen Verordnungsbedarfen (BVB)** oder dem **langfristigen Heilmittelbedarf (LFH)** zugeordnet sind, sind in einer bundesweit vereinbarten Diagnoseliste zusammengefasst [2] und entlasten das Heilmittel-Verordnungsvolumen einer Praxis.

Der langfristige Heilmittelbedarf

Ein LFH liegt vor, wenn die Diagnose in Verbindung mit der Diagnosegruppe in Anlage 2 HeilM-RL (Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf) aufgelistet ist und von schweren und dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigungen auszugehen ist [3].

Die Anerkennung als LFH ist bei den gelisteten Diagnosen der Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie generell zeitlich unbefristet. Die Verordnungskosten für den LFH fließen nicht in das Verordnungsvolumen ein und unterliegen nicht der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung. **Für diese Verordnungen findet kein Antrags- und Genehmigungsverfahren durch die Krankenkassen statt.**

Der individuelle langfristige Heilmittelbedarf

In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass ein LFH aufgrund einer nicht gelisteten Diagnose festgestellt wird. Verursacht die Erkrankung eine vergleichbar schwere und langfristige Schädigung wie die in Anlage 2 HeilM-RL gelisteten Diagnosen und macht sie eine fortlaufende Heilmitteltherapie über mindestens ein Jahr erforderlich, können Patient*innen bei der Krankenkasse die Genehmigung eines LFH beantragen.

Die vergleichbare Schwere der Schädigung kann sich auch durch die Summe mehrerer Erkrankungen beim individuellen Patienten ergeben.

Antrag bei der Krankenkasse

Antragsteller sind immer Patient*innen. Für den Antrag bei der Krankenkasse [4] wird benötigt:

- Der vollständig ausgefüllte Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf und
- eine Kopie der vollständig ausgefüllten Heilmittelverordnung mit Angabe der hinsichtlich des LFH relevanten Diagnose/-n und einer Begründung (das Original behält der Patient zur Vorlage bei der Therapeutin).
- Befunde und Arztbriefe können den Antrag zusätzlich unterstützen.

➔ Das **Procedere zur Antragstellung und einen vorgefertigten Musterantrag des G-BA auf LFH** finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Heilmittel » Besonderer / langfristiger Bedarf

Entscheidung der Krankenkasse

Die Krankenkasse entscheidet über die Genehmigung eines LFH innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang. Nach Ablauf dieser Frist gilt die Genehmigung als erteilt.

Genehmigung des individuellen LFH:

Die Genehmigung kann unbefristet oder zeitlich begrenzt erfolgen, darf aber eine Gültigkeit von einem Jahr nicht unterschreiten. Während dieser Zeit können die Heilmittel wie bei den gelisteten Diagnosen für den LFH immer wieder für 12 weitere Wochen verordnet werden – nach erfolgtem Arzt-Patienten-Kontakt mit Verlaufs- und Bedarfskontrolle. Die Heilmittelkosten fließen analog zu den gelisteten LFH-Diagnosen nicht ins Verordnungsvolumen ein. Dessen Entlassung erfolgt immer erst nach der Genehmigung.

Es wird empfohlen, eine Kopie der Genehmigung in die Patientenakte zu legen und den LFH im Praxisverwaltungssystem (PVS) zu hinterlegen.

Ablehnung des individuellen LFH:

Wird der Antrag durch die Krankenkasse nicht genehmigt, können die Patient*innen dennoch weiterhin mit den benötigten Heilmitteln versorgt werden. Deren Kosten fließen nun jedoch ins Verordnungsvolumen ein.

Fazit

Ein Antrag auf individuellen LFH ist nur sinnvoll

- bei nicht gelisteten Diagnosen,
- wenn die Schwere und Dauer der Erkrankung mit in der Diagnoseliste für LFH (Anlage 2 HeilM-RL) aufgenommenen Krankheiten vergleichbar ist und
- wenn die voraussichtliche Behandlungsdauer mindestens ein Jahr beträgt.

Zusammen bilden diese Kriterien die Entscheidungsgrundlage für die Krankenkassen.

Literatur

- [1] <https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/heilmittel/heilmittelrichtlinie/>
- [2] <https://www.kvbw-admin.de/api/download.php?id=3752>
- [3] § 8 HeilM-RL
- [4] <https://www.kvbw-admin.de/api/link.php?id=653>

§ Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser? Impfungen und Titerbestimmungen

Sind Titerbestimmungen vor oder nach einer Impfung sinnvoll? Was zahlt die Krankenkasse? Zum Thema Titerbestimmungen erreichen uns immer wieder Fragen aus den Praxen. Wir haben die Empfehlungen der STIKO und die Vorgaben der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses im folgenden Text zusammengetragen.

Routinemäßige Antikörperbestimmungen vor oder nach Standardimpfungen werden von der Ständigen Impfkommision (STIKO) nicht empfohlen [1]. Als Begründung führt die STIKO aus, dass einerseits die Testmethoden nicht immer über die notwendige Sensitivität und Spezifität verfügen. Andererseits ist nicht für jede impfpräventable Krankheit ein serologisches Korrelat etabliert, das als Surrogatmarker für eine bestehende Immunität geeignet wäre.

Hinzu kommt, dass in der Routinediagnostik üblicherweise nur die Reaktion des humoralen Immunsystems (Antikörper/Immunglobuline) auf einen Krankheitserreger bzw. Impfstoff erfasst wird. Die Überprüfung der zellulären Immunität ist wesentlich aufwendiger und für Routineuntersuchungen nicht geeignet. Die klassische Impfkontrolle in Form einer Titerbestimmung erfasst also einen bedeutenden Anteil der Immunität gar nicht. Dieser Sachverhalt trifft auch auf die derzeitige Corona-Impfung zu.

In **bestimmten Ausnahmefällen** können serologische Vor- oder Nachtestungen jedoch dennoch sinnvoll sein. Diese von der STIKO formulierten Ausnahmefälle werden seit dem 10. August 2021 durch eine Anpassung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) eindeutig als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen definiert [2].

Serologische Kontrolle des Impferfolgs bei Immundefizienz

Bei Immundefizienz oder -suppression sollte grundsätzlich immer eine serologische Kontrolle des Impferfolgs durchgeführt werden – vorausgesetzt ein entsprechender Surrogatparameter wurde definiert. Besteht im Einzelfall eine medizinische Notwendigkeit, ist diese Titerbestimmung bei den in Anlage 1 zur SI-RL aufgeführten Impfungen generell eine Kassenleistung.

In den tragenden Gründen zur Anpassung der SI-RL wird konkretisiert, dass der Begriff „Immundefizienz“ sowohl angeborene als auch (durch Krankheit oder therapeutische Maßnahmen) erworbene Störungen in der Funktion des körpereigenen Immunsystems erfasst [3].

Weitere Anlässe zur Durchführung serologischer Testungen

In wenigen weiteren Konstellationen empfiehlt die STIKO ebenfalls eine serologische Testung im Zusammenhang mit einer Impfung. Auch diese Titerbestimmungen können zulasten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden. Zu beachten sind die Ausführungen in Anlage 1 zur SI-RL. Die folgende Tabelle zeigt abschließend die jeweilige Konstellation inklusive Kommentar.

Tabelle 1: Anlässe zur Durchführung serologischer Testungen

| Impfung | SI-RL, Anlage 1 (kursiv gedruckte Textstellen im Wortlaut) | Kommentar |
|---------------|---|---|
| Hepatitis A | <p>Indikationsimpfung und berufliche Indikation: <i>Eine serologische Vortestung auf anti-HAV kann erfolgen, wenn Personen länger in Endemiegebieten gelebt haben oder in Familien aus Endemiegebieten aufgewachsen sind oder vor 1950 geboren wurden [2].</i></p> | Ziel ist die Vermeidung unnötiger Impfungen bei bereits immunen Personen. Es sind keine negativen Folgen der Impfung bei einer bereits immunen Person zu erwarten [4]. |
| Hepatitis B | <p>Grundimmunisierung: <i>Zum Impfschema bei geringem Geburtsgewicht oder bei HBsAg-positiver Mutter bzw. Mutter mit unbekanntem HBsAg-Status und den in diesen Fällen erforderlichen serologischen Kontrollen beim Säugling vgl. Epidemiologisches Bulletin Nr. 34 vom 20. August 2020 [2].</i></p> <hr/> <p>Auffrischimpfung: <i>Bei im Säuglingsalter gegen Hepatitis B geimpften Personen mit neu aufgetretenem Hepatitis-B-Risiko (entsprechend den nachfolgenden Regelungen) und unbekanntem Anti-HBs sollte eine weitere Impfstoffdosis gegeben werden. Eine serologische Vortestung kann erfolgen, wenn Personen ein hohes anamnestisches Expositionsrisiko haben. Nähere Erläuterungen zur Kontrolle des Impferfolges und zum weiteren Vorgehen siehe Epidemiologisches Bulletin Nr. 36/37 vom 9. September 2013 [2].</i></p> <hr/> <p>Indikationsimpfung und berufliche Indikation: <i>Eine serologische Vortestung kann erfolgen, wenn Personen ein hohes anamnestisches Expositionsrisiko haben. Eine serologische Kontrolle des Impferfolges soll bei allen Personen erfolgen. Nähere Erläuterungen zur Kontrolle des Impferfolges und zum weiteren Vorgehen siehe Epidemiologisches Bulletin Nr. 36/37 vom 9. September 2013 [2].</i></p> | <p>Die STIKO empfiehlt keine routinemäßige Antikörperbestimmung vor der Hepatitis-B-Impfung. Es sind keine negativen Folgen durch die Impfung einer bereits infizierten Person zu erwarten; ein Impfschutz wird nicht ausgebildet. In bestimmten Situationen kann eine serologische Vortestung dennoch sinnvoll sein (z. B. bei Personen mit HBsAg-positivem Sexualpartner), um unnötige Impfungen zu vermeiden und Kosten zu minimieren.</p> <p>Der Erfolg einer Hepatitis-B-Impfung hängt u. a. von Alter, Geschlecht und bestehenden Erkrankungen ab. Gleichzeitig lässt die Anti-HBs-Konzentration Rückschlüsse auf den Impferfolg zu. Für alle Indikationsgruppen wird daher eine Kontrolle des Impferfolges 4–8 Wochen nach der letzten Dosis der Grundimmunisierung empfohlen [5].</p> |
| Herpes zoster | <p>Indikationsimpfung: <i>Bei Patientinnen und Patienten vor geplanter immunsuppressiver Therapie oder Organtransplantation soll eine serologische Vortestung auf Varizellen erfolgen. Im Falle von Seronegativität keine Impfung mit Herpes-zoster-Subunit-Totimpfstoff, sondern Durchführung einer Varizellen-Impfung (siehe Impfindikationen Varizellen) [2].</i></p> | Fast jede Person über 50 Jahren war bereits an Windpocken erkrankt. Es ist daher grundsätzlich nicht notwendig, vor einer Herpes-zoster-Impfung eine spezifische Windpocken-Antikörperbestimmung durchzuführen. Ausnahme: Personen vor geplanter immunsuppressiver Therapie oder Organtransplantation. Je nach Serostatus spricht die STIKO unterschiedliche Empfehlungen aus: Werden keine Windpocken-Antikörper detektiert, wird vor Therapiebeginn/Transplantation mit dem Varizellen-Lebendimpfstoff geimpft. Seropositive Personen werden mit dem Herpes-zoster-Totimpfstoff immunisiert [6]. |
| Varizellen | <p>Indikationsimpfung: <i>Bei Frauen mit Kinderwunsch und zugleich unklarer Varizellenanamnese kann und bei Personen vor geplanter immunsuppressiver Therapie oder Organtransplantation mit unklarer Varizellenanamnese soll eine serologische Vortestung erfolgen [2].</i></p> | <p>Frauen mit Kinderwunsch: Zur Verhinderung eines kongenitalen Varzellensyndroms und einer neonatalen Varzelleninfektion empfiehlt die STIKO seronegativen Frauen im gebärfähigen Alter eine zweimalige Varzellen-Impfung. Im Falle einer ungeklärten Immunitätslage (unsichere Varzellenanamnese + keine/eine/unklare Anzahl an Varzellen-Impfungen) wird vor der Impfung eine Antikörperbestimmung durchgeführt [7].</p> <hr/> <p>Personen vor geplanter immunsuppressiver Therapie/Organtransplantation: Siehe Hinweise zu Herpes zoster.</p> |

Röteln-Titerbestimmung in der Schwangerschaft

Ergänzend zu den Regelungen der SI-RL wird der Leistungsanspruch auf eine Röteln-Titerbestimmung bei Schwangeren in der Mutterschafts-Richtlinie geregelt. Bei Schwangeren mit unbekannter Rötelnimmunität (keine dokumentierte zweimalige Impfung oder kein dokumentierter Nachweis spezifischer Antikörper) wird eine Rötelnantikörper-Bestimmung in der Schwangerschaft durchgeführt [8].

Zum Schutz vor dem kongenitalen Rötelsyndrom bei Embryonen/Feten empfiehlt die STIKO Frauen im gebärfähigen Alter eine zweifache Rötelnimpfung mit einem Masern-Mumps-Röteln-Kombinationsimpfstoff. Die Empfehlung zur zweimaligen Impfung gilt für alle Frauen, die nicht schwanger sind und bislang keine Impfung erhalten haben oder deren Impfstatus unklar ist. Ist nur eine Röteln-Impfung dokumentiert, wird ein weiteres Mal geimpft. Die Impfungen sind gemäß SI-RL Kassenleistung. Eine serologische Testung kann somit nur bei Schwangeren zulasten der Krankenkassen durchgeführt werden.

Literatur

- [1] Ständige Impfkommission: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut 2021. *Epid Bull* 2021; 34: 47
- [2] Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2007/18. Oktober 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007, Nr. 224 (S. 8 154), zuletzt geändert am 3. Juni 2021 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 09.08.2021 B2) in Kraft getreten am 10. August 2021. [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2572/SI-RL_2021-06-03_iK-2021-08-10.pdf] (Zugriff am 17.08.2021)
- [3] Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL): serologische Untersuchungen, §§ 5 und 11 sowie Anlage 1 vom 3. Juni 2021 [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7566/2021-06-03_SI-RL_serologische-Untersuchungen_TrG.pdf] (Zugriff am 17.08.2021)
- [4] https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HepatitisA/FAQ-Liste_HepA_Impfen.html (Zugriff am 17.08.2021)
- [5] https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HepatitisB/FAQ-Liste_HepB_Impfen.html (Zugriff am 17.08.2021)
- [6] https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Herpes_zoster/FAQ-Liste.html (Zugriff am 17.08.2021)
- [7] https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Varizellen/FAQ-Liste_Varizellen_Impfen.html (Zugriff am 17.08.2021)
- [8] Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 20. August 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 23.11.2020 B3, in Kraft getreten am 24. November 2020

📌 Schutzimpfungen: kurz notiert

Erinnerung: Hepatitis-Kombinationsimpfstoff kein Sprechstundenbedarf

Der Hepatitis-A/B-Kombinationsimpfstoff Twinrix® kann seit 1. Mai 2019 nicht mehr über den Sprechstundenbedarf bezogen werden. Der Kombinationsimpfstoff Twinrix® kann seitdem nur als Pflichtleistung bei vorhandener Indikation nach Anlage 1 der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) [1] zulasten der Krankenkasse verordnet und abgerechnet werden.

Um zukünftige Nachforderungen zu vermeiden, sollte auf eine korrekte Ordnungsweise von Twinrix® **auf Namen des Patienten** geachtet werden (es darf kein Status „9“ für den Sprechstundenbedarf gesetzt werden). Wenn Hepatitis-A/B-Kombinationsimpfstoffe trotzdem über den Sprechstundenbedarf bezogen werden, wird eine sachlich-rechnerische Richtigstellung zu Ihren Lasten seitens der GKV erfolgen.

Die Reiseprophylaxe mit Twinrix® erfolgt ausschließlich als Privatverordnung zulasten der Versicherten.

Wann ist Twinrix® Kassenleistung?

Nur bei Indikation sowohl für die Hepatitis-A- als auch für die Hepatitis-B-Impfung gemäß Anlage 1 SI-RL kann zulasten der GKV mit Twinrix® geimpft werden. Das ist beispielsweise der Fall bei einem risikobehafteten Sexualverhalten oder Vorliegen einer Hepatitis C. Auch bei bestimmten beruflichen Risiken sind Verordnung und Abrechnung zulasten der gesetzlichen Krankenkasse möglich [1].

➔ Einen Überblick gibt Ihnen unser Merkblatt zur Hepatitis-Impfung „Wer kann wie und wann zulasten der GKV geimpft werden?“ auf: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Impfungen.

Literatur

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2007/18. Oktober 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007, Nr. 224 (S. 8154) vom 30. November 2007, in Kraft getreten am 1. Juli 2007, zuletzt geändert am 21. Januar 2021, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 30.03.2021 B5), in Kraft getreten am 1. April 2021. <https://www.g-ba.de/richtlinien/60/>

Impfabstände bei der HPV-Impfung – Leserzuschrift

In dem Artikel „HPV-Impfstoffe nur noch über SSB“ aus dem Verordnungsforum 57 (April 2021, Seite 10) fand sich die Formulierung, dass bei einem Impfabstand von < 6 bzw. < 5 Monaten zwischen der 1. und 2. HPV-Dosis eine 3. Impfdosis erforderlich sei. Diese Formulierung ist so der Schutzimpfungs-Richtlinie (Anlage 1) entnommen [1] und bezieht sich auf Personen im Alter von 9–14 Jahren [1, 2].

Unser aufmerksamer Leser Dr. med. Martin Jesper, hausärztlicher Internist aus Schwäbisch Hall, hat festgestellt, dass die Angabe der zwei verschiedenen Impfabstände („< 6 bzw. < 5 Monaten“) nicht mehr zeitgemäß ist.

Früher gab es in der Tat verschiedene Angaben zu den Impfabständen: Während bei Cervarix[®] schon immer 5 Monate angegeben waren, nannte die frühere Fachinformation von Gardasil[®] (Stand: April 2016) einen Impfabstand von 6 Monaten.

Hingegen gilt laut aktueller Fachinformation von Gardasil[®] [2] ebenfalls ein **Impfabstand von < 5 Monaten**, der bei 9- bis 14-Jährigen eine 3. Impfdosis erforderlich macht.

Während die STIKO [3] die Angabe in ihren Empfehlungen zwischenzeitlich angepasst hat, ist der G-BA dieser Aktualisierung in der Schutzimpfungs-Richtlinie noch nicht gefolgt [4].

Literatur

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2007/18. Oktober 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007, Nr. 224 (S. 8154) vom 30. November 2007, in Kraft getreten am 1. Juli 2007, zuletzt geändert am 15. Oktober 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 22.12.2020 B4), in Kraft getreten am 23. Dezember 2020. <https://www.g-ba.de/richtlinien/historie/2330/>
- [2] www.fachinfo.de
- [3] Ständige Impfkommision: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert-Koch-Institut. Epid Bull 2021; 34: 3–63
- [4] Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2007/18. Oktober 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007, Nr. 224 (S. 8154) vom 30. November 2007, in Kraft getreten am 1. Juli 2007, zuletzt geändert am 3. Juni 2021, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 09.08.2021 B2), in Kraft getreten am 10. August 2021. <https://www.g-ba.de/richtlinien/60/>

Änderungen im Sprechstundenbedarf

Hier stellen wir Ihnen Änderungen und Ergänzungen der Anlage 1 (Positivliste) der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zur Verfügung. Folgende Ergänzungen traten zum 1. Juli 2021 in Kraft.

Änderungen bezüglich Verordnungseinschränkungen treten erst mit Bekanntgabe der Änderungen in Kraft.

| Indikationsgruppe | Wirkstoffe | Darreichungsform | Anmerkung |
|----------------------|--------------------|------------------|--|
| Diagnostika | Glucose-Monohydrat | oral | nur für Glukoseprobetrunk, nur Pulver 1. Vortest auf Gestationsdiabetes (EBM 01776) 55 g Glucose-Monohydrat entsprechen 50 g wasserfreier Glucose (nur im Flachbeutel) 2. Oraler Glukosetoleranztest (oGTT EBM 01777) 82,5 g Glucose-Monohydrat entsprechen 75 g wasserfreier Glucose (im Flachbeutel oder in einer 300 ml Gewindeflasche) keine als Lebensmittel deklarierten Produkte |
| Antihypertonika | Nitrendipin | oral | nur Phiolen; Vertrieb wird im Jahr 2021 eingestellt Alternativen für den hypertensiven Notfall siehe Clonidin, Nifedipin, Urapidil |
| H2-Rezeptorenblocker | Cimetidin | | 1. als Antihistaminikum: Prämedikation in Kombination mit H1-Rezeptor-Antagonisten zur Vermeidung von durch Histaminfreisetzung ausgelösten klinischen Reaktionen bei Patienten mit einer anamnestisch gesicherten Prädisposition zu Histamin-bedingten Allergien und Intoleranzen 2. zur Narkosevorbehandlung vor größeren operativen Eingriffen zur Verhütung der Säureaspiration (nur für Anästhesisten und Chirurgen) |
| | Ranitidin | | Ruhen der Zulassung – Alternative siehe Cimetidin nur zur Narkosevorbehandlung vor größeren operativen Eingriffen zur Verhütung der Säureaspiration |

Wichtig für Chirurgen und Anästhesisten

In Anlage 1 (Positivliste) der Sprechstundenbedarfsvereinbarung war Ranitidin zur parenteralen Anwendung gelistet, nur zur Narkosevorbehandlung vor größeren operativen Eingriffen und zur Verhütung der Säureaspiration. Nachdem nun die Zulassung für Ranitidin ruht, können Chirurgen und Anästhesistinnen als Ersatz Cimetidin parenteral für dieses Einsatzgebiet verwenden.

Wichtig für Diabetologen und Gynäkologinnen

Glucose-Monohydrat für den oralen Glukosetoleranztest (oGTT): Nachdem Accu Chek Dextro OGT Saft außer Handel ist, gibt es keinen als Sprechstundenbedarf verordnungsfähigen Ersatz für eine flüssige Glukosezubereitung. **Ausschließlich Glucose-Monohydrat darf verordnet werden.** Darüber hinaus ist mit den gesetzlichen Krankenkassen Folgendes vereinbart:

- Für den oralen Glukosetoleranztest (oGTT, EBM 01777) besteht die Möglichkeit, sich das Glucose-Monohydrat-Pulver direkt durch die Apotheke in eine 300-ml-Gewindeflasche abfüllen zu lassen (82,5 g Glucose-Monohydrat entsprechen 75 g wasserfreier Glucose). Dabei muss auf dem Rezept das Abfüllen in die Flasche rezeptiert werden. Vor Gebrauch muss das Pulver in der vorgeschriebenen Menge Wasser vollständig aufgelöst werden.
- Alternativ kann auch weiterhin das portionsweise abgepackte Glucose-Monohydrat-Pulver im Papierflachbeutel in der Apotheke als Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Cave! Beim Vortest auf Gestationsdiabetes (EBM 01776) bleibt alles beim Alten: Hier darf für das Glucose-Monohydrat keine Flaschenabfüllung als Sprechstundenbedarf verordnet werden, sondern ausschließlich Glucose-Monohydrat-Pulver im Papierflachbeutel (55 g Glucose-Monohydrat entsprechen 50 g wasserfreier Glucose).

Als Lebensmittel deklarierten Produkte sollten nicht verordnet werden. Diese werden von den Krankenkassen beanstandet.

Wichtig für Augenärzte

Parenterale Anwendung von Lidocain als Lokalanästhetikum: Zur Verunsicherung bei den Augenärzten führten Beanstandungen der Krankenkassen bezüglich der Verordnung von Lidocain in der parenteralen Darreichungsform als Sprechstundenbedarf. Die KVBW konnte mit den Krankenkassen den Sachverhalt wie folgt klären:

Im Rahmen der Zulassung laut Fachinformation ist eine Verwendung von Lidocain als Lokalanästhetikum sowohl bei Lid- und Lidrandoperationen als auch zur intrakameralen Injektion bei Katarakt-OPs möglich und weiterhin als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig, unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots.

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

Pharmakotherapie-Beratungsdienst

Die Anzahl verfügbarer Medikamente erhöht sich ständig. Gleichzeitig nimmt die wissenschaftliche Durchdringung der Arzneimitteltherapie zu – jährlich werden etwa 10.000 randomisierte Studien veröffentlicht. Es ist somit anzunehmen, dass es zunehmend schwierig ist, die Antworten auf alle Fragen zur Pharmakotherapie selbst zu finden.

Vor diesem Hintergrund wurde vor über 20 Jahren an der Abteilung Klinische Pharmakologie in Tübingen eine „Pharmakotherapieberatung für Ärzte durch Ärzte“ aufgebaut, in der zielgerichtet Informationen bewertet und mit den behandelnden Ärzt*innen fallspezifisch und zeitnah diskutiert werden. Die universitäre Einrichtung betreibt ärztliches Wissensmanagement und bereitet publizierte Daten für die Patientenversorgung auf. Dieser Beratungsdienst wird seit Oktober 2000 von der KV Baden-Württemberg unterstützt.

Das Themenspektrum des Beratungsdienstes umfasst Fragen zu(r)

- Nebenwirkungen – Hilfestellung bei der Interpretation von Nebenwirkungen und der Abfassung von Spontanmeldungen an die entsprechenden Institutionen
- Interaktionen – Beschreibung des Mechanismus (gegenseitige Wirkungsverstärkung versus metabolische Wechselwirkung) und Bewertung der klinischen Relevanz
- Arzneimittelauswahl unter Gesichtspunkten von Indikationen, Kontraindikationen, Wirksamkeit und Evidenz
- Dosierung – dies betrifft genetisch bedingte Unterschiede, bestimmte Begleiterkrankungen wie z. B. Leber- oder Niereninsuffizienz und die Pädiatrie
- Bioäquivalenz und Generikasubstitution
- Arzneimittelanwendung in Schwangerschaft und Stillzeit

Service

Anfragen zur Pharmakotherapie können unter der E-Mail-Adresse arzneimittelinfo@med.uni-tuebingen.de an die Abteilung Klinische Pharmakologie gerichtet werden (die direkte telefonische Verbindung zum Beratungsdienst existiert nicht mehr). Der Service ist kostenfrei und herstellerunabhängig.

Anfragen von Patient*innen oder Angehörigen werden nicht bearbeitet. In diesem Fall werden die Anfragenden gebeten, die Fragestellung über den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin zu klären. Damit sollen die Risiken einer falschen Beratung von Laien – in Unkenntnis der Vorgeschichte und der Begleitumstände (zum Beispiel weiterer Erkrankungen) der Betroffenen – sowie einer Interferenz mit dem Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Ärztin vermieden werden.

Anfragen zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln zulasten der GKV sowie zu den Kosten einer Arzneimitteltherapie werden weiterhin von der KVBW und den Fachleuten der Verordnungsberatung beantwortet.



<https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/kontakt/zuweiser/institute/pharmakologie-und-pharmakogenomik#pharmakotherapie-informationsdienst>

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).

Nachrichten

8. Oktober 2021

Orale Antihypotonika – verordnungsfähig bei symptomatischer neurogener Hypotonie

Seit 2. September 2021 können orale Antihypotonika bei einer symptomatischen neurogenen Hypotonie auf Kassenrezept verordnet werden, insbesondere Präparate mit dem Wirkstoff Midodrin. Voraussetzung für die Verordnung ist, dass andere Maßnahmen im Einzelfall nicht ausreichend waren – siehe Nr. 16 in Anlage III AM-RL. Bislang waren orale Antihypotonika zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht verordnungsfähig.

Als „andere Maßnahmen“ zur Anhebung eines niedrigen Blutdrucks gelten neben der Behandlung der Grunderkrankung beispielsweise eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und, sofern möglich, das Absetzen von Hypotonie-auslösenden Arzneimitteln sowie regelmäßige körperliche Aktivität.

Um Prüfverfahren und Nachforderungen zu vermeiden, sollte auf eine sorgfältige Diagnosestellung und Dokumentation geachtet werden. Der Grund: Die Nr. 16 der Anlage III AM-RL („Antihypotonika, orale“) wurde vor einigen Jahren in Baden-Württemberg als Prüfgegenstand der Richtlinienprüfung vereinbart, die ohne Antrag der Krankenkassen von den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen durchgeführt wird.

30. Juli 2021

Schlafapnoe-bedingte Tagesschläfrigkeit: Stimulantien verordnungsfähig

Änderung in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) zum 30. Juni 2021

Das Arzneimittel mit dem Wirkstoff Solriamfetol wurde zur symptomatischen Behandlung der übermäßigen Tagesschläfrigkeit bei obstruktiver Schlafapnoe zugelassen. Ärzt*innen können dieses Medikament verordnen, wenn sie die Schläfrigkeit am Tag durch eine primäre Therapie, wie etwa eine Atem-Überdrucktherapie (CPAP-Beatmung), nicht zufriedenstellend behandeln können.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sieht bei diesen Patient*innen unter bestimmten Bedingungen einen Therapiebedarf mit Stimulantien. Er hat deshalb die Voraussetzungen für eine Verordnungsfähigkeit von Stimulantien zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen.

Stimulantien wie Solriamfetol sind nur dann verordnungsfähig, wenn ihr Einsatz im jeweiligen Therapiegebiet in Anlage III AM-RL explizit beschrieben ist (Verordnungseinschränkung gemäß Nr. 44). Der G-BA hat nun die Anwendung von Stimulantien „zur Verbesserung der Wachheit und zur Reduktion übermäßiger Schläfrigkeit während des Tages bei erwachsenen Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA) [...]“ in Anlage III AM-RL eingefügt.

Ärzt*innen sind angehalten, zunächst die Primärerkrankung der Patient*innen zu behandeln, z. B. mittels CPAP-Beatmung oder die Patient*innen zu Lebensstil-Änderungen, etwa einer Gewichtsabnahme, anzuleiten und zu motivieren, um die Schläfrigkeit am Tag zu reduzieren. Erst wenn diese optimierten und fortlaufenden Therapiemöglichkeiten nicht ausreichen, können Ärzt*innen eine Verordnung von Solriamfetol in Betracht ziehen.

Dass die Verordnungsfähigkeit von Stimulantien grundsätzlich eingeschränkt ist, beruht auf dem hohen Missbrauchspotenzial. Die Ärztin sollte deshalb bei jedem einzelnen Patienten Nutzen und Risiken einer Behandlung mit

Stimulantien sorgfältig abwägen und diese nicht leichtfertig verordnen.

29. Juni 2021

Langfristiger Heilmittelbedarf: Diagnoseliste ergänzt

Ab 1. Juli 2021 werden weitere Indikationen in die bundesweit geltende Diagnoseliste für den langfristigen Heilmittelbedarf aufgenommen. Die Kosten dieser Verordnungen fließen nicht in das Heilmittelvolumen Ihrer Praxis ein und unterliegen nicht der Heilmittel-Richtwertprüfung.

Folgende Diagnosen sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen:

- G61.0 – Guillain-Barré-Syndrom
- G91.2- – Normaldruckhydrozephalus
- Q79.6 – Ehlers-Danlos-Syndrom
- Q78.0 – Osteogenesis imperfecta
- Q87.2 – Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten
- T20.3-T29.7 – Verbrennungen oder Verätzungen (verschiedene Körperteile, nur Grad 3)
- M36.2 – Arthropathia haemophila

Ergotherapie: Anpassungen der Höchstmengen je Verordnung im Heilmittelkatalog

Für Patientengruppen mit schweren psychischen Erkrankungen, die nicht den besonderen Verordnungsbedarfen oder dem langfristigen Heilmittelbedarf zugeordnet sind, werden zum 1. Juli 2021 die verordnungsfähigen Höchstmengen je Verordnung für folgende Diagnosegruppen von 10 auf 20 Behandlungseinheiten erweitert:

- PS2 Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen
- PS3 Wahnhafte und affektive Störungen/Abhängigkeits-erkrankungen

Dadurch sind weniger Terminabstimmungen nötig, und es fallen weniger Rezeptgebühren für die Patient*innen an.

→ Die [Diagnoseliste der besonderen Verordnungsbedarfe](#) und bei langfristigem Heilmittelbedarf finden Sie in der Broschüre „Heilmittel nach neuer Richtlinie ab 2021 richtig verordnen“ auf www.kvbawue.de » [Praxis](#) » [Verordnungen](#) » [Heilmittel](#)



23. Juni 2021

Post-COVID-19-Syndrom: Ab 1. Juli 2021 bundesweite Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf

Ab 1. Juli 2021 können die Folgen einer COVID-19-Infektion bedarfsgerecht mit Heilmitteln behandelt werden. Der GKV-Spitzenverband und die KBV haben beschlossen, das „Long-COVID-Syndrom“ mit dem ICD-10-Code U09.9 – in Verbindung mit Maßnahmen der Physiotherapie und Ergotherapie – den besonderen Verordnungsbedarfen zuzuordnen.

Mit Aufnahme dieser Indikation wird es möglich, von der Höchstmenge je Verordnung nach Heilmittelkatalog abzuweichen und die Behandlungseinheiten für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen zu verordnen. Die orientierende Behandlungsmenge ist hierbei ebenfalls nicht zu beachten. Im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung werden die Verordnungskosten in der Regel vorab berücksichtigt.

Folgende Indikation begründet nun ebenfalls einen besonderen Verordnungsbedarf:

| ICD-10-Code | Diagnose | Diagnose- gruppe, Physiotherapie | Ergotherapie |
|-------------|---|--|--------------|
| U09.9 | Post-COVID- 19-Zustand, nicht näher bezeichnet | WS/AT | SB1/PS2/PS3 |

→ Die Diagnoseliste der besonderen Verordnungsbedarfe und bei langfristigem Heilmittelbedarf finden Sie in der Broschüre „Heilmittel nach neuer Richtlinie ab 2021 richtig verordnen“ auf www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Heilmittel



Glossar der Abkürzungen

| | |
|-------|--|
| AM-RL | Arzneimittel-Richtlinie |
| BAnz | Bundesanzeiger |
| BfArM | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte |
| BtMG | Betäubungsmittelgesetz |
| BVKJ | Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte |
| CanBV | Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GKV | gesetzliche Krankenversicherung |
| GOP | Gebührenordnungsposition |
| HPV | humanes Papillomavirus |
| i.v. | intravenös |
| ICD | International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems |
| PEI | Paul-Ehrlich-Institut |
| PZN | Pharmazentralnummer |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SI-RL | Schutzimpfungs-Richtlinie |
| SSB | Sprechstundenbedarf |
| STIKO | Ständige Impfkommission |

Fragen zu Einzelverordnungen

Arzneimittel 0711 7875-3663
verordnungsberatung@kvbawue.de

Rebekka Christmann, Dr. med. Richard Fux,
Dr. rer. nat. Franziska Leipoldt,
Laura Munninghoff, Susanne Schroh,
Claudia Speier, Dr. rer. nat. Reinhild Trapp

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

Marion Böhm, Kristina Frey, Beate Klaiber,
Martina Mildenberger, Martina Rahner,
Diana Riedel, Ute Seene

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

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

Betreuung Prüfverfahren 0711 7875-3630
pruefverfahren@kvbawue.de

Kerstin Doncev, Aikje Lichtenberger,
Loredana Panai, Rita Wollschläger

Fragen zu Verordnungsstatistiken 0711 7875-3114

Katrin Oswald

Impressum

Verordnungsforum 59
Oktober 2021

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

Kontakt verordnungsforum@kvbawue.de

Redaktion Dr. med. Norbert Metke (verantwortlich),
Dr. med. Richard Fux, Thomas Göckler,
Dr. med. Antje Herold, Dr. med. Dirk Kölblin,
Rebecca Larosa, Swantje Middeldorff, Karen Schmidt,
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp, Dr. med. Michael Viapiano

Autor*innen KVBW Giulia Barassi, Kristina Frey, Dr. med. Richard Fux,
Dr. rer. nat. Franziska Leipoldt, Ulrike Meinzer-Haisch,
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp

Autorin extern Katja Carmele, AOK Baden-Württemberg

Erscheinungstermin Oktober 2021

Gestaltung und Realisation Tanja Peters

Auflage 22.000

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

KVBW

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