



Aktuelle Meldungen

Informationen zu Arzneimitteln

Kein aut-idem-Kreuz mehr notwendig bei bestimmten Wirkstoffen

Apotheken dürfen Arzneimittel mit folgenden Wirkstoffen bzw. Fixkombinationen mit den genannten Darreichungsformen nicht mehr durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel ersetzen, sie wurden in Teil B der Anlage VII der Arzneimittel-Richtlinie als nicht austauschbar aufgenommen:

Betaacetyldigoxin: Tabletten

Digitoxin: Tabletten

Digoxin: Tabletten

Tacrolimus: Hartkapseln

Ciclosporin: Weichkapseln und Lösung zum Einnehmen

Levothyroxin-Natrium: Tabletten

Levothyroxin-Natrium + Kaliumiodid (fixe Kombination): Tabletten

Phenytoin: Tabletten

Bei Verordnung von Ciclosporin und Phenytoin durften Apotheken durch einen Schiedsstellenbeschluss schon seit dem 1.4.2014 nur das vom Arzt verordnete Arzneimittel abgeben, sofern die genannten Darreichungsformen betroffen waren.

Der erweiternde Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Arzneimittel-Richtlinie ist am 10.12.2014 in Kraft getreten.

Aus den Tragenden Gründen zum Beschluss ist entnehmbar, dass sich eine sinnvolle Umsetzung der Regelung durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt in Form einer Verordnung nach Handelsnamen, ergibt. Nach wie vor besteht für die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt die Möglichkeit, jederzeit einen Präparatewechsel auch aufgrund therapeutischer Erwägungen vorzunehmen.

Die Bewertung weiterer Wirkstoffe ist geplant (z. B. Phenprocoumon, Antikonvulsiva, Opioid-Analgetika mit verzögerter Wirkstofffreisetzung). Abgelehnt wurde bereits die Aufnahme der Wirkstoffe Mycophenolsäure, Methotrexat und Ropinirol sowie Mesalazin und Budesonid zur gastrointestinalen Anwendung in die entsprechende Anlage der Arzneimittel-Richtlinie.

Folgende Beurteilungskriterien, zitiert aus den Tragenden Gründen zum Beschluss, werden in der Gesamtschau (also ohne, dass alle Kriterien zwingend erfüllt sein müssen) für die Beurteilung der Austauschbarkeit herangezogen:

„1. Geringfügige Änderungen der Dosis oder Konzentration des Wirkstoffes (z. B. im Plasma) führen zu klinisch relevanten Veränderungen in der angestrebten Wirkung oder zu schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen (enge therapeutische Breite).

2. Infolge der Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel können nicht nur patientenindividuell begründete relevante klinische Beeinträchtigungen auftreten.

3. Gemäß Fachinformation sind über die Phase der Therapieeinstellung hinaus für ein Arzneimittel ein Drug Monitoring oder eine vergleichbare Anforderung zur Therapiekontrolle vorgesehen. Daraus sollten sich Hinweise ableiten lassen, dass eine Ersetzung durch ein anderes wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ohne ärztliche Kontrolle möglich ist“.

BfArM ordnet Ruhen von 80 Arzneimittelzulassungen an

Gemäß [Pressemitteilung](#) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vom 9. Dezember 2014 sind Generika von 16 pharmazeutischen Unternehmen betroffen. Ursächlich sind mangelhafte Bioäquivalenzstudien der indischen Firma GVK Biosciences. Die entsprechenden Bescheide zum Ruhen der Zulassungen sind am 8.12.2014 an die betroffenen pharmazeutischen Unternehmer versendet worden.

Das BfArM hat eine Liste mit Arzneimitteln veröffentlicht, die nicht mehr verkehrsfähig sind und nicht mehr von pharmazeutischen Unternehmen, Großhändlern, Apotheken oder anderen Stellen abgegeben bzw. verkauft werden dürfen. Eine tagesaktuelle Version der Liste kann ausschließlich von der BfArM-Internetseite bezogen werden. Diese Liste finden Sie [hier](#). Das BfArM erwartet keine Lieferengpässe.

Laut Pressemitteilung des BfArM sollten sich Patientinnen und Patienten, die noch im Besitz dieser Arzneimittel und sich unsicher sind, ob sie ihr Arzneimittel weiter verwenden können, an ihren Arzt oder Apotheker wenden. Dem BfArM liegen derzeit keine Hinweise auf eine Gefährdung der Patientensicherheit vor.

Regressgefahr

Die Krankenkassen haben im vergangenen Monat wieder eine Reihe von Einzelfallprüfungen bei der Prüfungsstelle für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V beantragt.

Reklamiert werden aktuell Verordnungen von Kontrazeptiva für Frauen ab 20 Jahren.

Beanstandet werden auch die Verordnungen von Impfstoffen (Engerix®, Gardasil®, Vaqta® Kinder), die über den Sprechstundenbedarf hätten bezogen werden müssen (siehe unten Beitrag „Verordnung von Impfstoffen“).

Eine Reihe von Anträgen bezieht sich (erneut und immer wieder) auf die Verordnung fiktiv zugelassener Arzneimittel (Pentalong®, Myoson direct®, Tepilta®).

Bei folgenden Mitteln wird ein off-label-use reklamiert:

Opioidanalgetika: Actiq®

Kaliumkanalblocker: Fampyra®

Inkontinenzpräparat: Yentreve®

Antimykotika: Vfend®

ADHS- Behandlung: Medikinet® adult

Einzelfallprüfungen sind von den Krankenkassen auch wieder beantragt worden bei Verordnungen während eines stationären Aufenthaltes des Versicherten und bei Verordnungen von nach Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie ausgeschlossenen Arzneimitteln (aktuell: Antidepressivum Edronax®). Auch die Verordnung von Rezepturen mit Dronabinol wird beanstandet.

Frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln

Mit Inkrafttreten werden Beschlüsse des G-BA zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie herangezogen. Daher möchten wir auf folgende Informationsquellen hinweisen:

Die vollständigen Beschlüsse und aktuelle Verfahrensstände finden Sie auf der [Homepage](#) des G-BA.

Nutzenbewertungsübersichten finden Sie auf der Homepage der [KBV](#) und des [GKV-Spitzenverbandes](#).

Seit November 2014 in Kraft getretene Beschlüsse betreffen z. B. Simeprevir, lebende Larven von *Lucilia sericata*, Perampnel.

Rote-Hand-Brief zu Tecfidera®

Tecfidera® (Dimethylfumarat) ist für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose zugelassen. Vor Kurzem wurde in einem Rote-Hand-Brief über einen tödlichen Fall einer progressiven multifokalen Leukenzephalopathie im Rahmen einer schweren und lang anhaltenden Lymphopenie bei einer Patientin, die für 4,5 Jahre mit Tecfidera® behandelt worden ist, berichtet. Die vollständige Sicherheitsinformation finden Sie [hier](#).

Gültigkeitsdauer von Rezepten

Ein Kassenrezept („rosa Rezept“) hat eine Gültigkeitsdauer von einem Monat inklusive Ausstellungsdatum. Nach Ablauf dieser Gültigkeitsdauer wird es wie ein Privatrezept behandelt. Der Übersicht halber haben wir für Sie eine Tabelle erstellt, in der Sie die Rezeptgültigkeiten und die dazu gehörigen Rechtsgrundlagen finden.

Rezept	Gültigkeitsdauer inkl. Ausstellungsdatum	Rechtsgrundlage
Kassenrezept („rosa Rezept“)	1 Monat, Ausnahmen: Hilfsmittel-Verordnungen: 28 Tage Isotretinoin-oral: 7 Tage	§ 11 AM-RL § 8 HilfsM-RL Isotretinoin-oral: Fachinformationen/Schwangerschafts- verhütungsprogramm
Privatrezept	3 Monate, es sei denn, es wird eine Angabe zur Gültigkeitsdauer gemacht	§ 2 (5) AMVV
Betäubungsmittel-Rezepte	8 Tage	§ 12 BtMVV
T-Rezepte	7 Tage	§ 3a AMVV

T-Rezepte = Sonderrezepte für die Verschreibung von Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid

AM-RL = Arzneimittel-Richtlinie

HilfsM-RL = Hilfsmittel-Richtlinie

AMVV = Arzneimittel-Verschreibungsverordnung

BtMVV = Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

Impfstoffe des „Sprechstundenbedarfs“ richtig verordnen

Die Verordnung von Impfstoffen des „Sprechstundenbedarfs“ 1,2 erfolgt ausschließlich (auch im Einzelfall):

- auf einem Arzneverordnungsblatt (Muster 16),
- ohne Namensnennung des Versicherten,
- zulasten der AOK Nordost (für die GKV),
- unter Kennzeichnung der Felder 8 (Impfstoff) und 9 (Sprechstundenbedarf),
- Auf diesem Arzneverordnungsblatt sind ausschließlich Impfstoffe zu verordnen.

1 gemäß den Impfvereinbarungen mit den jeweiligen Krankenkassen in Verbindung mit der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (gilt für AOK NO, BKKn, IKKn, Ersatzkassen, SVLFG).

2 gemäß der Impfvereinbarung mit der Knappschaft in Verbindung mit den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO).

Das bedeutet, dass Einzelverordnungen mit Nennung des Versichertenamen und der Krankenkasse des Versicherten bei den vorgenannten Impfungen unzulässig sind.

[\[mehr...\]](#) 
Homepage KV Berlin

Impfstoffe gemäß der „Reiseschutzimpfungsvereinbarung“ richtig verordnen

Impfungen für private Auslandsreisen sind keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Die sog. „Reiseschutzimpfungsvereinbarung“ mit der Deutschen BKK und der pronova BKK ermöglichen es, die im Vertrag genannten Reiseschutzimpfungen zulasten der vorgenannten Krankenkassen zu erbringen. Die Verordnung von Impfstoffen, die gem. der Reiseschutzimpfungsvereinbarungen erbracht werden, erfolgt:

- auf einem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16),
- mit Namensnennung des Versicherten,
- zulasten der Deutschen BKK bzw. der pronova BKK,
- unter Kennzeichnung von Feld 8 (Impfstoff).

[\[mehr...\]](#) 
Homepage KV Berlin

Neues Honorar für Impfleistungen ab 2015

Zum 01.01.2015 werden die Vergütungen für verschiedene Impfungen angehoben. Die Steigerung beträgt 2,02 % für alle Einfachimpfungen und 2,53 % für alle Mehrfachimpfungen.

Die Regelung gilt für alle Krankenkassen außer der Knappschaft (bei der Knappschaft sind die Honorare 2015 auf leicht höherem Niveau stabil).

Die Impfleistungen, die dazugehörigen Abrechnungsnummern (SNRn) und die Vergütungen finden Sie in der jeweiligen Anlage 1 der Impfvereinbarungen auf der Homepage der KV Berlin.

Beachten Sie bitte auch die Informationen zur Bestellung von Impfstoffen in den Verordnungs-News.

[\[mehr...\]](#) 
Homepage KV Berlin

Liste „besonders wirtschaftlicher Blutzuckerteststreifen“ wurde zum 01.11.2014 aktualisiert

Grundlage ist ein Vertrag zwischen der AOK Nordost und der KV Berlin, der die Förderung „besonders wirtschaftlicher Blutzuckerteststreifen“ zum Ziel hat. Für den erhöhten Beratungsaufwand erhält der verordnende Arzt je verordneter 50-Stück-Packung eine Vergütung von 1,05 Euro. Der Vertrag gilt wohnortunabhängig für alle Versicherten der AOK Nordost. Je verordneter Packung ist die SNR 99125 abzurechnen, eine Teilnahmeerklärung muss nicht abgegeben werden. Beachten Sie, dass Sie mit der Abrechnung der SNR die Inhalte und Regelungen der zugrunde liegenden Vereinbarung akzeptieren.

[mehr...] 
Homepage KV Berlin

Informationen zu Heilmitteln

Heilmittel – neue Preislisten

Die aktualisierten Listen mit den Preisen für die einzelnen Heilmittelleistungen (Stand Dezember 2014) finden Sie auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin.

Die Preise für Maßnahmen der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Podologischen Therapie sowie der Physikalischen Therapie wurden im Rahmen von Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassenverbänden in Berlin und den jeweiligen Berufsverbänden vereinbart.

Bitte beachten Sie, dass die neuen und teilweise merklich höheren Preise natürlich Ihre jeweilige Richtgröße belasten. Die Anpassung der Richtgröße erfolgt stets mit einem einzigen Prozentsatz, wohingegen die einzelnen Heilmittel sehr unterschiedliche Steigerungsraten aufweisen. Wir empfehlen Ihnen daher die Lektüre und Beachtung der neuen Listen.

[mehr...] 
Homepage KV Berlin

Heilmittel: Nur ein vorrangiges Heilmittel gestattet

Bei der Verordnung von Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie und der Podologischen Therapie ist es nicht gestattet, zur Behandlung einer Erkrankung mehrere vorrangige/optionale Heilmittel zu verordnen. Der Heilmittelkatalog (Teil 2 der Heilmittel-Richtlinie) ordnet jeder Diagnose und Leitsymptomatik

- A) vorrangige Heilmittel
- B) optionale
- C) ergänzende Heilmittel
- D) ggf. standardisierte Heilmittelkombinationen zu.

Verordnet werden darf nur ein vorrangiges oder optionales Heilmittel [also A) oder B)] und dazu ggf. ein ergänzendes Heilmittel (also +C)].

Die alleinige Verordnung eines ergänzenden Heilmittels (z. B. Wärme oder Kälte) ist nicht zulässig (bis auf wenige im Heilmittelkatalog gelistete Ausnahmen).

Ein Beispiel:

Indikationsschlüssel **EX2b**

Diagnosegruppe: Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens mit prognostisch mittelfristigem Behandlungsbedarf (z. B. Frakturen)

Leitsymptomatik: Funktionsstörungen durch Muskeldysbalance, -insuffizienz, -verkürzung

Ziel der Physikalischen Therapie: Wiederherstellung, Besserung der gestörten Muskelfunktion

Heilmittelverordnung im Regelfall:

- A) KG/KG-Gerät**
- B) Übungsbehandlung**
- C) ist bei EX2b nicht gelistet*

Als Heilmittel ist also vorrangig **A) entweder die KG (Krankengymnastik) oder die Krankengymnastik mit Gerät oder alternativ B) die Übungsbehandlung** zu wählen. Nicht verordnet werden darf die KG gemeinsam mit KG-Gerät. Ebenfalls nicht zulässig ist die Verordnung von KG gemeinsam mit Übungsbehandlung.

Neben der korrekten Auswahl (ein vorrangiges oder optionales Heilmittel + ggf. ein ergänzendes Heilmittel) ist es ratsam, sich mit den Preisen für die Heilmittel vertraut zu machen.

Im vorgenannten Beispiel gibt es ganz erhebliche Unterschiede bzgl. der Kosten (relevant in der Wirtschaftlichkeitsprüfung!):

KG Einzel: 14,24€*
 KG-Gerät: 24,31€*
 *Bsp. Primärkassen

Der Heilmittelkatalog gibt darüber hinaus die **Verordnungsmengen je Diagnose** vor und gibt weitere Hinweise. Achtung! Die angegebenen Verordnungsmengen (Erst-, Folgeverordnung, Gesamtverordnungsmenge) sind **Maximalmengen**, nicht Mindestmengen.

Sonstiges

Aktuelles Prüfungsgeschehen

Zum Jahresende 2014 muss die Richtgrößenprüfung für das Verordnungsjahr 2012 abgeschlossen sein. Wie alle Jahre wieder, erhalten die betroffenen Ärzte rund um Weihnachten die Bescheide.

Im Heilmittelbereich sind bereits eine Reihe weitgehend unbelastender Bescheide zugestellt worden, im Arzneimittelbereich bis zum Redaktionsschluss noch nicht.

Alle Jahre wieder stellen betroffene Ärzte fest, dass verschiedene Praxisbesonderheiten, die nach der Aufforderung der Prüfungsstelle eingebracht wurden, nicht anerkannt wurden. Bemängelt wird auch regelmäßig, dass die Berechnungen im Bescheid nicht selbsterklärend und dass die Begründungen nicht nachvollziehbar sind.

Für alle betroffenen Ärzte gilt: Ihre Widerspruchsfrist beträgt einen Monat. Versäumen Sie diese nicht! Sollte es Ihnen nicht möglich sein, die Begründung für Ihren Widerspruch innerhalb dieser Frist zu verfassen, können Sie diese auch nachreichen. Der Widerspruch ist dennoch innerhalb eines Monats einzulegen.

Bei der Zufälligkeitsprüfung sind aktuell von der Prüfungsstelle die Bescheide bzgl. des Prüfzeitraums 1. bis 4. Quartal 2010 verschickt worden. Die Prüfungsstelle hat einer Reihe von Ärzten mitgeteilt, dass die Abrechnung verschiedener EBM-Nummern bzw. die Verordnung verschiedener Arznei- oder Heilmittel unwirtschaftlich war und daher zur Ersatzverpflichtung führt (Regress). Auch hier gilt es, ggf. Widerspruch einzulegen. Lassen Sie gerne beraten.

Im Bereich der Einzelfallprüfung sind die Anträge der Krankenkassen zu Krankentransporten und die ausgesprochenen Regresse ein Thema sowie die Anträge und Bescheide bzgl. der Verordnung von Lymphsets.

Zu den aktuellen Einzelfallprüfanträgen der Krankenkassen lesen Sie bitte auch den gesonderten Beitrag (s. Seite 2).

Krankentransporte – Tipps zur Verordnung

Wegen der recht unübersichtlichen Gemengelage und einer Vielzahl von Prüfanträgen der Krankenkassen und Regressbescheiden der Prüfungsstelle nach § 106 SGB V beachten Sie bitte bei der Verordnung von Krankentransporten Folgendes:

Die Notwendigkeit der Beförderung ist vom Arzt zu prüfen (denn der Arzt wird im Zweifelsfall von den Krankenkassen haftbar gemacht!).

Das erforderliche wirtschaftliche Transportmittel ist vom Arzt auszuwählen. Hier macht die Abgrenzung der Krankenfahrt vom qualifizierten Transport oft Schwierigkeiten. Die Senatsverwaltung für Inneres und Sport, Abt. III-öffentliche Sicherheit und Ordnung, hat im Mai 2011 gegenüber der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Berlin Folgendes erklärt:

„Allein entscheidend ist vielmehr, ob Patienten krank, verletzt oder hilfebedürftig sind und während der Beförderung fachgerechter Betreuung bedürfen. Diese kann schon in Hilfestellungen beim Heben, Lagern oder Umsetzen von Patienten bestehen, wenn sie über einfache Hilfestellungen hinausgeht, die von Jedermann geleistet werden können und dürfen.“ Anlass für diesen schriftlichen Hinweis der Senatsverwaltung war ein Schreiben der Krankenkassen an Verordner von Transporten, in denen es hieß: „Der Krankentransportwagen soll in der Regel nur für schwerstkranke Patienten und im Einzelfall verordnet werden.“

Es ist bei der Auswahlentscheidung der aktuelle Gesundheitszustand des Versicherten und seine Gehfähigkeit und der Hilfebedarf zu berücksichtigen, ebenso ist die Notwendigkeit für den Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen.

Die Transportmittel werden wie folgt unterschieden:

Rettungsfahrten (RTW, NAW, RTH)

Rettungsfahrten sind über die örtlich zuständigen Rettungsleitstellen anzufordern. Sie sind indiziert, wenn ein Patient aufgrund seines Zustands mit einem qualifizierten Rettungsmittel (Rettungswagen, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) befördert werden muss oder der Eintritt eines derartigen Zustands während des Transports zu erwarten ist.

Krankentransporte (KTW)

KTW können verordnet werden, wenn der Patient während der Fahrt einer fachlichen (nicht-ärztlichen) Betreuung oder besonderen Einrichtung des KTW bedarf oder deren Erforderlichkeit zu erwarten ist.

Sie sollen auch dann verordnet werden, wenn dadurch die Übertragung schwererer, ansteckender Krankheiten der Versicherten vermieden werden kann.

Krankenfahrten

Krankenfahrten mit Taxi und Mietwagen sind zulasten der Krankenkassen verordnungsfähig. Diese Fahrten werden ohne medizinisch-fachliche Betreuung durchgeführt.

Die Verordnung ist vom Arzt vor der Beförderung auf Muster 4 (Verordnung einer Krankenförderung) auszustellen (Ausnahme nur in Notfällen). Die Fahrt muss nicht nur zwingend medizinisch notwendig sein, und sie muss im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse stehen und die Verordnung des Krankentransportes erfolgt nur zur nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit (wünscht der Patient einen Transport in eine entferntere Einrichtung, muss dies die Krankenkasse genehmigen). Krankentransporte bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse (Dauer und Umfang der Genehmigung werden von der Krankenkasse festgelegt). Dies gilt nicht für Fahrten zu einer vor- und nachstationären Behandlung oder zu einer ambulanten Operation.

Nicht verordnet werden darf eine Krankenförderung

- bei Fahrten mit dem privaten Kraftfahrzeug oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel
- für Fahrten zu einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme (der Versicherte muss sich direkt an seine Krankenkasse wenden)
- für Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen.

Eine Information

der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit der KV Berlin

Redaktion: Juliana Gralak, Susanne Roßbach, Vertragsabteilung, Beratungsapotheker

Herausgeber: Vorstand der KV Berlin, Dr. Angelika Prehn (V.i.S.d.P)

Kontakt: Service-Center

Telefon: 030 / 31 00 3-999

Fax: 030 / 31 00 3-900

E-Mail: service-center@kvberlin.de