



## Arzneimittel

### Jakavi® - neue bundesweite Praxisbesonderheit im Arzneimittelbereich

Seit dem 15.5.2015 besteht eine Praxisbesonderheit für die Behandlung von krankheitsbedingter Splenomegalie oder Symptomen bei Erwachsenen mit primärer Myelofibrose (auch bekannt als chronische idiopathische Myelofibrose), Post-Polycythaemia-vera-Myelofibrose oder Post-Essentieller-Thrombozythämie-Myelofibrose mit Jakavi® (Ruxolitinib).

Derzeit existieren 5 bundesweite Praxisbesonderheiten im Arzneimittelbereich.

Die genauen Voraussetzungen und Details für die Anerkennung von

- Zytiga® (Abirateronacetat)
- Xtandi® (Enzalutamid)
- Esbriet® (Pirfenidon)
- Jakavi® (Ruxolitinib) und
- Brilique® (Ticagrelor)

als Praxisbesonderheit können Sie nach Anklicken der farbig unterlegten Begriffe einsehen. In Übersicht finden Sie den aktuellen Stand der bundesweiten Praxisbesonderheiten auf der [Homepage des GKV-Spitzenverbands](#).

### Kontrastmittel, Risiken durch Austausch im Sprechstundenbedarf

Die KV Berlin informierte im April Kontrastmittel anwendende Vertragsärzte über ein Vergabeverfahren der AOK Nordost für Kontrastmittel. Nach derzeitigem Kenntnisstand ist es möglich, dass ein wirkstoffübergreifender Austausch der Präparate durch die AOK erfolgt. Die Folgen, insbesondere haftungsrechtlicher Art, sind unklar. Die KV Berlin vertritt weiterhin die Auffassung, dass der Vertragsarzt den Austausch der Produkte ausschließen kann. Die entsprechende Auffassung vertritt auch die Aufsichtsbehörde der AOK Nordost.

Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung sieht beim nicht apothekenpflichtigen SSB die Möglichkeit vor, die Substitution auszuschließen.

Kontrollieren Sie Ihre Kontrastmittellieferung möglichst sofort. Sollte die Lieferung nicht Ihrer konkreten Bestellung entsprechen, sollten Sie bis auf Weiteres die Annahme verweigern und dem Lieferanten die nicht bestellte Ware wieder mitgeben. Senden Sie sodann eine Neubestellung mit Dringlichkeitsvermerk an die AOK Nordost.

## Regressgefahr: weiter Prüfanträge wegen der Verordnung von Lymphsets

Verbandmaterialien sind grundsätzlich verordnungsfähig, allerdings gilt auch hier: wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig.

Die Verordnung von Lymphsets führt weiterhin zu Prüfverfahren auf Antrag der Krankenkassen und zu Regressen.

Bei einer (Heilmittel-)Verordnung von manueller Lymphdrainage (MLD) ist mit der Vergütung des Physiotherapeuten der zur Kompression erforderliche Trikotschlauch und die Polsterung abgegolten. Lymphsets, die häufig auch vom Physiotherapeuten angefordert werden, enthalten u.a. die genannten Materialien. Eine „Doppelverordnung“, also per rosa Rezept und per Heilmittelverordnung, gilt bei den Krankenkassen und der Prüfungsstelle als unwirtschaftlich.

Sollte die Verordnung unabhängig von einer MLD erfolgen, so ist grundsätzlich auch das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Möglicherweise gibt es preisgünstigere Alternativen.

## Möglichkeit von Langfristgenehmigungen

Patientinnen und Patienten mit langfristigem Behandlungsbedarf haben Möglichkeit, sich die erforderlichen Heilmittel von ihrer Krankenkasse genehmigen zu lassen. Der Anspruch des Versicherten ist in § 32 SGB V geregelt. Die Krankenkasse muss innerhalb von 4 Wochen über den Antrag entscheiden, ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Allerdings wird diese Frist unterbrochen, soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind. Daher empfiehlt es sich, den Antrag gleich mit aussagekräftigen Unterlagen bzw. einer ordentlichen Begründung zu versehen.

Für den Antrag des Versicherten stellt die Vertragsärztin/ der Vertragsarzt eine Heilmittelverordnung aus, aus der ebendiese medizinische Begründung hervorgeht (wie bei der Verordnung außerhalb des Regelfalls). Diese Verordnung ist dem Antrag beizufügen.

Das Verfahren ist entbehrlich, wenn es sich um eine Erkrankung (ICD) handelt, die in der bundesweit gültigen Vereinbarung über Praxisbesonderheiten gemäß § 84 Abs. 8 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V gelistet ist. Bei diesen Diagnosen gilt die Genehmigung als erteilt. Der Gang zur Krankenkasse bleibt dem Patienten/der Patientin also erspart. Es ist auch nicht erforderlich, dass vor Beginn der Langfristbehandlung eine Erst- und Folgeverordnung bis zum Ausschöpfen des Regelfalles ausgestellt und durchlaufen wird.

Sollte es sich aber um eine Erkrankung handeln, die in der o.g. Vereinbarung nicht gelistet ist, so ist der Antrag wie oben beschrieben zu stellen. Hier hat die Krankenkasse einen Genehmigungsvorbehalt.

Die Kosten für die „Langfristbehandlung“ sind, anders als alle anderen Heilmittelkosten, nicht richtgrößenrelevant. Voraussetzung ist, dass die Behandlung genehmigt ist (per o.g. Liste oder im Genehmigungsverfahren).

Aufgrund der unklaren Datenlage und der herrschenden Intransparenz in der Richtgrößenprüfung empfiehlt sich dringend eine entsprechende Dokumentation.

Zur [Heilmittel-Richtlinie](#) sowie zur [Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung](#) und zur [Liste mit den Diagnosen zum langfristigen Heilmittel-Bedarf](#) gelangen Sie nach Anklicken der farbig unterlegten Begriffe.

## Heilmittelverordnung bei Arztwechsel

Heilmitteltherapien werden über einen gewissen Zeitraum durchgeführt, oftmals über mehrere Wochen. Die Verordnung der Heilmittel folgt der verbindlichen Heilmittel-Richtlinie, die abschließend regelt, welche Heilmittel bei welcher Indikation in welcher Menge verordnet werden dürfen.

Der sogenannte Regelfall ist erschöpft oder durchlaufen, wenn die maximale Verordnungsmenge erreicht ist. Danach ist -soweit weiterhin der medizinisch begründete Bedarf vorliegt- eine Verordnung außerhalb des Regelfalles möglich. Diese ist individuell zu begründen und zudem ist eine prognostische Einschätzung erforderlich.

Wie ist zu verordnen, wenn der Patient den Arzt wechselt?

Stellt der weiterbehandelnde Arzt die Notwendigkeit einer weiteren Heilmitteltherapie fest, kann eine Folgeverordnung oder eine Verordnung außerhalb des Regelfalles ausgestellt werden (sofern es sich um dieselbe Indikation und dasselbe Beschwerdebild handelt). Dazu ist es aber erforderlich, die bisherigen Verordnungsmengen und -indikationen genau zu kennen. Anderenfalls ist eine solche Verordnung fehleranfällig und dies kann bekanntermaßen zu Prüfanträgen der Krankenkassen und gegebenenfalls zu Regressen führen.

Dem weiterbehandelnden Arzt ist allerdings oftmals nicht bekannt, wie viele Therapien aufgrund welchen Indikationsschlüssels schon stattgefunden haben. Daher ist es in diesem Falle unumgänglich, die Diagnose samt Behandlungsbedarf selbst festzustellen und richtlinienkonform das richtige Heilmittel in der Menge zu verordnen, die die Heilmittel-Richtlinie vorsieht.

## Sonstiges

### Zuzahlungsregelungen für Schwangere

Am 5.5.2015 ist eine Änderung im Abschnitt G der [Mutterschafts-Richtlinien](#) in Kraft getreten. Vorher war dort formuliert, dass eine Zuzahlungsbefreiung nur für Verordnungen bei Schwangerschaftsbeschwerden gilt, die noch keinen Krankheitswert haben. Die Einschränkung auf den fehlenden Krankheitswert wurde gestrichen. Die veränderte Formulierung lautet: „Die Versicherte hat während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Entbindung Anspruch auf Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Die für die Leistungen nach den §§ 31 bis 33 SGB V geltenden Vorschriften gelten entsprechend; bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung finden die Regelungen, die für die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln eine Zuzahlung der Versicherten vorsehen, keine Anwendung.“

In der [Verordnungs-News](#) Ausgabe von Februar 2015 hatten wir zu Eisenpräparaten bei Eisenmangelanämie informiert. Die darin enthaltenen Textpassagen zur Zuzahlung von Schwangeren sind mit der oben aufgeführten Änderung der Mutterschafts-Richtlinie nicht mehr aktuell, bei einer schwangerschaftsbedingten Eisenmangelanämie besteht nun eine Zuzahlungsbefreiung für nicht-verschreibungspflichtige Eisen-(II)-Verbindungen.

Den Beschluss des G-BA sowie die Tragenden Gründe können Sie [hier](#) einsehen.

## Unsere Dauerbrenner

Vergessen Sie nicht unsere bisherigen Beiträge zu immer wieder gefragten Themen:

- [Vitamin D](#) (ab Seite 1)
- [Verordnungen für Kinder – was ist zu beachten](#) (Seite 2)
- [Wann sind Protonenpumpenhemmer Kassenleistung?](#) (ab Seite 1)
- [Haftungsrisiko bei Arzneimittelaustausch im Sprechstundenbedarf](#) (Seite 1)
- [Was tun bei Rezeptverlust durch Patienten?](#) (ab Seite 5)
- [Wenn Patienten das nachträgliche Ausstellen von Kassenrezepten wünschen](#) (Seite 4)
- [Heilmittel: Voraussetzung einer Verordnung](#) (ab Seite 2)
- [Heilmittelverordnungen – keine Pflicht zu Mehrfachangaben von ICD-10-Codes](#) (Seite 3)
- [Immer wieder Prüfthema – fiktiv zugelassene Arzneimittel](#) (Seite 1)
- [Zum Feld "Begr.-Pflicht" auf dem Muster 16](#) (Seite 2)
- [Impfstoffe richtig verordnen](#) (ab Seite 3)
- [Gültigkeitsdauer von Rezepten](#) (Seite 3)
- [Rezeptfälschungen – was ist zu beachten?](#) (Seite 6)
- [Kein aut-idem-Kreuz mehr notwendig bei bestimmten Wirkstoffen](#)  
(Substitutionsausschlussliste, Seite 1)

Bitte beachten Sie dazu, dass sich [mögliche Erweiterungen der Substitutionsausschlussliste](#) derzeit im [Stellungnahmeverfahren](#) befinden. Diese Erweiterungen sind jedoch noch nicht in Kraft. Nach Inkrafttreten werden wir darüber in den [Verordnungs-News](#) informieren.

- [Kostenfreie Informationsquellen für Ärzte](#) (ab Seite 3)

## Eine Information der Vertragsabteilung der KV Berlin

Redaktion: Vertragsabteilung inkl. Beratungsapotheker  
Veröffentlichung: Abteilung Öffentlichkeitsarbeit  
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](mailto:service-center@kvberlin.de)