



Verordnungsforum 76

JANUAR 2026

Arzneimittel-Richtwertsystematik: Neuerungen 2026
Tschüss Zigarette: Tabakentwöhnung richtig verordnen
Ergotherapie: Wissenswertes und Neues

Alles Gute.

KVBW 

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Liebe Leserin, lieber Leser,

die Arzneimittelversorgung und die Heilmitteltherapie sind Bausteine einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung. In dieser Ausgabe informieren wir Sie über die stabilen Rahmenbedingungen der Arzneimittel-Richtwertprüfung, die neuen Möglichkeiten zur Verordnung von Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung sowie zur indikationsgerechten und wirtschaftlichen Verordnung von Ergotherapie.

Hilfreiche Erkenntnisse und viel Freude bei der Lektüre wünscht Ihnen

Ihr

Dr. med. Karsten Braun, LL.M.

Inhalt

ARZNEIMITTEL

- 4 Arzneimittel-Richtwertsystematik 2026
- 6 Ziele in der Arzneimittelvereinbarung 2026
- 20 Arzneimittel zur Tabakentwöhnung

HEILMITTEL

- 24 Heilmittel-Richtwerte 2026
- 26 Ergotherapie: Wissenswertes und Neues

SPRECHSTUNDENBEDARF

- 36 Änderungen und Ergänzung der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung

FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN

SERVICE

- 42 Neues auf www.kvbawue.de



20 Tschüss Zigarette: Tabakentwöhnung richtig verordnen

Arzneimittel zur Tabakentwöhnung können künftig zulasten der GKV verordnet werden – die Voraussetzungen stehen fest.



4 Arzneimittel-Richtwert-systematik: Neuerungen 2026

Die Arzneimittel-Richtwertsystematik ist etabliert. Für 2026 ergeben sich nur wenige Änderungen.

26 Ergotherapie: Wissens-wertes und Neues

Das sollten Sie wissen, wenn Sie Ergotherapie verordnen wollen.



Arzneimittel-Richtwertsystematik 2026

Mittlerweile hat sich die seit 2017 als statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeführte Arzneimittel-Richtwertprüfung in Baden-Württemberg etabliert. Regelmäßig gleichen die Kassenärztliche Vereinigung und die gesetzlichen Krankenkassen die Arzneimittel-Richtwertsystematik mit den aktuellen Änderungen im Arzneimittelmarkt ab. Der geringe Anpassungsbedarf der letzten Jahre bestätigt die Systematik. Neben der Neuberechnung der AT-Richtwerte gibt es für das Verordnungsjahr 2026 nur wenige Veränderungen, die im Folgenden erläutert werden.

AT-Richtwerte 2026

Jedes Jahr werden die AT-Richtwerte auf Basis der aktuell vorhandenen Verordnungsdaten für jede Richtwertgruppe neu berechnet. Sie gelten pro Quartal für jeden Patienten, der Verordnungen aus den entsprechenden Arzneimittel-Therapiebereichen (AT) erhält.

Gründe für eine Absenkung können Festbeträge oder die Neueinführung von Generika sein.

Im kommenden Jahr wird insbesondere der Richtwert im AT 11 (Antikoagulanzen, oral) aufgrund der generisch verfügbaren Wirkstoffe Dabigatran und Rivaroxaban abgesenkt. Auch der vermehrte Einsatz von Biosimilars führt zu einer Reduktion der AT-Richtwerte, insbesondere im AT 28 (Mittel bei Autoimmunerkrankungen, Biologicals und Sonstige). Eine Erhöhung der AT-Richtwerte kommt z. B. durch die vermehrte Verordnung von neuen, patentgeschützten und damit oft teuren Präparaten zustande. Auch gibt es immer wieder Preiserhöhungen für Arzneimittel, die – bei fehlenden Alternativen – zu einer Steigerung der Verordnungskosten im jeweiligen AT führen. Dieser Effekt ist aktuell beispielsweise im AT 58 (spezifische Immuntherapie) zu beobachten.

→ Die AT-Richtwerte aller Richtwertgruppen für 2026 sind unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte einsehbar.

Grundlagen der Richtwertsystematik

Möchten Sie sich ausführlich mit den Grundlagen der Systematik auseinandersetzen, empfehlen wir Ihnen einen Blick auf unsere Homepage:

www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte

Neben den Grundlagen der Systematik finden Sie dort auch das Verordnungsforum „Richtwertsystematik Arzneimittel – Grundlagen und aktuelle Hinweise“ (Sonderausgabe, März 2025), dem Sie ebenfalls weiterführende Informationen entnehmen können.

Projizierter praxisindividueller Richtwert^{KV} (pPiRW^{KV})

Der projizierte PiRW^{KV} (pPiRW^{KV}), der auf Grundlage Ihrer individuellen Verordnungsdaten der ersten drei Quartale 2025 unter Berücksichtigung der neuen AT-Richtwerte des Jahres 2026 berechnet wurde, steht Ihnen im Mitgliederportal zur Verfügung.

Dokumentenarchiv » Aktentyp: Verordnungsmanagement » Quartal 3/2025 » Reiter: Informationen zur Richtwertsystematik » Unterlage: projizierter praxisindividueller Richtwert.

Ergänzend finden Sie auf unserer Homepage eine Anleitung, wie Sie den projizierten praxisindividuellen Richtwert im Mitgliederportal aufrufen können: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte, siehe Dokumente „Aufruf Projizierter praxisindividueller Richtwert KV“

Änderungen der AT-Zuordnung zu den Richtwertgruppen 2026

Vier Änderungen in der Zuordnung der Richtwertgruppen sind erfolgt:

- Der Richtwertgruppe der Fachärzte für Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie, steht der AT 33 (Mittel bei Pulmonaler Hypertonie, PAH) aufgrund der zugelassenen Indikation Sklerodermie des Wirkstoffs Bosentan neu zur Verfügung.
- Die Richtwertgruppe der Fachärzte für Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie, bekommt außerdem seit 2026 den AT 48 (Vitamine und Mineralstoffe) neu zugeordnet. Hintergrund ist die regelmäßige Verordnung von Folsäure.
- Die Richtwertgruppe der Fachärzte für Frauenheilkunde verfügt künftig über den AT 54 (Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen), da die Wirkstoffkombination Doxylamin und Pyridoxin zur symptomatischen Behandlung von Übelkeit und Erbrechen während der Schwangerschaft bei Erwachsenen, die nicht auf konservatives Management reagieren, indiziert ist.
- Der Richtwertgruppe der Fachärzte für Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie, steht der AT 68 (Mittel zur Behandlung der Osteoporose, antiresorptive Wirkstoffe) zusätzlich neu zur Verfügung.

➔ Unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte finden Sie die aktuelle Zuordnung der AT zu den verschiedenen Richtwertgruppen, siehe Dokument „Änderungen der Arzneimittel-Richtwertsystematik 2026“ » Matrix



<https://bit.ly/4qLuTbM>



Ziele in der Arzneimittelvereinbarung 2026

Für das Verordnungsjahr 2026 wurden die quantitativen und qualitativen Zielvereinbarungen der aktuellen Verordnungssituation angepasst.

Die Mindestquoten zu generischen Fingolimod- und Pomalidomid-Präparaten sind entfallen. Neu sind Mindestquoten für Dabigatran-, Dimethylfumarat- und Rivaroxaban-Generika und Biosimilar-Mindestquoten zu Natalizumab und Tocilizumab. Drei qualitative Ziele wurden neu vereinbart, ein qualitatives Ziel wurde gestrichen.

Die Ziele der Arzneimittelvereinbarung sollen sowohl eine wirtschaftliche als auch eine qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung fördern, die sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) orientiert.

Die Einhaltung der Ziele unterliegt keiner gesonderten Prüfung. Allerdings sind die vereinbarten (quantitativen) Ziele an die Richtwertsystematik angepasst, und die Höhe der Arzneimittel-Therapiebereich-(AT-)Richtwerte orientiert sich an den Zielen zum jeweiligen AT. Eine Erreichung der Ziele erleichtert somit die Einhaltung der AT-Richtwerte. Bitte beachten Sie: Auch wenn ein Ziel erreicht ist, können Krankenkassen Einzelfallprüfanträge stellen, wenn Verordnungen im Einzelfall unwirtschaftlich waren. Das bedeutet beispielsweise auch, dass bei einer Biosimilarquote der Einsatz eines nicht-rabattierten Präparats unabhängig von der Zielerreichung in jedem Einzelfall begründet sein muss.

Änderungen 2026

Wir stellen Ihnen zunächst die Änderungen im Vergleich zu den für 2025 vereinbarten Zielen dar. Die vollumfängliche Übersicht der für 2026 geltenden Ziele finden Sie ab Seite 24.

Quantitative Ziele

- **Neu:** Mindestquotenregelung für Dabigatran im AT 11 (Antikoagulanzen, oral): Generikaanteil für Hausärzte und Fach-

ärzte für Innere Medizin, SP Kardiologie

- **Neu:** Mindestquotenregelung für Rivaroxaban im AT 11 (Antikoagulanzen, oral): Generikaanteil für Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Innere Medizin ohne SP, Hausärzte, Fachärzte für Innere Medizin, SP Kardiologie, und Fachärzte für Innere Medizin, SP Angiologie
- **Neu:** Mindestquotenregelung für Dimethylfumarat im AT 13 (Mittel bei Multipler Sklerose): Generikaanteil für Hausärzte und Fachärzte für Nervenheilkunde
- **Neu:** Mindestquotenregelung für Natalizumab im AT 13 (Mittel bei Multipler Sklerose): Biosimilaranteil für Fachärzte für Nervenheilkunde
- **Neu:** Mindestquotenregelung für Tocilizumab im AT 28 (Mittel bei Autoimmunerkrankungen, Biologicals und Sonstige): Fachärzte für Innere Medizin, SP Rheumatologie

Nicht mehr vereinbart wurden folgende quantitative Ziele:

- Mindestquotenregelung für Fingolimod im AT 13 (Mittel bei Multipler Sklerose): Generikaanteil für Hausärzte und Fachärzte für Nervenheilkunde
- Mindestquotenregelung für Pomalidomid im exRW 911 (Onkologie): Generikaanteil für Fachärzte für Innere Medizin, SP Hämato- und Onkologie

Qualitative Ziele

- **Neu:** Diabetes mellitus Typ 2
- **Neu:** Denosumab-Biosimilars
- **Neu:** Verordnung von Neurokinin-Antagonisten zur Behandlung von Beschwerden in der Menopause

Nicht mehr vereinbart wurde folgendes qualitatives Ziel:

- Verordnung von DOAK

➔ Eine vollständige Auflistung aller qualitativen Ziele und eine genauere Ausführung finden Sie ab Seite 18.

Die Datenbasis der Zielvereinbarungen sind die Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V (Ist-Wert MD 2024 / KVBW 1. HJ 2025). Die nachfolgenden Tabellen erheben keine Gewähr auf Vollständigkeit.

Höchstquotenregelungen

Cannabisblüten im exRW 952 (Cannabis)

Das Ziel ist die Reduktion des Anteils von Cannabisblüten an Cannabinoiden im exRW 952 (Cannabis).

Tabelle 1: Höchstquotenregelung Cannabisblüten an Cannabinoiden im exRW 952 (Cannabis)

Wirkstoffgruppe in exRW	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2026 Anteil der AT-Fälle
Cannabinoiden im exRW 952	Anteil getrocknete Cannabisblüten		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
012 FA Anästhesie, Teilnahme Schmerztherapievereinbarung		12 %	≤ 10 %
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		41 %	≤ 25 %
381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen und Psychiater)		28 %	≤ 20 %
Cannabinoid-haltige Stoffe in unveränderter Form; Cannabinoid-haltige Stoffe oder Fertigarzneimittel in Zubereitungen; Cannabis-haltige Fertigarzneimittel ohne PZN; Cannabinoide; Cannabis-Rezepturausgangsprodukt; Nabilon)			

Für die Therapie mit Cannabinoiden gemäß § 31 Absatz 6 SGB V ist vorzugsweise ein kostengünstiges Cannabis-Arzneimittel einzusetzen. Gemäß § 44 Absatz 2 der Arzneimittel-Richtlinie ist vor einer Verordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten zu prüfen,

ob andere cannabis-haltige Fertigarzneimittel zur Verfügung stehen, die zur Behandlung geeignet sind. Die durchschnittlichen Verordnungskosten pro Patient und Monat finden Sie hier: www.kvbawue.de/pdf3899.

Mindestquotenregelungen



Dabigatran im AT 11

Das Ziel ist die Erhöhung des Generikaanteils von Dabigatran im AT 11.

Tabelle 2: Mindestquotenregelung Generikaanteil von Dabigatran im AT 11

Wirkstoffgruppe in AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2026 Anteil der AT-Fälle
Dabigatran im AT 11	Generikaanteil		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		70 %	≥ 80 %
193 FA Innere Medizin, SP Kardiologie		57 %	≥ 80 %
Dabigatran			



Rivaroxaban im AT 11

Das Ziel ist die Erhöhung des Generikaanteils von Rivaroxaban im AT 11.

Tabelle 3: Mindestquotenregelung Generikaanteil von Rivaroxaban im AT 11

Wirkstoffgruppe in AT	KenngroÙe	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2026 Anteil der AT-Fälle
Rivaroxaban im AT 11	Generikaanteil		
Richtwertgruppen:			
071 FA Chirurgie		-	≥ 80 %
191 FA Innere Medizin ohne SP		-	≥ 80 %
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		-	≥ 80 %
193 FA Innere Medizin, SP Kardiologie		-	≥ 80 %
200 FA Innere Medizin, SP Angiologie		-	≥ 80 %
Rivaroxaban			



Dimethylfumarat im AT 13

Das Ziel ist die Erhöhung des Generikaanteils von Dimethylfumarat im AT 13.

Tabelle 4: Mindestquotenregelung Generikaanteil von Dimethylfumarat im AT 13

Wirkstoffgruppe in AT	KenngroÙe	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2026 Anteil der AT-Fälle
Dimethylfumarat im AT 13	Generikaanteil		
Richtwertgruppen:			
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		-	≥ 75 %
381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater)		-	≥ 75 %
Dimethylfumarat		-	

Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva im AT 44

Das Ziel ist die Erhöhung des Anteils der risikoarmen Kontrazeptiva (Risikogruppe I) an den oralen kombinierten hormonalen Kontrazeptiva im AT 44.

Tabelle 5: Mindestquotenregelung Anteil der risikoarmen Kontrazeptiva an den oralen kombinierten hormonalen Kontrazeptiva im AT 44

Wirkstoffgruppe in AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2026 Anteil der AT-Fälle
Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva im AT 44	Anteil risikoarme Kontrazeptiva (Risikogruppe I)*		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
101 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe		51 %	≥ 75 %
Levonorgestrel und Ethinylestradiol; Norethisteron und Ethinylestradiol; Norgestimat und Ethinylestradiol			

* Nähere Erläuterungen siehe qualitatives Ziel „Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva – Verordnung risikoarmer Präparate“

Mindestquotenregelungen Biosimilars

Im Bereich der biotechnologisch hergestellten Arzneimittel (Biologicals) konnten in den letzten Jahren durch die Verordnung von Biosimilars erhebliche Einsparungen erzielt werden. Besonders der Einsatz rabattierter Biosimilars hat dazu einen wesentlichen Anteil beigetragen.

Für Natalizumab, Tocilizumab, Erythropoetin, Somatropin, Teriparatid und Follitropin alfa wurden für 2026 Zielquoten festgelegt, weil die in Baden-Württemberg bisher erreichten Verordnungsanteile von Biosimilars bei diesen Wirkstoffen noch deutlich hinter dem Bundesdurchschnitt zurückbleiben.

Zur Zielerreichung können die in den Tabellen genannten Produkte verordnet werden. Die Aufzählung der Produkte entspricht der Biosimilarzuordnung in den Rahmenvorgaben nach § 84 Absatz 6 SGB V. Biosimilars, die unterjährig auf den Markt kommen, sind ebenfalls zu berücksichtigen. Für Verordnungen rabattierter Original-Biologicals und Biosimilars ist die Wirtschaftlichkeit grundsätzlich durch § 130a Absatz 8 und 8a SGB V sichergestellt (§ 40a Absatz 2 AM-RL), die Versorgung mit einem Rabattarzneimittel gilt im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung somit grundsätzlich als wirtschaftlich.

Umstellung von Biologicals

Da keine der bekannten randomisierten und nicht randomisierten Studien, die die Umstellung einer laufenden biologischen Therapie auf ein Biosimilar untersucht haben, einen (signifikanten) Unterschied hinsichtlich der Wirksamkeit oder Verträglichkeit zwischen Biosimilar und Original-Biological feststellen konnte, kann davon ausgegangen werden, dass Biosimilars und Original-Biologicals therapeutisch gleichwertig sind [1].

Unter Berücksichtigung der Zulassung für die zu behandelnde Erkrankung und der Verfügbarkeit einer passenden Einzeldosisstärke kann daher eine Umstellung auf ein Biosimilar erfolgen. Die Auswahl des Biosimilars erfordert dabei aber auch die Berücksichtigung der unterschiedlichen Handhabung der Biologicals. Dies kann im Einzelfall besonders relevant bei der parenteralen Selbstapplikation von Arzneimitteln durch den Patienten mittels Fertigpen oder -spritze sein.

Umstellung nach Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Nach § 40a AM-RL gelten als preisgünstige Biologicals vorrangig solche Arzneimittel, für die ein Rabattvertrag (Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 und 8a SGB V) mit Wirkung für die jeweilige Krankenkasse des Versicherten besteht. Wird ein rabattiertes Biological verordnet, handelt es sich gemäß § 40a AM-RL somit um eine wirtschaftliche Verordnungsweise.

Eine weitere Orientierungshilfe für eine wirtschaftliche Verordnungsweise stellt die Anlage VIIa „Biologika und Biosimilars“ dar. In der nicht abschließenden Übersicht werden biotechnologisch hergestellte Wirkstoffe aufgeführt, für die mindestens ein Biosimilar oder mehr als ein Originalarzneimittel verfügbar ist.

Ein aktueller Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sieht vor, dass der Apotheker zum Austausch gegen ein gegebenenfalls preisgünstigeres Arzneimittel verpflichtet ist. Der Beschluss ist zum Redaktionsschluss jedoch noch nicht rechtskräftig.

→ Zum Thema wirtschaftliche Aspekte und zur Austauschbarkeit von Biosimilars finden Sie auf der Website der KVBW das Merkblatt „Wirtschaftliche Aspekte und Austauschbarkeit“: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel.

Außerdem steht ein Patientenflyer zum Thema Biosimilars zur Verfügung.

→ Zudem geben die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg auf ihrer Internetseite (www.gpe-bw.de/facharztgruppen) weitere Hinweise zum wirtschaftlichen Einsatz von biologischen Arzneimitteln (Indikationen: atopische Dermatitis, chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen [CRSwNP], Osteoporose, Psoriasis, rheumatoide Arthritis).

Gut zu wissen: Die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg stellen außerdem einen Leitfaden zur wirtschaftlichen Behandlung chronischer Wunden zur Verfügung.

neu **Biologicals im AT 13**

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilaranteils an Natalizumab.

Tabelle 6: Mindestquotenregelung Anteil der Biosimilars an Natalizumab im AT 13

Wirkstoffgruppe in AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2026 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 13	Anteil Biosimilars an Natalizumab		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
381 FA Nervenheilkunde (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater)		17 %	≥ 30 %
<i>Tyruko® (nur intravenöse Applikation)</i>			

neu **Biologicals im AT 28**

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilaranteils an Tocilizumab.

Tabelle 7: Mindestquotenregelung Anteil der Biosimilars an Tocilizumab im AT 28

Wirkstoffgruppe in AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2026 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 28	Anteil Biosimilars an Tocilizumab		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
196 FA Innere Medizin, SP Rheumatologie		28 %	≥ 60 %
<i>Avtozma®; Tofidence® (nur intravenöse Applikation); Tyenne®</i>			

Biologicals im AT 37

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilaranteils an Erythropoetin.

Tabelle 8: Mindestquotenregelung Anteil der Biosimilars an Erythropoetin im AT 37

Wirkstoffgruppe in AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2026 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 37	Anteil Biosimilars an Erythropoetin		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
192 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte)		76 %	≥ 80 %
194 FA Innere Medizin, SP Nephrologie		65 %	≥ 70 %
195 FA Innere Medizin, SP Hämato- und Onkologie		82 %	≥ 90 %
<i>Abseamed®; Binocrit®; Epoetin alfa Hexal®; Eporatio®; Retacrit®; Silapo®</i>			

Biologicals im AT 38

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilaranteils an Somatotropin.

Tabelle 9: Mindestquotenregelung Anteil der Biosimilars an Somatotropin im AT 38

Wirkstoffgruppe in AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2026 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 38	Anteil Biosimilars an Somatotropin		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
199 FA Innere Medizin, SP Endokrinologie		45 %	≥ 55 %
231 Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich)		50 %	≥ 55 %
<i>Omnitrope®</i>			

Biologicals im AT 69

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilar- bzw. Generikaanteils an Teriparatid.

Tabelle 10: Mindestquotenregelung Anteil der Biosimilars und Generika an Teriparatid im AT 69

Wirkstoffgruppe in AT	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2026 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im AT 69	Anteil Biosimilars/Generika an Teriparatid		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
199 FA Innere Medizin, SP Endokrinologie		65 %	≥ 75 %
441 FA Orthopädie		74 %	≥ 90 %
<i>Livogiva®, Movymia®, Sondelbay®, Teriparatid Aristo, Teriparatid Heumann, Teriparatid Sun, Terrosa®</i>			

exRW (Wirkstoffe außerhalb der Richtwerte)

Das Ziel ist die Erhöhung des Biosimilaranteils an Follitropin alfa.

Tabelle 11: Mindestquotenregelung Anteil der Biosimilars an Follitropin alfa im exRW 927

Wirkstoffgruppe in exRW	Kenngroße	Istwert Anteil der AT-Fälle	Zielwert 2026 Anteil der AT-Fälle
Biologicals im exRW 927	Anteil Biosimilars an Follitropin alfa		
<i>Richtwertgruppen:</i>			
101 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe		58 %	≥ 70 %
<i>Bemfola®, Ovaleap®</i>			

Qualitative Ziele

Die qualitativen Ziele sollen als Verordnungsempfehlungen eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung in Baden-Württemberg fördern.

Rationaler Antibiotikaeinsatz

Bei der Verordnung von Antibiotika soll auf einen rationalen Einsatz geachtet werden. Um Resistenzen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu vermeiden, ist eine leitliniengerechte, zurückhaltende und zielgerichtete Anwendung von Antibiotika notwendig. Dies gilt insbesondere für die im Moment häufig verordneten Cephalosporine. Reserveantibiotika sind zurückhaltend zu verordnen und der Einsatz der Fluorchinolone, v. a. im Hinblick auf die Warnhinweise und speziellen Risiken, besonders zu überdenken.

→ Weitere Informationen zur rationalen Antibiotikatherapie, u. a. zur Risikobewertung der Fluorchinolone können dem [Verordnungsforum 47 \(Oktober 2018\)](#) entnommen werden. Das BfArM erinnerte am 7. Juni 2023 an die [Anwendungseinschränkungen der Fluorchinolone](#): www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2023/rhb-fluorchinolone.html

Im Rahmen des Innovationsfondsprojekts ElektRA wurde ein Online-Fortbildungsangebot zur Unterstützung einer rationalen Antibiotikaverordnung entwickelt, welches wir nach Abschluss des Projekts allen Vertragsärzten seit September 2025 zur Verfügung stellen (<https://www.akademie-wl.de/fortbildungskatalog/detail/kurs/antibiotika-optimal-verordnen-5901>)

Verordnung von Sacubitril/Valsartan (Entresto®)

Das Kombinationspräparat Entresto® (Sacubitril/Valsartan) ist zugelassen

1. bei erwachsenen Patienten zur Behandlung einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion sowie

2. bei Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von 1 Jahr zur Behandlung einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion.

In die Zulassungsstudie wurden ausschließlich vorbehandelte erwachsene Patienten aufgenommen (ACE-Hemmer [ACEI] oder AT1-Rezeptorblocker [ARB], ggf. in Kombination mit einem Beta-blocker und/oder Aldosteronantagonisten [MRA]). Nur für diese Patienten gilt daher die Verordnung als Praxisbesonderheit gemäß § 106b Absatz 5 SGB V [1].

Verordnungen für die Behandlung von Kindern bzw. nicht vorbehandelten Erwachsenen sind keine Praxisbesonderheiten gemäß § 106b Absatz 5 SGB V.

In Übereinstimmung mit internationalen Leitlinien wird auch in der aktualisierten **Nationalen Versorgungsleitlinie Herzinsuffizienz 2023** [2] die Wirkstoffkombination Sacubitril/Valsartan primär als **Ersatz für ACEI/ARB bei Patienten, die unter Therapie mit ACEI, Betablockern und MRA symptomatisch bleiben bzw. progredient sind**, empfohlen, auch wenn die Wirkstoffkombination Sacubitril/Valsartan laut Zulassungsstatus als initiale Therapie anstelle eines ACEI/ARB möglich ist.

Die Behandlungskosten von Sacubitril/Valsartan liegen um ein Vielfaches höher als jene einer Therapie mit ACEI/ARB und Betablockern.

Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin

Pregabalin und Gabapentin weisen ein erhöhtes Abhängigkeits- und Missbrauchspotenzial auf [3-5]. Bei der Ausstellung einer Verordnung sollten deshalb folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Die weitaus häufigste Indikation für den Einsatz der beiden Wirkstoffe ist der neuropathisch bedingte Schmerz. Hier stehen therapeutische Alternativen zur Verfügung, die hinsichtlich des Abhängigkeitspotenzials als risikoärmer gelten.
- Beide Wirkstoffe werden zunehmend im Off-Label-Use zur Behandlung nicht-neuropathischer Schmerzen sowie bei psychiatrischen Erkrankungen außerhalb der Zulassung eingesetzt. Dies ist in der Regel keine Kassenleistung.

Um diese Entwicklung aufzuhalten, sollte eine Verordnung nur ausgestellt werden, wenn eine Indikation gemäß Zulassung vorliegt und dokumentiert ist.

- Verordnungsmengen sollten regelmäßig auf Plausibilität hinsichtlich der ärztlich angesetzten Dosierung kontrolliert werden. Die Tageshöchstdosis laut Fachinformation ist zu beachten. Für eine Reduzierung zu hoher Einnahmedosen oder ein Absetzen von Gabapentinoiden ist zwingend ein Ausschleichen erforderlich, um das Auftreten von Entzugserscheinungen zu vermeiden.
- Der Einsatz bei Patienten mit einer bekannten Suchtproblematik in der Vorgeschichte sollte nur in Ausnahmefällen und unter enger ärztlicher Kontrolle erfolgen.

Bei neuen Patienten oder im Vertretungsfall ist Zurückhaltung geboten, solange keine weiteren Informationen zur Vortherapie oder der zugrunde liegenden Indikation vorliegen. Gegebenenfalls sollte die Verordnung einer kleinen Packungsgröße in Betracht gezogen werden.

Orale kombinierte hormonale Kontrazeptiva – Verordnung risikoarmer Präparate

Bei der Entscheidung über die Verordnung eines kombinierten hormonellen Kontrazeptivums sollte ein geeignetes risikoarmes Präparat bevorzugt werden. Präparate, die Levonorgestrel, Norethisteron oder Norgestimat enthalten, sind mit dem geringsten Risiko für eine venöse Thromboembolie (VTE) verbunden [6].

Bevor ein hormonelles Kontrazeptivum verschrieben wird, müssen die Anwenderinnen über das Risiko von venösen Thromboembolien aufgeklärt werden. Außerdem ist es notwendig, die Anwenderinnen dazu anzuleiten, wie sie selbst Anzeichen einer Thrombose erkennen können. Besondere persönliche Risikofaktoren einer venösen Thromboembolie, wie Rauchen oder Übergewicht, sollten mit den Anwenderinnen besprochen und die Anwendung eines hormonellen Kontrazeptivums individuell abgewogen werden.

Tabelle 12: Risiko, innerhalb eines Jahres eines VTE zu erleiden [6]

Gruppe	Anzahl
Frauen, die keine hormonalen Verhütungsmittel verwenden und nicht schwanger sind	Etwa 2 von 10.000 Frauen
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Levonorgestrel, Norethisteron oder Norgestimat enthält	Etwa 5–7 von 10.000 Frauen
Frauen, die Seasonique® verwenden, das Levonorgestrel im Langzyklus enthält*	Etwa 5–15 von 10.000 Frauen**
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Chlormadinon enthält	Etwa 6–9 von 10.000 Frauen
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Etonogestrel oder Norelgestromin enthält	Etwa 6–12 von 10.000 Frauen
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Dienogest in Kombination mit Ethinylestradiol enthält	Etwa 8–11 von 10.000 Frauen
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Drospirenon, Gestoden oder Desogestrel enthält	Etwa 9–12 von 10.000 Frauen
Frauen, die ein kombiniertes hormonales Kontrazeptivum verwenden, das Nomegestrol in Kombination mit Estradiol oder die Kombination aus Dienogest mit Estradiolvalerat enthält	Etwa gleich wie bei anderen kombinierten hormonalen Kontrazeptiva, einschließlich Levonorgestrel-haltiger Kontrazeptiva

* Seasonique® (84 Tage 150 µg Levonorgestrel in Kombination mit 30 µg Ethinylestradiol, danach 7 Tage 10 µg Ethinylestradiol)

** basierend auf dem 95%-Konfidenzintervall der Hazard ratios (HR) und der Spannweite der geschätzten Inzidenz für Levonorgestrel (5–7 pro 10.000 Frauen und Anwendungsjahr)

- Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stellt auf seiner Internetseite ebenfalls eine Checkliste für Ärzte sowie eine Anwenderkarte als Informationsmaterialien zur Verfügung [6].
- Weitere Informationen zu hormonalen Kontrazeptiva finden Sie im Verordnungsforum 43 „Moderne Empfängnisregelung“ [7]: www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum

Rationale Verordnung von Protonenpumpenhemmern (PPI)

Der Verordnung von PPI sollte grundsätzlich eine kritische Diagnosestellung vorausgehen. Ein nicht indikationsgerechter Einsatz, eine medizinisch nicht notwendige Langzeitmedikation oder auch die regelhafte Fortführung hoher Dosierungen müssen sowohl im Hinblick auf mögliche Nebenwirkungen als auch unter Kostenaspekten hinterfragt werden. In vielen Fällen ist eine Dosisreduktion, die Umstellung auf eine Bedarfsmedikation oder sogar das Absetzen, insbesondere nach stationärem Aufenthalt, möglich. Aufgrund des sog. „Reboundphänomens“ wird ein schrittweises Ausschleichen der PPI empfohlen. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat einen Algorithmus zum sogenannten „Deprescribing“ von PPI veröffentlicht [8].

- Weitere Informationen zum Thema PPI, u. a. zum indikationsgerechten Einsatz und zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen, können dem Verordnungsforum 54 (August 2020) entnommen werden: www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum

Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der Migränetherapie

Derzeit stehen in Deutschland mit Erenumab, Fremanezumab, Galcanezumab und Eptinezumab vier Antikörper zur Migräneprophylaxe zur Verfügung.

Aufgrund der hohen Jahrestherapiekosten und des Vorhan-

denseins von langfristig erprobten Wirkstoffen zur Migräneprophylaxe empfehlen wir einen zurückhaltenden Einsatz der Präparate. Obgleich die erneute frühe Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen für Erenumab feststellt [9], ist eine patientenindividuelle Abwägung gegenüber dem Einsatz langfristig erprobter Wirkstoffe zu empfehlen.

Aut-idem-Verordnung

Das Ankreuzen des Aut-idem-Feldes durch den Vertragsarzt ist nur aus medizinisch-therapeutischen Gründen zulässig [10]. Durch das Setzen des Kreuzes wird der Austausch des verordneten gegen ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel in der Apotheke unterbunden. Unter Wirtschaftlichkeitsaspekten ist der Ausschluss dieser Substitution in der Apotheke nur in medizinisch bzw. therapeutisch begründeten Fällen zu empfehlen.

- Ausführlichere Informationen hierzu finden Sie im Verordnungsforum 63 (November 2022): www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum

Arzneimittelbehandlung älterer Patienten und Multimedikation

Die medikamentöse Behandlung älterer und/oder multimorbider Patienten stellt eine besondere Herausforderung dar. Generell sollte bei Patienten mit Multimorbidität bzw. Multimedikation (z. B. ≥ 3 chronische Erkrankungen, ≥ 5 Arzneimittel) regelhaft eine umfassende Erfassung und kritische Medikationsbewertung (inklusive der Selbstmedikation durch den Patienten) durchgeführt werden: Indikation, Kontraindikationen, Wirkstoffauswahl, Dosierung, Interaktionspotenzial, korrekte Anwendung/Einnahme, erforderliches Monitoring, Therapieprobleme, neu aufgetretene Erkrankungen und Komplikationen (möglicherweise als Folge oder Nebenwirkung eines Arzneimittels?) und – nicht zu vergessen – persönliche Ziele und Prioritäten des Patienten.

Verschiedene frei zugängliche Instrumente können Sie bei der Verordnungsanalyse und -entscheidung unterstützen (z. B. Medication Appropriateness Index [MAI], START-STOPP-

Kriterien, Priscus-, Beers- bzw. Fortaliste etc.) [11].
Ein regelmäßig aktualisierter Medikationsplan erleichtert Behandlern und Patienten die Übersicht.

Therapieallergene

Gemäß den konsentierten Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer spezifischen Immuntherapie [12] soll bei der Präparateauswahl das aktuell bevorstehende Ende der Übergangsregelung der Therapieallergen-Verordnung im Jahr 2026 bedacht werden, da gegebenenfalls bei Nicht-Erteilung der Zulassung ein Präparat, mit dem bereits eine Therapie begonnen wurde, nach dem Ende der Übergangsregelung nicht mehr verfügbar sein könnte. Um mögliche Therapieabbrüche zu vermeiden, wird ein Einsatz von zugelassenen Therapieallergenen bei Neueinstellungen unter Berücksichtigung des Anwendungsgebietes empfohlen, sofern zugelassene Therapieallergene mit gleichem Applikationsweg zur Verfügung stehen.

Frühe Nutzenbewertung

Neue Arzneimittel, für die noch kein Ergebnis zur frühen Nutzenbewertung des G-BA vorliegt und kein Erstattungsbetrag vereinbart wurde, sollten nur zurückhaltend eingesetzt werden. Die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung sind beim G-BA oder in der Verordnungssoftware einsehbar.

- ➔ www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/
- ➔ Mehr Informationen zum Thema erhalten Sie auch auf der Homepage der KVBW unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Frühe Nutzenbewertung

Gezielter Einsatz von transdermalen Opioiden

In der Regel kann eine Schmerztherapie mit oralen Präparaten durchgeführt werden, transdermale Opioide sollten zielgerichtet eingesetzt werden. Für die Therapie mit transdermalen Opioiden gelten im Rahmen einer guten Versorgungsqualität folgende patientenbezogene Aspekte als Voraussetzung:

- Chronische Schmerzen und ein stabiler Opioidbedarf, also ohne starke Schwankungen der Schmerzintensität während des Tages und in der Nacht [13].
- Schluckbeschwerden oder gastrointestinale Malabsorption. Dies gilt im Speziellen während der Palliativversorgung oder bei Tumoren im Gesichts- und Halsbereich sowie des Gastrointestinaltrakts. Hier kann die orale Einnahme von Medikamenten erschwert oder unmöglich sein. Eine invasive Applikation von Opioiden kann bei diesen Patienten vermieden werden, sodass sie unabhängig von stationären oder zusätzlichen ambulanten Schmerzbehandlungen bleiben können [14].

Cave: Pflaster sind mit deutlich mehr Wirkstoffmengen beladen als die auf der Packung ausgewiesenen Wirkstärken. Daher ist ein hohes Missbrauchs- und Unfallpotenzial gegeben. Bei der Erstverordnung sollte immer die kleinste Einheit verordnet werden. Dies gilt insbesondere bei bislang nicht bekannten Patienten.

- ➔ Bitte beachten Sie die allgemeinen Hinweise zum Abhängigkeitspotenzial auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch im Verordnungsforum 57.

Lipidsenker (Bempedoinsäure, Inclisiran)

Statine sind nach Ausschöpfung nichtmedikamentöser Maßnahmen weiterhin Arzneimittel der ersten Wahl zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen. Bei nicht ausreichender Wirksamkeit sollte zunächst Ezetimib ggf. in Kombination mit einem Statin eingesetzt werden.

Mit Bempedoinsäure (Nilemdo® bzw. Nustendi® als Fixkombination mit Ezetimib) und Inclisiran (Leqvio®) sind seit wenigen Jahren zwei weitere Lipidsenker verfügbar. In den frühen Nutzenbewertungen des G-BA hat sich für die Wirkstoffe jeweils kein Beleg für einen Zusatznutzen ergeben [15]. Die Kosten einer Therapie mit Bempedoinsäure liegen deutlich höher als die einer Standardtherapie mit Statinen. Bempedoinsäure sollte deshalb erst nach Ausschöpfung kostengünstiger und zweckmäßiger Optionen zum Einsatz kommen. Für die Verordnung des ebenfalls mit hohen Kosten verbundenen PCSK-9-Synthesehemmers Inclisiran (Leqvio®) wurde vom G-BA wie schon zuvor für die beiden PCSK-9-Inhibitoren Evolocumab und Alirocumab eine Verordnungseinschränkung in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen (Nr. 35a, b und c) [16].

→ Ausführliche Informationen hierzu finden Sie im [Verordnungsforum 62](#).

Die Verordnungszahlen von Lipidsenkern sind in den letzten Jahren stetig angestiegen. Mit zu dieser Entwicklung beigetragen haben einerseits sehr ambitionierte Leitlinienempfehlungen für Gesamtcholesterin- und LDL-Grenzwerte. Aber auch die breite Verfügbarkeit von vergleichsweise kostengünstigen Statinen hat eine Zunahme der Verordnungen begünstigt. Besonders in der **Primärprävention** ist der zunehmende Einsatz von Lipidsenkern auf Grundlage einer isolierten Betrachtung von Gesamtcholesterin- oder LDL-Wert kritisch zu hinterfragen. Ausreichende wissenschaftliche Belege für die Vorteile einer Therapie unter Orientierung an den derzeit in Leitlinien empfohlenen Grenzwerten liegen bisher nicht vor. Der primärpräventive Einsatz von Lipidsenkern sollte deshalb auf die in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie genannten Konstellationen beschränkt werden. Insbesondere ist vor der

Verordnung eines Lipidsenkers das individuelle kardiovaskuläre Risiko anhand eines geeigneten Risikokalkulators zu ermitteln. Nur wenn sich dabei ein Risiko von mehr als 10 % / 10 Jahre ergibt, können Lipidsenker in der Primärprävention zulasten der GKV verordnet werden.

In der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sind Statine nach wie vor Mittel der ersten Wahl.

→ [Konsentierete Kriterien einer wirtschaftlichen medikamentösen Therapie der Fettstoffwechselstörungen finden Sie auch auf der Homepage der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg: \[www.gpe-bw.de/facharztgruppen\]\(http://www.gpe-bw.de/facharztgruppen\) \[17\]](#)

Verordnung von BCR-ABL1-Tyrosinkinase-Inhibitoren

Asciminib, Bosutinib, Dasatinib, Imatinib, Nilotinib und Ponatinib gehören zur Wirkstoffgruppe der BCR-ABL1-Tyrosinkinase-Inhibitoren (Multikinase-Inhibitoren). Bei der Wirkstoffauswahl aus dieser Gruppe sollen **unter Beachtung der zugelassenen Indikation** vorrangig solche Wirkstoffe zum Einsatz kommen, die generisch zur Verfügung stehen. Die Behandlungskosten von patentgeschützten BCR-ABL1-Tyrosinkinase-Inhibitoren liegen um ein Vielfaches höher als die der Generika.

Bei folgenden Wirkstoffen ist der Patentschutz für einzelne Indikationen ausgelaufen: Bosutinib, Dasatinib, Imatinib und Nilotinib.

Asthma/COPD

Die Behandlung des Asthma bronchiale erfolgt mit inhalativen Glukokortikoiden, Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika. Diese Wirkstoffe sind vorrangig zu verwenden. Zur medikamentösen Therapie der COPD werden inhalative Glukokortikoide, Anticholinergika, Beta-2-Sympathomimetika sowie PDE-4-Inhibitoren (Roflumilast, Reservetherapeutikum) eingesetzt.

Aufgrund der deutlich höheren Verordnungskosten soll unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots der Einsatz von Biologika in beiden Indikationsgebieten ausschließlich auf Basis der entsprechenden Fachinformation leitliniengerecht erfolgen.

neu

Diabetes mellitus Typ 2

Für die Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 stehen verschiedene Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen zur Verfügung. Durch die Vielzahl an möglichen antidiabetischen Arzneimitteln ist die Auswahl einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Therapie herausfordernd. Arzneimitteltherapien, die den Behandlungskriterien des Leitfadens „Typ-2-Diabetes-konsenterte Hinweise zur wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung von Nicht-Insulinen bei Erwachsenen“ entsprechen, gelten in der Regel als wirtschaftlich.

Insbesondere die Verordnung der kostenintensiven GLP-1-Rezeptoragonisten sollte danach besonderen Patientenkongstellationen vorbehalten sein.

Der Einsatz von GLP-1-Rezeptoragonisten zur alleinigen Gewichtsabnahme ist keine Kassenleistung.

→ Sie finden die ausführliche Fassung der konsentierten Hinweise auf der Homepage der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg: <https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen> [18].

neu

Denosumab-Biosimilars

Denosumab wird sowohl in der Osteoporosetherapie als auch zur Prävention von Knochenkomplikationen bei Krebserkrankungen oder zur Behandlung von Knochenmetastasen eingesetzt. Mehrere Denosumab-haltige Biosimilars haben für diese Indikationen bereits eine arzneimittelrechtliche Zulassung erhalten und werden voraussichtlich im Laufe des Jahres 2026 im Markt zur Verfügung stehen. Somit können zukünftig in den genannten Therapiebereichen durch die Verordnung von Biosimilars – bevorzugt rabattierter Produkte – wesentliche Einsparpotenziale generiert werden. Die Zulassung der jeweiligen Arzneimittel gemäß Fachinformation ist zu beachten.



Verordnung von Neurokinin-Antagonisten zur Behandlung von Beschwerden in der Menopause

Der nicht-hormonale Wirkstoff Fezolinetant (Veoza®) ist zugelassen zur Behandlung von moderaten bis schweren vasomotorischen Symptomen, die mit der Menopause assoziiert sind. Angesichts der Ergebnisse der frühen Nutzen-

bewertung des G-BA [19] stellt das Arzneimittel lediglich eine Reservetherapieoption dar für Frauen, die für eine Hormontherapie nicht in Frage kommen oder die sich nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung gegen eine Hormontherapie entschieden haben. Im Januar 2025 hat das BfArM einen Rote-Hand-Brief [20] zu möglichen Leberschäden durch Fezolinetant veröffentlicht.

Literatur

- [1] Anlage zur Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Novartis Pharma GmbH zum Arzneimittel Entresto® (Wirkstoffkomplex: Sacubitril/Valsartan)
- [2] Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Nationale Versorgungseitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, Version 4.0, 2023 [cited: 2024-10-28]. doi: 10.6101/AZQ/000510.
- [3] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin. Arzneiverordnung in der Praxis 2020; 47(1-2): 62–5
- [4] Abhängig von Pregabalin (Lyrica). arznei-telegramm 2012; 43: 71–2
- [5] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Information zu Pregabalin und Gabapentin: Berichterstattung in den Medien zu Todesfällen. <https://www.akdae.de/arzneimittelsicherheit/drug-safety-mail/newsdetail/drug-safety-mail-2024-12>
- [6] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Venöse Thromboembolien und kombinierte hormonale Kontrazeptiva (Stand 23.02.2024)
- [7] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Moderne Empfangnisregelung. Verordnungsforum 2022; 43 (2., aktualisierte Auflage, Oktober 2022)
- [8] Rosien U: Deprescribing PPI: Weniger Protonenpumpeninhibitoren-Verordnung ist möglich! Arzneiverordnung in der Praxis 2019; 46(3-4): 114–8
- [9] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Beschluss Neubewertung Erenumab (21.10.2021). <https://www.g-ba.de/beschluesse/5066/>
- [10] § 29 Absatz 2 Bundesmantelvertrag Ärzte
- [11] Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Leitlinie Multimedikation – Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten, Version 2.00 vom 05.05.2021, AWMF-Register-Nr. 053-043
- [12] Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg (GPE): Konsentiertere Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer spezifischen Immuntherapie (Stand: 30.10.2025). <https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen/hno-aerzte/allergenspezifische-immuntherapie-ait>
- [13] Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. et al.: Leitlinie – Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS), 2. Aktualisierung, 2020, AWMF-Register-Nr. 145/003
- [14] Gerbershagen HJ, Dagtekin O, Sabatowski R: Opiode – wann welche Applikationsform? Arzneimitteltherapie 2007; 25: 374–82
- [15] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Arzneimittel-Richtlinie/Anlage XII: Beschluss Bempedoinsäure vom 15.04.2021; Beschluss Bempedoinsäure/Ezetimib vom 15.04.2021; Beschluss Inclisiran vom 15.07.2021
- [16] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): AM-RL Anlage III
- [17] Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg (GPE): Fettstoffwechselstörungen – konsentiertere Kriterien einer wirtschaftlichen medikamentösen Therapie (Stand: 06.03.2025). <https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen/allgemeinmediziner/fettstoffwechselstoerung>
- [18] Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg (GPE): Therapie des Typ-2-Diabetes. <https://www.gpe-bw.de/facharztgruppen/allgemeinmediziner/therapie-des-typ-2-diabetes>
- [19] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Arzneimittel-Richtlinie/Anlage XII: Beschluss Fezolinetant (Vasomotorische Symptome (VMS), mit der Menopause assoziiert) vom 01.08.2024
- [20] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Rote-Hand-Brief zu Veoza (Fezolinetant) (13.01.2025): Risiko für arzneimittelbedingten Leberschaden und neue Empfehlungen zur Überprüfung der Leberfunktion vor und während der Behandlung

Arzneimittel zur Tabakentwöhnung – was ist bei der Verordnung zu beachten?

Gemäß § 34 Absatz 2 SGB V haben gesetzlich Versicherte, bei denen eine bestehende schwere Tabakabhängigkeit festgestellt wurde, Anspruch auf eine einmalige Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung. Bereits im Jahr 2021 wurde durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) die rechtliche Grundlage dafür geschaffen, aber erst durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), welcher Mitte August 2025 in Kraft trat, wurden die konkreten Voraussetzungen für eine Verordnung dieser Arzneimittel zulasten der GKV definiert. Der Text wurde in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg erstellt.

Verordnungsfähig sind nach § 14a der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sowie der neu eingeführten Anlage IIa alle marktverfügbaren Arzneimittel mit den Wirkstoffen **Nicotin** und **Vareniclin**, die zur Raucherentwöhnung zugelassen sind. Nicotinhaltige, apothekenpflichtige Arzneimittel als Nicotinersatztherapie (in Form von Pflastern, Kaugummis, Sprays oder Lutschtabletten) können körperliche Entzugserscheinungen lindern [1]. Der verschreibungspflichtige Wirkstoff Vareniclin (Champix® und Generika) verringert ebenfalls Entzugserscheinungen und unterstützt nachweislich, rauchfrei zu werden. Vom bisher gültigen vollständigen Verordnungsauusschluss für Arzneimittel, die überwiegend zur Raucherentwöhnung dienen (Lifestyle-Arzneimittel, Anlage II AM-RL), wurde durch Änderung der AM-RL daher für die beiden Wirkstoffe Nicotin und Vareniclin eine Verordnungsfähigkeit im Ausnahmefall festgelegt. Der Verordnungsauusschluss gilt weiterhin für Bupropion und Cytisin, da die erforderlichen Daten nicht vorgelegt wurden, sodass der Nutzen der Arzneimitteltherapie bei schwerer Tabakabhängigkeit nicht beurteilt werden konnte. Von einer Verordnung ausgenommen ist außerdem eine Kombination der Wirkstoffe Nicotin und Vareniclin, während die Kombination unterschiedlicher Darreichungsformen eines Wirkstoffes möglich ist [2].

Voraussetzung für eine Verordnung von Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung ist zunächst, dass eine bestehende **schwere Tabakabhängigkeit** vorliegt und diagnostiziert wird (§ 14a Absatz 3 AM-RL). Dies erfolgt auf der Grundlage der

Kriterien nach ICD-10-GM für die Diagnose F17.2 sowie einer Selbsteinschätzung der Versicherten mithilfe des Fagerström-Tests für Zigarettenabhängigkeit (ab einem Ergebnis von mindestens 6 Punktwerten ist eine bestehende schwere Tabakabhängigkeit anzunehmen, siehe Infobox). Dies gilt auch, wenn trotz bestehender Risikokonstellationen (z. B. COPD/Asthma, kardiale oder kardiovaskuläre Erkrankungen, Schwangerschaft) eine Abstinenz nicht gelingt [2].



Fagerström-Test zur Ermittlung der Zigarettenabhängigkeit

1. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

- | | |
|--|----------|
| ☐ Innerhalb von 5 Minuten | 3 Punkte |
| ☐ Innerhalb von 6 bis 30 Minuten | 2 Punkte |
| ☐ Innerhalb von 30 bis 60 Minuten | 1 Punkt |
| ☐ Es dauert länger als 60 Minuten | 0 Punkte |

2. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z. B. in der Kirche, in der Bibliothek, im Kino usw.), das Rauchen sein zu lassen?

- | | |
|-------------------------------|----------|
| ☐ Ja | 1 Punkt |
| ☐ Nein | 0 Punkte |

3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

- | | |
|--|----------|
| ☐ Die erste am Morgen | 1 Punkt |
| ☐ Andere | 0 Punkte |

4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?

- | | |
|--------------------------------|----------|
| ☐ > 30 | 3 Punkte |
| ☐ 21–30 | 2 Punkte |
| ☐ 11–20 | 1 Punkt |
| ☐ 0–10 | 0 Punkte |

5. Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Erwachen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

- | | |
|-------------------------------|----------|
| ☐ Ja | 1 Punkt |
| ☐ Nein | 0 Punkte |

6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

- | | |
|-------------------------------|----------|
| ☐ Ja | 1 Punkt |
| ☐ Nein | 0 Punkte |

Auswertung: 0–2 Punkte: geringe Abhängigkeit; 3–5 Punkte: mittlere Abhängigkeit; 6–7 Punkte: starke Abhängigkeit; 8–10 Punkte: sehr starke Abhängigkeit [3]

Darüber hinaus ist es zwingend erforderlich, dass der Patient zum Zeitpunkt der Verordnung an einem **evidenz-basierten Programm zur Tabakentwöhnung** teilnimmt und einen geeigneten Nachweis mit Bezeichnung, Dauer und geplantem Ende, z. B. durch Vorlage der Anmeldung oder einer Teilnahmebescheinigung, erbringt. Solche Programme werden als Online- oder Präsenzkurse angeboten und müssen von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifiziert sein. Diese ZPP wurde seitens der gesetzlichen Krankenkassen als Kooperationsgemeinschaft gegründet, um dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 20 SGB V, Leistungen zur Prävention anzubieten, nachzukommen [4]. Alternativ kann auch mittels einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) ein Programm zur Tabakentwöhnung absolviert werden [1]. Bisher sind im Verzeichnis nach § 139e SGB V beim BfArM zwei zulasten der GKV verordnungsfähige DiGA zur Tabakentwöhnung gelistet: die NichtraucherHelden-App und Smoke Free – Rauchen aufhören [5]. (Weitere Informationen finden Sie in unserem DiGA-Artikel im Verordnungsforum 67 [6].)

Die übliche Therapiedauer beträgt gemäß den Angaben der Fachinformationen der zugelassenen Arzneimittel zur Tabakentwöhnung zwölf Wochen [7]. Innerhalb dieser Zeit soll das Rauchen reduziert und nach dem Ende der Behandlungsdauer ganz aufgegeben werden. Eine weiterführende Anwendung über die Therapiedauer von drei Monaten hinaus kann lediglich in besonderen Ausnahmefällen zweckmäßig und notwendig sein, wenn das Rauchen zwar reduziert, aber (noch) nicht komplett aufgegeben werden kann, oder um die erreichte Abstinenz aufrechtzuerhalten. Eine mehr als sechs Monate dauernde regelmäßige Anwendung wird nicht empfohlen, könnte aber bei Vorliegen einer besonderen, individuellen Ausnahmesituation plausibel sein. Bei Unverträglichkeit des zuerst verordneten Arzneimittels zur Tabakentwöhnung gilt die Umstellung auf ein neues Arzneimittel zur Tabakentwöhnung als Teil der begonnenen Behandlung, d. h. der Behandlungszeitraum von 12 Wochen beginnt nicht von vorne. Eine erneute Versorgung ist frühestens nach drei Jahren möglich [1].

Fazit

- Für Patienten mit einer schweren Tabakabhängigkeit können Arzneimittel mit den Wirkstoffen Nicotin (auch in Kombination unterschiedlicher Darreichungsformen) oder Vareniclin verordnet werden.
- Die Diagnosestellung der schweren Tabakabhängigkeit erfolgt auf der Grundlage der Kriterien nach ICD-10-GM für die Diagnose F17.2 sowie einer Selbsteinschätzung der Patienten mithilfe des Fagerström-Tests mit mindestens 6 Punkten oder wenn trotz bestehender Risikokonstellationen (z. B. COPD/Asthma, kardiale oder kardiovaskuläre Erkrankungen, Schwangerschaft) eine Abstinenz nicht gelingt.
- Die Patienten müssen zum Zeitpunkt der Verordnung an einem evidenzbasierten Programm zur Tabakentwöhnung teilnehmen. Sie müssen die Teilnahme mit Bezeichnung, Dauer und geplantem Ende glaubhaft machen.
- Alternativ kann auch mittels einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) ein Programm zur Tabakentwöhnung absolviert werden.
- Die Behandlungsdauer sollte zwölf Wochen nicht überschreiten.

Literatur

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Anlage IIa zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie (Gesetzliche Verordnungsausschlüsse in der Arzneimittelversorgung und zugelassene Ausnahmen): Anspruch auf Arzneimittel zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung gemäß § 34 Absatz 2 SGB V. <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/430/>
- [2] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: § 14a und Anlage IIa – Arzneimittel zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung (15. Mai 2025). https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11489/2025-05-15_AM-RL_Paragraf-14-a-Anlage-IIa_Tabakentwoehnung_TrG.pdf
- [3] Fagerström KO, Schneider NG: Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989; 12: 159–81
- [4] Zentrale Prüfstelle Prävention. Zertifizierung von Präventionsangeboten. <https://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de>
- [5] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Das DiGA-Verzeichnis. <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis> (abgerufen am 27.11.2025)
- [6] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – Apps auf Rezept. Verordnungsforum 2023; 67: 17–9
- [7] Johnson & Johnson GmbH: Gebrauchsinformation Nicorette® TX Pflaster 25 mg (Stand: September 2019)



Heilmittel-Richtwerte 2026

Für das Jahr 2026 wurden neue Heilmittel-Richtwerte für die verschiedenen Fachgruppen vereinbart. Basis für die Berechnungen waren die tatsächlichen Fallkosten des Verordnungsjahres 2024.

Wie jedes Jahr wurden auch in den diesjährigen Verhandlungen die Preissteigerungen aus dem Jahr 2024 als Aufschlag auf die Richtwerte für 2026 mit den Krankenkassen vereinbart. Etwaige Preissteigerungen, die im Laufe des Jahres 2026 rückwirkend gelten könnten, sind aktuell nicht absehbar. Sollte es zu Preissteigerungen kommen, würden

wir Sie über eine mögliche unterjährige Anpassung der Heilmittel-Richtwerte zu gegebener Zeit unterrichten. Die für das Jahr 2026 geltenden Heilmittel-Richtwerte fallen niedriger aus als die im Vorjahr vereinbarten Werte. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die prüfrelevanten Fallkosten aufgrund der vielfältigen Möglichkeiten (Langfristverordnungen, Verordnungen im Bereich der besonderen Verordnungsbedarfe und der Blankoverordnung im Rahmen der Ergotherapie und Physiotherapie) gesunken sind und somit auch die Richtwerte sinken. Die Anpassung der Richtwerte spiegelt damit das aktuelle Verordnungsverhalten wider.

Prüfgruppen	Bezeichnung Richtwertgruppe	M / F 2026	R 2026
0123 0151	Anästhesisten, Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung	28,08	37,62
0710 0711 0750	FA Chirurgie	15,03	18,07
1920 8050	FA Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte und FA Innere Medizin	10,41	36,50
1937 1957	FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	11,91	17,59
2320 2348 2350	FA Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich Tätige)	27,20	27,20
3810 3814 3850	Nervenärzte Neurologen	20,89	58,29
3815 3816	Psychiater, SP Psychotherapie Psychiater	2,13	6,62
3812 3813 3851	Kinder- und Jugendpsychiater Kinder- und Jugendpsychiater, Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung	14,06	14,06
4110 4111 4150	Neurochirurgen	42,71	49,75
4410 4411 4450	FA Orthopädie	40,74	55,97
4437	FA Orthopädie, SP Rheumatologie	41,32	41,32
6310 6350	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	66,34	94,79

Die Heilmittel-Richtwerte gelten je kurativen Behandlungsfall pro Quartal. Die Aufteilung erfolgt nach Mitgliedern/Familienversicherten (M/F) und Rentnern (R).

Ermächtigte Ärzte erhalten die Richtwerte der jeweiligen Heilmittel-Richtwertgruppe.

Für Facharztgruppen ohne Richtwert wird die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise durch die in der Prüfvereinbarung geregelten Prüfverfahren geprüft.

Wie schon in den vergangenen Jahren gilt auch weiterhin der Grundsatz, dass Verordnungen, die korrekterweise als besonderer Ordnungsbedarf (BVB) gekennzeichnet sind, nicht der regulären Richtwertprüfung unterliegen.

Grundsätzlich sollte auf eine korrekte und übereinstimmende ICD-10-Codierung im Rahmen der Abrechnung, der Patientenakte und beim Ausstellen der Verordnung geachtet werden. Geben Sie eine BVB-Diagnose nur dann an, wenn es aus medizinischer Sicht indiziert ist und alle Voraussetzungen dafür vorliegen.

Diagnosen, die dem langfristigen Heilmittelbedarf zugeordnet sind, sind generell nicht Gegenstand einer möglichen statistischen Heilmittel-Richtwertprüfung. Ebenso unterliegen Blankoverordnungen nicht der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung. Diese Kosten fließen somit nicht in das Heilmittel-Richtwertvolumen der Praxis ein.

Hinweise und Erläuterungen zu den gesetzlichen Vorgaben und Vereinbarungen in der Heilmittelversorgung bezüglich der besonderen Ordnungsbedarfe und des langfristigen Heilmittelbedarfs sowie zu Blankoverordnungen finden sich in der Broschüre „**Heilmittel richtig verordnen**“ vom Dezember 2020 (Neuaufgabe 2026).

➔ Weitere Informationen finden Sie hier: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Heilmittel » Richtwerte

Heilmittelvereinbarung 2026

Die KVBW konnte mit den Krankenkassen für das Jahr 2026 ein Ausgabenvolumen für Heilmittel in Höhe von **1.496.736.129 €** Euro für Baden-Württemberg vereinbaren.

Für das Jahr 2026 wurden auch im Heilmittelbereich Ziele vereinbart. Die sanktionsfreien Zielvereinbarungen wurden unter fachlichen Gesichtspunkten erneuert. Diese dienen zur Orientierung und wirtschaftlichen Steuerung der Verordnungsweise, haben aber keine Konsequenzen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Einhaltung der Ziele erleichtert zugleich die Einhaltung der Heilmittel-Richtwerte. Als Orientierungshilfe lässt Ihnen die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg ab 2026 quartalsweise eine Auswertung zur individuellen Zielerreichung zukommen und informiert über Möglichkeiten zur Einhaltung der Ziele.

➔ Weitere ausführliche Informationen über Heilmittel-Richtwerte, Wirtschaftlichkeitsziele und Heilmittelvereinbarungen finden Sie hier: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Heilmittel

Ergotherapie: Wissenswertes und Neues

Die ambulante Heilmittelversorgung wurde in den letzten Jahren erheblich reformiert. So auch die Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie, die zunehmend einen größeren Stellenwert einnimmt. Dies zeigt sich u. a. in neuen Versorgungsformen sowie an den Ausgaben für Verordnungen im Bereich der Ergotherapie, die sich in den letzten Jahren konstant nach oben entwickelt haben. Vor dem Hintergrund möchten wir Sie mit diesem Artikel bei der indikationsgerechten und wirtschaftlichen Verordnung von ergotherapeutischen Leistungen unterstützen. Dieser Artikel wurde durch den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg und die Landesverbände der Krankenkassen in Abstimmung mit der Redaktion des Verordnungsforums erstellt.

Was ist Ergotherapie?

Ergotherapie dient der Wiederherstellung, Besserung und Erhaltung größtmöglicher Selbstständigkeit im Bereich der Selbstversorgung, Mobilität, der Alltagsbewältigung, Interaktion und Kommunikation. Genutzt werden dazu aktivierende und handlungsorientierte Methoden und Verfahren; Betätigung ist dabei Mittel und Ziel. Ergotherapie umfasst auch Beratung, z. B. zur Wohnraum- und Umfeldanpassung

und zu Hilfsmitteln (§ 35 der Heilmittel-Richtlinie des G-BA).

Eingesetzt in der Ergotherapie werden dabei vielfältige Materialien, z. B. Therapieknete, Holz, Ton, Farbmateriale, Papier/Pappe, Stoff, Spiegel, schriftliche Vorlagen; auch das Training mit Gegenständen aus dem Alltag, Prothesen oder sonstigen Hilfsmitteln ist Inhalt der Ergotherapie.

Im Rahmen der psychisch-funktionellen Behandlung werden Wahrnehmungsübungen wie Übungen zur Körperwahrnehmung, Entspannungstechniken, Rollenspiele, Selbstsicherheitstraining oder Elemente aus der Gestalttherapie genutzt. Die Ergotherapie wird auf Muster 13 als Heilmittel verordnet.

Kostenentwicklung im Heilmittelbereich

Ein wesentlicher Faktor für die Ausgabenentwicklung sind die Preisanpassungen der letzten Jahre im Heilmittelbereich. Gleichzeitig nimmt nach einem Rückgang in den Pandemie-jahren auch die Anzahl der Ergotherapie-Verordnungen [1] wieder zu.

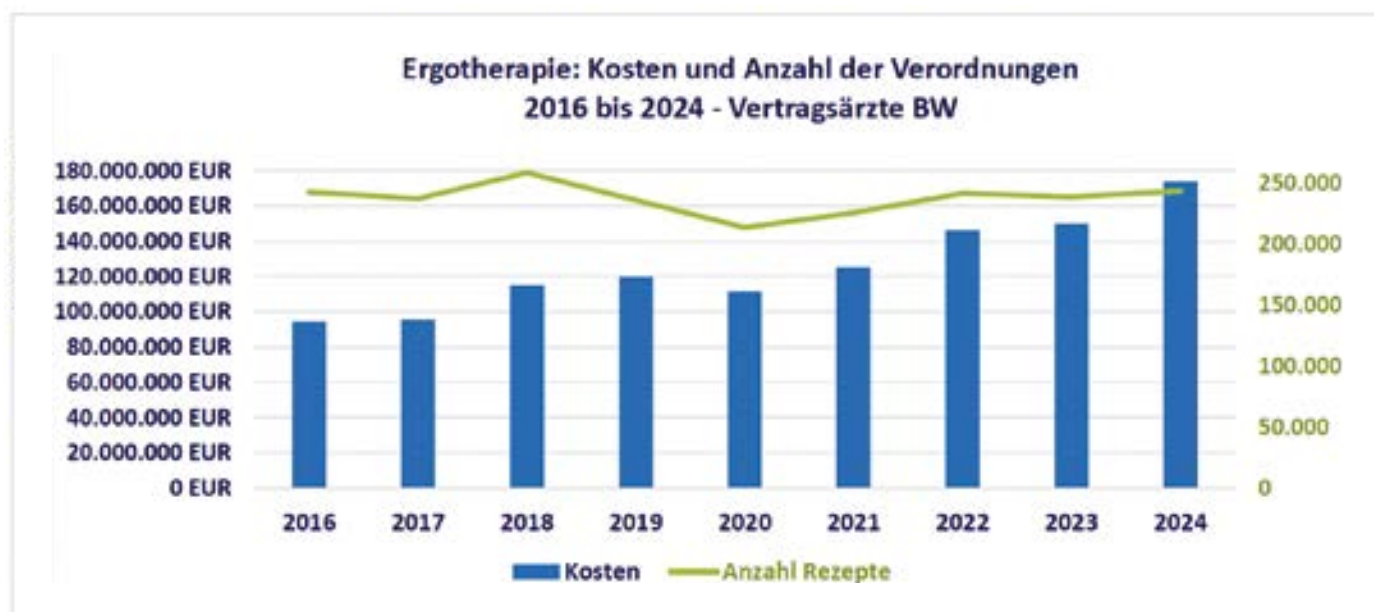


Abb. 1: Ergotherapie-Verordnungen in Baden-Württemberg 2016 bis 2024 [1]

Während die Ergotherapie-Verordnungen bei akutem Behandlungsbedarf (üblicherweise für nicht chronifizierte akute Beschwerden) leicht abnehmen, nimmt die Anzahl der

Verordnungen der besonderen Verordnungsbedarfe (BVB) und des langfristigen Heilmittelbedarfs (LHB) stetig zu [2]. Auch die „Blankoverordnung“ setzt sich zunehmend durch.

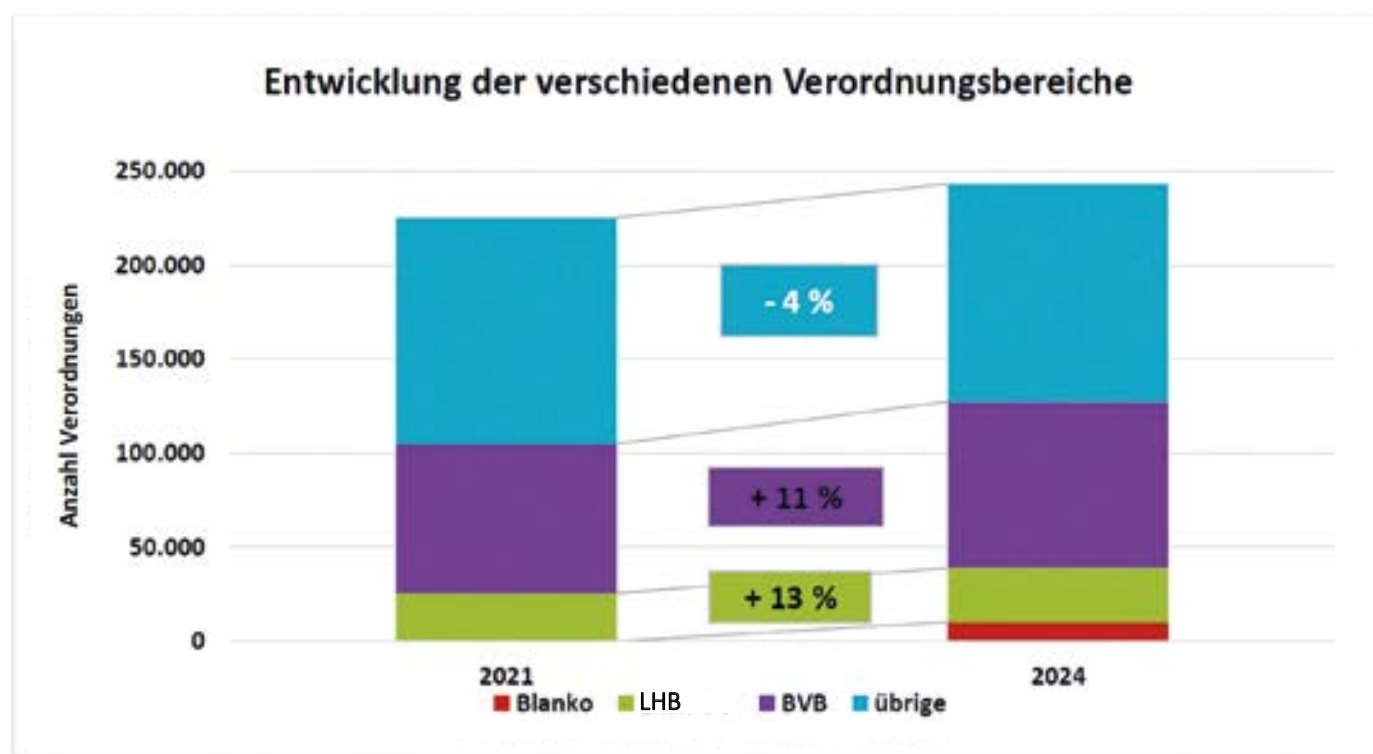


Abb. 2: Ergotherapie-Verordnungen nach Versorgungsbereichen

Ergotherapie in der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Die Verordnung von Ergotherapie ist in der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit dem Heilmittelkatalog [2] geregelt. Liegt eine Indikation, vergleichbar mit den gelisteten Beispieldiagnosen vor, ist die entsprechende Ergotherapie unter Angabe der dort aufgeführten Verordnungsmenge verordnungsfähig.

Folgende Behandlungsmaßnahmen stehen zur Verfügung:

Vorrangige Heilmittel

- Motorisch-funktionelle Behandlung
- Sensomotorisch-perzeptive Behandlung
- Hirnleistungstraining oder neuropsychologisch orientierte Behandlung
- Psychisch-funktionelle Behandlung

Ergänzende Heilmittel

- Thermische Anwendungen (und ergotherapeutische Schiene)

Unterschiede zwischen Ergotherapie und Physiotherapie

Bei der Ergotherapie, z. B. beim Schlaganfallpatienten, liegt der Fokus auf die Wiedernutzung von geeignetem Besteck (Stichwort Einhändermesser) zur Nahrungsaufnahme, das An-/Auskleiden wird trainiert, und die Hilfsmittelversorgung im Wohnumfeld wird überprüft. Über eine Verbesserung der Handlungskompetenz soll die Teilhabe verbessert oder wiederhergestellt werden.

Im Gegensatz dazu liegt der Schwerpunkt der Physiotherapie auf der Therapie der Schädigung der Körperfunktionen und –strukturen sowie der Aktivitäten. Es werden z. B. muskeltonussenkende Techniken eingesetzt, Gelenke mobilisiert und Bewegungsabläufe trainiert.

Der Einbezug von Kontextfaktoren ist für beide Maßnahmen von Bedeutung, wobei in der Ergotherapie noch gezielter Umweltfaktoren in die Therapie und in die Therapieziele miteinbezogen werden.

Diagnostik bei Ergotherapieverordnung (Diagnosegruppen PS1 bis PS4)

Beachten Sie bitte, dass bei Verordnungen mit den Diagnosegruppen PS 1 bis 4 eine (kinder- und jugend-) psychiatrische oder neuropädiatrische Diagnostik gefordert wird.

Die einzelnen Behandlungsmaßnahmen

Motorisch-funktionelle Behandlung (§ 36 der HeilM-RL)

Die motorisch-funktionelle Behandlung wird bei Erkrankungen der Wirbelsäule und der Gelenke eingesetzt, wenn es um die gezielte Therapie der motorischen Funktion geht und damit auch um Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe.

Therapeutische Ziele sind z. B. der Erhalt der Mobilität, der Selbstversorgung (z.B. Kleiden, Waschen), der Haushaltsführung, das Einsetzen von Hilfsmitteln.

Je nach Schwere der Schädigung kann die motorisch-funktionelle Behandlung auch bei Schädigung motorischer Funktionen und des peripheren Nervensystems mit z. B. resultierenden Sensibilitätsstörungen sowie Störung der Geschicklichkeit verordnet und eingesetzt werden. Als Beispiel sei hier die ergotherapeutische Therapie nach handchirurgischen Eingriffen genannt, wo häufig zusätzlich Sensibilitätsstörungen bestehen, oder bei Schlaganfällen mit eher leichteren Krankheitsfolgen zur Verbesserung z. B. des selbstständigen Treppensteigens. Die Behandlungsform kann im Verlauf einer Erkrankung wechseln.

Die Behandlungszeit („Regelleistungszeit“) einer motorisch-funktionellen Behandlung beträgt 45 Minuten (Einzel- wie Gruppenbehandlung).

Sensomotorisch-perzeptive Behandlung (§ 37 der HeilM-RL)

Im Bereich der Ergotherapie ist die sensomotorisch-perzeptive Behandlung die statistisch am häufigsten verordnete Behandlungsform. Diese Behandlung findet Anwendung bei neurologischen Erkrankungen bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern mit Beeinträchtigungen des Zusammenspiels von Sensorik und Motorik, verbunden mit Störungen der Wahrnehmung (Perzeption).

Ziele auf den Ebenen der Aktivitäten und Teilhabe sind hier insbesondere Verbesserungen der Selbstversorgung, der Haushaltsführung und der Mobilität, der Nutzung von Gebrauchs- und Hilfsmitteln.

Die Regelleistungszeit beträgt 60 Minuten (Einzel- und Gruppenbehandlung). Im individuellen Fall, abhängig von der Schwere der Schädigung, der Belastbarkeit und von den aktuellen Zielen kann auch die (kostengünstigere) motorisch-funktionelle Behandlung mit einer kürzeren Behandlungszeit verordnet werden, siehe oben.

Hirnleistungstraining oder neuropsychologisch orientierte Behandlung (§ 38 der HeilM-RL)

Hierbei werden krankheitsbedingte Schädigungen mentaler Funktionen behandelt, um z. B. Beeinträchtigungen in der Erledigung von Aufgaben im Alltag, in interpersonellen Interaktionen und Beziehungen, in der Selbstversorgung zu verbessern oder zu beseitigen.

Hirnleistungstraining wird z. B. eingesetzt, wenn es um Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses oder der Wahrnehmung geht; teilweise mit Einsatz von Therapieprogrammen am PC o. ä.

Verordnet werden kann Hirnleistungstraining auch als Gruppenbehandlung mit den Effekten der Gruppendynamik („Hirnleistungstraining Gruppe“).

Bei dem neuropsychologischen Training steht die individuelle Verbesserung der Schädigung der mentalen Funktion im Vordergrund, auch im psychischen Bereich einschließlich der Einsicht in das Vorliegen krankheitsbedingter Störungen. Neuropsychologisches Training erfolgt ausschließlich als Einzeltherapie.

Eine Festlegung, ob Hirnleistungstraining oder neuropsychologisch orientierte Behandlung durchgeführt werden soll, ist jedoch bei der Verordnung nicht erforderlich, da es sich hier um „ein“ Heilmittel handelt.

Gemeinsame Ziele sind die verbesserte Durchführung von allgemeinen Aufgaben und Anforderungen des täglichen Lebens, verbesserte Interaktionen und Beziehungen sowie Erarbeiten von Kompensationsstrategien. Als Regelleistungszeit gelten 45 Minuten für die Einzeltherapie bzw. 60 Minuten für die Gruppentherapie im Bereich Hirnleistungstraining.

Unterschiede dieser drei Behandlungsmethoden sind der Tabelle 1 zu entnehmen.



Unterschiede der einzelnen Maßnahmen	Motorisch-funktionelle Behandlung	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung	Hirnleistungstraining/-neuropsychologisch orientierte Behandlung	Psychisch-funktionelle Behandlung
Therapie der	motorischen Funktionen mit und ohne Beteiligung des peripheren Nervensystems.	sensomotorischen und perzeptiven Funktionen.	mental, insbesondere kognitiven Schädigungen.	psychosozialen und emotionalen Funktionen.
Typische, in Frage kommende Schädigung/en	Aktive und passive Bewegung, Grob- und Feinmotorik, Schmerz, Haltung, Muskelinsuffizienz, Muskelverkürzung, Kontrakturen, Narbenzüge, Lokale Durchblutungs- und Regulationsstörungen, Sensibilität.	Bewegung, Koordination, Bewegungsmuster; Wahrnehmung, Gleichgewicht, Haltung, Grob-, Fein- und Willkürmotorik, Sehfunktion und Gesichtsfeld.	Kognitive Funktionen: Orientierung, Aufmerksamkeit, Ausdauer, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Denkfähigkeit (Tempo, Inhalt, Abstraktionsvermögen u. a.), Handlungs- und Problemlösefähigkeit.	Quantitatives und qualitatives Bewusstsein, Orientierung zu Raum, Zeit, Person, Antrieb, Aufmerksamkeit Psychomotorische Funktionen wie Tempo, Kontrolle, Funktion, Affektkontrolle, Wahrnehmung, Wahrnehmungsverarbeitung Emotionale Funktion, Denken, Denkinhalte.
Übergeordnetes Ziel: Fokus auf Verbesserung der eigenständigen Lebensführung und Teilhabe				
Ziele:	Verbesserung der Gelenkfunktionen, der Fein-, Grob- und Willkürmotorik, der Bewegungsmuster und damit Wiederherstellung der Mobilität und Geschicklichkeit im Alltag: Fortbewegung, Selbstversorgung (z. B. Kleiden), der Haushaltsführung (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten), der Nutzung von Hilfsmitteln	Verbesserung der Sinneswahrnehmung, der Motorik, der Sinneswahrnehmung, der Geschicklichkeit, der Körperwahrnehmung im Alltag: Bewegung im Alltag, Bewältigung von Aufgaben im Alter wie Nutzung von Gebrauchsgegenständen, der Selbstversorgung (z. B. Kleiden, Waschen), Haushaltsführung (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten), Teilnahme am Gemeinschaftsleben.	Verbesserung der Orientierung, mentaler Funktionen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Wahrnehmung, des Denkens, verbesserte Abstraktionsfähigkeit, Handlungsplanung und damit verbesserte Fähigkeit zur Planung von Routinen im Alltag, Interaktion, zur Mobilität (z. B. Nutzung von Transportmitteln) und Selbstversorgung.	Verbesserung mentaler Funktionen wie Bewusstsein, Orientierung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Abstraktionsfähigkeit, des Einsichts- und Urteilsvermögens und insbesondere psychosozialer Funktionen wie Affektkontrolle, Einsicht, Fähigkeit zur sozialen Interaktion, Eigenverantwortlichkeit, Selbstvertrauen.
Leistungen (Beispiele)	Übungen zur verbesserten Muskel- und Gelenkfunktion, z. B. Dehnübungen, Narbenmassage, Einsatz von z. B. Therapieknete, Theraband, Bälle, therapeutische Spiele, handwerkliches Gestalten usw. Übungen zur verbesserten Sensibilität, z. B. Gegenstände zum ertasten, Stimulation und Desensibilisierung mit taktilen Reizen. Training mit Hilfsmitteln, Training von Alltagsaktivitäten. Beratungen zu Gelenkschutzmaßnahmen, Hilfsmitteln und Wohnumfeld. Einbeziehung von Angehörigen, Betreuungs- und Pflegepersonen auch im häuslichen und sozialen Umfeld.	Übungen auf neurophysiologischer Basis (z. B. Bobath), Übungen zur verbesserten Wahrnehmung, Spiegeltherapie, Imaginieren von Bewegungen, Erlernen von Kompensationstechniken usw. Training mit Hilfsmitteln, Training von Alltagsaktivitäten. Beratung zu Adaptionen des Lebensumfeldes, zu Hilfsmitteln. Einbeziehung von Angehörigen, Betreuungs- und Pflegepersonen auch im häuslichen und sozialen Umfeld.	Übungen zur Verbesserung der Hirnleistung z. B. mit adaptierten Therapien schriftlich oder am PC, Einsatz von therapeutischen Spielen, auch Rollenspielen, Training von Aktivitäten im Alltag (in der Häuslichkeit wie ggf. außerhalb, z. B. im Straßenverkehr). Erlernen von Kompensationsstrategien im Alltag usw. Beratung zu Hilfsmitteln inkl. Alltagshilfsmittel, zu Adaptionen des Lebensumfeldes, Einbeziehung von Angehörigen, Betreuungs- und Pflegepersonen auch im häuslichen und sozialen Umfeld.	Übungen zum Training des Bewusstseins, der Wahrnehmung und basaler kognitiver Leistungen durch z. B. gezielte Konzepte wie „Basale Stimulation“, „Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie (HoDT)“, Training von Aktivitäten wichtiger Lebensbereiche, Nutzung von virtuellen Trainingsprogrammen, Beziehungstraining, z. B. durch Rollenspiele, Selbstsicherheitstraining, Achtsamkeitstraining usw. Beratung zu Hilfsmitteln inkl. Alltagshilfsmittel, zu Adaptionen des Lebensumfeldes, Einbeziehung von Angehörigen, Betreuungs- und Pflegepersonen auch im häuslichen und sozialen Umfeld.
Regelleistungsdauer/Therapiezeit Einzel/ Gruppe	45/30- Min. EB 45/30 Min. GB	60/45 Min. EB 60/ Min. GB	45/30 Min. EB 60/45 Min. GB (nur Hirnleistungstraining)	75/60 Min. EB 120/90 Min. GB
Vergütung (gültig seit 01.10.2025)	Einzel 56,93 Euro Gruppe 19,93 Euro	Einzel 75,91 Euro Gruppe 26,57 Euro	Einzel 56,93 Euro Gruppe 26,57 Euro	Einzel 94,89 Euro Gruppe 46,50 Euro

Tabelle 1: Schädigungen, Ziele und Methoden der Ergotherapie in Auszügen (nach Heilmittelkatalog [3] / Heilmittelrichtlinie [2] / Gemeinsame Rahmenempfehlungen [9]) Abkürzungen: EB = Einzelbehandlung, GB = Gruppenbehandlung

Psychisch-funktionelle Behandlung

Während bei dem Heilmittel „Hirnleistungstraining oder neuropsychologische Behandlung“ die Behandlung kognitiver Störungen im Vordergrund steht, dient die psychisch-funktionelle Behandlung der gezielten Therapie von Schädigungen psychosozialer, emotionaler, psychomotorischer und psychomotorischer Funktionen.

Behandlungsziele sind demzufolge Verbesserung z. B. des Bewusstseins, der Orientierung, der Affektkontrolle, der

Handlungsplanung, aber auch des Gedächtnisses und des Denkens.

Diese Maßnahme kann z. B. im Rahmen von wahnhaften und affektiven Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen einschließlich Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen, bei dementiellen Syndromen oder Suchterkrankungen verordnet werden.

Die Regelleistungszeiten betragen 75 Minuten für die Einzelbehandlung und 105 Minuten für die Gruppenbehandlung.

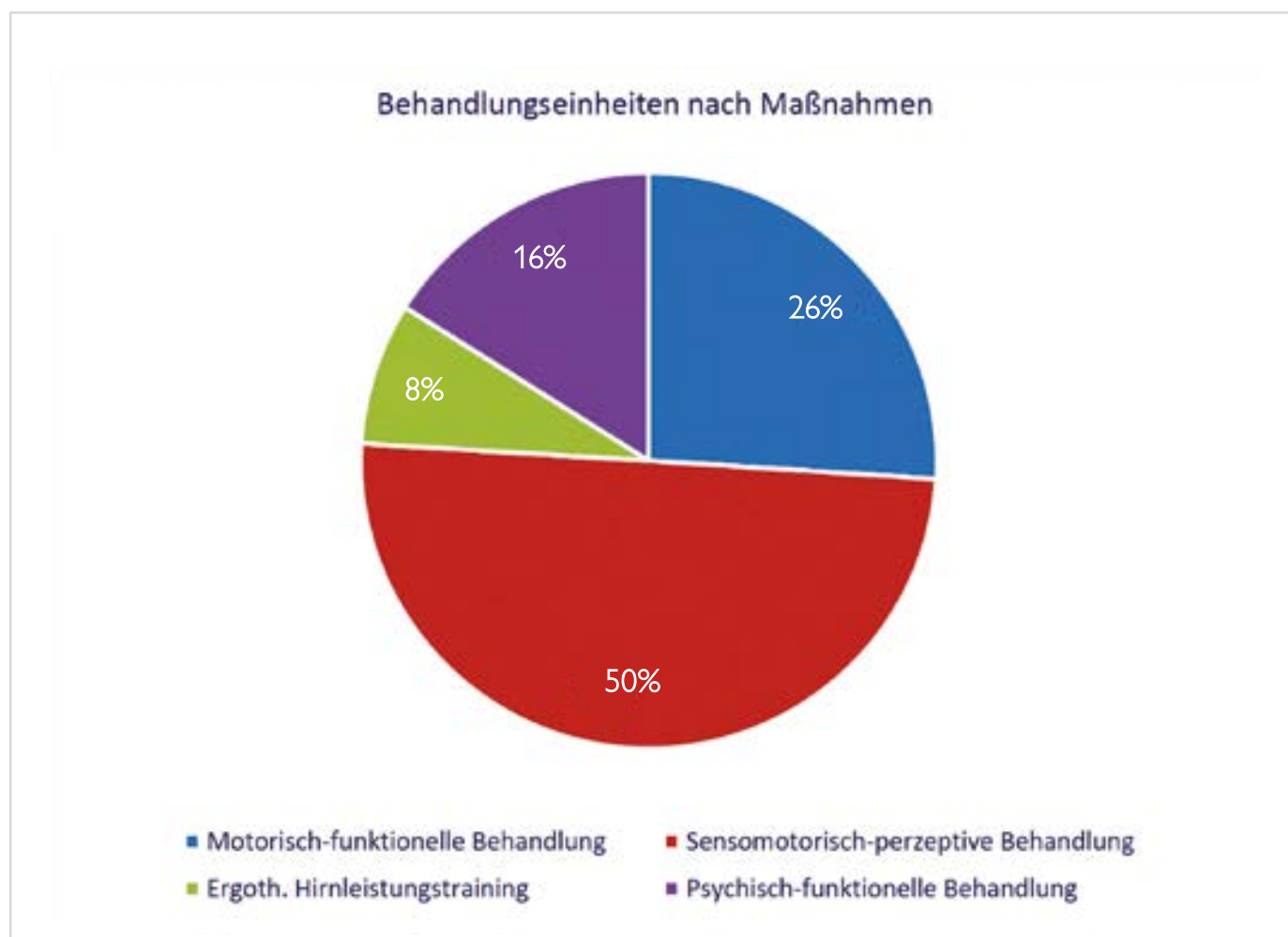


Abb. 3: Verordnung der einzelnen Behandlungsmaßnahmen für 2024

Positive Effekte durch die Gruppentherapie

Mit Ausnahme der neuropsychologisch orientierten Behandlung ist jede in der Heilmittel-Richtlinie beschriebene und im Heilmittelkatalog aufgeführte ergotherapeutische Maßnahme auch als Gruppentherapie möglich – also auch die sensomotorisch-perzeptive und motorisch-funktionelle Behandlung. Voraussetzung ist, dass der Betroffene psychisch und physisch ausreichend belastbar ist und das Ziel der Therapie im Rahmen von Gruppentherapie erreicht werden kann.

Innerhalb einer Gruppe können soziale (Umgang mit Konflikten, Einhalten von Regeln) und emotionale Kompetenzen (Selbst- und Fremdwahrnehmung) sowie die Konzentration und kognitive Fähigkeiten trainiert werden. Auch ist die Motivation des Einzelnen in der Gruppe oft höher. Die Bildung kassenartenübergreifender Gruppen ist möglich.

Gruppentherapie ist auch aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes das Mittel der Wahl: Die Kosten für eine Behandlung in der Gruppe liegen deutlich unter jenen der Einzelbehandlung (z. B. bei sensomotorisch-perzeptiven Störungen: Einzelbehandlung 75,91 Euro, Gruppe 26,57 Euro [4, 5]). Daher sollte Gruppentherapie immer dann verordnet werden, wenn eine Einzelbehandlung nicht zwingend erforderlich ist.

Dennoch spielt die Gruppentherapie bei motorisch-funktionellen und sensomotorisch-perzeptiven Störungen oder als Hirnleistungstraining mit einem Anteil von rund 1 % der Behandlungseinheiten eine kaum wahrnehmbare Rolle. Im Bereich der psychisch-funktionellen Störungen hingegen weist der Anteil an Gruppentherapie mit 7,4 % eine positive Entwicklung auf.

Im Bereich der Ergotherapie ist der Großteil der Leistungen als gruppentherapeutische Maßnahme ordnungsfähig. Diese Therapieform muss von allen Ergotherapiepraxen angeboten werden. Bei der Verordnung ist dazu das Feld „Gruppentherapie“ anzukreuzen.

Sollte die als Gruppentherapie verordnete ergotherapeutische Maßnahme nur als Einzeltherapie durchgeführt werden können, sind die Therapierenden verpflichtet, die

Verordnenden darüber zu informieren. Eine Änderung auf dem Verordnungsvordruck durch den Arzt/die Ärztin ist nicht erforderlich. Diese Aufgabe, einschließlich einer entsprechenden Begründung, obliegt den Therapierenden gemäß Anlage 3 der Heilmittel-Richtlinie.

Verordnungen von Ergotherapie durch Vertragspsychotherapeuten

Seit 1. Januar 2021 können Vertragspsychotherapeuten Ergotherapie – bei psychischen Erkrankungen sowie bei bestimmten Erkrankungen des zentralen Nervensystems und Entwicklungsstörungen – verordnen.

Vertragspsychotherapeuten können Ergotherapie nur in den nachfolgend genannten Fällen verordnen:

- bei einer Erkrankung aus dem Indikationsspektrum der Psychotherapie-Richtlinie, z. B. bei Angststörungen,
- bei einer Erkrankung, bei der eine neuropsychologische Therapie angewendet werden kann – z. B. bei Folgen eines Schlaganfalls oder eines Schädel-Hirn-Traumas in Form von Schädigungen mentaler Funktionen (Näheres zu den Ausschlusskriterien siehe Kasten unten),
- bei allen anderen Diagnosen des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM; der behandelnde Arzt muss informiert werden, und die Verordnung ist bei Bedarf mit ihm abzustimmen.

Vertragspsychotherapeuten können Ergotherapie bei Indikationen verordnen, für die eine neuropsychologische Therapie angewendet werden darf. Zu beachten ist die Richtlinie zu Methoden der vertragsärztlichen Versorgung des G-BA (konkret: Anlage I Nummer 19 § 4).



www.g-ba.de/richtlinien/7

Diagnosegruppen und verordnungsfähige Heilmittel

Maßgeblich für Vertragspsychotherapeuten sind die Diagnosegruppen für psychische Störungen (PS1-4) sowie für Erkrankungen des zentralen Nervensystems und Entwicklungsstörungen (EN1). Nur in diesen Diagnosegruppen können Verordnungen durch Vertragspsychotherapeuten ausgestellt werden. Dabei spiegeln die Gruppen PS1 bis PS3 die Indikationen nach der Psychotherapie-Richtlinie wider, bei den Gruppen PS4 und EN1 sind es die Indikationen der neuropsychologischen Therapie. Die Behandlung kann als Einzel- oder Gruppenbehandlung verordnet werden. Ausnahme: Die neuropsychologisch orientierte Behandlung kann ausschließlich als Einzeltherapie verordnet werden. Alternativ kann bei den beiden Diagnosegruppen PS3 und PS4 eine Blankoverordnung ausgestellt werden. In diesem Fall trifft der Ergotherapeut die Entscheidung über die Maßnahme, die Menge und Intensität der ergotherapeutischen Behandlung (siehe Seite 36).

Zur Verordnung nutzen Vertragspsychotherapeuten das Muster 13 „Heilmittel“. Sie kreuzen darauf das Feld „Ergotherapie“ an und fügen u.a. die behandlungsrelevanten Diagnosen als ICD-10-GM-Code hinzu. Möglich ist auch eine Blankoformularbedruckung. Damit kann die Verordnung direkt aus dem Praxisverwaltungssystem gedruckt werden. Vordrucke können über den Kohlhammer-verlag bestellt werden.

Behandlungsmenge

Für jede Diagnosegruppe sind im Heilmittelkatalog eine Höchstmenge je Verordnung sowie eine orientierende Behandlungsmenge aufgeführt.

Höchstmenge je Verordnung

- PS1, PS4, EN1: jeweils bis zu 10 Einheiten
- PS2 und PS3: jeweils bis zu 20 Einheiten

Die Höchstmenge je Verordnung definiert die Zahl der Behandlungseinheiten, die pro Rezept maximal verordnungsfähig sind. Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sollen sich danach erst einmal vom Fortschritt der Heilmittelbehandlung überzeugen und dann über die weitere Therapie entscheiden und gegebenenfalls eine weitere Verordnung ausstellen.

Behandlungsmenge

Daran sollen sich Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bei ihrer Verordnung orientieren; sie können bei medizinischem Bedarf davon abweichen. In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in der Patientenakte zu dokumentieren (§ 7 Abs. 4 der HeilM-RL).

- PS1–PS4: bis zu 40 Einheiten
- EN1: bis zu 40 Behandlungseinheiten (bis zu 60 Einheiten für Kinder und Jugendliche, längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)

Frequenz

Empfohlen wird die Angabe einer Frequenzspanne von ein- bis dreimal pro Woche. Dadurch können Patienten und Ergotherapeuten die Behandlungstermine flexibel vereinbaren. Alternativ kann auch eine fixe Frequenz festgelegt werden.

Neue Versorgungsform

Blankoverordnung in der Ergotherapie seit 01. April 2024 möglich

Seit 1. April 2024 können Ärzte und Vertragspsychotherapeuten bei bestimmten Diagnosegruppen in den Bereichen der Ergotherapie (SB1, PS3 und PS4) erstmalig Blankoverordnungen ausstellen.

Es handelt sich hierbei um die sogenannte „Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung“.

Die Blankoverordnung ist ausschließlich bei Erkrankungen unter diesen Diagnosegruppen, gemäß Heilmittelkatalog, möglich.

Blankoverordnung durch Ärzte:

- Diagnosegruppe SB1 Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen)

Blankoverordnungen durch Ärzte und Vertragspsychotherapeuten:

- Diagnosegruppe PS3 bei wahnhaften und affektiven Störungen / Abhängigkeitserkrankungen
- Diagnosegruppe PS4 bei dementiellen Syndromen

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

- Eine vertraglich vereinbarte Diagnosegruppe und die Angabe „BLANKOVERORDNUNG“ auf Muster 13 identifizieren eindeutig eine Blankoverordnung.
- Bei der Ausstellung einer Blankoverordnung wird auf bestimmte Angaben (Heilmittel, Anzahl der Behandlungseinheiten und Therapiefrequenz) verzichtet.
- Der Arzt oder Psychotherapeut entscheidet, ob eine Blanko- oder eine konventionelle Verordnung ausgestellt wird. Das Praxisverwaltungssystem (PVS) unterstützt dabei.

- Die Gültigkeit der Blankoverordnung beträgt maximal 16 Wochen ab Ausstellungsdatum. Beginnfrist: 28 bzw. 14 Kalendertage (bei dringlichem Behandlungsbedarf).
- Bei Blankoverordnungen trägt der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit.
- Die Verordnungskosten aus Blankoverordnungen fließen nicht in das Heilmittel-Richtwertvolumen der Praxis ein und unterliegen nicht der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Aktueller Stand zur Blankoverordnung – Anteil Blankoverordnungen bei blankofähigen Diagnosen

Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) gibt es derzeit keine verlässlichen und vollumfänglichen Zahlen zur Verordnungsquote der Blankoverordnung. Insbesondere lange Behandlungszeiträume (16 Wochen) und damit einhergehende „späte“ Abrechnungen sind die Hauptgründe für die derzeit unvollständige Datenlage. Es ist davon auszugehen, dass vollständige Daten für das Jahr 2025 erst im Laufe des Jahres 2026 (2. bzw. 3. Quartal) vorliegen werden.

Ein Jahr nach Einführung der Blankoverordnung im Rahmen der Ergotherapie dürfte die Quote schätzungsweise bei 30% bis 50% liegen.



Abb. 4: Entwicklung von Blanko-VO, Heilmittelverordnungsdaten gemäß Prüfvereinbarung
Baden-Württemberg, Abteilung Verordnungscontrolling beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg

Fazit

- Ziele sind die Verbesserung von Beeinträchtigungen insbesondere in den Bereichen Selbstversorgung, Mobilität, aber auch in den Bereichen Lösung allgemeiner Aufgaben, interpersoneller Interaktion und Beziehungen.
- Auch bei neurologischen Erkrankungen kann motorisch-funktionelle Behandlung ausreichend sein, wenn die Mobilität verbessert werden soll, aber Störungen der Sensibilität, der Körperwahrnehmung oder des Gleichgewichts nicht im Vordergrund stehen (Diagnosegruppen EN1, EN2, EN3).
- Oftmals ist die Therapie auch in Gruppen zielführend und möglich.
- Sofern erforderlich, können Physiotherapie und Ergotherapie gleichzeitig verordnet werden; in diesen Fällen ist die ärztliche Ausrichtung der Verordnung (Diagnosegruppe, Leitsymptomatik) umso wichtiger, um eine sinnvolle Aufteilung vorzunehmen.
- Vertragspsychotherapeuten können bei bestimmten Diagnosegruppen (EN1, PS1 bis PS4) ebenfalls Ergotherapie verordnen.
- Blankoverordnungen unterliegen nicht der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung. Sie sind bei den Diagnosegruppen SB1, PS3 und PS4 möglich. Bei Vertragspsychotherapeuten nur PS3 und PS4.

Literatur

- [1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/ HeilM-RL) in der Fassung vom 05.08.2025
- [2] Anlage 2 Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie und deren Vergütung, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/125_ergo/125_ergotherapie.jsp
- [3] <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>
- [4] Broschüre Ergotherapie richtig verordnen für Psychotherapeuten (April 2024)
- [5] Broschüre Heilmittel richtig verordnen (Neuaufgabe 2025)
- [6] GKV-Spitzenverband: Verträge nach § 125
- [7] BERUFENET der Arbeitsagentur für Arbeit: Ergotherapie (grundständig) - BERUFENET | Bundesagentur für Arbeit
- [8] Anlage 5 Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie und deren Vergütung: Anlage 5 Zulassung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie und deren Vergütung

Sprechstundenbedarf

Änderungen und Ergänzung der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung ab dem 1. Quartal 2026

Wirkstoffliste

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform	Rezeptur	Anmerkung	Änderung
Antiemetika/ Antivertiginosa	Diphenhydramin	Rektal		Rektal: Nur Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bzw. Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen	Rektale Darreichungsform gestrichen, da außer Handel
Antihypertonika	Amlodipin	Oral		<u>Maximal</u> eine N3/ Betriebsstätte und Quartal	Neuaufnahme des Wirkstoffs, nur orale Darreichungsform
Dermatika	Podophyllotoxin 5mg	Extern		<u>Nur</u> wenn eine Erstanwendung laut Fachinformation durch den Arzt erforderlich ist.	Streichung der Milligramm-Angabe
Diagnostika	Methacholin	Inhalativ	X	Nur zur Diagnostik der bronchialen Hyperreaktivität	Neu: Rezepturkreuz, da FAM nicht für alle Arten des Provokationstest geeignet sind.
Antibiotika	Metronidazol	Vaginal		Gynäkologika: weitere Informationen siehe unter „Gynäkologika - Metronidazol“	Die vaginale Darreichungsform wird den Gynäkologika zugeordnet
Gynäkologika	Metronidazol	Vaginal		Siehe Antibiotische Gynäkologika; Vaginalsupp. 1000mg: nur bei erstmaligen Infektionen zur einmaligen Anwendung	Neue Anmerkung
Kontrastmittel	Mannitol	Oral	X		Neuaufnahme des Wirkstoffs
Lokalanästhetika	Lidocain	Parenteral Extern		<u>Externa</u> : Gel, Spray, Lösung, Creme <u>Parenteral</u> : keine Präparate mit Indikation "Neuraltherapie" <u>Ophthalmika</u> : Informationen siehe unter „Ophthalmika - Lidocain“	Erweiterte Anmerkung: Ophthalmika: Informationen siehe unter „Ophthalmika - Lidocain“
Antibiotika	Cefuroxim/-axetil	Parenteral/Oral		<u>Ophthalmika</u> : weitere Informationen siehe unter „Ophthalmika - Cefuroxim“	Neue Anmerkung
Ophthalmika	Cefuroxim/-axetil	Parenteral	X	<u>Intrakameral</u> nur in besonderen Fällen! <u>Ausschließlich</u> Arzneimittel mit Zulassung zur intrakameralen Anwendung	Neu: Rezepturkreuz und erweiterte Anmerkung
Ophthalmika	Fluorescein	Augentropfen/ Augensalbe		Keine Ampullen, da mit der Leistung schon abgegolten (EBM 06334: Fluoreszenz-angiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund)	Wirkstoff wird aus der Anlage 1 gestrichen, da keine FAM für Augentropfen vorhanden und die Ampullen kein SSB sind

Indikationsgruppe	Wirkstoff	Darreichungsform	Rezeptur	Anmerkung	Änderung
Ophthalmika	Phenylephrin	Augentropfen/ Augensalbe	X		Neu: Rezepturkreuz
Ophthalmika	Phenylephrin + Tropicamid	Augentropfen/ Augensalbe	X	Nur zur Anwendung bei Frühgeborenen und Kleinkindern bis zum vollendeten ersten Lebensjahr, nur als Rezeptur erhältlich	Anmerkung wurde gestrichen
Ophthalmika	Tetracain	Augentropfen/ Augensalbe	X	Nur zur Katarakt-Op., auch EDO (z. Zt. nur als Einzelimport erhältlich, z. B. Minims Tetracain EDP)	Neu: Rezepturkreuz Keine Einzelimporte mehr!
Otologika	Glycerin+ Ethanol (+Salicylsäure)	extern	X	Nur als Rezeptur erhältlich	Neu: Die Kombination Glycerin + Ethanol oder die Kombination Glycerin + Ethanol + Salicylsäure sind als Rezeptur verordnungsfähig
Otologika	Miconazol	Ohrentropfen/ Ohrensalbe	X	<u>Nur</u> NRF-Rezepturen, keine Fertigarzneimittel; <u>Nur</u> HNO-Ärzte	Erweiterte Anmerkung
Rezepturen			X	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. Wirtschaftlichkeit: Wenn eine in der Anlage 1 zugelassene Rezeptur mehrfach im Quartal benötigt wird, sollten alle Mengen gemeinsam auf einem einzigen Rezept verordnet werden, sofern die Haltbarkeit der Rezeptur dies zulässt. Im Falle eines Lieferengpasses 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.	Erweiterte Anmerkung zur Wirtschaftlichkeit von Rezepturen: Wirtschaftlichkeit: Wenn eine in der Anlage 1 zugelassene Rezeptur mehrfach im Quartal benötigt wird, sollten alle Mengen gemeinsam auf einem einzigen Rezept verordnet werden, sofern die Haltbarkeit der Rezeptur dies zulässt.

Fortbildungsveranstaltungen bei der MAK

Seminar mit neuer Konzeption: Das große 1x1 der Verordnungen – Arzneimittel, Verbandmittel & Co.

Wie werden Rezepte für Arzneimittel, Verbandmittel, Teststreifen oder enterale Ernährung korrekt ausgestellt? Wo können Sie die geltenden Regelungen und Änderungen schnell nachlesen und wie können Sie sich am besten vor Nachforderungen der Krankenkassen schützen? In diesem Seminar gehen wir auf die wichtigsten Vorgaben in der vertragsärztlichen Verordnung von Arzneimitteln ein. Wir besprechen die Rezeptierung von Ernährungslösungen, Verbandmitteln und Teststreifen und zeigen anhand vieler Praxisbeispiele Lösungen für die häufigsten Fragen der Verordnung auf. Auch die wirtschaftliche Verordnung für Ihre Patienten ist Gegenstand des Seminars. Die Informationen, wie die Hinweise zu Verordnungen in Ihrem PVS richtig zu lesen sind, runden dieses Seminar ab.

Zielgruppe Ärzte

Live-Online-Seminar Mittwoch, 29. April 2026
15:00–18:00 Uhr

Live-Online-Seminar Mittwoch, 7. Oktober 2026
15:00–18:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 69 Euro.

Zielgruppe Mitarbeiter

Live-Online-Seminar Mittwoch, 1. Juli 2026
15:00–17:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 49 Euro.

Seminar mit neuer Konzeption: Das große 1x1 der Verordnungen – Heilmittel, Hilfsmittel & Co.

In diesem Seminar klären wir Sie umfassend über die Grundlagen und Neuerungen bei der Verordnung von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Schutzimpfungen auf. Sie erhalten wertvolle Hilfe und Informationen, wann Sie Heilmittel zulasten der GKV verordnen können und wie Sie die Hilfsmittel-Richtlinie praxisbezogen anwenden. Darüber hinaus zeigen wir, welche

Fallstricke bei der Verordnung von Krankentransport auf Sie lauern und was bei der Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) zu beachten ist. Anhand von Fallbeispielen erhalten Sie viele praktische Tipps, die Ihnen das richtige Ausstellen von Verordnungen im Praxisalltag erleichtern. Das Seminar richtet sich an alle Ärztinnen, Ärzte und Praxismitarbeitende.

Live-Online-Seminar Mittwoch, 17. Juni 2026
15:00–18:00 Uhr

Live-Online-Seminar Mittwoch, 11. November 2026
15:00–18:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 69 Euro.

Online-Seminar „Mittel und Wege: Verordnung von Heilmitteln“

Dieser Onlinekurs dauert ca. 90 Minuten und ist an alle Ärzte und Mitarbeiter gerichtet, die mit der Verordnung von Heilmitteln zu tun haben. Wir haben für Sie die Verordnung von Heilmitteln, die im Handlungsalltag häufig ein zeitaufwändiges Thema darstellt, in diesem Onlinekurs aufbereitet. Im Zentrum stehen dabei die Heilmittel-Richtlinie und die Diagnoseliste für besondere Handlungsbedarfe und den langfristigen Heilmittelbedarf. Sie lernen neben den theoretischen Hintergründen auch, diese wichtigen Nachschlagewerke aktiv anzuwenden. Dabei zeigen wir, welche Heilmittel für den aktuellen Fall geeignet sind, welche Mengen wie häufig verordnet werden dürfen und wie das Rezept ausgestellt wird.

Die Kosten für das Seminar betragen 98 Euro.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen Arzneimittel und Heilmittel – so können Sie Nachforderungen vermeiden

Wirtschaftlichkeitsprüfungen können den Praxisalltag belasten. In diesem Seminar besprechen wir, welche Arten von Prüfungen auf Sie zukommen können. Was können Sie tun, um den Überblick über Ihre Verordnungen zu behalten und Nachforderungen zu vermeiden? Sie machen sich mit den Grundlagen der



Wirtschaftlichkeitsprüfung vertraut. Zu den statistischen Prüfungen im Arzneimittelbereich stellen wir die Arzneimittel-Therapiebereiche vor; die zugeordneten Wirkstoffe und auch die Wirkstoffe außerhalb der statistischen Prüfung. Im Heilmittelbereich erläutern wir die Berücksichtigung der besonderen Verordnungsbedarfe und des langfristigen Heilmittelbedarfs im Rahmen der Prüfung. Sie lernen den Ablauf der Richtwert- und Einzelfallprüfungen kennen und erfahren, wie Sie Prüfungen vermeiden können. Das Seminar richtet sich an Ärztinnen und Ärzte. Bei Interesse können auch erfahrene Mitarbeitende gemeinsam mit ihrer Praxisleitung am Kurs teilnehmen.

Live-Online-Seminar	Freitag, 12. Juni 2026 15:00–18:00 Uhr
Live-Online-Seminar	Freitag, 20. November 2026 15:00–18:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 69 Euro.

Update Impfen

Dieses Seminar bieten wir für nichtärztliche Mitarbeitende an, die für das Impfen in der Praxis verantwortlich sind und ihre Kenntnisse vertiefen und auf den neuesten Stand bringen wollen. Inhalt des Seminars sind aktuelle Hintergrundinformationen zu Impfstoffen, Impfeempfehlungen und Verordnungs- und Abrechnungsmodalitäten. Sie erlernen auch den praktischen Umgang mit der Schutzimpfungs-Richtlinie und der Impfzifferntabelle. Parallel zeigen wir die Regelungen zur Kostenübernahme von Impfstoffen im Detail und erläutern dies auch an praktischen Beispielen. Damit machen Sie sich mit den wichtigsten Eckpfeilern und Rahmenbedingungen des Impfens vertraut – angefangen vom richtigen Impfstoff über die korrekte Verordnung bis hin zur passenden Impfziffer.

Freiburg	Mittwoch, 22. April 2026 15:00–19:00 Uhr
Stuttgart	Mittwoch, 18. November 2026 15:00–19:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 98 Euro.

Fachkraft für Impfmanagement

Dieses Seminar richtet sich an nichtärztliche Mitarbeitende in der Praxis mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung, die mehr über Grundlagen, Management und Praxis des Impfens wissen wollen. Viele Tätigkeiten, die im Rahmen der Erbringung von Impfleistungen anfallen, kann der Arzt an qualifizierte Praxismitarbeiter delegieren. Es werden vertiefte Kenntnisse der medizinischen Grundlagen von Schutzimpfungen vermittelt und detailliert die STIKO-Empfehlungen und die Schutzimpfungs-Richtlinie erläutert.

Weitere Inhalte des Seminars sind die richtige Kommunikation mit den Patienten, die Abrechnung von Impfleistungen und der Bezug sowie die Lagerung von Impfstoffen. Anhand von Beispielen wird gezeigt, wie das Wissen im Praxisalltag angewendet werden kann.

Das Seminar wird gemeinsam mit der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg und dem Verband medizinischer Fachberufe e. V. durchgeführt.

Die Fortbildung besteht aus drei Präsenztagen sowie einer onlinebasierten Selbstlernphase und umfasst eine schriftliche (Multiple-Choice-)Prüfung. Ein Zertifikat zur Fachkraft für Impfmanagement wird nach bestandener Prüfung ausgestellt.

Jeder Kurs umfasst jeweils drei Termine:

Stuttgart	Dienstag, 10. Februar 2026 / Mittwoch, 11. Februar 2026 / Mittwoch, 4. März 2026, 9:00–18:00 Uhr
Stuttgart	Dienstag, 19. Mai 2026 / Mittwoch, 20. Mai 2026 / Mittwoch, 10. Juni 2026, 9:00–18:00 Uhr
Stuttgart	Dienstag, 13. Oktober 2026 / Mittwoch, 14. Oktober 2026 / Mittwoch, 4. November 2026, 9:00–18:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 299 Euro.

Online-Seminar „Hieb- und stichfest: Verordnung von Schutzimpfungen“

Dieser Online-Kurs, der ca. 100 Minuten dauert, richtet sich an alle Ärztinnen, Ärzte und Mitarbeitende in der Praxis, die aktuell oder künftig Impfungen durchführen.

In drei Online-Modulen haben wir für Sie die zahlreichen Facetten der Verordnung von Schutzimpfungen aufbereitet. STIKO, Schutzimpfungs-Richtlinie oder Schutzimpfungsvereinbarung? Endlich einfach erklärt! Wann wird was geimpft, wer trägt die Kosten? Wo finden sich die notwendigen Informationen, um eine Impfung korrekt zu verordnen und abzurechnen? Satzungsleistungen bei Impfungen – was verbirgt sich dahinter? In diesem Kurs erarbeiten Sie sich selbstbestimmt die Antworten auf die kleinen und großen Fragen des Impfalltags.

Zusätzlich haben wir Details zur Verordnungsfähigkeit der zehn gefragtesten Schutzimpfungen zusammengetragen: FSME, Hepatitis A und B, HPV, Influenza, Masern, Meningokokken, Pertussis, Pneumokokken und Varizellen.

– Das Thema COVID-19-Impfungen wird in diesem Kurs nicht behandelt. –

Die Kosten für das Seminar betragen 98 Euro.

Wundmanagement / effektive Wundversorgung in der Praxis

In diesem Seminar geht es um das Thema „Wie können chronische Wunden in der Praxis am effektivsten behandelt werden“. Es wendet sich an die Ärzteschaft und medizinisch erfahrene Praxismitarbeitende. Zunächst geht der Referent Dr. Klare auf die Entstehung des Ulcus cruris, des Dekubitus und des diabetischen Fußes ein. Außerdem werden die Besonderheiten und Möglichkeiten der Versorgung von chronischen Wunden bei diesen Diagnosen angesprochen. Auch die Auswahl des richtigen Verbandstoffs ist Inhalt dieser Veranstaltung. Wir besprechen die Frage, wie die moderne Wundversorgung wirtschaftlich durchgeführt werden kann. Als Ergänzung zum theoretischen Teil werden interessante Fälle aus der Praxis gezeigt und deren mögliche Behandlung besprochen. In einem praktischen Teil wird das Anlegen von Kompressionsverbänden gezeigt und geübt.

Freiburg
Stuttgart

Samstag, 7. März 2026, 9:00–17:00 Uhr
Samstag, 10. Oktober 2026, 9:00–17:00 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 159 Euro.

Verordnungen von Sprechstundenbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr

Bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf gibt es vieles zu beachten. Verträge, Richtlinien und Gesetze ziehen klare Schranken und sorgen immer wieder für Stolperfallen. In diesem Seminar lernen Sie, wie Sie Hindernisse sicher umgehen und Regresse zuverlässig vermeiden. Anhand praktischer Beispiele erfahren Sie, wann und in welcher Form Sprechstundenbedarf zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden kann.

Das Seminar richtet sich an die Ärzteschaft und Praxismitarbeitende, die ihre Kenntnisse in der Verordnung von Sprechstundenbedarf festigen wollen.

Live-Online-Seminar	Donnerstag, 19. März 2026 15:00–17:30 Uhr
Live-Online-Seminar	Freitag, 8. Mai 2026 15:00–17:30 Uhr
Live-Online-Seminar	Donnerstag, 16. Juli 2026 15:00–17:30 Uhr
Live-Online-Seminar	Donnerstag, 15. Oktober 2026 15:00–17:30 Uhr

Die Kosten für das Seminar betragen 49 Euro.

Anmeldung für alle Seminare

Management Akademie der KV Baden-Württemberg (MAK)

Anmeldeformulare auf www.mak-bw.de

Telefon: 0711 7875-3535

Fax: 0711 7875-483888

E-Mail: info@mak-bw.de



Neues auf www.kvbawue.de

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

7. November 2025

Podologische Nagelspangenbehandlung: Preise werden seit Oktober in der Verordnungssoftware angezeigt

Nagelspangenbehandlungen können bei eingewachsenen Zehennägeln (L60.0) bei folgenden Diagnosegruppen

- UI 1 – Unguis incarnatus Stadium 1
- UI 2 – Unguis incarnatus Stadium 2 oder 3

seit dem 1. Juli 2022 als Heilmittel verordnet und von Podologen durchgeführt werden.

Neu: Anzeige von Preisen im Praxisverwaltungssystem (PVS)

Seit dem 1. Oktober 2025 werden die Preise für die Nagelspangenbehandlung in Ihrem PVS angezeigt. Grundlage für die Abbildung der Preise in der Verordnungssoftware ist die Heilmittelpreisstammdatei des GKV-Spitzenverbandes. Hier gibt es neue Heilmittelpositionennummern für die Nagelspangenbehandlung, die erstmals eine Abbildung der Preise in der Verordnungssoftware ermöglichen. Die bisherige Empfehlung der KVBW, beispielsweise Durchschnitts- oder Höchstpreise im PVS selbst zu hinterlegen, gilt damit nicht mehr.

Hintergrund

Im bundesweiten Podologie-Vertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer gab es Anpassungen im komplexen Abrechnungssystem. Daraus resultieren Vereinfachungen in der Leistungsbeschreibung und in der Vergütung dieser podologischen Leistungen. Fünf unterschiedliche Abrechnungspositionen wurden auf zwei reduziert, unabhängig vom

Spangensystem. Erfasst werden dabei neben der therapeutischen Leistung auch die Kosten für die Nagelspange.

Update folgt im Verordnungsforum

Über die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie zur Verordnung und Durchführung von Nagelspangenbehandlungen haben wir im **Verordnungsforum 64 (Januar 2023)** ausführlich informiert. Eine aktualisierte Version zum Thema „Behandlungskosten“ finden Sie in Kürze in einer neuen Ausgabe des Verordnungsforums.

10. November 2025

STIKO-Empfehlung zur Impfung gegen Mpox erweitert

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat ihre Empfehlungen zur Impfung gegen Mpox erweitert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die neuen Regelungen zum 15. Oktober 2025 in der Schutzimpfungs-Richtlinie angepasst.

Änderung bei der Indikationsimpfung

Die wesentliche Änderung besteht darin, dass die Grundimmunisierung bei Menschen mit einem erhöhten Expositionsrisiko bereits ab dem Alter von zwölf Jahren erfolgen kann. Die Impfung erfolgt subkutan mit zwei Impfstoffdosen Imvanex im Mindestabstand von 28 Tagen.

Bei immunkompetenten Personen, die in der Vergangenheit gegen Pocken (Variola major) geimpft worden sind, reicht eine einmalige Impfung aus. Immundefiziente Personen (z. B. HIV-Infizierte) sollen unabhängig von einer Pockenimpfung in der Vergangenheit eine zweimalige Impfung zum Schutz gegen Mpox erhalten.

Änderung bei der beruflichen Indikation

Außerdem wurde die berufliche Indikation zur Impfung gegen Mpox in der Schutzimpfungs-Richtlinie geändert. Sie gilt nun für Personen, welche gezielte Tätigkeiten

mit Mpox-Viren (MPXV) gemäß Biostoffverordnung ausüben (z. B. in Forschungseinrichtungen oder Laboratorien).

Verordnung und Abrechnung des Impfstoffs

Der Impfstoff Imvanex wird **auf den Namen des Patienten** verordnet. Die Abrechnung erfolgt mit der Ziffer 89135 A/B bzw. 89135 V/W bei beruflicher (Reise-)Indikation.

Postexpositionsprophylaxe

Über die Anpassung der Schutzimpfungs-Richtlinie hinaus wurde von der STIKO eine Empfehlung zur postexpositionellen Impfung gegen Mpox veröffentlicht. Postexpositionelle Impfungen werden nach einem Kontakt mit einem Krankheitserreger verabreicht, wenn sie im Einzelfall notwendig sind, um eine absehbare Erkrankung zu verhüten. Die STIKO informiert hierüber in ihrem Epidemiologischen Bulletin.

10. November 2025

COVID-19-Impfstoff Nuvaxovid® JN.1 ab sofort als Fertigspritze bestellbar

Der proteinbasierte, an die Omikron Variante JN.1 angepasste COVID-19 Impfstoff Nuvaxovid® JN.1 des US-amerikanischen Herstellers Novavax kann jetzt als **Injektionsdispersion in einer Fertigspritze** über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bestellt werden. Eine Anpassung an die Virusvariante LP.8.1 ist für Nuvaxovid® bislang nicht vorgesehen.

Der Impfstoff ist für Personen ab zwölf Jahren zugelassen und kann zur Grundimmunisierung und für Auffrischimpfungen eingesetzt werden.

Eine erste Auslieferung des angepassten COVID-19-Impfstoffes Nuvaxovid® JN.1 erfolgte am 17. November. Danach besteht die Bestellmöglichkeit wie gewohnt im wöchentlichen Rhythmus.

Abrechnung der Impfung

Die Abrechnung der Impfleistung erfolgt mit der Ziffer 88346 A/B/R bzw. 88346 V/W/X bei beruflicher (Reise-)Indikation. Für die Impfleistung erhalten Sie eine Grundvergütung. Der Zuschlag für einen Mehraufwand entfällt bei dieser Impfung.

Eine Übersicht mit allen bestell- und lieferbaren COVID-19-Impfstoffen finden Sie bei der KBV.

16. Dezember 2025

Erneute retrospektive Erhöhung der Heilmittel-Richtwerte 2025

Neue Heilmittel-Richtwerte für das Jahr 2025

Die Heilmittel-Richtwerte wurden aufgrund von weiteren Preissteigerungen - nun im Bereich der Podologie und Ergotherapie - erneut angepasst.

Diese neuen, mit den Krankenkassen vereinbarten Richtwerte gelten rückwirkend für alle Verordnungen ab dem 01.01.2025 und werden im Rahmen der Heilmittel-Richtwertprüfung für das gesamte Jahr herangezogen. Die Richtwertprüfung erfolgt damit auf Basis der vollständig an die Preissteigerungen angepassten Richtwerte.

Die aktualisierte Übersicht der Heilmittel-Richtwerte 2025 finden Sie auf unserer Homepage auf der Heilmittel-Themenseite.

Glossar der Abkürzungen

ABL	Abelson murine leukemia viral oncogene
Abs.	Absatz
ACE	angiotensin-converting enzyme
ACEI	angiotensin-converting enzyme inhibitor
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARB	AT ₁ -Rezeptorblocker
AT	Arzneimittel-Therapiebereich
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BCR	breakpoint cluster region
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BVB	besonderer Verordnungsbedarf
COPD	chronisch-obstruktive Lungenerkrankung
COVID-19	coronavirus disease 2019
CRSwNP	chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen
DiGA	digitale Gesundheitsanwendung
DOAK	direktes orales Antikoagulans
doi	digital object identifier
e. V.	eingetragener Verein
EB	Einzelbehandlung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDO	Ein-Dosis-Ophtiole
exRW	außerhalb der Richtwerte
FA	Facharzt
FAM	Fertigarzneimittel
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GB	Gruppenbehandlung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GLP 1	glucagon-like peptide 1
GPE	Gemeinsame Prüfungseinrichtungen
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HIV	humanes Immunodefizienz-Virus

HJ	Halbjahr
HoDT	handlungsorientierte Diagnostik und Therapie
HPV	humanes Papillomvirus
HR	hazard ratio
ICD-10-GM	International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 th revision, German Modification
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LDL	low-density lipoprotein
LHB	langfristiger Heilmittelbedarf
LONTS	Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen
M/F	Mitglieder/Familienversicherte
MAI	medication appropriateness index
MAK	Management-Akademie der KV Baden-Württemberg
MD	Medizinischer Dienst
Mpox	Monkeypox (Affenpocken)
MPXV	Mpox-Virus
MRA	Mineralokortikoidrezeptor-Antagonisten
NRF	Neues Rezeptur-Formularium
PAH	pulmonal-arterielle Hypertonie
PCSK 9	Proteinkonvertase-Subtilisin/Kexin Typ 9
PDE 4	Phosphodiesterase 4
PiRW ^{KV}	praxisindividueller Richtwert auf der Grundlage der der KVBW vorliegenden Verordnungsdaten
PPI	Protonenpumpeninhibitor
pPiRW ^{KV}	projizierter praxisindividueller Richtwert auf der Grundlage der der KVBW vorliegenden Verordnungsdaten
PVS	Praxisverwaltungssystem
R	Rentner
SGB	Sozialgesetzbuch
SP	Schwerpunkt
SpBV	Sprechstundenbedarfsvereinbarung
SSB	Sprechstundenbedarf
START	screening tool to alert to right treatment
STIKO	Ständige Impfkommision
STOPP	screening tool of older persons' prescriptions
VTE	venöse Thromboembolie
ZPP	Zentrale Prüfstelle Prävention

Verordnungsmanagement der KVBW

Fragen zum Thema Einzelverordnungen

Arzneimittel Telefon: 0711 7875-3663
verordnungsberatung@kvbawue.de

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

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

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

Pharmakotherapie-Beratungsdienste

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

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

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

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

Impressum

Verordnungsforum 76
Januar 2026

Herausgeber	KVBW 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, Maximilian Moll, Katrín Oswald, Monica Sørum-Kleffmann, Marco Steimle, Dr. rer. nat. Reinhild Trapp, Tobias Vetter, Dr. med. Michael Viapiano
Autoren KVBW	Giulia Barassi, Stephanie Brosch, Dr. rer. nat. Franziska Leipoldt, Ulrike Meinzer-Haisch, Martina Rahner, Diana Schink-Röhrsheim, Claudia Speier, Dr. rer. nat. Reinhild Trapp
Autoren extern	Carina Kilcher, AOK Baden-Württemberg Tatjana Kobelt, AOK Baden-Württemberg Dr. med. Helen Obermann, MD Baden-Württemberg Dr. med. Petra Schaudt, MD Baden-Württemberg
Erscheinungstermin	Januar 2026
Gestaltung und Realisation	BERNET COMMUNICATION GmbH Heilbronner Straße 326, 70469 Stuttgart
Bildnachweise	1 (und 3, 5): iStock Nr. 2134367155, 3 (und 21): iStock Nr. 1441852195, 3 (und 29): iStock Nr. 1194506964, 19: iStock Nr. 1132204239, 23: iStock Nr. 1397315578, 39: iStock Nr. 1181250354
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