



Arzneimittel

Glukokortikoidhaltige Nasalia – Ergänzungen zum Oktoberbeitrag

In [Ausgabe 11/2016](#) hatten wir informiert, dass durch eine [Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung](#) nun auch Nasalia mit Fluticasonpropionat und Mometasonfuroat rezeptfrei sind (Nasalia mit Beclometasondipropionat waren schon vorher rezeptfrei im Handel, jedoch mit einer anderen als der jetzigen Zulassung).

Die jetzige Zulassung für die rezeptfreien Mittel besteht bei Erwachsenen zur symptomatischen Behandlung der saisonalen allergischen Rhinitis, nach der Erstdiagnose einer saisonalen allergischen Rhinitis durch einen Arzt, sofern auf Behältnissen und äußeren Umhüllungen angegeben ist, dass die Anwendung auf Erwachsene beschränkt ist. Als Tageshöchst Dosen sind für die betroffenen Präparate dabei 0,2 mg Mometasonfuroat, 0,2 mg Fluticasonpropionat und 0,4 mg Beclometasondipropionat festgelegt worden.

Die mit Datenstand 1.12.2016 im Handel befindlichen rezeptfreien Nasensprays sind:

	Packungs- größe	Wirkstoff- konzentration/ Sprühstoß	Pharmazentralnummer (PZN)
Beclometasondipropionat:			
Otri-Allergie® Heuschnupfenspray	10 ml	0,05 mg	10836567
Ratioallerg® Heuschnupfenspray	10 ml	0,05 mg	00704014
Rhinivict® nasal 0,05 mg Nasenspray	10 ml	0,05 mg	04054725
Mometasonfuroat:			
Momeallerg® Nasenspray	10 g 18 g	0,05 mg	12409639 12409645
Mometahexal® Heuschnupfenspray	10 g 18 g	0,05 mg	11077448 11697286

Patienten, auf die oben genannte Zulassung zutrifft, müssen sich die rezeptfreien Nasensprays selber kaufen.

Verschreibungspflichtige Glukokortikoid-haltige Nasalia sind weiterhin Kassenleistung zur Behandlung einer Indikation, die die rezeptfreien Alternativen nicht haben (z.B. zur Behandlung von Kindern oder Nasenpolypen) - hier ist die jeweilige [Fachinformation](#) des verschreibungspflichtigen Arzneimittels zu beachten, da nicht alle Produkte identisch zugelassen sind. Ebenfalls besteht weiterhin eine Kassenleistung für verschreibungspflichtige Nasalia mit Glukokortikoiden (z.B. Budesonid), wenn rezeptfreie Mittel ausgeschöpft sind.

Wann sind nicht verschreibungspflichtige Vitamine Kassenleistung?

Konkrete Kassenleistungen für Personen ab 12 Jahren (Personen mit Entwicklungsstörungen ab 18 Jahren) beschreibt die [Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie](#) (AM-RL). Bitte beachten Sie, dass nicht apothekenpflichtige Vitaminprodukte und Nahrungsergänzungsmittel von einer Kassenleistung ausgeschlossen sind. Folgende Einträge bestehen in oben genannter Anlage:

Vitamin/Vitamingruppe (Punkt der Anlage I)	Anlage-I-Bedingungen
Vitamin D als Monopräparat bei ausreichender Calciumzufuhr über die Nahrung oder als Kombination mit Calciumverbindungen [mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit, freie oder fixe Kombination] (Punkt 11)	zur Behandlung der manifesten Osteoporose <u>oder</u> zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen <u>oder</u> bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit
Folsäure, Folate (Punkt 19)	bei Therapie mit Folsäureantagonisten <u>oder</u> zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms
notwendige Vitamine und Spurenelemente (Punkt 27)	in Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung
Vitamin K als Monopräparat (Punkt 42)	bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann
wasserlösliche Vitamine*, auch in Kombinationen (Punkt 43)	bei der Dialyse
wasserlösliche Vitamine*, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate (Punkt 44)	bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit)

*B-Vitamine, Vitamin C

Vitamin B₁₂ ist als wasserlösliches Vitamin gemäß Anlage I unter den in den Punkten 43 und 44 genannten Bedingungen erstattungsfähig. Für die Erfüllung von Punkt 44 ist zunächst zu prüfen, ob der Vitamin-B₁₂-Mangel durch Ernährung ausgeglichen werden kann oder ob aufgrund einer gestörten Resorption substituiert werden muss. Bei Letzterem ist die parenterale Gabe von Vitamin B₁₂ Kassenleistung.

Bitte beachten: Pentoxifyllin – Verordnungsausschluss nach Anlage III

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

- Prostanoiden zur parenteralen Anwendung zur Therapie der pAVK im Stadium III / IV nach Fontaine in begründeten Einzelfällen
- Naftidrofuryl bei pAVK im Stadium II nach Fontaine soweit ein Therapieversuch mit nicht-medikamentösen Maßnahmen erfolglos geblieben ist und bei einer schmerzfreien Gehstrecke unter 200 Meter.

Ihre Software muss Ihnen diese Verordnungseinschränkungen anzeigen. Sollte dies nicht der Fall sein, wenden Sie sich bitte an Ihren Softwareanbieter.

Impfung gegen Varizellen – wann Kassenleistung?

Voraussetzungen für eine Kassenleistung von Impfstoffen gegen Varizellen beschreibt die [Schutzimpfungs-Richtlinie](#) (SI-RL), die die Bedingungen für die Grundimmunisierung, Indikationsimpfungen sowie berufliche Indikationen konkretisiert.

Grundimmunisierung

Eine Kassenleistung besteht für die „Grundimmunisierung beginnend mit der 1. Impfdosis im Alter von 11 bis 14 Monaten und Abschluss mit der 2. Impfdosis vor Ende des 2. Lebensjahres.“

Die SI-RL verweist bei der ersten Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen auf die getrennte Gabe der MMR-Impfung einerseits und der Varizellen-Impfung andererseits, die zweite Impfung kann dann bevorzugt mit einem MMRV-Kombinationsimpfstoff erfolgen.

Indikationsimpfung

Eine Kassenleistung besteht mit einem monovalenten Impfstoff für:

1. Seronegative Frauen mit Kinderwunsch
2. Seronegative Patienten vor geplanter immunsuppressiver Therapie oder Organtransplantation
3. Empfängliche Patienten* mit schwerer Neurodermitis
4. Empfängliche Patienten* mit engem Kontakt zu den unter Punkt 2 und 3 Genannten.

*Empfängliche Personen bedeutet: anamnestisch keine Varizellen, keine Impfung und bei serologischer Testung kein Nachweis spezifischer Antikörper

Die SI-RL verweist zudem auf das [Epidemiologischen Bulletin - Hinweise zu Impfungen für Patienten mit Immundefizienz](#).

Die Bedingungen, wann die Impfung für berufliche Indikationen Kassenleistung ist, finden Sie auf Seite 37/38 [hier](#).

„Blaue Hand“ zur Kennzeichnung von offiziellem Schulungsmaterial

Zur Minimierung von Arzneimittelrisiken können Zulassungsbehörden pharmazeutische Unternehmen anweisen, ergänzende Schulungsmaterialien zu erstellen. Zur verbesserten Erkennbarkeit dieser angeordneten und behördlich genehmigten Materialien werden diese seit dem 1.12.2016 mit einem „Blaue-Hand-Logo“ gekennzeichnet, Näheres dazu erfahren Sie [hier](#).



Neue Preise für Stimm-, Sprech und Sprachtherapie zum 1. Januar 2017

Die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) hat mit den Heilmittelverbänden der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten (dba, dbl, dbs) eine neue Vergütungsvereinbarung mit Wirkung zum 1.1.2017 beschlossen. Die neuen Preise finden Sie [hier](#).

Langfristiger Heilmittelbedarf – Ablehnungen von Anträgen

Verschiedene Krankenkassen lehnen in zunehmendem Maße Anträge der Versicherten auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelversorgung mit (mehr oder weniger konkreten) Hinweisen ab, dass die langfristige Heilmittelversorgung nicht das Ziel der „Budgetentlastung“ des Arztes verfolge. Damit wird Ihrem Patienten suggeriert, dass Sie sich lediglich der Wirtschaftlichkeitsprüfung entziehen wollen.

Aus unserer Sicht scheinen sich in solchen Fällen die betreffenden Krankenkassen mit den wirklichen Gründen der Verordnungen, also dem Bedarf der Versicherten, nicht zu befassen. Sätze wie „Ihr Arzt darf (oder wird) Ihnen auch weiterhin Verordnungen ausstellen...“ führen bei den Patienten, die die Kriterien für die Langfristverordnung erfüllen, die Regelungen der Heilmittel-Richtlinie ad absurdum.

Kern ist in der Heilmittel-Richtlinie die ärztliche Begründung. Diese lautet nicht „zur Budgetentlastung“ oder „zur Schonung meiner Richtgröße“, sondern beschreibt die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und den nachvollziehbaren Therapiebedarf.

Tipp: Weisen Sie Ihren Patienten auf das mögliche Widerspruchsverfahren (formlos an die Krankenkasse) hin.

Erinnerung – Wichtige Änderungen zum 1. Januar 2017:

- Änderung der Verordnungsvordrucke: 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) sind zu verwenden.
- Zertifizierte Software zur Verordnung von Heilmitteln: Es ist nur noch solche Software einzusetzen, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziert wurde.
- Überarbeitung des Verfahrens zum langfristigen Heilmittelbedarf: Gesonderte Genehmigungsverfahren bei gelisteten Diagnosen entfallen - bei gelisteter Diagnose ist von einem langfristigen Heilmittelbedarf auszugehen. Wenn eine Diagnose nicht gelistet, aber aufgrund der Schwere und Dauerhaftigkeit der funktionellen/strukturellen Einschränkungen mit den gelisteten Diagnosen vergleichbar ist, kann der Versicherte einen Antrag auf Langfristgenehmigung bei seiner Krankenkasse stellen. Wichtig: Bei Patienten mit langfristigen Heilmittelbedarf (gelistete Diagnose oder vorliegende Genehmigung) kann direkt eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausgestellt werden, ohne dass zuvor der Regelfall durchlaufen sein muss. Im Zuge der Anpassung des Verfahrens zum langfristigen Heilmittelbedarf wird auch die dazugehörige Diagnoseliste mit Wirkung zum 1.1.2017 angepasst.
- Manuelle Lymphdrainage: Das Heilmittel wird unter bestimmten Bedingungen als 30-Minuten-Einheit verordnungsfähig.

Die detaillierten Informationen befinden sich in [Ausgabe 12/2016](#).

Die ab Januar 2017 geltende Neufassung der Heilmittel-Richtlinie (u.a. mit oben genannten Neuregelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf und den Erweiterungen der Diagnoseliste) finden Sie [hier](#). Sobald diese in Kraft ist, wird diese auch auf der [G-BA-Richtlinienseite](#) abrufbar sein.

 **Sonstiges****Keine Rückdatierung von Verordnungen**

Bitte beachten Sie, dass Rückdatierungen von Verordnungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Trinknahrung und Teststreifen aufgrund verschiedener gesetzlicher Grundlagen zu vermeiden sind. Das von Ihnen ausgestellte Rezept enthält das aktuelle Datum, an dem die Ausfertigung des Rezeptes erfolgt ([Erläuterungen zur Vordruck-Vereinbarung](#) [Allgemeines, Punkt 6], [Arzneimittelverschreibungsverordnung](#) [§2 (1)]). Zudem sind §15 (2) [Bundesmantelvertrag](#), § 8 (2) [Arzneimittel-Richtlinie](#), § 3 (3) [Heilmittel-Richtlinie](#) und § 6 (2) [Hilfsmittel-Richtlinie](#) zu beachten.

Zum Thema „Nachträgliches Ausstellen eines Kassenrezeptes“ - beispielsweise wenn ein Patient sich bereits ein Arzneimittel aus der Apotheke besorgt hat oder bei vorheriger Privatrezeptausstellung in der Ersten-Hilfe-Stelle - hatten wir auf Seite 4 in [Ausgabe 5/2015](#) berichtet.

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.