

Verordnungsforum 79

Oktober 2026

Letzte Ausgabe

GKV-Spargesetz: Auswirkungen auf Arzneimittel
Impfungen: Was Sie beachten müssen
Heilmittel: Verordnung bei Rückenschmerzen

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg



Liebe Leserin, lieber Leser,

mit dieser Ausgabe halten Sie das letzte Verordnungsforum in gedruckter Form in den Händen.

Diese Entscheidung fiel uns nicht leicht. Gedruckte Fachinformationen haben nach wie vor ihren Wert. Gleichzeitig zwingen uns die finanziellen Rahmenbedingungen dazu, Ausgaben zu überprüfen. Der Kostendruck, auch durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, macht auch vor der Selbstverwaltung nicht halt. Deshalb werden wir die Themen aus dem Verordnungsforum künftig auf unserer Website konzentrieren. Vor demselben Hintergrund waren wir auch genötigt, die Verträge mit den Pharmakologischen Instituten der Unikliniken Heidelberg und Tübingen zum Ende dieses Jahres und mit den Instituten Embryotox und Reprotox zum 30.06.2027 zu kündigen. Die kompetente Beratung durch diese Experten war sowohl für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als auch für das Team im Verordnungsmanagement eine wichtige Unterstützung, für die ich mich herzlich bedanke.

Unser Anspruch bleibt unverändert: Wir wollen Ihnen praxisnahe, verständliche und verlässliche Informationen für Ihren Versorgungsalltag geben.

Ich danke Ihnen für Ihr langjähriges Interesse am Verordnungsforum und freue mich, wenn Sie uns auf dem neuen Weg weiterhin begleiten.

Viel Freude bei der Lektüre.

Ihr



Dr. med. Karsten Braun, LL. M.

Inhalt

Arzneimittel

5 Prüfgegenstände und Ablauf von Einzelfallprüfungen

14 GKV-Spargesetz: Auswirkungen auf Arzneimittel

17 Schlafmittel: Verordnung mit Grenzen

Impfungen

20 Mit Sicherheit impfen: Anspruch, Kostenübernahme und korrekte Abrechnung

Heilmittel

27 Besonderen Verordnungsbedarfe – korrekte ICD-10-Codierung

30 Rückenschmerz: zwischen Leitlinie und Versorgungspraxis

Veranlasste Leistungen

40 Verordnung von Digitalen Gesundheitsanwendungen

Sprechstundenbedarf

43 Rezepturen für den Sprechstundenbedarf unzulässig

43 Homöopathika: kein Sprechstundenbedarf mehr

44 Verbandmittel-Bestellungen aufmerksam prüfen

Service

46 Neues auf www.kvbawue.de



5 Prüfanträge: Wie sich vor Einzelfallprüfungen schützen

Zur Vorbereitung auf eine potenzielle Einzelfallprüfung und zum Schutz vor Nachforderungen informieren wir Sie über die verschiedenen Prüfarten.



19 Update: Korrekte ICD-10-Codierung

Diagnosen, die im Rahmen der Heilmitteltherapie dem besonderen Verordnungsbedarf (BVB) zugeordnet sind, stehen in der Heilmittel-Richtwertvereinbarung. Aufgrund des Wegfalls der BVB-Plausibilitätsprüfung für die Jahre 2024 und 2025 ist eine Aktualisierung notwendig.



30 Heilmittel: Nichtspezifische Rückenschmerzen

Was beim zielgerichteten Einsatz von Heilmitteln zu beachten ist.

Prüfgegenstände und Ablauf von Einzelfallprüfungen

In den letzten Jahren ist die Anzahl der Prüfanträge durch die Krankenkassen immer weiter gestiegen. Allein im Jahr 2025 wurden insgesamt 7.144 Einzelfallprüfungen eingeleitet. Im Fokus stehen hierbei insbesondere Verordnungen im Off-Label-Use, der Bezug von Impfstoffen auf Namen des Patienten, aber auch eine unwirtschaftliche Verordnungsweise von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Zur Vorbereitung auf eine potenzielle Einzelfallprüfung und zum Schutz vor Nachforderungen informieren wir nachfolgend über die verschiedenen Prüfarten (Tabelle 1), Prüfgegenstände (Tabelle 2) sowie die Abläufe und Handlungsoptionen (Tabelle 3 und 4).

Krankenkassen machen zunehmend von ihrem Recht Gebrauch, Anträge auf Einzelfallprüfung bei vermeintlich unwirtschaftlichen Verordnungen zu stellen [1]. Die Anträge werden von der Gemeinsamen Prüfungsstelle (GPS) geprüft. Wenn das Prüfverfahren zulässig ist, wird es mit Hilfe eines Einleitungsschreibens an die betroffene Praxis eingeleitet.

Für Einzelfallprüfungen gilt eine Verjährungsfrist von insgesamt 30 Monaten. Diese Frist setzt sich aus zwei Teilen zusammen: Die Krankenkassen haben 18 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres, in welchem die Leistung verordnet wurde, Zeit für die Antragstellung. Die Gemeinsame Prüfungsstelle Baden-Württemberg muss den Prüfbescheid innerhalb von weiteren 12 Monaten an die Praxis zustellen.

Im Gegensatz dazu hat die Richtwertprüfung – als statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung – eine Verjährungsfrist von zwei Jahren ab dem Ende des geprüften Verordnungsjahres.

Schutzmechanismen (z. B. Welpenschutz [2], Beratung vor Regress [3, 4]), die bei der Richtwertprüfung greifen, existieren bei den Einzelfallprüfungen nicht. Deshalb gibt es für Praxen, welche von diesen Prüfungen betroffen sind, keinerlei Fallnetze, sodass die Beachtung der gesetzlichen Vorgaben im Einzelfall besonders wichtig ist.

Tabelle 1: Die Prüfarten im Überblick

Prüfart	Hintergrund und Prüfgegenstände
Einzelfallprüfung	„Einzelfall" bedeutet, dass einzelne Verordnungen geprüft werden. Anlass ist der vermutete Verstoß gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit im konkreten Einzelfall. Dies kann unter anderem Arzneimittel, Teststreifen, Verbandstoffe, Heilmittel, Hilfsmittel, DiGA, Impfstoffe und Krankentransporte sowie den Sprechstundenbedarf betreffen.
Richtwertprüfung	Hierbei handelt es sich um eine statistische Jahresprüfung, in der das Gesamt-Verordnungsvolumen einer Praxis (für Arzneimittel und Verbandstoffe einerseits oder Heilmittel andererseits) mit dem praxisindividuell berechneten Richtwertvolumen verglichen und hinsichtlich einer statistischen Auffälligkeit (> 25 % Überschreitung) geprüft wird [5].

Prüfgegenstände von Einzelfallprüfungen

Einzelfallprüfungen können Verordnungen in folgenden Bereichen betreffen:

- Arzneimittel, Teststreifen und Verbandstoffe (siehe Übersicht über Einzelfallprüfanträge bei Arzneimitteln, Teststreifen und Verbandstoffen im Verordnungsforum 78, Seite 10–14) [6, 7]
- Sprechstundenbedarf (siehe häufige Verordnungsfehler und häufige Gründe, die zu einer Wirtschaftlichkeitsprüfung geführt haben, im Verordnungsforum 78, Seite 15–16) [8]
- Impfstoffe: Die Schutzimpfungsvereinbarung sieht vor, dass Krankenkassen bei Nichteinhaltung des vereinbarten Bezugswegs Einzelfallprüfungen durchführen können. Da die Prüfungen zunehmend ausgeweitet werden, ist der korrekte Bezugsweg unbedingt einzuhalten.
- DiGA: Die Krankenkassen prüfen Verordnungen auf Berücksichtigung der im DiGA-Verzeichnis aufgeführten Kontraindikationen und/oder Ausschlusskriterien (siehe Artikel „Verordnung von Digitalen Gesundheitsanwendungen" auf Seite 40).
- Krankentransport: Die Krankenkassen prüfen die Verordnungen dahingehend, ob zum Zeitpunkt der Verordnung ein Anspruch auf Krankenbeförderung gemäß der Krankentransport-Richtlinie vorgelegen hat.

Der Verfahrensablauf einer Einzelfallprüfung

Anlass für eine Einzelfallprüfung ist der vermutete Verstoß gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit im konkreten Einzelfall. Als Einzelfall werden Verordnungen für einzelne Versicherte verstanden, also Verordnungen, die jeweils auf Namen eines GKV-Patienten ausgestellt sind. Es existieren viele Beanstandungsgründe, welche zu einer Einzelfallprüfung führen können. Die häufigsten Gründe sind:

1. Off-Label-Use – Indikation
2. Impfstoffe, die fälschlicherweise auf Namen des Patienten verordnet worden sind
3. Unwirtschaftliche Verordnungsweise (bspw. aufgrund einer fehlenden Vortherapie)
4. Off-Label-Use – Überschreitung der Höchstmenge gemäß Fachinformation
5. Unberechtigtes Setzen von Aut-idem-Kreuzen

1. Das Einleitungsschreiben

Bei einer Einzelfallprüfung wird zunächst ein sogenanntes Einleitungsschreiben der Gemeinsamen Prüfungsstelle (GPS) Baden-Württemberg mit Fristsetzung zur Abgabe einer Stellungnahme versandt. Die Beanstandungsgründe sind dem beigelegten Prüfantrag der Krankenkasse zu entnehmen. Wenn der Arzt das Verfahren sofort beenden möchte (ohne eine Stellungnahme abzugeben), kann er das beigelegte Anerkenntnisschreiben unterzeichnen. Bei Unterschrift wird die Forderung der Krankenkasse akzeptiert. Die Nachforderung wird gebucht und vom nächsten Honorar abgezogen.

2. Stellungnahme des Arztes

Die Stellungnahme erklärt aus ärztlicher Sicht, warum die beanstandete Arzneimitteltherapie verordnet wurde. Die Abgabe einer Stellungnahme wird dringend empfohlen, da sonst der Fall nach Aktenlage entschieden wird und keine patientenindividuellen oder medizinischen Aspekte beachtet werden können. Es besteht mit dem Einreichen einer Stellungnahme keine "Verböserungsgefahr". Im Einleitungsschreiben ist eine Frist für die Abgabe der Stellungnahme enthalten. Bis zu dieser Frist muss die Stellungnahme bei der GPS eingegangen sein, um anerkannt zu werden. Es besteht allerdings die Möglichkeit, eine Fristverlängerung zu beantragen. Diese ist an die GPS zu richten.

3. Der Prüfbescheid der Gemeinsamen Prüfungsstelle (GPS)

Nachdem die Stellungnahme eingereicht worden ist, wird diese von der GPS gesichtet und bei der Festsetzung der Maßnahme bewertet. Im folgenden Verfahrensschritt erstellt die GPS einen Prüfbescheid. Dieser wird entweder mit „keiner Maßnahme“ oder mit einer „Nachforderung“ beschieden. Wird die festgesetzte Nachforderung nicht akzeptiert, kann – im Rahmen eines zweizügigen Verfahrens (siehe Seite 10) – Widerspruch eingelegt werden.

4. Widerspruch und Begründung

Als nächster Schritt kann Widerspruch eingelegt werden. Dieser muss spätestens am Ende der Widerspruchsfrist schriftlich, in elektronischer Form mit einer qualifizierten elektronischen Signatur [9] oder zur Niederschrift den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen zugestellt worden sein. Die Frist von einem Monat für das Einlegen des Widerspruchs ist der Rechtsbehelfsbelehrung des Bescheids zu entnehmen.

Eine Verlängerung der Widerspruchsfrist ist nicht möglich. Die Begründung des Widerspruchs kann allerdings nachgereicht werden.

Beispielschreiben für einen Widerspruch ohne Begründung

Widerspruch gegen den Prüfbescheid der Gemeinsamen Prüfungsstelle Baden-Württemberg vom [DATUM]

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich fristwahrend Widerspruch gegen den Bescheid der Gemeinsamen Prüfungsstelle Baden-Württemberg vom [DATUM] ein. Eine Widerspruchsbegründung wird nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen

[UNTERSCHRIFT MIT ARZTSTEMPEL]

Die Widerspruchsbegründung sollte sachlich, vollständig und detailliert erfolgen. Nur die vorgetragenen Inhalte können bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.

Anschließend erfolgt eine Bestätigung über den Eingang des Widerspruchs sowie eine Anfrage zur persönlichen Erscheinung vor der Beschwerdeausschusskammer, in der über den Widerspruch entschieden wird.

Ein Vorteil der persönlichen Erscheinung besteht darin, dass unmittelbar auf mögliche Fragen der Kammermitglieder eingegangen werden kann. Darüber hinaus kann die Widerspruchsbegründung bis zur Entscheidungsfindung bei Bedarf mündlich ergänzt werden. Bei Verfahren zur bloßen Verordnungsfähigkeit von Sprechstundenbedarf erfolgt keine Anfrage zur persönlichen Erscheinung.

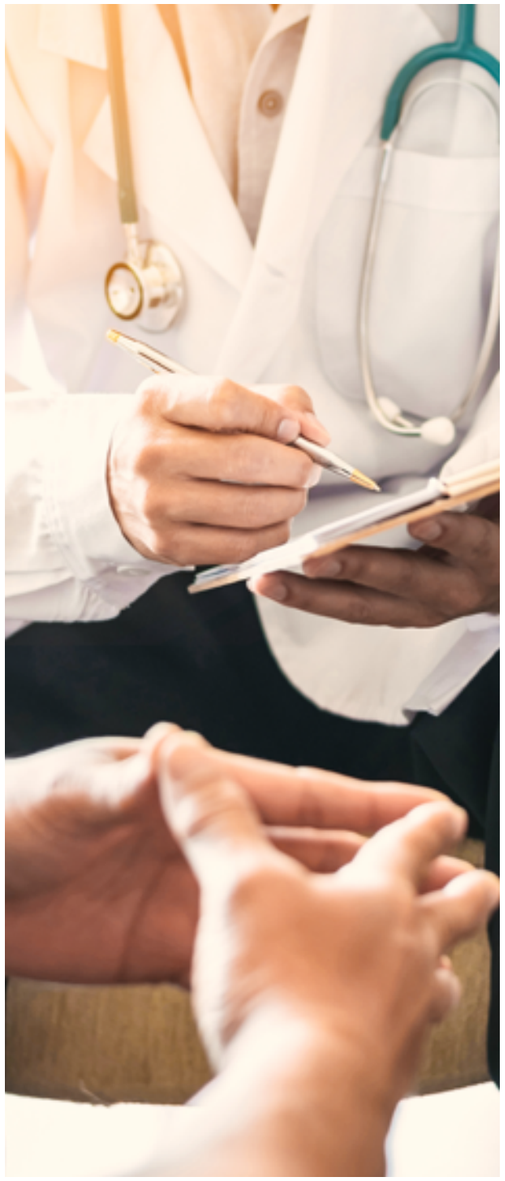
Im weiteren Verlauf erfolgt die Versendung eines Einladungsschreibens beziehungsweise einer Information der Gemeinsamen Prüfungsstelle darüber, wann das Verfahren im Beschwerdeausschuss verhandelt wird.

5. Der Widerspruchsbescheid und die Möglichkeit einer Klage

Nach der Verhandlung vor der Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses wird der sogenannte Widerspruchsbescheid erstellt. Ab diesem Zeitpunkt besteht nur noch die Möglichkeit, Klage beim zuständigen Sozialgericht einzureichen. **Im Klageverfahren werden in der Regel keine neuen medizinischen Inhalte berücksichtigt, sondern nur die zuvor vorgetragenen Punkte der Stellungnahme und Widerspruchsbegründung (Präklusion).**

Auch in diesem Verfahren ist eine Frist von einem Monat zum Einlegen der Klage festgesetzt. Diese ist der Rechtsbehelfsbelehrung im Widerspruchsbescheid des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses zu entnehmen.

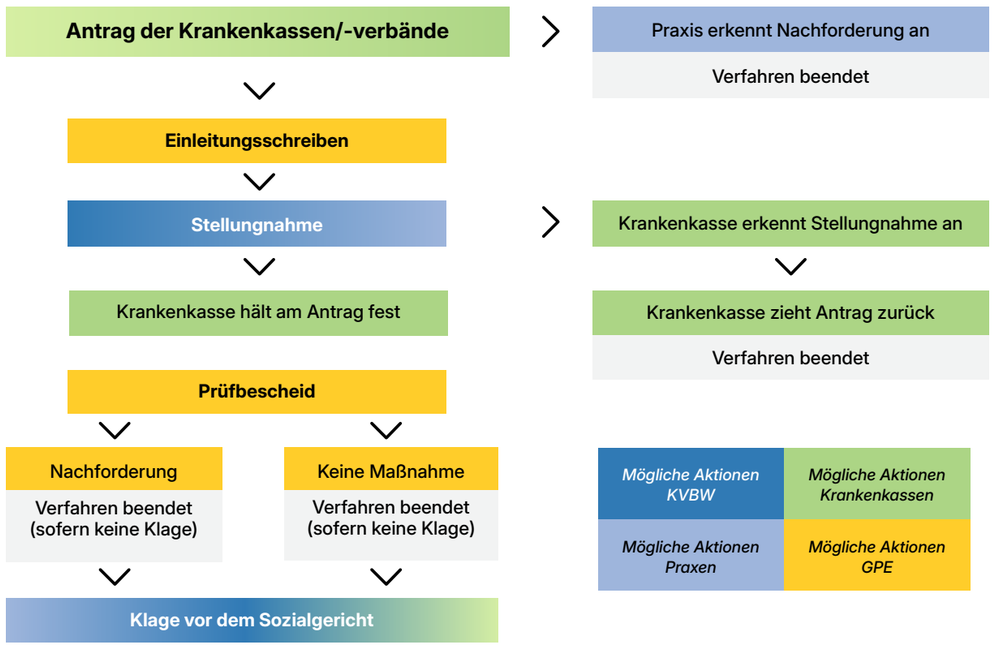
Ein Rechtsbeistand ist erst ab dem Landessozialgericht erforderlich. Die Bundesanwaltskammer bietet dafür eine Übersicht von geeigneten Rechtsbeiständen an. Wir empfehlen einen Anwalt mit der Fachanwaltsbezeichnung Medizinrecht, der Erfahrungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen und im Vertragsarztrecht hat.



Einzügige versus zweizügige Prüfverfahren

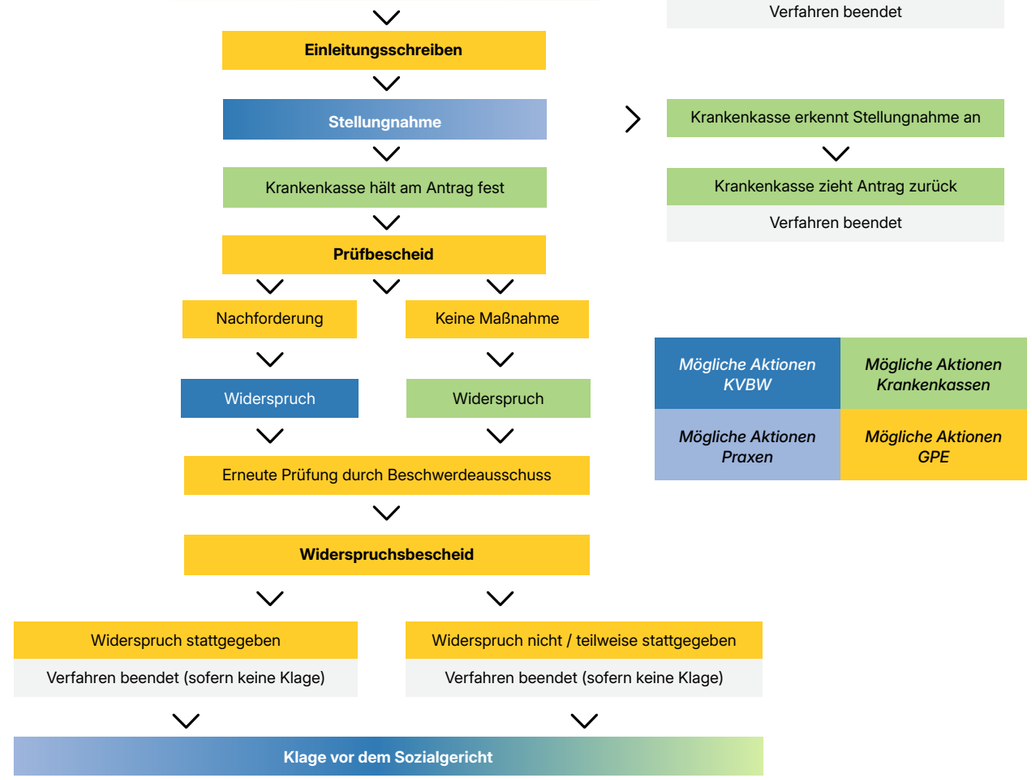
Einzügiges Verfahren

Kann die Rechtmäßigkeit einer Verordnung eindeutig mit „JA“ oder „NEIN“ beantwortet werden, befindet man sich innerhalb eines einzügigen Verfahrens, sofern eine Widerspruchsmöglichkeit nicht vertraglich festgelegt ist. Bei einem einzügigen Verfahren geht es um Richtlinien und/oder fest definierte Vorgaben, welche verletzt wurden bzw. gegen welche man verstoßen hat. Angewendet wird das einzügige Verfahren gemäß Prüfvereinbarung bei Verstößen gegen die Verordnungsausschlüsse der Arzneimittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6. SGB V. Im Gegensatz zum zweizügigen Verfahren entfällt hier die Möglichkeit, Widerspruch zu erheben. Nachdem der Prüfbescheid der GPS erstellt worden ist, gibt es demnach nur noch die Möglichkeit, Klage vor dem Sozialgericht einzureichen.



Zweizügiges Verfahren

Kann die Rechtmäßigkeit einer Verordnung NICHT eindeutig mit „JA“ oder „NEIN“ beantwortet werden, befindet man sich innerhalb eines zweizügigen Verfahrens. Diese Verfahren behandeln komplexere Sachverhalte, wie beispielsweise Verordnungen im Off-Label-Use. Für die Klärung dieser Verfahren existiert die Widerspruchsebene. Solange die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs in Kraft tritt, können keine Regresse verbucht werden. Diese aufschiebende Wirkung endet mit der Klage vor dem Sozialgericht oder sobald der Widerspruchsbescheid Bestandskraft erlangt. Wird somit eine Nachforderung als Maßnahme im Rahmen des Widerspruchsbescheides festgesetzt, so wird diese mit dem Honorarkonto verrechnet, unabhängig von einer Klage. Im Umkehrschluss erfolgt eine entsprechende Gutschrift, sofern das Klageverfahren positiv für den Arzt ausfällt.



Handlungsmöglichkeiten und Schutzmechanismen im Vergleich

In Tabelle 3 und 4 sind die Handlungsmöglichkeiten und Schutzmechanismen bei den verschiedenen Prüfarten dargestellt. Bei den grünen Feldern können die aufgezeigten Optionen und Schutzmechanismen genutzt werden, während diese bei den roten Feldern nicht vorhanden sind.

Tabelle 3: Handlungsmöglichkeiten und Schutzmechanismen im Rahmen von Prüfverfahren

	Einzelfallprüfung AM/ HM/HI und SSB (Prüfung auf wirtschaftliche Verordnungsweise)	Einzelfallprüfung SSB (Prüfung auf Verordnungsfähigkeit)	Richtwertprüfung AM/HM
Handlungsmöglichkeit			
Möglichkeit der Stellungnahme	✓	×	✓
Möglichkeit eines Widerspruchs	✓*	✓	✓
Möglichkeit einer Klage	✓	✓	✓
Schutzmechanismus			
Bagatellgrenze	✓	✓	×
Differenzberechnung	✓	×	×
Welpenschutz	×	×	✓
Beratung vor Regress**	×	×	✓
Regressobergrenze bei Erst- und Zweitverstoß	×	×	✓
Amnestieregelung	×	×	✓
Frühinformation/Fehlerliste im Mitgliederportal	✓	✓	✓

AM: Arzneimittel; HM: Heilmittel; HI: Hilfsmittel; SSB: Sprechstundenbedarf
* Bei einzügigen Verfahren (siehe oben) entfällt die Möglichkeit eines Widerspruchs.
** Die „Beratung vor Regress“ ist eine beschwerende Maßnahme und stellt einen vertraglich vereinbarten Verwaltungsakt dar, gegen den Widerspruch eingelegt werden kann. Damit ist nicht die allgemeine Beratung (z. B. auch in einem laufenden Prüfverfahren) gemeint, die den Mitgliedern der KV jederzeit zur Verfügung steht.

Tabelle 4: Erläuterungen zu den Handlungsmöglichkeiten und Schutzmechanismen

	Erläuterung
Handlungsmöglichkeit	
Möglichkeit der Stellungnahme	Nach Erhalt des Einleitungsschreibens der Prüfungsstelle besteht die Möglichkeit, den Gegenstand der Prüfung medizinisch und schriftlich zu begründen sowie Diagnosen nachzureichen, Praxisabläufe zu erläutern und im Fall einer statistischen Prüfung mögliche Praxisbesonderheiten geltend zu machen.
Möglichkeit eines Widerspruchs	Ein Widerspruch ist möglich (siehe Rechtsbehelfsbelehrung) nach Erhalt des Prüfbescheides der Gemeinsamen Prüfungsstelle und muss innerhalb eines Monats schriftlich oder zur Niederschrift bei der Gemeinsamen Prüfungsstelle eingereicht werden. Ein Widerspruch ist nur bei zweizügigen Verfahren möglich (siehe Seite 12).
Möglichkeit einer Klage	Eine Klage ist möglich (siehe Rechtsbehelfsbelehrung) und muss innerhalb eines Monats schriftlich oder zur Niederschrift beim Gericht eingereicht werden. Medizinische Sachverhalte sollten spätestens mit der Widerspruchsbegründung eingereicht werden. Neue medizinische Sachverhalten finden im Rahmen eines Klageverfahrens in der Regel keine Berücksichtigung.
Schutzmechanismus	
Bagatellgrenze	Eine monetäre Grenze, welche bei Unterschreitung verhindert, dass ein Prüfverfahren eingeleitet werden kann.
Differenzberechnung	Verrechnung der Kosten des ursprünglich verordneten Medikaments mit dem wirtschaftlicheren Alternativpräparat. Dies gilt nur bei einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise. Bei unzulässigen Verordnungen, wie z.B. bei Off-Label-Use wird die Differenzberechnung nicht angewandt
Welpenschutz	In den ersten beiden vollständigen Kalenderjahren nach der Zulassung können keine beschwerenden Maßnahmen durch eine statistische Auffälligkeitsprüfung festgesetzt werden. Die Gemeinsame Prüfungsstelle versendet bei statistischer Auffälligkeit trotzdem einen Prüfbescheid, der jedoch ohne Konsequenzen ist. Der Welpenschutz schützt nicht vor Einzelfallprüfungen.
Beratung vor Regress	Dies ist eine beschwerende Maßnahme, gegen die Widerspruch eingelegt werden kann. Beratung bedeutet, dass unwirtschaftlich verordnet wurde und dies in Zukunft vermieden werden sollte. Bei erneuter Auffälligkeit nach einer ausgesprochenen und zugestellten Beratung droht ein Regress.
Regressobergrenze bei Erst- und Zweitverstoß	Ein eventueller Regress im Rahmen der Richtwertprüfung wird im ersten und zweiten Jahr nach der Beratung (Beratung vor Regress) prozentual zu Ihrem Honorar gedeckelt. Erstes Jahr max. 10 %, zweites Jahr max. 25 % des Gesamthonorars, wenn der Regress 5.000 Euro übersteigt.
Amnestieregelung	Besteht im Rahmen von Richtwertprüfungen über fünf aufeinanderfolgende Prüfjahre hinweg keine Auffälligkeit, wird bei einer erneuten statistischen Auffälligkeit anstelle eines Regresses zunächst eine individuelle Beratung als Maßnahme festgesetzt. Die fünf Jahre fangen ab dem Folgekalenderjahr des zuletzt ausgestellten Bescheids an zu laufen. Also spätestens ab dem Widerspruchsbescheid.
Frühinformation/ Fehlerliste im Mitgliederportal	Eine Information, die im Mitgliederportal einsehbar ist und den quartalsbezogenen Stand des eigenen Verordnungsverhaltens mitteilt. Informationen zu dieser Thematik sind auf der Homepage bereitgestellt (www.kvbawue.de/pdf2695).



Fazit

Die Zahl der Einzelfallprüfungen durch die Krankenkassen nimmt zu. Daher ist die Kenntnis der Prüfarten, Prüfgegenstände und Verfahrensabläufe für die Praxen wichtig, um sich gezielt auf potenzielle Prüfverfahren vorzubereiten und die Verordnungsprozesse entsprechend anzupassen.

Anders als bei statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bestehen bei Einzelfallprüfungen keine Schutzmechanismen wie die Beratung vor Regress oder der Welpenschutz. Der Verfahrensablauf bietet jedoch die Möglichkeit, auf eine Einzelfallprüfung zu reagieren und diese abzuwenden.

Insbesondere bei Off-Label-Verordnungen, patientenbezogenen Impfstoffbezügen sowie der Verordnung von DiGA sollten die rechtlichen und wirtschaftlichen Vorgaben beachtet und Entscheidungen nachvollziehbar dokumentiert werden. Eine vollständige Dokumentation der medizinischen Begründung kann im Prüfverfahren entscheidend sein, um Nachforderungen erfolgreich abzuwehren.

Unser Service für Ihre Verordnungssicherheit

Um das Risiko von Prüfungen und möglichen Regressverfahren zu minimieren, unterstützen wir Sie mit vielfältigen Informations- und Beratungsangeboten:

- Telefonische und schriftliche Beratung von Montag bis Freitag 8–16 Uhr, inklusive Online-Terminbuchung
- Verordnungshinweise und Regresswarnungen im Mitgliederportal, mehr Informationen hierzu finden Sie im Verordnungsforum 77: „Frühwarnsystem im Mitgliederportal erweitert“ [10]
- Das Online-Tool „SSB-Regress? Nein danke!“ zur schnellen Prüfung von SSB-Artikeln – ist rund um die Uhr verfügbar
- Informationen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im konkreten Einzelfall auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Vorsicht Nachforderung
- MAK-Seminare durch unser Fachpersonal mit praxisnahen Fallbeispielen
- Regelmäßige Servicetage an allen KVBW-Standorten
- Digitale Publikationen auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » ergo, Rundschreiben, Verordnungsforum, Ärzteblatt u. v. m.

Literatur

1. § 106 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V
2. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Welpenschutz. Verordnungsforum 2018; 46: 30–1. www.kvbawue.de/pdf3019
3. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Beratung vor Regress. Verordnungsforum 2012; 24: 12. www.kvbawue.de/pdf1424
4. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Beratung vor Regress. Verordnungsforum 2015; 33: 15–6. www.kvbawue.de/pdf2063
5. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Richtwerte für Arzneimittel/Verbandstoffe. www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/arzneimittel/richtwerte
6. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Aktuelle Einzelfallprüfthemen der Krankenkassen. Verordnungsforum 2026; 78: 10–4. www.kvbawue.de/pdf5408
7. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Aktuelle Einzelfallprüfthemen der Krankenkassen. www.kvbawue.de/pdf1859
8. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Einzelfallprüfungen im Sprechstundenbedarf (SSB). Verordnungsforum 2026; 78: 15–6. www.kvbawue.de/pdf5408
9. § 36a Absatz 2 SGB I
10. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Frühwarnsystem im Mitgliederportal erweitert. Verordnungsforum 2026; 77: 21–5

GKV-Spargesetz: Auswirkungen auf Arzneimittel

Das vielfach kritisierte GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG [1], auch „GKV-Spargesetz“ genannt) ist zum 30. Juli 2026 in Kraft getreten. Während sich einige Änderungen erst zum 1. Januar 2027 auswirken, geht es im folgenden Artikel um die bei Arzneimitteln relevanten Neuerungen, die bereits seit 30. Juli 2026 rechtskräftig sind.

Cannabis

Therapieversuch mit Fertigarzneimittel

Bei der Erstverordnung von cannabishaltigen Arzneimitteln ist zunächst ein Fertigarzneimittel (FAM) im Rahmen eines sechsmonatigen Therapieversuchs zu verordnen. Dies gilt – nach Auffassung der KBV – auch dann, wenn die Verordnung außerhalb des zugelassenen Anwendungsgebiets erfolgt. Hingegen positioniert sich der GKV-Spitzenverband weiterhin so, dass der Vorrang des FAM nur innerhalb des zugelassenen Anwendungsgebiets des jeweiligen FAM gilt. Der Gesetzgeber strebt derzeit eine Klarstellung an.

Der erstmalige Therapieversuch kann vorzeitig abgebrochen werden, wenn sich das FAM als unwirksam oder unverträglich herausstellt. Auf eine gute Dokumentation ist zu achten. Die Therapie kann dann auf einen Cannabisextrakt, Dronabinol oder ein anderes Cannabisarzneimittel umgestellt werden. Ein zweites FAM muss nicht zwingend eingesetzt werden, da das Gesetz von lediglich „einem“ Therapieversuch mit einem FAM spricht.

Bei Patienten, die bereits vor dem 30. Juli 2026 mit Cannabis zulasten der GKV versorgt wurden, können bestehende Therapien – außer mit Cannabisblüten (siehe unten) – unverändert fortgesetzt werden. Es ist nicht erforderlich, dass eine dafür bereits erteilte Genehmigung erneuert wird.

Streichung von Cannabisblüten

Cannabisblüten sind ausnahmslos nicht mehr Gegenstand des GKV-Leistungskatalogs. Eine Therapie mit Cannabisblüten muss daher auf Dronabinol, Extrakte oder ein FAM umgestellt werden. Wenn eine Umstellung im Einzelfall nicht infrage kommt, so können Blüten nur noch privat verordnet werden.

Die AOK BW hat angekündigt, dass bei Versicherten Prüfanträge in Betracht gezogen werden, wenn ihnen nach dem 30. Juli 2026 Cannabisblüten verordnet werden. Dies gilt unabhängig davon, ob eine Genehmigung der Therapie mit Blüten in der Vergangenheit vorgelegen hat [2]. Andere Krankenkassen können auch ohne Prüfankündigung Einzelfallprüfanträge stellen.

Konzentration und Menge der Cannabisextrakte

Diese Punkte sind zwar keine Bestandteile des GKV-Spargesetzes, dennoch ist die Erwähnung relevant, da mit dem Wegfall von Cannabisblüten möglicherweise nach alternativen Versorgungsstrategien gesucht wird.

Nach aktuellem Stand sind Cannabisextrakte nur dann verordnungsfähig, wenn ihr THC-Gehalt 25 Prozent nicht überschreitet. Hintergrund ist, dass die Cannabis-Regelung im SGB V nur „Extrakte in standardisierter Qualität“ umfasst. Hilfsweise werden zur Beurteilung der standardisierten Qualität die Arzneibuch-Monografien herangezogen, die einen maximalen THC-Gehalt von 25 Prozent vorsehen [3]. Hochpotente Cannabisextrakte mit einem THC-Gehalt über 25 Prozent werden daher von KBV, GKV-Spitzenverband und einigen Krankenkassen als nicht verordnungsfähig angesehen.

Zusätzlich hatte die AOK BW im Jahr 2025 (weiterhin aktuell) eine Prüfankündigung zur Verordnung wirtschaftlicher Mengen von Cannabis veröffentlicht.

ARZNEIMITTEL

Die AOK BW legt dabei die früheren Höchstverordnungsmengen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) als Orientierungsgröße für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zugrunde. Die darin definierte Höchstmenge für Cannabisextrakte innerhalb von 30 Tagen lag bei 1000 mg, wobei eine Überschreitung im begründeten Einzelfall möglich war.

Cannabidiol-Rezepturen

Der Leistungsanspruch auf Rezepturen mit Cannabidiol wird nicht durch das SGB V [4] geregelt. Wir empfehlen weiterhin, die Kostenübernahme der Rezeptur mit der jeweiligen Krankenkasse zu klären.

Homöopathika und Anthroposophika

Homöopathika und Anthroposophika auf Namen des Patienten

Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel können nicht mehr zulasten der GKV verordnet werden. Dies gilt auch für Kinder.

Unberührt bleiben die bis zum 31. Dezember 2026 vorgesehenen Möglichkeiten einzelner Krankenkassen, Leistungen im Rahmen ihrer Satzung zu gewähren. Fragen hierzu sind mit der jeweiligen Krankenkasse zu klären. Verordnungen im Rahmen von Satzungsleistungen erfolgen dennoch auf Privatrezept oder grünem Rezept.

Zugelassene allopathische pflanzliche Arzneimittel sind hiervon nicht betroffen. Die bisherigen Verordnungsmöglichkeiten und ggf. Verordnungseinschränkungen (z. B. nach Anlage I oder Anlage III zur Arzneimittel-Richtlinie [AM-RL]) bleiben bestehen. So sind beispielsweise traditionelle pflanzliche Arzneimittel weiterhin nicht verordnungsfähig (Anlage III Nr. 19 b) AM-RL).

Homöopathische Mittel im Sprechstundenbedarf

Im Sprechstundenbedarf werden die homöopathischen Mittel (bisher Globuli zur Erstanwendung am Patienten mit bis zu 15 Kleinstpackungen pro Arzt und Quartal) aus der Liste der verordnungsfähigen Mittel (Anlage 1 SpBV) zum 1. Oktober 2026 gestrichen und können ab dem 4. Quartal 2026 nicht mehr als Sprechstundenbedarf verordnet werden.

Bundesweite Praxisbesonderheiten

Ab dem 30. Juli 2026 gilt, dass für neu auf den Markt kommende Arzneimittel keine Vereinbarungen mehr zu einer bundesweiten Praxisbesonderheit abgeschlossen werden können. Die Vereinbarungen hingegen, die vor dem 30. Juli 2026 abgeschlossen worden sind, bestehen bis zum Eintritt eines Beendigungstatbestandes fort. Dies kann zum Beispiel die Kündigung der Erstattungsbetragsvereinbarung, der Abschluss einer neuen Vereinbarung für den jeweiligen Wirkstoff oder der Ablauf des Patent- und Unterlagenschutzes sein [5].



Weitere Informationen

- Schnellinformation zu Cannabis-Neupatienten vom 24. August 2026: www.kvbawue.de/pdf5417
- Homepage-Nachricht zur Cannabisversorgung vom 19. August 2026: www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/was-gilt-in-der-versorgung-mit-cannabis-1
- Prüfankündigung der AOK zu Cannabismengen vom 16. Januar 2025: www.aok.de/gp/verordnung/wirtschaftlichkeit/baden-wuerttemberg/pruefungsthemen-einzelfallpruefung-arzneimittel/cannabis
- Homepage-Nachricht zu den bundesweiten Praxisbesonderheiten vom 18. August 2026: www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/bundesweite-praxisbesonderheiten-keine-neuen-aber-bestehende-gelten-weiterhin
- Bundesweite Praxisbesonderheiten: www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/arzneimittel/praxisbesonderheiten

Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz). BGBl 2026 I Nr. 228 vom 29.07.2026. www.recht.bund.de/bgbl/1/2026/228/VO.html
2. AOK Baden-Württemberg: Verordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten. www.aok.de/gp/verordnung/wirtschaftlichkeit/baden-wuerttemberg/pruefungsthemen-einzelfallpruefung-arzneimittel/cannabis-blueten
3. Neues Rezeptur-Formularium: Login für Ärzte. www.dac-nrf.de/arzt
4. § 31 Absatz 6 SGB V
5. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Abschaffung der Praxisbesonderheiten erst bei neuen Vereinbarungen (13.08.2026). www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/08-13/abschaffung-der-praxisbesonderheiten-erst-bei-neuen-vereinbarungen

Schlafmittel: Verordnung mit Grenzen

Wegen des Abhängigkeitspotenzials von Schlafmitteln hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Verordnung eingeschränkt [1]. Auch die Arzneimittelhersteller haben in den Fachinformationen eine Begrenzung der Tageshöchstdosis und Therapiedauer vorgegeben. Ob die vorgeschriebenen Verordnungseinschränkungen und Höchstmengen eingehalten werden, wird im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch die Krankenkassen überwacht.

Schlafstörungen (Insomnien) zählen zu den häufigsten Beschwerden in der ärztlichen Versorgung. Zur Verbesserung der Schlafqualität sollten zunächst nichtmedikamentöse Maßnahmen eingesetzt werden. Die aktuelle S3-Leitlinie empfiehlt eine speziell für Insomnien entwickelte kognitive Verhaltenstherapie (KVT-I) als Behandlung der ersten Wahl. Diese umfasst unter anderem Schlafedukation, schlafhygienische Maßnahmen, Bettzeitrestriktion sowie Entspannungsverfahren [2]. Erst wenn diese Maßnahmen nicht verfügbar oder nicht ausreichend wirksam sind, kann eine zeitlich begrenzte Behandlung mit Schlafmitteln (z. B. Benzodiazepine wie Lorazepam oder Z-Substanzen wie Zopiclon und Zolpidem) erwogen werden.

Da diese Hypnotika sehr häufig zum Einsatz kommen und ein hohes Abhängigkeits- und Missbrauchspotenzial haben, stellen die Krankenkassen aktuell viele Prüfanträge auf Off-Label-Use. Die Anträge beziehen sich auf Indikation, Höchstmenge und Therapiedauer. Diese Aspekte sind daher bei der Verordnung von Schlafmitteln – neben einer passenden ICD-10-Codierung – zu berücksichtigen.

Begrenzung der Höchstmenge

Abhängig von der Zulassung eines Arzneimittels wird in der zugehörigen Fachinformation eine Tagesmaximaldosis oder eine empfohlene Tageshöchstdosis angegeben, die zu beachten ist. Diese zwei Begriffe werden wie folgt definiert:

Die **Tagesmaximaldosis** stellt die absolute Höchstgrenze der Dosierung gemäß Zulassung dar (z. B. Zolpidem 10 mg für einen Erwachsenen [3]). Daraus folgt, dass bei einer Überschreitung der Tagesmaximaldosis das Arzneimittel im Off-Label-Bereich angewendet wird.

Falls in der Fachinformation der Schlafmittel keine absolute Tagesmaximaldosis angegeben wird, ist eine **empfohlene Tageshöchstdosis** festgelegt (z. B. Zopiclon mit einer empfohlenen Tageshöchstdosis von 7,5 mg für Erwachsene [4]). Das Bundessozialgericht (BSG) ist der Auffassung, dass bei einer „weit" überschrittenen empfohlenen Dosierung ohne medizinische Begründung des Einzelfalls eine rechtswidrige Verordnung vorliegt [5].

Begrenzung der Therapiedauer

Die Verordnung von Hypnotika und Sedativa ist nach Nr. 32 in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) auf eine Kurzzeittherapie von bis zu vier Wochen beschränkt.

Eine Verordnung über diesen Zeitraum hinaus ist nur in medizinisch begründeten Einzelfällen möglich. Die Anforderungen an die Begründungen dieser Einzelfälle sind sehr hoch, da mit einer längeren Behandlungsdauer auch das Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko steigt. Eine Abhängigkeit oder Gewöhnung begründet grundsätzlich keine längerfristige Verordnung zulasten der GKV.

In der Fachinformation wird die Therapiedauer unter Punkt 4.2 „Dosierung und Art der Anwendung" beschränkt. Beispielhaft werden Formulierungen gewählt wie: „Die Dauer der Behandlung sollte so kurz wie möglich sein. Sie sollte, einschließlich der schrittweisen Absetzphase, 4 Wochen nicht überschreiten." [3]

Fazit

- Z-Substanzen und Benzodiazepine besitzen ein hohes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial.
- Tagesmaximaldosen und empfohlene Tageshöchstdosen laut Fachinformation sind zu beachten. Wird die Tagesmaximaldosis überschritten, stellt dies einen Off-Label-Use dar. Laut BSG kann eine rechtswidrige Verordnung auch vorliegen, wenn die empfohlene Höchstmenge „weit" überschritten wird und der Einzelfall medizinisch nicht ausreichend begründet ist.
- Die Kurzzeittherapie beschränkt sich auf 4 Wochen. Eine längere Therapiedauer muss im Einzelfall medizinisch gut begründet werden.
- Ein Medikamentenabusus oder eine Suchtentwicklung begründen keine längerfristige Verordnung zulasten der Krankenkasse.

Weitere Informationen

- Prüfticker Dosisüberschreitung (Verordnungsforum 70): www.kvbawue.de/pdf4911
- Off-Label-Use: www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/arzneimittel/off-label-verordnung
- Anlage III AM-RL: www.g-ba.de/richtlinien/anlage/16/
- Benzodiazepine und Benzodiazepinanaloga (Z-Substanzen) (Bundesärztekammer): www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/public-health/suchtmedizin/medikamentenabhaengigkeit/benzodiazepine-und-benzodiazepinanaloga-z-substanzen

Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage III – Übersicht Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse Nummer 32 Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa (vom 11. Dezember 2018). www.g-ba.de/downloads/40-268-5485/2018-12-11_AM-RL-III_SN_Nr-32-Hypnotika-Hypnogene-Sedativa_TrG.pdf
2. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Behandlung von Schlafstörungen in der hausärztlichen Praxis. Verordnungsforum 2019; 50: 10–4
3. Fachinformation Zolpidem AL 5 mg/10 mg Filmtabletten, ALIUD Pharma GmbH (Stand: Mai 2022). www.fachinfo.de
4. Fachinformation Zopiclon-CT Filmtabletten, AbZ-Pharma GmbH (Stand: Juni 2024). www.fachinfo.de
5. Bundessozialgericht (BSG): Beschluss vom 3. November 2010 (Az.: B 6 KA 35/10 B, Rn. 20). openjur.de/u/368829.html



Mit Sicherheit impfen: Anspruch, Kostenübernahme und korrekte Abrechnung

Impfen gehört zum Praxisalltag – doch rund um die Impfleistung gibt es einiges zu beachten. Wann erfolgt die Impfung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)? Welche Vorgaben gelten für den Impfstoffbezug? Und was ist in besonderen Situationen wie einem Kühlschrankausfall zu tun? Wir haben die wichtigsten Informationen für den Praxisalltag zusammengefasst.

Zentrale Fragestellungen vor jeder Impfung

Vor Durchführung einer Impfung als Kassenleistung muss Folgendes geklärt werden:

1. Besteht ein Leistungsanspruch zulasten der GKV?
2. Wie wird der Impfstoff bezogen (Sprechstundenbedarf oder Einzelverordnung)?

Der korrekte Bezugsweg ist entscheidend. Aktuell stellen zahlreiche Krankenkassen Einzelfallprüfanträge zum falsch gewählten Bezugsweg.

Ob der benötigte Impfstoff aus dem Sprechstundenbedarf (SSB) zu entnehmen ist oder einzeln auf einem patientenbezogenen Kassenrezept verordnet werden muss, wird in Baden-Württemberg durch die Schutzimpfungsvereinbarung geregelt.

Grundlagen der Impfleistungen

Um die Impfprävention zu fördern, sind alle Ärzte (ausgenommen Zahnärzte) berechtigt, Schutzimpfungen durchzuführen. Fachärzte dürfen unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit impfen.

Beispielsweise dürfen Kinderärzte auch die Eltern und Großeltern von Kindern und Jugendlichen impfen; Gynäkologen können auch die Partner ihrer Patientinnen impfen. Bitte beachten Sie, dass in diesen Ausnahmefällen lediglich die Impfleistungen abgerechnet werden können. Die Abrechnung von Versicherten- oder Grundpauschalen ist in diesen Fällen nicht möglich.

Die zentrale Grundlage für Schutzimpfungen zulasten der GKV bildet die Schutzimpfungs-Richtlinie.

In deren Anlage 1 ist verbindlich festgelegt, welche Impfungen zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Voraussetzungen als Kassenleistung durchgeführt werden dürfen.

Hier werden insbesondere geregelt:

- Grundimmunisierungen
- Standardimpfungen
- Indikationsimpfungen (medizinisch und beruflich)

Wichtig: Eine alleinige Empfehlung der STIKO reicht nicht aus, um eine Impfung zulasten der GKV zu verordnen und abzurechnen. Maßgeblich ist stets die Aufnahme in die Schutzimpfungs-Richtlinie und die Schutzimpfungsvereinbarung.

Verordnung FAST immer über SSB

Die Schutzimpfungsvereinbarung beinhaltet auch die Prüfung der Verordnungsweise von Impfstoffen. Aktuell haben sich einzelne Krankenkassen intensiv dieses Themas angenommen. Weitere Kassen haben angekündigt, in Zukunft ebenfalls verstärkt die Einhaltung des korrekten Bezugswegs zu prüfen. Wir bitten daher dringend um Beachtung der vereinbarten Bezugswege.

Aktuell werden die meisten Prüfanträge zu den Verordnungen des Impfstoffs Twinrix® gestellt. Dieser muss bei Indikation ausnahmslos auf den Namen der Person verordnet werden.

Häufig falsch verordnet werden auch die Impfungen gegen Herpes zoster und gegen HPV. Diese müssen bei Indikation immer über SSB verordnet werden.

Hepatitis-A/B-Kombinationsimpfstoff (Twinrix®)

Der Kombinationsimpfstoff (Twinrix®) kann seit 1. Mai 2019 nur noch als Pflichtleistung bei vorhandener Indikation nach Anlage 1 der SI-RL zulasten der Krankenkasse verordnet und abgerechnet werden. Um zukünftige Nachforderungen zu vermeiden, muss auf eine korrekte Verordnungsweise von Twinrix® auf Namen des Patienten geachtet werden. Wenn Hepatitis-A/B-Kombinationsimpfstoffe trotzdem über den Sprechstundenbedarf bezogen werden, wird eine sachlich-rechnerische Richtigstellung zu Ihren Lasten seitens der GKV erfolgen.

Weitere wichtige Informationen können Sie dem Hepatitis-Merkblatt entnehmen.

Die private Reiseprophylaxe erfolgt immer als Privatverordnung zulasten der Versicherten.

Hepatitis-B-Impfstoff für Erwachsene ohne Indikation seit 1. Juli über SSB beziehen

Die indikations- und altersunabhängige Impfung gegen Hepatitis B (ehemals Satzungsleistung) wurde in die aktualisierte Schutzimpfungsvereinbarung in Baden-Württemberg aufgenommen. Der Impfstoff wird seit dem 1. Juli 2026 ausschließlich über den Sprechstundenbedarf (SSB) bezogen!

RSV-Prophylaxe bei Säuglingen ist kein Sprechstundenbedarf

Auch wenn die Verabreichung von Nirsevimab (Beyfortus®), Clesrovimab (Enflonsia®) und Palivizumab (Synagis®) gerne landläufig als „Impfung“ bezeichnet wird, handelt es sich um eine Prophylaxe mit einem monoklonalen Antikörper, den Sie als GKV-Leistung auf Namen des Kindes verordnen müssen. Ein Bezug über SSB ist nicht zulässig und zieht Prüfanträge und Nachforderungen nach sich. Ebenso dürfen Sie auf der Verordnung weder die Ziffer „8“ (Impfung) noch die Ziffer „9“ (SSB) markieren.
Nähere Informationen zur RSV-Prophylaxe können Sie unserem Merkblatt entnehmen.

Folgende Impfungen werden nie über SSB verordnet

- Bei Impfungen für Versicherte der BKK evm wird der Impfstoff auf Privatrezept verordnet und die Impfleistung privat abgerechnet, da diese Krankenkasse der Schutzimpfungsvereinbarung nicht beigetreten ist.
- Für Versicherte der sonstigen Kostenträger ergeben sich ebenfalls Besonderheiten: Bei Asylbewerbern, Angehörigen der Bundespolizei, Bundeswehr, Feuerwehr, Landespolizei, Postbeamtenkrankenkasse (Gruppe A) und Sozialhilfeempfängern wird der Impfstoff immer auf Namen des Patienten verordnet. Für Bundesbahnbeamte ist in jedem Fall ein Privatrezept auszustellen.
- Außerdem werden berufliche Reiseimpfungen gegen Chikungunya, Cholera, Dengue, Gelbfieber, Japanische Enzephalitis, Tollwut und Typhus auf Namen des Patienten verordnet.

Postexpositionelle Impfungen

Postexpositionelle Impfungen sind nicht Bestandteil der Schutzimpfungs-Richtlinie. Der Impfstoff wird grundsätzlich auf den Namen der Patienten verordnet. **Eine Ausnahme gilt für Tetanus-Impfstoffe, die über den Sprechstundenbedarf (SSB) bezogen werden.**

Details zu postexpositionellen Impfungen sowie andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe finden Sie beim Robert-Koch-Institut im Epidemiologischen Bulletin.

Vorsicht Verwurf

In Gesprächen mit Praxen, die von Einzelfallprüfungen betroffen sind, konnten wir verschiedene Missverständnisse bzw. Fehleinschätzungen als Grund für einen falsch gewählten Bezugsweg identifizieren.

Bei der Verordnung von Impfstoffen sind daher folgende Grundsätze zu beachten:

- Beim Bezug über den SSB soll die Auswahl der Packungsgröße dem Bedarf angepasst sein.
- Verordnung von Einzeldosen: Ist in der Schutzimpfungsvereinbarung SSB als Bezugsweg vereinbart, muss der Bezugsweg eingehalten werden! Auch dann, wenn ein Impfstoff nur als Einzeldosis verfügbar ist oder nur kleine Mengen benötigt werden.

Die für die Impfstoffe vereinbarten Bezugswege sind verbindliche Regelungen und keine Empfehlungen.

Bis zu welchem Alter können Nachholimpfungen zulasten der GKV durchgeführt werden?

Im Praxisalltag kann es vorkommen, dass eine Standardimpfung einer gesunden Person außerhalb des von der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) empfohlenen Alters geplant ist. Der folgenden Tabelle können Sie entnehmen, ab bzw. bis zu welchem Alter die entsprechenden Standardimpfungen als Nachholimpfung (= Grundimmunisierung bzw. Komplettierung einer unvollständigen Impfserie bei Kindern und Jugendlichen) zulasten der GKV möglich sind. (Für Indikationsimpfungen gelten diese Altersbereiche nicht, da diese – abgesehen von Einschränkungen in der Zulassung – altersunabhängig durchgeführt werden können.)



Standardimpfung gegen	Alter, in dem die Standardimpfung zulasten der GKV verordnungs- und abrechnungsfähig ist	Impfziffer (Standard-impfung)	Rechts-grundlage
Haemophilus influen-zae b (Hib)	STIKO-Empfehlung nur bis zum 5. Lebensjahr.	89103 A/B	Anlage 1 SI-RL
Hepatitis B	Nachholimpfung bis zum 18. Lebensjahr als Pflichtleis-tung möglich (Bezug über SSB).	89106 A/B	§ 11 Abs. 2 SI-RL
HPV	Personen im Alter von 9 bis 14 Jahren. Nachholimpfung bis zum 18. Lebensjahr* als Pflichtleistung möglich. Die Beendigung von Impfzyklen ist bis zur Vollendung des 19. Lebensjahrs möglich.	89110 A/B	Anlage 1 SI-RL
MMR	Nachholimpfung bis zum 18. Lebensjahr möglich. Einma-lige Impfung für alle nach 1970 geborenen Personen ≥ 18 Jahre mit unvollständigem/unklarem Masern-Impfschutz bzw. zweimalige Impfung für unvollständig gegen Röteln geimpfte Frauen im gebärfähigen Alter.	89301 A/B	§ 11 Abs. 2 SI-RL Anlage 1 SI-RL
Meningokokken ACWY	Nachholimpfung bis zum 25. Lebensjahr.	89140	Anlage 1 SI-RL
Meningokokken B	Nachholimpfung nur bis zum 5. Lebensjahr.	89116 A/B	Anlage 1 SI-RL
Pneumokokken	2 Monate bis 2. Lebensjahr Ab dem 61. Lebensjahr als einmalige (Standard-)Impfung möglich.	89118 A/B 89119	Anlage 1 SI-RL Anlage 1 SI-RL
Rotaviren	Abschluss der Impfserie spätestens bis zum Alter von 24 (Rotarix®) bzw. 32 Wochen (RotaTeq®).	89127 A/B	Anlage 1 SI-RL
Varizellen	Nachholimpfung bis zum 18. Lebensjahr möglich.	89125 A/B	§ 11 Abs. 2 SI-RL

* Die Impfserie kann zulasten der GKV durchgeführt werden, wenn mindestens die erste Impfdosis vor dem 18. Geburtstag verabreicht wurde.

Erwachsene haben lediglich Anspruch auf das Nachholen der empfohlenen Standardimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Polio. Bezüglich der Impfstoffauswahl und der zugelassenen Altersbereiche bitte Fachinformationen beachten!

Neue Impfvergütung

In finanziell unruhigen Zeiten haben wir es geschafft, die Impfvergütung auf neue Beine zu stellen. Künftig ist die Vergütungsstruktur vereinfacht und für alle Krankenkassen gleich:

Vergütung seit 01.07.2026

Regelimpfung

(Einfach-, Zweifach-, Dreifach-, Vierfach-, Fünffachimpfung)	10,85 €
Sechsfachimpfung	20,50 €
Meningokokken B (Standardimpfung)	12,50 €

Kühlschrankausfall

Ein Blick in den Arzneimittelkühlschrank vieler Praxen zeigt: Dort lagern sehr hochpreisige Impfstoffe.

Impfstoffe, die über den Sprechstundenbedarf bezogen werden und als Vorrat im Kühlschrank lagern, sind bis zur Impfung Eigentum der Krankenkasse. Der Arzt oder die Ärztin ist daher für die sachgemäße Aufbewahrung zuständig und haftet bei einem Kühlschrankausfall für die Schäden am Eigentum der Krankenkassen. **Die Impfstoffe dürfen nicht erneut über den SSB bezogen werden.**

Die übliche Berufshaftpflichtversicherung deckt Schäden durch einen Kühlschrankausfall oft nicht oder nicht ausreichend ab.

Tipp: Überprüfen Sie Ihren Versicherungsschutz im Hinblick auf einen möglichen Kühlschrankschadensfall und klären Sie mit Ihrer Versicherung, für welche Schadensursachen (z. B. Unwetter, Stromausfall) und in welcher Höhe ein Schaden abgedeckt ist. Gegebenenfalls sollte der Versicherungsschutz entsprechend angepasst werden. Ist ein Schaden entstanden, führen Sie unbedingt eine Bestandsaufnahme durch und melden Sie den Schaden an Ihre Versicherung, bevor Sie den Impfstoff entsorgen.

Ein weiterer wichtiger Hinweis: Beschränken Sie die Menge des gelagerten Impfstoffs. Üblicherweise sollte nicht mehr Impfstoff in der Praxis gelagert werden, als für den üblichen Quartalsbedarf benötigt wird (Ausnahme: Grippeimpfstoff). In diesem Zusammenhang ist noch zu beachten, dass die Krankenkassen auch ohne Schadensfall das Recht haben, überhöhte Mengen im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu prüfen.

Corona-Impfung: Wissenswertes in Kürze

- Der COVID-19-Impfstoff Comirnaty® LP.8.1 wird weiterhin – bei Bedarf auch für Privatpatienten – zu Lasten des Bundesamtes für soziale Sicherung (BAS) bezogen. Die Abrechnung der Impfung für Privatpatienten muss privat liquidiert werden.
- Der COVID-19-Impfstoff Comirnaty® XFG 10 Mikrogramm/Dosis für Kinder im Alter von 6 Monaten bis 11 Jahren muss über den Sprechstundenbedarf bezogen werden.
- Für Personen ab 12 Jahren muss der Impfstoff Comirnaty® LP.8.1 30 Mikrogramm/Dosis noch bis Ende Februar 2027 aus Gründen der Wirtschaftlichkeit ausschließlich über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bezogen werden. Die neuen, XFG-adaptierten Impfstoffe für Personen ab 12 Jahren dürfen vorerst nicht zu Lasten der GKV bezogen werden.
- Kein Regressrisiko bei Comirnaty® LP.8.1 (BioNTech/Pfizer): Das COVID-19-Vakzin Comirnaty® LP.8.1 steht nur in Mehrdosenbehältnissen zur Verfügung. Sollten trotz bedarfsgerechter Bestellung und Terminplanung Impfstoffdosen verworfen werden müssen, wird der Bund weiterhin keine Regressansprüche erheben. Regressansprüche der Krankenkassen können in diesem Zusammenhang nicht entstehen, da der zentral beschaffte Impfstoff durch den Bund weiterhin kostenlos ist.
- Impfdokumentation: Bei der Abrechnung wird weiterhin angegeben die Pseudoziffer, die Chargennummer sowie die wievielte COVID-19-Impfung es für die Person ist (Feld 5009).

Gut zu wissen:

Impfausweise werden direkt über den Kohlhammer-Verlag bestellt.

Fazit

- Jeder Arzt darf impfen.
- Die zentrale Grundlage für Schutzimpfungen zulasten der GKV bildet die Schutzimpfungs-Richtlinie.
- Eine STIKO-Empfehlung bedeutet nicht automatisch, dass die entsprechende Impfung eine Kassenleistung ist.
- Impfstoffe, die keine Kassenleistung laut der Schutzimpfungsvereinbarung sind, werden privat verordnet und abgerechnet.
- Die vereinbarten Bezugswege müssen eingehalten werden.
- Wenn SSB als Bezugsweg vereinbart ist, müssen auch Einzeldosen des jeweiligen Impfstoffs unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit über SSB bezogen werden.

Literatur

1. Schutzimpfungs-Richtlinie: www.kvbawue.de/api-link-fetcher?lid=155
2. Vergütungsübersicht: www.kvbawue.de/pdf508
3. www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/impfungen
4. Epidemiologisches Bulletin 4/26: www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2026/04_26.pdf?__blob=publicationFile&v=12
5. Hepatitis-Merkblatt: www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=3262

Korrekte ICD-10-Codierung bei besonderen Verordnungsbedarfen

*Diagnosen, die im Rahmen der Heilmitteltherapie dem besonderen Verordnungsbedarf (BVB) zugeordnet sind, wurden durch die KBV und den GKV-Spitzenverband bundesweit vereinbart und in die auf Landesebene gültige Heilmittel-Richtwertvereinbarung aufgenommen. Der folgende Text ist ein **Update** zum Artikel aus dem Verordnungsforum 65. Aufgrund des Wegfalls der BVB-Plausibilitätsprüfung für die Jahre 2024 und 2025 erachten wir die Aktualisierung unseres Textbeitrages für notwendig.*

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und die Landesverbände der Krankenkassen haben sich im Herbst 2025 darauf verständigt, die BVB-Plausibilitätsprüfung auszusetzen und nicht weiter durchzuführen.

Wie schon in den vergangenen Jahren gilt auch weiterhin der Grundsatz, dass Verordnungen, die korrekterweise als BVB gekennzeichnet sind, im Rahmen der Richtwertprüfung entlastend anerkannt werden.

Besondere Verordnungsbedarfe sind für schwerkranke Patienten gedacht, die Heilmittel für einen begrenzten Zeitraum in intensivem Ausmaß benötigen. Eine BVB-Diagnose ist demnach nur dann anzugeben, wenn sie aus medizinischer Sicht indiziert ist und alle Voraussetzungen dafür vorliegen.

Der wichtigste Unterschied zum langfristigen Heilmittelbedarf ist neben der meist kürzeren Therapiedauer die Entlastung des Heilmittel-Richtwertvolumens erst im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Dies bedeutet, dass diese Kosten zunächst in das Verordnungsvolumen der Praxis einfließen und erst im Falle eines eingeleiteten Prüfverfahrens (bei Überschreitung des Richtwertvolumens um mehr als 25 %) im Vorfeld berücksichtigt und automatisch abgezogen werden.

Teilweise ist die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf – im Gegensatz zum langfristigen Heilmittelbedarf – zeitlich befristet (z. B. „längstens 1 Jahr nach Akutereignis“).

In der Praxis kennzeichnen Sie das ausgewählte Heilmittel auf der Verordnung immer anhand der richtigen ICD-10-Codierung mit entsprechender Diagnosegruppe als besonderen Verordnungsbedarf.

Wann sind zwei ICD-10-Codes erforderlich?

Bei

- „Krankheiten der Wirbelsäule und des Skelettsystems mit Myelopathie oder Radikulopathie“
- „Zustand nach operativen Eingriffen am Skelettsystem“ sowie bei
- „Krankheiten im Zusammenhang mit außerklinischer Intensivpflege (Abhängigkeit[/Langzeit-] vom Aspirator)“

ist die **Angabe des zweiten ICD-10-Codes aus der Diagnoseliste auf der Verordnung (Muster 13) für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf (BVB)** und somit für die Entlastung des Heilmittel-Verordnungsvolumens unbedingt erforderlich [1].

Abbildung: Beispielhafte Darstellung aus der Diagnoseliste

M23.5-	Z98.88	Chronische Instabilität des Kniegelenkes	EX/LY	SB2	"längstens 6 Monate nach Akutereignis" Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf ist die Angabe beider ICD-10-Diagnoseschlüssel
M24.41	Z98.88	Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion	EX	SB2	
Z96.60	Z98.88	Vorhandensein einer Schulterprothese	EX	SB2	
Z96.64	Z98.88	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese	EX/LY	SB2	
Z96.65	Z98.88	Vorhandensein einer Kniegelenkprothese	EX/LY	SB2	

Behandlugsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Fazit

- Als BVB gekennzeichnete Verordnungen werden seit dem Verordnungsjahr 2024 nicht weiter einer Plausibilisierung im Rahmen der Heilmittel-Richtwertprüfung unterzogen.
- Achten Sie grundsätzlich immer auf eine korrekte ICD-10-Codierung, damit BVB-Verordnungen von der Heilmittelprüfung ausgenommen bleiben.
- Bei fehlerhaften Codierungen (z. B. 2. ICD-10-Code fehlt auf der Verordnung) werden Verordnungen nicht den besonderen Verordnungsbedarfen zugeordnet.
- Verordnungen der besonderen Verordnungsbedarfe sind teilweise zeitlich befristet.

Anmerkung der Redaktion:

Korrekte Diagnose auch bei Arzneimittelverordnungen wichtig

Auch bei Arzneimittelverordnungen spielt die mit dem Abrechnungsdatensatz an die KV übermittelte ICD-10-Codierung eine zentrale Rolle.

Ist nicht zu jeder Verordnung eine passende Diagnose codiert oder fehlt diese ganz, kann der Verdacht auf einen Off-Label-Use (OLU) entstehen. Dies können Krankenkassen zum Anlass nehmen, einen Antrag auf Einzelfallprüfung bei den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen zu stellen. Eine fehlende ICD-Codierung ist aktuell der häufigste Grund für Einzelfallprüfanträge im Arzneimittelbereich.

Um Prüfverfahren aufgrund des vermeintlichen Einsatzes von Arzneimitteln außerhalb ihrer Zulassung (OLU) zu vermeiden, sollte Folgendes beachtet werden:

- Codierung der behandlungsrelevanten Diagnosen (ICD-10) in der Abrechnung und Patientendokumentation.
- Abgleich der Diagnose mit dem Anwendungsgebiet in der Fachinformation des verordneten Arzneimittels. Diese Angaben müssen übereinstimmen.

Falls dies nicht beachtet wird, kann es auch bei zulassungskonformem Einsatz zu OLU-Prüfanträgen der Krankenkassen und ggf. zu Nachforderungen kommen.

Literatur

1. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Heilmittel richtig verordnen (Neuauflage 2026). www.kvbawue.de/pdf3752

Nichtspezifischer Rücken-schmerz: zwischen Leitlinie und Versorgungspraxis

Für gewöhnlich kommen Rückenschmerzen unvermittelt und sind nach einigen Tagen oder Wochen wieder verschwunden. Die gute Prognose in Kombination mit der grundsätzlichen Empfehlung, sich mehr zu bewegen, Bettruhe zu vermeiden und so weit wie möglich Alltagsaktivitäten auch während der akuten Schmerzphase fortzuführen, sind ein erster guter Ansatz für betroffene Patienten. Ein zielgerichteter Einsatz von Heilmitteln kann indiziert sein und soll insbesondere die Grundlage für ein selbstgesteuertes Eigentraining legen. Was ist dabei zu beachten?

Rückenschmerzen zählen zu den häufigsten Gesundheitsproblemen in industrialisierten Ländern. Epidemiologische Studien zeigen, dass bis zu 80 % der Menschen im Laufe ihres Lebens mindestens einmal von Rückenschmerzen betroffen sind. Entsprechend häufig stellen sie einen Anlass für Arztkontakte in der hausärztlichen und orthopädischen Versorgung dar.

Für die medizinische Praxis ist dabei besonders relevant, dass der überwiegende Anteil der Rückenschmerzen ohne eindeutig identifizierbare strukturelle Ursache auftritt. Diese Form wird als nichtspezifischer Rückenschmerz bezeichnet und stellt eine zentrale Herausforderung der Versorgung dar. Während schwerwiegende strukturelle Ursachen vergleichsweise selten sind, benötigen Patienten mit nichtspezifischen Beschwerden häufig Beratung, symptomatische Therapie und Unterstützung bei der Wiederaufnahme bzw. Fortsetzung körperlicher Aktivitäten.

In diesem Kontext spielen konservative Therapieansätze eine entscheidende Rolle. Neben medikamentösen Maßnahmen kommen häufig Heilmittelleistungen zum Einsatz. Dies spiegelt sich in den Verordnungsdaten wider. Im Jahr 2024 entfallen in Baden-Württemberg rund 41 % aller Rezepte in der Physiotherapie mit einem Kostenanteil von rund 31 % auf die Diagnosegruppe WS (Wirbelsäulenerkrankungen). Insgesamt erhielten 827.235 Patienten eine (oder mehrere) Heilmittelverordnungen mit der Diagnosegruppe WS.

Anzahl Physiotherapie-Verordnungen über alle Indikationen Vertragsärzte BW 2024

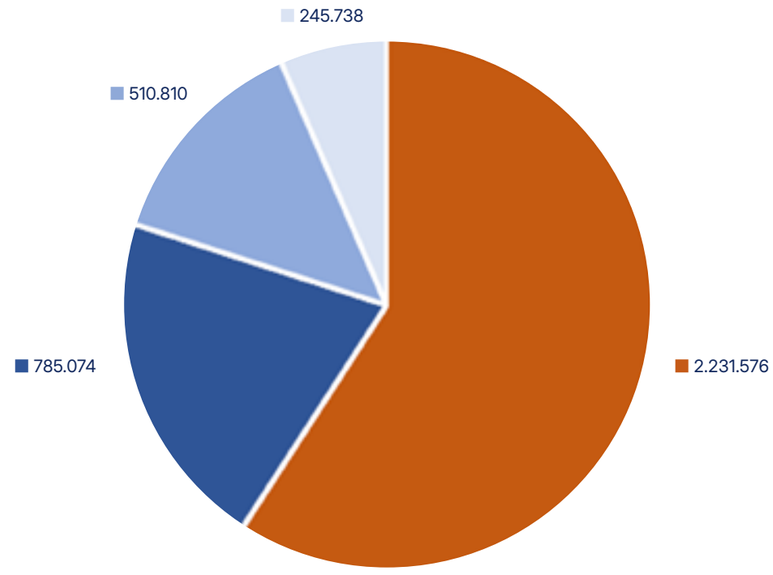
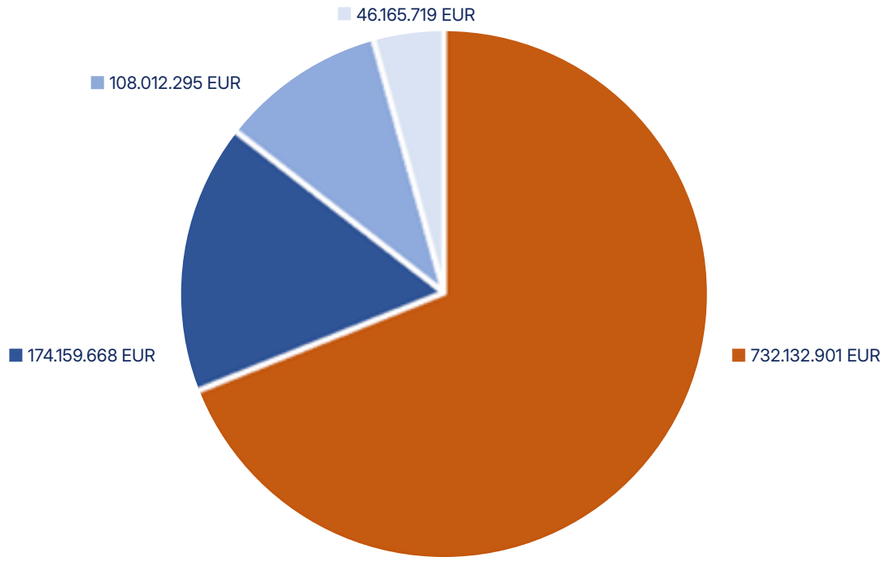


Abb. 1: Physiotherapie – Heilmittelverordnungen (Anzahl der Rezepte) der Vertragsärzte in Baden-Württemberg für GKV-Versicherte 2024

Der Datenanalyse liegen die GKV-Heilmittelabrechnungsdaten zugrunde. Als Datenbasis zur Identifikation der ICD-Kodes spezifischer bzw. nichtspezifische Rückenschmerzen dienen die im AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Rheumatologie hinterlegten ICD-10-Kodes.

Für die verordneten Heilmittelleistungen der Diagnosegruppe WS entstanden im Jahr 2024 Kosten in Höhe von 329.337.682 Euro, wobei 175.159.668 Euro weder dem nichtspezifischen noch dem spezifischen Rückenschmerz zugeordnet werden können. Eine wesentliche Rolle spielt hier die Kodierung von Diagnosen, die per se nicht unter der Diagnosegruppe WS zu erwarten wären (z. B. N18 chronische Nierenkrankheit, H93.1 Tinnitus aurium, R26 nach (BfArM Gangstörung), R42 Schwindel und Taumel).

Kosten Physiotherapie-Verordnungen über alle Indikationen Vertragsärzte BW 2024



■ Physiotherapie - Sonstige Diagnosegruppen ■ WS: ICD-10 spez. RS ■ WS: sonstige ICD-10 ■ WS: ICD-10 nichtspez. RS

Abb. 2: Physiotherapie: Kostenverteilung nach Diagnosegruppe – Vertragsärzte in Baden-Württemberg für GKV-Versicherte 2024

Spezifischer und nicht-spezifischer Rückenschmerz

In der klinischen Praxis wird zunächst zwischen spezifischem und nichtspezifischem Rückenschmerz unterschieden. Diese Differenzierung ist entscheidend für die diagnostische Strategie und therapeutische Planung.

Spezifische Rückenschmerzen liegen vor, wenn eine eindeutig identifizierbare strukturelle Ursache zugrunde liegt. Beispiele hierfür sind Bandscheibenvorfälle mit radikulärer Symptomatik, Wirbelkörperfrakturen, entzündlich-rheumatische Erkrankungen oder Tumore („red flags“). Solche Ursachen sind jedoch vergleichsweise selten und erfordern eine spezifische diagnostische und therapeutische Vorgehensweise.

Demgegenüber steht der nichtspezifische Rückenschmerz, bei dem sich trotz sorgfältiger Diagnostik keine klar definierte, strukturelle Ursache feststellen lässt. Eine Schnittbildgebung, wie Röntgen, MRT, CT, ist in den ersten 4–6 Wochen, sofern keine sogenannten „red flags“ vorliegen, gemäß der Nationalen Versorgungsleitline (NVL) in der Anfangsphase nicht erforderlich. Die Beschwerden entstehen in der Regel multifaktoriell durch ein Zusammenspiel biomechanischer, muskulärer, biopsychosozialer und verhaltensbezogener Faktoren.

Ergänzend erfolgt häufig eine zeitliche Klassifikation der Beschwerden. Akute Rückenschmerzen bestehen weniger als sechs Wochen, subakute Beschwerden dauern zwischen sechs und zwölf Wochen an, während bei einer Symptomdauer von mehr als drei Monaten von chronischem Rückenschmerz gesprochen wird.

Heilmittelverordnung (Muster 13)

Im Vordergrund stehen hier die nichtspezifische, nur symptomatisch beschriebene Form der Rückenschmerzen sowie die sich daraus ergebenden Herausforderungen in Verbindung mit Heilmittelverordnungen.

Der Heilmittelverordnung vorangestellt ist die ärztliche Diagnostik. Empfohlen wird nach der NVL eine sogenannte Basisdiagnostik mit sorgfältiger Anamnese und klinischer Untersuchung.

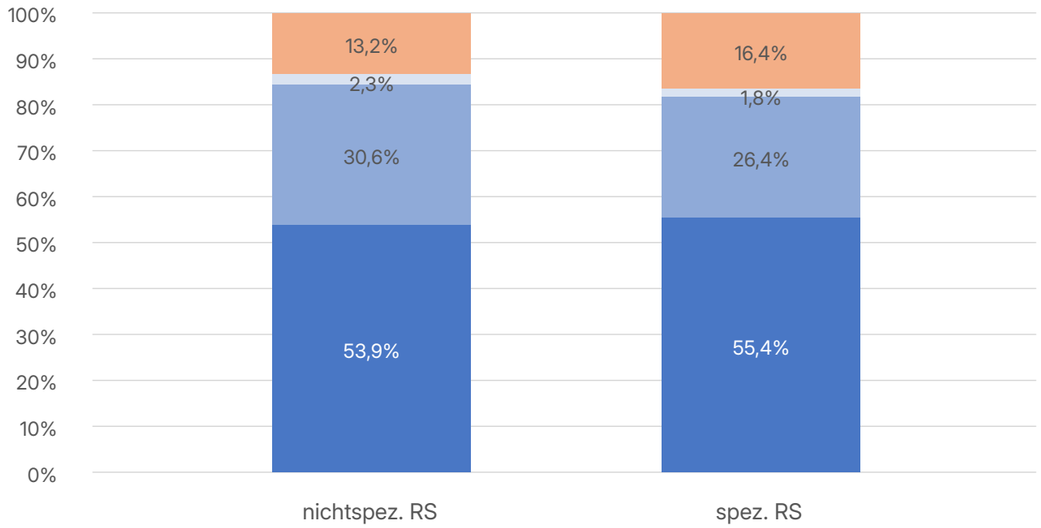
Zu den am häufigsten verordneten, vorrangigen Heilmitteln bei Rückenschmerzen gehören insbesondere Krankengymnastik und manuelle Therapie. Ziel dieser Maßnahmen ist es, muskuläre Dysbalancen zu adressieren, funktionelle Einschränkungen zu reduzieren und Bewegungsverhalten nachhaltig zu verbessern.

Da die hausärztlich tätigen Internisten und Allgemeinmediziner, Fachärzte für Orthopädie, Chirurgie, Neurochirurgie sowie physikalische und rehabilitative Medizin mehr als 94 % aller WS-Rezepte bzw. WS-Kosten im Bereich der KV Baden-Württemberg veranlassen, beziehen sich die Abbildungen 3 ff auf diese fünf Fachgruppen.

Ein Blick in die Daten des Verordnungsjahres 2024 zeigt Unterschiede hinsichtlich der Auswahl der Heilmittel (HM). Überwiegend werden allgemeine Krankengymnastik (+ Krankengymnastik am Gerät), manuelle Therapie und ergänzende Heilmittel verordnet. Dabei zeigt sich, dass der Anteil an Manueller Therapie bei nichtspezifischem Rückenschmerz höher ist als bei spezifischem.



Verteilung Therapieeinheiten vorrangige vs. ergänzende HM



KG / KG Gerät Manuelle Therapie Sonstige vorrang. HM Ergänz. HM

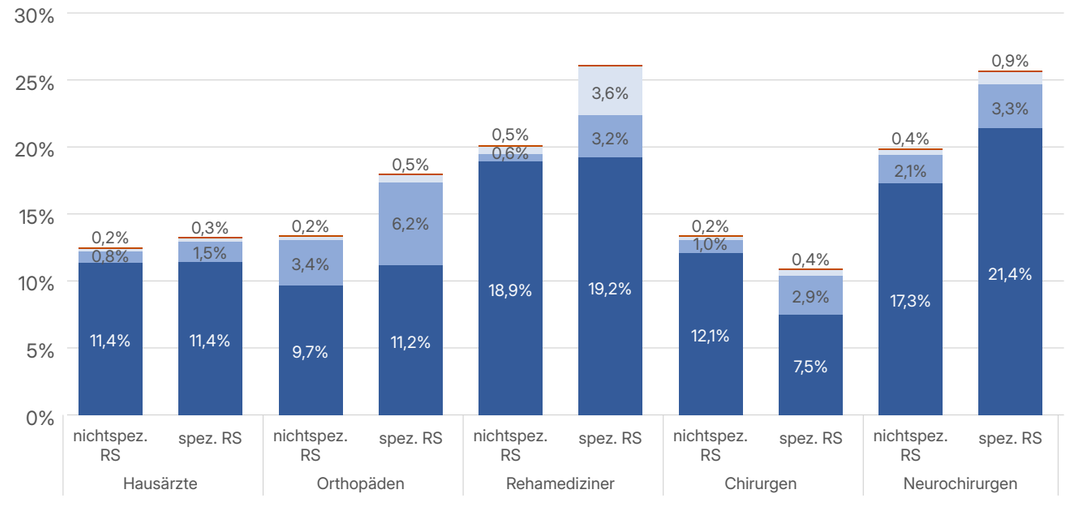
Abb. 3: Verteilung Therapieeinheiten (begrenzt auf Hauptleistungen, Rest unter „sonstige vorrangige Heilmittel“) – WS-Verordnungen bei spezifischen bzw. nichtspezifischen Rückenschmerzen

Die wissenschaftliche Evidenz zeigt deutlich, dass aktive Therapieansätze die stärkste Wirksamkeit aufweisen. Nationale und internationale Leitlinien betonen daher die zentrale Rolle von Bewegung und körperlicher Aktivität in der Behandlung nichtspezifischer Rückenschmerzen. Maßnahmen, die aktive Übungen, Stabilisationstraining oder funktionelle Bewegungsprogramme enthalten, zeigen die besten Effekte hinsichtlich Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung.

Passive Maßnahmen oder physikalische Anwendungen können im Einzelfall unterstützend wirken, sollten jedoch nicht im Mittelpunkt der Therapie stehen. Zumal der regelhafte Einsatz die Chronifizierung von Schmerz („yellow flags“) begünstigen kann. Entscheidend ist vielmehr, Patienten zu eigenständiger Bewegung und langfristiger körperlicher Aktivität zu motivieren.

Die Versorgungsrealität weist je nach Fachgruppe einen Anteil an ergänzenden Leistungen zwischen 8-21 % auf. Bei der überwiegend verordneten Wärmetherapie je Fachgruppe sind in der Regel keine signifikanten Unterschiede zwischen spezifischem und nichtspezifischem Rückenschmerz erkennbar.

Anteil ergänzende HM an allen Therapieeinheiten



Wärme Traktion Elektrotherapie Sonstige ergänz. HM

Abb. 4: Verteilung ergänzende Heilmittel nach Fachgruppen – WS-Verordnungen bei spezifischen bzw. nichtspezifischen Rückenschmerzen



Praxis-Checkliste: Heilmittelverordnung bei nichtspezifischem Rückenschmerz

- ✓ **Ausschluss spezifischer Ursachen**
  - Red Flags beachten
  - Chronifizierung („yellow flags") beachten
- ✓ **Patienteninformation**
  - Aufklärung über die meist **günstige Prognose**
  - Angst vor Bewegung abbauen („Stay active"-Prinzip)
- ✓ **Therapieziele definieren**
  - Verbesserung von Beweglichkeit und Funktion
  - Reduktion schmerzbedingter Einschränkungen
  - Förderung körperlicher Aktivität im Alltag
- ✓ **Geeignete Maßnahmen auswählen**
  - Eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten, wie z. B.: Erlernen eines Eigenübungsprogramms, allgemeine sportliche Betätigung, z. B. qualifiziertes Fitnessstudio, Sportvereine, Änderung der Lebensführung
  - Heilmittel z. B. Krankengymnastik und ggf. ergänzende Heilmittel (Spezifikation vornehmen)
  - KG-Gruppenbehandlung zur Stabilisation, Aktivierung und Selbstbestärkung (Empowerment)
  - Hilfe zur Selbsthilfe, z. B. Rehasport/ Funktionstraining ggf. ausreichend?
- ✓ **Aktive Maßnahmen priorisieren**
  - Fokus auf funktionelle Übungen und Eigenaktivität
  - passive Maßnahmen nur unterstützend einsetzen

Grundsätzliches

Die Grundlage zur Verordnung von Heilmitteln zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stellt die Heilmittel-Richtlinie mit dem Heilmittelkatalog dar. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt darin fest, bei welchen Erkrankungen welches Heilmittel zulasten der GKV verordnet werden darf. Liegt eine Indikation, vergleichbar mit den gelisteten Beispieldiagnosen, gemäß Heilmittelkatalog vor, ist das entsprechende Heilmittel unter Angabe der dort aufgeführten Verordnungsmenge verordnungsfähig. Entspricht eine Indikation nicht den Vorgaben der Richtlinie, so kann auch kein Heilmittel zulasten der GKV verordnet werden.

Die Auswahl der Heilmittel (Art, Menge und Frequenz) hängt gemäß Heilmittel-Richtlinie bei gegebener Indikation ab von:

- der Ausprägung und Schwere der Erkrankung,
- den daraus resultierenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen,
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und
- den angestrebten Therapiezielen.

Wirtschaftlichkeit

Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Dies gilt auch für die Verordnung bei nichtspezifischem wie spezifischem Rückenschmerz.

Bei medizinischer Notwendigkeit kann zu vorrangigen Heilmitteln, wie z. B. Krankengymnastik, maximal ein ergänzendes Heilmittel, gem. Heilmittelkatalog, verordnet werden. Ist die Verordnung eines ergänzenden Heilmittels bei einem Patienten aus medizinischen Gründen indiziert, sollte für eine wirtschaftliche Verordnungsweise und zur besseren Kostenkontrolle die Angabe des ergänzenden Heilmittels eindeutig spezifiziert werden. Sie verordnen z. B. „Wärmetherapie mittels Heißluft". Ohne Spezifikation entscheiden die Therapeuten über die Art der Wärmetherapie und nehmen somit direkten Einfluss auf die Kosten. Darüber hinaus ist es nicht für jede Therapiezielerreichung erforderlich, zusätzlich ein ergänzendes Heilmittel zu verordnen.

Wir verweisen hierzu auf das Wirtschaftlichkeitsgebot, das nach wie vor Gültigkeit hat. Demnach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Eine Nichteinhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes kann zu Regressen führen.

Empfehlung:

- Die Heilmittel-Informationsstatistik (Anlage 70) gibt Auskunft über die individuell veranlassten Verordnungskosten der Praxis (im Vergleich zum jeweiligen Heilmittel-Richtwertvolumen).
- Mit dem „Verordnungshinweis Heilmittel-Wirtschaftlichkeitsziele" (Anlage 92, siehe auch Verordnungsforum 78) informieren wir über die definierten Ziele und die praxisindividuelle Einhaltung. **Beides ist ausschließlich im Mitgliederportal einsehbar.**

Prävention und Eigenverantwortung des Patienten

Das Aktivieren und Motivieren zu regelmäßiger eigener körperlicher Aktivität ist ein wichtiges Ziel bei Patienten mit Rückenschmerz. Bei krankengymnastischen Übungen besteht das Ziel u. a. im Erlernen von Eigenübungen, die Patienten in ihrem häuslichen Umfeld durchführen können. Insbesondere zu Veränderungen im Alltagsverhalten sollen sie angeregt werden. Grundsätzlich hilft körperliche Aktivität (z. B. Schwimmen, Radfahren, Schulungsprogramme von Sportvereinen, Training in Fitness-Studios) bei leichteren Störungen, um die Gesundheit zu stärken.



Hilfe zur Selbsthilfe

So sollen Betroffene u. a. Selbsthilfepotenziale sowohl zum Beispiel beim **Rehasport als auch beim Funktionstraining** aktivieren können. Damit kann der Alltag wieder besser bewältigt werden, wodurch auch die allgemeine Lebensqualität steigen kann. Patienten sollen für die eigene Gesundheit Verantwortung übernehmen und insoweit motiviert sein, dass langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstrainings fortgeführt werden (z. B. durch weitere sportliche Betätigung in der bisherigen Gruppe oder im Verein auf eigene Kosten). Darüber hinaus können die Maßnahmen den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen, die eigene Gesundheitskompetenz fördern und dazu beitragen, dass Schmerzen reduziert werden.

Rehasport/Funktionstraining versus Heilmittel

Rehasport oder Funktionstraining wird bei Bedarf vom behandelnden Arzt auf Muster 56 verordnet und fließt als ergänzende Maßnahme zur Rehabilitation nicht in das Heilmittel-Richtwertvolumen. Beachten Sie bitte dabei, dass beide Maßnahmen keine Leistungen einer Physio- oder Ergotherapie (sowohl als Einzel- als auch Gruppenbehandlungen) ersetzen. Rehasport und Funktionstraining haben, im Besonderen gemäß den nach SGB IX definierten ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (§ 64), grundsätzlich unterschiedliche Therapiekonzepte im Gegensatz zu einer Heilmittelverordnung.

Fazit

- **Nichtspezifische Rückenschmerzen machen einen großen Teil aller Rückenschmerzfälle aus** und weisen meist keine eindeutig identifizierbare strukturelle Ursache auf.
- **Diagnostik** gemäß NVL mit sorgfältiger Anamnese und klinischer Untersuchung unter Ausschluss „red flags“ und Beachtung „yellow flags“.
- Werden Rückenschmerzen festgestellt, sind diese **korrekt zu kodieren.**
- **Prävention und eigenverantwortliche Maßnahmen durch Patienten** unterstützen das Erreichen des Therapieziels.
- **Heilmittel können eine sinnvolle Unterstützung darstellen** und sollen vor allem aktive Therapieformen und somit das Empowerment fördern.
- Die **Heilmittel-Richtlinie bietet einen strukturierten Rahmen** für eine indikationsgerechte und **wirtschaftliche Verordnung.**
- **Hilfe zur Selbsthilfe und weitere Alternativen** können den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen, die eigene Gesundheitskompetenz fördern und Schmerzen reduzieren.
- Die wissenschaftlichen Erkenntnisse sollen einen **evidenzbasierten Weg** aufzeigen.



Literatur

1. Heilmittel-Richtlinie des G-BA
2. Broschüre „Heilmittel richtig verordnen“
3. Verordnungsforum 69
4. Homepage/Heilmittel-Themenseite
5. Verordnungscontrolling beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg
6. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF):
   Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, Version 2.0. Berlin: AWMF; 2017. Aktualisierte Fassung verfügbar unter: www.leitlinien.de/nvl/kreuzschmerz
7. AOK-FacharztProgramm Orthopädie, Anlage 17, Anhang 5.3 - Diagnoseliste www.neueversorgung.de
8. Maher C, Underwood M, Buchbinder R:
   Non-specific low back pain.
   The Lancet. 2017;389(10070):736–747.
9. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al.: What low back pain is and why we need to pay attention.
   The Lancet. 2018;391(10137):2356–2367.
10. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians:
    Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians.
    Ann Intern Med. 2017;166(7):514–530.
11. Koes BW, van Tulder M, Thomas S:
    Diagnosis and treatment of low back pain.
    BMJ. 2006;332(7555):1430–1434.
12. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, et al.:
    Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions.
    The Lancet. 2018;391(10137):2368–2383.
13. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):
    Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung.
    Berlin: G-BA; aktuelle Fassung.
14. Robert-Koch-Institut (RKI):
    Rückenschmerzen in Deutschland – Prävalenz und gesundheitliche Bedeutung.
    In: Gesundheit in Deutschland – Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.

HEILMITTEL

Verordnung von Digitalen Gesundheits-anwendungen

Die Verordnung Digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) gerät zunehmend in das Visier der gesetzlichen Krankenkassen. Während die „App auf Rezept" als moderner Behandlungsbaustein etabliert ist, nutzen Kassen Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V immer häufiger. Da aktuell einige Einzelfallprüfanträge zu diesem Thema vorliegen, möchten wir Sie auf die korrekte Verordnung hinweisen. Denn: Was auf den ersten Blick verordnungsfähig erscheint, entspricht nicht immer den geltenden Vorgaben.

Grundsätze zur DiGA-Verordnung

Bevor eine Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) auf Kassenrezept verordnet werden kann, muss sie vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) freigegeben werden. Das Institut prüft genau, ob die App sicher ist (Datenschutz), sich einfach bedienen lässt und Patienten wirklich hilft. Ist der Nutzen von Anfang an wissenschaftlich bewiesen, wird die App dauerhaft im DiGA-Verzeichnis gelistet. Ist die Datenlage noch unvollständig, kann die Zulassung zunächst vorläufig für einen Zeitraum von 12 bis maximal 24 Monaten erteilt werden. Der Hersteller hat dann während dieser Erprobungsphase Zeit, den geforderten Wirksamkeitsnachweis für eine anschließende dauerhafte Listung zu erbringen.

Da das Verzeichnis alle verordnungsrelevanten Details bündelt, sind die Anbieter von Praxisverwaltungssystemen (PVS) gesetzlich verpflichtet, diese Daten stets aktuell und lückenlos bereitzustellen.

Damit Ärzte auf aktuelle und vollständige Informationen aus dem DiGA-Verzeichnis zugreifen können, müssen PVS-Hersteller die Vorgaben eines KBV-Anforderungskatalogs erfüllen. Die Verordnungssoftware wird hierfür vor ihrem Einsatz durch die KBV zertifiziert und regelmäßig auf die Einhaltung der Anforderungen überprüft.

Rezept oder Antrag?

Gesetzlich Versicherte können auf zwei Wegen eine Gesundheits-App aus dem DiGA-Verzeichnis zulasten der Krankenkasse erhalten:

Patient stellt selbst Antrag bei der Krankenkasse

Stellt der Patient einen Antrag direkt bei der Krankenkasse, muss der Indikationsnachweis vorgelegt werden; dieser Indikationsnachweis wird von den Krankenkassen geprüft. Als Nachweis der medizinischen Indikation können auch von den Versicherten übermittelte Befunde, Entlass- bzw. Therapieberichte oder vergleichbare medizinische Dokumentationen anerkannt werden. Sofern der Krankenkasse die erforderliche Indikation vorliegt, z. B. Schlafstörungen, erhält der Patient den Freischaltcode für die App.

Rezept nach ärztlicher oder psychotherapeutischer Entscheidung

Sie als Arzt oder Psychotherapeut können ein Rezept für eine DiGA ausstellen, wenn diese medizinisch sinnvoll ist. Für die Verordnung verwenden:

- Ärzte das rosa Kassenrezept (Muster 16)
- Psychotherapeuten das Muster 16P; anstelle ihrer BSNR wird die Nummer „999999999" (9×9) in der Codierzeile eingetragen

Seit 1. Oktober 2024 dürfen Ärzte und Psychotherapeuten DiGA nur dann verordnen, wenn ihre Praxissoftware von der KBV zertifiziert wurde.

Teilweise wird von den Krankenkassen die Auffassung vertreten, dass eine DiGA ausschließlich über das Muster 16 verordnet werden kann. Dies entspricht jedoch nicht den geltenden Vorgaben.

Verordnung von DiGA auf eRezept

Seit März 2026 können DiGA freiwillig elektronisch verordnet werden. Die Verordnung ist abhängig davon, ob das jeweilige Praxisverwaltungssystem (PVS) diese Funktion unterstützt. Praxen, die elektronisch verordnen, sollten dem Patienten einen Ausdruck der Verordnung aushändigen, es sei denn, der Patient hat Zugang zur eRezept-App der gematik oder zur eRezept-App seiner Krankenkasse und kann die DiGA-Verordnung dort direkt digital einlösen. Die DiGA-Verordnung kann vorerst auch weiter über das gewohnte Verordnungsformular (Muster 16) erfolgen.

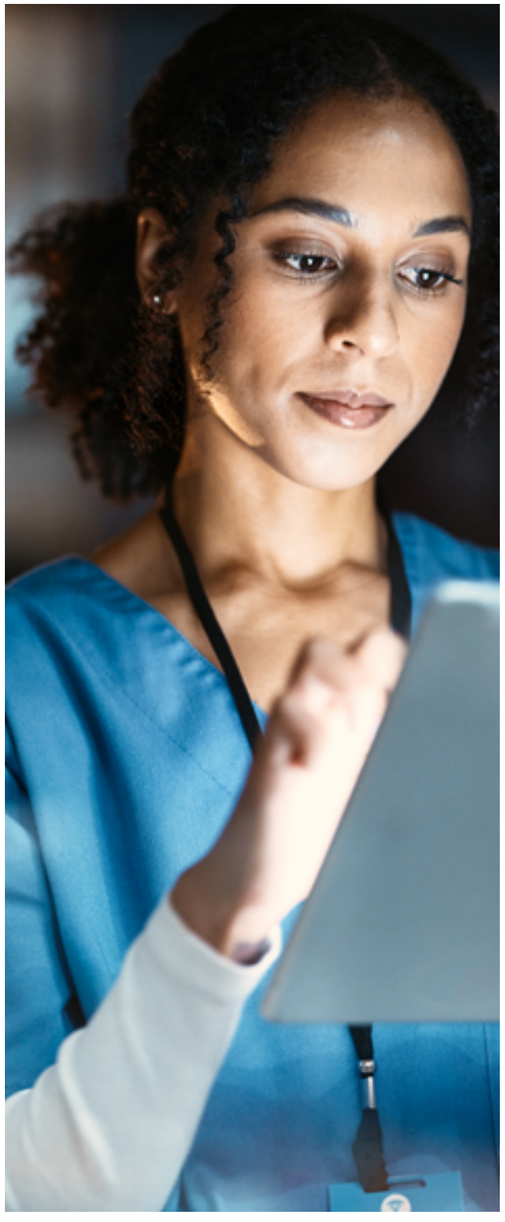
DiGA auf dem Prüfstand

Bei der Verordnung von DiGA ist auf eine wirtschaftliche und indikationsgerechte Verordnung zu achten. Krankenkassen haben angekündigt, die Verordnungen künftig verstärkt im Rahmen von Einzelfallprüfungen zu überprüfen.

Gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig sein. In diesem Zusammenhang prüfen die Krankenkassen insbesondere, ob die im DiGA-Verzeichnis aufgeführten Kontraindikationen und Ausschlusskriterien beachtet wurden.

Vor einer Verordnung sollten daher die jeweiligen Voraussetzungen sorgfältig geprüft und die individuelle Eignung der DiGA für den Patienten abgewogen werden.

Unter Berücksichtigung der bestehenden Ausschlusskriterien empfiehlt es sich, die Indikation kritisch zu prüfen und gegebenenfalls alternative Versorgungsansätze in Betracht zu ziehen.



Praxis-Leitfaden: So verordnen Sie sicher

Zur Unterstützung und besseren Orientierung haben wir nachfolgend einen Leitfaden zur Verordnung von DiGA für Sie zusammengestellt:

1. Blick in das BfArM-Verzeichnis

Vor der Verordnung ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Anwendung der DiGA erfüllt sind und keine Kontraindikationen und Ausschlusskriterien vorliegen. Die maßgeblichen Informationen sind dem aktuellen BfArM-Verzeichnis zu entnehmen. Eine entsprechende Dokumentation in der Patientenakte wird empfohlen.

Verlassen Sie sich nicht auf Werbebroschüren der Hersteller.

Fazit

- DiGA können nur verordnet werden, wenn sie im BfArM-Verzeichnis aufgeführt sind.
- Verordnung über Muster 16 möglich oder eigenständige Beantragung des Patienten bei der Krankenkasse.
- eRezept-Verordnung auf freiwilliger Basis möglich
- Vor Verordnung sind die medizinischen Voraussetzungen sowie Angaben im DiGA-Verzeichnis sorgfältig zu prüfen.
- Achten Sie auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise.
- Gegebenenfalls Behandlungsalternativen in Betracht ziehen.



2. Verlaufskontrolle terminieren

Verlangt die DiGA eine ärztliche Verlaufskontrolle, vereinbaren Sie direkt einen Folgetermin in der Praxis.

3. Dokumentation in der Patientenakte

Halten Sie den medizinischen Nutzen fest. Notieren Sie kurz, warum die digitale Anwendung im konkreten Fall zweckmäßig ist (z. B. zur Unterstützung des Selbstmanagements zwischen den Praxisterminen).

Abschließend besteht die Möglichkeit, eine DiGA bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzung über das Muster 16 zu verordnen. Alternativ kann der Patient sich direkt an seine Krankenkasse wenden und dort einen Antrag auf Genehmigung der gewünschten DiGA stellen.

Literatur

1. BfArM DiGA-Verzeichnis diga.bfarm.de/de
2. KBV: Digitale Gesundheitsanwendung

Rezepturen für den Sprechstundenbedarf unzulässig

Nach einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts BVerwG (Az.: 3 C 2.24) sind **Rezepturen nicht mehr als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig.** Die Apotheken dürfen daher keine Rezepturen mehr auf SSB-Verordnungen herstellen.

Alle Rezepturkreuze wurden somit aus der Liste der zulässigen Mittel im Sprechstundenbedarf, Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung (SpBV), gestrichen.

Soweit möglich muss bei den betroffenen Wirkstoffen auf geeignete Fertigarzneimittel ausgewichen werden.

Nachdem wir auf Bundesebene bisher nicht weitergekommen sind, hat sich unser Vorstand bereits Mitte September direkt mit einem Schreiben an das Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit Baden-Württemberg gewandt, um die Situation der Patientenversorgung nach dem Urteil des Bundessozialgerichts darzulegen.

Für nähere Informationen können Sie sich gerne an uns wenden:

Telefon: 0711 7875-3660
E-Mail: sprechstundenbedarf@kvbawue.de
www.kvbawue.de

www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Sprechstundenbedarf

Homöopathika: kein Sprechstundenbedarf mehr

Nach Inkrafttreten des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes können homöopathische Arzneimittel nicht mehr auf den Namen der Versicherten zulasten der GKV verordnet werden.

Im Sprechstundenbedarf werden die homöopathischen Mittel (bisher Globuli zur Erstanwendung am Patienten bis zu 15 Kleinstpackungen pro Arzt und Quartal) aus der Liste der verordnungsfähigen Mittel (Anlage 1 der SpBV) zum 01.10.2026 gestrichen und können ab dem 4. Quartal 2026 nicht mehr als Sprechstundenbedarf verordnet werden.

Verbandmittel-Bestellungen aufmerksam prüfen

Nach den Vorgaben des § 12 SGB V sind Ärzte verpflichtet, auch den Sprechstundenbedarf wirtschaftlich zu verordnen. Dies umfasst sowohl die Auswahl wirtschaftlicher Produkte, den wirtschaftlichen Bezugsweg als auch die Bestellung bedarfsgerechter Mengen (Quartalsbedarf).

Im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch gesetzliche Krankenkassen haben sich betroffene Praxen an uns gewandt. Dabei hat sich gezeigt, dass bei der Verordnung nicht apothekenpflichtiger Verbandmittel teilweise Produkte und Mengen bestellt wurden, die weit über den tatsächlichen Bedarf der Praxis hinausgingen.

Hinterfragen und überprüfen Sie daher **Produktempfehlungen und Marketingmaßnahmen von Händlern sowie Außendienstvertretern immer kritisch.** Vertreter von Medizinproduktehändlern und Herstellern scheinen zum Teil sehr offensiv aufzutreten oder bewerben teilweise teure Produkte sehr intensiv.

Wägen Sie bei alternativ angebotenen Produkten die Unterschiede sowie Vor- und Nachteile gegenüber Ihrer getroffenen bzw. gewohnten Produktauswahl sorgfältig ab und behalten Sie mengenmäßig Ihren tatsächlichen Quartalsbedarf bei.

Hinweis: Der Sprechstundenbedarf dient ausschließlich der Akutversorgung und nicht der Langzeitbehandlung einzelner Patienten. Produkte der **modernen Wundversorgung** sollten daher nur in medizinisch notwendigem Umfang (**kleine Mengen**) und entsprechend dem tatsächlichen Bedarf der Praxis bestellt werden.

Gerade Produkte der modernen Wundheilung zählen in den Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenkassen zu den oft beanstandeten **hochpreisigen Produkten.**

Darauf sollten Sie bei Verbandmittel-Bestellungen besonders achten:

Sensibilisieren Sie Ihre Praxismitarbeitenden zu diesem Thema!

- Keine Blanko-Rezepte weitergeben.
- Ausgestellte Rezepte vor Unterschrift erst überprüfen und dann unterschreiben.
- Bestellung und Lieferung (Rezept und Lieferschein) sorgfältig abgleichen.
- Nur Produkte und Mengen bestellen, die in der Akutversorgung benötigt werden.
- Angebote und neu empfohlene Produkte kritisch hinterfragen, insbesondere bei Empfehlung ungewöhnlich hoher Bestellmengen (über den Quartalsbedarf hinaus).

→ Nicht das Angebot bestimmt die Bestellung, sondern der tatsächliche Quartalsbedarf der Praxis (keine Jahresbevorratung).

Grundsätzlich gilt im Sprechstundenbedarf (SSB):

- Der **Quartalsbedarf** muss in einem angemessenen Verhältnis zur Zahl der Behandlungsfälle stehen.
- **Wirtschaftliche Packungsgrößen** wählen (dem Quartalsbedarf entsprechend).
- Den **wirtschaftlichsten Bezugsweg** nutzen.
- Mittel nur für **gesetzlich krankenversicherte Patienten** verwenden.
- Keine Mittel aus dem Sprechstundenbedarf an Patienten mitgeben.
- Keine Serienbehandlungen mit Mitteln aus dem Sprechstundenbedarf durchführen, auch dann nicht, wenn die Anwendungen im Rahmen der Sprechstunde erfolgen (**Verbandmittel für chronische Wunden und Verbandwechsel sind auf Namen des Patienten zu verordnen**).

Unser Service: Praxisindividuelle Verordnungshinweise zum SSB im Mitgliederportal

Unser Frühwarnsystem hilft Ihnen dabei, **Verordnungsfehler** zu finden, diese zukünftig zu vermeiden und so Ihr Risiko für Nachforderungen zu reduzieren.

Neu: Seit **Mitte 2026** bieten wir Ihnen eine **Übersicht der Verbandmittel,** die Sie im Jahr 2025 bestellt haben, **und zu welchen Preisen abgerechnet wurde.** Damit können Sie einschätzen, wie teuer einzelne Produkte tatsächlich sind.

Die Unterlagen finden Sie im **Mitgliederportal** unter:

- Praxisorganisation
- Unterlagen einsehen (Dokumentenarchiv)
- Aktentyp „Verordungsmanagement“
- BSNR
- ggf. Quartal

→ Anlage 87: Verordnungshinweis Sprechstunden bedarf – allgemeine Fehlerliste

→ neu: Anlage 89: Verordnungshinweis Sprechstundenbedarf – Verbandmittel

ABRUFBAR IM MITGLIEDER PORTAL

Aktivieren Sie die Benachrichtigungsfunktion im Nachrichtencenter des Mitgliederportals, damit Sie per E-Mail über neue Hinweise informiert werden.

Gerne beraten wir Sie zum Sprechstundenbedarf!

Beratung buchen

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).

Neuer Patientenflyer: Schlafmittel

Für die Aufklärung von Patienten mit Schlafstörungen steht auf unserer Homepage eine neue Patienteninformation zur Verfügung. Der Flyer erläutert die Voraussetzungen für die Verordnung verschreibungspflichtiger Schlafmittel und erklärt, welche Risiken und Nebenwirkungen zu beachten sind. Darüber hinaus informiert er über nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Verbesserung des Schlafs.

→ Nähere Informationen:

→ Die Patienteninformation finden Sie auch unter www.kvbawue.de » Praxis » Für Ihre Patienten » Patienteninformation » Arznei- und Heilmittel Patientenflyer

6. August 2026

COVID-19-Impfstoff Comirnaty LP.8.1 für Kinder (5 bis 11 Jahre) seit 1. September nicht mehr verfügbar

Der an die Omikron-Variante LP.8.1 angepasste COVID-19-Impfstoff Comirnaty LP.8.1 10 Mikrogramm/Dosis Injektionsdispersion für Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren steht seit dem 1. September 2026 nicht mehr zur Verfügung.

Nach Angaben des Zentrums für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika (ZEPAI) waren alle im Zentrallager des Bundes verfügbaren und ausgelieferten Chargen für diese Altersgruppe nur noch bis zum 31. August 2026 haltbar.

Der Einsatz des Vakzins Comirnaty LP.8.1 10 Mikrogramm für Kinder (5 bis 11 Jahre) ist über den 31. August 2026 hinaus nicht möglich. Sind über den 31. August 2026 hinaus noch Dosen dieses Impfstoffes in Ihren Arztpraxen vorrätig, müssen Sie diese fachgerecht entsorgen.

Haltbarkeit der anderen verfügbaren COVID-19-Impfstoffe

Aus den Beständen der zentralen Beschaffung des Bundes sind an die Variante LP.8.1 angepasste Comirnaty-Impfstoffprodukte für die Altersgruppe 6 Monate bis 4 Jahre (Verfallsdatum: 30. September 2026) und für Personen ab 12 Jahren (spätestes Verfallsdatum: 28. Februar 2027) weiterhin verfügbar.

1. September 2026

Geändertes Bestellverfahren bei COVID-19-Impfstoffen für Kinder von 5 bis 11 Jahren

Mit der Impfsaison 2026/2027 werden Corona-Impfstoffe für Kinder erstmals, aber nur für einzelne Altersgruppen, über den Sprechstundenbedarf (SSB) bezogen.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick, für welche Altersklasse welcher Impfstoff wie bezogen wird:

Altersgruppe	von 6 Monaten bis 4 Jahren	von 5 bis 11 Jahren	ab 12 Jahren
Impfstoff	**bis 30.09.2026:** Comirnaty® LP.8.1 3 µg **ab 01.10.2026:** Comirnaty® XFG 10 µg	Comirnaty® XFG 10 µg	Comirnaty® LP.8.1 30 µg
Bezugsweg	bis 30.09.2026: BAS ab 01.10.2026: SSB	SSB	BAS

Der an die Omikron-Subvariante XFG angepasste COVID-19-Impfstoff Comirnaty® XFG 10 Mikrogramm/Dosis muss für Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren ab dem 1. September 2026 über den Sprechstundenbedarf bestellt werden.

Der Impfstoff kann entsprechend den Vorgaben der Schutzimpfungs-Richtlinie zur Grundimmunisierung und für Auffrischimpfungen eingesetzt werden.

Erstmalige Bestellung und Auslieferung

In der Saison 2026/2027 ist Comirnaty® XFG 10 Mikrogramm/Dosis ausschließlich als ultratiefgekühltes Produkt verfügbar. Aufgrund der erforderlichen Ultratiefkühl-Logistik erfolgt der Bezug über spezialisierte Vertriebsapotheken, bei denen die Praxen den Impfstoff bedarfsgerecht bestellen können.

Der Impfstoff wird als Einzeldosisdurchstechflasche in Packungen zu jeweils zehn Durchstechflaschen angeboten. Daraus ergibt sich eine Mindestbestellmenge von zehn Impfstoffdosen.
Achten Sie bei der Bestellung daher besonders auf die Einhaltung der Wirtschaftlichkeit. Beachten Sie in diesem Zusammenhang auch, dass der Sprechstundenbedarf nicht für Privatversicherte verwendet werden darf.

Nach Angaben von BioNTech wird der Impfstoff per Kühltransport innerhalb von 24 bis 48 Stunden nach der Bestellung an die Praxen geliefert. Aufgetaute und ungeöffnete Durchstechflaschen können anschließend bis zu zehn Wochen bei 2 bis 8 °C im Kühlschrank gelagert werden, jedoch nicht über das aufgedruckte Verfallsdatum hinaus. Vermeiden Sie daher eine unnötige Bevorratung des Impfstoffes.

Arztpraxen können den Impfstoff bei den folgenden Apotheken bestellen:

Schlossapotheke OHG

Ernst-Reuter-Straße 11b-c
51427 Bergisch Gladbach
Telefon: +49 (0) 800 4673786
Fax: +49 (0) 800 4673329
E-Mail: impfstoffe@schloss-apotheke-versand.de

Bergapotheke

Gildestraße 75
49479 Ibbenbüren
Telefon: +49 (0) 800 1845390
E-Mail: impfservice@berg-apotheke.de

Eine Übersicht mit allen bestell- und lieferbaren COVID-19-Impfstoffen finden Sie unter KBV: Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2.

Comirnaty® LP.8.1 weiterhin verfügbar

Für Personen ab 12 Jahren wird der Impfstoff Comirnaty® LP.8.1 30 Mikrogramm/Dosis voraussichtlich noch bis zum 28. Februar 2027 (Verfallsdatum) vom Bund kostenfrei bereitgestellt. Beachten Sie, dass der Impfstoffbezug für diese Altersgruppe bis Ende Februar 2027 aus Gründen der Wirtschaftlichkeit **ausschließlich über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) erfolgt.**

Entsprechendes gilt für die noch verfügbaren Restbestände von Comirnaty LP.8.1 3 Mikrogramm/Dosis zur Anwendung bei Kindern im Alter von 6 Monaten bis 4 Jahren. Diese konnten bis zum Verfallsdatum am 30. September 2026 verwendet werden und wie gehabt über den Bundesvorrat (BAS) bezogen werden. Danach wurde auch für diese Altersklasse der neue Impfstoff COMIRNATY® XFG 10 Mikrogramm/Dosis eingesetzt und über den Sprechstundenbedarf bezogen.

Eine Übersicht mit allen bestell- und lieferbaren COVID-19-Impfstoffen finden Sie unter KBV: Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2.

Abrechnung der Impfung

Die Abrechnungsziffer der Impfleistung haben wir Ihnen nach Bekanntgabe des G-BA gesondert mitgeteilt.

9. September 2026

Wichtige Hinweise zur Verordnung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) geraten zunehmend in den Fokus der Krankenkassen. Aktuell liegen bereits Einzelfallprüfanträge vor, bei denen DiGA-Verordnungen im Hinblick auf ihre Wirtschaftlichkeit überprüft werden.

Als Vertragsarzt oder -psychotherapeut können Sie nur DiGA, die im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet sind, zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Vor einer Verordnung müssen Sie die dort hinterlegten Informationen, insbesondere zu Indikationen, Kontraindikationen und Ausschlusskriterien, sorgfältig prüfen.

Antrag durch Versicherten oder Verordnung möglich

Versicherte können eine DiGA selbst bei ihrer Krankenkasse beantragen oder durch eine ärztliche bzw. psychotherapeutische Verordnung beziehen.

Da Krankenkassen DiGA-Verordnungen zunehmend im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen kontrollieren, sollten Sie als Vertragsarzt oder -psychotherapeut DiGA nur nach sorgfältiger Prüfung der Voraussetzungen verordnen.

Teilweise vertreten Krankenkassen die Auffassung, dass eine DiGA ausschließlich über das Muster 16 verordnet werden kann. Dies entspricht jedoch nicht den geltenden Vorgaben.

Vorsicht bei vorausgefüllten Kurzattesten

Arztpraxen erhalten vereinzelt vorausgefüllte Kurzatteste von Herstellern. Diese enthalten bereits vorformulierte Aussagen, beispielsweise, dass die Ausschlusskriterien überprüft wurden. Derartige Informationen können suggerieren, dass eine Überprüfung der Ausschlusskriterien und Kontraindikationen im DiGA-Verzeichnis bereits durch den Hersteller erfolgt ist.

Als Vertragsarzt oder -psychotherapeut müssen Sie selbst prüfen, ob die DiGA im Einzelfall medizinisch notwendig und wirtschaftlich ist, zum Krankheitsbild passt und ob Kontraindikationen oder Ausschlusskriterien – laut DiGA-Verzeichnis – vorliegen. Bei vielen DiGA sind Sie zudem zur Verlaufskontrolle und Auswertung der erhobenen Daten verpflichtet. Das gilt auch für das Ausstellen von Folge-Verordnungen.

Unter Berücksichtigung der bestehenden Ausschlusskriterien empfehlen wir Ihnen, die Indikation kritisch zu prüfen und gegebenenfalls alternative Versorgungsansätze in Betracht zu ziehen.

14. September 2026

COVID-19-Impfstoffe: Wichtige Hinweise zum Impfstoffbezug

Die bisherige zentrale Beschaffung von COVID-19-Impfstoffen durch den Bund läuft in der Saison 2026/2027 planmäßig aus. Dies erfolgt jedoch stufenweise und orientiert sich an den jeweiligen Beständen des Bundes und den Verfallsdaten der Impfstoffe. Informieren Sie sich deshalb regelmäßig zum aktuellen Stand und den Bezugswegen von COVID-19-Impfstoffen, um mögliche Nachforderungen zu vermeiden.

Für Personen ab 12 Jahren wird der Impfstoff Comirnaty® LP.8.1 30 Mikrogramm/Dosis voraussichtlich noch bis zum 28. Februar 2027 (Verfallsdatum) vom Bund kostenfrei bereitgestellt. Bitte beachten Sie, dass der Impfstoffbezug für diese Altersgruppe bis Ende Februar 2027 aus Gründen der Wirtschaftlichkeit **ausschließlich über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)** erfolgt. Die Tatsache, dass zwischenzeitlich ein an die Variante XFG angepasster COVID-19-Impfstoff für Personen ab 12 Jahren auf dem Markt verfügbar ist, hat darauf keine Auswirkungen.

Während die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weiterhin an die Variante LP.8.1 angepasste COVID-19-Impfstoffe empfiehlt, spricht sich die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) für die Impfsaison 2026/2027 vorrangig für eine Anpassung an die Variante XFG aus. Gleichzeitig bewertet die EMA den Einsatz von LP.8.1-adaptierten Impfstoffen weiterhin als vertretbar. Da beide Varianten eng verwandt sind, geht das Robert Koch-Institut (RKI) davon aus, dass LP.8.1-adaptierte Impfstoffe einen vergleichbaren Schutz vor schweren COVID-19-Verläufen bieten.

XFG-adaptierte Impfstoffe für Personen ab 12 Jahren

Die an die Variante XFG angepassten COVID-19-Impfstoffe für Personen ab 12 Jahren sind bereits zugelassen und grundsätzlich auf dem Markt verfügbar. Solange jedoch noch Bestände des vom Bund bereitgestellten Impfstoffs Comirnaty® LP.8.1 verfügbar sind, dürfen die neuen XFG-adaptierten Impfstoffe nicht zu Lasten der GKV bezogen werden. Andernfalls drohen Anträge auf Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Krankenkassen.

Um dies zu verhindern, muss eine Verordnung der XFG-adaptierten Impfstoffe für Personen ab 12 Jahren bei dringendem Patientenwunsch derzeit ausschließlich auf Privatrezept erfolgen.

30. September 2026

COVID-19-Impfstoff Comirnaty® LP.8.1 für Kleinkinder (6 Monate bis 4 Jahre) ab 1. Oktober nicht mehr verfügbar Impfstoff nur noch bis 30. September 2026 haltbar

Der an die Omikron-Variante LP.8.1 angepasste COVID-19-Impfstoff Comirnaty® LP.8.1 3 Mikrogramm/Dosis Injektionsdispersion für Kleinkinder im Alter von 6 Monaten bis 4 Jahren steht ab dem 1. Oktober 2026 nicht mehr zur Verfügung.

Nach Angaben des Zentrums für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika (ZEPAI) sind alle im Zentrallager des Bundes verfügbaren und ausgelieferten Chargen nur noch bis zum 30. September 2026 haltbar.

Der Einsatz des Vakzins Comirnaty® LP.8.1 3 Mikrogramm für Kleinkinder ist über den 30. September 2026 hinaus nicht möglich. Sind über den 30. September 2026 hinaus noch Dosen dieses Impfstoffes in Ihren Arztpraxen vorrätig, müssen Sie diese fachgerecht entsorgen.

2. Oktober 2026

RSV-Prophylaxe bei gesunden Säuglingen auch mit Clesrovimab möglich

Zur RSV-Prophylaxe bei gesunden Neugeborenen und Säuglingen können Vertragsärzte seit dem 1. Oktober auch Clesrovimab verabreichen. Der monoklonale Antikörper wurde neben Nirsevimab in die RSV-Prophylaxeverordnung aufgenommen. Auch der EBM wurde angepasst.

Bisher konnten Vertragsärzte die RSV-Prophylaxe bei gesunden Neugeborenen und Säuglingen in ihrer ersten RSV-Saison ausschließlich mit Nirsevimab (Handelsname Beyfortus®) zulasten der gesetzlichen Krankenkassen durchführen. Durch die Ergänzung der RSV-Prophylaxeverordnung ist dies jetzt auch mit Clesrovimab (Handelsname Enflonsia®) möglich.

Die entsprechende Empfehlung der Ständigen Impfkommission liegt seit September vor. Seit Juni sind Präparate mit Clesrovimab auf dem deutschen Markt verfügbar. Die gesetzlichen Krankenkassen sind erst durch die nun erfolgte Anpassung der RSV-Prophylaxeverordnung um Clesrovimab verpflichtet, auch für diesen Wirkstoff die Kosten zu übernehmen.

GOP 01941 für die Abrechnung

Damit Vertragsärzte die RSV-Prophylaxe auch mit Clesrovimab abrechnen können, wurde der EBM angepasst. So enthält die Gebührenordnungsposition (GOP) 01941 für die RSV-Prophylaxe jetzt nicht mehr den Verweis auf Nirsevimab, sondern eine neutrale Formulierung, die auf monoklonale Antikörper gemäß RSV-Prophylaxeverordnung Bezug nimmt.

Durch diese Anpassung können Ärztinnen und Ärzte die GOP 01941 (75 Punkte / 9,56 Euro) sowohl bei Nirsevimab als auch bei Clesrovimab abrechnen. Auch der Zuschlag für zusätzliche Aufgaben im Rahmen der Injektion der RSV-Prophylaxe nach der GOP 01942 (34 Punkte / 4,33 Euro) kann bei beiden monoklonalen Antikörpern berechnet werden.

Eine reine Beratung ohne RSV-Prophylaxe ist seit 16. September nicht mehr separat berechnungsfähig.

Bei der RSV-Prophylaxe mit monoklonalen Antikörpern handelt es sich nicht um eine klassische Schutzimpfung, sondern um eine passive Immunisierung. Daher war eine Anpassung der Schutzimpfungs-Richtlinie nicht erforderlich.

7. Oktober 2026

Erweiterung der Verordnungsmöglichkeiten bei ADHS für junge Erwachsene

Die Verordnung von Stimulantien (z. B. Methylphenidat, Lisdexamfetamin) ist in Nr. 44 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) geregelt. Für ADHS-Patienten ab 18 Jahren gilt weiterhin, dass die Verordnungen durch Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (z. B. Psychiater oder Neurologen) ausgestellt werden und die Anwendung unter deren Aufsicht erfolgen muss.

Seit 3. Oktober 2026 wurden die Verordnungsregelungen erweitert: Bei Heranwachsenden ab Beginn des 19. Lebensjahres bis zum vollendeten 21. Lebensjahr können Verordnung und Therapiekontrolle auch durch Kinderärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater erfolgen.

Hintergrund der Anpassung ist die Änderung im EBM zum 1. Oktober 2025. Danach können Kinderärzte ihre Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr umfassend versorgen und die entsprechenden Leistungen regulär abrechnen (siehe Präambel im Kapitel 4 EBM, Punkt 15).

Neu ist außerdem, dass (ausschließlich) Kinder- und Jugendpsychiater in therapeutisch begründeten Fällen Stimulantien bei bereits begonnener Behandlung auch über das vollendete 21. Lebensjahr hinaus verordnen können.

Glossar der Abkürzungen

AM	Arzneimittel
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
AOK BW	Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Az.	Aktenzeichen
BÄK	Bundesärztekammer
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BKK evm	Betriebskrankenkasse der Energieversorgung Mittelrhein
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSG	Bundessozialgericht
BStabG	Beitragssatzstabilisierungsgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BVB	besonderer Verordnungsbedarf
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
COVID-19	coronavirus disease 2019
CT	Computertomographie
DiGA	digitale Gesundheitsanwendung
EMA	Europäische Arzneimittel-Agentur
FAM	Fertigarzneimittel
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GPE	Gemeinsame Prüfungseinrichtungen
GPS	Gemeinsame Prüfungsstelle
HI	Hilfsmittel
Hib	Haemophilus influenzae Typ b
HM	Heilmittel
ICD	International (Statistical) Classification of Diseases and Related Health Problems
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVT-I	kognitive Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt Insomnie
MAK	Management Akademie der KVBW
MRT	Magnetresonanztomographie
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
OLU	Off-Label-Use
PVS	Praxisverwaltungssystem
RKI	Robert-Koch-Institut
RS	Rückenschmerz
RSV	respiratorisches Synzytial-Virus
SGB	Sozialgesetzbuch
SI-RL	Schutzimpfungs-Richtlinie
SpBV	Sprechstundenbedarfsvereinbarung
SSB	Sprechstundenbedarf
STIKO	Ständige Impfkommission
THC	Tetrahydrocannabinol
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZEPAI	Zentrum für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika

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 79
Oktober 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, Katrin Oswald, Monica Sørum-Kleffmann, Marco Steimle, Tobias Vetter, Dr. med. Michael Viapiano

Autoren KVBW
Giulia Barassi, Stephanie Brosch, Lorena Curella, Dr. med. Richard Fux, Magdalena Gscheidle, Sarah Mayer, Magdalena Monter, Martina Rahner, Tobias Vetter

Autoren extern
Carina Kilcher, AOK Baden-Württemberg, Dr. med. Petra Schaudt, MD Baden-Württemberg

Erscheinungstermin
Oktober 2026

Gestaltung und Realisation
BERNET COMMUNICATION GmbH
Heilbronner Straße 326, 70469 Stuttgart

Bildnachweise
S.1 iStock-1190792875 und S.3 2216352227, 2203223837, S.8 965324772, S.16 559537925, S.19 1136853410, S.23 148246265, S.33 2189848077, S.35 2252206196, S.37 2203223837, S.38/39 1298108434, S.41 1477434820, S.56 1677287126.

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



Lächeln verbindet.