



Achtung: Neue Vereinbarungen im Bereich Arznei- und Heilmittel

Zu den durch Beschlüsse des Landesschiedsamts festgesetzten Vereinbarungen gelangen Sie nach Anklicken der farblich unterlegten Begriffe:

- Richtgrößenvereinbarungen
- Arznei- und Heilmittelvereinbarung



Arzneimittel

Xtandi™ (Enzalutamid): Erweiterung der bundesweiten Praxisbesonderheit ab 1. Oktober 2015

Die bisher bestehende bundesweite Praxisbesonderheit für das Arzneimittel Xtandi™ wird um ein weiteres Anwendungsgebiet erweitert. Ab dem 1. Oktober 2015 ist die „Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist“ Praxisbesonderheit. Darauf haben sich der GKV-Spitzenverband und der pharmazeutische Anbieter geeinigt, nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen ermittelt hatte. Die genauen Voraussetzungen, z.B. in Bezug auf den ECOG-Leistungsstatus des Patienten können Sie über die [Internetseite des GKV-Spitzenverbands](#) abrufen.

Antidiarrhoika – Änderung der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie

Die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie betitelt Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für alle Altersgruppen sowie von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Kinder unter 12 Jahren (Jugendliche mit Entwicklungsstörungen unter 18 Jahren). Die durch die Anlage III konkret genannten Ausnahmen, wann im Bereich der Antidiarrhoika eine Kassenleistung besteht, wurden am 2. September 2015 um folgende Vorgaben für *Lactobacillus rhamnosus* erweitert:

„*Lactobacillus rhamnosus* GG (mind. 5×10^9 koloniebildenden Einheiten/Dosiseinheit) bei Säuglingen und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen“.

Nähere Informationen finden Sie [hier](#).



Keine nachträglichen Änderungen der Verordnung

Aktuell häufen sich Fragen zur Möglichkeit, eine Heilmittelverordnung nachträglich zu ändern. Hintergrund sind (mehr oder weniger freundliche) Gesuche von Heilmittelerbringern, insbesondere von Physiotherapeuten. Die Bitten oder Aufforderungen werden teilweise schriftlich (z.B. mit Formularen, auf denen der Änderungswunsch angekreuzt ist), teilweise mündlich (indem der Patient mit der Verordnung zurück zum Arzt geschickt wird) überbracht. Die Liste der Änderungswünsche ist lang. Kaum einem Wunsch darf der Vertragsarzt nachkommen.

Checkliste:

- Keine Änderung des Ausstellungsdatums (kein Vor- oder Rückdatieren)
- Keine Änderung des verordneten Therapiebeginns
- Keine Änderung des ausgewählten Heilmittels (z.B. KG) insbesondere in höherwertige Heilmittel (z.B. manuelle Therapie)
- Keine „Vervollständigung“ oder „Ergänzung“ um ergänzende Heilmittel (z.B. Wärmetherapie)
- Keine Änderung von Gruppentherapie auf Einzeltherapie
- Keine Änderung der verordneten Menge (z.B. 4 x)

Die Therapeuten sind grundsätzlich an die Verordnung des Vertragsarztes gebunden. Das heißt, dass Wünsche des Therapeuten nicht zu bedienen sind. Sollte der Therapeut die Behandlung nicht wie ärztlich festgestellt beginnen oder durchführen, z.B. aus organisatorischen Gründen oder aus Kapazitätsgründen oder weil das verordnete Heilmittel nicht zu den wirtschaftlich lukrativsten Therapien gehört, darf keine Änderung vorgenommen werden. Der verordnende Arzt haftet für die Kosten der Verordnung und auch dafür, dass die Heilmittel-Richtlinie (die absolut verbindlich ist) eingehalten wird.

In wenigen Fällen ist der Bitte oder Aufforderung des Therapeuten nachzukommen. **Geändert bzw. vervollständigt werden dürfen nur die Bestandteile der Verordnung, die offensichtlich unrichtig sind oder fehlen, z.B.:**

- Fehlende Indikation/fehlender Indikationsschlüssel
- Heilmittelauswahl, die nicht der Indikation entspricht (die Zuordnung ist im Heilmittelkatalog abschließend geregelt)
- Verordnung ergänzender Heilmittel (z.B. Wärmetherapie) ohne ein vorrangiges/optionales Heilmittel
- Fehlende Diagnose
- Fehlerhafte Markierung „Erstverordnung“, „Folgeverordnung“, Verordnung außerhalb des Regelfalles“
- Fehlende Angabe der Therapieeinheiten oder zu hohe Anzahl (Überschreitung der Gesamtverordnungsmenge)
- Fehlende Begründung bei der Verordnung außerhalb des Regelfalles
- Fehlende Genehmigung der Verordnung außerhalb des Regelfalles (soweit die Krankenkasse nicht auf den Genehmigungsvorbehalt verzichtet hat)

Bevor Sie also einem Änderungs- oder Korrekturwunsch nachkommen, prüfen Sie, ob es sich wirklich um echte Fehler handelt, die bei der Verordnung versehentlich geschehen. Bei Unsicherheiten fragen Sie lieber Ihre Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Gerne können Sie uns die Korrekturwünsche der Therapeuten übermitteln, denen wir uns gerne annehmen.

Anträge auf Langfristbehandlung werden häufiger abgelehnt

Einige große Krankenkassen sind offenbar dazu übergegangen, keine Genehmigungen mehr zu erteilen, wenn die Diagnose, die zu einem langfristigen Heilmittelbedarf führt, nicht „gelistet“ ist.

Die „Vereinbarung über bundeseinheitliche Praxisbesonderheiten und den langfristigen Heilmittelbedarf“ nennt die Diagnosen, bei denen die (ebenfalls gelisteten) Heilmittelverordnungen das Richtgrößenvolumen nicht belasten. Es ist der Krankenkasse aber keineswegs verwehrt, auch bei anderen, vergleichbar schweren Erkrankungen, Genehmigungen zu erteilen: Der Gemeinsame Bundesausschuss (Richtliniengeber) führt dazu aus: „Stellt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt fest, dass bei der Patientin oder dem Patienten ein langfristiger Heilmittelbedarf aufgrund einer nicht in der Anlage gelisteten Diagnose vorliegt, kann die Patientin oder der Patient bei der Krankenkasse eine Genehmigung einer notwendigen langfristigen Heilmittelbehandlung beantragen. Eine Genehmigung kommt dann in Betracht, wenn Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen mit den in der Anlage aufgeführten Diagnosen vergleichbar ist.“

In den entsprechenden Ablehnungsbescheiden der Krankenkassen ist zu lesen, dass der Arzt ja dennoch Heilmittel (ggf. außerhalb des Regelfalles) verordnen könne. Unausgesprochen bleibt an dieser Stelle aber leider, dass diese Verordnungen dann das Richtgrößenvolumen belasten.

Bitte beachten Sie: Zur Antragstellung ist es nicht erforderlich, dass der Regelfall bereits durchlaufen ist. Ist absehbar, dass ein langfristiger Bedarf besteht, dann kann der (entsprechend begründete) Antrag sofort gestellt werden.



Sonstiges

Sprechstundenbedarf (SSB) beim Hausbesuch – Welche Präparate und Materialien können über den SSB bezogen werden?

Im Rahmen eines Hausbesuches werden häufig verschiedene Materialien und Mittel benötigt. Zum Befüllen der Hausbesuchstasche/des Arztkoffers können Materialien des Sprechstundenbedarfs entnommen werden. Auch die gezielte Sprechstundenbedarfsbestellung bestimmter Materialien oder Präparate ist gestattet.

Es gelten dabei dieselben Regeln wie beim Sprechstundenbedarf, der in der Praxis benötigt und verwendet wird:

Die Auswahl der Mittel und Materialien muss, ebenso wie die Menge, zur Fallzahl und zum Behandlungsspektrum passen.

In der Sprechstundenbedarfsvereinbarung heißt es: **„Als Sprechstundenbedarf gelten nur solche Mittel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Anspruchsberechtigten Verwendung finden oder für Notfälle sofort zur Verfügung stehen müssen.“**

In der Praxis und beim Hausbesuch gilt: Die Mittel und Materialien dürfen dem Patienten nicht mitgegeben bzw. dagelassen werden. Was Ihr Patient planbar benötigt, ist zu verordnen.

Allgemeine Praxiskosten, insbesondere die Kosten für ärztliches Instrumentarium und ärztlicher Apparaturen sowie die durch deren Anwendung entstehenden Kosten können nicht über den SSB ausgeglichen werden.

Auch sterile und unsterile Einmalhandschuhe, Einmalspritzen, -katheter, -skalpelle und -kanülen sind kein Sprechstundenbedarf.

Diese gehören aber neben anderen Materialien zur Basisausrüstung und unbedingt in die Hausbesuchstasche/den Arztkoffer.

Nachfolgend finden Sie beispielhaft eine Checkliste einiger notwendiger und beziehbarer Mittel:

Arzneimittel zur Injektion und Infusion

- Adrenalin 1 mg Amp.
- Dimetinden 4 mg Amp.
- Naloxon 0,4 mg Amp.
- Terbutalinsulfat 0,5 mg Amp.
- Theophyllin Amp.
- Prednisolon 250 mg Amp.
- Dimenhydrinat Amp.
- Urapidil 25 mg Amp.
- Acetylsalicylsäure 500 mg Amp.
- Atropin 0,5 mg Amp.
- Lidocain 2% Amp.
- Furosemid 20 mg Amp.
- Verapamil 5 mg Amp.
- Amiodaron 150 mg Amp.
- Metoprolol 5 mg Amp.
- Dexamethason 8 mg Amp.
- Haloperidol 5 mg Amp.
- Diazepam 10 mg Amp.
- Biperiden 5 mg Amp.
- Morphin 10 mg Amp.
- Diclofenac 75 mg Amp.
- Heparin-Natrium Amp.
- Physiologische NaCl-Lösung 0,9% (10 ml) Amp.
- Ringer- oder NaCl-Lösung in Plastikflaschen (250 und 500 ml)
- Glucose 40% (20 ml) Amp.
- Butylscopolaminbromid 20 mg Amp.
- Magnesiumpräparate Amp.
- Calciumpräparate Amp.

Arzneimittel zur Blutstillung

- Phytomenadion (Tro.)

Kortikoide zur rektalen Anwendung

- Prednison (Supp.)

Diazepam-Rektiole

Desinfektionsmittel

- Alkoholtupfer
- Hautdesinfektionsspray

Sonstige Arzneimittel

- Antibiotika (Tab., Kps. oder Saft) (z.B. Penicillin G, Cefuroxim, Amoxicillin, Trimethoprin/Sulfamethoxazol)
- Midazolam, Diazepam oder Lorazepam (Tab. oder SUT)
- Diclofenac oder Ibuprofen (Tab.)
- Cetirizin oder Dimetinden (Tab. oder Saft)
- Betamethason (flüssig zum Einnehmen)
- Polyvidonjod-Lösung/-salbe
- Salbutamol (Dosieraerosol)
- Pilocarpin 2% (Tro.)
- Nifedipin (Kps.)
- Glyceroltrinitrat (Spr.)

Diagnostika, Testsubstanzen

- Mundspatel
- Urinteststreifen, ~~BZ-Teststreifen~~ *nachträgliche Anmerkung der KV Berlin: Blutzuckerteststreifen sind kein SSB, für Harnteststreifen gelten die Einschränkungen der [Sprechstundenbedarfsvereinbarung](#).*

Verband- und Nahtmaterial

- Mullbinden
- Verbandmaterial
- Pflaster zur Verbandfixierung
- Kompressen
- Tamponadestreifen
- Zellstofftupfer
- Wundklammern
- Wundschnellverband
- Nahtmaterial (auch atraumatisch)

Diagnostische/therapeutische Hilfsmittel

- Einmal-Drainage-Sauggeräte einschl. Zubehör
- Einmal-Infusionsbesteck
- Einmal-Infusionskatheter
- Einmal-Infusionsnadeln
- Einmal-Mundspatel
- Fingerlinge
- Verbandklammern

Empfehlenswert ist, die Tasche regelmäßig zu kontrollieren und verbrauchte Arzneimittel und Materialien sofort zu ersetzen. Aber auch die Verfalldaten sollten in regelmäßigen Abständen gecheckt und bei Bedarf ausgetauscht werden. Dabei können Listen zur Kontrolle sehr hilfreich sein.

Weiterführende Informationen zur Sprechstundenbedarfsregelung, zum Anforderungs-, Belieferungs- und Bestellverfahren für den apothekenpflichtigen und nicht apothekenpflichtigen SSB finden Sie [hier](#).

Sachkosten und Sprechstundenbedarf bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (assistierte Reproduktion)

Für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (assistierte Reproduktionsmedizin) darf kein Sprechstundenbedarf angefordert werden. Grundlage hierfür ist der § 27 a Absatz 3 SGB V und die „Richtlinien zur künstlichen Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses. Eine Belieferung über den Sprechstundenbedarf scheidet insofern aus, als dass die Kosten in der Regel zu 50% von der Krankenkasse (gesetzlicher Anteil) und zu 50% vom Patienten zu tragen sind. Gegebenenfalls zahlt die Kasse als Satzungsleistung auch mehr.

Folgende Vorgehensweise ist zu beachten:

- Sprechstundenbedarf für die künstliche Befruchtung ist vollumfänglich vom Arzt selbst zu beschaffen und der Patientin in Rechnung zu stellen
- Ebenso ist mit den Sachkosten zu verfahren, die mit den abrechnungsfähigen Leistungen nicht abgegolten sind
- Die Kosten werden im Behandlungsplan ausgewiesen (der zur Genehmigung an die Krankenkasse gereicht wird)
- Eine Bestellung von Materialien für die reproduktionsmedizinische Behandlung über den Sprechstundenbedarf mittels rosa oder weißen Anforderungsformularen über die AOK Nordost ist ausgeschlossen

Seit Mitte August 2015 fördern der Bund und das Land Berlin Maßnahmen zur assistierten Reproduktion (auf Antrag und unter definierten Bedingungen). Anspruchsberechtigten wird die Hälfte des nach der Erstattung durch die Krankenkassen (auch PKV) verbliebenen Selbstkostenanteils bis zu definierten Höchstgrenzen erstattet.

Das beschriebene Vorgehen zur Beschaffung und Rechnungslegung von Sprechstundenbedarf und Sachmitteln gilt unabhängig davon, ob Fördermittel beantragt oder bewilligt werden.

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