



## Arzneimittel

### Medikationsplan – Anspruch für Versicherte ab Oktober 2016

„Für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans, der den Versicherten ab dem 1. Oktober 2016 zur Verfügung steht, werden im kommenden Jahr rund 163 Millionen Euro veranschlagt“ – darauf haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband am 21. September 2016 geeinigt ([Pressemittteilung](#) vom 21.9.2016).

Damit haben Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnete Arzneimittel anwenden, ab 1. Oktober 2016 Anspruch auf die Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform. Die erstmalige Erstellung des Medikationsplans erfolgt in der Regel durch den Hausarzt oder in den Fällen, in denen der Versicherte keinen Hausarzt in Anspruch nimmt, durch den behandelnden Facharzt, der für den Versicherten an Stelle des Hausarztes die überwiegende Koordination der Arzneimitteltherapie verantwortet. Der den Medikationsplan erstellende Arzt aktualisiert diesen, sobald er die Medikation ändert oder er in geeigneter Weise Kenntnis von einer Änderung der Medikation erlangt. Aktualisierungen können auch durch andere an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sowie in Einrichtungen der Krankenversorgung vorgenommen werden. Auch abgebende Apotheken können auf Wunsch des Versicherten erforderliche Aktualisierungen im Medikationsplan vornehmen.

Zu dokumentieren sind:

- 1) alle Arzneimittel, die dem Patienten ärztlicherseits verordnet wurden (inklusive Rezepturen und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel)
- 2) Arzneimittel, die der Versicherte ohne Verschreibung anwendet (wenn aus medizinischer Sicht notwendig; sofern die Apotheke Arzneimittel der Selbstmedikation abgibt, sollen diese in den Medikationsplan aufgenommen werden, wenn der Patient dies wünscht und die Aufnahme in den Medikationsplan aus pharmazeutischer Sicht notwendig ist)
- 3) Hinweise auf Medizinprodukte, soweit sie für die Medikation nach 1) und 2) relevant sind (z.B. Inhalatoren, Pens, Medizinprodukte der [Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie](#))

Zusätzlich ist ein optional nutzbarer Barcode auf dem Medikationsplan aufgebracht. Dieser soll die unkomplizierte Aktualisierung ermöglichen. Für 2018 ist die Speicherung des Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte geplant.

Sind die in der Praxissoftware notwendigen Voraussetzungen für die Erstellung und Aktualisierung zum 1.10.2016 noch nicht gegeben, so kann ärztlicherseits unter Beachtung der geforderten Inhalte übergangsweise bis zum 31.3.2017 ein Medikationsplan erstellt und aktualisiert werden.

Für aktuelle Informationen zum Thema – beispielsweise zu weiteren Verhandlungsergebnissen auf Bundesebene – verweisen wir auf unsere [Homepage](#) [zum Medikationsplan](#). Dort finden Sie auch weitergehende Informationen der KBV (u.a. Medikationsplan-Beispiel, Fragen und Antworten-Dokument, Vereinbarung und Anlagen). In der Medikationstabelle ist das Ausfüllen der Felder „Handelsname“, „Hinweise“ und „Grund“ nicht verpflichtend.

## Läusemittel – Welche können verordnet werden?

Da es einige Änderungen im Bereich der zu Kassenlasten verordnungsfähigen Läusemittel gab, möchten wir an dieser Stelle den aktuellen Stand wiedergeben.

Zur Behandlung des Kopflausbefalls für Kinder unter 12 Jahren (Jugendliche mit Entwicklungsstörungen unter 18 Jahren) stehen neben apothekenpflichtigen Arzneimitteln auch Medizinprodukte zur Verfügung. Damit Läusemittel mit Medizinproduktestatus Kassenleistung sind, müssen diese von einem Eintrag in der [Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie](#) erfasst sein. In dieser Anlage erhalten Sie auch Informationen über die jeweilige zeitliche Befristung der Erstattungsfähigkeit. Im Folgenden geben wir Ihnen einen Überblick zu den uns bekannten, derzeit hierzulande im Handel befindlichen apothekenpflichtigen Arzneimitteln und Medizinprodukten (Angaben gemäß Lauer-Taxe, Stand Apothekenverkaufspreise [AVP]: 15.9.2016), die für Kinder unter 12 Jahren (Jugendliche mit Entwicklungsstörungen unter 18 Jahren) zur Behandlung des Kopflausbefalls Kassenleistung sind:

	Packungsgröße	AM/MP*	PZN	AVP
<b>Dimet® 20 Lösung</b>	100 ml	MP	11125934	21,99 €
<b>Biomopedicul® 0,5% Lösung</b>	50 ml	AM	11006767	12,85 €
	100 ml		11006773	19,77 €
	200 ml		11006796	34,50 €
<b>Etopril® Lösung</b> (keine Kassenleistung: Etopril® Läuse Schaum)	100 ml	MP	02706164	14,95 €
<b>Goldgeist® Forte Flüssig</b>	75 ml	AM	02357947	8,93 €
	250 ml		02893829	22,30 €
<b>InfectoPedicul® Lösung</b>	50 ml	AM	00497182	13,90 €
	100 ml		00679457	25,45 €
	250 ml		01480284	49,90 €
<b>Jacutin® Pedicul Spray</b>	90 g	AM	03656327	17,90 €
<b>Mosquito® med Läuse Shampoo 10</b>	100 ml	MP	10415469	13,45 €
	200 ml		10415475	22,45 €
<b>Nyda® PumpLösung</b> (keine Kassenleistung: Nyda® express, Nyda® L, Nyda® plus)	50 ml	MP	03499655	13,10 €
	2x50 ml		03100191	22,45 €
<b>Permethrin-Biomo Lösung 0,5%</b>	50 ml	AM	09276229	12,95 €
	100 ml		09276235	19,99 €
	200 ml		09294776	34,99 €

\*AM = apothekenpflichtiges Arzneimittel, MP = von der Anlage V erfasstes Medizinprodukt

Prüfen Sie bitte gemäß Arzneimittel-Richtlinie §16 (2) Punkt 5 vor einer Verordnung immer, ob "an Stelle von fixen Wirkstoffkombinationen das angestrebte Behandlungsziel mit therapeutisch gleichwertigen Monopräparaten medizinisch zweckmäßiger und/oder kostengünstiger zu erreichen ist."

## Tdap-/Tdap-IPV-Impfstoffe zur Erstimmunisierung

Über die Mitteilung des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) zum zulassungskonformen Einsatz von Tdap-/Tdap-IPV-Impfstoffen zur Erstimmunisierung gänzlich ungeimpfter Personen bzw. bei Personen mit unbekanntem Impfstatus hatten wir in unserer Mai-Ausgabe informiert. Das PEI hat die Ausführungen zur zulassungskonformen Erstimmunisierung mit Tdap- bzw. Tdap-IPV-Impfstoffen neu im [Epidemiologischen Bulletin 34/2016](#) (ab Seite 334) veröffentlicht – mit Unterschieden zur früheren Veröffentlichung, beachten Sie daher bitte die aktuelle Ausgabe. Laut PEI ist mit dem Begriff „Grundimmunisierung“ nur die Erstimmunisierung im Säuglings-/frühen Kleinkindalter gemeint. Davon abzugrenzen ist die Erstimmunisierung von älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit unbekanntem Impfstatus bzw. ohne bisherige Impfung.

## Neue bundesweite Praxisbesonderheit: Cosentyx® (Secukinumab)

Der GKV-Spitzenverband hat aktuell bekannt gegeben, dass Cosentyx® (Secukinumab) zur „Behandlung von erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die auf andere systemische Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA (Psoralen und Ultraviolett A-Licht) nur unzureichend angesprochen haben, oder bei denen eine Kontraindikation oder Unverträglichkeit gegenüber solchen Therapien vorliegt“ seit dem 1.6.2016 ab dem ersten Behandlungsfall als **bundesweite Praxisbesonderheit** anzuerkennen ist. Die Anerkennung als bundesweite Praxisbesonderheit gilt nicht im off-label-use. Die Zulassung des Arzneimittels -also die Vorgaben der **Fachinformation** zu Cosentyx®- sind zwingend zu beachten, so ist Cosentyx® für die Anwendung „unter der Anleitung und Aufsicht eines Arztes vorgesehen, der in der Diagnose und Behandlung der Erkrankungen, für die Cosentyx® zugelassen ist, erfahren ist“; bei „Patienten, die nach 16 Behandlungswochen nicht auf die Therapie angesprochen haben, sollte erwogen werden, die Behandlung abzusetzen“.

## Heilmittel

### Erinnerung: Definierte Kombinationen zu Praxisbesonderheiten

Es sei noch einmal daran erinnert, dass eine Anerkennung der als bundesweit oder regional gelisteten Praxisbesonderheiten, die ab 2017 als Liste der „besonderen Verordnungsbedarfe“ fortgeführt wird, durch die Prüfungsstelle nur gewährleistet werden kann, wenn auf der Verordnung die definierten Kombinationen für **Praxisbesonderheiten** Verwendung finden. Diese definierten Kombinationen setzen sich aus dem als Praxisbesonderheit gelisteten ICD-10-Schlüssel in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe zusammen. Nur diese Kombinationen belasten als definierte Praxisbesonderheiten nicht Ihr Richtgrößenvolumen.

Vereinzelt, beispielsweise beim Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems, liegt eine definierte Praxisbesonderheit nur bei einer Kombination zweier ICD-10-Codes in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe vor:

Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems					
ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	
Z.98.8 i.V.m. Z89.-	Zustand nach chirurgisch-orthopädischen Operationen bei Major-Amputationen mindestens einer Extremität	EX2/ EX3	SB2/ SB3		Längstens 6 Monate nach Akutereignis

Nur wenn beide ICD-10-Schlüssel und zusätzlich die entsprechende Diagnosegruppe angegeben werden, liegt eine gelistete Praxisbesonderheit vor.

Mit Wirkung zum 1.1.2017 erfolgt eine Anpassung der Vordrucke für die Verordnungsmuster 13, 14 und 18 dahingehend, dass dort ein zweites ICD-10-Feld aufgeführt wird und somit eine Kombination zweier ICD-10-Schlüssel angegeben werden kann.

Bis die neuen Verordnungsvordrucke verwendet werden können, sollte bei definierten Kombinationen der zweite ICD-10-Schlüssel handschriftlich auf der Verordnung ergänzt werden.

## Heilmittel-Richtgrößenprüfung 2014

In Bezug auf die aktuell laufende Heilmittel-Richtgrößenprüfung für das Verordnungsjahr 2014 hat die Prüfungsstelle die betroffenen Praxen bereits angeschrieben. Diese Praxen wurden separat durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin mit unterstützenden Informationen für die Stellungnahme angeschrieben.

Sollten Sie von der Prüfungsstelle Post erhalten haben und das separate Schreiben von uns nicht, zögern Sie bitte nicht, sich an uns zu wenden.

## Sonstiges

### Hauskrankenpflege – Medikamentengabe

Für die Verordnung von Hauskrankenpflege (HKP) gilt die [Häusliche Krankenpflege-Richtlinie](#). Die Verordnung ist grundsätzlich genehmigungspflichtig. Bis zur Entscheidung übernimmt die Krankenkasse die Kosten, wenn die Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Die Krankenkasse kann im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der HKP den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragen.

Verordnungsfähig ist im Rahmen der Behandlungspflege auch die Gabe von Medikamenten.

#### Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen):

- Dauer und Menge der Dosierung streng nach Maßgabe der Verordnung des Präparates
- Aus der Verordnung muss hervorgehen, welche Einschränkung des Patienten die Gabe durch eine HKP begründen (Sehfähigkeit, Grob-/Feinmotorik, körperliche oder geistige oder entwicklungsbedingte Leistungsfähigkeit, Näheres siehe Seite 25 der Richtlinie)

#### Richten der Arzneimittel:

- i.d.R. wöchentlich (mit Ausnahme flüssiger Medikamente wie Säfte und Tropfen)

#### Dauer der Verordnung:

- Die Erstverordnung soll einen Zeitraum bis zu 14 Tage nicht überschreiten

Aufgrund aktueller Mitteilungen weisen wir darauf hin, dass Forderungen der Krankenkasse, Medikationslisten und Therapiepläne zu übermitteln, „um den Anspruch zu prüfen“ oder ähnliches, nicht nachzukommen ist. Auch hier gilt: Die Prüfung erfolgt durch den MDK, soweit die Krankenkasse diese Prüfung in Auftrag gegeben hat. Nur an diesen sind auf schriftliche Anforderung, im verschlossenen Umschlag, die Unterlagen zu reichen.

Keinesfalls sollte eine durch die Krankenkasse vorgenommene Änderung der Therapie ungeprüft hingenommen werden: Die Medikation inklusive Dosierung, Dauer und Frequenz bestimmt der behandelnde Arzt. Die Krankenkasse darf in die Therapiehoheit nicht eingreifen.

Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse den Vertragsarzt über die Gründe zu informieren.

## Sprechstundenbedarf – Auskünfte im Bestellprozess

Bestellformulare für den Sprechstundenbedarf erhalten Sie bei der AOK Nordost. Diese bearbeitet die Bestellungen federführend für alle Krankenkassen und löst die Belieferung der Praxen aus. Die Bestellung erfolgt quartalsweise, Nachbestellungen sind zwischenzeitig möglich.

Auf den Formularen (apothekenpflichtiger getrennt vom nichtapothekenpflichtigen Sprechstundenbedarf) ist anzugeben:

- die BSNR der bestellenden Praxis
- das Datum
- die Fachgruppe(n)
- Datum der letzten Anforderung
- die Fallzahl (zuletzt abgerechnete)
- Bezeichnung/Art und Menge der Mittel/Materialien
- Datum, Stempel und Unterschrift

Nicht anzugeben ist/sind:

- die LANR, denn die Bestellung gilt der Betriebsstätte. Die Angabe der LANR birgt sogar das Risiko, dass genau dieser LANR die Kosten zugeordnet werden, obwohl die BSNR Verwender der Mittel und Materialien ist.
- für welche Patienten die Materialien verwendet werden
- Diagnosen

Sollte die AOK Nordost also z.B. nachfragen, für wen/welche Patienten/welche Erkrankungen/welche Therapien die bestellten Mittel erforderlich sind, so bedarf es allenfalls der Bestätigung, dass die Mittel indikationsgerecht zum Einsatz gelangen.

Nicht angegeben werden können Praxisbesonderheiten. Es obliegt nicht der AOK Nordost, Praxisbesonderheiten anzuerkennen oder auch nicht. Bitte beschränken Sie sich auf die Angaben, die auf dem Formular verlangt werden.

### Eine Information der Vertragsabteilung der KV Berlin

Redaktion:	Vertragsabteilung inkl. Beratungsapotheker
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

Für eine verbesserte Lesbarkeit wird in einigen Texten auf die getrennte Ansprache von Frauen und Männern verzichtet.