



Arzneimittel

Sylvant® (Siltuximab) – bundesweite Praxisbesonderheit ab dem ersten Fall

Für Sylvant® (Siltuximab) wurde rückwirkend eine Praxisbesonderheit festgesetzt. Seit dem 15.6.2015 ist die „Behandlung von erwachsenen Patienten mit multizentrischer Castleman-Krankheit (Multicentric Castleman’s Disease, MCD), die HIV (humanes Immundefizienz-Virus)-negativ und HHV-8 (humanes Herpesvirus-8)-negativ sind“ bundesweite Praxisbesonderheit. Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit dem Arzneimittel soll nur durch in der Therapie von Patienten mit multizentrischer Castleman-Krankheit und anderen lymphoproliferativen Erkrankungen erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie erfolgen. Die weiteren Voraussetzungen für die Anerkennung als Praxisbesonderheit ab dem ersten Fall können Sie [hier](#) nachlesen.

Abführmittel

Bei der Verordnung von Abführmitteln zu Lasten der GKV müssen der jeweilige Produktstatus und die sich dadurch ergebenden Einschränkungen durch unterschiedliche Bedingungen der [Arzneimittel-Richtlinie \(AM-RL\)](#) berücksichtigt werden. Die folgenden Vorgaben gelten unter dem Grundsatz der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots:

Verordnung für Kinder unter 12 Jahren (Jugendliche mit Entwicklungsstörungen unter 18 Jahren):
Apothekenpflichtige Arzneimittel mit Zulassung zur Behandlung der Obstipation sind in der oben genannten Altersgruppe Kassenleistung. Beispielsweise sind neben verschiedenen Lactulose-haltigen Arzneimitteln Macrogol-haltige Fertigarzneimittel im Handel (z.B. Macrogol AL: verschreibungspflichtig, zugelassen für Kinder von 2 bis 11 Jahren bei chronischer Obstipation sowie für Kinder von 5 bis 11 Jahren zur Behandlung von Koprostase).

Bei der Verordnung eines Medizinproduktes als Abführmittel ist, unabhängig vom Alter des Patienten, die Anlage V der AM-RL bindend - unter Berücksichtigung des dort aufgeführten medizinisch notwendigen Falls und der jeweiligen Befristung besteht eine Kassenleistung. Von der Anlage V der AM-RL umfasste Macrogol-haltige Medizinprodukte für Kinder im Alter von 2 bis 11 Jahren zur Behandlung der Obstipation sind Movicol® Junior aromafrei (für Kinder von 5 bis 11 Jahren auch Kassenleistung zur Behandlung von Koprostase) und Movicol® Junior Schoko.

Verordnung für Patienten ab 12 Jahren (Patienten mit Entwicklungsstörungen ab 18 Jahren):

Die Anlage I der AM-RL definiert bei nicht verschreibungspflichtigen Abführmitteln eine Kassenleistung zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.

Bei den in Anlage V aufgeführten Macrogol-haltigen Medizinprodukten sind die medizinisch notwendigen Fälle für Patienten ab 12 Jahren (Patienten mit Entwicklungsstörungen ab 18 Jahren) dieselben wie die in Anlage I der AM-RL aufgeführten Indikationen. Achten Sie bei der Auswahl eines in Ihrer Software darauf, ob ein entsprechender Anlage V-Eintrag angezeigt wird.

Verschreibungspflichtige Abführmittel für Patienten ab 18 Jahren (z.B. Movicol® V in einigen Anwendungsgebieten oder Resolor®) unterliegen für eine Verordnung zu Lasten der GKV neben der Einhaltung der Zulassung den gleichen Voraussetzungen wie nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel durch die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (Grundlage dafür ist §13 (3) der AM-RL).

Physiotherapie – korrektes Ausfüllen der Verordnung

Die Verordnung Physikalischer Therapie zulasten der Gesetzlichen Krankenkasse erfolgt auf Muster 13. Diesen Vordruck vollständig und korrekt auszufüllen ist nicht ganz trivial. Es senkt aber das Regressrisiko.

Die Krankenkassen prüfen zunehmend die Wirtschaftlichkeit einzelner Verordnungen. Dabei werden auch Formfehler reklamiert. Im Fokus stehen dabei immer wieder auch Verordnungen, die nachträglich geändert wurden. Die Verordnung, die Sie für Ihren Patienten tätigen, folgt der medizinischen Notwendigkeit, die Sie festgestellt haben. Dabei ist selbstverständlich die [Heilmittel-Richtlinie](#) des G-BA zu beachten, denn diese ist verbindlich.

Sollte sich Ihr Patient andere Therapien wünschen, so ist das keinesfalls ein Grund, die Verordnung zu ändern. Auch aktuell fehlende Kapazitäten beim Therapeuten sind kein Grund, die Verordnung dahingehend zu ändern, dass der Therapiebeginn verschoben wird. Schließlich haben Sie bei der Verordnung ja festgestellt, dass für den genannten Therapiebeginn eine Notwendigkeit besteht. Entsprechendes gilt auch hinsichtlich der Verordnungsfrequenz.

Im Zweifelsfall müssten Sie sich fragen lassen, warum Sie erst einen raschen Therapiebeginn verordnet haben, dann aber eine Verschiebung befürworten. Sollte das medizinische Gründe haben, dann dokumentieren Sie diese im eigenen Interesse. Sollte es organisatorische Gründe haben, dann sind Sie dafür nicht verantwortlich und Sie sollten diese Verantwortung auch nicht durch die - wenn auch gut gemeinte - Änderung der Verordnung übernehmen.

Keinesfalls ändern sollten Sie die Verordnung von Gruppentherapie in Einzeltherapie. Für eine Einzeltherapie bedarf es medizinischer Gründe - nicht organisatorischer Gründe. Keine Sorge: Der Therapeut kann auf dem Formular selbst seine Gründe für die Durchführung einer Einzeltherapie anstelle einer Gruppentherapie angeben.

Die (im September 2015 veröffentlichte) Checkliste sollten Sie unbedingt beachten:

- 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)

Zum korrekten Ausstellen des Formulars gehören unbedingt auch

- Diagnose
- Indikationsschlüssel
- Befunde/Leitsymptomatik, ggf. Therapieziel
- Heilmittelauswahl gemäß Heilmittelkatalog
- Anzahl der Therapieeinheiten (siehe Heilmittelkatalog)
- korrektes Markieren „Erstverordnung“, Folgeverordnung“ oder „Verordnung außerhalb des Regelfalles“
- Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Achten Sie auch darauf, dass für die Verordnung außerhalb des Regelfalles eine Genehmigung der Krankenkasse erforderlich ist (soweit die Krankenkasse nicht auf den Genehmigungsvorbehalt verzichtet hat).


Sonstiges
Welche Wundspüllösungen sind Kassenleistung?

Bei der Verordnung von Wundspüllösungen müssen Sie beachten, dass Wundspüllösungen keine Verbandmittel sind. Um zu Kassenlasten verordnungsfähig zu sein, müssen Wundspüllösungen mit Medizinproduktstatus in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie gelistet sein.

Die uns bekannten derzeit in der Anlage V gelisteten Wundspüllösungen sind:

Medizinprodukt		Abpackung	PZN	AEP*	AEP*/Stück
Aqua B. Braun	Ecoclav®	20 x 100 ml	00202608	29,67 €	1,48 €
		20 x 250 ml	00202614	34,50 €	1,73 €
		10 x 500 ml	00202620	19,55 €	1,96 €
		10 x 1000 ml	00202637	28,75 €	2,88 €
	Ecotainer®	10 x 500 ml	00088986	17,45 €	1,75 €
		6 x 1000 ml	00088992	16,05 €	2,68 €
Freka Drainjet® NaCl 0,9%		10 x 60 ml	03031679	15,40 €	1,54 €
		10 x 120 ml	07628902	18,60 €	1,86 €
NaCl 0,9% B. Braun	Ecoclav®	100 x 30 ml	04454809	72,45 €	0,72 €
		20 x 100 ml	04454815	29,67 €	1,48 €
		20 x 250 ml	04463636	34,50 €	1,73 €
		10 x 500 ml	04499344	19,55 €	1,96 €
		10 x 1000 ml	04499367	28,75 €	2,88 €
		Estericlean: 10 x 500 ml	06063059	31,05 €	3,11 €
	Ecotainer®	10 x 500 ml	06063036	17,45 €	1,75 €
		6 x 1000 ml	06063042	16,05 €	2,68 €
NaCl 0,9% Fresenius Kabi		12 x 500 ml	00827194	21,36 €	1,78 €
		6 x 1000 ml	04801702	16,35 €	2,73 €
Ringer B. Braun	Ecotainer®	10 x 500 ml	06062628	25,75 €	2,58 €
		6 x 1000 ml	06062634	26,85 €	4,48 €
Ringer Fresenius Spüllösung**		12 x 500 ml	00827188	31,52 €	2,63 €
		6 x 1000 ml	04801719	27,37 €	4,56 €

* AEP = Apothekeneinkaufspreis mit Stand 15.11.2015

** gemäß Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie zur Wundspülung bei äußeren Traumen und Verbrennungen

Aus Sterilitätsgründen haben wir in der Übersicht nur Packungen bis 1000 ml dargestellt. Bei der Verordnung ist der voraussichtliche Bedarf zu berücksichtigen.

Bitte beachten Sie, dass in der Anlage V der [Arzneimittel-Richtlinie](#) bei den oben genannten Produkten noch weitere medizinisch notwendige Fälle aufgeführt sind, bei denen eine Kassenleistung besteht.

Blutzuckerteststreifen – aufgepasst bei Prüfanträgen!

Einige Einzelfallprüfungen beinhalten die Verordnung von Blutzuckerteststreifen. Es wurden Prüfanträge gestellt von Krankenkassen mit der Auffassung, dass in bestimmten Patientenfällen zu viele Blutzuckerteststreifen verordnet wurden.

In einem Verfahren, wo ärztlicherseits gegenüber der Prüfungsstelle keine Stellungnahme abgegeben wurde, kam es zur Festsetzung eines Regresses durch die Prüfungsstelle.

Bei solchen Prüfanträgen sollten Sie unbedingt ihr Recht nutzen und eine patientenbezogene Stellungnahme abgeben, da für insulinpflichtige Patienten oder bei Gestationsdiabetes die Menge der verordneten Blutzuckerteststreifen im ärztlichen Ermessen liegt. Nur die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt kann erkennen und festlegen, wie oft eine Messung des Blutzuckerspiegels durch den jeweiligen Patienten therapeutisch notwendig ist.

Dazu sei angemerkt, dass die [Veröffentlichung im KV Blatt / Berliner Budget Bulletin 2/2012 „Wann kann ich wie viele Blutzuckerteststreifen verordnen“](#) nur Empfehlungen für durchschnittliche Verordnungsmengen bei insulinpflichtigen Patienten und bei Gestationsdiabetes enthält, also keine abschließenden Höchstmengenangaben für Blutzuckerteststreifen.

Anders verhält es sich bei Typ-2-Diabetikern ohne Insulintherapie. Für diese Patientengruppe hat der Gemeinsame Bundesausschuss definiert, dass vom Verordnungsausschluss nach Anlage III der [Arzneimittel-Richtlinie](#) nur bei instabiler Stoffwechsellage abgewichen werden kann. Nach Arzneimittel-Richtlinie kann diese bei „interkurrenten Erkrankungen, Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko“ gegeben sein, je Behandlungssituation können dann bis zu 50 Teststreifen verordnet 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

[In eigener Sache:](#)

Liebe Leserin, lieber Leser,

seit mehr als einem Jahr nun erscheinen unsere Verordnungs-News. Mit diesem Newsletter, der auch auf der Homepage der KV Berlin zu finden ist, möchten wir unsere Mitglieder über aktuelle Themen aus dem Verordnungsbereich und der Wirtschaftlichkeitsprüfung informieren. Dabei legen wir großen Wert darauf, praxisrelevante Themen zeitnah und kompakt zu kommunizieren. Was „praxisrelevant“ ist, das erfahren wir auch immer wieder von Ihnen. Die vielen Anregungen und Ihre konstruktive Kritik greifen wir immer wieder gerne auf! Die Verordnungs-News sind von uns, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, an Sie, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Berlin, adressiert. Wir sind nicht das Sprachrohr Dritter. Unsere Informationen sind und bleiben unabhängig.

Sollten Sie bei einzelnen Beiträgen ergänzende Erläuterungen benötigen, dann rufen Sie uns einfach an.

Ihre Vertragsabteilung