



## Arzneimittel

### Verordnungseinschränkung Glinide

Ab 1. Juli 2016 sind Glinidantidiabetika nur noch eingeschränkt Kassenleistung (siehe [Pressemitteilung](#) des G-BA vom 18.2.2016). Lediglich für Repaglinid besteht ab dem genannten Datum in der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie eine definierte Ausnahme vom Verordnungs Ausschluss bei niereninsuffizienten Patienten mit einer Kreatinin-Clearance < 25 ml/min, soweit keine anderen oralen Antidiabetika in Frage kommen und eine Insulintherapie nicht angezeigt ist.

### Lixiana® (Edoxaban) – Nutzenbewertungsverfahren abgeschlossen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Nutzenbewertungsverfahren zum Antikoagulans Lixiana® abgeschlossen und sieht bei der *-Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei erwachsenen Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren-* einen Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie mit Vitamin-K-Antagonisten. In diesem Bewertungsbereich stellte der G-BA für Eliquis® (Apixaban) in der Vergangenheit ebenfalls einen Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen fest.

Bei der Behandlung von *-tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen-* konnte ein Zusatznutzen von Lixiana® im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie mit Vitamin-K-Antagonisten nicht belegt werden. Für Eliquis® liegt in diesem Bewertungsbereich für die *-Initial-Behandlung einer TVT bzw. einer LE und parallel einzuleitende Prophylaxe bei Erwachsenen (für eine Behandlung bis 6 Monate)-* ein Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen vor (Vergleichstherapie Initial-Behandlung: niedermolekulare Heparine; Vergleichstherapie für die Prophylaxe: Vitamin-K-Antagonisten), jedoch nicht für die *-Langzeitprophylaxe von rezidivierenden TVT bzw. einer LE bei Erwachsenen über eine 6-monatige Behandlung hinaus-*.

Darüber hinaus hatte der G-BA bei Eliquis® in der Indikation *-Prophylaxe venöser Thromboembolien bei erwachsenen Patienten nach elektiven Hüft- oder Kniegelenkersatzoperationen-* für Patienten mit elektiver Hüftgelenkersatzoperation im Vergleich zu niedermolekularen Heparinen einen Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen festgestellt.

Bei einer therapeutischen Abwägung zwischen Vitamin-K-Antagonisten und neuen oralen Antikoagulantien Ihrerseits empfehlen wir, den [Leitfaden der AkdÄ](#) sowie die [Frühe Nutzenbewertung](#) zu berücksichtigen.

### Vorbestellung Grippeimpfstoffe noch möglich

Noch bis zum 26.2.2016 soll die Vorbestellung der Grippeimpfstoffe stattfinden. Die Einzelheiten finden Sie [hier](#).

## Weiterhin Prüfantragsthema: Rezepturen mit Dronabinol

Dronabinol-Rezepturen sind noch immer Bestandteil von Prüfanträgen und Regressen.

Da Dronabinol in § 2 [Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung](#) gelistet ist, ist eine Privatverordnung auf einem Betäubungsmittelrezept unter Berücksichtigung Ihres haftungsrechtlichen Risikos möglich.

Im [Referentenentwurf](#) des Bundesministeriums für Gesundheit ist konkretisiert worden unter welchen Voraussetzungen ab dem 1. August 2019 eine definierte Kassenleistung bestehen könnte.

Für das Fertigarzneimittel Sativex® Spray besteht eine Zulassung „zur Symptomverbesserung bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Spastik aufgrund von Multipler Sklerose (MS), die nicht angemessen auf eine andere anti-spastische Arzneimitteltherapie angesprochen haben und die eine klinisch erhebliche Verbesserung von mit der Spastik verbundenen Symptomen während eines Anfangstherapieversuchs aufzeigen“ (Nähere Informationen siehe Fachinformation, z.B. unter [www.fachinfo.de](http://www.fachinfo.de)).

Um eine definierte Kassenleistung für eine Anwendung außerhalb der zugelassenen Indikation zu erwirken, ist ein Off-Label-Antrag zu stellen. Ein Beispielformular finden Sie [hier](#) auf Seite 54 des Dokuments.

## Wann sind Eisenpräparate Kassenleistung?

Für eine Verordnung von apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit Eisen-(II)-Verbindungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung beschreibt die Anlage I der [Arzneimittel-Richtlinie](#) die zu erfüllenden Voraussetzungen für Patienten ab 12 Jahren (für Patienten mit Entwicklungsstörungen ab 18 Jahren). Eine Kassenleistung ist für die genannte Altersgruppe demnach für Monopräparate wie z.B. Tardyferon® oder Ferro Sanol® bei gesicherter Eisenmangelanämie gegeben, nicht jedoch für Kombinationspräparate wie z.B. Tardyferon®-Fol, Ferro Sanol® Comp, Ferro Sanol® Gyn). Die erniedrigten Hämoglobin- und Ferritin-Werte sollten in den Patientenunterlagen gut dokumentiert werden. Dies gilt auch für Einzelfälle, in denen nur einer der beiden Werte erniedrigt ist und ärztlicherseits dennoch von einer Eisenmangelanämie ausgegangen wird.

Neben Möglichkeiten, den Eisenmangel durch orale Arzneiformen zu kompensieren, stehen auch verschreibungspflichtige Monopräparate mit Eisen-(III)-Verbindungen zur Injektion oder Infusion zur Verfügung (z.B. Ferrlecit®, Ferinject®, Monofer®). Diese sind überwiegend zugelassen, wenn eine orale Eisensubstitution nicht möglich oder unwirksam ist und sind unter Berücksichtigung der Angaben in der jeweiligen Fachinformation (Achtung: unterschiedliche Alterszulassungen!) Kassenleistung.

Bitte beachten Sie für alle Altersgruppen, dass verschreibungspflichtige Antianaemika-Kombinationen durch die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie von einer Verordnung zu Kassenlasten ausgeschlossen sind. Nicht verschreibungspflichtige Antianaemika-Kombinationen sind ebenfalls für alle Altersgruppen keine Kassenleistung.

Eine Zuzahlungsbefreiung besteht gemäß [Mutterschafts-Richtlinien](#) bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung.



## Indikationsschlüssel und ICD-10-Kodierung bei der Heilmittelverordnung

Ende 2015 sind die Richtgrößenprüfungen für das Verordnungsjahr 2013 zu Ende gegangen – nicht für jeden Arzt folgenlos. Damit Praxisbesonderheiten nicht im Nachgang aufwändig dargelegt werden müssen, sondern vorweg abgezogen werden, empfiehlt sich Folgendes: Beim Ausfüllen der Verordnung tragen Sie die Diagnose (ICD-10) in das dafür vorgesehene Feld. Prüfen Sie, ob der ICD „richtig sitzt“, damit er maschinenlesbar ist. Genauso verhält es sich mit dem Indikationsschlüssel, auch dieser muss im vorgesehenen Feld maschinenlesbar sein.

Bei verschiedenen Diagnosen sind bestimmte Heilmittel Praxisbesonderheiten, die bei einer Überschreitung der Richtgrößensumme vorab berücksichtigt werden. Die Liste (Kombination aus Diagnose und Indikationsschlüssel) finden Sie [hier](#).

Langfristiger Heilmittelbedarf ist gar nicht erst relevant für die Richtgrößenprüfung. Die Verordnungsdaten, die der Prüfungsstelle von den Kassen übermittelt werden, können aber nur um diese Verordnungskosten bereinigt werden, wenn ebenfalls Diagnose und Indikationsschlüssel entsprechend der [bundeseinheitlichen Liste](#) auf der Verordnung notiert sind.

Neben den gelisteten Diagnosen und Indikationsschlüsseln können natürlich weitere, individuelle Praxisbesonderheiten geltend gemacht werden oder auch andere Erkrankungen zu einem langfristigen Bedarf führen. Diese sind dann im Falle eines Richtgrößenprüfverfahrens - weil sie technisch nicht identifizierbar sind - gesondert darzulegen. Schauen Sie im eigenen Interesse nach, ob Ihre Drucker richtig eingestellt sind. Das Auftragen von Diagnose und Indikationsschlüsseln ist ohnehin Pflicht.

## Gruppentherapie

Regelmäßig rufen wir Sie dazu auf, Heilmittel als Gruppentherapie zu verordnen. Ein Zeichen dafür, dass Sie das umsetzen, ist die Zunahme der Rückmeldungen zu diesem Thema. Diese kommen hier in Form von Fragen an oder auch als Beschwerden, häufig von Therapeuten.

Bitte verordnen Sie wann immer eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend erforderlich ist Gruppentherapie! Der häufigste uns bekannte Grund dafür, dass Patienten oder Therapeuten um Änderung der Verordnung bitten, ist, dass aus organisatorischen Gründen keine Gruppentherapie angeboten wird. In einem solchen Fall können Patienten eine Einzeltherapie bekommen - jedoch bedarf es dafür keiner Änderung der Verordnung.

Verordnung bitte wenden: Auf der Rückseite nimmt der Therapeut die Änderung selbst vor. Damit verantwortet der Arzt nur die Kosten der Gruppentherapie während der Therapeut aber die Einzeltherapie vergütet bekommt.

 **Sonstiges****Empfängnisverhütende Mittel**

Der Anspruch für Versicherte unter 20 Jahre wird durch § 24a (2) SGB V geregelt: „Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr haben Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln; § 31 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 1 gilt entsprechend für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden; § 129 Absatz 5a gilt entsprechend.“

Bei oralen Kontrazeptiva existieren verschiedene Packungsgrößen, so dass beispielsweise 1 Monat vor dem 20. Geburtstag eine N1-Packung zur Verordnung zur Verfügung steht.

Bei Verordnung von Arzneimitteln mit Zulassung außerhalb der Kontrazeption, wie z.B. mittelschwere Akne, ist ärztlicherseits erst einmal zu prüfen, ob eine rezeptfreie oder kostengünstigere Behandlung zur Verfügung steht und ausreichend wäre. Falls dies nicht der Fall ist, besteht im Rahmen der in der jeweiligen Fachinformation aufgeführten Bedingungen auch eine Kassenleistung für Frauen  $\geq 20$  Jahre.

Auch für die nicht mehr verschreibungspflichtige "Pille danach" greift der § 24a (2) SGB V - die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für Frauen unter 20 Jahre, wenn die "Pille danach" auf einem Kassenrezept verordnet wurde.

**Neue T-Rezepte**

Seit dem 1. Februar 2016 werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) neue T-Rezepte ausgegeben. Die vorher ausgegebenen T-Rezepte behalten weiterhin ihre Gültigkeit. Bei den neuen T-Rezepten ist anstelle von zwei Datumsangaben nur noch eine notwendig. T-Rezepte müssen für die Verschreibung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid genutzt werden. T-Rezepte sind personengebunden und inklusive Ausstellungsdatum 7 Tage gültig. Weitere Informationen finden Sie [hier](#).

**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