



Arzneimittel

MCP – neue Lösungen zum Einnehmen im Handel

Seit dem 1.8.2015 existieren zum Einnehmen wieder flüssige Fertigarzneimittel mit Metoclopramid. Diese besitzen eine verringerte Wirkstoffkonzentration von 1mg/ml. Diese Höchstkonzentration wurde im vergangenen Jahr als Ergebnis eines europäischen Risikobewertungsverfahrens festgelegt, damals kam es zu einem Rückruf aller MCP-Tropfen, da diese höher dosiert waren. Die neuen Lösungen werden nicht mehr mittels eines Tropfers sondern mit einer skalierten Pipette dosiert.

Die zugelassenen Anwendungsgebiete der aktuell im Handel befindlichen Lösungen zum Einnehmen (Ratiopharm und AbZ-Pharma, jeweils in den Abpackungen 30ml und 100ml) lauten gemäß [Fachinformation](#):

bei Erwachsenen:

- „Vorbeugung von nach Chemotherapie verzögert auftretender Übelkeit und verzögert auftretendem Erbrechen (CINV)
- Vorbeugung von Übelkeit und Erbrechen, die durch Strahlentherapie verursacht werden (RINV)
- Symptomatischen Behandlung von Übelkeit und Erbrechen, einschließlich Übelkeit und Erbrechen, die durch akute Migräne hervorgerufen werden. Metoclopramid kann in Kombination mit oralen Schmerzmitteln verwendet werden, um die Resorption des Schmerzmittels bei akuter Migräne zu fördern.“

bei Kindern und Jugendlichen (im Alter von 1 - 18 Jahren):

- „Vorbeugung von nach Chemotherapie verzögert auftretender Übelkeit und verzögert auftretendem Erbrechen (CINV) als Sekundäroption.“

OTC-Arzneimittel – Verordnung bei Satzungsleistungen der Krankenkassen

Verschiedene Krankenkassen bieten ihren Versicherten an, die Kosten für selbstbezahlte Arzneimittel zu übernehmen. Die Krankenkassen regeln in ihrer jeweiligen Satzung, welche Mittel unter welchen Bedingungen erstattet werden.

Für Ärzte gilt: Die Verordnung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln erfolgt außerhalb der zugelassenen Ausnahmen des SGB V und der Arzneimittel-Richtlinie grundsätzlich nicht zu Lasten der Krankenkasse, das heißt die Verwendung des rosa Rezeptes (Muster 16) ist ausgeschlossen.

Das grüne Rezept oder Privatrezept ist so auszustellen, dass der Patient als Kostenträger zu erkennen ist. Die Krankenkasse wird nicht genannt.

Der Patient kann im Nachhinein bei seiner Krankenkasse um Erstattung der Kosten bitten. Hierbei wird von einigen Krankenkassen das Ausstellen eines Rezeptes, auf dem die Kasse als Kostenträger genannt ist, verlangt. Erfüllen Sie diesen Wunsch keinesfalls! Es kann nämlich sein, dass die Kosten dann fälschlicherweise in Ihre Daten zur Wirtschaftlichkeitsprüfung gebucht werden.

Fehlinformationen zu Rabattarzneimitteln in der Wirtschaftlichkeitsprüfung

In letzter Zeit erreichen uns vermehrt Kopien oder Weiterleitungen von Schreiben von Krankenkassen bzw. deren Dienstleistern und pharmazeutischen Unternehmen mit der Mitteilung, dass in puncto Rabattarzneimittel „Krankenkassen zusichern, diese Verordnungen zu 100% aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung herauszunehmen“ oder dass diese „bei etwaigen Prüfverfahren“ nicht zu Lasten des Arztes „gerechnet“ werden. Diese Aussagen sind falsch.

Derzeit werden Rabatte lediglich bei der Berechnung von tatsächlichen Regressen berücksichtigt. Das heißt, dass Prüfverfahren durchgeführt werden und erst im Ergebnis Rabatte abgezogen werden. Eine verbindliche Regelung zum „Vorab-Abzug“ von Arzneimittelkosten existiert nicht. Einzige Ausnahme: Ab dem Verordnungsjahr 2014 werden Rabattarzneimittel in der Vorab-Prüfung, also bevor die jeweilige Betriebsstätte von der Prüfungsstelle angeschrieben wird, berücksichtigt indem je Vertragsarzt 10% der Brutto-Verordnungskosten der in Apotheken abgegebenen Rabattarzneimittel abgezogen werden (Anlage 2 (4) [Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung 2014](#)). Diese Regel gilt ausschließlich für die Richtgrößenprüfung. Allerdings wird hier regelmäßig eine Pauschalierung vorgenommen, denn Daten über tatsächlich erwirtschaftete Rabatte liefern die Krankenkassen nicht. Insbesondere bei anderen Prüfarten (Einzelfallprüfung und Zufälligkeitprüfung) wird zunächst geprüft, ob die Mittel wirtschaftlich verordnet wurden (d.h. indikations- und mengengerecht).

Verlassen Sie sich also nicht auf die Aussagen in derartigen Schreiben.

Methoxsalenhaltige Therapeutika im SSB leistungsbezogen anfordern

Für die Durchführung der Photochemotherapie als Balneophototherapie ist die EBM-Nummer 10350 vorgesehen. Gemäß EBM dürfen für diese Leistung die Therapeutika nicht über den Sprechstundenbedarf bezogen werden. Die Bewertung der Abrechnungsnummer beinhaltet die Kosten für die Mittel zur Herstellung der lichtsensibilisierenden Lösung gemäß § 2 Abs. 3 des G-BA-Beschlusses Balneophototherapie für die Bade-PUVA.

Das heißt: Für die Balneophototherapie nach der EBM-Nummer 10350 sind die für die Behandlung notwendigen Substanzen (Salz und Methoxsalenhaltige Präparate) im Honorar eingeschlossen. Die zusätzliche Anforderung der Mittel zur Verwendung bei Erbringung der EBM-Nummer 10350 ist nicht zulässig.

Für die deutlich schlechter bewertete Kombination der EBM-Nummern 30430/30431 (Selektive Phototherapie und Zuschlag für PUVA) sind die Medikamentenkosten nicht in die Leistungsbewertung eingeflossen. Dafür dürfen Sie die Therapeutika über den Sprechstundenbedarf beziehen.

Photochemotherapeutika (z.B. Methoxsalenhaltige Präparate) können zu Lasten der GKV also nur angefordert werden, wenn sie für Leistungen nach den EBM Ziffern 30430/30431 verwendet werden.

Ibuprofen – Änderungen in den Produktinformationen

Aufgrund der Ergebnisse eines Risikobewertungsverfahrens zum kardiovaskulären Risiko von Ibuprofen und Dexibuprofen hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Änderungen der Fach- und Gebrauchsinformationen beschlossen, die von den pharmazeutischen Unternehmen bis zum 16.10.2015 beim BfArM einzureichen sind. Die geforderten Änderungen können Sie [hier](#) einsehen.

Mangelhafte Arzneimittelstudien – Änderungen der BfArM-Liste

Auf Seite 2 der [Verordnungs-News Dezember 2014](#) hatten wir zum Thema berichtet. Nun wurde zum 21.8.2015 eine veränderte Liste mit ruhenden Zulassungen bestimmter Generika gültig. Das BfArM hat die neue Liste auf seiner Homepage zur Verfügung gestellt. Nähere Informationen finden Sie [hier](#).

Codein – geänderte Fach- und Gebrauchsinformationen

In unseren [Verordnungs-News April 2015](#) hatten wir zu Codein und dem europäischen Risikobewertungsverfahren informiert. Der Vollständigkeit halber möchten wir Sie darauf hinweisen, dass [damals geplante Änderungen nun umgesetzt](#) wurden. Die neuen Kontraindikationen (Kinder unter 12 Jahre) und Warnhinweise sind zu beachten.



Heilmittel

Falsche Begründungen durch Krankenkassen bei Ablehnung eines Antrags auf langfristige Heilmittelbehandlung (Langfristverordnung)

Wir möchten Sie auf falsche Begründungen bei Bescheiden von Krankenkassen bezüglich der Ablehnung von Anträgen auf langfristige Heilmittelbehandlung hinweisen beziehungsweise vor entsprechenden Fehlinformationen in den Bescheiden warnen.

So formulierte jüngst eine Krankenkasse die Begründung für die Ablehnung folgendermaßen: *„Langfristgenehmigungen dürfen nur für bestimmte Krankheitsbilder erteilt werden. Welche dies sind, ist in der „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten“ festgelegt. Ihr Krankheitsbild fällt nicht darunter. So muss die Erkrankung beispielsweise mindestens ein Jahr bestehen und die Heilmittelbehandlung mindestens ein Jahr andauern.“*

Zwar dürfen Langfristgenehmigungen, wie jede andere Heilmittel-Verordnung auch, nur für bestimmte Krankheitsbilder erteilt werden. Diese Krankheitsbilder legt allerdings ausschließlich und verbindlich die Heilmittel-Richtlinie (einschließlich des Heilmittelkatalogs als Bestandteil der Richtlinie) fest. Die „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten“ listet in der dortigen Anlage 2 lediglich die Diagnosen auf, bei deren Vorliegen der Arzt unmittelbar eine Langfristverordnung ausstellen und der Patient mit der Behandlung beginnen kann, sofern die Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren verzichtet hat. Bei allen anderen Krankheiten/Beschwerdebildern ist selbstverständlich ein Antrag auf die Genehmigung von langfristigen Heilmittelbehandlungen möglich (soweit der Heilmittelkatalog für diese Indikation Heilmittel vorsieht).

Die Richtlinie legt darüber hinaus in § 8 Absatz 5 lediglich fest, dass nicht die Erkrankung, sondern ausschließlich die Heilmittelbehandlung selbst mindestens ein Jahr umfassen sollte. Beachten Sie bitte, dass Ihr Patient bei einem ablehnenden Bescheid der Krankenkasse innerhalb eines Monats nach dessen Bekanntgabe Widerspruch gegen diese Entscheidung einlegen kann.

Verordnung von Heilmitteln in der geriatrischen Versorgung

Verschiedene Beschwerden im Alter sind durch Degeneration gekennzeichnet. Bewegungseinschränkungen sowohl im Bereich der Schultern, Arme und Hände als auch im Bereich der Hüft- und Kniegelenke führen häufig dazu, dass die Patienten Teile ihrer Selbständigkeit einbüßen. Ebenso verhält es sich mit Unsicherheiten z.B. beim Gehen, die durch Schwindel verursacht sind.

Die Verordnung von Heilmitteln, Physiotherapie oder Ergotherapie, scheint ein probates Mittel zu sein, um hier Abhilfe zu schaffen bzw. die Prozesse zu verlangsamen und/oder abzumildern und/oder eine Sturzprophylaxe vorzunehmen.

Eine Reihe von Physio- und Ergotherapeuten bieten Therapien und Programme an, die Gangsicherheit und Gleichgewicht fördern sowie Körperhaltung und Bewegungskoordination trainieren sollen.

Aber Achtung: Nicht alle Angebote werden von den Krankenkassen bezahlt. Bei der Heilmittelverordnung ist immer die Heilmittel-Richtlinie zu beachten, der dazugehörige Heilmittelkatalog gibt abschließend die Verordnungsmöglichkeiten vor.

Es reicht nicht aus, dass die Anwendungen/ Therapien dem Patienten „gut tun würden“ oder der Patient „davon profitieren“ könnte.

Verordnungen sind also unter den oben genannten Bedingungen möglich, der Heilmittelkatalog, der alle Indikationen listet, für die Heilmittelverordnungen möglich sind und auch die konkret verordnungsfähigen Therapien nennt, enthält beispielsweise:

- Verordnung von Krankengymnastik bei Schwindel (Indikationsschlüssel SO3a, bestehend aus Diagnosegruppe und Leitsymptomatik)
- Krankengymnastik oder Klassische Massagetherapie bei Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens mit prognostisch längerem Behandlungsbedarf (Indikationsschlüssel EX3a)
- Motorisch-funktionelle Behandlung im Rahmen der Ergotherapie bei Gelenkerkrankungen mit prognostisch längerem Behandlungsbedarf (Indikationsschlüssel SB51.)

Manchmal lohnt es sich aber auch, bei der Krankenkasse des Versicherten nachzufragen, ob spezielle Programme z.B. zur Sturzprophylaxe angeboten/bezahlt werden. In diesen begründbaren Fällen ist keine Heilmittelverordnung auszustellen, denn diese gilt nur für Verordnungen, für die eine Leistungspflicht gemäß Heilmittel-Richtlinie besteht.

Aktualisierte Preise für Heilmittelleistungen

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

Die aktualisierten Vergütungslisten (Stand: August 2015) finden Sie [hier](#) zum Download.

Heilmittelverordnungen werden im Rahmen der Richtgrößenprüfung, der Einzelfallprüfung und im Rahmen der Zufälligkeitprüfung geprüft. Es empfiehlt sich daher, die Preise für die Therapien zu kennen.



Sonstiges

Verordnung von Krankentransporten – Genehmigungspflicht

Bei der Verordnung von Krankentransporten ist Obacht geboten: Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz wurde § 60 SGB V geändert. „Die Übernahme von Fahrkosten (...) für Fahrten zur ambulanten Behandlung erfolgt nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse“.

Ob es in allen Fällen tatsächlich den Krankenkassen gelingt, die Genehmigung vorab zu erteilen, bleibt abzuwarten. Die Krankentransportunternehmen haben jedenfalls angekündigt, Privatrechnungen auszustellen, wenn vor Fahrtantritt keine Genehmigung vorliegt.

Achtung! Sollte ein Patient oder auch ein Transportunternehmen im Nachhinein, also nach dem Transport, eine Verordnung verlangen, kommen Sie dem nicht nach. Im Zweifel haften Sie als verordnender Arzt für die Kosten der - vorab nicht genehmigten - Tour.

Transporte verordnen Sie gemäß SGB V und der geltenden Richtlinie vor Antritt der Fahrt und natürlich nur, wenn Sie festgestellt haben, dass ein Transport zwingend medizinisch notwendig ist. Auch die Auswahl des Transportmittels obliegt dem verordnenden Arzt. Es gilt auch hier das Wirtschaftlichkeitsgebot.

(Keine) Verordnungen durch Ärzte in Weiterbildung (Weiterbildungsassistenten)

Ärzte in Weiterbildung arbeiten grundsätzlich unter Aufsicht des weiterbildungsbefugten Arztes. Daher stellen sie selbst keine Verordnungen aus. Kassenrezepte (Muster 16) und Heilmittelverordnungen (Muster 13, 16, 18) werden nur vom Vertragsarzt ausgestellt.

Sollte es in Ausnahmefällen dazu kommen, dass der Weiterbildungsassistent den Vertragsarzt vertritt (z.B. wegen unerwarteter Abwesenheit des Vertragsarztes), dann sind Verordnungen „in Vertretung (i.V.)“ zu unterzeichnen. Denkbar sind diese Vertretungsfälle in der fortgeschrittenen Weiterbildungszeit, wenn der Weiterbildungsassistent mit der Verordnung (Auswahl der Mittel, Wirtschaftlichkeit) und den dazugehörigen Regularien vertraut ist.

Bedruckt wird das Kassenrezept auch in diesem Fall mit den Angaben des weiterbildungsbefugten Arztes (LANR des Vertragsarztes, BSNR, Vertragsarztstempel). Ärzte in Weiterbildung bringen zusätzlich ihren Vor- und Nachnamen und ihre Berufsbezeichnung auf (handschriftlich oder extra Stempel (z.B. aus dem Schreibwarenladen), §2 (1) AMVV). Der Vertretungsfall ist aber die Ausnahme!

Auch Betäubungsmittelrezepte sind nur im Ausnahmefall vertretungsweise auszustellen (i.V.). BtM-Rezepte sind personengebunden, hier gilt die besondere Sorgfaltspflicht gemäß BtM-Verschreibungsverordnung.

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