



Verordnungsforum 69

APRIL 2024

BLANKOVERORDNUNG IN DER ERGOTHERAPIE
REHASPORT UND FUNKTIONSTRAINING
NEUE THERAPIELEITFÄDEN

Alles Gute.

KVBW 

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Gesundheitswesen erfordert die Umsetzung neuer Regelungen immer viel Zeit. Doch auch wenn die Abstimmungsprozesse mit den zahlreichen Akteuren lange dauern, gibt es am Ende Ergebnisse. Nicht alle sind in unserem Sinne, wie etwa die Legalisierung von Cannabis, die wir aus ärztlich-medizinischer Sicht kritisch sehen müssen. Die Auswirkungen auf Ihre Verordnung sind ein Thema in dieser Ausgabe.

Andere Veränderungen im Gesundheitswesen sind dagegen begrüßenswert: Seit dem 1. April 2024 können Ärzte und Psychotherapeuten Blankoverordnungen für Ergotherapie bei bestimmten Diagnosen ausstellen, was neue Gestaltungsräume eröffnet. Alles dazu erfahren Sie ab Seite 9.

Viel Freude bei der Lektüre wünscht Ihnen

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

Inhalt

4	ARZNEIMITTEL
4	Pharmakologie
4	_ Geeignetes Antidepressivum bei Tamoxifen-Therapie
6	Verordnungspraxis
6	_ Neue Therapieleitfäden
9	HEILMITTEL
9	_ Blankoverordnung in der Ergotherapie
16	SONSTIGE VERORDNUNGEN
16	_ Rehabilitationssport und Funktionstraining
28	SERVICE
28	_ Pharmakotherapie-Beratungsdienste in Baden-Württemberg
30	_ Aktualisierte Wirkstoffliste auf KVBW-Homepage
31	_ Neues auf www.kvbawue.de

Hinweis:

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

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

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



9 Blankverordnung in der Ergotherapie

Zum 1. April 2024 gibt es die Blankverordnung in der Ergotherapie. Welche neuen Verordnungsmöglichkeiten sich daraus ergeben und welche Maßnahmen Ergotherapeuten nun selbst bestimmen und gestalten können, stellen wir Ihnen ausführlich und praxisnah dar.



6 Neue Therapieleitfäden

Zur allergenspezifischen Immuntherapie, Polyposis nasi und zu Fettstoffwechselstörungen gibt es neue Therapieleitfäden der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen.

16 Rehasport und Funktionstraining

Für Menschen mit Behinderungen können Rehasport oder Funktionstraining hilfreich sein. Wir haben für Sie zusammengestellt, wann Sie welche Maßnahme zulasten der GKV verordnen sollten und was dabei zu beachten ist.



Geeignetes Antidepressivum bei Tamoxifen-Therapie

Aus der Praxis erreichte uns die Frage, wann bei der Kombination von Tamoxifen und Sertralin Wechselwirkungen über das CYP2D6-System zu erwarten sind. Die Antwort gibt der Pharmakotherapie-Beratungsdienst des Universitätsklinikums Tübingen.

Anfrage

Eine 54-jährige Patientin wird seit über zwei Jahren wegen einer depressiven Störung mit Sertralin in einer Dosis von 100 mg/Tag behandelt. Nach Diagnose einer Brustkrebs-erkrankung erhält die Patientin seit Kurzem 10 mg Tamoxifen täglich. Der behandelnde Arzt findet in einer auf dem deutschsprachigen Gesundheitsmarkt verfügbaren internet-gestützten Datenbank zur Abfrage von Arzneimittelwechselwirkungen (www.psiac.de) im Zusammenhang mit Psychopharmaka die folgende Information: Das Enzym CYP2D6 führt zur Bildung des aktiven Metaboliten Endoxifen aus Tamoxifen. Bei einer Sertralin-Dosierung von mehr als 150 mg/Tag wird CYP2D6 gehemmt. Eine Beeinträchtigung der Wirksamkeit von Tamoxifen ist damit möglich.

Es stellt sich die Frage, inwieweit bei der tatsächlichen Sertralin-Dosierung von 100 mg/Tag eine klinisch relevante Arzneimittelwechselwirkung ausgeschlossen werden kann und ob eine Blutspiegelkontrolle von Endoxifen erforderlich ist.

Antwort

Verschiedene Faktoren beeinflussen den Metabolismus von Tamoxifen. Dazu zählen v. a. die gleichzeitige Gabe von Medikamenten, die das Enzym CYP2D6 hemmen, aber auch patientenspezifische Faktoren wie genetische Varianten der CYP2D6-Enzyme, die zu einer signifikanten Einschränkung oder zum totalen Verlust der CYP2D6-Enzymaktivität führen.

Die Fachinformation zu Tamoxifen empfiehlt, dass starke, irreversible CYP2D6-Inhibitoren wie das Antidepressivum Paroxetin nicht gleichzeitig mit Tamoxifen verordnet werden sollten [1]. Ähnliches gilt für Fluoxetin:

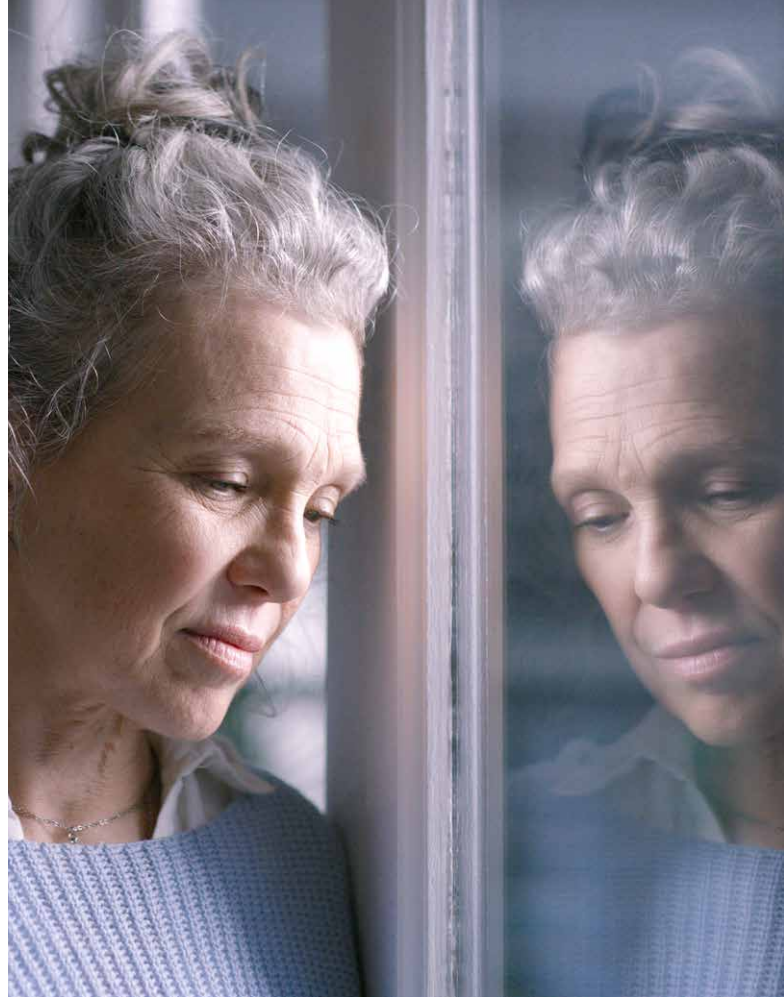
Hier hemmt sowohl das Prodrug Fluoxetin als auch der aktive Fluoxetin-Metabolit Norfluoxetin mit hoher Affinität das CYP2D6-Enzym. Die Inhibition hält auch nach Beendigung der Therapie aufgrund der langen Halbwertszeit ca. zwei bis drei Wochen an [2, 3]. Eine starke Hemmung des CYP2D6-Enzyms z. B. durch Paroxetin führt zu einer bis zu 5-fach erhöhten Plasma-Konzentrations-Zeitkurve von Tamoxifen und in der Folge zu signifikant niedrigeren Endoxifenspiegeln. Eine moderate oder schwache Hemmung von CYP2D6 führt entsprechend zu einer weniger starken Verringerung der Endoxifen-Plasmaspiegel [4, 5]. Aus diesem Grund ist die gleichzeitige Gabe von starken CYP2D6-Inhibitoren mit Tamoxifen zu vermeiden [6].

Weniger eindeutig ist die Empfehlung bei moderaten CYP2D6-Inhibitoren. Sertralin wird als schwacher bis moderater CYP2D6-Inhibitor eingestuft [7]. Eine klinische Studie weist darauf hin, dass ein fast 2-fach erhöhtes Risiko für ein Brustkrebsrezidiv bei einer kombinierten Verordnung von Tamoxifen mit einem moderaten oder potenten CYP2D6-Inhibitor besteht, wohingegen ein schwacher CYP2D6-Hemmstoff keinen Effekt zeigte [4, 8, 9]. In Therapieleitlinien wie z. B. von der Europäischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie (ESMO) wird die Kombination von Sertralin mit Tamoxifen nur unter Vorsicht empfohlen; ein Wechsel auf eine alternative Therapie mit einem Arzneistoff, der CYP2D6 nicht hemmt, sollte bevorzugt werden. Da evidenzbasierte Daten zu einer Dosisanpassung im Falle der Kombination von Sertralin, aber auch von Citalopram mit Tamoxifen bisher fehlen, ist – wenn möglich – auf den Einsatz von moderaten CYP2D6-Inhibitoren wie Sertralin zu verzichten [7, 10, 11].

Da als alternatives Antidepressivum der selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) Venlafaxin mit sehr guter antidepressiver Wirksamkeit eingesetzt werden kann und klinische Studien kein signifikantes klinisches Interaktionspotential mit einer gleichzeitigen Tamoxifengabe zeigten, ist in dem vorliegenden Fall Venlafaxin als Mittel der Wahl zu empfehlen [9, 12]. Damit erübrigt sich auch ggf. das therapeutische Monitoring der Endoxifenspiegel bei gleichzeitiger Gabe von Sertralin.

Literatur

- [1] www.fachinfo.de
- [2] Deodhar M, Al Rihani SB, Arwood MJ et al.: Mechanisms of CYP450 Inhibition: Understanding Drug-Drug Interactions Due to Mechanism-Based Inhibition in Clinical Practice. *Pharmaceutics* 2020; 12(9): 846. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics12090846>
- [3] Deodhar M, Al Rihani SB, Darakjian L, Turgeon J, Michaud V: Assessing the Mechanism of Fluoxetine-Mediated CYP2D6 Inhibition. *Pharmaceutics* 2021; 13(2): 148. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13020148>
- [4] Arafah A, Yakout K, Rehman MU et al.: Prevalence of the co-prescription of tamoxifen and CYP2D6 inhibitors in Saudi population: A cross sectional study. *Saudi Pharm J* 2020; 28(4): 440–4. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2020.02.004>
- [5] Research Center for Drug Evaluation: Drug Development and Drug Interactions | Table of Substrates, Inhibitors and Inducers. FDA, 6. Mai 2023. <https://www.fda.gov/drugs/drug-interactions-labeling/drug-development-and-drug-interactions-table-substrates-inhibitors-and-inducers>
- [6] Cronin-Fenton DP, Lash TL: Clinical epidemiology and pharmacology of CYP2D6 inhibition related to breast cancer outcomes. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2011; 4(3): 363–77. <https://doi.org/10.1586/ecp.11.18>
- [7] Sproule BA, Otton SV, Cheung SW, Zhong XH, Romach MK, Sellers EM: CYP2D6 inhibition in patients treated with sertraline. *J Clin Psychopharmacol* 1997; 17(2): 102–6. <https://doi.org/10.1097/00004714-199704000-00007>
- [8] Aubert RE, Stanek EJ, Yao J et al.: Risk of breast cancer recurrence in women initiating tamoxifen with CYP2D6 inhibitors. *J Clin Oncol* 2009; 27(18) Suppl (20. Juni 2009): CRA508. https://doi.org/10.1200/jco.2009.27.18_suppl.cra508
- [9] Sideras K, Ingle JN, Ames MM et al.: Coprescription of tamoxifen and medications that inhibit CYP2D6. *J Clin Oncol* 2010; 28(16): 2768–76. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.23.8931>. Erratum in: *J Clin Oncol* 2010; 28(21): 3543
- [10] Ozdemir V, Naranjo CA, Herrmann N et al.: The extent and determinants of changes in CYP2D6 and CYP1A2 activities with therapeutic doses of sertraline. *J Clin Psychopharmacol* 1998; 18(1): 55–61. <https://doi.org/10.1097/00004714-199802000-00009>
- [11] Kobayashi K, Ishizuka T, Shimada N, Yoshimura Y, Kamijima K, Chiba K: Sertraline N-demethylation is catalyzed by multiple isoforms of human cytochrome P-450 in vitro. *Drug Metab Dispos* 1999; 27(7): 763–6
- [12] Alfaro CL, Lam YW, Simpson J, Ereshefsky L: CYP2D6 inhibition by fluoxetine, paroxetine, sertraline, and venlafaxine in a cross-over study: intraindividual variability and plasma concentration correlations. *J Clin Pharmacol* 2000; 40(1): 58–66. <https://doi.org/10.1177/00912700022008702>



Neue Therapieleitfäden

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

Zu Immuntherapie und Polyposis nasi

Aktuell wurde der Therapieleitfaden zur **allergenspezifischen Immuntherapie (AIT)** vor dem Hintergrund der Veröffentlichung der neuen S2k-Leitlinie überarbeitet und auch an die Entwicklungen im Rahmen der Therapieallergene-Verordnung (TAV) angepasst. Dieser Therapieleitfaden dient als Richtschnur für ein wirtschaftliches Verordnen von Therapieallergenen für alle allergologisch tätigen Vertragsärzte in Baden-Württemberg.

Außerdem wurde für die Verordnung von Biologika bei **chronischer Rhinosinusitis mit Polyposis nasi (CRSwNP)** ein neuer Therapieleitfaden erarbeitet.

Beiden Therapieleitfäden ist Folgendes gemeinsam: Arzneimitteltherapien gelten in der Regel dann als wirtschaftlich, wenn sie den darin enthaltenen Behandlungskriterien entsprechen und deren Präparateauswahl, Indikationsstellung, Kontrolle und notwendige Dauer patientenbezogen durch ausreichende Dokumentation nachgewiesen wird.

→ Die Therapieleitfäden sind auf der Homepage der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen abrufbar:



www.gpe-bw.de/facharztgruppen

Nachfolgend werden einige ausgewählte Kernpunkte der aktuellen Therapieleitfäden aufgeführt.

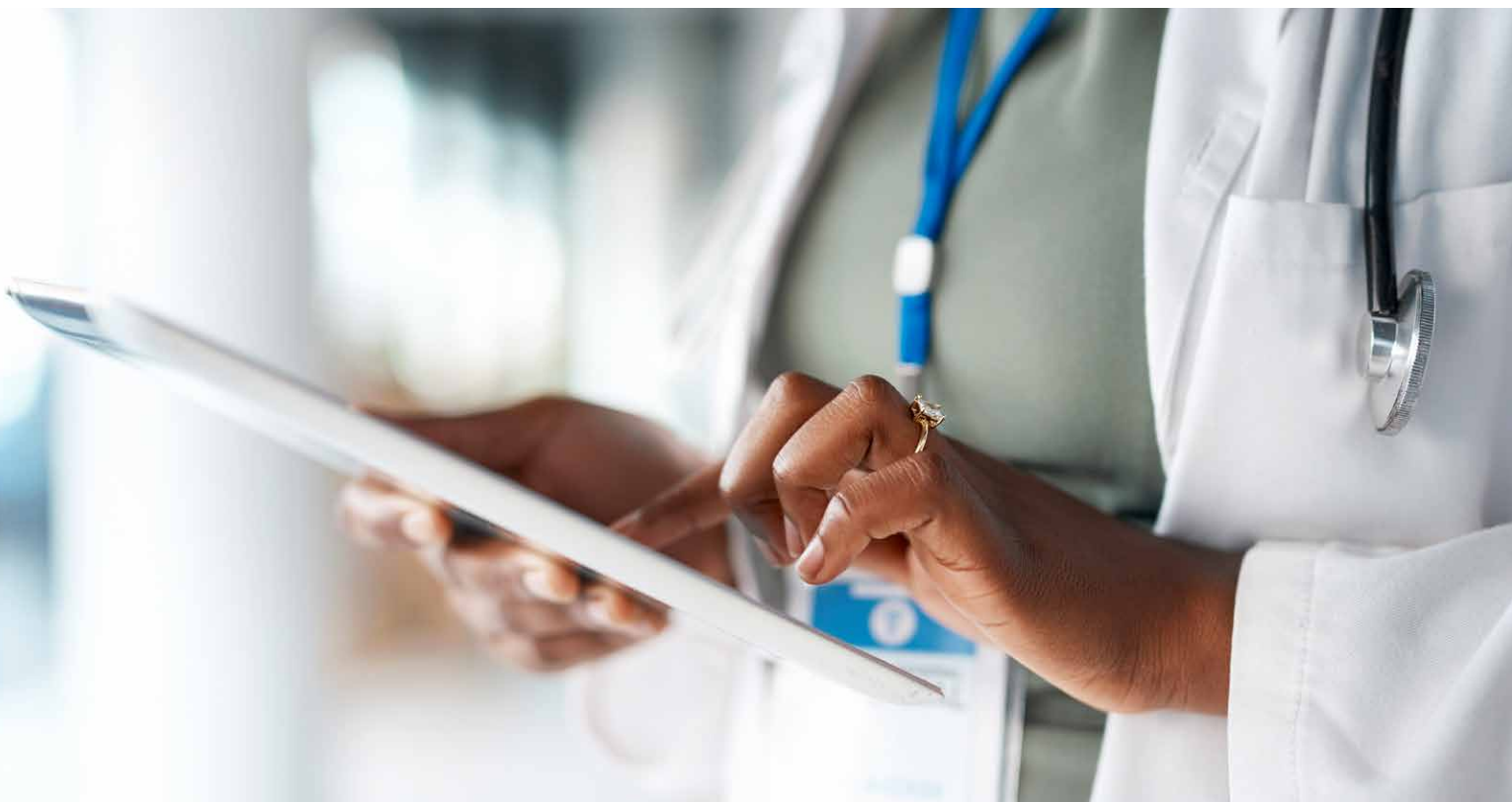
Allergenspezifische Immuntherapie (AIT)

- Neu und auf der ersten Seite des Leitfadens eingefügt ist eine Tabelle, die, regelmäßig aktualisiert, eine schnelle Übersicht zum Stand des Zulassungsstatus der einzelnen Therapieallergene für die Hauptallergene (Gräserpollen, Frühblüherpollen, Hausstaubmilben) gibt.
- Nur bei zugelassenen AIT-Präparaten ist die behördliche Prüfung hinsichtlich Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit abschließend und umfassend erfolgt. Die staatliche Chargenprüfung ist kein Ersatz für die im Zulassungsverfahren umfassend durch Daten aus klinischen Prüfungen zu belegende klinische Wirksamkeit des Therapieallergens.
- Die Auswahl der Applikationsform stellt eine Entscheidung im Einzelfall dar. Neben der Kostenfrage stehen die evidenzbasierte Wirksamkeit und Sicherheit des jeweiligen AIT-Präparats im Fokus.
- Unter Hinweis auf die Ende 2026 auslaufende Übergangsregelung der TAV und die eventuell damit noch verbundenen Marktrücknahmen von Präparaten wird betont, dass bei Neueinstellungen von Therapieallergenen aus den Hauptallergengruppen (s. o.) bevorzugt bereits zugelassene Präparate eingesetzt werden sollen.
- Aus der Verkehrsfähigkeit von Präparaten während der Übergangsregelung im TAV-Prozess leitet sich eine Erstattungsfähigkeit nicht automatisch ab; Prüfanträge können insofern nicht rechtssicher ausgeschlossen werden.
- Die Indikation zur Mehrfachhyposensibilisierung mit zwei oder mehreren homologen Extrakten sollte gut dokumentiert sein und nur bei Patienten mit klinisch eindeutiger und relevanter Symptomatik gestellt werden; eine Sensibilisierung ohne eindeutig dazu passende Symptome rechtfertigt eine AIT nicht. Insbesondere sollte bei Nachweis einer Sensibilisierung gegen perenniale Allergene vor dem Einsatz einer AIT die klinische Relevanz durch eine Provokationstestung (sofern Testsubstanzen vorhanden sind) unter Berücksichtigung der Kontraindikationen überprüft werden.
- Gerade bei Kindern und Jugendlichen als vulnerable Gruppe gilt die Empfehlung, zugelassene Therapieallergene einzusetzen. Der AIT-Therapieleitfaden führt hierzu weiter aus: „Sollte bei den TAV-relevanten Therapieallergenen kein zugelassenes Produkt für die

entsprechende Altersklasse zur Verfügung stehen, kommt der Einsatz eines in einer anderen Altersklasse zugelassenen und somit in der Wirksamkeit und Sicherheit bestätigten Therapieallergens in Betracht, sofern keine medizinischen Gründe dagegensprechen. Der grundsätzliche Haftungsübergang bei einem Off-Label-Use inklusive kritischer Abwägung und Diskussion mit den Eltern, entsprechender Aufklärung und lückenloser Therapiedokumentation bleibt unberührt und gilt uneingeschränkt weiter.“

Chronische Rhinosinusitis mit Polyposis nasi (CRSwNP)

- Zugelassene Biologika (Dupilumab, Omalizumab, Mepolizumab) sind nur bei Erwachsenen mit schwerer, beidseitiger CRSwNP indiziert, die dauerhaft mit intranasalen Kortikosteroiden (INCS) behandelt werden (Add-on-Therapie) und bei denen keine ausreichende Kontrolle der Erkrankung mit systemischen Kortikosteroiden (Schubtherapie) und/oder chirurgischem Eingriff gegeben ist. Die entsprechende Fachinformation ist zu beachten.
- Zur Dokumentation der Indikation gehören eine exakte Diagnose nach ICD-10, der endoskopische Befund (ggf. Bildgebung), die Medikamentenanamnese (INCS/orale CS), die Anamnese bisheriger Operationen und Komorbiditäten (Asthma, allergische Erkrankungen), relative oder absolute Kontraindikationen gegen Operationen sowie der Patientenwille.
- Eine klinisch relevante Polyposis nasi kann beispielsweise anhand nachstehender klinischer Parameter dokumentiert werden:
 - NPS: nasaler Polypenscore (beide Nasenseiten mindestens Score 2)
 - NCS: nasaler Congestionscore (mindestens Score 2)
 - eingeschränkte Lebensqualität (z. B. SNOT-22-Score mindestens 20)
 - VAS: visuelle Analogskala zur Beurteilung der Gesamtschwere der Erkrankung (mindestens 40 mm)
 - Nachweis einer signifikanten Riechstörung mittels Sniffin'-Sticks-Test, UPSIT-Test oder vergleichbarer Riechtestung.



Zu Fettstoffwechselstörungen

Wir möchten Sie außerdem auch auf den überarbeiteten Therapieleitfaden zum Thema „Fettstoffwechselstörungen“ (Version vom 13.12.2023) hinweisen, der auf der Seite



www.gpe-bw.de/facharztgruppen/allgemeinmediziner/fettstoffwechselstoerung

abrufbar ist.



www.gpe-bw.de/fileadmin/user_upload/Fachaerztgruppen/Fettstoffwechselstoerung/20231213_FV01_Fettstoffwechselstoerungen_01.pdf

Den Therapieleitfäden der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen ist gemeinsam, dass Arzneimitteltherapien, die den darin enthaltenen Behandlungskriterien entsprechen und deren Präparateauswahl, Indikationsstellung und Therapiedauer patientenbezogen durch ausreichende Dokumentation nachgewiesen wird, in der Regel als wirtschaftlich gelten.

Es ist wichtig, im Rahmen von Prüfverfahren bei der Stellungnahme oder der Widerspruchsbegründung explizit auf die Einhaltung der Therapieleitfäden hinzuweisen.

Blankverordnung: Neue Verordnungsmöglichkeit in der Ergotherapie

Zum 1. April 2024 ist die Blankverordnung in der Ergotherapie möglich. Es handelt sich hierbei um die sogenannte „Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung“. Ermöglicht wurde dies durch die gesetzliche Regelung des § 125a SGB V. Wir möchten Sie nachfolgend ausführlich über die neue Form der Versorgung sowie deren Anforderungen an die Heilmittelverordnung informieren.

Maßnahmen der Ergotherapie unterstützen Menschen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist es, sie bei Beeinträchtigungen von Aktivitäten, der Teilhabe im Bereich der Selbstversorgung, Mobilität, Alltagsbewältigung sowie Interaktionen und Kommunikation im häuslichen Leben zu unterstützen.

Diese Maßnahmen sind motorisch-funktionelle Behandlung, sensomotorisch-perzeptive Behandlung und Hirnleistungstraining sowie psychisch-funktionelle Behandlung.

Bisher wurden die entsprechenden Heilmittel, unter Angabe der Menge und Therapiefrequenz gemäß Heilmittelkatalog, einzig und allein vom Verordner vorgegeben. Mit der sogenannten **Blankverordnung** wird die bisherige Regelversorgung um eine weitere Säule in der Heilmittelversorgung ergänzt und das Procedere dadurch geändert. Die Leistungserbringer, in dem Fall **die Ergotherapeuten**, erhalten demnach **mehr Versorgungsverantwortung** und können **die Durchführung von ergotherapeutischen Maßnahmen** unter bestimmten Voraussetzungen **selbst bestimmen und gestalten**. Maßgeblich für die Einführung der Blankverordnung war die Entscheidung der Heilmittel-Schiedsstelle, die den Vertrag zwischen den Berufsverbänden der Ergotherapeuten und dem GKV-Spitzenverband im Dezember 2023 festgesetzt hat.

Seit **1. April 2024** können Ärzte und Psychotherapeuten bei den **nachfolgend aufgeführten drei Diagnosegruppen** der Ergotherapie erstmalig Blankverordnungen gemäß Heilmittel-Richtlinie in Verbindung mit dem Vertrag nach § 125a SGB V ausstellen [1-3]. Folglich verordnen sie kein konkretes Heilmittel mehr.

Die Einschränkung, dass Psychotherapeuten nur bei bestimmten Diagnosen Ergotherapie verordnen dürfen, gilt bei der Blankverordnung ebenfalls.



Diagnosegruppen

Blankverordnung nur durch Ärzte: Die Rede ist hier von der **Diagnosegruppe SB1** bei Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten mit motorisch-funktionellen Schädigungen.

Blankverordnung durch Ärzte und Psychotherapeuten: Hierbei handelt es sich um die **Diagnosegruppe PS3** bei wahnhaften und affektiven Störungen und Abhängigkeitserkrankungen. Außerdem ist die Blankverordnung bei dementiellen Syndromen unter Angabe der **Diagnosegruppe PS4** möglich.

Tabelle 1: Informationen zu den seit 01.04.2024 möglichen Blankoverordnungen [4, 5]

Diagnosegruppe	SB1	PS3	PS4
Inhalt	Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen)	Wahnhafte und affektive Störungen, Abhängigkeitserkrankungen	Dementielle Syndrome
Beispieldiagnosen	Degenerative oder traumatische Gelenkerkrankungen, entzündlich-rheumatische Erkrankungen, Wirbelsäulenfrakturen, Schultersteife, Endoprothesenimplantation	Schizophrenes Residuum, depressive Störungen, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Morbus Alzheimer; insbesondere im Stadium der leichten Demenz
Leitsymptomatik	Schädigung der Wirbelsäulen- und Gelenkfunktion (z. B. Beweglichkeit, Stabilität, Haltungskontrolle), Schädigung der Muskelfunktion (z. B. Ausdauer, Koordination)	Schädigung der globalen mentalen Funktionen (z. B. Qualität des Bewusstseins, Antrieb), Schädigung der spezifischen mentalen Funktionen (z. B. Aufmerksamkeit, Verhalten, Selbstwahrnehmung)	Schädigung der globalen mentalen Funktionen (z. B. Orientierung, Antrieb), Schädigung der spezifischen mentalen Funktionen (z. B. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Schlaf, Verhalten)
Verordnungsfähige vorrangige Heilmittel	Motorisch-funktionelle Behandlung	Psychisch-funktionelle Behandlung, Hirnleistungstraining	Hirnleistungstraining, psychisch-funktionelle Behandlung
Höchstmenge je VO*	Bis zu 10x/VO	Bis zu 20x/VO	Bis zu 10x/VO
Orientierende Behandlungsmenge*	Bis zu 20 Einheiten	Bis zu 40 Einheiten	Bis zu 40 Einheiten
Frequenzempfehlung*	1–3x wöchentlich	1–3x wöchentlich	1–3x wöchentlich
Wer verordnet?	Nur Ärzte. Keine (Blanko-)Verordnung durch Psychotherapeuten möglich	Ärzte, Psychotherapeuten	Ärzte, Psychotherapeuten
Wer entscheidet, ob Blankoverordnung?	Grundsätzliche Entscheidung des behandelnden Arztes	Grundsätzliche Entscheidung des behandelnden Arztes/Psychotherapeuten	Grundsätzliche Entscheidung des behandelnden Arztes/Psychotherapeuten
Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit bei Blankoverordnung	Bei Blankoverordnungen tragen die Ergotherapeuten die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit (für Maßnahmen und Dauer einer Behandlungseinheit sowie Menge und Therapiefrequenz), nicht die verordnende Praxis.		

* Diese Angaben gelten für Verordnungen gemäß Regelversorgung auf Basis des Heilmittelkatalogs, die keine Blankoverordnungen sind

Blankoverordnung: ja oder nein?

Der Arzt oder Psychotherapeut entscheidet grundsätzlich darüber, ob es bei den aufgeführten Indikationen zu einer Blankoverordnung oder einer konventionellen Verordnung kommt. In medizinisch begründeten Einzelfällen kann durchaus von einer Blankoverordnung abgesehen werden. Ist dies der Fall, wird wie bisher verordnet.

Entscheidet sich der verordnende Arzt oder Psychotherapeut für eine Blankoverordnung, übernehmen Ergotherapeuten als Leistungserbringer die erweiterte Versorgungsverantwortung für Maßnahmen, Menge und Frequenz der ergotherapeutischen Behandlung. Sie bestimmen außerdem auch über die Dauer einer Behandlungseinheit. Die Therapiezeit pro Behandlungstermin beträgt mindestens 30 und höchstens 180 Minuten. Pro Behandlungstermin kann zusätzlich ein Zeitintervall von 15 Minuten für Vor- und Nachberei-

tung sowie Verlaufsdocumentation durch den Therapeuten erbracht werden.

Das Praxisverwaltungssystem (PVS) erkennt durch die eingegebene Diagnosegruppe, ob eine Blankoverordnung ausgestellt werden kann. Daraufhin fordert es den Arzt/ Psychotherapeuten mit einem Hinweis zur Entscheidung auf, ob eine Blankoverordnung erfolgen soll oder nicht. Dieser Hinweis lautet wie folgt:

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

Eine dieser beiden Antwortmöglichkeiten entscheidet über den weiteren Verlauf der Verordnung:

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

oder

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

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

Verordnungsfomalismus bei Blankoverordnungen

Im Rahmen der Blankoverordnung verzichtet der Verordner auf nachfolgende Angaben auf dem Muster 13 – diese Felder werden demnach frei gelassen:

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

Neben dem Personalienfeld sind bei einer Blankoverordnung weiterhin folgende Felder auf dem Muster 13 anzugeben [6]:

- Die behandlungsrelevante(n) Diagnose(n) (ICD-10-Code)
- Diagnosegruppe (SB1/PS3/PS4)
- Leitsymptomatik
- Hausbesuch (ja/nein)
- Bei Bedarf der Therapiebericht
- Bei Bedarf der dringliche Behandlungsbedarf

Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code	
<input type="text"/>	
Diagnosegruppe SB1	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik <input type="checkbox"/>
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)	
<input type="text"/>	
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	
Heilmittel	Behandlungseinheiten
BLANKOVERORDNUNG	
Ergänzendes Heilmittel	
<input type="text"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> Therapiebericht	Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen	Therapiefrequenz <input type="text"/>

Therapiebericht

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

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

- Geplantes Therapieziel
- Darstellung der erzielten Behandlungsergebnisse
- Angewandte Heilmittel und Anzahl der Behandlungstermine
- Angabe der erbrachten Zeitintervalle pro Blankverordnung
- Angabe der Therapiefrequenz

Gültigkeit der Blankverordnung

Eine Blankverordnung ist **ab dem Verordnungsdatum maximal 16 Wochen gültig**. Die Frist beginnt am Tag nach der Ausstellung der Verordnung (Tag der Ausstellung = Tag „0“, der Folgetag ist Tag „1“). Eine etwaige Unterbrechung von länger als 14 Kalendertagen innerhalb der 16-Wochen-Frist führt nicht zur Verlängerung der Gültigkeit. Ein erneuter Arzt-Patienten-Kontakt soll dadurch sichergestellt werden.

Innerhalb dieser Frist entscheidet der Ergotherapeut über die Behandlung und wählt das entsprechende Heilmittel aus. Ebenso entscheidet er über deren Menge und Intensität. Der Arzt oder Psychotherapeut entscheidet anschließend über eine eventuelle weitere Behandlung und erneute Verordnung.

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

Weitere Besonderheiten der Blankverordnung

- **Parallele Verordnungen** mit oder ohne erweiterte Versorgungsverantwortung für unterschiedliche Diagnosen (ICD-10 zweistellig, z. B. F6, F7) und/oder unterschiedliche Diagnosegruppen sind möglich.
- **Mehrere zeitlich aufeinanderfolgende Verordnungen** mit oder ohne erweiterte Versorgungsverantwortung zur selben Diagnose (ICD-10 zweistellig) und zur selben Diagnosegruppe sind grundsätzlich möglich. Dabei sind die Gültigkeits- und Beginnfristen zu beachten.
- **Telemedizinische Leistungen** (Videobehandlung durch den Therapeuten) sind auch im Rahmen der Blankverordnung möglich.
- **Für Verordnungen zu Diagnosen des langfristigen Heilmittelbedarfs (LF)** (gemäß § 8 HeilM-RL) sowie für **Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, die einen besonderen Verordnungsbedarf (BVB) begründen**, ist das Ausstellen einer Blankverordnung möglich.
- **Vorliegende Genehmigungen durch die Krankenkasse für einen individuellen langfristigen Heilmittelbedarf** gelten in diesen betreffenden Diagnosegruppen weiter und werden durch das Ausstellen einer Blankverordnung nicht aufgehoben.

Der Vertrag nach § 125a SGB V zur Blankverordnung in der Ergotherapie gilt nicht für:

- Krankenhäuser
- Rehabilitationseinrichtungen
- und ihnen vergleichbare Einrichtungen.
- Es dürfen keine Blankverordnungen im Rahmen des Entlassmanagements ausgestellt werden.

Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit

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

Die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit von Menge, Art und Intensität der Behandlung tragen die behandelnden Ergotherapeuten.

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

Exkurs: Wirtschaftlichkeit – Einführung eines Ampelsystems für Ergotherapeuten

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

- Das Ampelsystem ist ein Abrechnungsmechanismus, der durch die Krankenkassen im Nachgang bei der Abrechnung zum Tragen kommt.
- Die Festlegung der Anzahl der Zeitintervalle der drei verschiedenen Ampelphasen „grün“, „gelb“ und „rot“ erfolgte in Anlehnung an die Heilmittel-Richtlinie in Verbindung mit dem angenommenen Versorgungsbedarf für die Patienten unter Berücksichtigung der Gültigkeit einer Blankoverordnung von maximal 16 Wochen.
- Das Ampelsystem und seine Maßnahmen sind mit der Zielsetzung ausgewählt worden, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.
- Für Verordnungen zu Diagnosen des langfristigen Heilmittelbedarfs (gemäß § 8 HeilM-RL) sowie für Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, die einen besonderen Ordnungsbedarf begründen, gelten die Regelungen der Ampelphasen nicht.
- Wenn das angestrebte Therapieziel im Verlauf der Therapie erreicht wird, wird die Therapie beendet.

Prüfpflicht der Therapeuten

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

Was ist zu tun, wenn notwendige Angaben auf einer (Blanko-)Verordnung fehlerhaft oder unvollständig sind?

Nachfolgend zeigen wir Ihnen entsprechende Korrekturmöglichkeiten auf für den Fall, dass Verordnungen nachträglich geändert werden müssen.

- Ist eine Verordnung einer Blankoverordnung zugeordnet und der Arzt oder Psychotherapeut macht trotzdem weitere Angaben zur Menge und/oder Therapiefrequenz auf dem Muster 13, müssen diese vom Therapeuten nicht berücksichtigt werden.
- Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs“

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Heilmittel	Behandlungseinheiten
BLANKOVERORDNUNG	
Ergänzendes Heilmittel	

Im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs“ wird vom Arzt oder Psychotherapeut der Text „BLANKOVERORDNUNG“ eingetragen.

- Fehlt der Text „BLANKOVERORDNUNG“ und es wurden keine oder nur einzelne Angaben z. B. zu Behandlungseinheiten und/oder Intensität gemacht, muss der Therapeut mit dem Verordner – vor Beginn der Therapie – Rücksprache halten und eine Klärung herbeiführen.
- Ist die Verordnung nach Rücksprache einer Blankoverordnung zuzuordnen, hat der Arzt oder Psychotherapeut den Text „BLANKOVERORDNUNG“ zu ergänzen und das Muster 13 erneut mit Datumsangabe zu unterschreiben.

- Feld „Diagnosegruppe“

Diagnose-
gruppe

Der Verordner muss eine der drei vereinbarten Diagnosegruppen (SB1, PS3, PS4) auf dem Muster 13 angeben.

- Liegt dem Patienten eine vom Arzt oder Psychotherapeuten ausgestellte Blankoverordnung aufgrund einer nicht vereinbarten Diagnosegruppe vor, unterliegt die Verordnung der konventionellen Heilmittelversorgung. In diesem Fall müssen die fehlenden Angaben auf dem Muster 13 ergänzt und der Text „BLANKOVERORDNUNG“ gestrichen oder gegebenenfalls eine neue Verordnung ausgestellt werden.
- Fehlt die Angabe einer korrekten Diagnosegruppe zur Blankoverordnung oder ist diese ersichtlich falsch, muss der Arzt oder Psychotherapeut diese mit erneuter Unterschrift und Datumsangabe ergänzen oder ändern.

Blick über den Tellerrand

Wie hoch ist eigentlich der Anteil der Diagnosegruppen an der gesamten Ergotherapie-Versorgung?

Laut Mitteilung der KBV machen Verordnungen der drei Diagnosegruppen anteilig ca. 20 % an der Ergotherapie-Versorgung des Jahres 2022 aus. Dies verteilt sich wie folgt unter den drei Diagnosegruppen:

- Diagnosegruppe SB1 bei Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten mit motorisch-funktionellen Schädigungen: 6,11 %
- Diagnosegruppe PS3 bei wahnhaften und affektiven Störungen und Abhängigkeitserkrankungen: 4,5 %
- Diagnosegruppe PS4 bei dementiellen Syndromen: 9,26 %

Ausblick

Zukünftig soll die Möglichkeit einer Blankoverordnung für Ergotherapie auch für die Diagnosegruppen der pädiatrischen Versorgung geschaffen werden. Auch bei anderen Heilmitteln, wie z. B. im Rahmen der Physiotherapie, soll künftig eine Blankoverordnung möglich sein. In den Heilmittelbereichen Podologie und Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sind kurzfristig keine Verträge zur Blankoverordnung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden zu erwarten.

Fazit

- Die Blankoverordnung ist nur bei den Diagnosegruppen SB1, PS3 und PS4 möglich (für psychologische Psychotherapeuten: nur PS3 und PS4).
- Eine vertraglich vereinbarte Diagnosegruppe und die Angabe „BLANKOVERORDNUNG“ identifizieren eindeutig eine Blankoverordnung.
- Das Formular Muster 13 bleibt unverändert.
- Der Arzt oder Psychotherapeut entscheidet, ob eine Blanko- oder eine konventionelle Verordnung ausgestellt wird.
- Bei der Ausstellung einer Blankoverordnung wird auf bestimmte Angaben (Heilmittel, Anzahl der Behandlungseinheiten und Therapiefrequenz) verzichtet.
- Die Gültigkeit der Blankoverordnung beträgt maximal 16 Wochen ab Ausstellungsdatum. Beginnfrist: 28 bzw. 14 Kalendertage (bei dringlichem Behandlungsbedarf).
- Die Verordnungskosten aus Blankoverordnungen fließen nicht in das Heilmittel-Verordnungsvolumen der Praxis ein und unterliegen nicht der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Literatur

- [1] GKV-Spitzenverband: Vereinbarungen im Bereich Ergotherapie. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/125_ergo/125_ergotherapie.jsp
- [2] GKV Heilmittel: Verträge nach § 125 SGB V. https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_heilmittelerbringer/vertraege/vertraege.jsp
- [3] GKV-Spitzenverband: Anlage 1 – Indikationsspezifische Anlage für die Diagnosegruppen PS3, PS4 und SB1 zum Vertrag nach § 125a SGB V über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in der Ergotherapie und deren Vergütung vom 01.04.2024. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_nach_125a/ergo/20240215_Ergo_Anlage_1_indikationssp.Anlage_nach_125a_SGB_V.bf.pdf
- [4] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie über die Versorgung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 19. Mai 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 96 (S. 2247) vom 30. Juni 2011, in Kraft getreten am 1. Juli 2011, zuletzt geändert am 19. Januar 2023, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 11.04.2023 B1), in Kraft getreten am 12. April 2023. <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>
- [5] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Ergotherapie (PraxisInfo, Stand: März 2024). https://www.kbv.de/media/sp/PraxisInfo_Ergotherapie_Blankverordnung.pdf
- [6] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Ausfüllhilfe Muster 13. <https://www.kvbawue.de/pdf3640>

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Wo liegt der Unterschied zwischen Rehabilitationssport (kurz „Rehasport“ genannt) und dem Funktionstraining? Was sind die Inhalte und Ziele der einzelnen Maßnahmen, und was ist bei einer Verordnung zulasten der GKV zu beachten? Wir bringen Licht ins Dunkel.



Ziel und Zweck

Rehasport und Funktionstraining kommen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderungen bedrohte Menschen in Betracht. Es handelt sich bei beidem um ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. In der Vergangenheit standen die Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Menschen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung im Mittelpunkt. Heute dienen die Maßnahmen darüber hinaus dazu, den Menschen sozial und psychisch zu stabilisieren und ihm zum einen die soziale Teilhabe in der Gesellschaft und zum anderen die berufliche Teilhabe am Arbeitsleben möglichst dauerhaft zu ermöglichen und sicherzustellen.

Hilfe zur Selbsthilfe: Sowohl beim Rehasport als auch beim Funktionstraining sollen Betroffene u. a. Selbsthilfepotenziale aktivieren können. Damit kann der Alltag wieder besser bewältigt werden, wodurch auch die allgemeine Lebensqualität steigen kann. Patienten sollen für die eigene Gesundheit Verantwortung übernehmen und insoweit moti-

viert sein, dass langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstrainings fortgeführt werden (z. B. durch weitere sportliche Betätigung in der bisherigen Gruppe oder im Verein auf eigene Kosten). Darüber hinaus können die Maßnahmen den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und Schmerzen reduziert werden. Insbesondere durch die Gruppendynamik werden positive Effekte zur psychischen Verfassung, Motivation zum Bewegen und Freude durch Gemeinschaft erzielt. Hauptsächlich kann mit Rehasport und Funktionstraining eine Verbesserung von Ausdauer, Stabilität, Beweglichkeit, Koordination und Gleichgewicht erzielt werden. Daneben kann die Funktionsweise einzelner Organe oder Körperteile verbessert werden. Nicht zuletzt kann dabei in vielen Fällen, z. B. bei Multimorbidität, durch regelmäßiges Trainieren eine Reduktion von Risikofaktoren und Medikamenteneinnahmen erreicht werden.

Hintergrund

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) ist ein Zusammenschluss der Reha-Träger. Ihre Mitglieder sind u. a. Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesländer. Die Reha-Träger haben mit einzelnen Verbänden eine Rahmenvereinbarung über den Rehasport und das Funktionstraining abgeschlossen.

Auf Grundlage von § 64 SGB IX und § 43 SGB V erbringen die Reha-Träger Rehasport und Funktionstraining als ergänzende Leistung zur Rehabilitation. Zur Sicherstellung einer einheitlichen Leistungserbringung ist mit den Verbänden eine Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining auf Ebene der BAR geschlossen worden.

Die BAR fördert seit 1969 im gegliederten Sozialleistungssystem die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Sie koordiniert und unterstützt dabei das Zusammenwirken der Reha-Träger.

In der Rahmenvereinbarung [1] sind sämtliche Einzelheiten zu finden, die für verordnende Ärzte relevant sind.

Rehabilitationssport (Rehasport)

Rehasport umfasst bewegungstherapeutische Übungen, welche ausschließlich in Gruppen und unter fachkundiger Leitung zu regelmäßigen Terminen durchgeführt werden. Betroffenen wird es dabei ermöglicht, das Rehabilitationsziel zu erreichen, zu sichern und das Risiko von eventuell auftretenden Folgeschäden zu verringern.

Dabei fließen auch sportwissenschaftliche und pädagogische Aspekte mit ein. Die Übungen werden längerfristig durchgeführt mit dem Ziel, die Belastung dauerhaft zu minimieren und die Lebensqualität zu steigern. Rehasport kann dazu beitragen, Akutphasen zu überbrücken und die Wiedereingliederung in den Alltag zu erleichtern.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Rehasport eine Maßnahme zur Nachsorge. Dabei soll die weitere Genesung nach einer medizinischen Rehabilitation vorangetrieben werden. Rehasport wird deshalb denjenigen verordnet, die sich bereits in ärztlicher Behandlung befinden.

Nach Ablauf eines Ordnungszeitraumes (siehe Tabelle 1) soll man wieder aktiv am Sport teilnehmen können bzw. weniger Schmerzen haben. Da Rehasport eine Hilfe zur Selbsthilfe ist, sollen die Mittel des Sports eine gesunde Alternative zur Heilmittelbehandlung bieten. Deshalb soll Rehasport bzw. das Therapiekonzept nicht als „Wundermittel“, sondern als eine gesundheitsfördernde Maßnahme zur Rehabilitation angesehen werden.

Allein schon durch die Tatsache, dass Rehasport bereits im Kindesalter (ab 3–6 Jahren) durchgeführt werden kann und die Übungen sowohl im Trockenen als auch im Wasser angeboten werden, eignet sich dieser für einen großen Personenkreis. Das ist auch ein Grund, weshalb es so ein umfangreiches Rehasport-Angebot gibt. Um nur ein paar Beispiele für individuelle Programme zu nennen:

- Sport nach Krebs (z. B. „Sport trotz Krebs“; Anmerkung: Sport nach Krebs gehört zu einer der am häufigsten vertretenen Rehasport-Arten).
- Diabetes-/Gefäßsport (damit sollen beispielsweise Durchblutungsstörungen verbessert und eine schmerz-

freie Bewegung ermöglicht oder eine Optimierung des Stoffwechsels erreicht werden. Dadurch können Risikofaktoren nachhaltig gesenkt werden).

- Herz- oder Lungensport (z. B. Vermindern von Atemnot oder Vorbeugen von Verschlechterungen, auch um beispielsweise erneuten Krankenhausaufenthalten entgegenzuwirken).
- Kinder-Rehasport (z. B. „Teilhabe VEREINFacht“)

Rehasportarten sind unter anderem:

- Gymnastik (trocken oder auch im Wasser)
- Schwimmen
- Bewegungsspiele in Gruppen
- Ausdauer- und Kraftausdauerübungen (früher „Leichtathletik“; mit der Umbenennung wurde ein größeres Leistungsspektrum ermöglicht).
- Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins bei von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen
- Bogenschießen für Menschen im Rollstuhl
- Sportkegeln für blinde Menschen

Funktionstraining

Auch hier soll die dauerhafte Eingliederung in die Gesellschaft sowie in das Arbeitsleben nach einer medizinischen Rehabilitation ermöglicht werden. Funktionstraining kann bei Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen der Stütz- und Bewegungsorgane angezeigt sein. Gleichzeitig kann es als ein bewegungstherapeutisches Konzept rheumatischer Erkrankungen vorbeugen. Das wesentliche Ziel ist es, Körperfunktionen oder -strukturen zu verbessern bzw. zu erhalten. Außerdem sollen Funktionsstörungen sowie -verluste einzelner Organsysteme oder Körperteile (hauptsächlich am Bewegungsapparat) hinausgezögert werden.

Darüber hinaus verfolgt das Therapiekonzept des Funktionstrainings klassische Gesundheitsziele wie ein Verbessern der Mobilität, langfristige Hilfe zur Selbsthilfe sowie das Stärken des Selbstbewusstseins.

Es findet, analog zum Rehasport, ausschließlich in Gruppen zu festgelegten Terminen statt. Durch die Pflicht

zur Gruppentherapie wird zudem der Austausch mit anderen Patienten gefördert. Dies soll einen motivierenden Effekt bewirken und zu einer positiven Gruppendynamik beitragen.

In diesem Zusammenhang wird bevorzugt auf Einsatzmittel der Krankengymnastik und/oder Ergotherapie gesetzt. Die Voraussetzung dafür ist, dass die behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen über die notwendige Mobilität sowie die physische und psychische Belastbarkeit für die bewegungstherapeutischen Übungseinheiten verfügen.

Funktionstrainingsarten sind:

- Trockengymnastik und
- Wassergymnastik

Hinweis: Beides kann bei medizinischer Notwendigkeit miteinander kombiniert werden.

Um den Funktionserhalt von Strukturen des Bewegungsapparates zu sichern, gibt es das Funktionstraining auch als Wassergymnastik. Der Grund: Vielen Patienten fallen die Übungen im Wasser leichter. Daher finden einige Kurse in (öffentlichen) Schwimmbädern statt. Häufig kommen dabei ergänzend z. B. Schwimnudeln, Wasserbretter oder kleine Hanteln zum Einsatz.

Daneben können weitere Maßnahmen Bestandteil des Funktionstrainings sein, wie zum Beispiel durch Gelenkschutzmaßnahmen einen bewussten belastungs- und kraftsparenden Gebrauch zu erzielen sowie den Einsatz von Hilfsmitteln im Alltag durch Bewegungsübungen zu stärken. Dabei kann auch das Einüben im Gebrauch technischer Hilfsmittel oder von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens („Alltagsgegenstände“) zum Einsatz kommen.

Das Konzept von Funktionstraining wurde durch eine Kooperation der Deutschen Rheuma-Liga und mehreren (Gesundheits-)Experten ins Leben gerufen. Dabei ist Funktionstraining speziell für Menschen mit einer rheumatischen oder muskuloskelettalen Erkrankung entwickelt worden. Dazu gehören entzündliche und degenerative Erkrankungen

der Gelenke und der Wirbelsäule und chronische Schmerzzustände.

Indikationen für Funktionstraining sind:

- Fibromyalgie-Syndrom
- Kollagenosen
- Morbus Bechterew
- Osteoporose
- schwere Polyarthrosen
- Psoriasis-Arthritis
- Rheumatoide Arthritis

Für eine Teilnahme am Funktionstraining besteht keinerlei Verpflichtung, wie z. B. ein Abschluss einer festen Mitgliedschaft. Alternativ kann man z. B. auch als „Selbstzahler“ am Funktionstraining teilnehmen oder Bewegungsangebote beispielsweise der Deutschen Rheuma-Liga in Anspruch nehmen. In diesem Fall wird mit dem Dienstleister ein entsprechender Behandlungsvertrag abgeschlossen.

Rehasport/Funktionstraining versus Heilmittel

Rehasport oder Funktionstraining wird bei Bedarf vom behandelnden Arzt verordnet und fließt als ergänzende Maßnahme zur Rehabilitation nicht in das Heilmittel-Richtwertvolumen. Dabei muss beachtet werden, dass beide Maßnahmen keine Leistungen einer Physio- oder Ergotherapie (sowohl als Einzel- als auch Gruppenbehandlungen) ersetzen. Rehasport und Funktionstraining haben, im Besonderen gemäß den nach SGB IX definierten ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (§ 64), grundsätzlich unterschiedliche Therapiekonzepte im Gegensatz zu einer Heilmittelverordnung.

Dagegen ist einer Heilmittel- und Rehasport-Verordnung gemeinsam, dass Patienten durch eigenverantwortliche Maßnahmen befähigt werden, z. B. durch Erlernen eines Eigenübungsprogrammes, durch allgemeine sportliche Betätigung oder Änderung der persönlichen Lebensführung, beide Maßnahmen eigenverantwortlich fortzuführen.

Tabelle 1: Vergleich von Rehasport und Funktionstraining als GKV-Leistung

	Rehasport	Funktionstraining
Ziel	Hier setzt man auf den klassischen Sport, wie Gymnastik oder Bewegungsspiele, mit dem Ziel, u. a. mehr Kraft, Ausdauer oder auch Koordination zu erhalten.	Zielt auf bestimmte Körperfunktionen bzw. -strukturen durch Einsatzmittel aus Ergotherapie und Krankengymnastik ab.
Übungsgruppe/-leiter	Voraussetzung: Durchführung durch einen Übungsleiter mit entsprechendem Qualifikationsnachweis. Die einzelne Übungsgruppe muss anerkannt sein. Weitere Hinweise zur Anerkennung von Rehasport- und Funktionstrainingsgruppen und zu den entsprechenden Voraussetzungen der Leistungserbringer sind der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung zu entnehmen.	
Maximale Gruppengröße	In der Regel 15 Teilnehmer je Übungsleiter <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Rehasport in Herzgruppen 20 Teilnehmer ▪ Bei Herzinsuffizienzgruppen 12 Teilnehmer ▪ Bei Rehasport in Gruppen mit schwerstbehinderten Menschen 7 Teilnehmer ▪ Bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins 12 Teilnehmer ▪ Die Gruppengröße in Kindergruppen beträgt beim Rehasport 10 Kinder bzw. bei Schwerstbehinderten 5 Kinder Nur als Gruppentraining.	In der Regel 15 Teilnehmer je Übungsleiter <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Gruppengröße in Kindergruppen beträgt beim Funktionstraining 10 Kinder bzw. bei Schwerstbehinderten 5 Kinder
Institutionen / Dachverbände	In Baden-Württemberg sind hauptsächlich die regionalen Behindertensportverbände zuständig.	U. a. Deutsche Rheuma-Liga, Bundesselbsthilfverband für Osteoporose, Osteoporose-Selbsthilfgruppen-Dachverband und die Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew oder deren Landesverbände.
Kostenträger	Zuständige Kostenträger sind die gesetzlichen Sozialversicherungsträger wie zum Beispiel die Krankenkassen. Daneben können auch die Rentenversicherung im Anschluss an eine von ihr erbrachte medizinische Rehabilitationsleistung oder die Unfallversicherung Kostenträger sein.	
Ort / Durchführung	Da sowohl Trocken- als auch Wassergymnastik zum Einsatz kommen, findet Rehasport in Einrichtungen statt, welche über geeignete Trainingsflächen (auch im Freien) und über ein Schwimmbecken verfügen. Jeder offizielle Rehasport-Standort muss anerkannt bzw. die Kursgruppe zertifiziert sein. Deshalb sind die meisten Rehasport-Anbieter <ul style="list-style-type: none"> ▪ (Reha-)Sportvereine ▪ Physiotherapiepraxen ▪ Fitness- und Gesundheitsstudios 	Zum Beispiel in Sportvereinen oder Selbsthilfgruppen, welche sich auf das jeweilige Krankheitsbild spezialisiert haben, wie etwa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deutsche Rheuma-Liga ▪ Bundesselbsthilfverband für Osteoporose ▪ Osteoporose-Selbsthilfgruppen-Dachverband ▪ Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew
Dauer der Übungseinheit	In der Regel 45 Minuten (Ausnahme: 60 Minuten, z. B. bei Herzsportgruppen)	Minstdauer pro Einheit: 15 Minuten (Wassergymnastik) oder 30 Minuten (Trockengymnastik)
Gültigkeit der Verordnung	In der Regel wird die Verordnung durch die Krankenkasse einmal bewilligt. Die Gültigkeit der Verordnung ist dabei unterschiedlich festgelegt. Einige Krankenkassen verzichten auf die vorherige Genehmigung.	

	Rehasport	Funktionstraining
Anzahl Übungseinheiten pro Verordnungszeitraum	<p>In der Regel werden 50 Übungseinheiten für einen Zeitraum von 18 Monaten verordnet. Bei schweren Beeinträchtigungen können 120 Übungseinheiten in 36 Monaten verordnet werden.</p> <p>Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins sind in der Regel mit 28 Übungseinheiten vorgesehen.</p> <p>Die Angaben zum Leistungsumfang sind Richtwerte, von denen im erforderlichen Einzelfall abgewichen werden kann. Eine Abweichung von den Richtwerten ist unter folgendem Feld einzutragen:</p> <p>Abweichung von oben genannten Richtwerten</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining</p>	<p>Bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität durch die chronisch entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ist ein längerer Verordnungszeitraum von 24 Monaten (Richtwert) statt 12 Monaten (Richtwert) möglich. Ebenso ist eine längere Leistungsdauer möglich in Fällen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen.</p> <p>Voraussetzung dafür ist, dass eine langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.</p> <p>Die Angaben zum Leistungsumfang sind Richtwerte, von denen im erforderlichen Einzelfall abgewichen werden kann. Eine Abweichung von den Richtwerten ist unter folgendem Feld einzutragen:</p> <p>Abweichung von oben genannten Richtwerten</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining</p>
Anzahl Übungseinheiten pro Woche	<p>Der Vertragsarzt legt die Anzahl der Übungsveranstaltungen (in der Regel 1–2x pro Woche) fest. Eine Anzahl von 3x pro Woche ist nur mit ärztlicher Begründung verordnungsfähig.</p> <p>Auch bei einer kombinierten Verordnung von Wasser- und Trockengymnastik im Rahmen des Funktionstrainings beträgt die Anzahl maximal 3 Übungseinheiten pro Woche.</p>	
Besonderheiten	<p>Beim herkömmlichen Rehasport und Funktionstraining (nach § 64 SGB IX) ist das Training an Geräten kein Bestandteil der ärztlichen Verordnung.</p> <p>Allerdings können kostenpflichtige Zusatzleistungen, wie z. B. ergänzendes Gerätetraining oder alternative Sportkurse, vom Patienten selbst übernommen werden.</p> <p>Grundsätzlich darf jedoch eine Teilnahme an den beiden Maßnahmen nicht an eine (feste) Mitgliedschaft gekoppelt sein.</p>	
Wer darf verordnen?	<p>Die Verordnungsfähigkeit zulasten der GKV ist nicht auf bestimmte Facharztgruppen beschränkt. Jeder Vertragsarzt ist befugt, eine Rehasport- oder Funktionstrainings-Verordnung auszustellen. Bei korrekt ausgestellter Verordnung durch einen Vertragsarzt darf die Krankenkasse das Formular nicht ablehnen. Patienten, die sich in ärztlicher Behandlung befinden, haben einen gesetzlichen Anspruch auf Kostenübernahme nach § 43 SGB V i. V. m. § 64 SGB IX.</p>	
Zuzahlung / Selbstbeteiligung	<p>Keine</p> <p><i>Vollständige Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse</i></p>	
Folgeverordnung / Verlängerung	<p>Für gewöhnlich werden Rehasport und Funktionstraining einmal verordnet und von den Krankenkassen bewilligt. Für beide Rehabilitationsmaßnahmen sind in Ausnahmefällen Folgeverordnungen möglich. Zu beachten ist, dass diese durch den Arzt besonders gut begründet werden müssen (Freitextfeld auf Seite 1 des Muster 56).</p> <p>Sind die Ziele ausnahmsweise nicht erreicht worden, ist der ausschlaggebende Punkt für die weitere Verordnung, ob der Patient künftig in der Lage ist, die erlernten Übungen – als gesundheitsfördernde Maßnahmen – eigenständig auszuüben. Eine weitere Notwendigkeit könnte bestehen, wenn Betroffene aus ärztlicher Sicht während der Übungsveranstaltungen auch weiterhin auf die fachkundige Leistung der Übungsleiter und/oder Therapeuten angewiesen sind und nur so die auf der Verordnung genannten Ziele zu erreichen sind.</p> <p>Eine erneute Verordnung kann nach einer ambulanten oder stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation ausgestellt werden (siehe auch § 40 SGB V). Auch eine erneute Erkrankung, neue Diagnose oder ein Unfall können eine Folgeverordnung bzw. Neuverordnung begründen. Liegen die Voraussetzungen vor, sind weitere Verordnungen somit im unmittelbaren Anschluss oder auch zu einem späteren Zeitpunkt möglich.</p> <p><i>Hinweis: Das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) gilt bei allen Verordnungen zulasten der GKV! Leistungen müssen dabei ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, welche nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.</i></p>	

Verordnung

Für die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen müssen Rehasport und Funktionstraining ärztlich verordnet sein. Diese Vorgabe ist bindend. Die Verordnung auf Muster 56 beschreibt dabei die Diagnose sowie die Rehabilitationsempfehlung des Arztes.

Der auf der Verordnung angegebene Leistungszeitraum ist je nach ärztlicher Diagnose unterschiedlich lang gültig: beim Rehasport üblicherweise für 18 oder 36 Monate, beim Funktionstraining 12 oder 24 Monate. Die Diagnose bestimmt die Verordnung sowie den maximalen Leistungsanspruch. Sie gilt daher innerhalb eines begrenzten Zeitraums, je nachdem, wie viele Übungseinheiten verordnet wurden. Deshalb übernehmen die Krankenkassen die Kosten in der Regel für einen bestimmten Zeitraum.

Rehasport und Funktionstraining sind ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und sollten daher möglichst zeitnah an eine Reha-Leistung in Anspruch genommen werden, damit noch ein eindeutiger Zusammenhang zur Reha besteht. Daher soll in der Regel spätestens 12 Wochen nach Ausstellen der Verordnung mit der Maßnahme begonnen werden. Zu beachten ist, dass einzelne Krankenkassen bei einem späteren Beginn die Kosten nicht übernehmen. Der Patient kann sich im Falle eines späteren Beginns gegebenenfalls einen anderen Anbieter suchen.

Muster 56 darf nur von einem Arzt ausgestellt werden. Das bedeutet, Patienten können die Leistung ausschließlich mit dem Formular bei ihrer Krankenkasse beantragen. Der Vordruck wird bei der zuständigen Krankenkasse zur Kostenbewilligung eingereicht. Diese bewilligt das Formular und übernimmt alle entstehenden Kosten in voller Höhe.

Im nächsten Schritt sucht sich der Patient einen geeigneten Rehasport-Anbieter, welcher ein zertifiziertes Kursangebot vorhält, das auf sein Krankheitsbild zugeschnitten ist. Auch die zuständigen (Behinderten-)Sportverbände oder Krankenkassen kennen gewöhnlich passende Einrichtungen und erteilen den Patienten bereitwillig Auskünfte. Die Krankenkassen unterstützen zudem gerne bei der ortsnahen Suche nach einem geeigneten Anbieter.

Wichtige Informationen zum Ausfüllen von Muster 56

Antrag auf Kostenübernahme 56

Freigabe 09.09.2022

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

Empfohlene Rehabilitationssportarten

Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Ausdauer- und Kraftausdauerübungen

Bewegungsspiele Sonstige

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für:

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwert)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung:

Asthma bronchiale	Morbus Parkinson
Blindeheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	Multipler Sklerose
Demenz/Alzheimer-Syndrom, leicht bis mittelgradig	Muskeldystrophie
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Niereninsuffizienz, terminal
Doppelamputation	Organische Hirnerschädigung
Epilepsie, therapieresistent	Polyneuropathie
Infantile Zerebralparese	Querschnittslähmung, schwere Lähmung
Intelligenzminderung, mittelgradig	Rheumatoide Arthritis
Morbus Bechterew	andere versch. Kränkheiten (vgl. Diagnose-Nebendiagnosen)

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Längere Leistungsadler, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder nicht möglich ist.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert) 24 Monate (Richtwert)

Folgeverordnung mit Begründung, warum einzelne Übungen nicht oder nicht selbstständig durchgeführt werden können

Muster 09/1/2022

Rehabilitationssport ist notwendig für Herzgruppe Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko)

Erstverordnung 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwert)

Folgeverordnung 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwert)

nur bei Belastungsgrenze < 1,4 Wack/kg Körpergewicht

wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder nicht möglich ist

Kinderherzgruppen 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwert)

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungseinheiten (max. 3 Einheiten je Woche / Begründung bei insgesamt 3 Einheiten)

Rehabilitationssport 1x 2x 3x

Funktionstraining als Trockengymnastik 1x 2x 3x

Funktionstraining als Wassergymnastik 1x 2x 3x

Begründung bei insgesamt 3x

Abweichung von oben genannten Richtwerten

Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EDM berechnungsfähig

Datum

Vertragsschlusstermin / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden

Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

Ich nehme am Rehabilitationssport/Funktionstraining bereits teil seit

Datum

Unterzeichnet des Patienten

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

Rehabilitationssports Funktionstrainings

50 Übungseinheiten / 18 Monate 12 Monate

120 Übungseinheiten / 36 Monate 24 Monate

Herz- Herzinsuffizienzgruppe Monate

90 Übungseinheiten / 24 Monate

45 Übungseinheiten / 12 Monate

120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)

28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins

Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen 1x 2x 3x

Freigabe 09.09.2022

für den Zeitraum vom bis längstens bis

Datum

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

- Auswahl der Maßnahme:** Auf der Verordnung ist die Empfehlung für die Auswahl der geeigneten Rehasportart bzw. der geeigneten Funktionstrainingsart anzugeben. Dabei können Rehasport und Funktionstraining nicht gleichzeitig auf einem Vordruck verordnet werden.
- Angabe von ICD-10-Diagnose(n):** Die Diagnosen sind als ICD-10-GM-Codes anzugeben. Ergänzend kann zu(r) verordnungsrelevanten Diagnose(n) eine relevante Nebendiagnose ergänzt werden.
- Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe:** Im Sinne von Funktionsdiagnosen sind die aus den Schädigungen resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe zu dokumentieren, z. B. „eingeschränkte Gehfähigkeit aufgrund Coxarthrose re.“.

- Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings:** Anzugeben ist, welches Ziel beim Patienten erreicht werden soll.
- Erhöhter Teilhabe für Menschen mit Schwerstbehinderung:** Mit dem Ankreuzfeld ist es möglich, einen erhöhten Teilhabebedarf kenntlich zu machen (z. B. bei Blindheit, Doppelamputation, Lähmung oder Hirnverletzungen). Anbieter können somit besser auf die Bedürfnisse schwerstbehinderter Menschen eingehen. Für diese erhöhten Teilbedarfe werden spezifische Übungsgruppen angeboten. Zudem werden die Patienten einer Übungsgruppe zugewiesen, die über weniger Teilnehmer verfügt.

6 Rehabilitationssport:

Empfohlene Rehabilitationssportart

Es kann **nur eine Rehasportart** ausgewählt werden, welche mit einem Kreuz zu kennzeichnen ist.

Im Feld „Sonstige“ können weitere Rehasportarten angegeben werden, wie z. B. Bogenschießen für Menschen im Rollstuhl.

Hinweis: Training an technischen Geräten und Kampfsportarten sind keine Leistungsinhalte des Rehasports.

Ausdauer- und Kraftausdauerübungen statt

Leichtathletik

Bei der Auswahl der empfohlenen Rehasportart wurde „Leichtathletik“ durch „Ausdauer- und Kraftausdauerübungen“ ersetzt, um zum einen das Leistungsspektrum zu erhöhen und auch Sportarten zu ermöglichen, die nicht der Leichtathletik zuzuordnen sind.

So können Elemente aus Judo, Karate, Taekwon-Do, Jiu-Jitsu oder Entspannungsübungen genutzt werden. Beispielsweise sind Bogenschießen für Menschen im Rollstuhl, Rollstuhl-Basketball oder Sportkegeln für blinde Menschen ebenso möglich.

Rehabilitationssport ist notwendig für (Anzahl Übungseinheiten)

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte):

In der Regel beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports 50 Übungseinheiten (Richtwert), die innerhalb von 18 Monaten in Anspruch genommen werden können.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte):

Insbesondere bei den folgenden Diagnosen mit schwerer Beeinträchtigung können insgesamt 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten aus ärztlicher Sicht verordnet werden. Häufig ist aufgrund der schweren Beeinträchtigungen, insbesondere der Mobilität und Selbstversorgung im Sinne der ICF, sowie der dadurch oft erforderlichen komplexen Übungen eine höhere Anzahl an Übungseinheiten notwendig. Ziel ist die langfristige Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Die auf der Verordnung aufgeführten Erkrankungen sind nicht mehr abschließend.

Vergleichbare Erkrankungen, welche einen entsprechenden Mehrbedarf begründen, können im Feld Diagnose/

Nebendiagnose angegeben werden, dies ist mit einem Kreuz bei „andere vergl. Krankheit(en)“ kenntlich zu machen. Somit kann Rehasport auch bei anderen vergleichbaren Erkrankungen verordnet werden.

Rehasport in Herz- und Herzinsuffizienzgruppen

Das Angebot für Menschen mit chronischen Herzerkrankungen (einschließlich koronarer Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Kardiomyopathien, Klappenerkrankungen und Zustand nach kardiovaskulären Interventionen/Operationen) wurde um sogenannte Herzinsuffizienzgruppen erweitert. Das Angebot richtet sich vor allem an Patienten mit höherem vaskulären Risiko, bei denen bereits geringe körperliche Belastungen zu Erschöpfung, Herzrhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris führen können. Anders als bei Herzgruppen, bei denen keine ständige ärztliche Anwesenheit mehr erforderlich ist, die aber mindestens alle sechs Wochen ärztlich visitiert werden, muss bei Herzinsuffizienzgruppen während der Übungsveranstaltungen ständig ein Herzgruppenarzt persönlich anwesend sein.

Herzsport: Erst- und Folgeverordnung

Die Verordnung von Rehasport in Herz- und Herzinsuffizienzgruppen wurde auf dem Ordnungsformular optisch eindeutiger gegliedert:

- Eine Erstverordnung beinhaltet 90 Übungseinheiten in 24 Monaten.
- Eine Folgeverordnung ist mit 45 Übungseinheiten in 12 Monaten vorgesehen.

Zu beachten ist, dass eine Folgeverordnung nur bei einer Belastungsgrenze von weniger als 1,4 Watt je kg Körpergewicht ausgestellt werden kann oder aber, wenn durch kognitive oder psychische Beeinträchtigungen eine langfristige Durchführung des Programms nicht möglich ist.

Genehmigung

Vor Beginn des Rehasports und Funktionstrainings ist grundsätzlich eine Genehmigung durch den Patienten bei der jeweiligen Krankenkasse einzuholen. Dies betrifft sowohl Erst- als auch Folgeverordnungen.

Einige Krankenkassen haben bereits für die ärztliche Verordnung einen Genehmigungsverzicht eingeführt. Das heißt, Patienten können direkt nach Ausstellen der Verordnung durch den Arzt mit dem Rehasport beginnen und müssen sich keine Kostenübernahmeerklärung durch ihre Krankenkasse einholen.

Der folgenden Tabelle können Sie entnehmen, welche Krankenkassen auf die Genehmigung der Verordnung von Rehasport und Funktionstraining verzichten und welche das Genehmigungsverfahren fortführen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Krankenkassenspezifische Regelungen zum Genehmigungsverzicht bei Verordnungen von Rehasport/Funktionstraining (Stand: Januar 2024)

Krankenkassen	Genehmigungsverzicht
AOK Baden-Württemberg	Ja - seit 01.01.2024
Energie BKK	Ja - seit 01.05.2023
R+V BKK	Ja - seit 01.03.2023
Mercedes-Benz BKK	Ja - seit 01.08.2022
Pronova BKK	Ja - seit 01.04.2021
Verband der Ersatzkassen e. V. (Vdek)	Nein - derzeit nicht vorgesehen
IKK classic	Nein - derzeit nicht vorgesehen
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	Nein - derzeit nicht vorgesehen
Knappschaft	Nein - derzeit nicht vorgesehen
Südzucker BKK	Nein - derzeit nicht vorgesehen

Bei einem Genehmigungsverzicht durch die jeweilige Krankenkasse kann das Angebot direkt beim Leistungserbringer in Anspruch genommen werden.

Die Patienten geben die Verordnung direkt bei einer anerkannten Rehasport-/Funktionstrainingsgruppe ab und können umgehend mit den Übungen beginnen.

Seit dem 1. Januar 2024 besteht bei der AOK Baden-Württemberg ein Genehmigungsverzicht. In diesem Zusammenhang sind hier folgende Hinweise zu beachten:

- Der Leistungszeitraum beginnt mit der ersten Übungsstunde, jedoch nicht vor Ausstellungsdatum der Verordnung
- Einhaltung des maximalen Leistungszeitraums (Rehabilitationssport 18 bzw. 36 Monate, Rehabilitationssport in Herzgruppen 24 Monate, bei Folgeverordnungen jeweils 12 Monate)
- Der Rehasport muss spätestens 12 Wochen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden, anderenfalls werden die Kosten nicht übernommen
- Folgeverordnungen sind nur mit ärztlicher Begründung möglich.

Fallbeispiel 1

Frage:

Ist eine parallele Verordnung von Heilmittel und Rehasport zulasten der GKV möglich?

Antwort:

Eine parallele Verordnung ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich.

Beispiel: Eine Patientin erhält aufgrund eines Mamma-Karzinoms eine Heilmittelverordnung über Lymphdrainage oder Physiotherapie, wenn z. B. eine größere Operationsnarbe in Zusammenhang mit einer eingeschränkten Beweglichkeit besteht. Dabei kann eine eingeschränkte Bewegung oder Begleiterkrankung auch orthopädischer Natur sein. Gleichzeitig ist aus ärztlicher Sicht jedoch eine Verordnung über Rehasport in der Gruppe angezeigt bzw. notwendig.

Gerade in geeigneten (Krebs-)Sportgruppen können insbesondere Patientinnen hier von gruppenspezifischen Effekten und dem Erfahrungsaustausch in der Gruppe profitieren. Zudem sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass eine Rehasport- oder Funktionstrainingsverordnung – anders als bei einem Heilmittel – eine Teilhabe in der Gesellschaft und im Arbeitsleben zum Ziel hat.

Beide Maßnahmen sind dabei gesondert voneinander zu betrachten, da z. B. eine „KG am Gerät“ eine individualisierte Übungsform darstellt, welche in kleinen Gruppen mit weitaus weniger Teilnehmern in gerätegestützter Form stattfindet.

Fazit: Die einzelne Maßnahme ersetzt dabei nicht die andere. Grundsätzlich ist die Verordnung eines erweiterten Leistungsumfangs von 50 Übungseinheiten in 18 Monaten z. B. bei der Diagnose „Z. n. Mamma-CA“ möglich. Da die Aufzählung der Indikationen auf Muster 56 beispielhaft ist, können weitere Krankheitsbilder mit entsprechend schwerer Beeinträchtigung infrage kommen, die eine höhere Anzahl an Übungseinheiten und einen längeren Zeitraum begründen und rechtfertigen.

Es ist darauf zu achten, dass eine Vergleichbarkeit mit bereits gelisteten Diagnosen hinsichtlich der Schwere und Dauer der Beeinträchtigungen vorliegt. Die Rahmenvereinbarung dient dabei als Orientierung.

Wie bei allen Verordnungen sind immer die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit zu beachten.

Fallbeispiel 2

Frage:

Ein Kind hatte bereits in der Vergangenheit Ergotherapie-Verordnungen (als Einzelbehandlung) erhalten. Das Behandlungsziel ist zwischenzeitlich erreicht, es sind keine weiteren Heilmittelverordnungen notwendig.

Im Bereich der Psychomotorik bestehen allerdings weiterhin erhebliche Defizite. Im Besonderen in der Gruppe soll, in Form von Übungseinheiten, eine Verbesserung von Koordi-

nation, Kraft und Ausdauer erzielt werden. Kommt im vorliegenden Fall eine Rehasport-Verordnung in Frage?

Antwort:

Der Kinder-Rehasport (hier: Psychomotorik) kann für die kleinen Patienten mit und ohne Entwicklungsauffälligkeiten, chronische Erkrankungen und Behinderung in den genannten Bereichen eine Verbesserung erzielen.

Gerade in der Gruppe sollen die Kinder vor allem Spaß an der Bewegung entwickeln, was z. B. durch Koordinations- und Bewegungsspiele oder auch rhythmische Bewegungen umgesetzt wird.

Zudem werden durch die regelmäßige gemeinsame Aktivität in der Gruppe die soziale Kompetenz gefördert und das Selbstbewusstsein gestärkt. Die Kinder können ihre Emotionen zeigen, darüber hinaus werden Bewegungsabläufe und die Körperhaltung beim Kind optimiert.

Ganz besonders kann dieses Rehasport-Angebot in der Gruppe Kindern mit individuellem Förderbedarf zugutekommen, da sich manche wenig zutrauen oder sich nur schwer an Grenzen halten können, oder diejenigen, die aufgrund einer Krankheit oder Behinderung in ihren Bewegungsabläufen beeinträchtigt sind. Durch Kinder-Rehasport kann u. a. eine Förderung der psychosozialen und psychomotorischen Entwicklung erfolgen.

Ein großer Vorteil ist die Durchführung für Kinder in einer kleineren Gruppe mit geringerer Teilnehmeranzahl.

Das einzelne Rehasport-Angebot muss dabei grundsätzlich immer gemäß der Rahmenvereinbarung anerkannt und zertifiziert sein.

Blick über den Tellerrand

Die Vergütung von Rehasport wird zwischen den unterschiedlichen Landesfachverbänden und den zuständigen Krankenkassen vereinbart. Mit Stand 2024 liegt eine Vergütung beim Rehasport bei mindestens 5,54 Euro bis maximal 18,52 Euro pro Patient und Trainingseinheit. Die Gesamt-

einnahmen sind letztlich von der maximalen Teilnehmerzahl abhängig. Funktionstraining ist im Gegensatz zum Rehasport generell nicht ganz so verbreitet. Zudem wird es auch geringer vergütet (ca. 4,80 Euro bis 8 Euro).

Für das Funktionstraining gibt es im Gegensatz zu Rehasportgruppen weitaus weniger Anbieter und Standorte. Für die Anbieter von Funktionstraining ist es häufig erst finanziell rentabel, wenn Patienten künftig freiwillige Mitgliedschaften auf Selbstzahlerbasis abschließen.

Eine häufiges Problem ist, dass angebotene Kurse zum Funktionstraining, aber auch Rehasport-Gruppen in einigen Fällen nicht voll ausgelastet sind und dadurch eine unplanbare Auslastung entsteht. Erschwerend kann hinzukommen, dass Teilnehmer beispielsweise nicht regelmäßig erscheinen oder das Training vorzeitig abgebrochen wird. Das Umkleiden oder das Unterzeichnen auf der Teilnehmerliste werden nicht in die 45 Minuten des Rehasports einberechnet. Die Zeit dafür ist nicht in der Rehasport-Vergütung vereinbart. Die Vergütung erfolgt nur in anerkannten Gruppen.

In der Vergangenheit wurde aus den genannten Gründen eine höhere Verbindlichkeit gegenüber den von den Krankenkassen bewilligten Leistungen gefordert. Der Leistungserbringer ist berechtigt, bei nicht begründeter Unterbrechung die Maßnahme abzubrechen. Die Teilnehmer werden gegebenenfalls aufgefordert, eine Erklärung zur regelmäßigen Teilnahme zu unterzeichnen. Bei Abbruch wird die Krankenkasse darüber informiert.

Fehlzeiten und Umgang

Natürlich ist für die Erreichung der Ziele eine regelmäßige Teilnahme am Gruppentraining essentiell. Daher erlischt auch eine Verordnung für Funktionstraining nach durchgängiger Fehlzeit von sechs Wochen des Patienten. Dies kann in seltenen Fällen gegeben sein, wenn Patienten beispielsweise aus Gründen des Motivationsverlustes die Teilnahme abbrechen sollten. Dies gilt jedoch nicht, wenn schwere Erkrankungen, Operationen oder längere Reha-Aufenthalte o. ä. auftreten, welche die Fehlzeit begründet rechtfertigen. In einem solchen Fall ist eine Rücksprache zwischen Patient und Krankenkasse sinnvoll.

Fazit

- Rehasport und Funktionstraining sind für Menschen in jedem Alter geeignet, insofern eine Beeinträchtigung körperlicher Funktionen vorliegt. Dazu zählen vielfältige chronische Erkrankungen oder körperliche Beeinträchtigungen. Während Rehasport den gesamten Körper stärkt und unter anderem die Ausdauer verbessert, hat Funktionstraining nicht das Ziel, den Körper allgemein zu stärken, sondern spezifisch auf die von der Beeinträchtigung betroffenen Körperteile des Patienten einzuwirken.
- Die Anzahl der Übungseinheiten ist in der Regel mit 1–2x pro Woche anzugeben. Nur mit einer ärztlichen Begründung ist eine Anzahl von 3x pro Woche verordnungsfähig.
- Bei beiden Maßnahmen kommt ausschließlich die Gruppenbehandlung zur Anwendung. Das Training an Geräten ist bei Rehasport und Funktionstraining kein Therapiebestandteil. Patienten können auf Selbstzahlerbasis derartige Angebote in Anspruch nehmen. Ist KG am Gerät oder Einzeltherapie medizinisch indiziert, können Rehasport und Funktionstraining dies nicht leisten.
- Hat die einzelne Krankenkasse einen Genehmigungsverzicht ausgesprochen, kann sich der Patient mit seiner Verordnung direkt an den Leistungserbringer wenden. Liegt der Genehmigungsverzicht nicht vor, wird die Verordnung bei der Krankenkasse zur Bewilligung eingereicht. Nach der Genehmigung kann der Patient mit den Maßnahmen beginnen.
- Rehasport und Funktionstraining werden in der Regel einmal verordnet und von den Krankenkassen bewilligt. Bei beiden Rehabilitationsmaßnahmen sind Folgeverordnungen nur in besonders gut begründeten Ausnahmefällen möglich.

Literatur

- [1] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining (Stand: Januar 2022). https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/RVRehasport.web.pdf
- [2] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (Stand: April 2024). https://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf

Pharmakotherapie-Beratungsdienste in Baden-Württemberg

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 hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg Kooperationsverträge mit folgenden beratenden Institutionen geschlossen:

- Abteilung Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie des Universitätsklinikums Heidelberg
- Abteilung Klinische Pharmakologie am Universitätsklinikum Tübingen

Die pharmakotherapeutischen Beratungsdienste unterstützen die Ärzteschaft in Fragen der patientenspezifischen Arzneimitteltherapie, indem sie zielgerichtete Informationen bewerten und diese mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin fallspezifisch diskutieren. Die Beratung ist kostenfrei und herstellerunabhängig.

Was wird bearbeitet?

Das Themenspektrum des Beratungsdienstes umfasst Folgendes:

- Nebenwirkungen: Hilfestellung bei der Interpretation von Nebenwirkungen und der Abfassung von Spontanmeldungen an die entsprechenden Behörden
- Interaktionen: Beschreibung des Mechanismus (gegenseitige Wirkungsverstärkung/-abschwächung 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

Bitte beachten Sie:

- Direktanfragen von Patienten oder Angehörigen werden nicht bearbeitet. In diesem Fall werden die Anfragenden gebeten, die Fragestellung über den behandelnden Arzt 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 Patient und Arzt vermieden werden.
- Anfragen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln zulasten der GKV sowie zu den Kosten einer Arzneimitteltherapie werden weiterhin von der Verordnungsberatung der KVBW beantwortet.

Im Folgenden finden Sie die Kontaktdaten der zwei oben genannten pharmakotherapeutischen Beratungsdienste sowie von weiteren beratenden Stellen, die auf Arzneimittel in der Schwangerschaft und Stillzeit spezialisiert sind:

- Universitätsklinikum Heidelberg:
E-Mail: Aid.Konsil-KV@med.uni-heidelberg.de
Internet: www.ukhd.de/aid-konsil-kv



- Universitätsklinikum Tübingen:
E-Mail: arzneimittelinfo@med.uni-tuebingen.de
Internet: <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/kontakt/zuweiser/institute/pharmakologie-und-pharmakogenomik#pharmakotherapie-informationsdienst>



- Zentrum für Embryonaltoxikologie:
Telefon: 030 450-525700
Fax: 030 450-525902
E-Mail: katarina.dathe@charite.de
Internet: www.embryotox.de



- Beratungsstelle für Reproduktionstoxikologie:
Telefon: 0731 500-58655
Fax: 0731 500-58656
E-Mail: paulus@reprotox.de
Internet: www.reprotox.de



Aktualisierte Wirkstoffliste auf KVBW-Homepage

Wirkstoffe, die neu auf den Markt kommen, müssen im Rahmen der Arzneimittel-Richtwertsystematik entweder einem Arzneimittel-Therapiebereich (AT¹) oder dem exRW²-Bereich zugeordnet werden. Daher wird die Wirkstoffliste auf der KVBW-Homepage quartalsweise aktualisiert; sie ist jetzt verfügbar mit dem Datenstand 2023/4. In der Liste ist genau hinterlegt, welche Wirkstoffe welchem AT bzw. dem exRW-Bereich zugeordnet werden.

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

¹ 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.

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

→ Die aktuelle Wirkstoffliste („Wirkstoffliste AT und exRW“, Datenstand 2023/4) sowie weitere ausführliche Informationen rund um die Richtwertsystematik finden Sie hier: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte



www.kvbawue.de/pdf2866

→ Eine genaue Beschreibung und Erläuterung der Arzneimittel-Richtwertsystematik finden Sie im Sonder-Verordnungsforum „Richtwertsystematik Arzneimittel“ unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte



www.kvbawue.de/pdf3485

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).

23. Januar 2024

RSV-Prophylaxe: Wann Sie Antikörper zu Lasten der GKV verordnen können

Mit Nirsevimab (Beyfortus®) ist zu Palivizumab (Synagis®) ein zweiter kostenintensiver Antikörper gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) auf den Markt gekommen. Am 18. Januar 2024 ist ein neu gefasster Therapiehinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Palivizumab und Nirsevimab in Kraft getreten. Die darin enthaltenen Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise erweitern die bisherigen Einsatzmöglichkeiten innerhalb der RSV-Prophylaxe.

Wann Nirsevimab und Palivizumab zu Lasten der GKV verordnen?

Die Anwendung der RSV-Antikörper ist wirtschaftlich bei Kindern mit hohem Risiko für schwere Infektionsverläufe im Alter von ≤ 24 Lebensmonaten (Palivizumab) bzw. von ≤ 12 Lebensmonaten (Nirsevimab) zum Beginn der RSV-Saison,

- die wegen bronchopulmonaler Dysplasie begleitende therapeutische Maßnahmen (z. B. zusätzlicher Sauerstoff, Steroide, Bronchodilatoren, Diuretika) innerhalb der letzten sechs Monate vor Beginn der RSV-Saison benötigten, oder
- mit hämodynamisch relevanten Herzfehlern (z. B. Links-Rechts- oder Rechts-Links-Shunt, pulmonale Hypertonie, pulmonalvenöse Stauung) oder
- mit Trisomie 21.

Darüber hinaus erscheint die Gabe unter wirtschaftlichen Aspekten noch vertretbar bei Kindern im Alter von ≤ 6 Monaten bei Beginn der RSV-Saison, die als Frühgeborene

bis zur vollendeten 35. Schwangerschaftswoche (34 (+6)) geboren wurden.

Bitte beachten Sie: Über die Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise hinaus können Sie die RSV-Antikörper nur ausnahmsweise verordnen, wenn im Einzelfall bei einem Kind ein vergleichbares Risiko für einen schweren Infektionsverlauf besteht und Sie eine individuelle Begründung in der Patientenakte hinterlegen.

Nichtmedikamentöse Maßnahmen

Zusätzliche nichtmedikamentöse vorbeugende Maßnahmen für Kinder mit einem erhöhten RSV-Risiko sind:

- Rauchverbot in der Umgebung von Hochrisikokindern,
- Stillen von Kindern mit erhöhtem RSV-Risiko,
- infektionshygienische Allgemeinmaßnahmen wie regelmäßiges Händewaschen und das Meiden von Personenansammlungen sowie Kinderkrippen.

Warum ist der Einsatz von RSV-Antikörpern auf Kinder mit Risikofaktoren begrenzt?

Bei Kindern ohne relevante Vorerkrankungen besteht ein geringes Risiko für schwerwiegende Erkrankungsverläufe (mit Hospitalisierung), sodass hier von einem niedrigen Nutzen einer RSV-Prophylaxe auszugehen ist. Der Einsatz von RSV-Antikörpern erscheint daher auch weiterhin nur bei Kindern mit höherem Risiko für einen schweren Infektionsverlauf wirtschaftlich.

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise:

- Verordnen Sie RSV-Antikörper nur unter Beachtung der oben genannten Vorgaben des Therapiehinweises.
- Die Antikörper sind nur zur Prophylaxe, nicht zur Therapie der RSV-Infektion zugelassen.
- Nirsevimab ist aktuell nur während der ersten RSV-Saison zugelassen, die ein Kind erlebt. Säuglinge, die im Frühling/Sommer geboren wurden, sollten flexibel zu Saisonbeginn RSV-Antikörper erhalten. Säuglinge, die im Herbst/Winter geboren werden, sollten direkt nach der Geburt oder bei U-Untersuchungen RSV-Antikörper

erhalten. Eine Anwendung im zweiten Lebensjahr entspricht einem Off-Label-Use. Eine Zulassungserweiterung für Kinder im zweiten Lebensjahr ist beantragt. Sollte die Zulassung erteilt werden, wird auch der Therapiehinweis entsprechend angepasst.

- Beachten Sie die Therapiekosten bei der Wirkstoffauswahl.
- Die Verordnung erfolgt auf den Namen des Patienten und nicht über Sprechstundenbedarf.

RSV-Impfung

Seit Kurzem steht außerdem der erste Impfstoff zum Schutz vor RSV-vermittelten Erkrankungen bei Säuglingen zur Verfügung. Dieser wird bislang nicht von der Ständigen Impfkommission empfohlen und ist keine Kassenleistung.

24. Januar 2024

Pneumokokken-Impfung: Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie

Seit dem 28. September 2023 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) für die Standardimpfung von Personen ≥ 60 Jahre und für Personen ≥ 18 Jahre mit bestimmten Risikofaktoren für schwere Pneumokokken-Erkrankungen ausschließlich den 20-valenten Konjugat-Impfstoff Apexxnar[®] (PCV20). Diese Empfehlung wurde nun in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) übernommen.

Damit ist die offizielle Grundlage geschaffen, dass die Impfung mit Apexxnar[®] für gesetzlich Versicherte Kassenleistung wird. Der Impfstoff PCV20 ist in Baden-Württemberg bereits seit dem 4. Quartal 2023 als Sprechstundenbedarf bestellbar. Darauf hatten sich die Krankenkassen(-verbände) in Baden-Württemberg geeinigt.

Was bei der Impfung von Erwachsenen zu beachten ist

Die Anwendung des 23-valenten Polysaccharid-Impfstoffes (PPSV23) allein oder als sequenzielle Impfung wird für Erwachsene nicht mehr empfohlen und wurde aus der Schutzimpfungs-Richtlinie entfernt. In diesem Zusammen-

hang wird auch der 13-valente Konjugat-Impfstoff (PCV13) für Erwachsene nicht mehr empfohlen.

Bitte beachten: Die Kosten für die Impfungen mit PPSV23 und PCV13 werden in diesem Kontext dann nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Sie können diese dann nur noch privat verordnen.

Patienten, die bereits mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff (PPSV23) geimpft wurden, sollen in einem Mindestabstand von 6 Jahren nach der letzten PPSV23-Impfung eine Impfung mit PCV20 erhalten.

Bei den Impfungen für Kindern ändert sich aktuell noch nichts

Für Kinder ab einem Alter von zwei Jahren und Jugendlichen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grundkrankheit wird weiterhin die sequenzielle Impfung mit PCV13 oder PCV15, gefolgt von PPSV23 nach 6 bis 12 Monaten, empfohlen.

Aufgrund der begrenzten Dauer des Impfschutzes soll die Impfung mit PPSV23 mit einem Mindestabstand von 6 Jahren wiederholt werden.

Abrechnungsbeispiele

Indikation	Abrechnung	Bezugsweg
10-jähriges Kind mit Grunderkrankung erhielt vor 6 Jahren eine sequenzielle Impfung; nun Auffrischung laut SI-RL mit PPSV23	GOP 89120 R	SSB
45-jähriger Patient nach Knochenmarktransplantation erhielt vor 6 Jahren eine sequenzielle Impfung; nun laut SI-RL Impfung mit Apexxnar [®]	GOP 89120	SSB
70-jähriger Patient wurde vor 6 Jahren mit PPSV23 geimpft; nun laut SI-RL Impfung mit Apexxnar [®]	GOP 89119	SSB

Zur Notwendigkeit von Wiederholungsimpfungen nach einer Impfung mit Apexxnar[®] liegen zum jetzigen Zeitpunkt noch keine STIKO-Empfehlungen vor.

Was die Impfstoffbestellung betrifft, ändert das für Sie in der Praxis nichts. Der Bezug von Apexnar® soll weiterhin ausschließlich über den Sprechstundenbedarf erfolgen. Sie dürfen weiterhin keine Einzelverordnungen auf Namen des Patienten ausstellen.

6. Februar 2024

Paxlovid® zur COVID-19-Therapie ab sofort in der regulären Handelskette

Bislang erfolgte die Versorgung mit Paxlovid® aus Beständen des Bundes. Das ändert sich jetzt: Das antivirale COVID-19-Arzneimittel Paxlovid® ist ab sofort über den regulären Großhandel und Apotheken unter der Pharmazentralnummer (PZN) 18380061 erhältlich.

So stellen Sie das Rezept aus

Das Rezept wird auf Namen des Patienten ausgestellt und muss die Dosierungsanleitung („Einnahme alle 12 Stunden über 5 Tage“) sowie die Angabe „Gültig bis [Ausstellungsdatum plus 5 Werktage]“ enthalten. Kostenträger ist die Krankenkasse des Patienten.

Innerhalb der Arzneimittel-Richtwertsystematik in Baden-Württemberg zählt die Wirkstoffkombination zum exRW-Bereich, somit fließen die Arzneimittelkosten nicht in das Verordnungsvolumen Ihrer Praxis.

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Wb. Inf. Sp. B. Bsp. Pflicht	Apotheken Nummer / K.
Krankenkasse der Versicherten	Müller, Lisa		01.01.1960		
Adresse	Hauptstraße 1			Zustellung	Ort
	71111 Musterstadt			Ort	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		Arzt-Nr.	Ort
IK der Krankenkasse	Versicherten-Nummer	3			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Ort			
BSNR	LANR	TTMM.JJJJ			
Rp. (Bitte Leerenkäse durchstreichen)					
PAXLOVID 150/100 mg Filmtabletten 30 St.					
Dosierung: 300 mg Nirmatrelvir (2x 150 mg Tabletten) und 100 mg Ritonavir (1x 100 mg Tablette) zur gleichzeitigen Einnahme alle 12 Stunden über einen Zeitraum von 5 Tagen					
Gültig bis: Ausstellungsdatum + 5 Werktage					
b b b r			Dr. med. Max Mustermann FA für Allgemeinmedizin Musterstraße 1 71111 Musterstadt 0123/45678 611111100		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			M. Musterarzt Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)		
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer				

Dispensierrecht endet

Eine Bevorratungsbestellung für Hausärzte entfällt, weil hierfür kein Kostenträger zur Verfügung steht.

Allgemeine Informationen zu Paxlovid®

Paxlovid® ist zugelassen zur oralen COVID-19-Therapie bei symptomatischen, nicht-hospitalisierten Patienten, die keine Sauerstoffzufuhr benötigen und die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben.

Das Präparat besteht aus zwei Wirkstoffen, Nirmatrelvir und Ritonavir, in zwei verschiedenen Tabletten. **Die Therapie muss innerhalb von fünf Tagen nach Eintreten der Symptome beginnen.** Die empfohlene Dosierung beträgt 300 mg Nirmatrelvir (= 2 x 150 mg) und 100 mg Ritonavir zur gleichzeitigen Einnahme alle zwölf Stunden über einen Zeitraum von fünf Tagen.

Zu den möglichen Nebenwirkungen gehören eine Beeinträchtigung des Geschmackssinns, Durchfall, Erbrechen und Kopfschmerzen.

Auswahl geeigneter Patienten

Sie können die Therapie bei entsprechender klinischer Symptomatik und bei gegebener Indikation auf Grundlage eines positiven Schnelltests initiieren. Die Bestätigung durch einen PCR-Test wird empfohlen.

Nach den konsentierten Entscheidungskriterien profitieren insbesondere Patienten höheren Alters mit weiteren Risikofaktoren (z. B. Adipositas, Diabetes, Immundefizienz/-suppression, chronische Niereninsuffizienz, Krebs, Herz- und Lungenerkrankungen) von einer Behandlung.

Eine interaktive Checkliste für den praktischen Einsatz von Paxlovid® finden Sie auf der Website der DGIIN.

Cave: Interaktionen und Kontraindikationen!

Die COVRIIN-Fachgruppe am Robert-Koch-Institut hat Hinweise zu Arzneimittelwechselwirkungen von Paxlovid® und zum Vorgehen bei relevanter Komedikation entwickelt. Mit einem Online-Tool des Herstellers Pfizer lassen sich Informationen der Fachinformation zu einzelnen Wechselwirkungen gezielt abrufen.

Ein übersichtliches Flussdiagramm zum Überprüfen von Arzneimittel-Interaktionen wird von der Universität Liverpool zur Verfügung gestellt.

Auch Patienten mit stark eingeschränkter Nieren- und Leberfunktion sollten das Präparat nicht erhalten. Ferner wird die Anwendung von Paxlovid® während der Schwangerschaft und bei gebärfähigen Frauen, die keine Verhütungsmittel anwenden, nicht empfohlen. Daten zur Anwendung von Paxlovid® in der Stillzeit liegen nicht vor.

22. März 2024

Impfstoff gegen Mpox/Affenpocken ausschließlich auf Namen des Patienten verordnen

Seit Januar 2024 darf für die Impfung gegen Mpox/Affenpocken für gesetzlich Versicherte **ausschließlich der Impfstoff Imvanex®** verwendet werden. Inzwischen ist die Impfung gegen Mpox/Affenpocken auch in die Schutzimpfungsvereinbarung Baden-Württemberg aufgenommen worden. Diese legt fest, wie Pflichtleistungen bei den Impfungen in Baden-Württemberg verordnet und abgerechnet werden.

Die Verhandlungen hierzu sind nun abgeschlossen. Wir konnten mit den Krankenkassen/Krankenkassenverbänden den Bezugsweg auf **Namen des Patienten** vereinbaren. Die Krankenkassen übernehmen nur dann die Kosten für den Impfstoff und die Impfung, wenn eine medizinische oder berufliche Indikation nach Schutzimpfungs-Richtlinie vorliegt. Bitte achten Sie bei der Verordnung von Impfstoffen auf den korrekten Bezugsweg. Der Bezugsweg wird von den Krankenkassen überprüft. Bei einem falschem Bezugsweg können Nachforderungen auf Sie zukommen.

2. April 2024

Kein BtM-Rezept mehr für Cannabisverordnungen zu medizinischen Zwecken

Seit dem 1. April 2024 verordnen Ärzte Cannabis zu medizinischen Zwecken auf dem „normalen“ Rezept, d. h. per eRezept. Eine Verordnung auf Betäubungsmittelrezept (BtM-Rezept) ist künftig nicht mehr möglich. Mit der Teil-Legalisierung von Cannabis unterliegt die Verordnung von medizinischem Cannabis nicht mehr dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG).

Am 1. April 2024 ist das „Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften“ (Cannabisgesetz – CanG) in Kraft getreten, das eine Teil-Legalisierung von Cannabis vorsieht.

Cannabis zu medizinischen Zwecken wurde in diesem Zusammenhang aus dem BtMG in ein neues Medizinal-Cannabisgesetz (MedCanG) überführt und damit in Anlage III des BtMG (verkehrs-fähige und verordnungsfähige Betäubungsmittel) gestrichen. Zu medizinischem Cannabis zählen Pflanzen, Blüten und sonstige Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen sowie Delta-9-Tetrahydrocannabinol einschließlich Dronabinol und Zubereitungen aller vorgenannten Stoffe.

Damit können Sie die oben genannten Arzneimittel auch für die Versorgung von Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung mit einem eRezept (Muster 16e) verordnen.

Ausnahme

Der Wirkstoff Nabilon (Canemes®) ist auch nach dem 1. April auf einem BtM-Rezept zu verordnen, da er weiterhin in Anlage III des BtMG aufgeführt ist. Nabilon ist ein synthetisches Cannabinoid, das strukturell Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC), dem psychoaktiven Hauptbestandteil der Cannabispflanze, ähnelt.

Hinweise zur Verordnung zulasten der GKV

An den leistungsrechtlichen Regelungen der Verordnung hat sich nichts geändert. Cannabis zu medizinischen Zwecken, Dronabinol und off-label angewandtes Nabilon sind nach § 31 Absatz 6 SGB V sowie der Arzneimittel-Richtlinie für Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig. Eine Genehmigung der Therapie durch die entsprechende Krankenkasse ist weiterhin vor der ersten Verordnung zwingend notwendig.

Glossar der Abkürzungen

AIT	allergenspezifische Immuntherapie
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AT	Arzneimittel-Therapiebereich
BAnz	Bundesanzeiger
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
BKK	Betriebskrankenkasse
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BVB	besonderer Verordnungsbedarf
CA	Karzinom
CanG	Cannabisgesetz
COVID-19	coronavirus disease 2019
COVRIIN	COVID-19-Fachgruppe Intensivmedizin, Infektiologie und Notfallmedizin
CRSwNP	chronische Rhinosinusitis mit Polyposis nasi
CS	Kortikosteroide
CYP1A2	Cytochrom-P450-Isoenzym 1A2
CYP2D6	Cytochrom-P450-Isoenzym 2D6
CYP450	Cytochrom P450
DGIIN	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin e. V.
e. V.	eingetragener Verein
ESMO	Europäische Gesellschaft für Medizinische Onkologie
exRW	außerhalb der Richtwerte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
ICD-10	International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision
ICD-10-GM	International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, German Modification
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit
IKK	Innungskrankenkasse
INCS	intranasale Kortikosteroide
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KG	Krankengymnastik
LF	langfristiger Heilmittelbedarf
MedCanG	Medizinal-Cannabisgesetz

Mpox	Monkeypox (Affenpocken)
NCS	nasaler Congestionscore
NPS	nasaler Polypenscore
PCR	Polymerase-Kettenreaktion
PCV13	13-valenter Konjugat-Impfstoff gegen Pneumokokken
PCV15	15-valenter Konjugat-Impfstoff gegen Pneumokokken
PCV20	20-valenter Konjugat-Impfstoff gegen Pneumokokken
PPSV23	23-valenter Polysaccharid-Impfstoff gegen Pneumokokken
PVS	Praxisverwaltungssystem
PZN	Pharmazentralnummer
RSV	respiratorisches Synzytial-Virus
SGB	Sozialgesetzbuch
SI-RL	Schutzimpfungs-Richtlinie
SNOT-22	Sino-Nasal Outcome Test 22
SSB	Sprechstundenbedarf
SSNRI	selektiver Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme- hemmer
STIKO	Ständige Impfkommission
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
TAV	Therapieallergene-Verordnung
THC	Tetrahydrocannabinol
UPSIT	University of Pennsylvania Smell Identification Test
VAS	visuelle Analogskala
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
VO	Verordnung

Fragen zum Thema Einzelverordnungen

Arzneimittel 0711 7875-3663
verordnungsberatung@kvbawue.de

Impfungen 0711 7875-3690
verordnungsberatung@kvbawue.de

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

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

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

Impressum

Verordnungsforum 69
April 2024

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

Kontakt verordnungsforum@kvbawue.de

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

Autoren KVBW Dr. med. Richard Fux, Martina Rahner, Diana Riedel

Autoren extern Dr. med. Andreas Horn, Facharzt für HNO-Heilkunde,
Heidelberg
Diana Schneider, Universitätsklinikum Tübingen,
Department für Experimentelle und Klinische Pharma-
kologie und Pharmakogenomik, Abteilung Klinische
Pharmakologie

Erscheinungstermin April 2024

Gestaltung und Realisation Tanja Peters

Bildnachweise 1 (und 3, 16): iStock Nr. 1151374786
5: iStock Nr. 1452001274
7 (und 3): iStock Nr. 1468678613
9 (und 3): iStock Nr. 864654586

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