



Corona-Sonderregelungen für Verordnungen größtenteils beendet

Seit dem 1. Juli 2020 sind die Corona-bedingten Sonderregelungen größtenteils weggefallen und es gelten – bis auf wenige Ausnahmen – wieder die normalen Regularien für die Verordnung. Nähere Informationen dazu erhalten Sie [hier](#).



Arzneimittel

Umsetzung EAMIV: Anpassung der Verordnungssoftware erfolgt verspätet

Zum 1. Juli sollten die Inhalte der G-BA-Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V in der Verordnungssoftware strukturiert angezeigt werden. Softwarehersteller meldeten nun, dass die Anpassungen nicht rechtzeitig zu schaffen waren und voraussichtlich erst zum 1. Oktober 2020 zur Verfügung stehen werden. Nähere Informationen erhalten Sie [hier](#).

Arzneimittelversorgung (Bevorratung) während der Corona-Krise

Zu Beginn der Corona-Pandemie haben insbesondere chronisch kranke Patienten und auch Pflegeheime Arztpraxen um "Vorratsverordnungen" ersucht. Um Regressanträge der Krankenkassen in puncto „unwirtschaftliche Mengen“ zu vermeiden, sollte bei Folgeverordnungen geprüft werden, ob die bisher verordnete Menge rechnerisch aufgebraucht sein kann. Entscheidend ist, dass sich die Verordnungsmengen bei Betrachtung eines größeren Zeitraums (z.B. 1 Jahr) wieder ausgleichen.

Arzneimittel-Richtgrößenprüfung für das Verordnungsjahr 2018 hat begonnen

Insgesamt wurde die Prüfung für 35 Praxen eröffnet. Im Vorjahr waren es 49 Praxen, im Jahr 2016 waren es 57 Praxen. Die betroffenen Praxen wurden bereits von der Prüfungsstelle zur Stellungnahme aufgefordert. In der Vorabprüfung noch nicht berücksichtigte Praxisbesonderheiten können nun geltend gemacht werden. Alle betroffenen Praxen wurden zusätzlich von der KV Berlin mit Erläuterungen und Tipps für die Stellungnahme angeschrieben. Eine Stellungnahme ist auch für die Folgejahre von großer Wichtigkeit. Zwar ist für das Verordnungsjahr 2020 eine neue Prüfmethode, die Durchschnittswertprüfung, vom Schiedsamt festgesetzt worden, dennoch sind die Erkenntnisse aus den Prüfjahren davor relevant. Die Mitarbeiter aus dem Bereich Verordnungsberatung der KV Berlin stehen wie immer zu Ihrer Unterstützung zur Verfügung.

Update Pneumokokkenimpfstoffe

Prevenar® 13 ist wieder verfügbar, der Pneumokokkenimpfstoff wurde von der Lieferengpassliste entfernt. Auch hat die STIKO ihre [Empfehlung zur Pneumokokkenimpfung](#) angepasst. Die sequentielle Impfung kann wieder gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie mit Prevenar® 13 begonnen werden. Für Pneumonax® 23 besteht weiterhin eine gemeldete Lieferunfähigkeit, die voraussichtlich bis September 2020 andauern wird.

Arzneimittelbevorratung für Auslandsaufenthalte

Anlässlich der Sommerferien machen wir darauf aufmerksam, dass Arzneimittel für einen Auslandsaufenthalt nicht im Voraus auf Kassenrezept zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können (§ 16 Abs. 1 SGB V). Patienten können bei ihrer zuständigen Krankenkasse die Vorgehensweise für die Arzneimittelversorgung im jeweiligen Reiseland in Erfahrung bringen.

Schreiben verschiedener Krankenkassen

„Informationsschreiben“ zu „preisgünstigen“ oder rabattierten Produkten erreichen vermehrt die Arztpraxen – kürzlich betraf dies die Themenbereiche Blutzuckerteststreifen und PCSK9-Inhibitoren. Diese Schreiben bzw. die mehr oder weniger direkte Aufforderung, diese als Grundlage für die wirtschaftliche Verordnung zu verwenden, ist in aller Regel nicht mit den in Berlin kassenübergreifend vereinbarten Prüfreularien und Zielvereinbarungen kompatibel. Auch werden Einträge der Arzneimittel-Richtlinie nicht zusammenhängend wiedergegeben.

Bei unstimmgigen Schreiben kontaktiert die KV Berlin die Verfasser, jedoch führt dies nicht zwingend zu einer Korrektur bzw. zu einer weitergehenden Erläuterung dieser Schreiben gegenüber den bereits angeschriebenen Ärzten. Daher scheuen Sie sich bitte nicht, sich bei Fragen an die Mitarbeiter aus dem Verordnungsbereich der KV Berlin zu wenden.

Bezüglich des Schreibens der TK, DAK, KKH, HEK und HKK zu Blutzuckerteststreifen möchten wir auf den [Versorgungsvertrag](#) mit dem Deutschen Apothekerverband, der die Versorgung mit Blutzuckerteststreifen in Apotheken regelt, verweisen. Apotheken sind berechtigt, namentlich verordnete Blutzuckerteststreifen gegen andere Blutzuckerteststreifen auszutauschen, sofern der verordnende Arzt nicht durch Ankreuzen des aut-idem-Feldes oder einen anderen ausdrücklichen Hinweis den Austausch verbietet. Für die mit der Umstellung verbundene Beratung und den erforderlichen Geräteaustausch bei der Abgabe von bestimmten preisgünstigen Blutzuckerteststreifen kann die Apotheke einmal innerhalb von 2 Jahren einen Pauschalbetrag in Höhe von insgesamt 20,00 Euro pro Versichertem abrechnen.

Im Schreiben der TK, KKH, HEK und HKK zu den PCSK9-Inhibitoren entsteht der Eindruck, dass Repatha® generell nicht eingesetzt werden darf, sofern die Verordnung mit höheren Kosten gegenüber anderen Lipidsenkern verbunden ist. Auf Seite 2 des Schreibens werden zwar noch Arzneimittel-Richtlinieneinträge zitiert, aber ohne vorher Genanntes zu relativieren. Daher folgender Hinweis: im [Dokument auf Seite 15](#) finden Sie unter Punkt 35a den vollständigen und zusammenhängenden Text zur Verordnungsfähigkeit gemäß Arzneimittel-Richtlinie.

Hydroxychloroquin – BfArM hebt Regelungen auf

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat die [im April kommunizierte Sonderregelung zu Hydroxychloroquin](#) aufgehoben. Damaliger Hintergrund war der vermehrte off-label-use bei der Behandlung von COVID-19-Patienten. Mit der Anordnung sollte die Versorgung chronisch Kranker, die von den zugelassenen Indikationen betroffen sind, sichergestellt werden.

Hydroxychloroquin darf jetzt wieder ohne Angabe der Indikation auf dem Muster-16-Rezept verordnet werden und es existiert nicht mehr die Mengengrenzung von maximal 100 Tabletten mit 200 mg Wirkstoff.

Heilmittel-Richtlinie – zahlreiche Neuerungen ab 1. Oktober

Am 1. Oktober 2020 tritt die neue Heilmittel-Richtlinie und mit ihr auch zahlreiche Änderungen und wesentliche Neuerungen in Kraft:

- Regelfall wird zum **Verordnungsfall** (=selber Arzt, selber Patient, selbe Diagnose, selbe Diagnosegruppe) mit orientierender Behandlungsmenge
- **kein Genehmigungsverfahren** für Verordnungen außerhalb des Regelfalls mehr
- verordnungsfreies Intervall (sechs Monate)
- Heilmittelkatalog mit **weniger Diagnosegruppen**, zusammengefassten (vorrangige und ergänzende) Heilmitteln, **Frequenzspannen** und **patientenindividuellen Leitsymptomatiken**
- **mehrere** Heilmittel und **verschiedene** Behandlungszeiten auf einer Verordnung möglich
- Verordnung Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen bei langfristigen Heilmittelbedarfen und besonderen Verordnungsbedarfen möglich
- spätestester Behandlungsbeginn nach **28 Tagen**, in dringenden Fällen nach 14 Tagen
- nur noch **ein Verordnungsformular** für alle Heilmittel
- **Blankoverordnungen** für Heilmittelerbringer zukünftig möglich
- Übergangsregelung zu aktuellen Verordnungen, Langfristgenehmigungen bleiben gültig

Der Regelfall wird zum Verordnungsfall

Die bisherige Regelfallsystematik mit Erst-, Folge- und Verordnung außerhalb des Regelfalls wird durch einen Verordnungsfall mit orientierender Behandlungsmenge (nicht für Podologie oder Ernährungstherapie) abgelöst. Die orientierende Behandlungsmenge muss jedoch, genau wie die Höchstverordnungsmenge je Verordnung, nicht zwingend ausgeschöpft werden. Zu einem Verordnungsfall (immer arztbezogen) zählen alle Verordnungen eines Arztes für einen Patienten, die aufgrund derselben Diagnose (erste drei Stellen des IDC-10-GM-Codes identisch) und derselben Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog erfolgen. Es können weitere Verordnungsfälle ausgelöst werden, wenn mehrere voneinander unabhängige Diagnosen derselben oder unterschiedlicher Diagnosegruppen auftreten.

Wegfall des Genehmigungsverfahrens

Durch die Abschaffung der Regelfallsystematik fällt auch das Genehmigungsverfahren für Verordnungen außerhalb des Regelfalls weg. Wird die orientierende Behandlungsmenge des Verordnungsfalls überschritten, ist auf der Verordnung zunächst keine Begründung erforderlich. Eine patientenindividuelle medizinische Begründung muss aber in der Patientenakte dokumentiert werden.

Verordnungsfreies Intervall

Das sogenannte behandlungsfreie Intervall von 12 Wochen wird durch ein verordnungsfreies Intervall (sechs Monate) abgelöst. Somit ist nicht mehr das Datum der letzten erfolgten Behandlung, sondern das Datum der letzten Verordnung (in der Verordnungssoftware ersichtlich) durch den Arzt für die Bemessung maßgeblich. Liegt die letzte Verordnung weniger als sechs Monate zurück, wird der bisherige Verordnungsfall fortgeführt, anderenfalls wird ein neuer Verordnungsfall ausgelöst.

Der neue Heilmittelkatalog

Die bisher 22 Diagnosegruppen wurden zu 13 Diagnosegruppen zusammengefasst. Die Unterscheidung zwischen kurzem, mittlerem und längerfristigem Behandlungsbedarf fällt weg.

Dies betrifft auch die Aufrechnung bereits ausgestellter Verordnungen beim Wechsel in eine andere (höhere) Diagnosegruppe – bspw. beim Wechsel von WS1 zu WS2.

Es kann nun eine patientenindividuelle Leitsymptomatik durch den Arzt formulieren werden, wenn keine der aufgeführten Leitsymptomatiken zutreffen sollte. Diese muss jedoch die Leitsymptomatiken des Heilmittelkatalogs widerspiegeln. Es können bis zu drei (buchstabenkodierte) Leitsymptomatiken des Heilmittelkataloges, oder eine oder mehrere patientenindividuelle Leitsymptomatiken gleichzeitig auf der Verordnung angegeben werden. Die Leitsymptomatiken des Heilmittel-Kataloges finden Sie [hier](#).

Es wird nur noch zwischen vorrangigen und ergänzenden Heilmitteln unterschieden. Wird ein ergänzendes Heilmittel verordnet, gilt hierfür die Menge des verordneten vorrangigen Heilmittels. In der Physiotherapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und auch weiter wie bisher in der Ergotherapie können mehrere Heilmittel gleichzeitig (auf einer Verordnung) verordnet werden. Die Aufteilung der Einheiten ist auf dem Verordnungsvordruck genauer zu spezifizieren.

Es ist, beispielsweise im Bereich der Physiotherapie, eine Kombination aktiver und passiver Maßnahmen möglich. In der Physio- und Ergotherapie können maximal drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel, bei der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie bis zu drei verschiedene Behandlungszeiten und darüber hinaus auch Kombinationen aus Gruppen- und Einzeltherapie, verordnet werden. Die gleichzeitige Verordnung von standardisierten Heilmittelkombinationen zusammen mit einzelnen vorrangigen Heilmitteln im Bereich der Physiotherapie ist nicht erlaubt und es dürfen je Verordnungsfall höchstens 12 Einheiten der standardisierten Heilmittelkombinationen und Massagetherapie verordnet werden.

Es soll höchstens ein ergänzendes Heilmittel je Verordnung zum Einsatz kommen. Maßnahmen der Elektrotherapie und -stimulation und die Ultraschallwärmetherapie können auch weiterhin isoliert verordnet werden.

Es gibt nun als Frequenzempfehlung Frequenzspannen von bspw. „1-3 x wöchentlich“, von denen der Arzt in medizinisch begründeten Fällen ohne zusätzliche Dokumentation abweichen darf. Die Angabe der Therapiefrequenz bezieht sich immer auf die Behandlung insgesamt und nicht auf die einzelnen Heilmittel, sofern mehrere verordnet wurden. Je Tag soll nur eine Behandlung durchgeführt werden, jedoch sind in medizinisch begründeten Fällen Doppelbehandlungen möglich – jedoch nicht bei standardisierten Heilmittelkombinationen, Maßnahmen der Podologie oder ergänzenden Heilmitteln.

Längerfristiger Behandlungsbedarf

Bei längerfristigem Heilmittelbedarf oder besonderem Verordnungsbedarf kann mit einer Verordnung eine Behandlungsdauer von höchstens 12 Wochen abgedeckt werden. Die Anzahl der zu verordnenden Behandlungseinheiten ist am höchsten Wert der Behandlungsfrequenz zu bemessen, wobei die Verordnung weiter gültig bleibt, wenn noch nicht alle Behandlungseinheiten erbracht worden sind.

Behandlungsbeginn kann später erfolgen

Der späteste Behandlungsbeginn wurde auf 28 Tage verlängert, jedoch gibt es die Möglichkeit, besonders dringenden medizinischen Behandlungsbedarf (innerhalb von 14 Tagen) mittels Kreuzchen auf dem Verordnungsvordruck kenntlich zu machen.

Neues Verordnungsformular

Es wird zukünftig nur noch einen Verordnungsvordruck für alle Heilmittelverordnungen geben. Die neue Anlage 3 der Richtlinie regelt im Detail, was bei notwendigen Änderungen durch den Arzt oder den Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsvordruck zu korrigieren ist. Bei allen dort nicht genannten Änderungen ist weiterhin eine Arztunterschrift mit Datumsangabe notwendig.

Heilmittelverordnung 13

Zustellungsstelle: Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zustellungsstelle: Name, Vorname des Versicherten, geb. am

Umfahlfolgen

BVG: Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status

Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Diagnosegruppe, Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog (a, b, c), patientenindividuelle Leitsymptomatik

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges
Heilmittel, Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht, Hausbesuch ja/nein, Therapiefrequenz

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers, Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers, Belegnummer

Behandlungsabbruch: TTMMJJ

Nach Rücksprache mit dem Arzt
 Abweichung von der Frequenz

Änderung in
 Gruppen-therapie Einzel-therapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

Stichtagsregelung: Ab dem 1. Oktober 2020 ist nur noch das neue Muster 13 zu verwenden.

Blankoverordnungen

Es besteht bald (voraussichtlich ab Mitte 2021) die Möglichkeit, eine Blankoverordnung auszustellen, wodurch die Auswahl des Heilmittels, die Anzahl der Behandlungseinheiten und die Therapiefrequenz dem Heilmittelerbringer überlassen werden kann. Eine Blankoverordnung ist für die Podologie höchstens 40 Wochen gültig, für alle anderen Heilmittel 16 Wochen. Heilmittel-Blankoverordnungen unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die für die Blankoverordnung nötigen Vereinbarungen zwischen den Krankenkassenverbänden und den Heilmittelerbringern stehen noch aus.

Hausbesuche

Ein Hausbesuch in häuslicher Umgebung des Patienten kann dann verordnet werden, wenn dieser nicht in die Praxis kommen kann (Immobilität) oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist – beispielsweise bei Wohnraum- und Umfeldanpassung im Rahmen der Ergotherapie. Als häusliche Umgebung gilt hier sowohl die Wohnung des Patienten, als auch das Senioren- oder Pflegeheim oder die vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe, sofern der Patient dort eine Wohnung und seinen Lebensmittelpunkt hat.

Übergangsregelung

Alle Verordnungen, die vor dem 1. Oktober ausgestellt werden und einen Zeitraum nach dem 1. Oktober betreffen, weil bspw. noch nicht alle verordneten Behandlungseinheiten erbracht wurden, behalten weiterhin ihre Gültigkeit. Alle Verordnungen, die ab dem 1. Oktober ausgestellt werden, gelten als neuer Verordnungsfall. Ab dem 1. Oktober wird die bisherige Zählung der Verordnungsmengen nicht fortgeführt. Genehmigungen für den langfristigen Heilmittelbedarf bleiben auch nach dem 1. Oktober wirksam. An der Systematik zur Wirtschaftlichkeitsprüfung ändert sich durch die neue Heilmittel-Richtlinie zunächst nichts.

Neue Indikationen für Podologie seit 1. Juli 2020

Bisher war die Verordnung von Podologie nur bei Schädigungen der Füße in Folge eines diabetischen Fußsyndroms erlaubt. Zukünftig ist dies auch bei krankhaften Schädigungen infolge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie oder eines Querschnittsyndroms möglich. Hierzu wurden zwei neue Diagnosegruppen (NF und QF) in den Heilmittelkatalog aufgenommen:

- **NF: Fußsyndrom bei Neuropathien** – Krankhafte Schädigung am Fuß als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie (primär und sekundär) zum Beispiel bei hereditärer sensibler oder autonomer Neuropathie, systemischen Autoimmunerkrankungen, Kollagenosen oder toxischer Neuropathie
- **QF: Fußsyndrom bei Querschnittsyndromen** – Krankhafte Schädigung am Fuß als Folge eines Querschnittsyndroms (komplett oder inkomplett) zum Beispiel bei Spina bifida, chronischer Myelitis, Syringomyelie oder traumatisch bedingten Schädigungen des Rückenmarks

Eine Podologieverordnung ist nur dann möglich, wenn ohne eine entsprechende Behandlung unumkehrbare Folgeschädigungen der Füße – bspw. durch Entzündungen oder Wundheilungsstörungen – zu erwarten wären. Vor der Erstverordnung muss eine ärztliche Diagnostik erfolgen, um die dermatologischen und neurologischen oder gegebenenfalls auch angiologische oder muskuloskeletare Befunde erheben zu können. Es können auch Fremdbefunde herangezogen werden. Vor jeder weiteren Verordnung muss der aktuelle Fußbefund erneut geprüft werden. Bitte beachten Sie auch die ausführliche [Praxisinfo der KBV](#), die die Neuerungen detailliert aufgreift.

Unterschriftenverfahren für Verträge im Heilmittelbereich abgeschlossen

Das Unterschriftenverfahren für die Heilmittelvereinbarungen der Jahre 2019 und 2020 sowie die Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2019 konnte kürzlich abgeschlossen werden. Nähere Informationen erhalten Sie in den [amtlichen Bekanntmachungen](#).

Eine Information der Abteilung Verordnungsberatung und §106d der KV Berlin

Redaktion: Abteilung Verordnungsberatung und §106d
Direktkontakt - nur für Ärzte und Praxispersonal: verordnung@kvberlin.de
Herausgeber: Vorstand der KV Berlin, Dr. med. Margret Stennes (V.i.S.d.P.)
Kontakt: Service-Center, Tel: 030 / 31 00 3-999, Fax: 030 / 31 00 3-900, E-Mail: service-center@kvberlin.de

Für eine verbesserte Lesbarkeit wird auf die getrennte Ansprache von Frauen und Männern verzichtet.

Datenschutzerklärung

Sie erhalten den kostenlosen Newsletter aufgrund Ihrer freiwilligen Eintragung. Möchten Sie diese Informationen zukünftig nicht mehr erhalten, senden Sie uns bitte eine formlose E-Mail an die Service-Adresse kvbe@kvberlin.de. Über dieselbe E-Mail können Sie auch einfach Ihre Empfängeradresse ändern, ebenfalls formlos. Selbstverständlich werden alle Ihre Daten vertraulich behandelt, die Einzelheiten dazu finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).