

Verordnungsforum 73

APRIL 2025

L-Thyroxin bei Älteren: Wann einsetzen?

Prüfticker: GLP-1-Rezeptor-Agonisten

Verordnung von Krankentransport

Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der täglichen Praxis ist es entscheidend, stets über die neuesten Regelungen und Änderungen informiert zu sein. Diese Ausgabe bietet Ihnen eine Übersicht über wichtige Themen wie die Verordnung von Krankentransporten, die derzeitigen Prüft Themen zu Arzneimittelverordnungen sowie aktuelle Anpassungen bei Heilmitteln und Impfungen.

Besonders hervorzuheben sind die Möglichkeiten, Krankentransporte auch über Videosprechstunden zu verordnen, sowie Änderungen bei den sonstigen Produkten zur Wundbehandlung. Diese Informationen sollen Ihnen helfen, Ihre Patienten optimal zu versorgen und auf dem neuesten Stand zu bleiben.

Viel Freude bei der Lektüre wünscht Ihnen

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

Inhalt

- 4 **ARZNEIMITTEL**
- 4 _ Grundsätze der wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung
- 5 **Verordnungspraxis**
- 5 _ GLP-1-Rezeptor-Agonisten: Was ist bei der Verordnung in der Diabetestherapie zu beachten?
- 10 _ Osteoporose-Therapieleitfaden der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen
- 11 **Pharmakologie**
- 11 _ L-Thyroxin bei Älteren: Wann einsetzen?
- 15 _ Für Sie gelesen: aktuelle Rote-Hand-Briefe
- 18 _ Sumatriptan in der Migränetherapie: Ist eine erneute Gabe in anderer Darreichungsform möglich?
- 21 **SONSTIGE VERORDNUNGEN**
- 21 _ Wichtige Aspekte bei der Verordnung von Krankentransporten
- 30 **SERVICE**
- 30 _ 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.



5 GLP-1-Rezeptor-Agonisten: Was ist bei der Verordnung in der Diabetestherapie zu beachten?

Beim Einsatz von GLP-1-Rezeptor-Agonisten in der Therapie des Typ-2-Diabetes ist auf einen zulassungskonformen und wirtschaftlichen Einsatz zu achten. Die Anwendung zur Gewichtsregulierung ist keine Leistung der GKV.



11 L-Thyroxin bei Älteren: Wann einsetzen?

Die altersabhängige TSH-Bewertung und die gezielte L-Thyroxin-Therapie zur Vermeidung von Übertherapie bei Älteren erfordern eine individuell angepasste Vorgehensweise.

21 Wichtige Aspekte bei der Ver- ordnung von Krankentrans- porten

Wichtige Hinweise zur korrekten Verordnung von Krankentransporten, einschließlich der Unterscheidung zwischen genehmigungsfreien und genehmigungspflichtigen Fahrten sowie praktischer Beispiele.



Grundsätze der wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung

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

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

- Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse für Arzneimittel, die nach Anlage II und III AM-RL oder § 13 AM-RL geregelt sind, beachten
- Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsenen nur in Ausnahmeindikationen gemäß Anlage I AM-RL bzw. § 12 Absatz 7 oder 8 AM-RL verordnen
- Sofern nicht-verschreibungspflichtige Alternativen zur Verfügung stehen, kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein (Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Absatz 11 AM-RL)
- Arzneimittel nur innerhalb der zugelassenen Indikation(en) verordnen (Ausnahmen: zulässiger Off-Label-Use nach Anlage VI Teil A AM-RL oder Vorliegen eines durch die zuständige Krankenkasse genehmigten Off-Label-Antrags).

Achten Sie grundsätzlich auch auf eine korrekte und vollständige Diagnosekodierung.

- Aut-idem-Kreuze nur setzen, wenn medizinisch-thera-

peutische Gründe einen Ausschluss des Austausches erforderlich machen (vgl. Verordnungsforum 63 und § 29 Absatz 2 Satz 2 BMV-Ä)

- Bei Verordnungen ohne Aut-idem-Kreuz ist der Apotheker gehalten, ein Rabattarzneimittel abzugeben. Falls für den jeweiligen Wirkstoff kein Rabattvertrag existiert, muss eines der vier günstigsten Generika abgegeben werden.
- Für Verordnungen **rabattierter** Original-Biologics und Biosimilars ist die Wirtschaftlichkeit grundsätzlich durch § 130a Absatz 8 und 8a SGB V sichergestellt (§ 40a Absatz 2 AM-RL)
- Kontrazeptiva nur bis vor dem 22. Geburtstag verordnen
- Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V beachten
- Bei Vorliegen mehrerer Therapieoptionen: Wirtschaftlichkeit beachten und kostengünstige Vortherapien ausschöpfen

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

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



GLP-1-Rezeptor-Agonisten: Was ist bei der Verordnung in der Diabetes- therapie zu beachten?

In den sozialen Medien zur Gewichtsreduktion gehypt und in der Therapie des Typ-2-Diabetes mellitus immer häufiger eingesetzt, sind GLP-1-Rezeptor-Agonisten (GLP-1-RA), wie zum Beispiel Liraglutid, Semaglutid und Tirzepatid, in aller Munde. Lieferengpässe und Berichte um Fälschungen sorgen für Schlagzeilen.

Nahezu täglich erreichen die Verordnungsberatung der KVBW Fragen zur Verordnungsfähigkeit dieser Präparate. Derzeit liegen viele Einzelfallprüfanträge zu der Wirkstoffgruppe vor. Vor dem Hintergrund dieser Anträge möchten wir Sie über den zulassungskonformen und wirtschaftlichen Einsatz informieren.

Im Folgenden befassen wir uns im Wesentlichen mit der Therapie des Typ-2-Diabetes, gehen aber am Rande auch auf die Anwendung in der Gewichtsregulierung ein.

Die Wirkstoffe Liraglutid und Semaglutid sind unter zwei verschiedenen Handelsnamen mit Zulassung in unterschiedlichen Indikationen in Verkehr:

- Victoza® (Liraglutid) und Ozempic® (Semaglutid) sind in der Therapie des Typ-2-Diabetes zugelassen.
- Saxenda® (Liraglutid) und Wegovy® (Semaglutid) haben die Zulassung zur Gewichtsreduktion.

Dulaglutid (Trulicity®) ist nur zur Therapie des Typ-2-Diabetes zugelassen.

Tirzepatid wird unter dem Handelsnamen Mounjaro® vertrieben und ist sowohl in der Diabetestherapie als auch zur Gewichtsregulierung angezeigt.

Exenatid (Byetta®, Bydureon®) und Lixisenatid (nur als Kombinationsarzneimittel mit Insulin glargin verfügbar; Handelsname Suliqa®) sind als Antidiabetika in Kombination mit anderen Antidiabetika zugelassen. Näheres siehe Fachinformationen [1] und Tabelle 1.

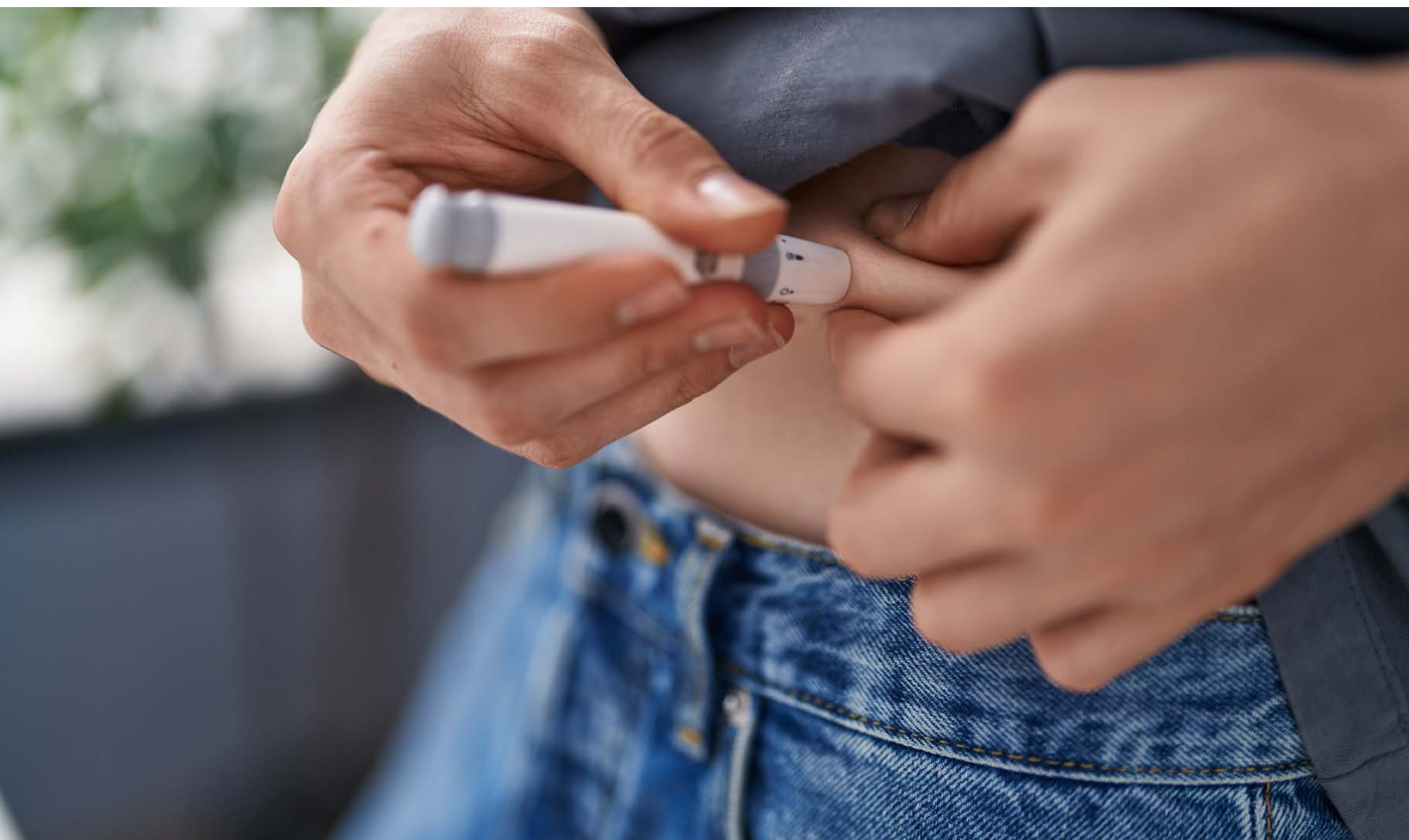


Tabelle 1: Übersicht über Indikationen von GLP-1-RA (in alphabetischer Reihenfolge nach Wirkstoffname)

Hinweise der Redaktion:

- Bitte beachten Sie in der Diabetes-Therapie die Informationen zum zulassungskonformen und wirtschaftlichen Einsatz im Artikel.
- CAVE: Für den Einsatz zur Gewichtsregulierung besteht ein Verordnungsabschluss nach Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie.

| Handelsname | Wirkstoff | Zulassung (Anwendungsgebiet gem. Fachinformation) | |
|-------------|-------------------------------|---|--------------------|
| | | Unzureichend kontrollierter Diabetes mellitus Typ 2 | Gewichtsmanagement |
| Trulicity® | Dulaglutid | <p>Trulicity® ist angezeigt zur Behandlung von Patienten ab 10 Jahren mit unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus unterstützend zu Diät und Bewegung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeit oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist ▪ zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. <p>Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie untersuchten Populationen siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1. (Stand der Fachinformation: 09/2024)</p> | Keine Zulassung |
| Byetta® | Exenatid | <p>Byetta® ist angezeigt zur Behandlung des Typ-2-Diabetes mellitus in Kombination mit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Metformin ▪ Sulfonylharnstoffen ▪ Thiazolidindionen ▪ Metformin und einem Sulfonylharnstoff-Präparat ▪ Metformin und einem Thiazolidindion-Präparat <p>bei Erwachsenen, bei denen mit der maximal verträglichen Dosis dieser oralen Therapien eine angemessene Blutzuckerkontrolle nicht erreicht werden konnte. Byetta® ist ebenfalls angezeigt als Kombinationstherapie mit Basalinsulin mit oder ohne Metformin und/oder Pioglitazon bei Erwachsenen, die mit diesen Arzneimitteln keine angemessene Blutzuckerkontrolle erreicht haben. (Stand der Fachinformation: 11/2024)</p> | Keine Zulassung |
| Bydureon® | | <p>Bydureon® ist indiziert bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern im Alter von 10 Jahren und älter mit Typ-2-Diabetes mellitus zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle in Kombination mit anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln einschließlich Basalinsulin, wenn die bestehende Therapie den Blutzucker zusammen mit einer Diät und Bewegung nicht ausreichend kontrolliert. Studienergebnisse in Bezug auf Kombinationen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1. (Stand der Fachinformation: 11/2024)</p> | Keine Zulassung |
| Victoza® | Liraglutid | <p>Victoza® wird zur Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab dem Alter von 10 Jahren als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität angewendet</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ als Monotherapie, wenn die Anwendung von Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit oder Kontraindikation ungeeignet ist ▪ zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. <p>Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1. (Stand der Fachinformation: 11/2024)</p> | Keine Zulassung |
| Saxenda® | | Keine Zulassung | Zulassung |
| Suliqua® | Lixisenatid + Insulin glargin | <p>Suliqua® wird als Ergänzung zu Diät und Bewegung zusätzlich zu Metformin mit oder ohne Natrium-Glucose-Cotransporter-2-(SGLT-2-)Inhibitoren zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ 2 zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle angewendet. Zu Studienergebnissen hinsichtlich Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle sowie der untersuchten Populationen siehe Abschnitt 4.4 und 5.1. (Stand der Fachinformation: 10/2024)</p> | Keine Zulassung |

| Handelsname | Wirkstoff | Zulassung (Anwendungsgebiet gem. Fachinformation) | |
|-------------|------------|--|--------------------|
| | | Unzureichend kontrollierter Diabetes mellitus Typ 2 | Gewichtsmanagement |
| Ozempic® | Semaglutid | <p>Ozempic® wird zur Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität angewendet</p> <ul style="list-style-type: none"> als Monotherapie, wenn die Anwendung von Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit oder Kontraindikationen ungeeignet ist zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. <p>Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle, kardiovaskuläre und renale Ereignisse sowie untersuchte Populationen siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1. (Stand der Fachinformation: 12/2024)</p> | Keine Zulassung |
| Wegovy® | | Keine Zulassung | Zulassung |
| Mounjaro® | Tirzepatid | <p>Typ-2-Diabetes mellitus</p> <p>Mounjaro® ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung</p> <ul style="list-style-type: none"> als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus. <p>Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle sowie auf die untersuchten Populationen sind in den Abschnitten 4.4, 4.5 und 5.1 zu finden. (Stand der Fachinformation: 02/2025)</p> | Zulassung |

Einsatz in der Therapie des Typ-2-Diabetes mellitus

Derzeit liegen viele Einzelfallprüfanträge aufgrund Off-Label-Use zu verschiedenen GLP-1-RA vor. Eine bei der Abrechnung kodierte Typ-2-Diabetes-Diagnose reicht nicht, um einen zulassungskonformen Einsatz zu belegen. Denn die Präparate sind nur zugelassen zur Behandlung des **unzureichend** kontrollierten Typ-2-Diabetes mellitus, unterstützend zu Diät und Bewegung,

- als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeit oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist oder
- zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus.

Um solchen Prüfanträgen vorzubeugen, kontrollieren Sie vor der Verordnung bitte, ob die Anwendung zulassungskonform und unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit erfolgt.

- ✓ Liegt ein **Typ-2-Diabetes mellitus** vor?
→ Denken Sie bitte an die Kodierung der Diagnose.
- ✓ Sind zweckmäßige und wirtschaftliche **Vortherapien** auch unter Beachtung zugelassener Höchstdosen ausgeschöpft?
→ So erkannte die Gemeinsame Prüfungseinrichtung (GPE) beispielsweise in einer vorliegenden Einzelfallentscheidung den Einsatz als wirtschaftlich an nach Steigerungsversuch der Metformindosis und vorangegangenem Therapieversuch mit einem anderen Wirkstoff.
→ Patientenindividuelle Aspekte zur Therapieentscheidung und Wirkstoffauswahl sind nachvollziehbar in der Patientenakte zu dokumentieren.
- ✓ → Wenn nein: Liegt eine **echte Unverträglichkeit oder Kontraindikation** gegenüber den Präparaten vor?
→ An dieser Stelle weisen wir darauf hin, dass z. B. leichte gastrointestinale Beschwerden bei Beginn einer Metformintherapie gemäß Fachinformation möglich sind. Diese müssen in diesem Zusammenhang von „echten“ Unverträglichkeiten abgegrenzt werden (siehe Infobox „Metformin“).
→ Eine Unverträglichkeit oder Kontraindikation muss plausibel aus der Patientendokumentation hervorgehen.
- ✓ Ist der Typ-2 Diabetes unter der bisherigen Therapie **unzureichend eingestellt**?
→ Dokumentieren Sie die HbA1c-Werte (siehe Infobox „Individualisierter HbA1c-Zielkorridor“).
- ✓ Erfolgt die Therapie in **Kombination mit anderen Arzneimitteln** zur Behandlung des Diabetes mellitus oder bestehen Unverträglichkeiten (siehe hierzu die obigen Ausführungen), zum Beispiel gegenüber Metformin?
- ✓ Bei der Auswahl der Antidiabetika ist immer auch die Wirtschaftlichkeit zu beachten. Daraus folgt, dass eine Monotherapie mit GLP-1-RA nur in Einzelfällen in Betracht kommt.

Metformin

Metformin ist Mittel der ersten Wahl zur Behandlung des Typ-2-Diabetes mellitus [2]. Unter Metformin kommt es oftmals bei Therapiebeginn zu gastrointestinalen Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Abdominalschmerzen und Appetitverlust. Die Nebenwirkungen verschwinden in den meisten Fällen spontan. Um diese gastrointestinalen Symptome zu vermeiden, wird empfohlen, die Tagesdosis von Metformin auf zwei oder drei Einnahmen während oder nach den Mahlzeiten zu verteilen. Eine langsame Steigerung der Dosierung kann die gastrointestinale Unverträglichkeit ebenfalls mindern.

Bei Niereninsuffizienz ist die Dosierung in Abhängigkeit und unter Überwachung der GFR anzupassen („Nierendosis“). In Situationen, welche die Nierenfunktion verändern könnten, sollte Metformin vorübergehend abgesetzt werden. Es ist bei schwerer Niereninsuffizienz (GFR < 30 ml/min) kontraindiziert.

In sehr seltenen Fällen kommt es zur schwerwiegenden metabolischen Komplikation der Laktatazidose. Diese tritt am häufigsten bei akuter Verschlechterung der Nierenfunktion, kardiorespiratorischer Erkrankung oder Sepsis auf. Bei akuter Verschlechterung der Nierenfunktion kommt es zur Kumulation von Metformin, die das Risiko einer Laktatazidose erhöht [1].

Individualisierter HbA1c-Zielkorridor

Die 2023 aktualisierte deutsche Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) zur Therapie des Typ-2-Diabetes beschreibt einen individualisierten **HbA1c-Zielkorridor von 6,5–8,5 %**.

Bei einem HbA1c von $\leq 7\%$ liegen jedoch keine Daten für die Wirksamkeit einer Kombinationstherapie (d. h. Metformin plus SGLT-2-Hemmer oder GLP-1-RA) im Hinblick auf kardiovaskuläre Endpunkte bei Menschen mit Typ-2-Diabetes ohne Herzinsuffizienz vor. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass Patienten mit dieser Diagnosenkonstellation nicht in die klinischen Studien eingeschlossen worden sind [2].

Einsatz zur Gewichtsregulierung – keine Kassenleistung

Abmagerungsmittel sind Lifestyle-Arzneimittel und können gemäß Anlage II zur Arzneimittel-Richtlinie nicht zulasten der GKV verordnet werden [3].

Saxenda® (Liraglutid), Wegovy® (Semaglutid) und Mounjaro® (Tirzepatid) haben die Zulassung zur Gewichtsregulierung.

- Wegovy® und Saxenda® sind ausschließlich zur Gewichtsregulierung zugelassen.
- Mounjaro® dagegen ist sowohl zur Behandlung des Diabetes mellitus als auch zur Gewichtsregulierung zugelassen.

Während die Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mit Mounjaro® unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit und des zulassungsgerechten Einsatzes (siehe oben) grundsätzlich eine Kassenleistung darstellt, ist der Einsatz aller drei Produkte im Rahmen der Gewichtsregulierung **keine** Leistung der GKV.

In der Gewichtsregulierung dürfen nur die hierfür zugelassenen GLP-1-RA ausschließlich auf einem Privatrezept verordnet werden [3]. Eine Off-Label-Verordnung der Diabetesmittel Ozempic® oder Trulicity® zur Gewichtsregulierung darf selbst auf Privatrezept nicht erfolgen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hatte im Zuge eines erhöhten Verbrauchs der beiden Mittel entsprechende Empfehlungen ausgesprochen [4]:



www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/semaglutid_dulaglutid_empfehlung_beirat.html

Fazit

- Um einen zulassungskonformen Einsatz im Falle einer Überprüfung durch die Krankenkassen zu belegen, ist auf die Kodierung der Typ-2-Diabetes-Diagnose zu achten.
- Etwaige Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten gegenüber Vortherapien sind nachvollziehbar in der Patientenakte zu dokumentieren. Um die unzureichende Diabetes-Einstellung ggf. unter Vortherapie zu belegen, sollten Sie HbA1c-Werte im Therapieverlauf vorhalten.
- Bei der Auswahl der Antidiabetika ist immer auch die Wirtschaftlichkeit zu beachten.
- Eine Monotherapie mit GLP-1-RA kommt nur in Einzelfällen in Betracht. Zwingend erforderlich für eine Monotherapie ist, dass Metformin kontraindiziert ist bzw. plausible Unverträglichkeiten vorliegen.
- Zur Gewichtsregulierung können GLP-1-RA nicht zulasten der GKV verschrieben werden.

Literatur

- [1] www.fachinfo.de
- [2] Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes (Version 3.0, Stand: Dezember 2023). https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-0011_S3_Typ-2-Diabetes_2024-12.pdf
- [3] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Anlage II zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie – Gesetzliche Verordnungsausschlüsse in der Arzneimittelversorgung und zugelassene Ausnahmen – Verordnungsausschluss von Arzneimitteln zur Erhöhung der Lebensqualität gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V (Lifestyle-Arzneimittel), in Kraft getreten am 8. Februar 2025. <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/14/>
- [4] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Empfehlung des Beirates zur Sicherstellung der Versorgung von Patienten mit Typ-2-Diabetes mit den GLP-1-Agonisten Trulicity und Ozempic. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/semaglutid_dulaglutid_empfehlung_beirat.html (Zugriff: 05.03.2025)

Osteoporose-Therapieleitfaden der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen

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

Folgender Therapieleitfaden wurde **aktualisiert**:

Osteoporose – konsentierete Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der medikamentösen Therapie (Version vom 23.01.2025) [1].

Aktuelle Empfehlungen zu Osteoporose-Behandlungen machten eine Überarbeitung des Therapieleitfadens notwendig. Bei Patienten mit moderatem Frakturrisiko ist weiterhin eine antiresorptive Therapie indiziert, wobei unter Berücksichtigung der individuellen Patientenkonstellation hinsichtlich der Kosten die Verordnung von Bisphosphonaten zu bevorzugen ist. Die kostenintensiven osteoanabolen Medikamente sollten nur dann verordnet werden, wenn dies aufgrund der individuellen Patientenkonstellation (hohes Risiko gemäß DVO-Leitlinie) erforderlich ist. Der vorrangige Einsatz von verfügbaren Generika bzw. Biosimilars sowie bestehende Rabattverträge sollen beachtet werden.

In diesem Zusammenhang möchten wir Sie zusätzlich über aktuelle Verhandlungsergebnisse zwischen KV und Krankenkassen informieren: Um die steigenden Verordnungskosten, die sich durch den medizinischen Fortschritt ergeben, adäquat abzubilden, wurde die Arzneimittel-Richtwertsystematik zum Jahresbeginn 2025 an die aktuellen Empfehlungen im Therapieleitfaden Osteoporose angepasst. Der ursprüngliche AT 34 (Mittel zur Behandlung der Osteoporose) wurde in zwei neue AT 68 (Mittel zur Behandlung der Osteoporose, antiresorptive Wirkstoffe) und AT 69 (Mittel zur Behandlung der Osteoporose, osteoanabole Wirkstoffe) aufgeteilt. Der ehemalige AT 34 wird nicht weitergeführt.

Bitte informieren Sie sich im Artikel „Arzneimittel-Richtwertsystematik 2025“, der im Verordnungsforum 72 erschienen ist [2], über weitere Details bezüglich der AT-Zuordnung zu den Richtwertgruppen.

Therapieleitfäden und Wirtschaftlichkeitsprüfung

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

Die Therapieleitfäden sind auf der Homepage der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen unter



www.gpe-bw.de/facharztgruppen

abrufbar.

Literatur

- [1] Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg (GPE): Osteoporose – konsentierete Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der medikamentösen Therapie (Version vom 23.01.2025). <https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen/orthopaeden/osteoporose-1>
- [2] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Arzneimittel-Richtwertsystematik. Verordnungsforum 2025; 72: 5–7. <https://www.kvbawue.de/pdf5089>

L-Thyroxin bei Älteren: Wann einsetzen?

Nachdruck aus *Arzneiverordnung in der Praxis Band 51, Heft 2, September 2024*

Autoren: Prof. Dr. med. Sven Diederich (Berlin), Prof. Dr. med. Michael Freitag (Oldenburg)

Die Schilddrüse ist die größte Hormondrüse des menschlichen Körpers und weist eine große Bedeutung für die Regulation zahlreicher physiologischer Körperfunktionen auf. Die Schilddrüsenhormone Trijodthyronin (T3) und Thyroxin (T4) wirken in fast allen Körperzellen und sind essenziell für einen funktionsfähigen Energiestoffwechsel. Bei einem Fehlen der Schilddrüse (beispielsweise nach einer Thyreoidektomie) oder bei verminderter Synthese der Schilddrüsenhormone (Hypothyreose) kann eine Substitution mit synthetisch hergestelltem Levothyroxin erfolgen, um den Mangel auszugleichen und die Stoffwechsellage zu normalisieren. Schilddrüsenhormonsubstitution ist bei Hypothyreose jeglicher Genese wie auch bei benigner Struma mit euthyreoter Funktionslage sowie zur Suppressions- und Substitutionstherapie bei Schilddrüsenmalignom indiziert [1].

Altersabhängige Referenzwerte für TSH

In der Diagnostik der Schilddrüsenenerkrankungen gilt insbesondere der Spiegel des Thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH) als geeigneter Indikator für die Schilddrüsenfunktion. Der TSH-Spiegel im Blut ist erhöht, wenn die Schilddrüse eine Unterfunktion hat, und erniedrigt bei einer Schilddrüsenüberfunktion. In seltenen Fällen jedoch, wenn die Hypophyse nicht richtig funktioniert, gibt der TSH-Spiegel die Schilddrüsenfunktion nicht akkurat wieder.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss allerdings berücksichtigt werden, dass mit steigendem Alter der TSH-Wert physiologischerweise ansteigt. In Abhängigkeit vom Alter sollten laut der S2k-Leitlinie „Erhöhter TSH-Wert in der Hausarztpraxis“ der DEGAM folgende TSH-Werte als erhöht interpretiert werden [2]:

- 18 bis 70 Jahre: > 4,0 mU/l
- > 70 bis 80 Jahre: > 5,0 mU/l
- > 80 Jahre: > 6,0 mU/l

Mit dieser 2023 veröffentlichten Leitlinie sollen hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte sensibilisiert werden für eine kritische Bewertung erhöhter TSH-Werte unter Beachtung unterschiedlicher TSH-Referenzbereiche und der hohen intra- und interindividuellen Variabilität von TSH-Werten. Angestrebt wird eine kontrollierte, individuell angepasste Therapie unter Abwägen von Nutzen und Risiken für einen individuellen Patienten unter Berücksichtigung von Wohlbefinden, Nebenwirkungen und Risiko für kardiovaskuläre Folgeerkrankungen. Zudem sollen Übertherapie durch Verringerung unnötiger Levothyroxin-Verordnungen und Kombinationstherapien (Jod mit Levothyroxin, T3 mit T4) vermieden werden.

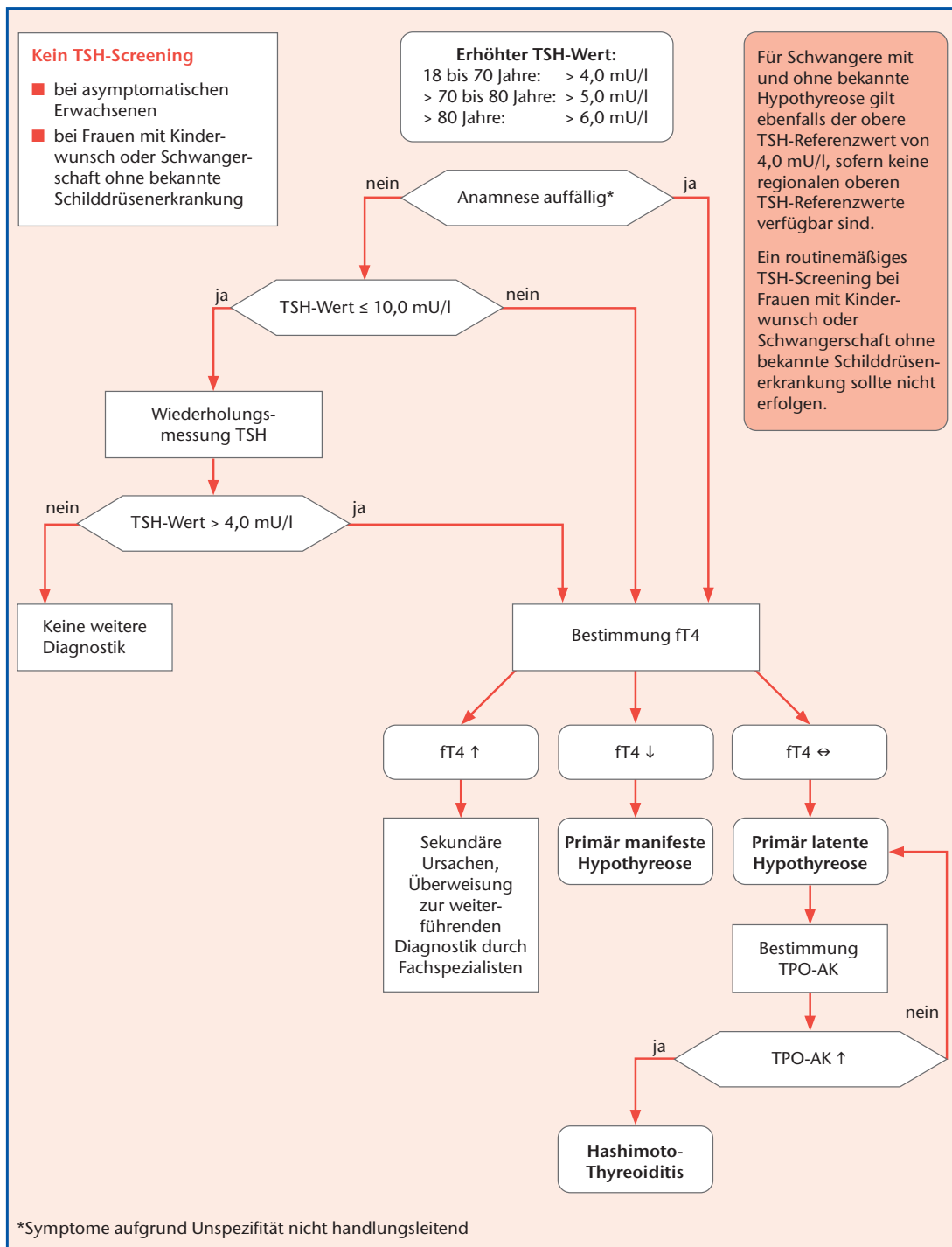
Als nicht mehr medizinisch adäquat gilt die Annahme, dass ein TSH-Wert > 4,0 mU/l unabhängig vom Alter des Patienten als erhöht anzusehen ist. Ein mit zunehmendem Alter physiologischer Anstieg des TSH-Wertes wird als mehrfach belegt angesehen [3-7]. Vor allem für die Patientengruppe ≥ 85 Jahre konnte zudem nachgewiesen werden, dass eine latente Hypothyreose nicht mit erhöhter Mortalität assoziiert ist und im Vergleich zu TSH-Werten < 4 mU/l einen Überlebensvorteil bringen kann [8-9].

Für die Bewertung der individuellen TSH-Werte sollten berücksichtigt werden:

- das Lebensalter,
- der fT4-Wert,
- die klinischen Symptome,
- der Body-Mass-Index (BMI),
- die Medikation,
- die Einschränkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des gesundheitlichen Allgemeinzustands (Vorliegen akuter Erkrankungen, Komorbiditäten).

Eine Pathologisierung allein aufgrund einer Abweichung vom Referenzbereich der TSH-Werte ist nicht zu rechtfertigen. In Abbildung 1 ist das diagnostische Vorgehen bei erhöhtem TSH-Wert schematisch dargestellt.

Abbildung 1: Diagnostisches Vorgehen bei erhöhtem TSH-Wert [2] – CAVE: Das Festlegen regionaler oberer TSH-Referenzwerte für Schwangere erscheint aus Sicht der Autoren nicht zweckmäßig und in der Praxis nicht umsetzbar.



Ein TSH-Screening wird bei asymptomatischen Erwachsenen nicht empfohlen. Bei einem erstmalig festgestellten TSH-Wert über dem jeweiligen altersspezifischen Referenzwert und $\leq 10,0$ mU/l sowie unauffälligen anamnestischen Befunden wird zunächst eine Wiederholungsmessung des TSH-Wertes unter Beachtung der Einflussfaktoren zur Verifizierung des Erstergebnisses empfohlen.

Bei einem erstmalig festgestellten TSH-Wert $> 10,0$ mU/l sollte zusätzlich zur Wiederholungsmessung des TSH-Wertes eine weiterführende Diagnostik eingeleitet werden. Bei Erstbefund eines erhöhten Serum-TSH-Wertes und auffälligen anamnestischen Befunden sollte unabhängig vom Ausmaß der TSH-Erhöhung eine weiterführende Diagnostik eingeleitet werden.

Wenn bei Vorliegen einer latenten Hypothyreose keine medikamentöse Behandlung begonnen wurde, kann der TSH-Wert nach sechs bis zwölf Monaten nochmals kontrolliert werden, um vorübergehende Ursachen (z. B. akute Erkrankungen, Medikamente) für einen erhöhten TSH-Wert auszuschließen. Das Kontrollintervall kann in Abhängigkeit von klinischer Symptomatik und Patientenwunsch verlängert werden.

Indikation zur Hormonsubstitution

Die Indikation zur Hormonsubstitution bei latenter Hypothyreose sollte individuell gestellt werden:

- a) Unabhängig vom Alter sollten asymptomatische Patienten mit leicht erhöhtem TSH (≤ 10 mU/l) nicht substituiert werden.
- b) Bei Patienten ≤ 75 Jahre mit latenter Hypothyreose sollte eine Therapie eingeleitet werden bei einem TSH-Wert > 10 mU/l.
 - In Abhängigkeit von der klinischen Symptomatik und dem Patientenwunsch kann ein Therapieverzicht unter Kontrolle des TSH-Wertes (bis TSH < 20 mU/l) eine Alternative sein. Notwendige Voraussetzung dafür ist die umfassende Aufklärung des Patienten über die möglichen Konsequenzen der verschiedenen Vorgehensweisen.
- c) Bei Patienten > 75 Jahre mit latenter Hypothyreose (bis TSH < 20 mU/l) kann auf eine Hormonsubstitution verzichtet werden.

Die Initialdosis von Levothyroxin sollte individuell abhängig von Alter, Gewicht, kardialen Status sowie der Schwere der Hypothyreose mit einem TSH-Zielkorridor zwischen 0,4 und 4,0 mU/l festgelegt werden. Folgende Initialdosen werden empfohlen:

- a) Patienten mit manifester Hypothyreose < 60 Jahre ohne Komorbiditäten: 1,6 $\mu\text{g}/\text{kg}$ Körpergewicht.
- b) Patienten mit manifester Hypothyreose ≥ 60 Jahre und/oder mit kardiovaskulären Erkrankungen: 0,3–0,4 $\mu\text{g}/\text{kg}$ Körpergewicht.
- c) Patienten mit latenter Hypothyreose: 25 bis 50 $\mu\text{g}/\text{Tag}$.

Die Dosisanpassung sollte individuell orientiert an den laborchemisch ermittelten Schilddrüsenwerten und dem subjektiven Wohlbefinden/Beschwerden erfolgen.



Fazit für die Praxis

Der TSH-Wert steigt physiologischerweise mit dem Alter. Daher ist ein einheitlicher TSH-Referenzwert für alle Altersklassen nicht sachgerecht. Medizinische Labore geben aber weiterhin altersunabhängige Referenzwerte sowie Empfehlungen zu Beginn einer Substitutionstherapie an. Die DEGAM hat daher 2023 eine neue Leitlinie veröffentlicht, um hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte für eine kritische Bewertung erhöhter TSH-Werte unter Beachtung unterschiedlicher TSH-Referenzbereiche und der hohen intra- und interindividuellen Variabilität von TSH-Werten zu sensibilisieren. Durch eine individuelle Indikationsstellung und angepasste Therapie – unter Abwägen von Nutzen und Risiken für einen individuellen Patienten – sollen Übertherapie und Nebenwirkungen vermieden werden. Medizinische Labore sollten eine altersspezifische Differenzierung in die Befundberichte zu TSH-Werten aufnehmen.

Literatur

- [1] Betapharm Arzneimittel GmbH: Fachinformation „L-Thyroxin beta 25 µg, Tabletten“; März 2023
- [2] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: S2k-Leitlinie Erhöhter TSH-Wert in der Hausarztpraxis. AWMF-Register-Nr. 053-046; DEGAM-Leitlinie Nr. 18; 2023. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-046>
- [3] Surks MI, Hollowell JG: Age-specific distribution of serum thyrotropin and antithyroid antibodies in the US population: implications for the prevalence of subclinical hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92(12): 4575–82. doi: 10.1210/jc.2007-1499
- [4] Bremner AP, Feddema P, Leedman PJ et al.: Age-related changes in thyroid function: a longitudinal study of a community-based cohort. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97(5): 1554–62. doi: 10.1210/jc.2011-3020
- [5] Waring AC, Arnold AM, Newman AB, Bůžková P, Hirsch C, Cappola AR: Longitudinal changes in thyroid function in the oldest old and survival: the cardiovascular health study all-stars study. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97(11): 3944–50. doi: 10.1210/jc.2012-2481
- [6] Vadiveloo T, Donnan PT, Murphy MJ, Leese GP: Age- and gender-specific TSH reference intervals in people with no obvious thyroid disease in Tayside, Scotland: the Thyroid Epidemiology, Audit, and Research Study (TEARS). *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98(3): 1147–53. doi: 10.1210/jc.2012-3191
- [7] Chaker L, Korevaar TIM, Medici M et al.: Thyroid Function Characteristics and Determinants: The Rotterdam Study. *Thyroid* 2016; 26(9): 1195–204. doi: 10.1089/thy.2016.0133
- [8] Gussekloo J, van Exel E, Craen AJM de, Meinders AE, Frölich M, Westendorp RGJ: Thyroid status, disability and cognitive function, and survival in old age. *JAMA* 2004; 292(21): 2591–9. doi: 10.1001/jama.292.21.2591
- [9] Pearce SHS, Razvi S, Yadegarfar ME et al.: Serum Thyroid Function, Mortality and Disability in Advanced Old Age: The Newcastle 85+ Study. *J Clin Endocrinol Metab* 2016; 101(11): 4385–94. doi: 10.1210/jc.2016-1935

Interessenkonflikte

Die Autoren geben an, keine Interessenkonflikte zu haben.

Für Sie gelesen: aktuelle Rote-Hand-Briefe

Rote-Hand-Briefe informieren heilberufliche Fachkreise schnell und gezielt über neue Arzneimittelrisiken sowie Maßnahmen zu deren Minimierung. In diesem Beitrag fassen wir die aktuellen Warnhinweise zu Fezolinetant (Veoza®) und Metamizol zusammen.

Fezolinetant (Veoza®) und Leberschädigung

Fezolinetant ist ein neuartiger selektiver Neurokinin-3-(NK3-)Rezeptor-Antagonist, der im Februar 2024 auf den Markt gebracht wurde. Das Medikament ist für die Behandlung moderater bis schwerer vasomotorischer Symptome (Hitzewallungen, Schweißausbrüche) in der Menopause zugelassen [1] und wird vom Hersteller als „hormonfrei“ beworben. Gleichwohl verhindert diese Eigenschaft nicht das Auftreten potenziell schwerwiegender Nebenwirkungen.

Im Rote-Hand-Brief vom 13. Januar 2025 wird auf Leberschädigungen hingewiesen, die mit Symptomen wie Fatigue, Pruritus, Ikterus, dunkler Urin, heller Stuhl, Übelkeit, Erbrechen, verminderter Appetit und/oder Abdominalschmerz einhergehen können [2]. Bereits in der Fachinformation sind Erhöhungen der Serumwerte der Alanin- (ALT) und Aspartat-Aminotransferase (AST) beschrieben [1]. Zusätzlich kamen in einer umfassenden EU-weiten Datenüberprüfung auch Fälle mit starker ALT- und/oder AST-Erhöpfung auf mehr als das 10-Fache der oberen Normgrenze (mit gleichzeitiger Erhöhung des Bilirubins und/oder der alkalischen Phosphatase) ans Licht.

Der Hersteller empfiehlt deshalb, eine Behandlung mit Fezolinetant nur bei hinreichend niedrigen ALT-/AST-Serumwerten (unterhalb des Doppelten der oberen Normgrenze) zu beginnen. Darüber hinaus sollen Leberfunktionstests während der ersten drei Monate monatlich und anschließend nach klinischem Ermessen durchgeführt werden. Patientinnen müssen angewiesen werden, sich umgehend in ärztliche Behandlung zu begeben, wenn sie eins oder mehrere der oben genannten Anzeichen bemerken.

Erhöhte Leberfunktionswerte und/oder Symptome einer Leberschädigung waren nach Absetzen der Behandlung im Allgemeinen reversibel.

Bei Frauen mit erhöhtem Risiko für Lebererkrankungen muss eine Exposition mit Fezolinetant vermieden werden [2].

Exkurs zur Arzneimittel-Richtwertsystematik und Nutzenbewertung

Der Wirkstoff Fezolinetant fließt in Baden-Württemberg fachgruppenunabhängig in den Arzneimittel-Therapiebereich (AT) „Rest“ ein. Dieser ist bei Gynäkologen mit einem Richtwert i. H. v. 37,03 Euro pro Verordnungspatient (VOP) und Quartal hinterlegt.

Für die Hormonersatztherapie steht den Gynäkologen der AT 43 (Gestagene/Estrogene) mit einem Richtwert i. H. v. 39,25 Euro pro VOP und Quartal zur Verfügung.

Im Vergleich zur systemischen Hormonersatztherapie ist nach früher Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein Zusatznutzen für Fezolinetant nicht belegt [3].

Metamizol und aktuelle Risikobewertung

Auch bei lange auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln kann es neue Informationen zur Pharmakovigilanz geben, wie im Beispiel von metamizolhaltigen Arzneimitteln. Im Rote-Hand-Brief vom 9. Dezember 2024 werden Maßnahmen konkretisiert, die im Rahmen einer Agranulozytose bzw. deren effektiver Abwendung angezeigt sind; entsprechend empfiehlt das Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) eine Aktualisierung der Produktinformationen. Die Überprüfung der Metamizol-assoziierten Risiken erfolgte EU-weit auf Veranlassung durch die finnische Arzneimittelbehörde [2, 3].

Im Verordnungsforum 45 [4] berichteten wir bereits über die Metamizol-assoziierte dosisunabhängige Agranulozytose. Eine der Botschaften unter anderem war, dass das Risiko einer letalen Agranulozytose geringer ist als das einer tödlich verlaufenden gastrointestinalen oder kardiovasku-

lären Komplikation bei Anwendung eines nicht-steroidalen Antirheumatikums.

Dennoch müssen Patienten mögliche Frühsymptome, die auf eine Agranulozytose unter Metamizol hinweisen können, dringend im Blick haben. Dazu gehören Fieber, Schüttelfrost, Halsschmerzen und schmerzhafte Schleimhautveränderungen, insbesondere in Mund, Nase, Rachen oder im Anogenitalbereich. Bei Symptommanifestation sollen sie die Einnahme sofort abbrechen und sich zur Kontrolle des Differenzialblutbildes in ärztliche Behandlung begeben.

Insbesondere ist zu beachten, dass Symptome einer beginnenden Agranulozytose verschleiert werden können, wenn Metamizol beispielsweise gegen Fieber angewendet wird.

Bei bestätigter Agranulozytose darf die Behandlung nicht wieder aufgenommen werden.

Bei Patienten mit einer Agranulozytose in der Vorgeschichte sowie bei Patienten mit einer Beeinträchtigung des blutbildenden Systems ist Metamizol **kontraindiziert**.

Als Folge der EU-weiten Prüfung werden die Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung von Metamizol überarbeitet, um mögliche schwerwiegende Folgen zu minimieren:

- Nach heutigem Kenntnisstand gibt es keinen Beleg für die Wirksamkeit einer routinemäßigen Blutbildüberwachung zur frühzeitigen Erkennung einer metamizol-induzierten Agranulozytose (bislang wurden regelmäßige Blutbildkontrollen bei längerfristiger Therapie laut Fachinformation als erforderlich angesehen).
- Während man bisher das Auftreten einer Agranulozytose ab zwei Monaten nach Behandlungsbeginn für unwahrscheinlich hielt, gibt es zwischenzeitlich Hinweise, dass diese Nebenwirkung grundsätzlich zu jedem Zeitpunkt während der Behandlung auftreten kann, auch bei Patienten, die bei einer vorherigen Behandlung keine Komplikationen gezeigt haben.

- Auch der Hinweis, dass Patienten über das mögliche Auftreten der oben genannten Symptome einer Agranulozytose aufgeklärt werden müssen, wird in der Produktinformation verankert [2, 3].

Insgesamt kommt das PRAC weiterhin zu dem Schluss, dass der Nutzen von Metamizol dessen Risiken überwiegt [2].

Metamizol und Leberschädigung

Auch Metamizol kann zu einer Leberschädigung führen. Diese Nebenwirkung ist sehr selten, dosisunabhängig und vermutlich immunallergischer Genese. Im Verordnungsforum 70 berichtete der Pharmakotherapie-Beratungsdienst des Universitätsklinikums Tübingen über ein Fallbeispiel aus der Praxis [7].

Fazit

- Fezolinetant (Veoza[®]) kann zu Leberschädigungen führen. Anwenderinnen müssen daher auf eventuelle Frühsymptome achten. Regelmäßige Kontrollen der Leberwerte sind angezeigt.
- Zur Erkennung möglicher Frühsymptome einer Agranulozytose ist auch bei Metamizol eine entsprechende Wachsamkeit der Patienten erforderlich. Bei unauffälligen Verläufen werden hier jedoch keine routinemäßigen Blutbildkontrollen mehr empfohlen.

Literatur

- [1] www.fachinfo.de
- [2] Rote-Hand-Brief: Veoza (Fezolinetant): Risiko für arzneimittelbedingten Leberschaden und neue Empfehlungen zur Überprüfung der Leberfunktion vor und während der Behandlung. https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/Arzneimittelsicherheit/RHB/Archiv/2025/20250113-Veoza.pdf
- [3] Gemeinsamer Bundesausschuss: Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Fezolinetant (Vasomotorische Symptome (VMS), mit der Menopause assoziiert), veröffentlicht am 28.08.2024. <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/1055/#beschluesse>
- [4] PRAC-Empfehlungen im Rahmen von EU-Referral-Verfahren – Juli bis September 2024. Bulletin zur Arzneimittelsicherheit 2024; 3: 37–8
- [5] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Metamizolhaltige Arzneimittel: Wichtige Maßnahmen zur Minimierung der schwerwiegenden Folgen des bekannten Risikos für Agranulozytose (Rote-Hand-Brief vom 09.12.2024). <https://www.akdae.de/arzneimittelsicherheit/drug-safety-mail/newsdetail/drug-safety-mail-2024-50>
- [6] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Metamizol – Segen oder Fluch? Verordnungsforum 2018; 45: 8–10. <https://www.kvbawue.de/pdf2977>
- [7] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Metamizol und Leberschädigung. Verordnungsforum 2024; 70: 4–5. <https://www.kvbawue.de/pdf4899>

Sumatriptan in der Migränetherapie: Ist eine erneute Gabe in anderer Darreichungsform möglich?

Aus der Praxis erreichte uns die Anfrage zur Anwendung einer wiederholten Sumatriptan-Gabe in unterschiedlicher Darreichungsform innerhalb einer Migräneattacke. Die Antwort gibt der Pharmakotherapie-Beratungsdienst des Universitätsklinikums Heidelberg.

Fragestellung

„Ist es problematisch, wenn eine Patientin bei Migräne zuerst 50 mg Sumatriptan peroral einnimmt und während derselben Attacke, z. B. 2 Stunden später (weil die perorale Einnahme nicht geholfen hat), einen Sprühstoß Sumatriptan 20 mg intranasal appliziert?“

Klinisch-pharmakologische Datenlage

Sumatriptan ist ein selektiver Agonist der präsynaptischen 5-HT_{1B/1D}-Rezeptoren und als Migränetherapeutikum in peroraler, intranasaler und subkutaner Darreichungsform im Handel. Gemäß Fachinformation sollten Patienten, die auf die erste Dosis Sumatriptan nicht ansprechen, für dieselbe Attacke keine zweite Dosis Sumatriptan anwenden, sondern bei Bedarf mit Paracetamol, Acetylsalicylsäure oder nicht-steroidalen antiinflammatorischen Arzneimitteln (NSAR) weiterbehandeln [1, 2]. In einer Metaanalyse zeigte sich dabei Diclofenac hinsichtlich der Schmerzinderung innerhalb von 2 Stunden am effektivsten, wohingegen Ibuprofen am besten verträglich war [3]. Eine randomisierte Parallelgruppenstudie zeigte, dass eine zweite Dosis von 100 mg Sumatriptan peroral nach 2 Stunden keinen zusätzlichen Nutzen gegenüber Placebo brachte; das Wiederauftreten von Kopfschmerzen wurde nicht verhindert bzw. verzögert [4].

Populationsbezogene Studien zeigen kein erhöhtes Risiko für vaskuläre Ereignisse bei der Anwendung von Triptanen in üblicher Dosierung [5, 6]. In zwei doppelblinden, randomisierten, placebokontrollierten klinischen Studien wurden multiple Dosen (4 Tage 3-mal täglich 5, 10 oder 20 mg) intranasaler Applikation von Sumatriptan gut vertragen [7].

Eine Äquivalenzdosis von Sumatriptan (peroral vs. intranasal) ist nicht bekannt. Pharmakokinetisch entspricht Sumatriptan 20 mg intranasal in etwa 25 mg peroral. Die

Bioverfügbarkeit nach intranasaler Anwendung ist nur minimal höher als nach peroraler Anwendung (16 % vs. 14 %). Die Spitzenspiegel sind vergleichbar [1, 2, 8]. Nach intranasaler Verabreichung von 20 mg wird Sumatriptan schnell resorbiert, eine klinische Wirkung stellt sich nach 15 Minuten, maximale Plasmakonzentrationen im Durchschnitt nach 1,5 Stunden ein [1]. Im Vergleich dazu tritt die klinische Wirkung nach peroraler Applikation von 50 mg Sumatriptan nach ca. 30 Minuten ein [2].

Im Rahmen der Literaturrecherche findet sich in UpToDate® zur Anwendung von Sumatriptan intranasal: „Usual: 20 mg as a single dose in 1 nostril; if symptoms persist or return, may repeat dose after \geq 2 hours. Maximum dose: 40 mg per 24 hours“ bzw. peroral: „If symptoms persist or return, may repeat dose (usually same as first dose) after \geq 2 hours. Maximum dose: 100 mg per dose; 200 mg per 24 hours“. Hier wird demnach die Möglichkeit einer erneuten Gabe von Sumatriptan nach frühestens 2 Stunden auch bei anhaltenden Migränesymptomen unter Beachtung der Tages-Maximaldosis (intranasal: 40 mg, peroral: 200 mg [9] bzw. 300 mg [2]) genannt [9].

Laut S1-Leitlinie „Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne“ können Patienten individuell auf die verschiedenen Triptane reagieren. Patienten, die auf die Behandlung einer Migräneattacke mit einem Triptan nicht ansprechen, können aber auf die Behandlung nachfolgender Attacken mit demselben Wirkstoff trotzdem ansprechen. Bei wiederholtem Nichtansprechen oder Unverträglichkeit wird der Umstieg auf ein anderes Triptan empfohlen. Eletriptan 40 mg und Rizatriptan 10 mg sind nach den Ergebnissen von Metaanalysen die am schnellsten wirksamen oralen Triptane [10].

Bewertung und Empfehlung

Laut Herstellerangaben sollte Sumatriptan nicht erneut angewendet werden, wenn die erste Dosis innerhalb von zwei Stunden keine Wirkung zeigt – unabhängig von der Darreichungsform. Grund dafür ist, dass eine Wirksamkeit einer zweiten Dosis desselben Wirkstoffes, wenn die Initialdosis nicht effektiv war, nach vorliegenden Daten nicht zu erwarten ist.

Eine Äquivalenzdosis von Sumatriptan (peroral vs. intranasal) ist nicht bekannt. Pharmakokinetisch entspricht Sumatriptan 20 mg intranasal in etwa 25 mg peroral, führt in dieser Dosierung also zu einer vergleichbaren Exposition. Dennoch unterscheiden sich die Angaben zu den Tageshöchst Dosen bei peroraler (200–300 mg) und intranasaler Anwendung (40 mg) deutlich. Dies ist auf Basis der Pharmakokinetik nicht erklärbar und vermutlich aus der Wirksamkeit in klinischen Studien bzw. dem in klinischen Studien untersuchten Dosisbereich hervorgegangen. Es besteht allerdings auch kein erkennbares Risiko bei einer intranasalen Anwendung nach einer peroralen Gabe, sofern die Tageshöchst-dosis eingehalten wird. Bei wiederholtem Nichtansprechen empfiehlt sich ggf. eine höhere Initialdosis (100 mg peroral) oder der Wechsel auf ein anderes Triptan, da Patienten unterschiedlich auf die verschiedenen Triptane reagieren können. Die Auswahl sollte patientenindividuell nach benötigtem Wirkeintritt und Wirkdauer sowie im Markt befindlichen Darreichungsformen (peroral vs. intranasal/s.c., z. B. bei starkem Erbrechen) erfolgen.

Fazit

Zusammenfassend empfehlen wir, bei fehlendem Wirkeintritt der Initialdosis von Sumatriptan gemäß Angaben in der Fachinformation die Migräneattacke mit anderen Arzneimitteln, z. B. NSAR, weiter zu behandeln. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit sollte möglichst peroral behandelt werden. Nach unserer Einschätzung ist jedoch kein Risiko bei Wechsel auf eine intranasale Anwendung erkennbar, dieser sollte aber frühestens nach 2 Stunden und unter Beachtung der Tagesmaximaldosis innerhalb von 24 Stunden (peroral: 300 mg, intranasal: 40 mg) erfolgen.

Literatur

- [1] Fachinformation Imigran Nasal® mite 10 mg / Nasal® 20 mg 0,1 ml Lösung zur intranasalen Anwendung. Stand: September 2023. www.fachinfo.de
- [2] Fachinformation Imigran® 50 mg bzw. 100 mg Filmtabletten. Stand: Juli 2020. www.fachinfo.de
- [3] Xu H, Han W, Wang J, Li M: Network meta-analysis of migraine disorder treatment by NSAIDs and triptans. *J Headache Pain* 2016; 17: 113 [PMID 27957624]
- [4] Ferrari MD, James MH, Bates D et al.: Oral sumatriptan: effect of a second dose, and incidence and treatment of headache recurrences. *Cephalalgia* 1994; 14: 330–8 [PMID 7828190]
- [5] Hall GC, Brown MM, Mo J, MacRae KD: Triptans in migraine: the risks of stroke, cardiovascular disease, and death in practice. *Neurology* 2004; 62: 563–8 [PMID 14981171]
- [6] Velentgas P, Cole JA, Mo J, Sikes CR, Walker AM: Severe vascular events in migraine patients. *Headache* 2004; 44: 642–51 [PMID 15209685]
- [7] Moore KH, Hussey EK, Shaw S, Fuseau E, Duquesnoy C, Pakes GE: Safety, tolerability, and pharmacokinetics of sumatriptan in healthy subjects following ascending single intranasal doses and multiple intranasal doses. *Cephalalgia* 1997; 17: 541–50 [PMID 9209776]
- [8] Fuseau E, Petricoul O, Moore KH, Barrow A, Ibbotson T: Clinical pharmacokinetics of intranasal sumatriptan. *Clin Pharmacokinet* 2002; 41: 801–11 [PMID 12190330]
- [9] UpToDate®: Sumatriptan – Drug information. <https://www.uptodate.com/contents/sumatriptan-drug-information?sectionName=Adult#F224280> [letzter Zugriff: 20.06.2024]
- [10] S1-Leitlinie „Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne“, Version 6.3, Stand: Oktober 2022. <https://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/therapie-der-migraeneattacke-und-prophylaxe-der-migraene> [letzter Zugriff: 20.06.2024]

Anmerkung

Dieser Fall wurde, leicht gekürzt, ebenfalls im Ärzteblatt BW veröffentlicht.

Anfragen von KVBW-Vertragsärzten zur individuellen Arzneimitteltherapie können per E-Mail (ohne Nennung von personenbezogenen Patientendaten) an die Innere Medizin IX – Abteilung für Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie des Universitätsklinikums Heidelberg gestellt werden: aid.konsil-kv@med.uni-heidelberg.de.

Die Beratung wird von der KVBW unterstützt und ist für in Baden-Württemberg niedergelassene Vertragsärzte kostenlos. Weitere Informationen finden Sie unter



www.ukhd.de/aid-konsil-kv

sowie



www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/medikation/#c2970

Wichtige Aspekte bei der Verordnung von Krankentransporten

Wir nehmen immer wiederkehrende Fragen zur Verordnung von Krankentransportscheinen aus den vergangenen Monaten zum Anlass, um Hinweise für eine korrekte Verordnungsweise im Bereich der Krankenförderung zu geben.

In diesem Artikel führen wir Ihnen die wichtigsten Aspekte in Bezug auf die Verordnung eines Krankentransportscheines auf, angefangen mit den Grundvoraussetzungen, genehmigungsfreien und genehmigungspflichtigen Fahrten bis hin zu Fallbeispielen aus der Praxis.

Grundvoraussetzung für die Verordnung eines Krankentransports ist, dass die Fahrt aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und im Zusammenhang mit einer Leistung der gesetzlichen Krankenkasse steht.

Außerdem kann nur dann ein Transportschein auf Muster 4 ausgestellt werden, wenn dem Patienten das eigenständige Aufsuchen des Behandlungsortes wegen Art und Schwere seiner Erkrankung nicht zugemutet werden kann. Dies ist der Fall, wenn der Patient nicht zu Fuß gehen kann und die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel sowie eines privaten Pkw nicht möglich ist.

Grundlage für die Verordnung einer Krankenförderung ist die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Krankenkassen übernehmen nur in vereinzelt Ausnahmefällen die Kosten für einen Krankentransport, z.B. für Patienten mit Pflegegrad und Mobilitätsbeeinträchtigung. Hierbei wird unterschieden, ob es sich um die Fahrt zu einer ambulanten oder stationären Behandlung handelt. Die Kriterien für genehmigungsfreie oder genehmigungspflichtige Fahrten haben wir Ihnen im Folgenden aufgeführt.

Genehmigungsfrei oder genehmigungspflichtig? – Fahrten zu stationären Behandlungen

Fahrten zu voll- oder teilstationären Behandlungen bzw. zu vor- und nachstationären Behandlungen sind bei zwingend medizinischer Notwendigkeit und im Zusammenhang mit einer Leistung der gesetzlichen Krankenkasse immer genehmigungsfrei.

Fahrten in andere stationäre Einrichtungen, wie z.B. Kurzzeitpflegeeinrichtung oder Hospiz, sind ebenfalls genehmigungsfrei.

Eine vorstationäre Beförderung ist auf maximal drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Aufnahme begrenzt. Eine nachstationäre Beförderung darf maximal sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung erfolgen.



Tabelle 1: Fahrten zu ambulanten Behandlungen

| Genehmigungspflichtig | Genehmigungsfrei |
|---|--|
| <p>Fahrten mit dem Krankentransportwagen</p> | <p>Fahrten mit dem Taxi oder Mietwagen zu ambulanten Behandlungen bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 oder 5 ▪ Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung ▪ Schwerbehinderten mit Merkzeichen: ▪ „aG“ für außergewöhnliche Gehbehinderung und/oder ▪ „Bl“ für Blindheit und/oder ▪ „H“ für Hilflosigkeit |
| <p>Patienten, die über einen längeren Zeitraum eine hochfrequente Behandlung benötigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialysebehandlung ▪ Onkologische Strahlentherapie ▪ Parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie / parenterale onkologische Chemotherapie | |
| <p>Behandlungen, die mindestens sechs Monate andauern, für Patienten mit einer Mobilitätsbeeinträchtigung, die vergleichbar mit der von Patienten mit Schwerbehindertenausweis oder Pflegegrad ist</p> | |
| <p>Fahrten zu Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Patienten, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind</p> | |
| <p>Fahrten zur Versorgung + Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz</p> | |
| | <p>Fahrten zu ambulanten Operationen, wenn dadurch eine voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist.</p> |

Abbildung 1: Ausfüllhilfe Muster 4

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

- 1 **Zuzahlungspflicht bzw. zuzahlungsfrei:** Hier ist anzugeben, ob eine Zuzahlungspflicht besteht.
- 2 **Unfall, Unfallfolge, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Versorgungsleiden:** ist in diesen Fällen zu kennzeichnen, und der entsprechende Kostenträger ist anzugeben.
- 3 **Hinfahrt, Rückfahrt:** Die medizinische Notwendigkeit ist gesondert für die Hin- und Rückfahrt zu beurteilen.

Genehmigungsfreie Fahrten

- 4 a) **voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung** oder **vor-/nachstationäre Behandlung:** Die Beförderung zur vorstationären Behandlung darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn bzw. zur nachstationären Behandlung für nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden. Bitte 17 beachten.
- 5 b) **ambulante Behandlung:** bei Patienten mit Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegegrad 4 oder 5. Bei Patienten mit Pflegegrad 3

muss im Einzelfall entschieden werden, ob eine dauerhafte Beeinträchtigung ihrer Mobilität vorliegt. Verordnungs-fähig sind Fahrten, die in Taxi oder Mietwagen durchgeführt werden, auch Fahrten mit KTW. Letztere sind jedoch genehmigungspflichtig und daher unter f) zu verordnen (siehe 9).

- 6 **c) anderer Grund:** Fahrten zu stationären Einrichtungen (z. B. stationären Hospizen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen als Leistung der Krankenkasse), zu stationsersetzenden ambulanten Operationen im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis sowie zur erforderlichen Vor- und Nachbehandlung oder bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen sind von den Versicherten vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen. Maßgebliche Kriterien sind:

- 7 **d) hochfrequente Behandlung** (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) oder vergleichbarer Ausnahmefall, z. B. bei vorgegebenem Therapieschema mit hoher Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum. Die Vergleichbarkeit ist unter 17 zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10-Codes.
- 8 **e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung:** vergleichbar mit b) (5) und Behandlungsdauer mindestens sechs Monate. Begründen Sie diese unter 17.
- 9 **f) anderer Grund für Fahrt mit KTW:** Angaben dazu sind bei der Art der Beförderung unter 12 zu machen.
- 10 **Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare geeignete Behandlungsstätte:** Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag oder der Behandlungsfrequenz pro Woche sowie zur Behandlungsstätte (Name des Krankenhauses, Name oder Fachrichtung der Vertragsärztin / des Vertragsarztes). Ist bei genehmigungsfreien Fahrten der Behandlungstag nicht bekannt, kann auf die Angabe verzichtet werden. Die Begründung ist unter 17 anzugeben.
- 11 **Taxi/Mietwagen:** ist verordnungsfähig, wenn Patienten aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen können. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung.

- 12 **KTW (Krankentransportwagen):** ist verordnungsfähig und im Freitextfeld (ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10-Codes) zu begründen, wenn eine **medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig** ist.
- 13 **Rollstuhl, Tragestuhl, liegend:** ist anzukreuzen, wenn ein Fahrzeug mit bestimmter Ausstattung benötigt wird. Dies ist für Taxi, Mietwagen oder KTW möglich.
- 14 **RTW (Rettungswagen):** ist anzukreuzen, wenn vor und während der Beförderung neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzliche Maßnahmen notwendig sind, um die vitalen Funktionen aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen.
- 15 **NAW/NEF (Notarztwagen/Notarzteinsatzfahrzeug):** ist anzukreuzen, wenn eine notärztliche Versorgung erforderlich ist.
- 16 **andere:** ist anzukreuzen, wenn ein anderes Beförderungsmittel notwendig ist, z. B. ein Rettungshubschrauber (RTH).
- 17 **Sonstiges:** Hier sind sonstige relevante Angaben zu machen, z. B.
- Datumsangabe der (geplanten) stationären Aufnahme bei Fahrten zu vorstationären Behandlungen
 - Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt
 - ggf. Namensnennung der Mitfahrenden bei der Nutzung von Gemeinschaftsfahrten
 - Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von/zur Wohnung der Patientin / des Patienten stattfindet
 - Datumsangabe der (geplanten) ambulanten Operation bei der Verordnung von Fahrten zu Vor-/Nachbehandlungen
 - Begründung der (geplanten) stationsersetzenden ambulanten Operation (medizinische und/oder patientenindividuelle Gründe)
 - Angabe, dass bei nicht planbaren Fahrten keine Genehmigungsmöglichkeit bestand
 - Angabe, dass die Patientin / der Patient einen Rollator besitzt und/oder keine Stufen steigen kann.

→ Weiterführende Informationen zur Verordnung einer Krankenförderung finden Sie unter: www.kvbawue.de
» Praxis » Verordnungen » Sonstige Verordnungen



www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/sonstige-verordnungen

Welche Arten von Krankenförderung gibt es?

Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels ist die medizinische Notwendigkeit unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahl ist daher der Gesundheitszustand des Patienten zu berücksichtigen.

Als notwendig gelten nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Patienten und der nächsten erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Die Notwendigkeit der Beförderung ist für den Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen.

▪ **Krankenfahrten** = öffentliche Verkehrsmittel, Pkw, Taxi (ohne medizinische Betreuung) oder Mietwagen

Diese Art der Krankenförderung eignet sich für Patienten, die stabil sind und keine medizinische Betreuung während des Transports benötigen.

Die Krankenfahrt mit einem **Mietwagen** oder einem **Taxi** ist nur dann zu verordnen, wenn der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen kann. Ist es dem Patienten möglich, mit einem privaten Kraftfahrzeug oder den öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren, wird kein Transportschein ausgestellt. Auf Wunsch des Patienten kann eine Anwesenheitsbescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse ausgestellt werden.

Falls mehrere Patienten gleichzeitig zum selben Ziel gefahren werden müssen, kann eine Sammelfahrt verordnet werden (unter Angabe der Anzahl der Mitfahrenden).

Tabelle 2: Art und Ausstattung der Beförderung

| Krankenförderung | Taxi/Mietwagen | Rollstuhl | Tragestuhl / Liegendtransport |
|-------------------------|---|--|---|
| Art der Beförderung | <input checked="" type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Tragestuhl <input type="checkbox"/> liegend | <input checked="" type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen <input checked="" type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Tragestuhl <input type="checkbox"/> liegend | <input checked="" type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl <input checked="" type="checkbox"/> liegend |
| Betreuung | Ohne medizinische / fachliche Betreuung | Ohne medizinische / fachliche Betreuung | Ohne medizinische / fachliche Betreuung |
| Leistungen | Personenbeförderung | Nichtgehfähige Patienten mit eigenem Rollstuhl | Besetzung mit zwei Personen - Trageleistung erforderlich |
| Mobilität des Patienten | Patienten können aus zwingend medizinischem Grund öffentliche Verkehrsmittel oder Pkw nicht benutzen | Patienten müssen sitzend im eigenen Rollstuhl befördert werden | Patienten müssen sitzend oder liegend befördert werden |

▪ **Krankentransporte** = Krankentransportwagen (KTW)

Für Patienten, die während des Transports eine medizinische Überwachung benötigen. Dies wird durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal gewährleistet. Dadurch kann eine Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten des Patienten vermieden werden. Der Krankentransport ist dabei nicht für Notfallpatienten ausgelegt.

Hinweis: Die Erforderlichkeit einer Beförderung mittels Tragestuhl, Liegendtransport oder der Transport eines Patienten im Rollstuhl begründet nicht die Auswahl eines KTW.

| |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen |
| Überwachung der Vitalfunktionen |
| |

▪ **Rettungsfahrten** = Rettungswagen (RTW), Notarztwagen (NAW), Rettungshubschrauber

Der Patient befindet sich in einem kritischen Zustand (oder der Eintritt eines derartigen Zustandes ist während des Transports zu erwarten), und es wird eine umfassende medizinische Versorgung während des Transports benötigt.

Der Einsatz eines **Rettungswagens (RTW)** kommt in Betracht, wenn neben Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzliche Ausstattungen erforderlich sind, um die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen.

| | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RTW | <input type="checkbox"/> NAW/NEF | <input type="checkbox"/> andere | |
|---|----------------------------------|---------------------------------|--|

Ein **Notarztwagen (NAW)** bzw. Notarzteinsatzfahrzeug kommt zum Einsatz, wenn vor oder während des Transportes lebensrettende Sofortmaßnahmen erforderlich oder zu erwarten sind.

| | | | |
|------------------------------|---|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> RTW | <input checked="" type="checkbox"/> NAW/NEF | <input type="checkbox"/> andere | |
|------------------------------|---|---------------------------------|--|

Wer darf wann verordnen?

Die Verordnung ist von demjenigen Arzt oder Psychotherapeuten auszustellen, der den Zustand des Patienten fachlich beurteilen kann.

Beispielsweise für die Fahrt zum Zahnarzt kann der Vertragsarzt einen Transportschein ausstellen, wenn die Ursache für die Immobilität nicht zahnärztlich bedingt ist (z.B. Gehbehinderung, Sturzneigung...).

Ist der Patient allerdings durch die zahnärztliche Behandlung derart beeinträchtigt, dass ein Rücktransport notwendig ist, so verordnet der Vertragszahnarzt den Transport.

Die Verordnung wird prinzipiell vor Antritt der Fahrt auf dem Formular Muster 4 ausgestellt. Genehmigungspflichtige Verordnungen sind möglichst frühzeitig auszustellen und der Krankenkasse vor Antritt der Beförderung vorzulegen.

Nur in Notfällen (Patient befindet sich in Lebensgefahr oder es sind schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten, wenn nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erfolgt) darf die Verordnung nachträglich ausgestellt werden.

In welchen Fällen darf kein Transportschein auf Muster 4 ausgestellt werden?

In folgenden Fällen liegt kein Grund für das Ausstellen einer Verordnung vor:

- Fahrten ohne medizinischen Grund (z.B. Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden)
- Beförderung zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen (vorab Klärung mit Kasse/Rehabilitationssträger durch den Patienten)
- Umzug ins Pflegeheim
- Bei Beförderung einer Schwangeren zur Entbindung im Krankenhaus, außer bei ärztlich festgestellter zwingender medizinischer Notwendigkeit für eine zeitnahe Entbindung

Kommen Ihnen die nachfolgenden Fallbeispiele bekannt vor?

Fallbeispiel 1: Transport zur Reha

Ein Patient wird am Wochenende aus dem Krankenhaus entlassen. Er hat Pflegegrad 4 und muss am Montag in die Reha. Das Krankenhaus stellt keinen Transportschein für die Reha aus. Darf hier vom Hausarzt ein Krankentransportschein zur Reha ausgestellt werden?

Antwort:

Nein, laut der Krankentransport-Richtlinie des G-BA darf für Fahrten zur Reha kein Krankentransportschein ausgestellt werden. Der Patient muss dies vorab mit der Krankenkasse klären.

Fallbeispiel 2: Transport ohne Pflegestufe zum Ophthalmologen

Ein Patient bekommt für den Zeitraum von 3 Monaten jeden Monat eine intravitreale operative Medikamentengabe (IVOM) in beide Augen. Auto fahren darf der Patient nach den Spritzen für einige Stunden nicht. Er wohnt sehr ländlich, keiner seiner Angehörigen kann ihn mit dem Pkw nach Hause fahren, und die Busse fahren sehr unregelmäßig. Bei dem Patienten liegt kein Pflegegrad vor. Darf dem Patienten aufgrund seiner Beeinträchtigung nach der Behandlung ein Transportschein für die Rückfahrt ausgestellt werden?

Antwort:

Nein. Es darf kein Transportschein ausgestellt werden, da kein Pflegegrad vorliegt und die Behandlung nicht hochfrequentiert über einen längeren Zeitraum stattfindet. Die Sicht des Patienten ist nach der Spritzengabe zwar eingeschränkt, der Patient kann aber aufgrund seiner Mobilität immer noch eigenständig mit dem Bus oder mit dem Taxi auf eigene Kosten fahren.

Fallbeispiel 3: Transport zur Physiotherapie:

Darf einer Patientin mit Schwerbehindertenausweis und Merkzeichen "aG" ein Krankentransportschein zum Physiotherapeuten ausgestellt werden?

Antwort:

Ja, In diesem Fall darf der Krankentransportschein ausgestellt werden, da eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen „aG“ vorliegt. Unter einer ambulanten Behandlung ist nicht nur die ärztliche Behandlung, sondern bspw. auch die Physiotherapie zu subsummieren. Die Fahrt ist genehmigungsfrei.

Fallbeispiel 4: Transport zur ambulanten Behandlung mit Schwerbehindertenausweis:

Ein Patient mit Merkzeichen „H“ im Schwerbehindertenausweis muss mit dem Taxi zu einer ambulanten Behandlung. Darf ein Transportschein ausgestellt werden?

Antwort:

Ja, es liegen die Voraussetzungen für eine Verordnung vor. Die Verordnung kann ohne Genehmigung der Krankenkasse ausgestellt werden.

Blick über den Tellerrand

Wenn die Voraussetzungen gemäß Krankentransport-Richtlinie gegeben sind und die Versorgung des Patienten nicht im Rahmen eines Hausbesuches sichergestellt werden kann, darf die Fahrt zur Physiotherapie verordnet werden.

Es ist ratsam dabei die Krankenkasse des Patienten einzubeziehen, denn diese würde gegebenenfalls bei der Suche nach einem Physiotherapeuten, der Hausbesuche anbietet, unterstützen.

Dabei ist zu bedenken, dass Kosten aus Verordnungen von Hausbesuchen im Bereich der Heilmittel in das Richtwertvolumen der Praxis einfließen.

Exkurs: nachträgliche Transportverordnung in der Bereitschaftsdienstpraxis

Beispiel: Ein Patient ruft außerhalb der Praxisöffnungszeiten die DRK-Leitstelle an, diese veranlasst einen Transport mit dem Rettungswagen. Im Krankenhaus wird festgestellt, dass es sich nicht um einen stationär zu versorgenden Notfall handelt, und der Patient wird an die vertragsärztliche Bereitschaftsdienstpraxis weitergeleitet. Für den Transport ins Krankenhaus wird nun vom DRK ein Transportschein von der Bereitschaftsdienstpraxis gefordert.

Die Benutzungsentgelte einer ungerechtfertigten Rettungsfahrt können nicht auf die Ärzte in der Bereitschaftsdienstpraxis verlagert werden. Daher ist in diesem Falle eine nachträgliche Ausstellung eines Krankentransportscheins durch den diensthabenden Arzt der Bereitschaftsdienstpraxis nicht vorgesehen.

Verordnung auch in der Videosprechstunde möglich

Seit dem 17. Dezember 2024 können Krankentransportverordnungen auch per Videosprechstunde verordnet werden. Dies kann allerdings nur dann erfolgen, wenn der Patient der Praxis bekannt ist und der verordnende Arzt sich vom Gesundheitszustand sowie der Mobilitätsbeeinträchtigung des Patienten persönlich überzeugt hat bzw. dies aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Die Entscheidung, ob ein Krankentransportschein per Videosprechstunde ausgestellt wird, obliegt dem Arzt oder Psychotherapeuten. Sofern per Video die Verordnungsvoraussetzung nicht ausreichend beurteilbar ist, muss der Patient einbestellt werden.

Sind alle relevanten Informationen zum Gesundheitszustand und der Mobilitätsbeeinträchtigung des Patienten bekannt und der Patient war wegen seiner aktuellen Beschwerden bereits in der Praxis, darf ein Transportschein auch nach telefonischem Kontakt ausgestellt werden.

Generell sind die Praxen nicht verpflichtet, Videosprechstunden anzubieten, somit besteht für Patienten kein Anspruch auf Verordnung per Video.

Zuzahlung

Die Zuzahlung für Patienten beträgt, unabhängig von der Art des Fahrzeuges und auch für Kinder und Jugendliche, 10 % der Kosten je Fahrt, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro, allerdings nicht mehr als die Kosten der Fahrt.

Die Praxis sollte den Patienten über den Genehmigungsvorbehalt und über die Zuzahlung informieren.

Wissenswertes

Im Rahmen der Verordnungen sind Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die Krankenkassen möglich. Seit dem 2. Quartal 2024 prüft die AOK Baden-Württemberg Verordnungen von Krankentransport in Bezug auf eine wirtschaftliche Ordnungsweise. Die Verordnungen werden dahingehend geprüft, ob bei dem Versicherten zum Zeitpunkt der Verordnung ein Anspruch auf Krankentransport gemäß der Krankentransport-Richtlinie vorlag.

Nicht nur die AOK Baden-Württemberg kann Anträge auf Einzelfallprüfungen stellen, sondern auch andere Krankenkassen. Anträge auf Einzelfallprüfungen können ohne Vorankündigung gestellt werden.

Fazit

- Grundsätzlich muss eine Krankenförderung im Zusammenhang mit einer Leistung der gesetzlichen Krankenkasse stehen und medizinisch notwendig sein.
- Die Krankenkassen übernehmen nur in wenigen Ausnahmefällen die Kosten für einen Transport.
- Die Auswahl des Beförderungsmittels richtet sich immer nach dem individuellen Bedarf und Gesundheitszustand des Patienten
- Genehmigungspflichtige Verordnungen sind möglichst frühzeitig auszustellen und der Krankenkasse vor Antritt der Beförderung vorzulegen.
- Benutzungsentgelte einer ungerechtfertigten Rettungsfahrt können nicht auf die Ärzte in der Bereitschaftsdienstpraxis verlagert werden.
- Verordnung ist auch in der Videosprechstunde möglich.

Literatur

- [1] <https://www.g-ba.de/richtlinien/25/> (Zugriff am 17.04.25)
- [2] <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=3260> (Zugriff am 16.04.25)
- [3] <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=864> (Zugriff am 16.04.25)
- [4] https://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf (Zugriff am 17.04.25)
- [5] <https://www.kbv.de/html/krankentransport.php> (Zugriff am 17.04.25)

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).

Verbandmittel-Preisliste der KVBW ist wieder verfügbar

Die Verbandmittel-Preisliste (siehe www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Verbandmittel) wurde erweitert und auf den aktuellen Stand gebracht. Sie enthält die im Bereich der KV Baden-Württemberg häufig verordneten Produkte, gruppiert nach den Produktkategorien und ergänzt mit dem Apothekeneinkaufspreis (nach Lauer-Taxe).

Um die Liste einzusehen, melden Sie sich mit Ihren Zugangsdaten zum Mitgliederportal an.



[www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/
verbandmittel/verbandmittel-preisliste](http://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/verbandmittel/verbandmittel-preisliste)

Für die Suche innerhalb des PDF-Dokuments nutzen Sie bitte die Suchfunktion (Strg + F).

Rezepturen

In der Rubrik „Informationen der AG Arzneimittel“ (siehe www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel)



www.kvbawue.de/pdf5072

finden Sie arzneimittelbezogene Hinweise, die mit den Krankenkassen abgestimmt sind.

Wir möchten Sie auf eine im Januar 2025 neu hinzugekommene Information hinweisen, in der es um die wirtschaftliche Verordnungsweise bei Rezepturen geht.

Schnellinformationen vom 24. Januar 2025 und 27. Januar 2025

Vorsicht Nachforderung

Prüfankündigung zu verordneten Opioidmengen

Die AOK Baden-Württemberg kündigt aktuell an, die verordneten Mengen opioidhaltiger Analgetika für die Therapie nicht-tumorbedingter Schmerzen zu überprüfen. Die AOK Baden-Württemberg hält dabei die in aktuellen Leitlinien empfohlenen Höchstmengen bzw. die in der jeweiligen aktuellen Fachinformation des verwendeten Arzneimittels angegebenen Höchstmengen für wirtschaftlich.



www.kvbawue.de/pdf5097

Prüfankündigung zum Kombinationsarzneimittel Yuvanci®

Die AOK Baden-Württemberg kündigt aktuell an, die Überprüfung der Verordnung unwirtschaftlicher Kombinationsarzneimittel um Yuvanci® zu erweitern. Geprüft werden die Verordnungen der Wirkstoffe Macitentan und Tadalafil als Kombinationsarzneimittel daraufhin, ob die Verordnung von Monopräparaten wirtschaftlicher wäre. Die Verordnung von Monopräparaten kann grundsätzlich als wirtschaftlichere Variante angesehen werden, sofern unter den Monopräparaten Rabattverträge existieren, unter den Kombinationspräparaten aber nicht.



www.kvbawue.de/pdf5098

➔ Die zugehörigen Schnellinformationen finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Vorsicht Nachforderung.

16. Dezember 2024

Heilmittel: Erweiterung der Diagnoseliste beim langfristigen Heilmittelbedarf zum 1. Januar 2025

Zum 1. Januar 2025 wird die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie) für Heilmittel ergänzt.

Neue Sub-Codes zu „G71.0 Muskeldystrophie“

Das Bundesinstitut für Arzneimittel- und Medizinprodukte (BfArM) hat den ICD-10- Code „G71.0 Muskeldystrophie“ weiter unterteilt. Konkret erfolgte dies in „G71.00 Muskeldystrophie, maligne [Typ Duchenne]“ und „G71.08 Sonstige Muskeldystrophien“.

Um diese neuen Sub-Codes zu berücksichtigen, wird in der Diagnoseliste der ICD-10-Code „G71.0“ um einen Bindestrich ergänzt: „G71.0-“.

Bei den neu hinzugekommenen Indikationen können Sie von der geltenden Höchstmenge je Verordnung gemäß Heilmittelkatalog abweichen und die notwendigen Heilmittel ab der ersten Verordnung für einen Zeitraum von zwölf Wochen verordnen.

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

Die KBV passt die Stammdaten für die Verordnungssoftware zum 1. Januar 2025 an.

24. Januar 2025

Verordnung von Krankenförderung per Video oder nach Telefonkontakt möglich

Seit dem 17. Dezember 2024 können Sie auch Krankenförderung per Videosprechstunde verordnen, wenn der Patient der Praxis bekannt ist. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entschieden und die Krankentransport-Richtlinie entsprechend angepasst.

Was Sie als verordnender Arzt oder Psychotherapeut wissen müssen

- Für eine Verordnung während der Videosprechstunde muss der Patient Ihnen als verordnendem Arzt oder Psychotherapeuten grundsätzlich bekannt sein.
- Voraussetzung für die Verordnung einer Krankenförderung ist, dass Sie sich vom Gesundheitszustand sowie der Mobilitätsbeeinträchtigung des Patienten persönlich überzeugt haben oder diese Ihnen aus der laufenden Behandlung bekannt ist.
- Sie als Arzt oder Psychotherapeut entscheiden, ob eine Verordnung in der Videosprechstunde möglich ist. Sofern die Verordnungsvoraussetzung per Video nicht ausreichend beurteilbar ist, müssen Sie als verordnender Arzt oder Psychotherapeut den Patienten in die Praxis einbestellen, um dann dort gegebenenfalls eine Verordnung auszustellen.
- Außerdem darf die Erkrankung des Patienten, etwa aufgrund ihrer Art und Schwere, eine Verordnung in der Videosprechstunde nicht ausschließen.

Weitere Hinweise

Sie sollten Patienten bereits vor der Videosprechstunde darauf hinweisen, dass die Möglichkeiten zur Befunderhebung zum Zweck einer Verordnung in diesem Rahmen nur eingeschränkt bestehen. Generell sind Sie nicht verpflichtet, Videosprechstunden anzubieten. Es besteht für Patienten kein Anspruch auf Verordnungen per Video.

Verordnung nach telefonischem Kontakt

Sind Ihnen alle relevanten Informationen zum Gesundheitszustand und der Mobilitätsbeeinträchtigung des Patienten für die Verordnung einer Krankenförderung bekannt, können Sie diese auch nach telefonischem Kontakt ausstellen. Dies ist möglich, wenn der Patient wegen seiner aktuellen Beschwerden bereits in der Praxis oder in der Videosprechstunde war.

Bitte beachten Sie, dass bei jeder Verordnung einer Krankenförderung die Voraussetzungen gemäß der Krankentransport-Richtlinie erfüllt sein müssen.

13. Februar 2025

G-BA erweitert Verordnungsmöglichkeiten von Lipidsenkern

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zum 12. Februar 2025 die Verordnungseinschränkungen für Lipidsenker gemäß Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie in der Primärprophylaxe gelockert. Zu den Lipidsenkern zählen Statine, Anionenaustauscher, Cholesterinresorptionshemmer, Fibrate, Bempedoinsäure und PCSK-9-Hemmer.

Bislang konnten Lipidsenker nur verordnet werden, wenn das 10-Jahres-Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall mit Risikokalkulatoren bei mindestens 20 Prozent lag. Jetzt ist dies bereits ab einer Risikoschwelle von 10 Prozent möglich. Zudem ist auch bei Typ-1-Diabetes mit Mikroalbuminurie sowie bei familiärer Hypercholesterinämie von einem hohen kardiovaskulären Risiko auszugehen; bei diesen Erkrankungen ließ sich das Risiko durch die üblichen Risikokalkulatoren nicht hinreichend gut abbilden. Daher wurden diese sowie einige weitere Erkrankungen explizit in den Richtlinientext aufgenommen.

Die neue Regelung lautet jetzt wie folgt

Lipidsenker können in der Primärprophylaxe zulasten der GKV verordnet werden, wenn ein hohes kardiovaskuläres Risiko vorliegt

- bei über 10 % Ereignisrate/10 Jahre auf der Basis der zur Verfügung stehenden Risikokalkulatoren
- aufgrund von Diabetes mellitus Typ 1 mit Mikroalbuminurie
- aufgrund von familiärer Hypercholesterinämie
- bei unter 10 % Ereignisrate/10 Jahre bei Vorliegen folgender risikoverstärkender Erkrankungen:
 - Autoimmunerkrankungen wie systemischer Lupus erythematodes oder systemische Entzündungserkrankungen mit vergleichbarem kardiovaskulärem Risiko,
 - HIV-Infektion oder
 - Schizophrenie, bipolare Störungen und Psychosen mit vergleichbarem kardiovaskulärem Risiko.

Die übrigen Kriterien, die eine Verordnung von Lipidsenkern zulasten der GKV ermöglichen (Sekundärprophylaxe bei bestehender vaskulärer Erkrankung, genetisch bestätigtes familiäres Chylomikronämie-Syndrom mit hohem Pankreatitisrisiko), gelten unverändert weiter.

14. Februar 2025

Nun doch: Fristverlängerung der Übergangsregelung für sonstige Produkte zur Wundbehandlung

Mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) wird der Gesetzgeber nun doch nochmals die Übergangsregelung verlängern: Bis zum 2. Dezember 2025 sollen die sonstigen Produkte zur Wundbehandlung auch ohne Aufnahme in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit weiterhin verordnungsfähig sein.

Nach Ablauf der Übergangsfrist können sonstige Produkte zur Wundbehandlung nur nach Prüfung des medizinischen Nutzens durch den G-BA und Aufnahme in die Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte (Anlage V

AM-RL) verordnet werden. Dies ist bisher für kein Produkt erfolgt.

Bitte beachten Sie:

Die Übergangsfrist bis zum 2. Dezember 2025 gilt nach wie vor nur für Produkte, die bereits vor dem 2. Dezember 2020 zulasten der Krankenversicherung erbracht werden konnten.

Achtung: Wirtschaftlichkeit beachten!

Unter den sonstigen Produkten zur Wundbehandlung befinden sich hochpreisige Produkte, wie zum Beispiel mit Silber behandelte Produkte zur Wundbehandlung (sofern direkter Kontakt zur Wunde besteht oder der Wirkstoff in die Wunde abgegeben wird), deren Verordnung bereits im Rahmen der statistischen Prüfungen und Einzelfallprüfungen aufgegriffen wurde.

So äußert sich die Prüfungsstelle in Baden-Württemberg zu silberhaltigen Wundauflagen:

„Zu silberhaltigen Wundauflagen können anhand der vorliegenden Studien keine belastbaren Aussagen zum Nutzen oder Schaden im Hinblick auf die Wundheilung getroffen werden. Es gibt Hinweise aus In-vitro-Studien, dass Silber zwar wirksam gegen Bakterien ist, sich aber auch schädlich auf die Wundheilung auswirken kann (zytotoxische Wirkung). Aufgrund möglicher Toxizität und Resistenzentwicklung sollte Silber nicht länger als drei Wochen ununterbrochen eingesetzt werden.“

Eine beispielhafte, nicht abschließende Zusammenstellung von Produktgruppen, deren zugehörige Produkte als sonstige Produkte zur Wundbehandlung anzusehen sind, finden Sie hier:



www.kvbawue.de/pdf5003

Nicht von der oben genannten Übergangsregelung betroffen und weiterhin verordnungsfähig sind:

- eindeutige Verbandmittel (siehe Teil 1 Anlage Va AM-RL), wie Binden, Kompressen (z. B. aus Schaumstoff, Mull, Vlies), Pflaster, Watte und weitere Produkte für Verbände
- Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften (siehe Teil 2 Anlage Va AM-RL), wie Alginatkompressen, wirkstofffreie Hydrogele in Kompressenform, Hydrokolloidverbände, Salbenkompressen, Gerüche/Wundexsudat bindende oder reinigende Wundauflagen.

Eine Übersicht finden Sie hier:



www.kvbawue.de/pdf5002

Auch die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln und in der Anlage V AM-RL gelisteten Elektrolytlösungen zur Wundbehandlung ist hiervon nicht betroffen.

Verordnungen im Sprechstundenbedarf

Bitte beachten Sie: Die oben genannten Regelungen beziehen sich auf die Einzelverordnung auf den Namen des Patienten. Für die generelle Verordnungsfähigkeit von Verbandmitteln im Sprechstundenbedarf gelten andere Regelungen. Grundlage hierfür ist die Liste der zulässigen Mittel Sprechstundenbedarf (Anlage 1) der Sprechstundenbedarfsvereinbarung:



www.kvbawue.de/pdf588

17. Februar 2025

Vergütung der RSV-Impfung für ältere Erwachsene jetzt mit allen Krankenkassen geregelt

Seit August 2024 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) für ältere Erwachsene eine Impfung gegen Erkrankungen durch Respiratorische Synzytial-Viren (RSV). Diese Empfehlung wurde am 27. September 2024 in die Schutzimpfungs-Richtlinie (Si-RL) übernommen.

Einheitliche Vergütungshöhe bei Versicherten aller Krankenkassen

Mit den Ersatzkassen (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk, HEK), der IKK classic und der Knappschaft hat die KVBW nun **zum 15. Februar 2025** eine **Einigung über die Vergütungshöhe der Impfleistung** für die **Impfung gegen Respiratorische Synzytial-Viren (RSV) für Erwachsene** erzielt. Wie bereits zuvor mit der AOK Baden-Württemberg, der SVLFG und den Betriebskrankenkassen wurde eine Vergütung in Höhe von 10,40 € vereinbart. **Die Impfleistung wird ab dem 15. Februar 2025 bei allen Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mit der KVBW abgerechnet.**

Die Vergütungsregelung für die RSV-Impfung für Erwachsene bei Versicherten der AOK-Baden-Württemberg, der SVLFG und der Betriebskrankenkassen gilt bereits in gleicher Höhe seit dem 15. Oktober 2024.

Die neue Regelung im Überblick

| Versicherte der Ersatzkassen, IKK classic und Knappschaft | Gebührenordnungspositionen | Vergütung ab 15.02.2025 | Bezugsweg seit 15.10.2024 |
|---|---|-------------------------|---------------------------|
| RSV-Impfung für Erwachsene | 89137 (Standardimpfung) 89138 (Indikationsimpfung) | 10,40 € | Sprechstundenbedarf |

Den Impfstoff beziehen Sie für alle GKV-Versicherte über den Sprechstundenbedarf.

Rückwirkende Erhöhung der allgemeinen Impfvorgütung

Zusätzlich konnte die **allgemeine Impfvorgütung für Versicherte der Ersatzkassen, der Innungskrankenkassen sowie der Knappschaft rückwirkend zum 1. Oktober 2024 erhöht** werden.

Die Vergütungsübersicht mit allen neuen Beträgen:



www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=508

Wer erhält die Impfung gegen RSV?

Die STIKO empfiehlt allen Personen ab 75 Jahren eine einmalige Impfung gegen RSV als Standardimpfung – möglichst vor Beginn der RSV-Saison – mit einem proteinbasierten RSV-Impfstoff (derzeit verfügbar sind Arexvy® von GlaxoSmithKline und Abrysvo® von Pfizer).

Eine Indikationsimpfung erhalten Personen ab dem Alter von 60 Jahren mit schweren Ausprägungen von Grunderkrankungen, z. B.

- chronische Erkrankungen der Atmungsorgane
- chronische Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen
- hämato-onkologische Erkrankungen
- Diabetes mellitus (mit Komplikationen)
- chronische neurologische oder neuromuskuläre Erkrankungen
- angeborene oder erworbene Immundefizienz

Leichte oder unkomplizierte beziehungsweise medikamentös gut kontrollierte Formen der genannten chronischen Erkrankungen gehen nach jetzigem Wissensstand nicht mit einem deutlich erhöhten Risiko für einen schweren RSV-Krankheitsverlauf einher.

Außerdem erhalten Personen die Indikationsimpfung, wenn sie in einer Einrichtung der Pflege leben und somit ein deutlich erhöhtes Risiko für eine schwer verlaufende RSV-Erkrankung haben.

Besonderheit bei der Impfung gegen RSV

Neu ist, dass die STIKO bei der Indikationsimpfung nicht generell Erkrankungen benennt, bei denen die Impfung empfohlen wird, sondern ihre Empfehlung auf „schwere Ausprägungen“ dieser Erkrankungen beschränkt. Insofern muss der Arzt jeweils abwägen, ob die Voraussetzungen für die Impfung gegeben sind.

Die STIKO empfiehlt, dass die individuelle Entscheidung zur Indikationsimpfung unter folgenden Aspekten getroffen werden soll:

- Schwere der Grunderkrankung und ggf. deren klinische Relevanz unter medikamentöser Einstellung
- Vorliegen einer schweren Immundefizienz
- fragliche Schutzdauer nach Impfung sowie unklare Boosterfähigkeit nach Auffrischimpfung, mögliche Nebenwirkungen der RSV-Impfung

17. Februar 2025

Vergütung der Meningokokken B-Impfung für Kinder jetzt mit allen Krankenkassen geregelt

Seit dem 30. Mai 2024 haben Säuglinge und Kinder im Alter zwischen 2 Monaten und dem 5. Geburtstag einen gesetzlichen Anspruch auf die Grundimmunisierung gegen Meningokokken B als Pflichtleistung gemäß der Schutzimpfungsrichtlinie.

Vergütungshöhe bei Versicherten aller Krankenkassen geregelt

Mit den Ersatzkassen (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk, HEK), der IKK classic und der Knappschaft hat die KVBW **zum 15. Februar 2025** eine **Einigung über die Vergütungshöhe der Impfleistung** für die **Meningokokken B-Impfung für Säuglinge und Kinder** erzielt. Mit den genannten Krankenkassen wurde nun die Höhe der Vergütung abgestimmt. Die Vergütungsregelung für die Impfung gegen Meningokokken B für Säuglinge und Kinder bei Versicherten der AOK-Baden-Württemberg, der SVLFG und der Betriebskrankenkassen gilt bereits seit dem 15. Oktober 2024. **Die Impfleistung wird ab dem 15. Februar 2025 bei allen Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mit der KVBW abgerechnet.**

Die neue Regelung im Überblick

| Versicherte der Ersatzkassen, IKK classic und Knappschaft | Gebührenordnungspositionen | Vergütung ab 15.02.2025 | Bezugsweg seit 15.10.2024 |
|---|---|--|---------------------------|
| Meningokokken-B Impfung für Säuglinge und Kinder | 89116 A (erste Dosen Impfyklus) 89116 B (letzte Dosis Impfyklus) | Erste Dosis: 13,95 € Zweite Dosis: 10,40 € Dritte bzw. letzte Dosis: 13,95 € | Sprechstundenbedarf |

Den Impfstoff beziehen Sie für alle GKV-Versicherte über den Sprechstundenbedarf.

Rückwirkende Erhöhung der allgemeinen Impfung

Zusätzlich konnte die **allgemeine Impfung für Versicherte der Ersatzkassen, der Innungskrankenkassen sowie der Knappschaft rückwirkend zum 1. Oktober 2024 erhöht werden.**

20. Februar 2025

RSV-Prophylaxe bei Säuglingen ist kein Sprechstundenbedarf

Bei der Verordnung von Beyfortus® (Nirsevimab) sollten Sie unbedingt die formalen Vorgaben einhalten. Denn bei **falschem Bezugsweg** oder bei **fehlendem Versicherten-nachweis** können Ihnen **Nachforderungen** drohen. Was Sie wissen müssen, wenn Sie bei Säuglingen die RSV-Prophylaxe verordnen, haben wir im Folgenden für Sie zusammengestellt.

Keine Impfung und kein Sprechstundenbedarf

Auch wenn Beyfortus® gerne landläufig als „Impfung“ bezeichnet wird, handelt es sich um eine Prophylaxe mit einem monoklonalen Antikörper, den Sie als GKV-Leistung auf Namen des Kindes verordnen müssen. Ein Bezug über Sprechstundenbedarf (SSB) ist nicht zulässig und zieht Prüf-anträge und Nachforderungen nach sich. Ebenso dürfen Sie auf der Verordnung weder die Ziffer „8“ (Impfung) noch die Ziffer „9“ (SSB) markieren.

Die Kosten für Beyfortus® werden automatisch aus dem Verordnungsvolumen Ihrer Praxis herausgerechnet (Zuordnung zum exRW-Bereich).

Achten Sie bei der Verordnung auf das Alter!

Im ersten Lebensjahr

Seit 14. September 2024 können **alle Säuglinge** – unabhängig vom Risiko für einen schweren Infektionsverlauf – in ihrer **ersten RSV-Saison** eine **einmalige RSV-Prophylaxe** mit dem Antikörper Nirsevimab (Beyfortus®) als Kassenleistung erhalten.

Neugeborene, die zwischen April und September geboren werden, sollten Nirsevimab möglichst vor Beginn ihrer ersten RSV-Saison (idealerweise von September bis November) erhalten. Neugeborene, die von Oktober bis März geboren werden, sollen Nirsevimab möglichst zeitnah nach der Geburt erhalten.

Im zweiten Lebensjahr

Zusätzlich ist eine weitere Nirsevimab-Dosis im **zweiten Lebensjahr** bei **Kindern mit einem hohen Risiko für schwere Infektionsverläufe** zulasten der GKV möglich. Hierzu zählen Patienten,

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

Eine Verordnung im zweiten Lebensjahr ist über diese Fälle hinaus ausnahmsweise mit Begründung in der Patientenakte möglich, wenn im Einzelfall ein vergleichbares Risiko für einen schweren Infektionsverlauf besteht.

Vorgehensweise bei Säuglingen ohne Versicherten-nachweis

Aufgrund der Kosten des Antikörpers Nirsevimab (rund 470 Euro inklusive ärztlicher Leistung) empfehlen wir Ihnen dringend, die RSV-Prophylaxe mit Beyfortus® nur bei Vorliegen eines gültigen GKV-Versichertenachweises für das Kind

durchzuführen; dies sind entweder die eGK oder ein schriftlicher Versichertennachweis der Krankenkasse. Im letzteren Fall wird das Ersatzverfahren angewendet.



www.kvbawue.de/praxis/unternehmen-praxis/it-online-dienste/elektronische-gesundheitskarte-egk

Glossar der Abkürzungen

| | |
|--------|---|
| 5-HT | 5-Hydroxytryptamin |
| aG | außergewöhnliche Gehbehinderung |
| AG | Arbeitsgruppe |
| AkdÄ | Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft |
| ALT | Alanin-Aminotransferase |
| AM-RL | Arzneimittel-Richtlinie |
| AOK | Allgemeine Ortskrankenkasse |
| AST | Aspartat-Aminotransferase |
| AT | Arzneimittel-Therapiebereich |
| AWMF | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften |
| BfArM | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte |
| Bl | Blindheit |
| BMI | Body-Mass-Index |
| BMV-Ä | Bundesmantelvertrag Ärzte |
| BSG | Bundessozialgericht |
| DAK | Deutsche Angestellten-Krankenkasse |
| DEGAM | Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin |
| doi | digital object identifier |
| DRK | Deutsches Rotes Kreuz |
| DVO | Dachverband Osteologie |
| eGK | elektronische Gesundheitskarte |
| EMA | European Medicines Agency |
| EU | Europäische Union |
| exRW | außerhalb der Richtwerte |
| fT4 | freies Thyroxin |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GFR | glomeruläre Filtrationsrate |
| GKV | gesetzliche Krankenversicherung |
| GLP 1 | Glucagon-like peptide 1 |
| GPE | Gemeinsame Prüfungseinrichtungen |
| GVSG | Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz |
| H | Hilflosigkeit |
| HbA1c | Hämoglobin A1c |
| HEK | Hanseatische Ersatzkasse |
| hkk | Handelskrankenkasse |
| ICD-10 | International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision |
| IKK | Innungskrankenkasse |
| IVOM | intravitreale operative Medikamentengabe |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |

| | |
|--------|---|
| KKH | Kaufmännische Krankenkasse Halle |
| KTW | Krankentransportwagen |
| NAW | Notarzwagen |
| NEF | Notarzteinsatzfahrzeug |
| NK3 | Neurokinin 3 |
| NSAID | non-steroidal antiinflammatory drug |
| NSAR | nicht-steroidales Antirheumatikum |
| NVL | Nationale Versorgungsleitlinie |
| PCSK 9 | Proproteinkonvertase-Subtilisin/Kexin Typ 9 |
| PDF | portable document format |
| Pkw | Personenkraftwagen |
| PRAC | Pharmacovigilance Risk Assessment Committee |
| RA | Rezeptor-Agonist |
| RSV | respiratorisches Synzytial-Virus |
| RTH | Rettungshubschrauber |
| RTW | Rettungswagen |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SGLT 2 | Sodium-glucose co-transporter 2 |
| SI-RL | Schutzimpfungs-Richtlinie |
| SSB | Sprechstundenbedarf |
| STIKO | Ständige Impfkommission |
| Strg | Steuerung |
| SVLFG | Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau |
| T3 | Trijodthyronin |
| T4 | Thyroxin |
| TK | Techniker Krankenkasse |
| TPO-AK | Thyreoperoxidase-Antikörper |
| TSH | Thyroidea-stimulierendes Hormon |
| VMS | vasomotorische Symptome |
| VOP | Verordnungspatient |

Verordnungsmanagement der KVBW

Fragen zum Thema Einzelverordnungen

Arzneimittel 0711 7875-3663
verordnungsberatung@kvbawue.de

Impfungen 0711 7875-3690
verordnungsberatung@kvbawue.de

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

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

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

Pharmakotherapie-Beratungsdienste

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

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

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

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

Impressum

Verordnungsforum 73
April 2025

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

Kontakt verordnungsforum@kvbawue.de

Redaktion Dr. med. Karsten Braun, LL. M. (verantwortlich),
Dr. med. Richard Fux, Magdalena Gscheidle,
Alicia Halbedel, Dr. med. Antje Herold, Gabriele Kiunke,
Dr. med. Dirk Kölblin, Sarah Mayer, Karen Schmidt,
Marco Steimle, Dr. rer. nat. Reinhild Trapp,
Dr. med. Michael Viapiano

Autoren KVBW Dr. med. Richard Fux, Sarah Mayer, Julia Nachbar,
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp

Autoren extern Prof. Dr. med. David Czock und Kathrin Ebinger,
Abteilung für Klinische Pharmakologie und Pharmako-
epidemiologie des Universitätsklinikums Heidelberg

Erscheinungstermin April 2025

Gestaltung und Realisation Tanja Peters

Bildnachweise 1 (und 3, 13): iStock Nr. 1634439333
5 (und 3): iStock Nr. 1437949201
21 (und 3): iStock Nr. 1082955788

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