



Arzneimittel

Kontrazeptiva: Jetzt für Versicherte unter 22 Jahren Kassenleistung

Am 29. März 2019 ist das "[Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch](#)" in Kraft getreten. Dieses beinhaltet auch eine Änderung des [§24a SGB V](#) "Empfängnisverhütung". Demnach haben Versicherte jetzt bis zum vollendeten 22. Lebensjahr – also Versicherte unter 22 Jahren – Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln. Auch für die nicht mehr verschreibungspflichtige „Pille danach“ greift der § 24a SGB V – die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für Frauen unter 22 Jahre, wenn die „Pille danach“ auf einem Kassenrezept verordnet wurde.

Vor der Gesetzesänderung galt der gesetzliche Anspruch für Versicherte unter 20 Jahren.

Bei oralen Kontrazeptiva existieren verschiedene Packungsgrößen, sodass beispielsweise ein Monat vor dem 22. Geburtstag eine N1-Packung zur Verordnung zur Verfügung steht.

Bei der Verordnung von Arzneimitteln mit Zulassung außerhalb der Kontrazeption wie z. B. bei mäßig schwerer bis schwerer Akne oder Hirsutismus ist ärztlicherseits erst einmal zu prüfen, ob eine rezeptfreie oder kostengünstigere Behandlung ausreichend ist. Falls dies nicht der Fall ist, besteht im Rahmen der in der jeweiligen Fachinformation aufgeführten Zulassungen auch eine Kassenleistung für Frauen \geq 22 Jahre.

Verordnungsdatenübersicht: Datenstand Januar-September 2018 verfügbar

Im [Online-Portal der KV Berlin](#) können Sie jetzt als aktuellste Verordnungsdatenübersicht das pdf-Dokument mit Datenstand Januar-September 2018 abrufen. Dieses enthält die Arzneimittel-Richtgrößenausschöpfung, eine Wirkstoffliste („ATC-Liste“) mit Richtlinienhinweisen sowie das Heilmittel-Richtgrößenvolumen, sofern entsprechende Datensätze für Ihre BSNR vorhanden sind. Nach dem Einloggen (BSNR-Zugang + Chef-Pin) im Online-Portal und Auswahl von Quartal 20183 im Menüpunkt „Dokumente abrufen“ ist das entsprechende Verordnungsdaten-pdf in der Ansicht Dokumentenauswahl zu finden. Zudem wurden die vorher verfügbaren Verordnungsdaten-pdfs aus 2017 und 2018 um den aktuellen Datenstand aktualisiert.

Auch wurde ein Hinweis aufgenommen, dass aufgrund der Datenlage in der ATC-Liste beispielsweise Rezepturen fehlen und Zytostatika nur teilweise darstellbar sind – diese Verordnungen jedoch in den Berechnungen der richtgrößenrelevanten Verordnungskosten enthalten sind (Übersichten unter dem Punkt 1.1 im Dokument).

Neue bundesweite Praxisbesonderheit

[Dupixent® \(Dupilumab\)](#) wurde als bundesweite Praxisbesonderheit vereinbart. Bei Einhaltung der zwischen GKV-Spitzenverband und dem jeweiligen pharmazeutischen Unternehmen vereinbarten Bedingungen, die Sie durch Anklicken des Arzneimittels aufrufen können, werden die Verordnungen im Rahmen einer Richtgrößenprüfung von den Verordnungskosten abgezogen. Die bestehenden bundesweiten Praxisbesonderheiten können auf der [Internetseite](#) der KV Berlin eingesehen werden.

Klimakteriumstherapeutika – Richtlinieneintrag (Anlage III) wurde aufgehoben

In der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie befand sich bisher unter Punkt 34 folgende Einschränkung für die Kassenleistung von Klimakteriumstherapeutika: „zur systemischen und topischen hormonellen Substitution; sowohl für den Beginn als auch für die Fortführung einer Behandlung postmenopausaler Symptome ist die niedrigste wirksame Dosis für die kürzest mögliche Therapiedauer anzuwenden.“

Diese Einschränkung wurde am 15. Februar 2019 aufgehoben, mit der Begründung, dass die von dieser Regelung nicht umfassten Arzneimittel in der Regel nicht verschreibungspflichtig sind und daher von den Vorgaben für rezeptfreie Mittel umfasst sind. Des Weiteren handelt es sich bei dem Hinweis mit der niedrigsten wirksamen Dosis und der kürzest möglichen Therapiedauer um eine Vorgabe, die in den meisten zulassungsabbildenden [Fachinformationen](#) der verschreibungspflichtigen Arzneimittel enthalten ist und daher auch ohne Richtlinieneintrag zu beachten ist.

Ezetimib – Richtlinieneintrag (Anlage IV) wurde aufgehoben

Der Lipidsenker Ezetimib ist als Monopräparat oder als Kombinationsarzneimittel mit den Wirkstoffen Atorvastatin, Rosuvastatin oder Simvastatin im Handel.

Bei der Verordnung von Lipidsenkern ist die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie zu beachten. Nach dieser sind Lipidsenker Kassenleistung bei bestehender vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation (= Schlaganfall, TIA), pAVK) oder bei hohem kardiovaskulärem Risiko (über 20% Ereignisrate/10 Jahre auf der Basis der zur Verfügung stehenden Risikokalkulatoren).

Da zwischenzeitig erschienene Studienergebnisse bisher nicht berücksichtigt sind, wurden die früher in der Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie verankerten zusätzlichen Bedingungen für Ezetimib-haltige Arzneimittel aufgehoben. Diese gelten seit dem 14. Februar 2019 nicht mehr. Auch wenn damit die Anlage-IV-Einträge „homozygote familiäre Sitosterinämie“, „ausgeprägte, nicht anders zu behandelnde familiäre homozygote Hypercholesterinämie“, Therapieziel: Verhinderung LDL-Apherese oder Statinunverträglichkeit/-kontraindikation wegfallen, gilt nach wie vor das Wirtschaftlichkeitsgebot, wodurch eine Abwägung zwischen Therapieoptionen nicht wegfällt, und oben genannte Einschränkung nach Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie. Der G-BA plant eine umfassende Neubewertung des Wirkstoffes.



Heilmittel

Behandlungsfreies Intervall bei Folgeverordnungen beachten

Nach einer Erst- bzw. Folgeverordnung können ggf. weitere Verordnungen notwendig sein, um eine kontinuierliche Heilmitteltherapie des Patienten zu gewährleisten. Folgeverordnungen können bis zur Ausschöpfung der Verordnungsmenge des Regelfalls (siehe Heilmittel-Katalog) ausgestellt werden.

Vor Ausstellen einer Verordnung ist zu beachten, dass bei rezidiven oder neuen Erkrankungsphasen ggf. ein neuer Regelfall ausgelöst werden kann, wenn der Patient für mindestens 12 Wochen keine Behandlung mehr erhalten hat. Dieses „behandlungsfreie Intervall“ ist in § 7 Abs. 5 der Heilmittel-Richtlinie geregelt. Bitte beachten Sie, dass es sich hier nicht um ein „verordnungsfreies Intervall“ handelt. Es kommt tatsächlich auf den Zeitpunkt der letzten durch den Therapeuten erbrachten Behandlungseinheit an. Dieses Datum erfragen Sie bitte beim Patienten oder Therapeuten. Das Auslösen eines erneuten Regelfalls unter den zuvor genannten Umständen setzt dann eine neue Erstverordnung voraus.

Neue Heilmittelpreise für die Podologie

Seit dem 1. März 2019 gelten im Heilmittelbereich Podologie neue Vergütungsvereinbarungen zwischen den Verbänden der Podologen und dem BKK Landesverband Mitte. Die aktuellen Preise finden Sie [hier](#).

Diagnoseliste der besonderen Verordnungsbedarfe angepasst

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich auf eine rückwirkende Änderung der bundesweiten Diagnoseliste der besonderen Verordnungsbedarfe zum 1. Januar 2019 geeinigt. Die KBV hat dies in ihren [Praxisnachrichten](#) veröffentlicht.

Grund hierfür war die jährliche Revision des ICD-10-GM bei der die Diagnosen des komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) aus dem bestehenden ICD-10-Code „M89.0 Neurodystrophie [Algodystrophie]“ herausgelöst wurden. In der Folge werden die neu aufgenommenen Diagnosen in der Liste der besonderen Verordnungsbedarfe ergänzt und somit im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung anerkannt.

Die folgenden Diagnosen werden in der Liste ergänzt:

| ICD-10 | Diagnose | Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel | | Hinweis/Spezifikation |
|--------|---|-------------------------------------|--------------|--|
| | | Physiotherapie | Ergotherapie | |
| G90.5- | Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I | EX2/EX3/ LY2/PN | SB2/SB6 | Längstens 1 Jahr nach Akutereignis |
| G90.6- | Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ II | | | |
| G90.7- | Komplexes regionales Schmerzsyndrom, sonstiger und nicht näher bezeichneter Typ | | | |

Darüber hinaus erfolgte eine Ergänzung der Diagnosegruppen EX3 bzw. EN4 bei den folgenden Diagnosen:

| ICD-10 | Diagnose | Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel | | Hinweis/Spezifikation |
|-------------------------|--|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| | | Physiotherapie | Ergotherapie | |
| R26.0 R26.1 R26.2 | Ataktischer Gang Paretischer Gang Gehbeschwerden anderorts nicht klassifiziert | WS2/EX2/ EX3 (neu) / SO3 | | ab dem vollendeten 70. Lebensjahr |
| R29.6 | Sturzneigung, andernorts nicht klassifiziert | | | |
| S14.3 S14.4 | Verletzung des Plexus brachialis Verletzung peripherer Nerven des Halses | ZN1/ZN2/AT2 | EN1/EN2/ EN3/EN4 (neu) | Längstens 1 Jahr nach Akutereignis |

Die vollständige Diagnoseliste finden Sie [hier](#) auf der Webseite der KBV und auf der [Themenseite Heilmittel](#) (rechts) auf der Webseite der KV Berlin.

Neuerungen im Heilmittelbereich durch das TSVG

Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) werden sich diverse Neuerungen sowie Änderungen bisheriger Regelungen, die zum Teil deutlich zur Entbürokratisierung bei der Heilmittelverordnung beitragen sollen, ergeben. Dazu zählen u. a. der

- Wegfall der Genehmigungspflicht für Verordnungen außerhalb des Regelfalls
- Preissteigerungen aufgrund bundeseinheitlicher Anpassungen
- Einführung der Blankoverordnung

Wir werden hierzu in Kürze noch einmal gesondert berichten, sobald das Gesetz in Kraft ist.


Sonstiges
Kochsalzlösung zur Inhalation – wann Kassenleistung?

Bei den uns bekannten Kochsalzlösungen zur Inhalation handelt es sich um Medizinprodukte, die für eine in allen Altersgruppen bestehende Kassenleistung in der [Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie](#) gelistet sein müssen.

Folgende Produkte sind dort mit der für eine Kassenleistung einzuhaltenden Bedingung „(isotonische) Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist“ aufgeführt:

| Name | PZN | Abpackung | Bruttopreis* | Befristung bis |
|--|----------|------------|--------------|----------------|
| belAir® NaCl 0,9% | 11078695 | 30x3 ml | 8,95 € | 8.11.2021 |
| IsoFree | 12440081 | 20x2,5 ml | 6,93 € | 17.3.2023 |
| | 12440098 | 60x2,5 ml | 20,69 € | |
| | 05453982 | 25x5 ml | 7,45 € | |
| Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango) | 02295979 | 20x5 ml | 10,70 € | 12.9.2019 |
| | 07027367 | 40x5 ml | 19,25 € | |
| | 07027462 | 60x5 ml | 27,35 € | |
| | 05450802 | 100x5 ml | 42,47 € | |
| Kochsalz 0,9% Inhalat Pädia® | 14293649 | 20x2,5 ml | 5,70 € | 17.3.2023 |
| | 14293655 | 60x2,5 ml | 14,95 € | |
| Pari NaCl Inhalationslösung | 03109789 | 20x2,5 ml | 6,50 € | 12.11.2023 |
| | 00607423 | 60x2,5 ml | 16,95 € | |
| | 03450382 | 120x2,5 ml | 30,95 € | |
| | 12474217 | 10x5 ml | 5,50 € | |
| | 12474223 | 20x5 ml | 9,95 € | |

Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose sind folgende Produkte erfasst:

| Name | PZN | Abpackung | Bruttopreis* | Befristung bis |
|----------------------------|----------|-----------|--------------|----------------|
| MucoClear® 6% ¹ | 03352840 | 20x4 ml | 18,98 € | 15.8.2022 |
| | 03352998 | 60x4 ml | 49,98 € | |
| Nebusal® 7% ² | 09332413 | 60x4 ml | 49,98 € | 23.11.2022 |

medizinisch notwendige Fälle gemäß Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie:

¹zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem 6. Lebensjahr

²zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ≥ 6 Jahre

*Preisstand Lauer-Steuer: 1.4.2019

Neues Verordnungsmuster für die Krankenförderung (Muster 4)

Seit dem 1. April 2019 gilt bundesweit das neue Verordnungsmuster 4 – Verordnung einer Krankenförderung. Bitte beachten Sie, dass eventuell vorhandene Restbestände nicht mehr verwendet werden dürfen.

Grund für die Anpassung des Formulars waren Änderungen in der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade im SGB XI.

Das Formular wurde grundlegend überarbeitet und orientiert sich nun an den Verordnungsschritten in der Praxis bzw. den wesentlichen Angaben des Arztes oder des Psychotherapeuten. Die Neugestaltung erfolgte im Hinblick auf Übersichtlichkeit und Anwenderfreundlichkeit. Der erste Teil – Grund für die Beförderung – gliedert sich nun in genehmigungsfreie und genehmigungspflichtige Fahrten. Des Weiteren können und müssen Angaben zum Grund der Beförderung, zum Behandlungstag bzw. -zeitraum, der Behandlungsfrequenz, des Behandlungsorts und der Art der Beförderung gemacht werden. Darüber hinaus gibt es ein Freitextfeld, in welchem sonstige Angaben gemacht werden können – beispielsweise zur Wartezeit des Transporteurs.

Keine Berücksichtigung konnte die Änderung hinsichtlich der Aufhebung des Genehmigungsvorbehalts bei Patienten mit Pflegegrad 3 und dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 oder Patienten mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ im Schwerbehindertenausweis, die seit Anfang 2019 gilt (siehe [Verordnungs-News Nr. 1/2019](#)), finden. Hier wurde bis zur erneuten Anpassung des Formulars zunächst eine Übergangsregelung geschaffen:

Bis zur Umsetzung der Genehmigungsfiktion auf dem Verordnungsmuster soll bei den zuvor genannten Patienten zunächst weiterhin das Feld „Merkzeichen „aG“, „B“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätseinschränkung, Pflegegrad 4 oder 5“ unter „Genehmigungspflichtige Fahrten“ angekreuzt werden. Die Verordnung muss anschließend aber nicht mehr durch den Patienten bei seiner Krankenkasse vorgelegt werden.

Die KBV hat bereits eine angepasste Praxisinformation zum neuen Verordnungsmuster veröffentlicht. Sie finden diese wie üblich auch hier auf der [Themenseite zur Krankenförderung](#) (rechte Spalte) der KV Berlin. Auf der entsprechenden [Themenseite der KBV](#) finden Sie außerdem ein Ansichtsexemplar des neuen Verordnungsmusters und die aktuellen Vordruck Erläuterungen.

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](#).