



Richtgrößen Arznei- und Heilmittel

Die abgestimmten Richtgrößen können Sie [hier](#) im Infokasten am Bildschirmrand abrufen. Sowohl die Arznei- und Heilmittelvereinbarung als auch die Richtgrößenvereinbarungen befinden sich derzeit im Unterschriftenverfahren.



Arzneimittel

Cannabis – Gesetz voraussichtlich Frühjahr 2017 in Kraft

Das [Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften](#) wurde am 19.1.2017 vom Bundestag beschlossen und soll voraussichtlich im März 2017 in Kraft treten.

Neben der Anpassung verschiedener betäubungsmittelbezogener Gesetze werden durch eine Änderung im § 31 SGB V die Bedingungen definiert, wann GKV-Versicherte einen Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität sowie auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon haben. Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung sollen nach Inkrafttreten des Gesetzes einen Anspruch haben, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung
 - a) nicht zur Verfügung steht oder
 - b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann,
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Die Leistung bedarf einer Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist. Über den Antrag auf Genehmigung ist von der Krankenkasse innerhalb von 3 Tagen* nach Antragseingang zu entscheiden.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird mit einer nichtinterventionellen Begleiterhebung über 60 Monate beauftragt. Hierfür sollen Daten in anonymisierter Form übermittelt werden. Die Details hierzu werden derzeit noch geklärt (siehe [Meldung der KBV vom 2.2.2017](#)).

**nachträgliche Korrektur durch die KV Berlin: Die 3-Tages-Frist gilt nur im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach §37b SGB V.*

Lifestyle Arzneimittel – Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie geändert

Am 28.1.2017 sind Aktualisierungen und Ergänzungen der Anlage II der [Arzneimittel-Richtlinie](#) in Kraft getreten. Ergänzend aufgenommen und damit von einer Verordnung zu Kassenlasten ausgeschlossen sind die Turnera diffusa-haltigen Arzneimittel Cefagil®, Neradin® und Remisens®. Um weitere Wirkstärken von Turnera diffusa-haltigen Arzneimitteln zu erfassen, hat der G-BA in diesem Zusammenhang den Zusatz „Dil. D4“ gestrichen, darüber hinaus den Wirkstoff „Turnera diffusa Kombinationen“ aufgenommen. Damit sind auch die Arzneimittel Damiana N Oligoplex®, Virilis – Gastreu® S R41 und Yohimbin Vitalkomplex keine Kassenleistung.

Den Beschluss sowie die Tragenden Gründe finden Sie [hier](#).

Dymista® Nasenspray

Das Kombinationsarzneimittel Dymista® mit den Wirkstoffen Azelastinhydrochlorid und Fluticasonpropionat ist zugelassen für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren zur „Linderung der Symptome der mittelschweren bis schweren saisonalen und perennialen allergischen Rhinitis, wenn eine Monotherapie entweder mit einem intranasalen Antihistaminikum oder einem Glukokortikoid nicht als ausreichend erachtet wird.“

Der Therapieversuch mit einem intranasalen Antihistaminikum oder einem Glukokortikoid beziehungsweise die ärztliche Einschätzung, dass die Monotherapie als nicht ausreichend erachtet wird, sollte in der Patientenakte dokumentiert werden. Die vorzunehmende Abwägung, ob „an Stelle von fixen Wirkstoffkombinationen das angestrebte Behandlungsziel mit therapeutisch gleichwertigen Monopräparaten medizinisch zweckmäßiger und/oder kostengünstiger zu erreichen ist“ begründet sich zudem durch § 16 Abs. 2 Nr. 5 der [Arzneimittel-Richtlinie](#).

Therapieversuche mit rezeptfreien Alternativen, die von Patienten ab 12 Jahren (Jugendliche mit Entwicklungsstörungen ab 18 Jahren) selbst gekauft werden müssen, sind unter Beachtung der jeweiligen Zulassungen (www.fachinfo.de, Zugang mit Hilfe eines DocCheck-Passwortes) vorrangig zu prüfen. So sind beispielsweise Nasensprays mit den Wirkstoffen Azelastin, Levocabastin und Cromoglicinsäure zur symptomatischen Behandlung der ganzjährigen und saisonalen allergischen Rhinitis zugelassen.

Rezeptfreie Glukokortikoid-haltige Nasalia mit den Wirkstoffen Fluticasonpropionat, Mometasonfuroat und Beclometasondipropionat besitzen die Zulassung zur symptomatischen Behandlung der saisonalen allergischen Rhinitis bei Erwachsenen, nach der Erstdiagnose einer saisonalen allergischen Rhinitis durch einen Arzt.

NOAKs – überarbeiteter Leitfaden der AKDÄ, Nutzenbewertungen

Empfehlungen der AkdÄ, wann direkte orale Antikoagulantien bei nicht valvulärem Vorhofflimmern eingesetzt werden sollten, gibt der überarbeitete [Leitfaden der AkdÄ](#) auf Seite 9 wieder.

Bei einer therapeutischen Abwägung zwischen Vitamin-K-Antagonisten und NOAKs sind die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung durch den G-BA zu beachten. Dieser hat für die neuen oralen Antikoagulantien Eliquis® (Wirkstoff Apixaban) und Lixiana® (Wirkstoff Edoxaban) in der Indikation 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 festgestellt.

Im Bewertungsbereich für die Initial-Behandlung einer TVT bzw. einer LE und parallel einzuleitende Prophylaxe bei Erwachsenen (für eine Behandlung bis 6 Monate) sieht der G-BA für Eliquis® einen Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen (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 hat 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.

Die Dokumente der Frühen Nutzenbewertung finden Sie [hier](#).

Optional: Wärme- oder Kältetherapie als ergänzendes Heilmittel

Wärme- oder Kältetherapie darf nur ergänzend zu einem „vorrangigen“ oder „optionalen“ Heilmittel, also z.B. zur Krankengymnastik, zur Massage oder zur Manuellen Therapie verordnet werden und auch nur, wenn der Heilmittelkatalog das bei der vorliegenden Indikation zulässt. Der [Heilmittelkatalog](#) ist als Anlage zur Heilmittel-Richtlinie abschließend und verbindlich.

Die Verordnung ist optional, d.h. zunächst ist zu prüfen, ob überhaupt ein ergänzendes Heilmittel notwendig ist.

Bei der Verordnung von ergänzenden Heilmitteln, insbesondere der Wärmetherapie, kommt es gelegentlich zu Nachfragen des Therapeuten bzw. zu Änderungswünschen der Verordnung. Ersucht wird häufig die Spezifizierung der „Wärmetherapie“. Diesem Gesuch muss der verordnende Arzt nicht nachkommen, denn der Heilmittelkatalog spezifiziert „Wärme“ nicht.

Sollte aber aus medizinischen Gründen eine spezielle Wärmetherapie Anwendung finden, so kann diese verordnet werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist dabei zu beachten.

Übersicht der verschiedenen Wärmetherapien und deren Kosten:

Ergänzendes Heilmittel	Kurzbeschreibung	Preis Ersatzkassen	Preis Primärkassen
Heißluft (Strahler)	- ist trocken und findet mit geringer Eindringtiefe häufig am Bewegungsapparat und am Kopf Anwendung (10-20 Minuten)	3,39 €	3,31 €
Warmpackung (Fango, Moor, Peloide)	- gibt die Wärme gleichmäßig ab - die Anwendung erfolgt häufig bei Gelenk- und Wirbelsäulenbeschwerden (20-30 Minuten)	9,06 €	9,00 €
Heiße Rolle	- wird feucht und örtlich angewendet - die Wärmegrade sind dosierbar - sie wird daher bei verschiedenen Indikationen eingesetzt (10-15 Minuten)	7,54 €	7,15 €
Ultraschall-Wärmetherapie	- hat eine höhere Eindringtiefe - findet örtlich (z.B. bei Gelenkbeschwerden) Anwendung (10-20 Minuten)	8,26 €	7,60 €
Kältetherapie	- ist der Vollständigkeit halber hier mit aufgeführt - sie wird kürzer angewendet und auch nur örtlich (5-10 Minuten)	7,17 €	6,60 €

Arztwechsel kann neuen Regelfall begründen

Eine Verordnung von Heilmitteln setzt voraus, dass sich der behandelnde Arzt vom Zustand des Patienten überzeugt und diesen dokumentiert. Wird ein Patient erstmalig von einem Arzt wegen seiner Beschwerden untersucht und behandelt, ist die Diagnose zunächst ganz individuell vom jeweiligen Arzt abhängig.

Aus diesem Grund kann ein Arztwechsel bei der Verordnung einen neuen Regelfall begründen.

Die gestellte Diagnose (ICD-10-Code) unterscheidet sich möglicherweise von jener, die ein anderer Arzt zuvor gestellt hat, d.h. sie sind nicht zwangsweise deckungsgleich. Auch der Heilmittelbedarf wird zunächst arztindividuell festgestellt, ohne zu wissen, welche Heilmittel dem Patienten unter Umständen bereits vorher durch einen anderen Arzt verordnet wurden. Gut möglich, dass Sie sich für eine andere Heilmitteltherapie entscheiden würden.

Wären Sie zwingend an die Verordnung Ihres Vorgängers gebunden, so stünde dies der Therapiefreiheit entgegen.

Zu beachten ist auch, dass die Beschreibungen und Angaben des Patienten möglicherweise nicht ausreichen, um zweifelsfrei zu klären, welche Therapie mit Heilmitteln im Vorfeld bereits erfolgt ist.

Diese Unkenntnis der bisher vom vorherigen Arzt verwendeten ICD-10-Codes und Heilmittelschlüssel sowie darüber, ob es gegebenenfalls therapiefreie Intervalle gab, sprechen gegen die Fortführung eines fremden Regelfalls. Weitere Faktoren wie beispielsweise die Unklarheit darüber, ob der Regelfall bereits ausgeschöpft wurde und ob die Krankenkasse bereits Verordnungen außerhalb des Regelfalls bewilligt oder abgelehnt hat, stehen dem entgegen.

Sollten Ihnen jedoch Unterlagen vorgelegt werden, die die bisherigen Verordnungen und den Therapieverlauf zweifelsfrei belegen (Indikation, Heilmittel, Menge, Frequenz) und würden Sie vom medizinischen Standpunkt her eine Verordnung auch selbst so vornehmen, kann der Regelfall fortgesetzt werden.

Auch innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft bedingt ein Arztwechsel keinen neuen Regelfall, da die Unterlagen in diesem Fall vorliegen dürften.

Langfristgenehmigung nicht an Arzt gebunden

Eine Langfristgenehmigung für eine Heilmitteltherapie ist an den jeweiligen Patienten und an die Krankenkasse gebunden, die die Genehmigung erteilt hat.

Wechselt der Patient die Krankenkasse, verliert die Langfristgenehmigung ihre Gültigkeit. Wechselt der Patient lediglich den behandelnden Arzt, bleibt die Langfristgenehmigung weiterhin gültig.

Näheres zum Antragsverfahren und zu den Regelungen rund um die Langfristgenehmigung von Heilmitteln finden Sie [hier](#) in der aktuellen Patienteninformation des G-BA.

 **Sonstiges****Rezeptfälschungen – was ist zu beachten?**

Rezeptfälschungen können in unterschiedlicher Art und Weise auftreten.

So werden beispielsweise Originalformulare in der Praxis entwendet und mit fiktiven Patientendaten, Stempel und Unterschrift ausgefüllt. Davor können folgende Maßnahmen schützen:

- Formulare dürfen niemals für Unbefugte griffbereit liegengelassen werden.
- Formulare dürfen nicht blanko unterzeichnet sein.
- Formulare und Stempel sind -möglichst getrennt voneinander- verschlossen und für Dritte unzugänglich aufzubewahren.
- Achten Sie auch bei Hausbesuchen auf Formulare und Stempel und lassen Sie diese besser nicht im Auto liegen.
- Schulen Sie Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend.

Vermeehrt tauchen auch „Komplettfälschungen“ auf. Diese Rezeptformulare werden offenbar am PC entworfen und ausgefüllt ausgedruckt und erhalten eine gefälschte Arztunterschrift. Gegen diese Fälschungen kann man sich nicht schützen.

Falls Ihnen Fälschungen bekannt werden oder falls Rezepte und/oder Stempel gestohlen werden, raten wir Ihnen zu folgender Vorgehensweise:

- Anzeige beim [Landeskriminalamt](#) (LKA 43), Tel. 030-4664-0
- Dokumentation für den Fall eines Verfahrens im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Die KV Berlin hat leider keine Möglichkeit, den Vorgängen nachzugehen. Eine gesonderte Mitteilung an die KV Berlin ist daher nicht erforderlich.

Um andere Praxen vor bestimmten Indizien zu warnen, besteht eine Mitteilungsmöglichkeit im KV-Blatt.

Eine Information der Vertragsabteilung der KV Berlin

Redaktion: Vertragsabteilung inkl. Beratungsapotheker
Direktkontakt - nur für Ärzte und Praxispersonal: verordnung@kvberlin.de

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 auf die getrennte Ansprache von Frauen und Männern verzichtet.