



## Arzneimittel

### Neue Arzneimittel-Richtgrößen ab 1.4.2016 – neue Alterskohorten, neue Fallzählung

Mit Wirkung ab dem 1.4.2016 gelten neue Arzneimittel-Richtgrößen. Diese finden Sie ab Seite 7 [hier](#) oder im der E-Mail des Newsletters beigefügten pdf zur Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung. Anders als bisher sind die neuen Richtgrößen nach Alterskohorten gegliedert und nicht mehr nach dem Status Mitglied/Familienangehöriger (M/F) und Rentner (R). Die Neuordnung folgt der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und die Vertragspartner (Krankenkassenverbände und Kassenärztliche Vereinigung Berlin) haben sich auf folgende vier Alterskohorten geeinigt:

0-15 Jahre, 16-49 Jahre, 50-64 Jahre und 65 Jahre und älter.

Dabei erfolgt die Fachgruppeneinteilung und -zuordnung wie bisher nach der Honoraruntergruppe (HUG).

Neu ist auch, dass jeder Fall eine volle Richtgröße auslöst, die „Abwertung“ von Notfall-/Vertreterscheinen, ÄBD usw. entfällt. Das BSNR-bezogene Richtgrößenvolumen wird jedoch dadurch nicht zwangsweise erhöht, da die Richtgrößen entsprechend angepasst worden sind.

Die Arzneimittel-Richtgrößen sind als Anlage 1 der Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung mit Wirkung ab dem 1.4.2016 vereinbart. Im Arzneimittelbereich bleiben die bisherigen Bestimmungen bezüglich der Praxisbesonderheiten bestehen. Das bedeutet, die definierten Praxisbesonderheiten (Anlage 2 der Vereinbarung) gliedern sich weiterhin in Praxisbesonderheiten ab dem Fachgruppendurchschnitt und Praxisbesonderheiten ab dem ersten Fall. Nach wie vor ist es möglich, im Prüfverfahren individuelle Praxisbesonderheiten geltend zu machen.

Basis für die Neuberechnung der Richtgrößen waren die Verordnungskosten und die Fallzahlen des Jahres 2014, das heißt, dass die Anteile an den Gesamtausgaben nach dem realen Verordnungsverhalten des Jahres 2014 abgebildet wurden. Gemäß Rahmenvorgaben sind die Verordnungskosten der ab 2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Behandlung der Hepatitis C nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V und somit nicht richtgrößenrelevant. Bemessen wurde die Höhe der Richtgrößen am vereinbarten Ausgabenvolumen des Jahres 2016, welches im Zuge der Verhandlungen nur moderat gesteigert werden konnte.

Tipp: Viele Softwarefirmen bieten die Möglichkeit an, die für Sie geltenden Richtgrößen und Fallwertzahlungen in die Verordnungssoftware zu implementieren. Nehmen Sie Kontakt mit Ihrer Softwarefirma auf und fragen Sie nach dieser Möglichkeit.

Die aktuellen sowie die früheren Richtgrößenvereinbarungen können Sie [hier](#) auf unserer Homepage abrufen.

### Beitritt zum TK-Vertrag – Rabattarzneimittel nicht richtgrößenrelevant

Die zum 1.1.2016 geschlossene „Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung und zur Förderung der Wirtschaftlichkeit gemäß § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V“ - kurz TK-Rabattvertrag - stößt auf große Resonanz in der Ärzteschaft. Ein Beitritt ist jederzeit zum nächsten Quartal möglich.

[Hier](#) gelangen Sie zum Rundschreiben und zum Vertragstext. Nicht richtgrößenrelevant sind die Arzneimittelverordnungen, die im Ergebnis dazu führen, dass TK-Rabattarzneimittel durch eine Apotheke abgegeben werden. Patentgeschützte Arzneimittel sind nicht Gegenstand des Vertrags.

## Änderung der Arzneimittel-Richtlinie zum Entlassmanagement

Am 16.3.2016 ist eine [Änderung der Arzneimittel-Richtlinie \(AM-RL\) zum Entlassmanagement](#) in Kraft getreten. Dazu ist Folgendes zu beachten: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat aktuell darauf hingewiesen, dass Krankenhausärzte entsprechende Verordnungen erst vornehmen dürfen, sobald die hierfür notwendige Vereinbarung zwischen KBV, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband abgeschlossen wurde. Wann diese Vereinbarung, in der auch die Vorgaben zum Verordnungsformular geregelt werden sollen, abgeschlossen wird, ist noch offen.

Zukünftig können Krankenhausärztinnen und -ärzte nach Prüfung der Notwendigkeit Versicherten apothekenpflichtige Arzneimittel in einer N1-Packungsgröße verordnen (wenn sich keine N1-Packung im Handel befindet, kann eine Packung verordnet werden, deren Packungsgröße die theoretische N1-Packungsgröße nach der bundesweit geltenden Packungsgrößenverordnung nicht überschreitet). Enterale Ernährung, Medizinprodukte der [Anlage V der AM-RL](#), Harn- und Blutteststreifen sowie Verbandmittel können künftig für einen maximal 7-tägigen Versorgungszeitraum verordnet werden. Entsprechende Verordnungen sind dann 3 Werktage gültig.

Sofern auf die Entlassung ein Wochenende oder Feiertag folgt, können wie bisher auch die für die Versorgung erforderlichen Arzneimittel mitgegeben werden. Dies soll nach Arzneimittel-Richtlinie nun insbesondere dann erfolgen, wenn die Behandlung durch die mitgegebenen Arzneimittel abgeschlossen werden kann.

## Neue bundesweite Praxisbesonderheiten: Translarna® (Ataluren) und Ofev® (Nintedanib)

Kürzlich wurden zwei neue bundesweite Praxisbesonderheiten auf der [Homepage des GKV-Spitzenverbands](#) bekannt gegeben:

Translarna® (Ataluren) ist im folgenden Anwendungsgebiet rückwirkend seit dem 1.12.2015 als Praxisbesonderheit ab dem ersten Behandlungsfall anzuerkennen:

„Behandlung der Duchenne-Muskeldystrophie infolge einer Nonsense-Mutation im Dystrophin-Gen bei gehfähigen Patienten im Alter ab 5 Jahren. Bei nicht gehfähigen Patienten wurde keine Wirksamkeit nachgewiesen. Das Vorliegen einer Nonsense-Mutation im Dystrophin-Gen ist durch Gentest nachzuweisen. Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Ataluren soll nur durch in der Therapie von Patienten mit Duchenne/Becker Muskeldystrophie erfahrene Fachärzte erfolgen.“

Die Anerkennung dieser bundesweiten Praxisbesonderheit ist derzeit bis zum 1.6.2016 beschränkt. Die weiteren Informationen finden Sie [hier](#).

Ofev® (Nintedanib) ist bei Erwachsenen zur Behandlung der idiopathischen Lungenfibrose rückwirkend seit dem 1.1.2016 als Praxisbesonderheit nach §106 (5a) SGB V anzuerkennen. Voraussetzung für die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist neben der gesicherten Diagnose und differentialdiagnostischen Abgrenzung, dass die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Ofev® nur durch in der Therapie von Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie oder Fachärzte für Lungenheilkunde erfolgen darf. Weitere Details sind [hier](#) nachzulesen.

## Tetravalenter Grippeimpfstoff – KV stellt Falschinformation klar

Aktuell wurde in verschiedenen Arztpraxen eine Information zur Verordnung eines tetravalenten Grippeimpfstoffs verbreitet. Diese Information trug das Berliner Wappen (Berliner Bär mit Laubkrone) und bezog sich auf die KV Berlin.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass diese verbreitete Meldung weder mit uns abgestimmt war, noch unsere Zustimmung findet. Die KV Berlin hat das pharmazeutische Unternehmen aufgefordert, die Verbreitung der „Information“ zu stoppen.

## Arzneimittel-Richtlinie: Neue Anlage III-Erweiterungen

In der Anlage III der [Arzneimittel-Richtlinie](#) sind -vor dem Hintergrund der Zulassung neuer Arzneimittel-Änderungen in Kraft getreten.

Zum Einen wurden die bisher bestehenden Regelungen für „Analgetika in fixer Kombination mit nicht analgetischen Wirkstoffen“ und für „Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen“ um eine Kassenleistung für „fixe Kombinationen mit einem Mydriatikum zur Anwendung am Auge“ erweitert.

Vom neuen Einschub umfasst ist die Fixkombination Phenylephrin/Ketorolac (Omidria®). Nähere Informationen (z.B. die Produktinformation) zum mit Datenstand 15.3.2016 noch nicht in Deutschland im Handel befindlichen Arzneimittel finden Sie auf der [Internetseite der Europäischen Zulassungsbehörde \(EMA\)](#).

Desweiteren wurden die bisher bestehenden Regelungen für „Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa“ um eine definierte Kassenleistung „zur Behandlung eines gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus (Nicht-24-Stunden-Schlaf-Wach-Syndrom) bei vollständig blinden Personen“ erweitert. Hintergrund dieser Richtlinienänderung ist die Zulassung des dualen Melatonin-Rezeptor-Agonisten Tasimelteon (Hetlioz®). Dieses Arzneimittel ist ebenfalls in Deutschland noch nicht im Handel. Die Informationen der EMA finden Sie [hier](#).

## Neue Ausschlüsse in der Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie (Lifestyle Arzneimittel)

Neben der Aufnahme weiterer Fertigarzneimittel, für die in allen Wirkstärken keine Kassenleistung bestehen (Vitaros® Hexal [Wirkstoff: Alprostadil], Minoxidil BIO-H-TIN®-Pharma), sind folgende Ergänzungen zu Wirkstoffen/Wirkstoffkombinationen und komplett ausgeschlossenen Fertigarzneimitteln in Kraft getreten:

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A08AA62 Bupropion, Naltrexon	Mysimba®
A10BX07 Liraglutid	Saxenda®
N01BB20 Lidocain, Prilocain	Fortacin®



## Neue Heilmittel-Richtgrößen ab 1.4.2016

Wie im Arzneimittelbereich (siehe Seite 1) erfolgt auch im Heilmittelbereich eine Neuordnung in die vier Alterskohorten: 0-15 Jahre, 16-49 Jahre, 50-64 Jahre und 65 Jahre und älter. Die Fachgruppeneinteilung und -zuordnung erfolgt wie bisher nach Ihrer Kostenträgerfachgruppe (KTFG). Es sind weiterhin die bisherigen Praxisbesonderheiten definiert und es ist weiterhin möglich, individuelle Praxisbesonderheiten im Prüfverfahren geltend zu machen. Die neuen Heilmittel-Richtgrößen haben eine Bereinigung um alle Kosten für Praxisbesonderheiten und langfristigen Heilmittelbedarf erfahren (die Diagnosen und Indikationsschlüssel zum langfristigen Heilmittelbedarf finden Sie [hier](#)).

Nach Abschluss des Unterschriftenverfahrens werden die Richtgrößen als Anlage 1 zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2016 auf unserer [Homepage](#) veröffentlicht.

## Heilmittelverordnung in bester Form

Die Verordnung von Heilmitteln (Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Podologie) ist nicht trivial. Die Verordnungsvordrucke sind umfangreich auszufüllen und nicht selbsterklärend. Fehler beim Ausfüllen der Vordrucke führen immer wieder zu Unstimmigkeiten zwischen dem Therapeuten und dem verordnenden Arzt oder zwischen dem Arzt und der Prüfungsstelle bzw. Krankenkasse. Um die Gefahr dieser Unstimmigkeiten, die nicht selten in Regressverfahren münden, zu reduzieren, hier ein paar Tipps:

**Prüfen Sie die Einstellungen Ihres Druckers: Erfolgt der Einzug des Formulars richtig (gerade) und werden die Angaben, die Sie beim Ausfüllen der Verordnung am Bildschirm vorgenommen haben, in den richtigen Feldern lesbar dargestellt?**

**Achten Sie bitte darauf, dass Sie alle Felder füllen oder ankreuzen, die sogenannte Pflichtfelder sind:**

- die Stammdaten des Versicherten gemäß eGK (bitte unbedingt einlesen!)
- „Gebührenfrei“ nur ankreuzen, wenn Ihnen eine entsprechend gültige Bescheinigung vorgelegt wurde
- Kreuz für Erst- oder Folgeverordnung oder außerhalb des Regelfalles
  - Verordnungen außerhalb des Regelfalles sind genehmigungspflichtig; einige Krankenkassen verzichten auf das Genehmigungsverfahren, eine Liste finden Sie jeweils aktuell auf der [Internetseite des GKV-Spitzenverbands](#)
  - bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles ist außerdem das Feld „medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles“ auszufüllen
- Gruppentherapie ist immer anzukreuzen, es sei denn das Heilmittel ist nicht gruppentherapietauglich oder es liegen zwingende medizinische Gründe vor, die dagegen sprechen (dokumentieren!)
- vollständiger Indikationsschlüssel (Bezeichnung Diagnosegruppe und Buchstabe der vorrangigen Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog [z. B. ZN2a])
- therapierelevanter ICD-10-GM-Code
  - Beachten Sie hierbei unbedingt die gelisteten Praxisbesonderheiten und die Liste des langfristigen Heilmittelbedarfs; die Angabe des ICD-10-GM-Codes muss unbedingt der Ausprägung der Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel, unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs, entsprechen
- das Heilmittel
  - beachten Sie hierbei wie bei der Diagnose und dem Indikationsschlüssel die gelisteten Praxisbesonderheiten und den langfristigen Heilmittelbedarf, nur die korrekte Kombination ICD-Indikationsschlüssel-Heilmittel zählt
  - wählen Sie hierbei aus: vorrangiges Heilmittel oder optionales Heilmittel (Ausnahme!) oder eine standardisierte Heilmittelkombination (nur bei komplexen Schädigungen)
  - verordnen Sie ein ergänzendes Heilmittel nur, wenn zwingend eine Notwendigkeit besteht und wenn das ergänzende Heilmittel im Heilmittelkatalog entsprechend angegeben ist
- Angabe der Behandlungsmenge (unter zwingender Beachtung der Vorgaben des Heilmittelkataloges)
- Angabe der Behandlungsfrequenz (sollte mit Blick auf die Therapieziele stringent festgelegt werden)
- ~~das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist grundsätzlich auszufüllen (Ausnahme: wenn die Behandlung nicht innerhalb von vierzehn Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll)\*~~
- das Feld „Hausbesuch“ dürfen Sie nur ankreuzen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist, soziale oder organisatorische Gründe zählen nicht

*\* nachträgliche Korrektur durch die KV Berlin: Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll (bei Verordnung von Maßnahmen der Podologischen Therapie: wenn die Behandlung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll).*

## Änderung bei einer bundesweit geltenden Praxisbesonderheit

Bundeseinheitliche Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich folgen der ICD-10-Systematik. Neben dem ICD ist der Indikationsschlüssel auf der Verordnung zu notieren und das dazugehörige Heilmittel zu verordnen. Nur so gilt die Verordnung als vorabzugsfähige Praxisbesonderheit.

Aufgrund der Anpassung des ICD-10-GM für das Jahr 2016 wurde mit Wirkung ab dem 1.1.2016 (d.h. rückwirkend) auch die Liste der bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten geändert:

Der ICD Z96.6X (Endoprothetik vorhanden) wurde um eine vierte Ziffer erweitert. So ist es nun möglich, die konkrete Lokalisation der orthopädischen Gelenkimplantate mit zu verschlüsseln. Bitte geben Sie bei der Verordnung von Heilmitteln und bei der Abrechnung Z96.60G bei „Vorhandensein einer Schulterprothese“; Z96.64G bei „Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese“ oder Z96.65G bei „Vorhandensein einer Kniegelenkprothese“ an.

Die Kombination aus ICD und Indikationsschlüssel und gelistetem Heilmittel soll den korrekten Abzug der entsprechenden Verordnungskosten durch die Prüfungsstelle gewährleisten. Leider zeigen aktuell bekannt gewordene Daten aus der Richtgrößenprüfung des Jahres 2013, dass dies nicht durchgängig geschieht. Da offenbar auf die von den Krankenkassen an die Prüfungsstelle gelieferten Daten nicht immer Verlass ist, raten wir Ihnen, selbst Buch darüber zu führen, welche bundeseinheitlichen und welche regionalen Praxisbesonderheiten Sie verordnet haben.

Die beiden Listen der Praxisbesonderheiten (bundeseinheitliche und regionale) finden Sie [hier](#).

## Aktualisierte Preislisten

Auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin finden Sie ab sofort die Listen mit den aktualisierten Preisen für die einzelnen Heilmittelleistungen (Stand: Februar 2016).

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

Die Vergütungslisten finden Sie [hier](#) zum Download.

## Sonstiges

### SSB – keine Mitgabe der Produkte an Patienten

Mittel und Materialien des Sprechstundenbedarfs sind ausschließlich in der Praxis (oder im Hausbesuch) zu verwenden. Produkte, die über den Sprechstundenbedarf angefordert und bezogen werden, dürfen dem Patienten nicht mitgegeben werden.

Auch wenn es im Einzelfall wirtschaftlicher erscheint, kleine Mengen aus dem Sprechstundenbedarf zu entnehmen, z.B. wenn der Patient nur für den kommenden Tag noch eine Schmerztablette oder ein Pflaster benötigt, so widerspricht dies den Vorgaben. Der Bedarf des Patienten, der zur Anwendung oder zur Einnahme außerhalb der Sprechstunde notwendig ist, ist patientenindividuell zu verordnen.

## Prüfantragsthemen im Bereich Einzelfallprüfung im Jahr 2015

Im Folgenden haben wir eine Auflistung der uns bekannten Prüfantragsthemen erstellt. Diese Tabelle beinhaltet keine Wertung, ob die gestellten Prüfanträge aus unserer Sicht begründet sind und dient nur der Information über die Themen der Prüfanträge (kein Anspruch auf Vollständigkeit).

Anzahl	Vermeintlicher Antragsgrund (AM-RL = Arzneimittel-Richtlinie, HM-RL = Heilmittel-Richtlinie)	Arzneimittel / Wirkstoffe / Produkte
92	Anlage III AM-RL	Aggrenox®
87	fiktiv zugelassene Arzneimittel	Pentalong®, Myoson®, Tepilta®, Presomen® 28/0,3mg, AHP 200® u.a.
66	Off-Label-use	Fentanyl, Tilidin, Aricept®, Arcoxia®, Targin®, Trancopal®, Oxycodon, Gabapentin, Actiq®, Pecfent®, Diclofenac, Tilidin, Lyrica®, Mirtazapin, Flupirtin, Berodual®, Galnora®, Invirase®, Norvir®, Truvada®, Botox®, Xelevia®, Bydureon®, Instanyl®, Xolair®, Medikinet® Adult, Truvada®, Isentress®, Sativex®, Valcyte®, Intratect®, Octagam®, Levemir® u.a.
47	Anlage III AM-RL	Uro Vaxom®, Broncho-Vaxom®, Ribomunyl® Uno, Strovac®, Symbioflor®, Gynatren®
24	HM-RL	Lymphsets
12	AM-RL/Bundesmantelvertrag-Ärzte	Verordnung während eines stationären Aufenthaltes
11	§ 24 SGB V	Kontrazeptiva
11	keine positive Bewertung nach § 135 Abs. 1 SGB V	Dronabinol
11	Importarzneimittel	Fucidin®, Gynodian® Depot, Evorel® Conti, Primaquine®, Calcitrol, Neuleptil®, Tad® Ampullen, Yellox® u.a.
8	Anlage III AM-RL	Hyalart®, Go-On® Fertigspritze
7	Anlage III AM-RL	Actos®, Competact®
7	Anlage III AM-RL	Arthotec®
6	§ 12 SGB V	parenterale Ernährungslösungen
4	Anlage III AM-RL + Anwendungsdauer	Diazepam
4	Anlage III AM-RL	Doloproct®, Jelliproct®
3	Anlage III AM-RL	Otalgan®, Otobacid®, Otovowen®
2	§ 12 SGB V	Strophantin-Rezeptur
2	Anlage III AM-RL	Monapax®, Tartarus®
2	Anlage III AM-RL	Blutzuckerteststreifen
2	Anlage II AM-RL	Finasterid
1	Anlage V AM-RL	Freka Clyss
1	§ 12 AM-RL	Lecicarbon
1	§ 12 SGB V	Sovaldi®
1	Impfstoff-Verordnungsweise	Engerix®
1	G-BA Beschluss zur Anlage I AM-RL (in Kraft getreten am 2.6.2012)	Methionin
1	Anlage III AM-RL	Edronax®
1	Anlage III AM-RL	Voltaren® Emulgel
1	Anlage III AM-RL	Gutron®

**insgesamt: 416\***

\* Die Aufstellung erfolgte nach Themen, teilweise besitzt ein Prüfantrag mehrere Prüfantragsthemen

## Verordnungen während einer Reha-Maßnahme – der Kostenträger ist entscheidend

Wird eine Reha-Maßnahme (ambulant, teilstationär, vollstationär) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt, ist die Reha-Einrichtung nur für die Versorgung des Patienten mit Arzneimitteln, Verbandmitteln, Hilfsmitteln und Teststreifen zuständig, die für die Behandlung der Erkrankung, die den Anlass der Reha-Maßnahme darstellt, benötigt werden. Darüber hinaus benötigte ambulant ausgeführte Leistungen und Verordnungen, die nicht im Zusammenhang mit dem Heilbehandlungsleiden stehen, übernimmt gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) der Vertragsarzt (ein ambulant tätiger Arzt vor Ort oder der Vertragsarzt am Wohnort).

Ist der Rentenversicherungsträger der Kostenträger der Reha-Maßnahme, ist dieser jedoch bis auf unten genannte Ausnahmen für die vollständige und umfassende Versorgung mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln sowie Teststreifen zuständig.

Die Rentenversicherung Bund (RV Bund) erklärte gegenüber der KV Berlin dazu, dass bei interkurrenten Erkrankungen die Mitbehandlungsfähigkeit ein entscheidendes Kriterium ist.

### Was ist laut RV Bund nicht als mitbehandlungsfähige interkurrente Erkrankung anzusehen:

Plötzlich hinzutretende interkurrente Erkrankungen, die eine Mitbehandlung in der Reha-Einrichtung unmöglich machen und zum Aussetzen der Rehabilitation führen und damit verbunden beispielsweise zu einer Verlegung in ein Krankenhaus führen oder eine notwendige ambulante ärztliche Behandlung außerhalb der Reha-Einrichtung erfordern, sind von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung des Versicherten zu tragen. Hierzu gehört laut RV Bund auch die erstmalige Einstellung einer Medikation, sofern diese Bestandteil eines komplexen Behandlungsprogrammes im Rahmen der akutmedizinischen Versorgung ist und notwendigerweise im Rahmen dieses Behandlungsplanes erfolgen muss (beispielsweise bei onkologischen Erkrankungen).

### **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