



Arzneimittel

Rezeptfreie Alternativen

Wenn rezeptfreie Arzneimittel für das vorgesehene Anwendungsgebiet zugelassen sind und im konkreten Patientenfall nicht ungeeignet sind, haben diese aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes Priorität gegenüber verschreibungspflichtigen Arzneimitteln - Patienten ab einem Alter von 12 Jahren (Jugendliche mit Entwicklungsstörungen ab 18 Jahren) müssen sich diese selber kaufen (zu den Ausnahmen siehe letzter Absatz).

Eine Kassenleistung für die verschreibungspflichtigen Arzneimittel besteht dann, wenn die rezeptfreien Alternativen zur Therapie nicht geeignet sind, dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die rezeptfreien Alternativen im konkreten Patientenfall nicht zugelassen (z.B. kontraindiziert) sind oder im Therapieversuch nicht ausreichend wirksam sind (z.B. durch andere Wirkstoffe/andere Wirkstoffkonzentrationen, andere Dosiervorgaben/Therapiedauern).

In §12 (11) [Arzneimittel-Richtlinie](#) heißt es dazu:

"[...] Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein."

Rezeptfreie Alternativen gibt es in vielen Verordnungsbereichen: NSAIDs, [Protonenpumpenhemmer](#), Antihistaminika, [Arzneimittel mit Johanniskraut \(nach Anklicken siehe Seite 4\)](#) , [Glukokortikoidhaltige Nasalia \(nach Anklicken siehe Seite 2\)](#) ...

Die Ausnahmen und die damit verbundene Kassenleistung für rezeptfreie apothekenpflichtige Arzneimittel bei Patienten ab 12 Jahren (Jugendliche mit Entwicklungsstörungen ab 18 Jahren) sind in der Arzneimittel-Richtlinie explizit geregelt (z.B. Abführmittel bei Opioidtherapie, Vitamin D bei manifester Osteoporose etc.).

Otalgan®, Otovowen® – Verordnungsausschlüsse nach Anlage III

Für Otologika besteht ein Verordnungsausschluss nach [Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie](#) für alle Altersgruppen. Ausnahmen davon und damit Kassenleistung sind:

- Antibiotika und Corticosteroide auch in fixer Kombination untereinander zur lokalen Anwendung bei Entzündungen des äußeren Gehörganges
- Ciprofloxacin zur lokalen Anwendung als alleinige Therapie bei chronisch eitriger Entzündung des Mittelohrs mit Trommelfelldefekt (mit Trommelfellperforation).

Da Otalgan® und Otovowen® nicht unter die Ausnahmen fallen, besteht für diese Mittel oben genannter Verordnungsausschluss. Für Otovowen® wurde dies kürzlich in einem [BSG-Urteil](#) bestätigt. Ihre Software muss Ihnen die entsprechenden Verordnungseinschränkungen anzeigen. Sollte dies nicht der Fall sein, handelt es sich um ein Einstellungsproblem, welches mit Ihrem Softwareanbieter zu klären wäre.

Pneumokokkenimpfung

Verbindliche Vorgaben für eine Kassenleistung von Schutzimpfungen macht die [Schutzimpfungs-Richtlinie](#) (nicht die Ständige Impfkommission STIKO). Von einem Eintrag erfasst sind auch die Bedingungen für die Grundimmunisierung, Standard- und Indikationsimpfung gegen Pneumokokken.

Grundimmunisierung

Eine definierte Kassenleistung besteht zur Grundimmunisierung reif geborener Säuglinge „im Alter von 2 und 4 sowie im Alter von 11 bis 14 Monaten. Frühgeborene erhalten eine zusätzliche Impfstoffdosis im Alter von 3 Monaten, d. h. insgesamt 4 Dosen“.

Standardimpfung

Für eine einmalige Impfung von Personen über 60 Jahre besteht eine Kassenleistung. Allerdings stellt bei den aufgrund einer Grunderkrankung geimpften Personen die alleinige Vollendung des 60. Lebensjahres „keine Indikation für eine Wiederholungsimpfung“ dar.

Indikationsimpfung

Sie umfasst die Impfung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grundkrankheit. Dazu gehören:

Angeborene oder erworbene Immundefekte bzw. Immunsuppression, wie z.B.:

- T-Zell-Defizienz bzw. gestörte T-Zell-Funktion
- B-Zell- oder Antikörperdefizienz (z.B. Hypogammaglobulinämie)
- Defizienz oder Funktionsstörung von myeloischen Zellen (z. B. Neutropenie, chronische Granulomatose, Leukozytenadhäsionsdefekte, Signaltransduktionsdefekte)
- Komplement- und Properdinefekte
- funktioneller Hyposplenismus (z.B. bei Sichelzellenanämie), Splenektomie oder anatomische Asplenie (Impfung möglichst vor der Splenektomie)
- neoplastische Krankheiten
- HIV-Infektion
- nach Knochenmarktransplantation
- immunsuppressive Therapie (z.B. wegen Organtransplantation oder Autoimmunerkrankung)

Chronische Krankheiten, wie z.B.:

- chronische Erkrankungen des Herzens, der Atmungsorgane (z. B. Asthma, Lungenemphysem, COPD), der Leber oder der Niere
- Stoffwechselkrankheiten, z.B. Diabetes mellitus
- neurologische Krankheiten, z.B. Zerebralpareesen oder Anfallsleiden

Anatomische und Fremdkörper-assoziierte Risiken für Pneumokokkenmeningitis, wie z. B.

- Liquoristel
- Cochlea-Implantat (Impfung möglichst vor der Cochlea-Implantation)

Bei angeborenen und erworbenen Immundefekten einschließlich funktioneller oder anatomischer Asplenie, chronische Nierenkrankheiten/nephrotisches Syndrom gibt die Schutzimpfungs-Richtlinie bei Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen ab 10 Jahren Wiederholungsimpfungen im Abstand von 5 Jahren, bei Kindern unter 10 Jahren Wiederholungsimpfungen im Abstand von mindestens 3 Jahren vor.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Auswahl geeigneter Impfstoffe, dass unter bestimmten Indikationen die Auswahl eines Impfstoffes vorgeschrieben ist (z.B. Indikationsimpfung bei gefährdeten Kleinkindern bis zum Alter von einschließlich 4 Jahren mit Pneumokokken-Konjugatimpfstoff), in anderen Fällen keine Einschränkung erfolgt und die ärztliche Begründung für die Auswahl eines bestimmten Impfstoffes in Ihren Unterlagen dokumentiert werden sollte. Die Schutzimpfungs-Richtlinie verweist zudem oftmals auch auf bestimmte Ausgaben des [Epidemiologischen Bulletins](#).

Bitte beachten: Voltaren® Emulgel – Verordnungsausschluss nach Anlage III

Für verschreibungspflichtige „Rheumamittel (Analgetika/ Antiphlogistika/ Antirheumatika) zur externen Anwendung“ und verschreibungspflichtige „Externa bei traumatisch bedingten Schwellungen, Ödemen und stumpfen Traumata“ bestehen Verordnungsausschlüsse nach [Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie](#) für alle Altersgruppen.

Auch hier muss Ihnen Ihre Software diese Anlage III-Ausschlüsse bei Voltaren® Emulgel anzeigen.



Heilmittel

Neue Preise für podologische Therapien

Die Preise für Heilmittel werden im Rahmen von Vergütungsvereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen in Berlin und den jeweiligen Berufsverbänden in unterschiedlichen Abständen neu vereinbart. Die Vergütungslisten, welche die Preise für Heilmittelleistungen enthalten, werden zeitnah und regelmäßig auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin aktualisiert. Die Preisanpassungen, die kürzlich im Bereich der podologischen Therapien stattgefunden haben (Stand Oktober 2016), finden Sie [hier](#).

WICHTIGE ÄNDERUNGEN ZUM 1. JANUAR 2017:

Änderung der Verordnungsvordrucke

Ab dem 1.1.2017 sind die neuen Verordnungsvordrucke Muster 13 (Maßnahmen der Physikalischen- oder Podologischen Therapie), Muster 14 (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) sowie Muster 18 (Maßnahmen der Ergotherapie) zu verwenden. Bevorraten Sie sich bitte rechtzeitig.

Die Formulare für Heilmittelverordnungen werden um ein zweites elektronisch lesbares ICD-10-GM-Feld ergänzt. Hilfreich ist das zweite Diagnosefeld bei allen Erkrankungen und Beschwerdebildern, die sich mit einem ICD nur ungenügend abbilden lassen. Relevant wird das spätestens in der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Es gibt Praxisbesonderheiten (besondere Versorgungsbedarfe), die nur in Kombination verschiedener (bestimmter) ICD gelten.

Achtung: Die alten Verordnungsvordrucke dürfen ab 1.1.2017 nicht mehr verwendet werden.

Wie auch bisher können die Verordnungsvordrucke über den Paul Albrechts Verlag bezogen werden. Bitte beachten Sie dabei eine Lieferzeit von 5 bis 10 Tagen.

In absoluten Notfällen, beispielsweise wenn Formularvordrucke kurzfristig nicht zur Verfügung stehen, ist eine Bestellung von Kleinstmengen (bis max. 50 Stück pro Formularart) auch über unser [Online-Bestellformular](#) oder das Service-Center der KV Berlin möglich. Weitere Informationen dazu finden Sie [hier](#).

Zertifizierte Software zur Verordnung von Heilmitteln

Ab dem 1. Januar 2017 ist bei der Verordnung von Heilmitteln nur noch solche Software einzusetzen, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifiziert wurde. Die eingesetzte Software muss laut Gesetz alle wichtigen Regelungen und Informationen zur Verordnung von Heilmitteln enthalten. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Vorgaben der [Heilmittel-Richtlinie](#) korrekt umgesetzt und auf die Verordnung übertragen werden. Die KBV setzt hier die gesetzlichen Neuregelungen laut GKV-Versorgungsstärkungsgesetz um.

Eine Software wird nur dann durch die KBV zertifiziert, wenn geprüft wurde, ob damit ein fehlerfreies Arbeiten für Ärzte möglich ist. Hintergrund ist hier der Wunsch, Fehler beim Ausstellen einer Verordnung und ein aufwendiges Nachschlagen im [Heilmittelkatalog](#) oder in Diagnoselisten zu vermeiden. Dabei sollen die neuen Anforderungen insbesondere auch Ärztinnen und Ärzte unterstützen, die verhältnismäßig wenig Verordnungen vornehmen und deshalb die komplexen Regelungen bei der Heilmittelverordnung nicht immer parat haben.

Es ist daher absolut notwendig, für die eigene Arztpraxis zu prüfen, ob die eingesetzte Software die gestellten Anforderungen erfüllt, um die Verordnungsfähigkeit über den Jahreswechsel hinaus zu gewährleisten. Die Zertifizierungsverfahren für die Anbieter von Praxisverwaltungssoftware begannen bereits im zweiten Quartal 2016.

Überarbeitung des Verfahrens zum langfristigen Heilmittelbedarf

Mit Wirkung zum 1.1.2017 tritt ein überarbeitetes Verfahren zum langfristigen Heilmittelbedarf in Kraft. Die gute Nachricht: Es gibt kein gesondertes Genehmigungsverfahren bei gelisteten Diagnosen mehr. Dadurch entfällt für Ärzte der Aufwand der Prüfung, ob eine Krankenkasse auf den Genehmigungsvorbehalt verzichtet hat oder nicht. Ist eine Diagnose entsprechend gelistet, so ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs auszugehen. Die Liste der Diagnosen, die ab Januar 2017 einen langfristigen Heilmittelbedarf begründen, finden Sie [hier](#).

Ist eine Diagnose nicht gelistet, aber aufgrund der Schwere und Dauerhaftigkeit der funktionellen/strukturellen Einschränkungen mit den gelisteten Diagnosen vergleichbar, so kann der Versicherte dennoch einen Antrag auf Langfristgenehmigung bei seiner Krankenkasse stellen. Schwere und Dauerhaftigkeit können auch aus der Summe mehrerer einzelner Einschränkungen und Beeinträchtigungen resultieren, selbst wenn diese alleinstehend nicht die nötigen Kriterien erfüllen. Insgesamt betrachtet muss ein sich daraus begründender Therapiebedarf hinsichtlich Dauer und Umfang einem solchen entsprechen, der auch bei einer gelisteten Diagnose zu erwarten wäre.

Von einem langfristigen Heilmittelbedarf ist auszugehen, wenn eine therapeutische Heilmittelversorgung über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr notwendig ist. Bei Erkrankungen mit prognostisch kurzfristigem Behandlungsbedarf (entsprechend Diagnosegruppe im Heilmittelkatalog), kann eine dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung ausgeschlossen werden.

Eine Genehmigung kann unbefristet erfolgen, muss aber für mindestens 12 Monate ausgesprochen werden. Die therapielevanten Diagnosen (und Diagnosegruppe/-gruppen) müssen im Genehmigungsbescheid angegeben sein. Die Krankenkassen können wie bisher bei der Entscheidungsfindung den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einbeziehen. Um eine Langfristgenehmigung zu beantragen, ist ein Antrag des Versicherten bei seiner Krankenkasse, eine Kopie einer gültigen Heilmittelverordnung sowie eine detaillierte medizinische Begründung hinsichtlich der Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Einschränkung/Beeinträchtigung notwendig. Die medizinische Begründung sollte Schilderungen zur Beeinträchtigung der Aktivitäten und dem daraus resultierenden Therapiebedarf des Versicherten

enthalten. Wichtig: Bei Patienten mit langfristigem Heilmittelbedarf (gelistete Diagnose oder vorliegende Genehmigung) kann direkt eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausgestellt werden, ohne, dass zuvor der Regelfall durchlaufen sein muss.

Erweiterte Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf

Im Zuge der Anpassung des Verfahrens zum langfristigen Heilmittelbedarf wird auch die dazugehörige Diagnoseliste mit Wirkung zum 1.1.2017 angepasst. Es wurden verschiedene Diagnosen gänzlich neu in die Liste aufgenommen, die übrigen wurden aus der Diagnoseliste der Praxisbesonderheiten (=besonderen Versorgungsbedarfe) übernommen. Dies sind unter anderem Diagnosen im Bereich „Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheit des Bindegewebes und Spondylopathien“. Im Bereich „Störungen der Atmung“ wurde außerdem die chronische obstruktive Lungenkrankheit neu aufgenommen.

Neue Diagnosen mit langfristigen Heilmittelbedarf (ab 1.1.2017):

Erkrankungen des Nervensystems

- G14 Postpoliosyndrom
- G24.3 Torticollis spasticus
- G95.0 Syringomyelie und Syringobulbie

Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheit des Bindegewebes und Spondylopathien

- M05.0 Felty-Syndrom
- M07.1- Arthritis mutilans
- M08.1- Juvenile Spondylitis ankylosans
- M08.2- Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form
- M32.1 Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen
- M32.8 Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes
- M34.0 Progressive systemische Sklerose
- M34.1 CR(E)ST-Syndrom
- M45.0- Spondylitis ankylosans

Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem

- Q86.80 Thalidomid-Embryopathie
- Q87.0 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung
- N.N. Lymphödem Stadium III (Elephantiasis)

Chromosomenanomalien

- Q93.4 Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 5
- Q99.2 Fragiles-X Chromosom

Störungen der Atmung

- E84.0 Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen
- E84.8- Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen
- E84.80 Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestationen
- E84.87 Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen
- E84.88 Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen
- J44.00 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV₁ <35% des Sollwertes
- J44.10 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV₁ <35% des Sollwertes
- J44.80 Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV₁ <35% des Sollwertes
- J44.90 Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV₁ <35% des Sollwertes

Manuelle Lymphdrainage wird als 30-Minuten-Einheit verordnungsfähig

Durch die Anpassung der Heilmittel-Richtlinie und den Neuregelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf ergeben sich ab dem 1.1.2017 kleine Änderungen bei der Verordnungsfähigkeit von manueller Lymphdrainage. Unter den Indikationsschlüsseln LY2 und LY3 kann zukünftig auch eine 30-Minuten-Einheit (MLD 30) verordnet werden. Bisher waren entsprechend dem Heilmittelkatalog nur Einheiten von 45 (MLD 45) bzw. 60 (MLD 60) Minuten verordnungsfähig. Voraussetzung war jedoch, dass beide Extremitäten betroffen sind. Die Ergänzung um die 30-Minuten-Einheit stellt nun sicher, dass bei Patienten, bei denen nur eine Extremität betroffen ist und ein längerfristiger Behandlungsbedarf besteht, ebenfalls eine manuelle Lymphdrainage verordnet werden kann. Die neuen Regelungen gelten ab dem 1.1.2017.

Sonstiges

Bescheide Richtgrößenprüfungen für das Verordnungsjahr 2014

Aktuell wurden die ersten Bescheide der Prüfungsstelle im Rahmen der Richtgrößenprüfung für das Verordnungsjahr 2014 verschickt. Sollten Sie einen Bescheid erhalten, welcher aus Ihrer Sicht nicht vertretbar ist (z.B. in puncto Praxisbesonderheiten), nutzen Sie Ihr Widerspruchsrecht.

Auch Krankenkassen und KV Berlin haben ein Widerspruchsrecht, in den vergangenen Jahren wurde davon jeweils auch Gebrauch gemacht.

Wenn Sie Ihre inhaltlichen Argumente von der nächsten Instanz, dem Beschwerdeausschuss, bewertet haben wollen, ist jedoch Ihr eigener Widerspruch notwendig. Ohne diesen entscheidet der Beschwerdeausschuss nur zu den Widersprüchen der anderen Verfahrensbeteiligten (sofern diese überhaupt eingelegt werden).

Ihr Widerspruch muss gegenüber der Prüfungsstelle binnen eines Monats nach Zustellung des Bescheids erfolgen. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, die Begründung für Ihren Widerspruch innerhalb dieser Frist zu verfassen, können Sie diese auch nachreichen - der Widerspruch an sich muss jedoch innerhalb des oben genannten Monats eingelegt 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.