



# Verordnungsforum 75

OKTOBER 2025

Skabies: Antiskabiosa auch für Kontaktpersonen?

Neu: Antibiotikabericht für Hausärzte

Reha: Was Sie für die Verordnung wissen müssen

Alles Gute.

**KVBW** 

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



# Inhalt

## ARZNEIMITTEL

- 5 Pharmakologie
- Paternale Valproat-Exposition und Kinderwunsch
- 8 Verordnung
- Update: Skabies – Arzneiverordnung bei symptomfreien Kontaktpersonen
- 11 Neu: Individueller Antibiotikabericht für Hausärzte
- 16 Therapieleitfäden der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen

## HEILMITTEL

- 18 Ärztliche Diagnostik bei Logopädie

## SONSTIGE VERORDNUNGEN

- 20 Grundsätze zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation und Hinweise zu Versorgungsgängen

## SPRECHSTUNDENBEDARF

- 27 Änderungen und Ergänzung der Anlage 1
- Sprechstundenbedarf
- 31 Desinfektionsmittel richtig verordnen
- 33 Verordnung von Rezepturen
- 36 Verbandmittel – wirtschaftlicher Einsatz

## SERVICE

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

Liebe Leserin, lieber Leser,

*Antibiotika gehören zu den größten Errungenschaften der modernen Medizin und zugleich zu den Medikamenten, deren Wirksamkeit wir durch umsichtiges Handeln bewahren müssen. Der verantwortungsvolle Einsatz in der ambulanten Versorgung ist daher von zentraler Bedeutung, um Resistenzen vorzubeugen und die Therapieoptionen für unsere Patientinnen und Patienten langfristig zu sichern.*

*In dieser Ausgabe stellen wir Ihnen den neuen Antibiotikabericht für Hausärztinnen und Hausärzte vor – ein Instrument, das die eigene Verordnungspraxis transparent macht und den Vergleich mit der jeweiligen Richtwertgruppe ermöglicht. Er unterstützt dabei, das eigene Vorgehen regelmäßig zu reflektieren und gegebenenfalls an aktuelle Leitlinien anzupassen. Er soll die Praxen bei einer rationalen Antibiotikatherapie unterstützen.*

*Das ist nur eines von vielen relevanten Themen, mit denen wir Sie in Ihrem Praxisalltag unterstützen wollen.*

*Hilfreiche Erkenntnisse und viel Freude bei der Lektüre wünscht Ihnen*

Ihr

Dr. med. Karsten Braun, LL.M.



## 18 Logopädie: Ärztliche Rolle bei Verordnungen

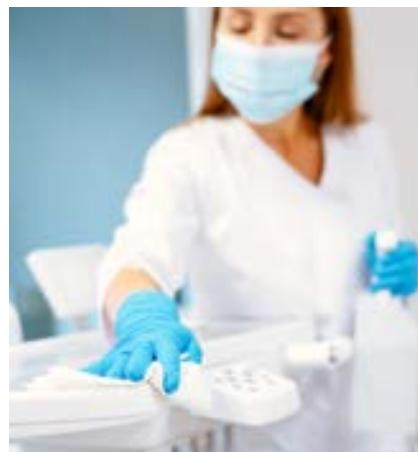
Was Sie gemäß Heilmittel-Richtlinie beachten müssen, haben wir für Sie zusammengefasst.

## 8 Skabies: Therapieoptionen für Kontaktpersonen

Ob für symptomfreie Kontaktpersonen Antiskabiosa auf Kassenrezept verordnet werden dürfen, hängt von mehreren Faktoren ab – dazu ein Update.

## 31 Schutz: Vorgaben bei Desinfektionsmittel

Welche Desinfektionsmittel zum Sprechstundenbedarf gehören und welche nicht, erfahren Sie in diesem Text.



## 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-therapeutische 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 **rabbattierte** Original-Biologicals 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.

# Paternale Valproat-Exposition und Kinderwunsch

Aus der Praxis erreichte uns die Anfrage zur Valproat-Exposition bei einem Mann mit Kinderwunsch. Die Antwort gibt der Pharmakotherapie-Beratungsdienst der Abteilung Klinische Pharmakologie am Universitätsklinikum Tübingen.

## Frage

„Ein Patient mit Kinderwunsch erhält wegen seiner Epilepsie 150 mg Valproat abends und überlegt nun wegen der Nachricht über Teratogenität, seine gut laufende Therapie umzustellen. Ist diese niedrige Dosis wirklich ein Problem? Oder gibt es doch kein erhöhtes Risiko für neurologische Entwicklungsstörungen bei Kindern?“

## Antwort

### Noch ausstehende Ergebnisse des Signalverfahrens bei der EMA

Die Diskussion um Vorsichtsmaßnahmen paternaler Valproat-Exposition beschäftigt seit Anfang 2024 Fachgesellschaften, Regulationsbehörden (z. B. EMA [European Medicines Agency] und BfArM [Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte]) sowie die Ärzteschaft, die laut Fachinformation über ein solches Risiko informieren soll. Anlass sind Hinweise auf ein mögliches Risiko für neurologische Entwicklungsstörungen bei Kindern von Vätern, die Valproat bis zu drei Monate vor der Zeugung eingenommen haben. Nach der Veröffentlichung von Sicherheitsdaten durch das PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) der EMA erschien ein Rote-Hand-Brief des BfArM mit Vorsichtsmaßnahmen bei Einnahme von Valproat. Da widersprüchliche Studienergebnisse zu diesem Thema vorliegen, läuft derzeit ein Signalverfahren bei der EMA. Bis zum Abschluss dieser Bewertung gelten die vorsorglichen Empfehlungen in der Fachinformation. Laut der Valproat-Fachinformation sollten mit männlichen Patienten unter Einnahme von Valproat bei Kinderwunsch alternative Behandlungsoptionen besprochen werden, individuelle Umstände im Einzelfall evaluiert und gegebenenfalls der Rat erfahrener Spezialisten eingeholt werden.

Die folgende Übersicht stellt die chronologische Entwicklung der Bewertungen, Studien und Empfehlungen zur paternalen Valproat-Exposition seit Januar 2024 dar.

### Chronologische Entwicklung

Am 12. Januar 2024 empfahl das PRAC der EMA Vorsichtsmaßnahmen aufgrund eines potenziellen Risikos für neurologische Entwicklungsstörungen bei Kindern von Vätern, die drei Monate vor der Zeugung Valproat einnahmen [1]. Die Bewertung basierte auf den Ergebnissen einer Post-Authorisation-Safety-Study (PASS), die Daten aus mehreren Registerdatenbanken in Dänemark, Norwegen und Schweden nutzte [2]. Die Studie zeigte, dass etwa 5 von 100 Kindern von Vätern, die Valproat einnahmen, eine neurologische Entwicklungsstörung aufwiesen, verglichen mit 3 von 100 Kindern von Vätern, die Lamotrigin oder Levetiracetam erhielten. Limitationen der Studie, wie Unterschiede zwischen den Expositionsgruppen und begrenzte Nachbeobachtungszeiträume, führten dazu, dass das PRAC keinen kausalen Zusammenhang bestätigen konnte. Trotzdem wurden vorsorgliche Maßnahmen zur Information von Patienten und Gesundheitsberufen für gerechtfertigt erachtet [1].

Am 19. Februar 2024 erschien ein Rote-Hand-Brief des BfArM, der auf ein erhöhtes Risiko für Kinder von Vätern hinwies, die Valproat bis zu drei Monate vor der Zeugung eingenommen hatten. Verschreibende Ärzte sollten deswegen über das potenzielle Risiko informieren und die Notwendigkeit einer zuverlässigen Empfängnisverhütung während der Behandlung, aber auch bis mindestens drei Monate nach Absetzen von Valproat besprechen. Die individuelle Situation sollte ärztlich bewertet und gegebenenfalls ein Spezialist hinzugezogen werden [1].

Am 27. Februar 2024 veröffentlichte Embryotox in der Rubrik „Aktuelles“ eine Stellungnahme zur EMA-Warnung [3]. Dort hieß es, dass eine kausale Assoziation zwischen paternaler Valproat-Exposition und neurologischen Entwicklungsstörungen nicht abgeleitet werden könne. Die Empfehlung lautet nun, dass unter Kenntnis und Inkaufnahme

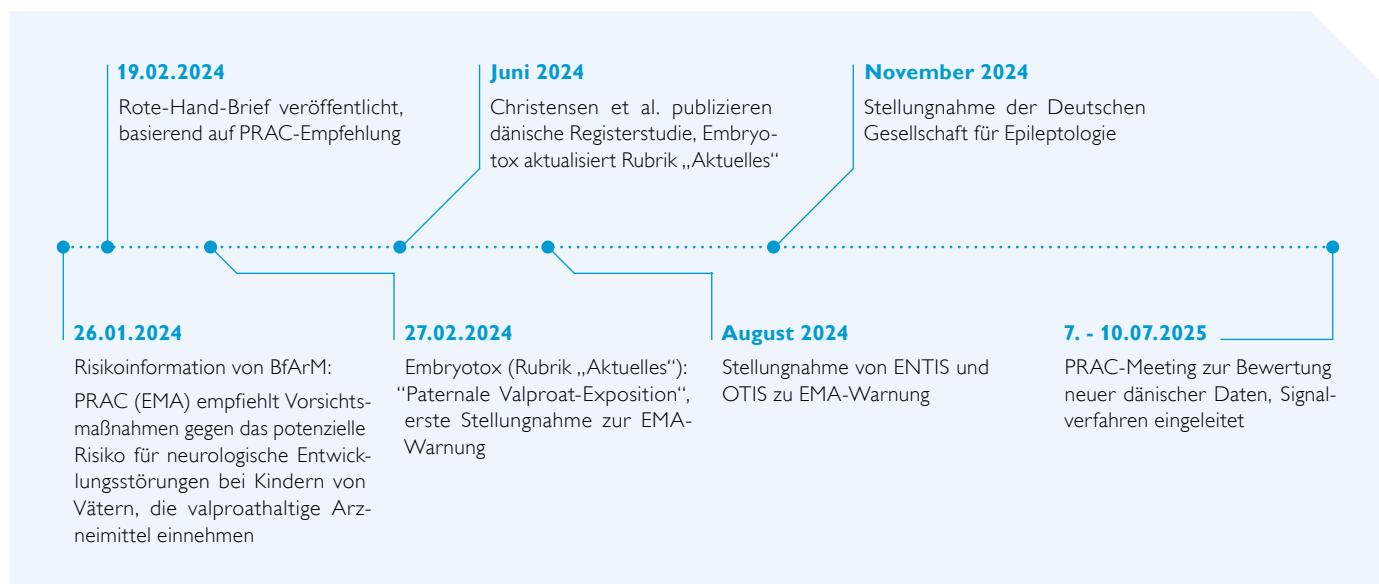
der unklaren Datenlage bei auf Valproat stabil eingestellten Männern mit Kinderwunsch die Fortführung der Therapie akzeptabel sei [4].

Im Juni 2024 wurde eine dänische Registerstudie veröffentlicht [5, 10]. Bei mehr als 1.300 Kindern, deren Väter in den drei Monaten vor der Zeugung Valproat einnahmen, wurde weder ein erhöhtes Risiko für neurologische Entwicklungsstörungen noch für kongenitale Fehlbildungen gefunden. Auch Subgruppen- und Sensitivitätsanalysen zeigten keine erhöhten Risiken [3, 6, 7]. Embryotox aktualisierte daraufhin die Rubrik „Aktuelles“ und bestätigte: Eine abschließende Beurteilung des Risikos für neurologische Entwicklungsstörungen bei den Kindern durch väterliche Valproat-Einnahme vor der Zeugung sei weiterhin nicht möglich [3].

Im August 2024 äußerten sich Mitglieder von ENTIS (European Network of Teratology Information Services) und OTIS (Organization of Teratology Information Specialists) in einer Stellungnahme, dass die EMA-Warnungen von Januar 2024 verfrüht seien. Nach ihrer Einschätzung liefern die zugrunde liegenden Daten keine überzeugenden Hinweise auf ein väterlich vermitteltes Risiko von Valproat für Folgeschäden bei Kindern und rechtfertigen deswegen keine weitreichenden Empfehlungen [3, 8].

Im November 2024 veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie eine Stellungnahme, die kein publiziertes teratogenes Risiko durch väterliche Valproat-Einnahme sieht, gleichzeitig jedoch auf Risiken einer Umstellung der Medikation hinweist [9]. Sie empfiehlt, Valproat bei Männern mit genetisch generalisierter Epilepsie und überwiegend Myoklonien und tonisch-klonischen Anfällen weiterhin als Mittel erster Wahl einzusetzen, analog der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie.

Im Juli 2025 prüfte das PRAC die neuen dänischen Daten, die keinen Zusammenhang zwischen väterlicher Valproat-Einnahme und einem erhöhten Risiko von neurologischen Entwicklungsstörungen beim Kind zeigten. Ein Signalverfahren wurde eingeleitet, um die Datenlage besser zu bewerten. Die EMA erwartet weitere Informationen von den Zulassungsinhabern und wird entsprechende Ergebnisse veröffentlichen, die zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses noch nicht vorgelegen haben.



## Fazit

- Laut bisheriger Fachinformation sollten Männer mit Valproat-Einnahme über das potenzielle Risiko für neurologische Entwicklungsstörungen beim Kind informiert werden. Sie sollten während der Anwendung von Valproat und für drei Monate nach Beendigung der Behandlung eine zuverlässige Empfängnisverhütung verwenden.
- Aufgrund der komplexen Gesamtsituation, die zu Verunsicherung und kontroversen Diskussionen auf verschiedenen Ebenen geführt hat, sind eine sorgfältige Anamnese, individuelle Abwägung unter Einbeziehung fachärztlicher Expertise sowie die fortlaufende Beobachtung aktueller Risikoinformationen zu empfehlen.
- Es bleibt abzuwarten, ob das neue Signalverfahren zu einer Änderung der Empfehlungen in der Fachinformation führt, der bisher eingeräumte Auslegungsspielraum (Einzelfallentscheidung) konkretisiert wird oder Vorsichtsmaßnahmen abgeschwächt werden.

Bei Anfragen zur Arzneimitteltherapie in Schwangerschaft und Stillzeit können Ärzte und Patienten sich an das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie an der Charité Berlin (Leitung: PD Dr. med. Katarina Dathe) wenden: Telefon: 030 450-525700, Fax: 030 450-525902, E-Mail: katarina.dathe@charite.de, [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de)

## Literatur

- [1] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Valproat: Potenzielles Risiko für neurologische Entwicklungsstörungen bei Kindern von Vätern, die valproathaltige Arzneimittel einnehmen (12.01.2024). <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RI/2024/RI-valproat.html>
- [2] European Medicines Agency (EMA): A post-authorization safety study (PASS) to evaluate the paternal exposure to valproate and the risk of neurodevelopmental disorders including autism spectrum disorders as well as congenital abnormalities in offspring - a population-based retrospective study. <https://catalogues.ema.europa.eu/node/3611/administrative-details>
- [3] Embryotox: Paternale Valproat-Exposition (Februar und Juni 2024). <https://www.embryotox.de/das-institut/aktuelles/details/paternale-valproat-exposition-februar-2024>
- [4] Embryotox: Valproinsäure. <https://www.embryotox.de/arthneimittel/details/ansicht/medikament/valproinsaeure>
- [5] Christensen J, Trabjerg BB, Werenberg Dreier J: Valproate use during spermatogenesis and risk to offspring. *JAMA Netw Open* 2024; 7(6): e2414709. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.14709 (Reprinted June 4)
- [6] Steinhoff BJ: Entwarnung für Männer mit Kinderwunsch und Valproat-einnahme. *Info Neurol Psychiatr* 2024; 26: 19. <https://link.springer.com/article/10.1007/s15005-024-4129-y>
- [7] Unger-Hunt, L: Valproat senkt nicht die Spermienqualität. *Schmerzmed* 2025; 41: 7. doi.org/10.1007/s00940-025-4907-8
- [8] Garey JD, Damkier P, Scialli AR et al.: Paternal Valproate Treatment and Risk of Childhood Neurodevelopmental Disorders: Precautionary Regulatory Measures Are Insufficiently Substantiated. *Birth Def Res* 2024; 116(8): e2392. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bdr2.2392>
- [9] Deutsche Gesellschaft für Epileptologie: Aktualisierte Stellungnahme der Dt. Ges. für Epileptologie zu „Valproat bei Männern“ (25.11.2024). <https://www.dgfe.org/news/detail/aktualisierte-stellungnahme-der-dt-ges-fuer-epileptologie-zu-valproat-bei-maennern>
- [10] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Valproat: PRAC-Bewertung neuer Daten zum potenziellen Risiko für neurologische Entwicklungsstörungen bei Kindern von mit Valproat behandelten Männern. Der Ausschuss wird die Ergebnisse einer aktuellen Studie überprüfen, die frühere Ergebnisse nicht bestätigt. <https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Ausschusse-und-Gremien/PRAC/meeting-Highlights/weitere-informationen/valproat.html>

# Update: Skabies – Arzneiverordnung bei symptomfreien Kontaktpersonen

Die Verordnungsberatung der KVBW erhält regelmäßig Anfragen, ob für symptomfreie Kontaktpersonen eines Skabies-Patienten Antiskabiosa zulasten der GKV verordnet werden dürfen. Um diese Frage beantworten zu können, sind drei Aspekte zu berücksichtigen: Welche Form der Skabies (*Sarcoptes scabiei*) ist ausgebrochen? Welche Personen definiert man als enge Kontaktpersonen? Wie lautet die Zulassung der im Handel befindlichen Arzneimittel? Der folgende Text ist ein Update zum Artikel aus dem Verordnungsforum 49.

## Skabies-Formen und ihre Übertragungswege

### Gewöhnliche Skabies

Die gewöhnliche Skabies (*Sarcoptes scabiei*, Krätmilbe) wird über einen großflächigen und kontinuierlichen Haut-zu-Haut-Kontakt in der Größenordnung von 5–10 Minuten übertragen. Durch die langsame Übertragung besteht ein eher geringes Infektionsrisiko, daher unterscheidet man zwischen Kontaktpersonen und engen Kontaktpersonen.

Erst wenn ein Skabies-Patient über einen längeren Zeitraum (länger als 5–10 Minuten) Körperkontakt zu einer Person hatte, wird diese als **enge Kontaktperson** definiert. Enger Körperkontakt entsteht zum Beispiel durch Kuscheln, Körperpflege von Kleinkindern bzw. Kranken oder wenn man in einem gemeinsamen Bett schläft. Eine soziale Interaktion wie Händeschütteln oder eine kurze Umarmung führen in der Regel nicht zu einem Infekt.

Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes einen Ratgeber veröffentlicht, in dem detaillierte Informationen zum Thema Skabies aufgeführt werden. Er soll als Orientierungshilfe dienen, um die Verbreitung der Skabies so gut wie möglich einzudämmen und infizierte Personen effektiv zu therapieren [1].



## Scabies crustosa

Die norwegische Skabies (*Scabies norvegica sive crustosa*) hat im Vergleich zur gewöhnlichen Skabies (siehe oben) eine deutlich höhere Besiedlungsdichte und damit auch ein erhebliches Infektionsrisiko. Bei dieser hochinfektiösen Ausprägung der Skabies können abgelöste Hautschuppen Milben in sich tragen und zu einer Ansteckung führen. Aufgrund der hohen Kontagiosität werden **alle Kontaktpersonen als enge Kontaktpersonen definiert** und sollten daher gleichzeitig behandelt werden. Bei dieser Krätmilbenart ist jedoch nicht nur der körperliche Kontakt ansteckend, sondern auch der Kontakt mit kontaminierten Textilien. Bei infizierten Personen sind ein stationärer Aufenthalt und eine Isolation angezeigt. Zusätzlich sollten alle Kontaktpersonen der letzten 6 Wochen vor Manifestation der Erkrankung untersucht werden.

## Therapie bei symptomfreien Kontaktpersonen

Um symptomfreie enge Kontaktpersonen effektiv zu behandeln, gibt es auf dem Markt verschiedene Arzneimittel, die zulassungskonform angewendet werden können (siehe Therapie der 1. bzw. 2. Wahl). Diese Therapie wird aus klinischer Sicht nicht als Prophylaxe angesehen, sondern als frühe Behandlung infizierter Patienten, bevor eindeutig ausgeprägte klinische Symptome entstehen.

## Therapie der 1. Wahl

Topisches Permethrin (z. B. Infectoscab® 5 % Creme) ist Mittel der Wahl bei einer Infektion mit Skabies (verursacht durch *Sarcoptes scabiei*) bei Erwachsenen und Kindern nach dem vollendeten 2. Lebensmonat [1, 2]. Das Arzneimittel kann auch zur frühen Behandlung enger Kontaktpersonen zulassungskonform zulasten der GKV eingesetzt werden, da die Therapie bisher erscheinungsfreier Kontaktpersonen bei engem Kontakt zu Erkrankten laut Fachinformation sinnvoll sein kann, um Reinfestationen zu verhindern [2].

## Therapie der 2. Wahl

Auch topisch angewendete Arzneiformen mit den verschreibungsfreien Wirkstoffen Crotamiton (z. B. Crotamitex®) oder Benzylbenzoat (z. B. Antiscabiosum®) werden zur Behandlung der Skabies bei Erwachsenen und Kindern eingesetzt. Crotamitex® ist laut Fachinformation zugelassen zur Behandlung der Skabies bei Erwachsenen und Kindern [3]. Das Anwendungsgebiet von Antiscabiosum 10 % für Kinder Emulsion ist laut Fachinformation die Behandlung der Skabies bei Kindern über 6 Jahren, wenn weniger toxische Mittel nicht ausreichen. Bei Kindern von 1–6 Jahren darf es nur angewendet werden, wenn keine zusätzlichen Hautschäden bestehen und eine ärztliche Überprüfung erfolgt [4]. Antiscabiosum® 25 % Emulsion ist indiziert bei Erwachsenen, wenn weniger toxische Mittel ausgeschöpft wurden [5].

Beide Wirkstoffe sind laut Fachinformation auch zur Behandlung symptomfreier enger Kontaktpersonen zugelassen. Jedoch ist die Therapie im Vergleich zu Permethrin deutlich aufwendiger, da die Anwendungen an 3 bis 5 aufeinanderfolgenden Tagen erfolgen müssen.

Diese beiden verschreibungsfreien Wirkstoffe sind für Kinder bis 12 Jahre oder für Jugendliche bis 18 Jahre mit Entwicklungsstörung unter Beachtung der Zulassung zulasten der GKV verordnungsfähig. Für Erwachsene besteht keine Ausnahmeregelung gemäß Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie, und sie sind daher privat zu verordnen.

## Off-Label-Use bei symptomfreien Kontaktpersonen

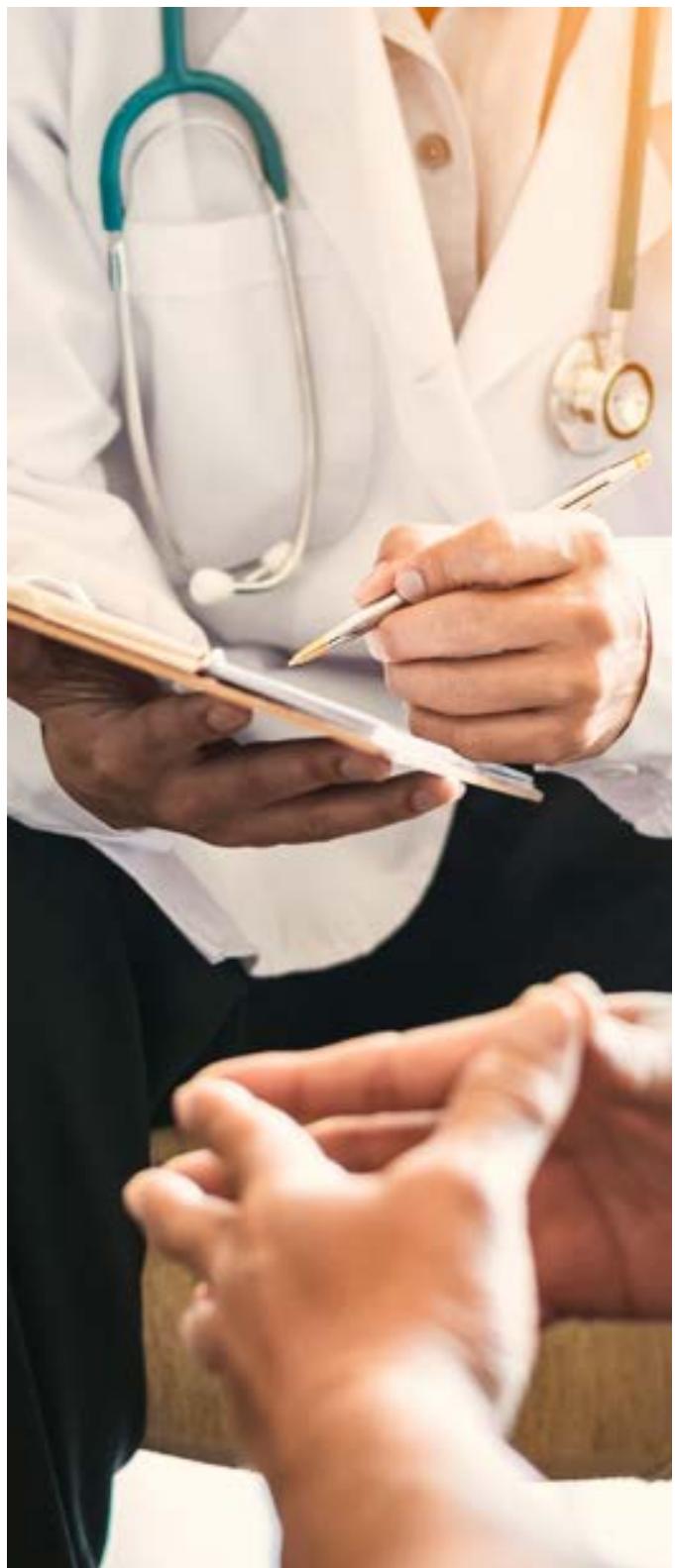
Im Gegensatz zu den oben genannten Arzneimitteln ist der Einsatz von oralem Ivermectin (z. B. Dripionin® 3 mg Tabletten) nur dann zulassungskonform, wenn die Diagnose der Skabies klinisch und/oder durch parasitologische Untersuchungen gesichert ist. Andernfalls – dies gilt auch für symptomfreie enge Kontaktpersonen – handelt es sich um einen Off-Label-Use [6]. Eine Verordnung zulasten der GKV für symptomfreie Kontaktpersonen scheidet daher aus.

## Fazit

- Topische Arzneiformen können zur Behandlung symptomfreier Kontaktpersonen zulassungskonform angewendet werden, sofern definitionsgemäß ein enger Kontakt stattgefunden hat oder der Patient mit Scabies crustosa infiziert ist:  
1. Wahl: Permethrin (z. B. Infectoscab® 5 % Creme)  
2. Wahl: Crotamiton (z. B. Crotamitex®), Benzylbenzoat (z. B. Antiscabiosum® 25 % Emulsion). Beide Wirkstoffe sind nur für Kinder bis 12 Jahre oder für Jugendliche bis 18 Jahre mit Entwicklungsstörungen verordnungsfähig.
- Orales Ivermectin (z. B. Dripionin® 3 mg Tabletten) ist nur mit einer gesicherten Diagnose der Krätzmilbe verordnungsfähig und somit bei symptomfreien Kontaktpersonen nicht zulassungskonform einsetzbar (Off-Label-Use).

## Literatur

- [1] Robert-Koch-Institut (RKI): RKI-Ratgeber – Skabies (Krätze) (Stand: 27.05.2025). [https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber\\_Ratgeber\\_Skabies.html](https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber_Ratgeber_Skabies.html)
- [2] Fachinformation: Infectoscab® 5 % Creme (Stand: Juni 2024). <https://www.infectopharm.de/präparate/infectoscab-5-creme/>
- [3] Fachinformation: Crotamitex® 10 % Emulsion zur Anwendung auf der Haut (Stand: Januar 2021). <https://gepe.biomoaktiv.de/wp-content/uploads/gepe/GI-Crotamitex-Lotion.pdf>
- [4] Fachinformation: Antiscabiosum® 10 % für Kinder (Stand: Oktober 2024). <https://www.fachinfo.de/fi/detail/001503/antiscabiosum-r-10-fuer-kinder?query=antis>
- [5] Fachinformation: Antiscabiosum® 25 % für Erwachsene (Stand: Oktober 2024). <https://www.fachinfo.de/fi/detail/001504/antiscabiosum-r-25?query=Antisc>
- [6] Fachinformation: Dripionin® 3 mg Tabletten (Stand: August 2023). <https://www.infectopharm.de/präparate/dripionin-3-mg-tabletten/>



# Neu: Individueller Antibiotikabericht für Hausärzte

*Ein rationaler Antibiotikaeinsatz ist wichtig, um Antibiotikaresistenzen zu vermeiden und die Wirksamkeit der Medikamente langfristig zu erhalten. Ein übermäßiger oder unsachgemäßer Einsatz fördert die Entstehung und Ausbreitung resisternter Bakterienstämme, die schwer zu behandeln sind und die Gesundheit von Patienten gefährden können. Die KVBW stellt einen Antibiotikabericht auf Basis der praxisindividuellen Verordnungsdaten zur Verfügung, um den rationalen Einsatz von Antibiotika zu unterstützen und zu fördern. Für Kinderärzte ist diese Auswertung bereits seit 2020 verfügbar. Ab jetzt stellt die KVBW quartalsweise auch den hausärztlich tätigen Kollegen einen entsprechenden Bericht bereit. Mit diesem Artikel möchten wir den Antibiotikabericht für Hausärzte vorstellen.*

Bereits im September 2025 erhielten hausärztliche Praxen erstmalig den neuen „Antibiotikabericht Allgemeinmedizin“ auf Basis der praxisindividuellen (GKV-)Verordnungsdaten mitsamt einem Erläuterungsschreiben auf dem Postweg. In den Verordnungsdaten sind – analog zur Frühinformation Arzneimittel – sowohl kollektiv- als auch selektivvertragliche Patienten enthalten. **Künftig ist das Dokument** (gemeinsam mit der Frühinformation Arzneimittel, den Verordnungshinweisen sowie der Patienten- und Präparatliste) **im Dokumentenarchiv des Mitgliederportals unter dem Aktentyp „Verordnungsmanagement“ abgelegt**. Eine Anleitung zum Auffinden der Dokumente im Mitgliederportal finden Sie auf unserer Homepage unter [www.kvbawue.de/anleitung-da](http://www.kvbawue.de/anleitung-da).

## Anmerkung der Redaktion:

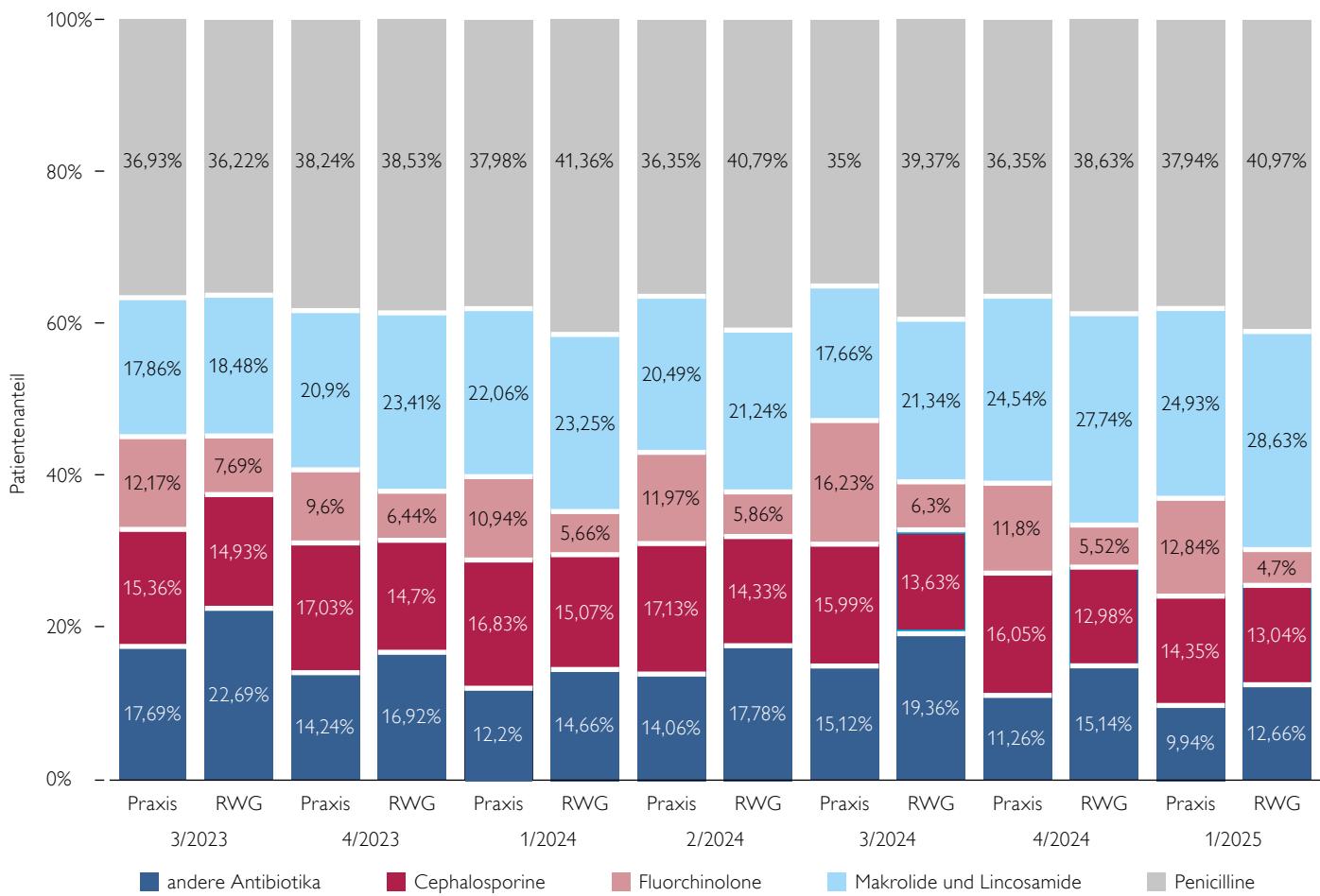
Dieser Bericht wird allen Hausärzten zukünftig quartalsweise zur Verfügung gestellt. Es handelt es sich um einen Service Ihrer KV mit rein informativem Charakter, unabhängig vom praxisindividuellen Einsatz von Antibiotika oder dem Vorliegen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Er soll die Praxen bei einer rationalen Antibiotikatherapie unterstützen.

Der Antibiotikabericht Allgemeinmedizin gliedert sich in zwei Teile: die Wirkstoffklassenverteilung und die Wirkstoffauswahl.

## Wirkstoffklassenverteilung

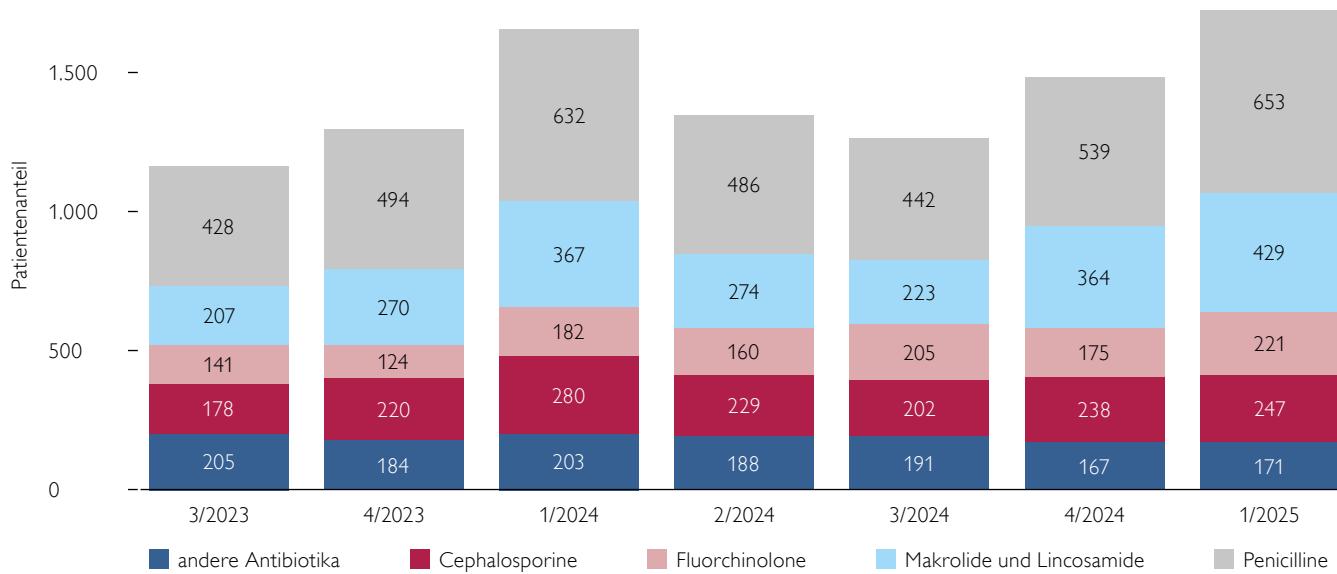
Im ersten Teil zeigt ein Balkendiagramm, wie sich die Antibiotikaverordnungen der Praxis auf verschiedene Wirkstoffklassen (Penicilline, Makrolide/Lincosamide, Fluorchinolone, Cephalosporine und alle anderen Antibiotika) verteilen. Die Darstellung erfolgt für die jeweils letzten sieben Quartale – vorausgesetzt, die BSNR der Praxis hat sich während dieser Zeit nicht geändert (anderenfalls erfolgt die Darstellung nur für die aktuelle BSNR). Dabei wird zusätzlich die Praxis mit dem Durchschnitt der Richtwertgruppe (Fachärzte für Innere Medizin, praktische Ärzte und Fachärzte für Allgemeinmedizin) verglichen (siehe Beispiel in Abbildung 1 auf der nächsten Seite).

**Abbildung 1:**  
**Entwicklung der Anteile der Wirkstoffklassenverteilung bei Antibiotikaverordnungen (Praxis vs. Richtwertgruppe)**



Außerdem wird die Entwicklung der oben genannten Wirkstoffklassen anhand der Zahl der Verordnungspatienten in der Praxis über denselben Zeitraum beleuchtet (siehe Beispiel in Abbildung 2).

2.000 – **Abbildung 2:**  
**Entwicklung der Wirkstoffklassen bei Antibiotikaverordnungen der Praxis**



Aus diesen Auswertungen lässt sich ableiten, ob bestimmte Wirkstoffklassen überproportional häufig im Vergleich zur Richtwertgruppe verordnet werden oder ob sich ein Trend bei der Verordnung dieser Klassen erkennen lässt.

## Wirkstoffauswahl

Der zweite Abschnitt des Berichts informiert über die quartalsweise in der Praxis eingesetzten Wirkstoffe, sortiert nach Häufigkeit des Einsatzes (anhand der Patientenzahl). Außerdem wird der Anteil der Patienten mit einer Antibiotika-

Verordnung in Relation zur Gesamtheit der Verordnungspatienten ausgewiesen und mit der Richtwertgruppe in Baden-Württemberg verglichen (siehe Beispiel in Abbildung 3).

Es werden nur die im jeweiligen Quartal tatsächlich verordneten Wirkstoffe dargestellt.

**Abbildung 3:**  
**Wirkstoffauswahl der Praxis im Vergleich zur Richtwertgruppe**

Wirkstoff	Ihre Praxis		Richtwertgruppe	Differenz
	Patientenzahl	Patientenanteil*		
Azithromycin	317	3,13%	3,69%	-0,57%
Amoxicillin und Beta-Lactamase-Inhibitoren	309	3,05%	3,29%	-0,25%
Amoxicillin	258	2,54%	3,22%	-0,68%
Ciprofloxacin	182	1,79%	0,53%	+1,27%
Cefuroxim	133	1,31%	1,49%	-0,18%
Cefpodoxim	105	1,04%	0,63%	+0,40%
Clarithromycin	89	0,88%	0,84%	+0,04%
Fosfomycin	81	0,80%	0,79%	+0,01%
Phenoxymethylenicillin	51	0,50%	0,64%	-0,14%
Sulfamethoxazol und Trimethoprim	49	0,48%	0,72%	-0,23%
Pivmecillinam	41	0,40%	0,66%	-0,25%
Levofloxacin	35	0,35%	0,25%	+0,09%
Doxycyclin	20	0,20%	0,57%	-0,37%
Clindamycin	15	0,15%	0,32%	-0,17%
Roxithromycin	12	0,12%	0,59%	-0,47%
Nitrofurantoin	10	0,10%	0,20%	-0,10%
Cefaclor	6	0,06%	0,28%	-0,22%
Nitroxolin	6	0,06%	0,04%	+0,02%
Trimethoprim	5	0,05%	0,13%	-0,08%
Flucloxacillin	3	0,03%	0,01%	+0,02%
Moxifloxacin	3	0,03%	0,08%	-0,05%
Cefixim	2	0,02%	0,05%	-0,03%

\* Anteil Antibiotikapatienten an Verordnungspatienten – als Verordnungspatient gilt jeder Patient, der im entsprechenden Quartal mindestens eine Verordnung (Arzneimittel, Verbandmittel, Teststreifen oder enterale Ernährung) erhalten hat.

## Beratungsangebot der KVBW

Ihre KVBW stellt Ihnen unterschiedliche Beratungsangebote im Hinblick auf die Verordnung von Antibiotika zur Verfügung.

Bei Fragen rund um die Verordnungsfähigkeit und wirtschaftliche Verordnungsweise von Antibiotika (und anderen Arzneimitteln) auf den Namen des Patienten wenden Sie sich gerne an die Verordnungsberatung Arzneimittel:

Verordnungsberatung Arzneimittel  
Tel.: 0711 7875-3663  
E-Mail: verordnungsberatung@kvbawue.de

Zu pharmakotherapeutischen Fragestellungen (insbesondere zu Indikation, Wirkungsweise, Nebenwirkungen und Interaktionen von Fertigarzneimitteln, Wirksubstanzen und Hilfsstoffen, Dosierung von Arzneimitteln, z. B. bei Niereninsuffizienz, oder zur Wirksamkeit bestimmter Pharmakotherapien in der Evidenz) nutzen Sie gerne die für Vertragsärzte kostenfreien Beratungsdienste der Unikliniken Heidelberg und Tübingen, die ausschließlich per E-Mail erreichbar sind:

Aid.Konsil-KV@med.uni-heidelberg.de  
arzneimittelinfo@med.uni-tuebingen.de

## Weitere Maßnahmen der KVBW zur Unterstützung bei der Antibiotikatherapie

Die KVBW stellt neben den Antibiotikaberichten auch ein Maßnahmenpaket zur Information und Steuerung eines verantwortungsvollen und pragmatischen Umgangs mit Antibiotika zur Verfügung.

## Qualitatives Ziel der Arzneimittel-Zielvereinbarung

Seit 2020 haben die KVBW und die Krankenkassen im Rahmen ihrer Zielvereinbarungen zur Arzneimittelverordnung unter anderem Ziele zum verantwortungsvollen Einsatz von Antibiotika festgelegt.

Besonders bei den derzeit häufig verschriebenen Cephalosporinen soll der leitliniengerechte, bedachtsame und gezielte Einsatz beachtet werden, um die Entstehung von Resistenzen sowie unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden.

Der Einsatz von Reserveantibiotika sollte grundsätzlich vorsichtig erfolgen.

Auch die Verschreibung von Fluorchinolonen ist, insbesondere im Hinblick auf die Warnhinweise und speziellen Risiken, kritisch zu hinterfragen. Weitere Details zur rationalen Antibiotikatherapie, einschließlich der Risikoeinschätzung von Fluorchinolonen, finden sich im Sonder-Verordnungsforum 47 (Antibiotikatherapie in der Praxis II) der KVBW [1].

## Weitere Veröffentlichungen der KVBW und der KBV

Im Verordnungsforum 74 informierten wir über die Neuerungen in der deutschen S3-Leitlinie „Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei Erwachsenen (HWI)“ [2] sowie über die Aktualisierung der WirkstoffAktuell-Broschüre der KBV zu Infektionen der oberen Atemwege [3].

## Online-Fortbildungsangebot zu Antibiotikaverordnungen

Im Rahmen des Innovationsfondsprojekts ElekTRA wurde ein Online-Fortbildungsangebot zur Unterstützung einer rationalen Antibiotikaverordnung entwickelt, welches wir 2025 nach Abschluss des Projekts allen Vertragsärzten seit dem 1. September zur Verfügung stellen (siehe Home-page-Nachricht vom 2. September 2025 auf Seite 41).

## Literatur

- [1] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Fluorchinolone – aktuelles Risikobewertungsverfahren. Verordnungsforum 2018; 47: 11–3. <https://www.kvbawue.de/pdf3109>
- [2] Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (Hrsg): S3-Leitlinie: Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei Erwachsenen (HWI) – Aktualisierung 2024. Langversion, 3.0, AWMF-Registernummer: 043/044 (Stand: April 2024). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/043-044>
- [3] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Update: Rationale Antibiotikatherapie in der Praxis. Verordnungsforum 2025; 74: 18–20. <https://www.kvbawue.de/pdf5197>



# Therapieleitfäden der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen

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

## Folgender Therapieleitfaden wurde aktualisiert:

**Unipolare Depression – konsentierte Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Therapie (Version vom 15.04.2025) [1].**

Die erste Version des Leitfadens wurde bereits vor vielen Jahren erstellt, als es noch keine Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) zu diesem Krankheitsbild gab. Die neue Version greift die aktuellen Entscheidungshilfen der NVL Unipolare Depression auf [2] und rückt zudem die medikamentöse Therapie stärker in den Vordergrund. Dadurch konnte der Umfang reduziert und das Augenmerk auf das Wesentliche gelegt werden. Hintergrundinformationen werden nun als solche gekennzeichnet und können in Form von Aufklapptexten aufgerufen werden.

## Folgender Therapieleitfaden ist neu erschienen:

**Leitfaden zur Behandlung chronischer Wunden – konsentierte Kriterien zur wirtschaftlichen Verordnung (Version vom 12.08.2025) [3]** einschließlich weiterer Materialien

Es gibt in Deutschland mindestens 1 Million Menschen mit einer chronischen Wunde. Die Verordnungsberatung der KVBW wird demzufolge mit vielen Anfragen zu einer wirtschaftlichen Versorgung von chronischen Wunden konfrontiert. Daher möchten wir Ihnen eine Zusammenfassung zu allen Informationsmaterialien geben, die wir Ihnen zu diesem Thema zur Verfügung stellen:

Erstmals ist ein **Therapieleitfaden zur Behandlung chronischer Wunden** veröffentlicht worden. Im Auftrag der KVBW

haben zwei erfahrene Autoren – Dr. Stephan Eder und Dr. Wolf-Rüdiger Klare – diesen praxisorientierten Therapieleitfaden erarbeitet. Teil dieses Leitfadens ist ein **Schema zur standardisierten Wundtherapie** [4]. In dieser Übersicht sind verschiedene Wundtypen mit Beispielabbildungen aufgeführt. Die Aufstellung umfasst zudem passende Wundtyp-spezifische Behandlungsschritte und geeignete Verbandmaterialien.

Der Therapieleitfaden konnte vor seiner Veröffentlichung mit den Krankenkassen und den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg abgestimmt werden. Behandlungen, die den Vorgaben dieses Therapieleitfadens entsprechen und deren kostengünstige Präparateauswahl, Indikationsstellung, Kontrolle und notwendige Dauer patientenbezogen durch ausreichende Dokumentation nachgewiesen werden, gelten somit in der Regel als wirtschaftlich.

Gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden und den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen haben wir ergänzend einen **Dokumentationsbogen mit Checkliste** [5] erarbeitet, der auf wichtige Punkte einer wirtschaftlichen Wundbehandlung hinweist. Mithilfe der Arbeitsunterlage können Sie patientenindividuell relevante Aspekte zu Grunderkrankung und Therapieentscheidung einschließlich der Verbandmittelauswahl erfassen – Inhalte, die die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen im Rahmen von etwaigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen zur Beurteilung benötigen.

Auch unsere **Verbandmittel-Preisliste** [6] zur wirtschaftlichen Auswahl ausgewählter Verbandmittel ist in das Dokument eingebunden.

Mit diesen wertvollen Materialien (Wundleitfaden, Checkliste/Dokumentationsbogen und Verbandmittel-Preisliste) konnten wir einen Konsens mit den Krankenkassen und Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen in Baden-Württemberg erreichen. Damit stehen Ihnen nun **konkrete Instrumente für eine qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche Versorgung chronischer Wunden** zur Verfügung [3-6].

Ergänzend möchten wir auf unser langjährig etabliertes **MAK-Seminar „Wundmanagement – effektive Wundversorgung in der Praxis“** hinweisen: <https://mak.kvbawue.de/#40>. Nutzen Sie die Gelegenheit, um mit einem der Autoren des Wundleitfadens ins Gespräch zu kommen.

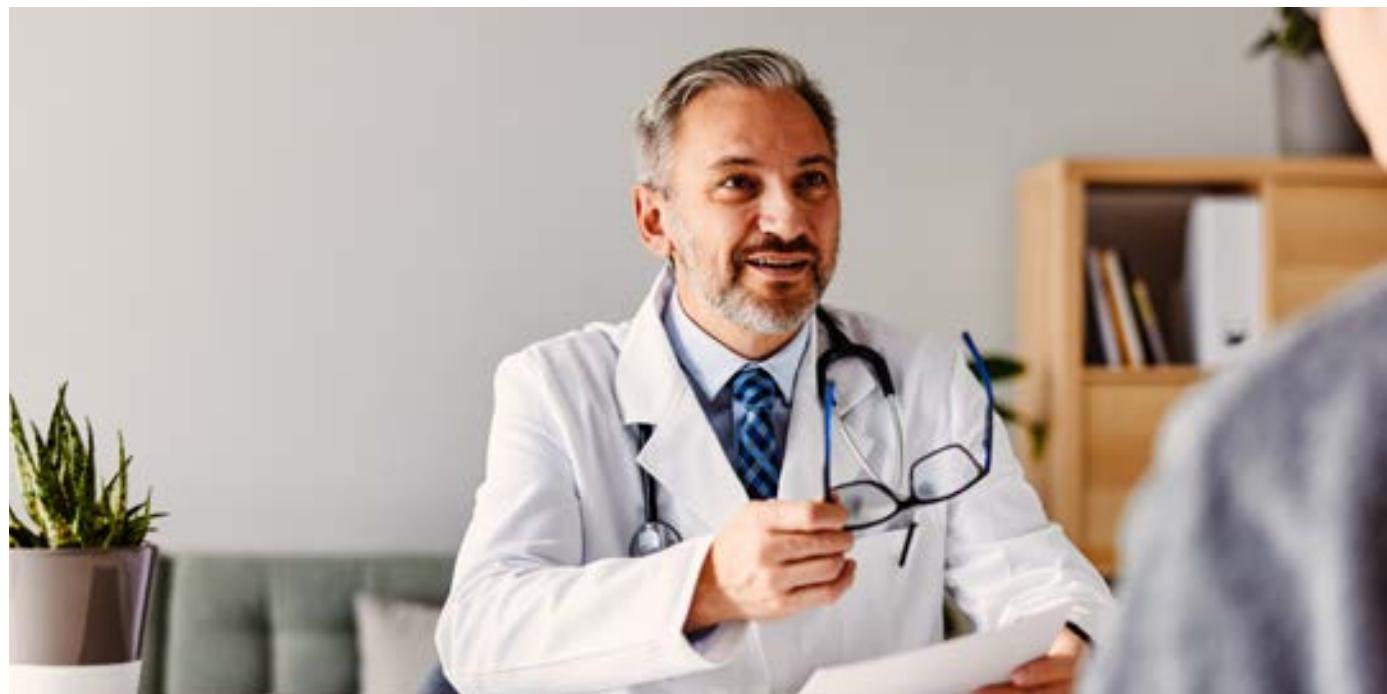
- Die Therapieleitfäden sind auf der Homepage der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen unter <https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen> abrufbar.

## Therapieleitfäden und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Den konsentierten Therapieleitfäden der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen ist gemeinsam, dass Therapiekonzepte, die den darin enthaltenen Behandlungskriterien entsprechen, in der Regel als wirtschaftlich gelten. **Für eine sachgerechte Berücksichtigung im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist eine aktive Bezugnahme auf den jeweiligen Leitfaden erforderlich, z. B. in Zusammenhang mit einer Stellungnahme und/oder einer Widerspruchsbegründung.** Dazu gehört auch, dass die Wirkstoff-/Produktauswahl, Indikationsstellung und Therapie-dauer patientenbezogen durch ausreichende Dokumentation nachgewiesen werden kann.

## Literatur

- [1] Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg (GPE): Unipolare Depression – konsentierte Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Therapie (Version vom 15.04.2025). <https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen/allgemeinmediziner/therapie-mit-antidepressiva>
- [2] Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (S3-Leitlinie), Langfassung, Version 3.2 vom 29.09.2022, überarbeitet 10.07.2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005>
- [3] Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg (GPE): Leitfäden zur Behandlung chronischer Wunden – konsentierte Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnung (Version vom 12.08.2025). <https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen/allgemeinmediziner/wundbehandlung>
- [4] Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg (GPE): Schema zur standardisierten Wundtherapie. [https://www.gpe-bw.de/fileadmin/user\\_upload/Fachärztegruppen/Wundleitfäden/20250526\\_Schema\\_zur\\_standardisierten\\_Wundtherapie.pdf](https://www.gpe-bw.de/fileadmin/user_upload/Fachärztegruppen/Wundleitfäden/20250526_Schema_zur_standardisierten_Wundtherapie.pdf)
- [5] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Checkliste und Dokumentationsbogen zur Behandlung chronischer Wunden. <https://www.kvbawue.de/pdf5201>
- [6] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Verbandmittel-Preisliste (Stand: 30.01.2025). <https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/verbandmittel/verbandmittel-preisliste>



# Ärztliche Diagnostik bei Logopädie

*Welche Rolle spielt die ärztliche Diagnostik bei der Verordnung von Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST)? Diese Frage stellt sich sowohl vor Beginn als auch während einer Behandlung. Damit diese Entscheidungsfindung künftig noch besser funktionieren kann, haben wir für Sie hilfreiche und weiterführende Informationen für die SSSST gemäß Heilmittel-Richtlinie zusammengefasst. Der folgende Text ist in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg entstanden.*

Grundlage für die Verordnung eines Heilmittels bildet in der Regel die ausführliche ärztliche Untersuchung. Laut § 6a der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) ist die Durchführung diagnostischer Maßnahmen vor Beginn und/oder während einer laufenden Behandlung vorgesehen (jeweils separat für SSSST, podologische Therapie und Ernährungstherapie):

- Vor der erstmaligen Verordnung von Heilmitteln ist eine Eingangsdagnostik notwendig.
- Bei der Eingangsdagnostik sind diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen oder zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen zu erhalten.
- Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist. Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden. Weitere Befundergebnisse sollen auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden, sofern sie für die Heilmitteltherapie relevant sind.

Eine zielgerichtete ärztliche Diagnostik soll dazu beitragen, das oder die geeigneten Heilmittel auszuwählen. Hierbei bewegt sich die ärztliche Verordnung im Spannungsfeld zwischen einer möglichst schnellen Genesung des Patienten und der Wirtschaftlichkeit der einzuleitenden Maßnahmen und Behandlungen.

**Merke:** Nicht immer ist es zwingend notwendig, alle Möglichkeiten der diagnostischen Maßnahmen auszuschöpfen. Die HeilM-RL bietet hierfür eine Hilfestellung an, die den diagnostischen Pfad erleichtern kann. Von einer zielgerichteten diagnostischen Untersuchung profitieren Patient und Therapeut, da die Ergebnisse direkt in die Therapie einfließen können und schneller mit der geeigneten Therapie begonnen werden kann.

## Fallbeispiel 1

Junge Eltern suchen aufgrund einer Sprachentwicklungsverzögerung (F80.8) mit ihrem Kind im Vorschulalter einen Arzt auf. Der Arzt führt eine Fremdanamnese über die Eltern und eine körperliche Untersuchung des Kindes durch.

## Fallbeispiel 2

Eine 72-jährige Patientin wird seit ihrer Entlassung aus der stationären Reha durch einen Arzt ambulant betreut. Aufgrund der anhaltenden Sprachstörung ist eine weitere umfassende therapeutische Behandlung indiziert. Auch dabei ist die Verordnung für eine SSSST möglich.

Die allgemeinen Ausführungen zur Diagnostik nach § 6a HeilM-RL werden für die SSSST in § 34 HeilM-RL konkretisiert. So stehen bei dem Vorschulkind (Fallbeispiel 1) folgende Optionen für eine Eingangsdagnostik zur Verfügung:

- Tonaudiogramm
- Organbefund
- Sprachstatus

Als weiterführende Diagnostik kommen infrage:

- Entwicklungsdiagnostik
- zentrale Hördiagnostik
- neuropädiatrische oder neurologische Untersuchungen
- Sprach- und Sprechanalyse
- Aachener Aphasietest (AAT)

Bei der Schlaganfallpatientin (Fallbeispiel 2) kann davon ausgegangen werden, dass die Eingangsdiagnostik in der Regel schon im stationären Umfeld durchgeführt wurde. Möglichkeiten für die weiterführende Diagnostik bei der Sprachtherapie Erwachsener sind:

- Hirnleistungsdiagnostik
- audiologische Diagnostik
- neurologische Untersuchungen
- Sprachanalyse
- Aachener Aphasietest (AAT)

Die Entscheidung, welche dieser diagnostischen Maßnahmen angewendet wird, obliegt dem Verordnenden und ist immer an die individuelle Symptomatik des Patienten anzupassen.

Als therapeutische Maßnahme ist im Fall des Vorschulkindes (Fallbeispiel 1) eine Verordnung mit der Diagnosegruppe SP1 (Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung) und 10 Einheiten „Sprechtherapie 45 Minuten“ je Verordnung zweckmäßig.

Bei der Schlaganfallpatientin (Fallbeispiel 2) fällt die Auswahl auf die Diagnosegruppe SP5 (Aphasien und Dysphasien) und 20 Einheiten „Sprechtherapie 45 Minuten“ je Verordnung.

**Bitte beachten:** Die HeilM-RL schreibt bei der Diagnosegruppe SP2 (Störungen der auditiven Wahrnehmung) diagnostische Maßnahmen zwingend vor. Hier sind Heilmittel nur aufgrund einer neuropsychologischen Untersuchung und zentralen Hördiagnostik verordnungsfähig.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass **physiologische Sprechunflüssigkeiten** (= kindliches Stottern, das häufig im Alter von 2–5 Jahren auftritt) **keine Indikation** für eine Sprechtherapie darstellen (siehe Diagnosegruppe RE1).

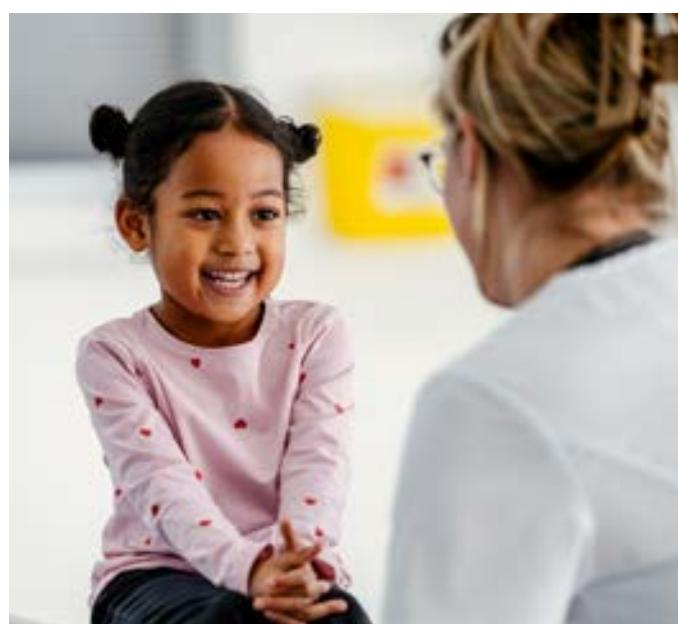
## Fazit

Für eine zielgerichtete ärztliche Diagnostik, die gemäß HeilM-RL vor und während einer logopädischen Behandlung durchzuführen ist, existieren zahlreiche, in der HeilM-RL abgebildete Maßnahmen. Die Diagnostik kann im Verordnungsprozess dazu beitragen,

- die eigene Diagnose abzusichern,
- die tatsächliche Notwendigkeit eines Heilmittels zu ermitteln und damit die Entscheidungsfindung für die Verordnung geeigneter Therapiemaßnahmen positiv zu unterstützen,
- die vom Therapeuten zu erbringende Leistung spezifischer festzulegen und
- schnellere Therapieerfolge zu erzielen.

## Literatur

Gemeinsamer Bundesauschuss: Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 19. Mai 2011 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 96 (S. 2247) vom 30. Juni 2011 in Kraft getreten am 1. Juli 2011 zuletzt geändert am 21. Oktober 2021 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAz AT 21.01.2022 B1) in Kraft getreten am 22. Januar 2022. <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/> (Zugriff am 09.03.2022)



# Grundsätze zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation und Hinweise zu Versorgungsengpässen

Im Folgenden möchten wir Sie zur medizinischen Rehabilitation (Reha) informieren. Wir erläutern Ihnen dabei die wichtigsten Grundlagen zur Verordnung, Antragsstellung sowie den unterschiedlichen Kostenträgern. Daneben betrachten wir verschiedene Aspekte zur bestehenden Versorgungssituation der stationären Reha in Baden-Württemberg und zeigen Ihnen mögliche Lösungsansätze auf. Der Text wurde in Abstimmung mit der AOK Baden-Württemberg erstellt.

Zu Beginn möchten wir Ihnen einen Überblick geben und informieren unter anderem zu unterschiedlichen Reha-Arten, den Voraussetzungen, der Antragstellung und weisen auf die jeweiligen Zuständigkeiten hin.

Was?	Zweck/Voraussetzung	Wie?	Wo?	Dauer/eigene Kosten
Ambulante Reha	Folgen einer bestehenden Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung abwenden, mildern, beseitigen und/oder Verschlimmerung verhüten. § 11, 2 SGB V  Die Reha muss aus medizinischen Gründen erforderlich sein (§ 9 SGB VI)	Antrag vom Patienten und Arzt	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) z. B. für Rentner  Deutsche Rentenversicherung (DRV) z. B. für Arbeitnehmer/Angestellte	Dauer: regulär 21 Tage, je nach Indikation  In der Regel alle 4 Jahre. Ausnahme: dringende medizinische Gründe können eine erneute Bewilligung rechtfertigen, Einzelfallprüfung möglich. Eigenbeteiligung 10 € / Tag. Zwischen 28 und 42 Tagen/ Kalenderjahr
(Teil-) Stationäre Reha	Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit und/oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert (Ziel: Verbesserung/Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) § 10 SGB VI Versicherungsrechtliche Voraussetzungen § 11 SGB VI			
Anschlussheilbehandlung	Das Krankenhaus stellt fest, ob eine Anschlussheilbehandlung erforderlich ist	Antrag in der Regel durch den Sozialdienst des Krankenhauses		Antritt in der Regel bis 14 Tage nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanter OP. Eigenbeteiligung 10 € / Tag. Zwischen 28 und 42 Tagen/ Kalenderjahr

## Grundsätze rund um die medizinische Reha

### Wann besteht ein Reha-Bedarf?

Ziele einer medizinischen Reha sind unter anderem der Erhalt und die Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit, die Schmerzreduktion sowie der Erhalt der Arbeitsfähigkeit (Förderung der Erwerbsfähigkeit und der Teilhabe am Arbeitsleben) und die Hilfe zur Fähigkeit, den Alltag wieder selbstständig zu bewältigen.

Für die Beurteilung können daher aus ärztlicher Sicht folgende Kriterien zurate gezogen werden:

- gesundheitliche Einschränkungen sind nicht nur vorübergehend.
- Funktionseinschränkungen sind vorhanden oder zu erwarten.
- Eine ambulante Behandlung wurde im Vorfeld durchgeführt, reicht jedoch nicht aus.
- Eine Krankenhausbehandlung ist nicht erforderlich.
- Patienten müssen motiviert und in der Lage sein, an der Reha aktiv teilzunehmen.
- Positive Rehabilitationsprognose: Der behandelnde Arzt muss eine realistische Chance auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes oder der Erwerbsfähigkeit durch die Reha sehen.
- Erwerbsfähigkeit: Es muss eine Erkrankung oder Behinderung vorliegen, welche eine Rehabilitation erforderlich macht.
- Beispielsweise besteht ein Bedarf aus einer Kombination von verschiedenen Therapieformen oder Schulungen, welche nicht am Wohnort angeboten werden können.

### Zugangserleichterung zur medizinischen Reha

Der Zugang zur medizinischen Reha wurde durch gesetzliche Regelungen (beispielsweise das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – kurz: IPReG) erleichtert. Diese angepassten Regelungen sind in der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aufgenommen worden.

Die Krankenkassen sind an die gesetzlichen Vorgaben gebunden und in den Kriterien zur Leistungsentscheidung deutlich eingeschränkt.

Wird beispielsweise vom niedergelassenen Arzt oder einer Ärztin die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation festgestellt und liegen bestimmte Kriterien (unter anderem Alter, Diagnose, Funktionstest) vor, darf die Feststellung durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht in Frage gestellt werden. Das bedeutet, dass aufgrund des IPReG von einer ärztlichen Verordnung nur noch abgewichen werden darf, wenn eine gutachterliche Stellungnahme dies vorsieht.

Im Zuge des IPReG ist das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten gestärkt worden.

Patienten haben nach § 8 SGB IX das Recht, sich eine Reha-Einrichtung selbst auszusuchen. Das heißt, Patienten, die eine Reha-Maßnahme bewilligt bekommen haben, können grundsätzlich selbst entscheiden, in welche der circa 1.000 Reha-Kliniken in Deutschland sie gehen wollen. Die Wunschklinik muss im Einzelfall geeignet sein und bestimmte Voraussetzungen erfüllen, z. B. einen Versorgungsvertrag mit dem Kostenträger und eine Zertifizierung nach Qualitätsstandards. Letztlich entscheidet der Kostenträger, wobei der Umfang der Reha-Maßnahme nach medizinischer Notwendigkeit festgelegt wird.

### Hintergründe zur Antragsstellung

Der Antrag sollte klar und verständlich sein, da die Entscheidung auf Grundlage dieses Formulars getroffen wird.

Unter Umständen kann der Medizinische Dienst (MD), z. B. in Form von Stichproben, zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit herangezogen werden. Der MD ist für die medizinische Begutachtung eines Reha-Antrages zuständig und gibt eine Empfehlung ab. Hierbei prüft der MD die medizinische Notwendigkeit, die Erfolgsaussichten sowie die persönliche Eignung für die Maßnahme. Die Krankenkasse hingegen prüft, ob sie der richtige Kostenträger ist und die Voraussetzungen für eine Reha erfüllt sind. Die Krankenkasse und die Rentenversicherung treffen auf Grundlage der Empfehlung des MD und weiterer Unterlagen die finale Entscheidung über die Reha.

## Kostenträger und Antragsverfahren

### Rentenversicherung:

In den meisten Fällen ist die Deutsche Rentenversicherung (DRV) der Kostenträger für medizinische Reha-Maßnahmen. Die DRV ist insbesondere für Berufstätige zuständig. Sie unterstützt Maßnahmen zur Gesundheitserhaltung und hat unter anderem das Ziel, die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bei Krankheit und Behinderung.

Zu den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Rentenversicherung informiert die Deutsche Rentenversicherung auf ihrer Homepage.

Wer eine von der Rentenversicherung finanzierte Reha in Anspruch nehmen möchte, muss sie dort beantragen und dem Antrag einen ärztlichen Befundbericht beilegen.



→ <http://bit.ly/4qwlwgj>

Seit 2021 gibt es den trägerübergreifenden und bundesweit einheitlichen Befundbericht. Dieser spielt eine wichtige Rolle zur Beurteilung der Notwendigkeit einer Reha.

Der Befundbericht kann beispielsweise im Rahmen der Genehmigung für eine gerechte Entscheidung sorgen und gegebenenfalls bei der Beurteilung des Gesundheitszustands eine Reha begründete Diagnose präzisieren.

Der Befundbericht wird vom behandelnden Arzt ausgefüllt und kann anschließend im Rahmen der Antragstellung online hochgeladen werden.

**Hinweis:** Der ärztliche Befundbericht der Deutschen Rentenversicherung kann von allen Vertragsärzten, jedoch nicht von Vertragspsychotherapeuten, erstellt werden.

### Krankenkasse:

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) übernimmt die Kosten, wenn die Rentenversicherung nicht zuständig ist oder Pflegebedürftigkeit vermieden werden soll. Das ist beispielsweise bei Rentnern oder Personen der Fall, die keine Beiträge zur Rentenversicherung leisten.

Beispiele Zuständigkeit GKV:

- Für Menschen im Rentenalter ist häufig die GKV zuständig. Ziel der Rehabilitationsmaßnahme über die GKV ist beispielsweise die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes oder das Abwenden einer Pflegebedürftigkeit. Eine Ausnahme stellt die onkologische Reha dar. Bei dieser Maßnahme können sowohl die GKV als auch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) der Kostenträger sein.
- Auch für Langzeitarbeitslose, zum Beispiel im Zusammenhang mit Bürgergeld, übernimmt die Krankenversicherung die Kosten für eine Reha, da sie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung für eine medizinische Reha nicht erfüllen.
- Sämtliche Vorsorgemaßnahmen (z. B. ambulante Badekuren).
- Zudem ist die Krankenkasse als Kostenträger zuständig bei Maßnahmen für Mütter und Väter in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder in gleichartigen Einrichtungen.

Der Antrag auf Rehabilitation kann grundsätzlich bei jedem Sozialleistungsträger gestellt werden. Die Weiterleitung an den zuständigen Kostenträger erfolgt dann intern.

Sowohl das Verfahren der Antragsstellung als auch Verordnungen von Leistungen der medizinischen Rehabilitation weichen zwischen der gesetzlichen Rentenversicherung und der Krankenkassen ab.

## **Wichtiges zur Verordnung in Kürze**

Grundsätzlich dürfen alle Vertragsärzte und Vertragsärztinnen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, außer Vertragspsychotherapeuten, Rehabilitationsleistungen, auf Muster 61 verordnen.

Eine psychosomatische Reha oder eine Reha für psychisch kranke Menschen kann auch von Vertragspsychotherapeuten verordnet werden. Dies gilt jedoch nur dann, wenn die Krankenkasse und nicht die Deutsche Rentenversicherung (DRV) der Kostenträger dieser Leistung ist, da Vertragspsychotherapeuten diesen Befundbericht nicht ausfüllen dürfen.

**Im Rahmen der Verordnungen sind die Grundsätze der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu beachten.**

### **Muster 61 Teil A:**

**Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers.**

Teil A wird ausgefüllt, wenn der zuständige Kostenträger unklar ist, oder eine Beratung durch diesen gewünscht wird. Teil B bis E des Musters ist dann nicht auszustellen.

### **Muster 61 Teil B - D:**

**Verordnung von medizinischer Rehabilitation**

Teil B bis C ist die Verordnung, in der vom Arzt unter anderem Angaben zur Diagnose, Rehabilitationsbedürftigkeit, Lebensumstände, Reha-Ziele sowie -Prognosen anzugeben sind.

### **Muster 61 Teil E:**

Bei Teil E handelt es sich um eine Einwilligungserklärung des Patienten, auf dem entsprechende persönliche Angaben anzugeben sind.

## **Verordnung nach einer stationären Reha**

### **Fallbeispiel:**

#### **Frage:**

Ein Patient wird voraussichtlich in sieben Tagen aus der stationären Reha entlassen.

Wegen einer im Anschluss notwendigen Heilmittelverordnung wird der niedergelassene Orthopäde konsultiert. Wer verordnet dem Patienten die notwendige Krankengymnastik während der stationären Reha-Maßnahme?

#### **Antwort:**

Während eines stationären Aufenthaltes können niedergelassene Ärzte keine Verordnungen ausstellen. Voraussetzung für das Ausstellen von Heilmittelverordnungen ist laut Heilmittel-Richtlinie des G-BA, dass sich Vertragsärzte - vor jeder Verordnung - vom Zustand ihres Patienten überzeugen müssen. Dies kann während eines stationären Aufenthaltes von den niedergelassenen Ärzten nicht gewährleistet werden. Nach stationärem Aufenthalt ist die Reha-Einrichtung verpflichtet, laut den gültigen G-BA-Richtlinien, ein Entlassmanagement zu organisieren.

In diesem Fall darf der Reha-Arzt für längstens sieben Tage die nötigen Heilmittel verordnen.

Der geltende Rahmenvertrag „Entlassmanagement-Reha“ gilt ausschließlich für Rehabilitanden der gesetzlichen Krankenversicherung und nur für den Bereich der stationären Reha.

Rehabilitanden der DRV und der ambulanten Einrichtungen bleiben von dieser Regelung unberührt.

## Antragssituation der AOK Baden-Württemberg und Hintergründe zu den Versorgungsengpässen

Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf medizinische Reha-Leistungen, wenn damit unter anderem eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abgewendet, beseitigt, gemindert oder ausgeglichen werden kann und eine medizinische Notwendigkeit besteht. Dieser gesetzliche Anspruch steht jedoch häufig im Widerspruch zur Versorgungsproblematik, welche durch stark angestiegene Rehabilitationsmaßnahmen deutlich wird.

Durch den allgemein vorherrschenden Fachkräftemangel sind auch die Reha-Einrichtungen betroffen. Das Angebot an Reha-Plätzen kann nicht parallel zur Nachfrage gesteigert werden. Die zeitnahe Aufnahme als auch der Beginn einer stationären medizinischen Rehabilitation sind aktuell nur in Ausnahmefällen möglich.

Die AOK Baden-Württemberg berichtet, dass die Wartezeiten je nach Indikation erheblich variieren: Orthopädische Patienten warten durchschnittlich drei Monate, in der geriatrischen Rehabilitation sind es vier Monate, während psychosomatische Patienten bis zu einem Jahr auf einen Platz warten müssen, bis die Aufnahme in den Reha-Einrichtungen erfolgen kann.

Bei der AOK Baden-Württemberg hat die Anzahl der Anträge auf eine medizinische Reha in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen:

- Im Jahr 2024 sind die Anträge bei der AOK Baden-Württemberg, im Vergleich zu 2022, um 53 % angestiegen. Diese Steigerung wurde vor allem mit dem „Corona-Nachholeffekt“ begründet, da in den Jahren 2020 und 2021 viele Reha-Maßnahmen nicht durchgeführt und auf die Folgejahre (ab 2022) verschoben wurden.
- Im Vergleich zum Jahr 2023 gab es eine nochmalige Antragssteigerung von 26 %.
- Den Höchststand der Antragszahlen, im Bereich der medizinischen Reha, bildet für die AOK Baden-Württemberg das Jahr 2024 ab. Im aktuellen Jahr sind die Antragszahlen leicht rückläufig.

- Im Hinblick auf die einzelnen Indikationsbereiche der AOK Baden-Württemberg konnte von 2022 auf 2024 in der geriatrischen Reha eine Steigerung von 95,2 % verzeichnet werden.
- Auch im Bereich der Orthopädie (+ 60,5 %), Krankheiten der Atmungsorgane (+ 71,7 %) und Psychosomatik (+ 30,7 %) gibt es deutliche Entwicklungen von 2022 auf 2024.

## Lösungsansätze

Um die angespannte Situation zu entlasten, sollten Patientinnen und Patienten alternative Angebote in Anspruch nehmen, von denen sie profitieren können.

Patienten, welche beispielsweise eine Reha-Maßnahme aufgrund ihres Erkrankungsbildes beantragen möchten, jedoch bislang keine Maßnahmen am Wohnort in Anspruch genommen haben, sollten auf das „Stufen-Prinzip“ hingewiesen werden. Das Prinzip einer gestuften Versorgung „ambulant vor stationär“ gilt jedoch nicht, wenn die Reha-bedürftige Person einen Angehörigen pflegt, auch in diesem Fall kann eine stationäre Reha gewählt werden. Auf Wunsch kann geprüft werden, ob eine Mitaufnahme eines pflegebedürftigen Angehörigen in derselben Einrichtung möglich ist. Die Entscheidung darüber obliegt dem jeweiligen Kostenträger. Die verordnenden Ärzte müssen in der Regel die Grundsätze „Reha vor Rente“, „Reha vor Pflege“, „ambulant vor stationär“ und den damit einhergehenden gesetzlichen Regelungen des SGB V und SGB IX beachten.

Grundsätzlich sollen Patienten zunächst wohnortnahe Behandlungen und Versorgungen mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln erhalten.

Reichen diese Leistungen nicht aus, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen z. B. erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (sogenannte „ambulante Badekur“) erbringen.

**Um die Versorgungssituation zu verbessern, soll der Grundsatz „ambulant vor stationär“ konsequent verfolgt werden. Erst wenn alle ambulanten Maßnahmen ausgeschöpft sind, ist grundsätzlich die Beantragung einer Reha möglich.**

Für manche Patienten besteht ein Angebot einer ambulanten statt stationären Reha-Maßnahme. Die Statistik der DRV aus dem Jahr 2024 zeigt, dass ein Großteil der medizinischen Rehas (im orthopädischen Bereich) stationär stattfinden.

Der Anteil der ambulanten Leistungen liegt im Jahr 2024 mit rund 156.000 Fällen bei 16 %. Der Gesetzgeber hat zunächst die ambulante Durchführung von Reha-Leistungen vorgesehen. Voraussetzung ist, dass die jeweilige Indikation für eine ambulante Reha passend ist, Patienten in der Nähe ihres Wohnortes ein entsprechendes Angebot wahrnehmen können, die Einrichtung in einer zumutbaren Zeit zu erreichen ist und die Versorgung des Patienten zuhause sichergestellt ist. Bei einer ambulanten Reha suchen Patienten tagsüber die Reha-Einrichtung auf, sind abends zuhause und übernachten im gewohnten häuslichen Umfeld.

Eine besondere Form ist die mobile Reha: Sie findet im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Patienten statt, weil nur dort die Reha-Fähigkeit und eine positive Reha-Prognose festgestellt werden können. Dies kann die Wohnung des Patienten oder das Pflegeheim sein.

Durch den Fokus auf die ambulante Versorgung können Wartezeiten auf stationäre Behandlungen verkürzt werden. Das Ziel ist es, Patientinnen und Patienten so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung zu versorgen, um stationäre Aufenthalte zu vermeiden.

**Erst wenn eine ambulante Reha nicht ausreicht, kann eine stationäre Maßnahme in Betracht kommen.**

**Grundsätzlich stehen ambulante und stationäre Rehabilitation dabei gleichberechtigt nebeneinander, ohne Unterschiede in Zielsetzung und Therapieprogramm.**

Leistungen zu stationären Reha-Maßnahmen werden in der Regel vom gesetzlich versicherten Patienten selbst beantragt. Bei medizinischer Notwendigkeit sollten niedergelassene Ärzte die Patienten unterstützen. Voraussetzung für die ärztliche Unterstützung bei der Antragsstellung ist, dass der Patient die Maßnahme zum aktuellen Zeitpunkt wirklich benötigt.

Dabei ist es wichtig, dass Antragsformulare vollständig ausgefüllt sind. Zudem können vorliegende Befunde oder beispielsweise Therapieberichte des Patienten ggf. die Notwendigkeit unterstreichen.

Grundsätzlich besteht bei medizinischer Notwendigkeit alle vier Jahre ein erneuter Anspruch auf Reha. Das Anspruchsdenken von Patienten allein rechtfertigt, nach Ablauf von vier Jahren, jedoch nicht automatisch das erneute Beantragen einer medizinischen Reha.

(Nur in bestimmten medizinischen Notfällen, die durch das Krankheitsbild bedingt sind, kann ein früheres Beantragen innerhalb von zwei Jahren oder weniger, möglich sein).

Eine baldige Aufnahme in einer geeigneten Rehaklinik sollte, zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und im Eigeninteresse des Patienten im Vordergrund stehen.

In manchen Fällen kann es daher auch ratsam sein, eine andere Klinik auszuwählen und von der Wunschklinik abzuweichen, um schneller einen freien Reha-Platz in einer anderen geeigneten Einrichtung zu erhalten.

Patienten können sich beim jeweiligen Kostenträger beraten lassen, in welcher anderen Einrichtung ggf. eine frühere Aufnahme möglich ist.

In Absprache mit dem behandelnden Arzt oder Ärztin besteht eventuell die Möglichkeit einer entsprechenden Rehasport-Gruppe beizutreten. (Zu Verordnungen von Rehasport und Funktionstraining informieren wir ausführlich im Verordnungsforum 69).

Nicht nur Patienten, auch verschiedene Akteure (Arzt, Kostenträger, Reha-Einrichtung) haben in der Vergangenheit darauf aufmerksam gemacht, dass beispielsweise man gelnde Kommunikation und zusätzlicher „Bürokratismus“ ein Schnittstellenproblem darstellen. Erfahrungen zeigen, dass es Unstimmigkeiten zwischen dem Reha-Entlassungsbericht und den Therapieempfehlungen gibt. Bei einer Therapieumstellung sollten alle Beteiligten informiert werden.

Zur Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation, zur Reduzierung von Schnittstellenproblematiken und Bürokratie sind unterschiedliche Maßnahmen denkbar, um im Idealfall eine Optimierung zu erzielen:

- Hausärztliche Qualitätszirkel mit Personen aus den Reha-Bereichen
- Nutzen von Fortbildungsangeboten (z. B. KBV, DRV) zur medizinischen Reha mit beispielsweise Praxishilfen, Schulungsmaterialien, Rahmenkonzepten und Leitfäden für die medizinische Reha.
- Die Möglichkeit der Teilnahme an Reha internen Veranstaltungen durch Hausärzte oder zertifizierten Online-Fortbildungen, welche die KBV interessierten Ärzten und Psychotherapeuten anbietet.

## Fazit

- Ambulant vor stationär: Erst wenn alle ambulanten Optionen in der gewohnten Umgebung ausgeschöpft sind, soll die medizinische Reha-Maßnahme beantragt werden.
- Eine ambulante Reha soll, wenn möglich, einer stationären Reha vorgezogen werden, um Wartezeiten auf stationäre Behandlungen zu verkürzen.
- Vertragsärzte sollten Patienten mit dringlichem Bedarf bei der Antragsstellung unterstützen.
- Nur in Ausnahmefällen ist nach Ablauf der gesetzlichen Frist ein erneuter Antrag zu stellen.

## Literatur

- [1] G-BA-Richtlinie über Leistungen zur medizinischen: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3568/Reha-RL\\_2024-06-20\\_iK-2024-09-20.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3568/Reha-RL_2024-06-20_iK-2024-09-20.pdf) (Zugriff am 01.09.2025)
- [2] Vordruckvereinbarung der KBV: [https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-02-vordruckvereinbarung/02\\_Erlaeuterungen.pdf](https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-02-vordruckvereinbarung/02_Erlaeuterungen.pdf) (Zugriff am 02.09.2025)
- [3] aktualisierte KBV-Broschüre „Praxiswissen medizinische Rehabilitation: <https://www.kbv.de/documents/infothek/publikationen/praxiswissen/praxiswissen-medizinische-rehabilitation.pdf> (Zugriff am 02.09.2025).
- [4] KBV-Fortbildungsangebote: <https://www.kbv.de/praxis/verordnungen/rehabilitation> (Zugriff am 16.09.2025)
- [5] KBV-Fortbildungsportal <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/fortbildungspotal> (Zugriff am 01.09.2025)
- [6] G-BA-HeilM-RL, §16a, Abs. 6: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3865/HeilM-RL\\_2025-05-15\\_iK-2025-08-05.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3865/HeilM-RL_2025-05-15_iK-2025-08-05.pdf) (Zugriff am 02.09.2025).
- [7] GKV-Spitzenverband: Fragen und Antworten zur medizinischen Rehabilitation: [https://www.gkv-spitzenverband.de/service/medizinische\\_rehabilitation/reha\\_infos\\_1.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/service/medizinische_rehabilitation/reha_infos_1.jsp) (Zugriff am 16.09.2025)
- [8] Deutsche Rentenversicherung (Antragsstellung): [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Antragstellung/reha-antragstellung\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Antragstellung/reha-antragstellung_node.html) (Zugriff am 01.09.2025)
- [9] DRV-Rehabericht 2024: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht\\_2024.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2024.html) (Zugriff am 26.09.2025)

# Sprechstundenbedarf

## Änderungen und Ergänzung der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung – gültig ab dem 4. Quartal 2025

Die nachfolgenden Tabellen zeigen die Änderungen und Ergänzungen der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, die ab dem 4. Quartal 2025 in Kraft treten.

### Verbandstoffe

Verbandstoffe	Spezifikation	Anmerkung	Änderung
Halskrawatten		Nur Meterware	Wurde aus der Anlage 1 entfernt, da keine Meterware mehr im Handel ist.

### Medizinisch-technische Mittel zur Diagnostik und Therapie

Medizinisch-technisches Mittel	Spezifikation	Anmerkung	Änderung
Patientenschläuche	Im Zusammenhang mit der Verwendung von Infusionspumpen, auch Perfusorleitungen	Keine Verlängerungsschläuche Nicht im Zusammenhang mit Arthroskopien	Neue Spezifikation und erweiterte Anmerkung: Nicht im Zusammenhang mit Arthroskopien

## Wirkstoffliste

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform	Rezeptur	Anmerkung	Änderung
Antibiotika	Cefuroxim-/axetil	Parenteral Oral		Intrakameral nur in besonderen Fällen! Siehe auch Ophthalmika	Ergänzung der Anmerkung. Neu: Siehe auch Ophthalmika
Ophthalmika	Cefuroxim-/axetil	Parenteral		Intrakameral nur in besonderen Fällen!	Zusätzliche Auflistung des Wirkstoffs unter Ophthalmika. Gleichbleibende Anmerkung.
Antidota und Cholinergika	Pyridostigmin	Parenteral			Wirkstoff wurde aus der Anlage 1 entfernt, da kein Fertigarzneimittel mehr vorhanden
Desinfektionsmittel	Chlorhexidin ab 0,1%	Oral		Nur für mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen	Wirkstoffkonzentration ab 0,1% wurde ergänzt. Änderung der Darreichungsform von „extern“ auf „oral“
Gynäkologika	Antiseptische Gynäkologika	Vaginal		Insgesamt 3 OP pro Arzt und Quartal	Neuaufnahme der Wirkstoffgruppe und neue Anmerkung
Gynäkologika	Hexetidin	Vaginal		Siehe Antiseptische Gynäkologika	Neue Anmerkung
Gynäkologika	PVP Iod (Povidon-Iod)	Vaginal		Siehe Antiseptische Gynäkologika	Neue Anmerkung
Rhinologika	Naphazolin	Nasentropfen/-salbe/ Extern	X	Nur für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bzw. Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen Siehe auch Urologika	Kreuz (X) in der Spalte Rezeptur wurde entfernt und die Anmerkung angepasst. Neue Wirkstoffkombination „Naphazolin + Lokalanästhetika.“
Rhinologika	Naphazolin + Lokalanästhetika	Nasentropfen/-salbe/ Extern	X	Zur Anwendung bei der Rhinoskopie/Nasenendoskopie; nur als Rezeptur erhältlich. Siehe auch Urologika	Neuaufnahme dieser Wirkstoffkombination
Rhinologika	Xylometazolin	Nasentropfen/-salbe/ Extern	X	Nur für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bzw. Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen	Kreuz (X) in der Spalte Rezeptur wurde entfernt und die Anmerkung angepasst. Neue Wirkstoffkombination „Xylometazolin + Lokalanästhetika“
Rhinologika	Xylometazolin + Lokalanästhetika	Nasentropfen/-salbe/ Extern	X	Zur Anwendung bei der Rhinoskopie/Nasenendoskopie; nur als Rezeptur erhältlich. Siehe auch Urologika	Neuaufnahme dieser Wirkstoffkombination

## Anpassungen im Zusammenhang mit der Änderung der SpBV § 4 Abs. 1 Rezepturen ab dem 4. Quartal 2025

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform	Rezeptur	Anmerkung	Änderung
Rezepturen			X	<p>Siehe § 4 Abs.1 SpBV: Rezepturen können nur dann über den Sprechstundenbedarf bezogen werden, wenn der jeweilige Wirkstoff in Anlage 1 dieser Vereinbarung in der Spalte „Rezeptur“ entsprechend gekennzeichnet ist.</p> <p>Im Falle eines Lieferungspasses bei einem Fertigarzneimittel können Rezepturen nur nach vorheriger Freigabe durch die Vertragspartner für einen befristeten Zeitraum über den Sprechstundenbedarf bezogen werden. Die KVBW informiert in diesen Fällen zeitnah auf ihrer Homepage über die entsprechende Ausnahmeregelung.</p>	<p>Neue Anmerkung nach § 4 Abs. 1 der SpBV zur Verordnung von Rezepturen.</p>
Dermatika	Betamethason (+ Antiseptika)	Extern			Der Zusatz Antiseptika wurde entfernt, da es keine Fertigarzneimittel (FAM) gibt und keine Rezepturen verordnet werden können.
Dermatika	Clobetasol (+ Antiseptika)	Extern			Der Zusatz Antiseptika wurde entfernt, da es keine FAM gibt und keine Rezepturen verordnet werden können.
Dermatika	Hydrocortison (+ Antiseptika)	Extern		Rezepturen: Siehe § 4 Abs. 1 SpBV	Der Zusatz Antiseptika wurde entfernt, da es keine FAM gibt und keine Rezepturen verordnet werden können. Anmerkung gestrichen
Dermatika	Prednicarbat (+ Antiseptika)	Extern			Der Zusatz Antiseptika wurde entfernt, da es keine FAM gibt und keine Rezepturen verordnet werden können
Hämorrhoidenmittel	Polidocanol	Parenteral		submuköse Anwendung; siehe auch Venenmittel, als Rezeptur wirtschaftlicher	Die Anmerkung „als Rezeptur wirtschaftlicher“ wurde entfernt

## Anpassungen im Zusammenhang mit der Änderung der SpBV § 4 Abs. 1 Rezepturen ab dem 4. Quartal 2025

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform	Rezeptur	Anmerkung	Änderung
Lokalanästhetika	Lidocain + Ropivacain	Parenteral	X	nur zur Tumeszenz-Lokalanästhesie; nur dann, wenn andere Lokalanästhetika keinen gewünschten Zusatznutzen, wie die langanhaltende Analgesie erbringen; nur als Rezeptur erhältlich	Die Wirkstoffkombination wurde aus der Anlage 1 entfernt. Kreuz (X) in der Spalte Rezeptur wurde entfernt
Ophthalmika	Natamycin	Augentropfen,-salbe	X		Der Wirkstoff wurde aus der Anlage 1 entfernt, da kein FAM und Rezeptursubstanz mehr vorhanden. Kreuz (X) in der Spalte Rezeptur wurde entfernt
Otologika	Ciprofloxacin	Ohrentropfen,-salbe		auch als Rezeptur; s. auch Antibiotika/Ophthalmika	Anmerkung gestrichen FAM vorhanden
Otologika	Polymyxin + Bacitracin + Hydrocortison	Ohrentropfen,-salbe Extern	X	Zur Behandlung der Otitis externa, z. B. Infectospectran HC®: max. 3x25g pro Arzt und Quartal. Für HNO Ärzte: Keine Mengenbegrenzung	Kreuz (X) in der Spalte Rezeptur wurde entfernt, FAM vorhanden.
Spülösungen	Polihexanidlösung	Extern	X	Nur Arzneimittel (z. B. Serasept); auch als Rezeptur Siehe auch Dermatika und Ophthalmika	Anmerkung „auch als Rezeptur, Siehe auch Dermatika und Ophthalmika“ wurde entfernt.

# Desinfektionsmittel richtig verordnen

In der aktuellen Liste der zulässigen Mittel im Sprechstundenbedarf (Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung) ist die Verordnungsfähigkeit von Desinfektionsmittel geregelt. Der Text ist in Abstimmung mit den gesetzlichen Krankenkassen entstanden.

Unter der Indikationsgruppe „Desinfektionsmittel“ finden Sie die verordnungsfähigen Wirkstoffe gelistet. Bei den aufgeführten Einzelwirkstoffen sind **ausschließlich die angegebenen Konzentrationen** unter Beachtung der jeweiligen Anmerkungen im SSB zulässig.

## **Wichtig:**

Ausschließlich Lösungen mit Anwendungsgebiet **Haut-, Schleimhaut- und Wunddesinfektion zur Anwendung am Patienten** können über den Sprechstundenbedarf verordnet werden.

Was **nicht** zum Sprechstundenbedarf gehört:

- Mittel zur Händedesinfektion des Patienten, des Arztes oder des Praxispersonals
- Verwendung zur Instrumenten- und Flächendesinfektion in der Praxis

## **Hier die häufigsten Verordnungsfehler am Beispiel von Isopropanol 70%:**

### **1. Isopropanol 70% wird als Rezeptur verordnet.**

Die Verordnung **als Rezeptur** ist nicht vorgesehen, da die Rezeptur unwirtschaftlich ist. Es stehen ausreichend verordnungsfähige Fertigprodukte mit Pharmazentralnummer zur Verfügung, die **wesentlich günstiger als Rezepturen sind**. Darüber hinaus ist die Verordnungen von Isopropanol 70% als Rezeptur nach Anlage 1 der SpBV nicht zulässig. Rezepturverordnungen werden daher von den Krankenkassen beanstandet.

### **2. Isopropanol 70% (als Fertigarzneimittel) wird zu großen Mengen verordnet**

Die verordnete Menge muss immer im Verhältnis zu den Behandlungsfällen im Quartal stehen, denn Isopropanol 70% darf, wie alle Desinfektionsmittel im SSB, ausschließlich für die **Haut-, Schleimhaut- und Wunddesinfektion am Patienten verwendet werden**. Die Händedesinfektion des Patienten und des Praxispersonals als allgemeine Hygiemaßnahme zählt hier nicht dazu, ebenso wie die Verwendung zur Instrumenten- und Flächendesinfektion in der Praxis. Die Verordnung von Isopropanol 70% in großen Mengen kann zu einer Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Krankenkassen führen.

### **3. Verordnung von Isopropanol 70% in unwirtschaftlichen Kleinstmengen**

Es werden oft mehrere Kleinstmengen (z. B. 50 ml, 100 ml) verordnet, die preislich unwirtschaftlich sind.

### **4. Isopropanol wird als Isopropanol 90% oder 100% verordnet**

Diese **Konzentrationen** werden von den Krankenkassen beanstandet, da sie in der Anlage 1 der SpBV nicht als verordnungsfähig gelistet sind.

### **5. Verordnung von Isopropanol 70% Biozid**

Als Isopropanol 70% **Biozid** deklarierte Produkte werden ebenfalls beanstandet, da diese nur für die Instrumenten- und Flächendesinfektion oder zur Händedesinfektion zugelassen sind.

Diese Verordnungsfehler treten auch bei anderen Desinfektionsmitteln, wie z. B. bei Wasserstoffperoxid 3%, auf.

## Fazit

Die Kostenträger werden Verordnungen von Desinfektionsmittel beanstanden,

1. wenn Rezepturen verordnet werden (Rezepturen sind teurer als Fertigprodukte und somit unwirtschaftlich),
2. wenn diese Mittel für unzulässige Anwendungsbereiche verwendet werden (Hände-, Flächen und Instrumentendesinfektion),
3. wenn falsche Konzentrationen verordnet werden,
4. wenn Facharztgruppeneinschränkungen nicht beachtet werden,  
(siehe „Anmerkungen“ in der Liste der zulässigen Mittel im SSB zu den Desinfektionsmitteln),
5. wenn die verordneten Mengen nicht im Verhältnis zu den Behandlungsfällen stehen.



# Neue Regelungen zur Verordnung von Rezepturen

Zum 1. Oktober 2025 wurde die Sprechstundenbedarfsvereinbarung (SpBV) in Bezug auf die Rezepturen angepasst. Dies war erforderlich, weil bei Rezepturen, aufgrund vertraglicher Änderungen, in vielen Fällen eine signifikante Preissteigerung zu verzeichnen war. Der Text ist in Abstimmung mit den Krankenkassen entstanden.

Hintergrund der Änderungen: Infolge der Kündigung der Anlagen 1 und 2 der Hilfstaxe sind die Kosten für Rezepturen seit Anfang 2024 stark angestiegen. In vielen Fällen verursacht eine Verordnung von Rezepturen daher höhere Kosten als die Verordnung von vergleichbaren Fertigarzneimitteln und ist somit nicht mehr wirtschaftlich.

Gemäß § 4 der neuen SpBV sind Rezepturen künftig unter folgenden Bedingungen im SSB verordnungsfähig:

„Rezepturen können nur dann über den Sprechstundenbedarf bezogen werden, wenn der jeweilige Wirkstoff in Anlage 1 dieser Vereinbarung in der Spalte „Rezeptur“ entsprechend gekennzeichnet ist.“

Die Kennzeichnung als Kreuz (x) in der Spalte „Rezeptur“ zeigt also, welche Wirkstoffe in welcher Darreichungsform als Rezeptur verordnet werden dürfen. Alle anderen Wirkstoffe, die kein Kreuz (x) in der Spalte „Rezeptur“ haben, dürfen daher nicht als Rezeptur verordnet werden.

Beispiel: Auszug aus der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung Indikationsgruppe Dermatika Eisen(III) chlorid zur externen Anwendung:

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform							Rezeptur	Anmerkung	Anmerkung
		Parenteral	Oral	Augentropf./-slib. Nasentropf./-slib. Orento-/slib.	Rektal	Vaginal	Inhalativ	Extern			
	Betamethason + Gentamycin						X		Intrakameral nur in besonderen Fällen! Siehe auch Ophthalmika	Nur HNO-Ärzte, max. 1×50g/Arzt und Quartal	
	Cobetasol (+ Antispektika)						X		Intrakameral nur in besonderen Fällen!	Nur Urologen und Kinderärzte	
	Dexpanthenol						X			Lösungen zur Blutstillung; nur als Rezeptur erhältlich	
→	Eisen(III)chlorid						X	(X)	Nur für mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen	Wirkstoffkonzentration ab 0,1% wurde ergänzt. Änderung der Darreichungsform von „extern“ auf „oral“	

Worauf muss bei einer Verordnung von Rezepturen geachtet werden, wenn diese mit dem Kreuz (x) in der Spalte „Rezeptur“ gelistet sind?

## 1. Die Verordnungsweise in Hinblick auf die Qualität

Der Deutsche Arzneimittel Codex/Neues Rezeptur-Formularium (**DAC/NRF**) ist das Standardwerk in der Pharmazie für die Qualitätssicherung. Jede dort aufgeführte Rezeptur ist hinsichtlich der Plausibilität, der Zusammensetzung, der Stabilität und der enthaltenden Wirkstoff- und Hilfsmittelkonzentrationen geprüft, ebenso die Methoden zum Erreichen der erforderlichen mikrobiellen Qualität. Somit sind bevorzugt diese standardisierten Rezepturen zu verordnen. Ärzte haben mit einem DocCheck-Passwort kostenlosen Zugriff auf die Zusammensetzungen der NRF-Rezepturen.

## 2. Die Verordnungsweise in Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit

Auch für die Rezepturverordnung gilt: Die rezeptierte **Menge** muss im angemessenen Verhältnis zur Zahl der Behandlungsfälle stehen und dem Quartalsbedarf entsprechen.

Wird eine in der Anlage 1 zugelassene Rezeptur mehrfach im Quartal benötigt, sind die einzelnen Mengen insgesamt auf **einem** Verordnungsblatt (Rezept) zu verordnen, sofern die Haltbarkeit der Rezeptur dem nicht entgegensteht. Zum Beispiel: Wenn 5 Flaschen von Eisen-III-chlorid Lösung 30 ml im Quartal benötigt werden, wären diese wie folgt zu verordnen: 5 x 30 ml Eisen-III-chlorid Lösung.

## 3. Die Verordnungsweise in Hinblick auf Wirkstoffkombinationen

Nur die explizit aufgeführten Wirkstoffkombinationen in der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung sind auch als Kombination verordnungsfähig. **Wirkstoffe, die nicht zusammen in einer Spalte aufgeführt sind**, dürfen somit auch nicht kombiniert werden. Die Wirkstoffe und deren mögliche Kombinationen sind mit einem „+“ gekennzeichnet.

Ist eine Konzentrationsangabe (z. B. 10%) genannt, ist diese ebenfalls verbindlich.

Beispiel: Auszug aus der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung Indikationsgruppe Lokalanästhetika - Wirkstoffkombination Lidocain + Tetracain:

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform							Rezeptur	Anmerkung
		Parenteral	Oral	Augentrop./-slb. Nasentrop./-slb. Ohrentrop./-slb.	Rektal	Vaginal	Inhalativ	Extern		
→	Lidocain 10 % + Tetracain 7 %						X	☒		Nur als Rezeptur erhältlich

Abweichende Wirkstoffkombinationen und Konzentrationen sind nicht zulässig und werden von den Krankenkassen beanstandet.

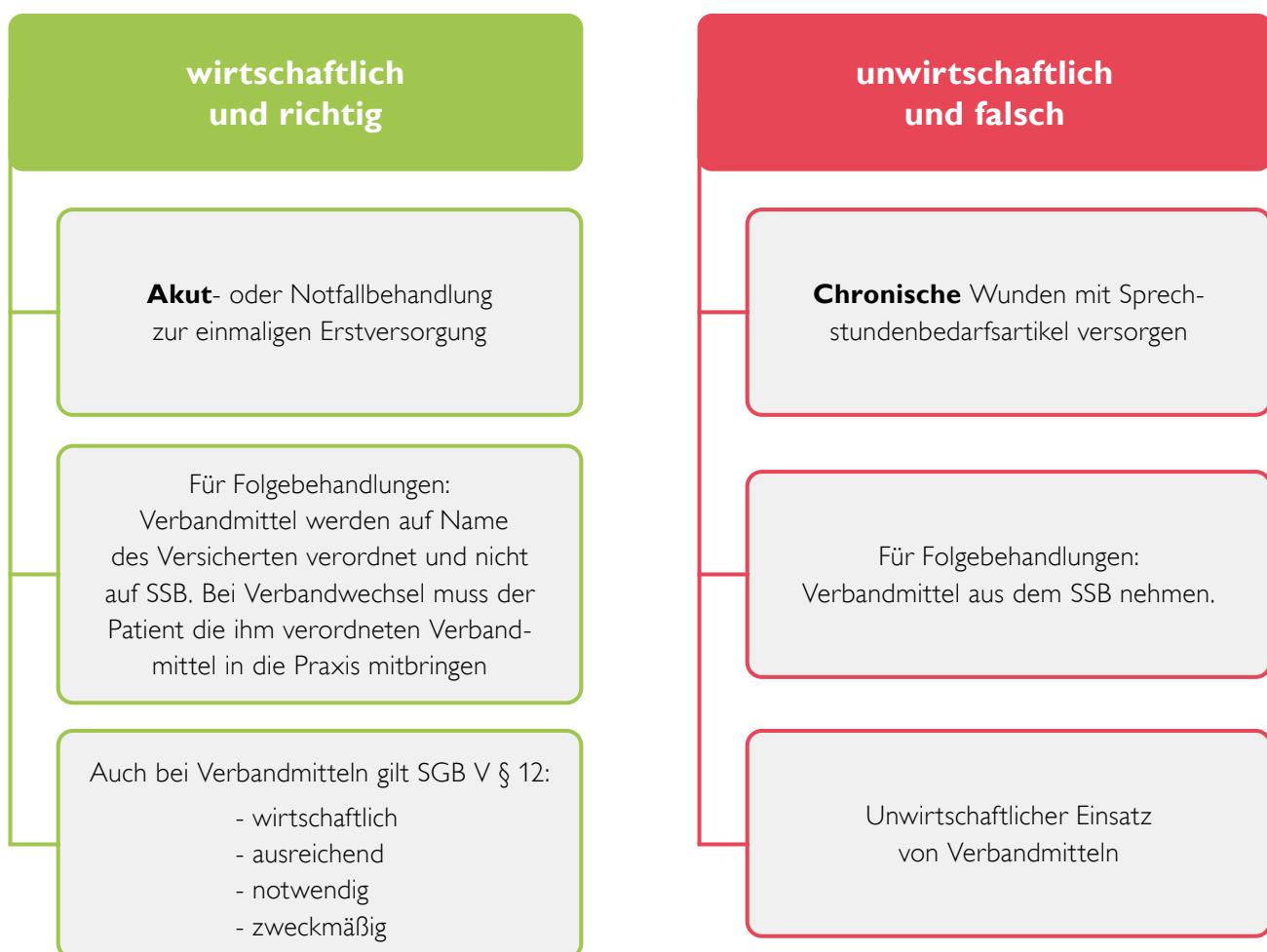
## Fazit

- Die Preise für Rezepturen sind in den letzten Jahren stark angestiegen.
- Rezepturen dürfen deshalb im Sprechstundenbedarf **nur** noch verordnet werden, wenn der Wirkstoff bzw. die Wirkstoffkombination ausdrücklich mit einem **Kreuz (x)** in **der Spalte Rezeptur gekennzeichnet** ist.
- Die **angegebenen Konzentrationen** und Anmerkungen in der Anlage 1 der SpBV sind zu beachten.



# Verbandmittel – wirtschaftlicher Einsatz im Sprechstundenbedarf (SSB)

Die gesetzliche Krankenversicherung stellt aktuell vermehrt Prüfanträge bezüglich überhöhter Mengen von Verbandmitteln im Sprechstundenbedarf (SSB).



## Bitte beachten Sie weiterhin:

- Der Sprechstundenbedarf muss im angemessenen Verhältnis zur Zahl der Behandlungsfälle im Quartal stehen.
- Es sind Packungsgrößen zu verordnen, die dem Quartalsbedarf entsprechen, **keine** Vorratshaltung.
- Keine Mittel aus dem Sprechstundenbedarf zur Mitgabe an den Patienten.
- Grundsätzlich bei nicht apothekepflichtigen Mitteln soll die wirtschaftlichste **Bezugsmöglichkeit** (z. B. Medizinfachhändler) wahrgenommen werden.

- Hydrokolloidverbände (zur feuchten Wundbehandlung) auf Basis von Cellulose-Derivaten, Gelatine, Calciummalginaten und/oder Pektinen sind in der akuten Wundversorgung **nur** in Ausnahmefällen zu verwenden. Sie dürfen bei chronischen Wunden **ausschließlich** zu Testzwecken verwendet werden. Eine Verordnung zu Testzwecken ist als eine **einmalige** Verordnung zu verstehen, für die Feststellung, ob eine Verordnung für die Behandlung überhaupt erfolgsversprechend ist. Die Folgeverordnung ist auf Namen des Patienten auszustellen.

# Neues auf www.kvbaewue.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.kvbaewue.de](http://www.kvbaewue.de) » Praxis » Aktuelles).

## Schnellinformation von 29. Juli 2025

### Prüfankündigung zur Verordnung von Cannabisblüten

Die AOK Baden-Württemberg kündigt aktuell an, Verordnungen von Cannabis in Form getrockneter Blüten ab dem Verordnungsquartal 4/2025 zu überprüfen.

→ Nähre Informationen:



<http://bit.ly/3WrKijT>

## Schnellinformation vom 1. September 2025

### Prüfankündigung zur RSV-Prophylaxe nach dem vollendeten 2. Lebensjahr

Die AOK Baden-Württemberg kündigt aktuell an, ab dem Verordnungsquartal 4/2025 diejenigen Praxen zu überprüfen, die entgegen der Zulassung von Beyfortus® bzw. Synagis® eine passive Immunisierung **nach** dem vollendeten 2. Lebensjahr durchgeführt haben.

→ Nähre Informationen:



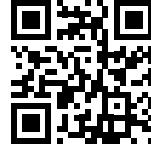
<http://bit.ly/47qGeW7>

## Schnellinformation vom 18. September 2025

### Prüfankündigung zur Verordnung von Arzneimitteln bei Bagatellerkrankungen

Die AOK Baden-Württemberg kündigt aktuell an, dass sie bei Versicherten über 18 Jahren Arzneimittel prüft, welche nach § 34 Absatz 1 Satz 6 SGB V nur unter bestimmten Voraussetzungen zulasten der Krankenkasse verordnungsfähig sind. Darunter fallen Arzneimittel gegen Erkältungskrankheiten und grippale Infekte, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel und Arzneimittel gegen Reisekrankheit. Die Prüfung erfolgt ab dem Verordnungsquartal 4/2025.

→ Nähre Informationen:



<http://bit.ly/4oKQDDk>

## 03. Juli 2025

### Außerklinische Intensivpflege (AKI): Potenzialerhebung für Neupatienten seit 1. Juli 2025 verpflichtend

Seit dem 1. Juli 2025 müssen Sie für neue Patientinnen und Patienten vor jeder AKI-Verordnung, gemäß den Regelungen der AKI-Richtlinie, eine Potenzialerhebung durchführen und dokumentieren. Diese Vorgabe gilt für alle beatmeten und trachealkanülierten Personen, die ab diesem Zeitpunkt erstmals außerklinisch versorgt werden.

Demnach müssen Sie

- das Potenzial
  - zur Reduzierung der Beatmungszeit oder
  - zur vollständigen Entwöhnung der Beatmung (Weaning) bzw. zur Dekanülierung
- sowie Möglichkeiten, eine Therapie zu optimieren
- und die notwendigen Maßnahmen, erheben und dokumentieren.

Die Erhebung muss mindestens alle sechs Monate durchgeführt werden. Sie darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein.

Wird bei der Erhebung festgestellt, dass langfristig kein Potenzial auf Entwöhnung oder Dekanülierung besteht, muss eine weitere Erhebung erst nach zwölf Monaten erfolgen. Diese darf dann vor Verordnung der AKI nicht älter als sechs Monate sein.

**Weiterhin gilt:** Haben Sie bei einer Patientin oder einem Patienten über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren zweimal in Folge festgestellt und dokumentiert, dass keine Aussicht auf eine Verbesserung besteht, dürfen Sie weitere Verordnungen auch ohne erneute Potenzialerhebung ausschreiben.

## Potenzialerhebung bei Bestandsfällen bei Bedarf weiterhin möglich

Bei Patientinnen und Patienten, die bereits vor dem 1. Juli 2025 außerklinisch versorgt wurden, ist die Potenzialerhebung nicht mehr vor jeder AKI-Verordnung verpflichtend. Durch den Anspruch der Patienten auf eine Potenzialerhebung ist sie dementsprechend weiterhin möglich. Sie können diese veranlassen, wenn sich Hinweise auf ein mögliches Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung zeigen.

## Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD)

Ergibt sich im Rahmen der regelmäßigen Begutachtung durch den MD ein entsprechender Hinweis auf Potenzial zur Entwöhnung, Dekanülierung oder Therapieoptimierung, werden Sie von den Krankenkassen darüber informiert. Folglich entscheiden Sie über weitere notwendige Maßnahmen.

Die bisherigen Übergangsregelungen und Ausnahmen für Bestandsfälle endeten am 30. Juni 2025. Seit dem **1. Juli gelten ausschließlich die neuen Vorgaben.**

**Bitte beachten Sie diese bei der Verordnung und setzen die nun vorgesehenen Regelungen ab sofort in Ihrer Praxis um.**

## EBM-Anpassung in Planung

Der Bewertungsausschuss bereitet derzeit eine entsprechende Anpassung des EBM vor. Hierüber werden Sie zu gegebener Zeit gesondert informiert.

## Ärzte für die Potenzialerhebung finden

In unserer Arztsuche können Sie schnell niedergelassene Ärzte in Baden-Württemberg finden, die die Potenzialerhebung durchführen. Gehen Sie dazu in unsere erweiterte Arztsuche und wählen unter „Besondere Verfahren und Behandlungsarten“ den Filterbegriff „AKI Potentialerhebung“ aus. Klicken Sie auf „Treffer anzeigen“, um alle entsprechenden Ärzte aufgelistet zu bekommen.

## 15. Juli 2025

## RSV-Impfung für Erwachsene um mRNA-Impfstoff erweitert

Seit dem 10. April 2025 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) zusätzlich zu den proteinbasierten RSV-Impfstoffen auch mRNA-Impfstoffe. Die Empfehlung bezieht sich sowohl auf die Standard- als auch auf die Indikationsimpfung. Sie wurde am 11. Juli 2025 in die Schutzimpfungs-Richtlinie (Si-RL) übernommen.

## Wer erhält die RSV-Impfung?

Die STIKO empfiehlt allen Personen ab einem Alter von 75 Jahren eine einmalige Impfung gegen RSV als Standardimpfung – möglichst vor Beginn der RSV-Saison. Eine Indikationsimpfung erhalten Personen ab einem Alter von 60 Jahren mit schwer ausgeprägten 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 dieser chronischen Erkrankungen gehen nach aktuellem Wissensstand nicht mit einem deutlich erhöhten Risiko für einen schweren RSV-Krankheitsverlauf einher.

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

Zur Notwendigkeit von Wiederholungsimpfungen liegen zum jetzigen Zeitpunkt noch keine STIKO-Empfehlungen vor.

### **Wie beziehen Sie den mRNA-RSV-Impfstoff?**

Sowohl für die Standard- als auch für die Indikationsimpfung beziehen Sie den mRNA-RSV-Impfstoff **ausschließlich über den Sprechstundenbedarf**. Bitte füllen Sie keine Einzelverordnungen auf den Namen des Patienten aus.

**Hinweis: An den Impzfiffen für die RSV-Impfung hat sich nichts geändert.**

**Wichtiger Hinweis:** Die hier dargestellten Regelungen betreffen nur die RSV-Impfung bei Erwachsenen und nicht die RSV-Prophylaxe mit dem monoklonalen Antikörper bei Kindern.

**17. Juli 2025**

### **G-BA schafft Voraussetzungen zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung für Patienten mit komplexen Behinderungen und zur Verordnung per Videosprechstunde**

Durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesauschusses (G-BA) vom 16. Mai 2025 soll die Hilfsmittelver-

sorgung für Menschen mit Behinderung und spezifischen Bedürfnissen verbessert werden. Die Änderungen in der Richtlinie sollen den Verordnungs- und Genehmigungsprozess für Betroffene beschleunigen sowie effizienter und transparenter gestalten. Neu ist die Möglichkeit für Patienten, unter bestimmten Voraussetzungen einen Teilhabeplan bei der Krankenkasse erstellen zu lassen. Außerdem wird auf Initiative der Patientenvertretung die Zusammenarbeit zwischen dem Medizinischen Dienst, den Ärzten und den Versicherten klarer geregelt.

Ein Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln besteht, wenn eine Behinderung die Bewältigung der grundlegenden alltäglichen Bedürfnisse beeinträchtigt. Ziel ist es dabei, die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe zu fördern.

### **Ergänzende Hinweise zur Verordnung**

Der G-BA hat in seiner Richtlinien-Änderung klargestellt, dass Sie sich bei der Verordnung von Hilfsmitteln nicht auf das Muster 16 beschränken müssen. Sie dürfen zusätzliche Unterlagen beifügen, wenn diese für die Genehmigung durch die Krankenkassen oder die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) hilfreich sind.

### **Verordnung via Videosprechstunde**

Ebenso können Sie auf der Grundlage des G-BA-Beschlusses Hilfsmittel in der Videosprechstunde verordnen, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Patient muss unmittelbar aus der persönlichen Behandlung bekannt sein.
- Der Gesundheitszustand einschließlich der funktionellen/strukturellen Schädigung und alltagsrelevanter Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe sind einschätzbar.
- Die behandlungsbedürftige Diagnose ist bekannt.
- Die Erkrankung schließt diese Form der Verordnung nicht aus.

Bei Folgeverordnungen sind keine Einschränkungen vorgesehen.

Generell sind Sie nicht verpflichtet, Videosprechstunden anzubieten. Es besteht für Patienten kein Anspruch auf Verordnungen per Video.

### **Verordnung nach telefonischem Kontakt**

Wenn der aktuelle Gesundheitszustand bereits im persönlichen Kontakt oder in der Videosprechstunde festgestellt wurde, ist eine Verordnung von Hilfsmitteln im Ausnahmefall nach telefonischem Kontakt ebenfalls seit dem 16. Mai 2025 möglich.

Die Authentifizierung der Patienten muss im Rahmen der Videosprechstunde sowie beim telefonischen Kontakt sichergestellt werden.

### **Kostenpauschale 40128 angepasst**

Der Leistungsinhalt der GOP 40128 wurde zum 1. Juli 2025 angepasst. Somit können Sie Ihrem Patienten die Hilfsmittelverordnung nach Ausstellung in der Videosprechstunde bzw. nach telefonischem Kontakt zusenden.

### **Gesetzesänderung zum § 33 SGB V (Hilfsmittel)**

Im Februar 2025 trat eine Gesetzesänderung zum § 33 SGB V (Hilfsmittel) in Kraft. Das Ziel besteht darin, die Hilfsmittelversorgung für Patienten in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene zu vereinfachen. Konkret bedeutet das, dass die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels von den dort behandelnden Ärztinnen und Ärzten festgestellt wird und die Überprüfung der gesetzlichen Krankenkassen oder des Medizinischen Dienstes entfällt. Diese Hilfsmittel-Empfehlung darf nicht älter als drei Wochen sein.

### **28. Juli 2025**

#### **Retrospektive Erhöhung der Heilmittel-Richtwerte 2025**

Die Heilmittel-Richtwerte 2025 wurden aufgrund von Preissteigerungen im Bereich der Physiotherapie rückwirkend zum 1. Januar 2025 angepasst. Diese neuen, mit den Krankenkassen vereinbarten Richtwerte gelten rückwirkend für das Jahr 2025 und werden im Rahmen der Heilmittel-Richtwertprüfung für das gesamte Jahr 2025 herangezogen.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg informiert darüber in einer aktuellen Schnellinformation. Die aktualisierte Übersicht der Heilmittel-Richtwerte 2025 finden Sie hier zum Download:



→ <http://bit.ly/4oineAy>

### **08. August 2025**

#### **Erhöhung der Impfvergütung zum 1. Juli 2025 für Versicherte der AOK Baden-Württemberg und SVLFG**

Die KVBW hat sich mit der AOK Baden-Württemberg (AOK BW) sowie der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) zum 1. Juli 2025 darauf geeinigt, die Vergütung für Schutzimpfungen grundsätzlich um 4,13 Prozent zu erhöhen. Mit dieser Vergütungserhöhung wird sowohl der tatsächliche Aufwand in den Praxen besser abgebildet als auch die wirtschaftliche Grundlage für die Durchführung von Impfleistungen im vertragsärztlichen Bereich gestärkt.

## **Mehraufwand bei COVID-19-Impfung: Zuschlag weiterhin gültig**

Neben der Vergütungserhöhung für Versicherte der AOK und SVLFG konnte die Laufzeit des bereits bekannten Zuschlags für den Mehraufwand bei COVID-19-Impfungen in Höhe von 3,00 € mit den Ersatzkassen, den Betriebskrankenkassen, der IKK classic und der KNAPPSCHAFT verlängert werden. Auch für Versicherte der AOK BW und der SVLFG wird der Zuschlag in Höhe von 3,00 € weiterhin vergütet.

Eine Übersicht über die aktuell gültige Impfvergütung sowie unsere Impfziffern-Übersicht mit den aktuellen Regelungen zum Bezugsweg finden Sie unten zum Download:



→ <http://bit.ly/4qwFlyC>



→ <http://bit.ly/3L8YBri>

## **2. September 2025**

### **Kostenloses Online-Fortbildungsangebot zu Antibiotikaverordnungen**

Im Rahmen des Innovationsfondsprojekts ElektRA (Elektive Förderung Rationaler Antibiotikatherapie) haben die Kooperationspartner nach Abschluss des Projekts in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) ein Online-Fortbildungsangebot zur Unterstützung einer rationalen Antibiotikaverordnung entwickelt. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) beteiligt sich daran. Deshalb können Sie

als Mitglied diese Fortbildung kostenlos absolvieren und 16 CME-Punkte erwerben.

Die Akademie für medizinische Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) und der KV Westfalen-Lippe stellt dieses eLearning auf ihrer Webseite zur Verfügung.

Die Online-Fortbildung besteht aus 8 Modulen mit Videos und interaktiven Übungen mit jeweils einer kurzen Lernkontrolle.

Die Module und auch die Lernerfolgskontrollen können Sie einzeln und zeitlich unabhängig voneinander bearbeiten. Der erreichte Punktestand wird auch bei Abmeldung gespeichert.

Sobald Sie ein Modul abgeschlossen haben, werden die CME-Punkte automatisch gutgeschrieben, und Sie erhalten eine Teilnahmebescheinigung per E-Mail.

Die komplette Fortbildung nimmt einen Zeitrahmen von ca. 6-7 Stunden ein. Wenn Sie alle Module bearbeiten, erhalten Sie 16 CME-Punkte.

Hier können Sie sich anmelden (bitte geben Sie im Notizfeld an, dass Sie bei der KVBW Mitglied sind):



→ <http://bit.ly/47iSibO>

Im Anschluss erhalten Sie über die Akademie für medizinische Fortbildung Ihre Zugangsdaten zur Lernplattform per E-Mail.

Weitere von Informationen zur Antibiotikaverordnung finden Sie auf unserer Homepage auf der Arzneimittel-Seite im Aufklapptext „Antibiotika“.

---

**14. Oktober 2025**

## **Otologika mit Clotrimazol ab sofort verordnungsfähig**

Ab sofort ist die Verordnung verschreibungspflichtiger Clotrimazol-haltiger Ohrentropfen zur Behandlung der pilzbedingten Otitis externa (Otomykose) zulasten der GKV möglich.

Grundlage dafür ist eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -auschlüsse), die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen hat. Diese Änderung ist zum 9. Oktober 2025 in Kraft getreten.

Als Hintergrund für die Entscheidung gibt der G-BA die erstmalige Zulassung des Wirkstoffs in dieser Indikation an.

Die Verordnungsfähigkeit von Otologika ist laut Anlage III zur Arzneimittel-Richtlinie eingeschränkt. Neben den genannten Clotrimazol-Präparaten gibt es weitere bereits bestehende Ausnahmen, bei denen diese Arzneimittel verordnet werden können:

Antibiotika und Corticosteroide auch in fixer Kombination untereinander zur lokalen Anwendung bei Entzündungen des äußeren Gehörganges Ciprofloxacin zur lokalen Anwendung als alleinige Therapie bei chronisch eitriger Entzündung des Mittelohrs mit Trommelfelldefekt (mit Trommelfellperforation).



## Glossar der Abkürzungen

AAT	Aachener Aphasiestest
AKI	Außenklinische Intensivpflege
ÄKWL	Ärztekammer Westfalen-Lippe
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BSNR	Betriebsstättennummer
CME	continuing medical education (kontinuierliche medizinische Fortbildung)
COVID-19	coronavirus disease 2019
DAC	Deutscher Arzneimittel-Codex
DRV	Deutsche Rentenversicherung
ElektRA	Elektive Förderung rationale Antibiotikatherapie
EMA	European Medicines Agency
ENTIS	European Network of Teratology Information Services
FAM	Fertigarzneimittel
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GPE	Gemeinsame Prüfungseinrichtungen
Heilm-RL	Heilmittel-Richtlinie
HWI	Harnwegsinfektion
IKK	Innungskrankenkasse
IPReG	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz
MAK	Management-Akademie der KV Baden-Württemberg
MD	Medizinischer Dienst
mRNA	messenger ribonucleic acid (Boten-Ribonukleinsäure)
NRF	Neues Rezeptur-Formularium
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie

OP	Operation oder Originalpackung (je nach Kontext)
OTIS	Organization of Teratology Information Specialists
PASS	Post-Authorisation Safety Study
PRAC	Pharmacovigilance Risk Assessment Committee
RKI	Robert-Koch-Institut
RSV	Respiratorisches Synzytial-Virus
RWG	Richtwertgruppe
SI-RL	Schutzimpfungs-Richtlinie
SpBV	Sprechstundenbedarfsvereinbarung
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
SSB	Sprechstundenbedarf
SSSST	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
STIKO	Ständige Impfkommission
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

## Verordnungsmanagement der KVBW

### **Fragen zum Thema Einzelverordnungen**

Arzneimittel      0711 7875-3663  
[verordnungsberatung@kvbwue.de](mailto:verordnungsberatung@kvbwue.de)

Impfungen      0711 7875-3690  
[verordnungsberatung@kvbwue.de](mailto:verordnungsberatung@kvbwue.de)

Heil- und Hilfsmittel, Sonstiges      0711 7875-3669  
[verordnungsberatung@kvbwue.de](mailto:verordnungsberatung@kvbwue.de)

**Fragen zum Thema Sprechstundenbedarf**      0711 7875-3660  
[sprechstundenbedarf@kvbwue.de](mailto:sprechstundenbedarf@kvbwue.de)

**Fragen zum Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung**      0711 7875-3630  
[pruefverfahren@kvbwue.de](mailto:pruefverfahren@kvbwue.de)

## Pharmakotherapie-Beratungsdienste

**Klinische Pharmakologie Heidelberg**      [aid.konsil-kv@med.uni-heidelberg.de](mailto:aid.konsil-kv@med.uni-heidelberg.de)

**Klinische Pharmakologie Tübingen**      [arzneimittelinfo@med.uni-tuebingen.de](mailto:arzneimittelinfo@med.uni-tuebingen.de)

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

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

## Impressum

Verordnungsforum 75  
Oktober 2025

Herausgeber	<b>KVBW</b> Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg Albstadtweg 11 70567 Stuttgart
Kontakt	verordnungsforum@kvbawue.de
Redaktion	Dr. med. Karsten Braun, LL. M. (verantwortlich), Giulia Barassi, Stephanie Brosch, Dr. med. Richard Fux, Magdalena Gscheidle, Dr. med. Antje Herold, Gabriele Kiunke, Dr. med. Dirk Kölblin, Sarah Mayer, Katrin Oswald, Monica Sørum-Kleffmann, Marco Steimle, Dr. rer. nat. Reinhild Trapp, Tobias Vetter, Dr. med. Michael Viapiano
Autoren KVBW	Giulia Barassi, Stephanie Brosch, Magdalena Gscheidle, Dr. rer. nat. Franziska Leipoldt, Ulrike Meinzer-Haisch, Magdalena Monter, Julia Nachbar, Diana Riedel, Claudia Speier, Marco Steimle
Autoren extern	Diana Schneider, Meschgan Arefi, Prof. Dr. med. Matthias Schwab, Universitätsklinikum Tübingen, Department für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Pharmakogenomik, Abteilung Klinische Pharmakologie, Kathrin Schwenk (AOK), Julian Brock (AOK)
Erscheinungstermin	Oktober 2025
Gestaltung und Realisation	BERNET COMMUNICATION GmbH Heilbronner Straße 326, 70469 Stuttgart
Bildnachweise	1: iStock Nr. 1207212239, 3 (und 8): @paige_cody (Unsplash), 3 (und 19): iStock Nr. 2189278880, 3 (und 32): iStock Nr. 1358841490, 10: iStock Nr. 965324772, 15: iStock Nr. 501911292, 17: iStock Nr. 1498146786, 35: iStock Nr. 2184940458, 43: iStock Nr. 669896084
Auflage	21.500
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