



Arzneimittel

Pneumokokken-Impfung: Handlungsempfehlung der STIKO und Bezugswege

Im Zuge der aktuellen Corona-Pandemie ist die Nachfrage nach Pneumokokken-Impfstoff stark gestiegen. Laut aktueller [Lieferengpassliste](#) des Paul-Ehrlich-Instituts ist der Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff Pneumovax® voraussichtlich sowohl in der 1er- als auch in der 10er-Abpackung erst Anfang Mai wieder lieferfähig. Der Konjugatimpfstoff Prevenar® ist laut dieser Liste nur begrenzt verfügbar.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) gab in Folge dessen neue [Handlungshinweise](#) heraus, wonach die Impfstoffe (Pneumovax® 23 und Prevenar® 13) insbesondere besonders anfälligen Patientengruppen vorbehalten bleiben sollen. Zwar widerspricht dies den aktuellen Vorgaben der [Schutzimpfungs-Richtlinie](#) (SI-RL), die verbindlich den Anspruch des Versicherten auf Schutzimpfungen regelt, jedoch haben sich der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) darauf verständigt, dass entsprechende Abweichungen von den Vorgaben der SI-RL akzeptiert werden, solange die Handlungsempfehlung der STIKO gilt.

Prevenar®13 soll somit ausschließlich für die Grundimmunisierung im Säuglingsalter bis zu einem Alter von 2 Jahren verwendet werden. Sollte Prevenar®13 nicht verfügbar sein, kann auf Synflorix® (10-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff) ausgewichen werden. Patienten, die älter als 70 Jahre alt sind oder eine Immundefizienz aufweisen oder an einer chronischen Atemwegserkrankung (z. B. Asthma oder COPD) leiden, sollen vorzugsweise mit Pneumovax® 23 geimpft werden.

Sequenzielle Impfungen in der Form Prevenar® gefolgt von Pneumovax®, wie beispielsweise bei angeborenen oder erworbenen Immundefekten, sind derzeit nicht mehr vorgesehen. Wenn also mit derzeit verfügbaren Restbeständen oder bei Wiederverfügbarkeit von Pneumovax® und nach wie vor geltenden oben genannten STIKO-Hinweisen in umgekehrter Reihenfolge geimpft wird (Pneumovax® gefolgt von Prevenar®), sollte der von der STIKO empfohlene Mindestabstand von einem Jahr beachtet werden ([Epidemiologisches Bulletin 37/2016 des RKI, Seite 394](#)).

Zwischenzeitlich hat das Bundesministerium für Gesundheit den Versorgungsmangel bei Pneumokokken-Impfstoffen über den Bundesanzeiger bekannt gegeben. Dies ermöglicht es den Länderbehörden – in Berlin das LaGeSo – im Einzelfall ein befristetes Abweichen von den Vorgaben des Arzneimittelgesetzes (AMG) zu gestatten. Auf diese Weise können alternative Bezugsmöglichkeiten des Impfstoffes eröffnet werden.

Mehrfachverordnungen – nach wie vor nicht möglich

Wie bereits im vorigen Newsletter mitgeteilt, eröffnet das Masernschutzgesetz seit dem 1. März 2020 die gesetzliche Grundlage für die Ausstellung einer Mehrfachverordnung (Verordnung, aufgrund derer eine bis zu viermalige Abgabe des verordneten Arzneimittels, bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum, in der Apotheke möglich ist). Bis zum heutigen Datum ist die genaue Ausgestaltung (z.B. zur genauen Kennzeichnung der Rezepte) auf Bundesebene zwischen GKV-Spitzenverband, Apothekerverband und KBV noch nicht abgeschlossen. Wir informieren Sie, sobald die genaue Umsetzung dieser Regelung geklärt wurde.

Verordnungsdatenübersichten jetzt verfügbar

Die aktuellsten Verordnungsdatenübersichten mit Datenstand Januar bis September 2019 sind jetzt im Online-Portal verfügbar. Ihre praxisbezogene Auswertung zur Richtgrößenausschöpfung 2019 (entspricht der gültigen Prüffart für 2019) und zusätzlich die Simulation zur Durchschnittswerteauschöpfung (entspricht der Prüffart ab 2020) sind übersichtlich für Sie dargestellt. Dass sich die Bereitstellung aufgrund von Neuberechnungen nochmals verzögert hat, bitten wir zu entschuldigen. Bitte beachten Sie, dass nur Muster-16-Verordnungen (rosa Rezepte), die über Apothekenrechenzentren abgerechnet wurden (ohne Gewähr auf Vollständigkeit) in den Verordnungsdaten enthalten sind. Damit fehlen zum Beispiel die prüf-relevanten Kosten des Sprechstundenbedarfs und Verordnungskosten für enterale und parenterale Ernährung, die über spezialisierte Anbieter bezogen wurde.

Apothekenpflichtiger SSB: Aussetzung des Vorabgenehmigungsverfahrens

Die aktuelle Situation rund um die Corona-Pandemie stellt die Berliner Ärzte im vertragsärztlichen Arbeitsalltag vor außergewöhnliche Belastungen. Um den bürokratischen Aufwand zu verringern und die Belieferung mit dringend benötigtem Sprechstundenbedarf zu beschleunigen, wird das Vorabgenehmigungsverfahren für den apothekenpflichtigen Sprechstundenbedarf (SSB) vorerst bis zum 19. April 2020 ausgesetzt.

Die Mitglieder des Berliner Apothekervereins und ebenso alle weiteren Apotheken wurden von der AOK Nordost über die vorübergehend geänderte Vorgehensweise informiert.

Für Sie bedeutet dies, dass Sie die weißen Anforderungsscheine für den apothekenpflichtigen Sprechstundenbedarf zunächst nicht mehr zur Vorabgenehmigung an die AOK Nordost geschickt werden müssen, sondern direkt in der Apotheke Ihrer Wahl zur Belieferung abgegeben werden können.

Die Regelungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung wie z.B. die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots und die Bestimmungen darüber, was als SSB verordnungsfähig ist, gelten natürlich nach wie vor und sind zu beachten.

Wichtig: Anforderungen für apothekenpflichtigen Sprechstundenbedarf, die bereits der AOK Nordost vorliegen, aber noch nicht verarbeitet werden konnten, werden Ihnen von der AOK per Post zurückgesendet. Diese Anforderungen können dann nach demselben Verfahren zur Apotheke Ihrer Wahl geschickt werden, um direkt von dort beliefert zu werden können.

Wir weisen darauf hin, dass der nicht-apothekenpflichtige Sprechstundenbedarf und somit die (rosa) Anforderungsscheine weiter wie bisher durch die AOK Nordost bearbeitet werden. Hier gilt also weiterhin uneingeschränkt das vereinbarte Vorabgenehmigungsverfahren.

Infoveranstaltung Wirtschaftlichkeitsprüfung – Vortragsfolien verfügbar

Zur Erläuterung der in 2020 geltenden Prüfmethodik hatten wir aufgrund der großen Nachfrage weitere Termine für Informationsveranstaltungen geplant. Aufgrund der voranschreitenden Ausbreitung des Coronavirus finden keine der geplanten Veranstaltungen statt. Um Ihnen die Möglichkeit zu geben sich über die Durchschnittswertepfung, veränderte regionale Praxisbesonderheiten, Zielquoten und die wirtschaftliche Ordnungsweise zu informieren, haben wir die Vortragsfolien für Sie im Online-Portal (Einloggen mit BSNR-Zugang + Chef-Pin) im Menüpunkt „Dokumente abrufen“ unter „sonstige Dokumente“ zur Verfügung gestellt. Wir werden den Seminarbetrieb so schnell wie möglich wiederaufnehmen und Sie darüber in den Verordnungs-News informieren.

Verordnungen ohne Patientenkontakt: Postalischer Versand möglich

Der Bedarf an nicht persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten ist aufgrund der derzeitigen außergewöhnlichen Situation stark gestiegen. Dies wirkt sich insbesondere auf das Ausstellen von Verordnungen aus. Die Versorgung mit Arzneimitteln kann, wenn aktuell kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgen soll, wie folgt stattfinden:

Der Patient muss möglichst aus der laufenden Behandlung bekannt sein, d. h. Diagnosen und Therapie sind bekannt. Es dürfen keine medizinischen Gründe gegen eine weitere Einnahme sprechen. Die Dosierung und Dauer der Einnahme kann auf dem Rezept vermerkt werden. Die Menge der Arzneimittel soll nicht der Bevorratung dienen. Falls zum Zeitpunkt der Verordnung die Versicherungskarte nicht eingelesen werden kann, weil diese nicht vorliegt, übernehmen Sie bitte die bekannten Patientendaten aus Ihrem System und achten Sie auf die Gültigkeit der (zu einem früheren Zeitpunkt eingelesenen) eGK.

Der Bewertungsausschuss hat zwischenzeitlich eine befristete Übergangsregelung für die Abrechnung des postalischen Versands von Verordnungen bis zum 30. Juni 2020 ermöglicht. Dadurch können Verordnungen bei medizinischer Notwendigkeit auch nach einem Telefonat oder einer Videosprechstunde zwischen Arzt und Patient ausgestellt und postalisch versandt werden. Auf Wunsch des Patienten kann der Versand auch an eine abweichende Adresse, z. B. eine vom Patienten gewählte Apotheke, erfolgen. Zusätzlich kann vorab ein Fax an den Patienten bzw. an eine vom Patienten gewählte Faxnummer erfolgen. Die Übermittlung der Verordnung per Fax an die Apotheke ersetzt nicht das Vorliegen des Rezeptes vor der Übergabe des Arzneimittels an Patienten. Die Fax-Mitteilung dient lediglich der Information der Apotheke, damit diese das Arzneimittel zur Abholung bereitstellen oder, wenn es nicht vorrätig ist, beschaffen kann.

Einige Apotheken beliefern ihre Kunden und übernehmen hierfür auch eine Rezeptabholung in der Praxis. Bitte dokumentieren Sie hierfür das Einverständnis des Patienten. Für Rezeptwünsche, für die Sie aus medizinischen Gründen bzw. ohne direkten Patientenkontakt keine Indikation feststellen können, gelten die oben genannten Möglichkeiten nicht. Dies ist unter anderem in § 8 der Arzneimittel-Richtlinie geregelt: „Eine Verordnung von Arzneimitteln ist - von Ausnahmefällen abgesehen - nur zulässig, wenn sich die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt hat oder wenn ihnen der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist.“

Die vorübergehende Möglichkeit des postalischen Versands gilt für Folgeverordnungen von Arzneimitteln (auch BtM-Rezepte) sowie von Verband- und Hilfsmitteln (mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörhilfen), für Krankentransport (Muster 4), Überweisungen (Muster 6 und 10), Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege (Muster 12) sowie Folgeverordnungen für Heilmittel (Muster 13, 14 und 18). Voraussetzung für alle Verordnungen ist, dass der Patient im laufenden Quartal oder im Vorquartal in der Arztpraxis persönlich vorstellig war.

Wichtig: Die Abrechnung des postalischen Versands der Verordnungen erfolgt über die GOP 40122 (Transport von Briefen bis 50 g (Kompaktbrief)). Die Regelung in den allgemeinen Bestimmungen (7.1) des EBMs, dass die Versand- und Transportkosten grundsätzlich in den GOPs enthalten sind, ist somit vorübergehend außer Kraft gesetzt.

Erweiterung der Praxissoftware mit Beschlüssen der frühen Nutzenbewertung

Ab dem 1. Juli 2020 wird die [Praxissoftware um Informationen des Gemeinsamen Bundesausschuss \(G-BA\) zu Beschlüssen der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln erweitert](#). Der G-BA wird ab dann die Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung in maschinenlesbarer Fassung veröffentlichen, die anschließend in die Praxissoftware eingespeist werden. Dazu wird durch ein Symbol darauf hingewiesen, wenn ein entsprechender Beschluss vorliegt.

Zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband wurde festgelegt, welche Informationen dann in der neuen Software abgebildet werden müssen:

- Bezeichnung des Arzneimittels und des Wirkstoffes
- Anwendungsgebiet
- ATC-Kode/Arzneistoffkatalog-Nummer
- ICD-10-GM-Kode/Alpha-ID-Identifikationsnummer
- Patientensubgruppen
- Aussagesicherheit und Ausmaß des Zusatznutzens gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie
- Ergebnisse der klinisch relevanten Endpunkte
- Zusammenfassung der tragenden Gründe des Beschlusses
- Angabe, ob es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung seltener Erkrankungen (Orphan Drug) handelt
- Angabe, ob das Arzneimittel Gegenstand der Richtlinie nach Paragraph 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V ist (Arzneimittel für neuartige Therapien im Sinne von Paragraph 4 Absatz 9 Arzneimittelgesetz)
- Anforderungen an die qualitätsgesicherte Anwendung
- Angabe, ob eine anwendungsbegleitende Datenerhebung beschlossen wurde und ob die Verordnung auf Ärzte beschränkt ist, die daran teilnehmen
- Datum und Geltungsdauer des Beschlusses
- Hyperlink zur entsprechenden Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die automatische Anzeige wird jedoch nur für Beschlüsse nach dem 30. Juni 2020 möglich sein. Für Arzneimittel die vor dem 30. Juni 2020 bewertet wurden, können die entsprechenden Informationen zwar abgerufen werden - jedoch ohne eine aktive Anzeige in der Software.

Die KBV und der GKV-Spitzenverband empfehlen im neuen Anforderungskatalog explizit auch die Implementierung von Rote-Hand-Briefen sowie Schulungsmaterialien mit dem Blaue-Hand-Logo. Darüber hinaus schlagen sie vor, den Online-Meldebogen für unerwünschte Arzneimittelwirkungen beziehungsweise für Medikationsfehler der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in der Verordnungssoftware einzupflegen.

Rechtzeitig vor Umsetzung der neuen Anforderungen in der Verordnungssoftware ab Juli 2020 werden Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt.



Heilmittel

Heilmitteltherapie kann unterbrochen werden, Verordnungen temporär länger gültig

Die Krankenkassenverbände auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband haben sich aufgrund der aktuell angespannten Pandemiesituation [dazu bereit erklärt](#), zeitlich befristet bis zum 30.04.2020 leichte Abweichungen von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie (HM-RL) des G-BA zu akzeptieren. Dies solle die Versorgung in der aktuell außerordentlichen Situation aufrecht halten.

Die Unterbrechungsfrist (§ 16 Abs. 3 HM-RL) von maximal 14 Kalendertagen ist aufgehoben. Der letzte Behandlungstag muss jedoch nach dem 17.02.2020 liegen. Ein Nichteinhalten des spätesten Behandlungsbeginns (§ 15 Abs. 1 HM-RL) innerhalb von 14 (Physio-, Ergo- und Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) bzw. 28 (Podologie und Ernährungstherapie) Kalendertagen führt nicht automatisch dazu, dass die Verordnung ungültig wird – dies gilt für alle ab dem 18.02.2020 ausgestellten Verordnungen. Für die 12-Wochen-Frist (§ 8 Abs. 1 Satz 4 HM-RL) gilt, dass diese lediglich für die Bemessung der Verordnungsmenge zum Zeitpunkt der Verordnung maßgeblich ist, jedoch bleibt die Verordnung zunächst auch über die 12-Wochen-Frist hinaus gültig.

Wichtig: Werden Heilmittelverordnungen nicht gemäß der Heilmittel-Richtlinie ausgestellt, dürfen Heilmittelerbringer notwendige Änderungen – mit Ausnahme der Art des Heilmittels und der Verordnungsmenge – selbst vornehmen. Änderungen bzw. Ergänzungen müssen hier nicht mehr zwingend durch den Vertragsarzt durchgeführt werden. Auch einer Rücksprache mit dem Arzt bedürfte es nicht, jedoch habe der Heilmittelerbringer die Änderung auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks zu begründen und mit Datum und Unterschrift zu versehen.

In der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (nicht jedoch Schlucktherapie), der Ergotherapie sowie einiger Behandlungen aus dem Bereich Physiotherapie sind außerdem Videobehandlungen grundsätzlich möglich. Im Bereich der Ernährungstherapie ist es außerdem möglich, telefonisch zu beraten.

Weitere Informationen, so u. a. auch das entsprechende Schreiben der Krankenkassenverbände, finden Sie hier auf der [Internetseite der KBV](#).



Sonstiges

Neues Formular für medizinische Rehabilitation – bitte jetzt bestellen!

Ab 1. April gilt für die Verordnung von medizinischer Reha ein neues Formular ([Muster 61](#)). Dieses wurde angepasst, um dem gesetzlichen Anspruch pflegenden Angehöriger auf eine stationäre Reha – auch wenn es ambulante Angebote gibt – gerecht zu werden. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt somit nicht. Zu diesem Zweck wurde im Abschnitt VI. C ein neues Ankreuzfeld für „pflegender Angehöriger“ aufgenommen. Eine stationäre Reha kann geboten sein, wenn es für den pflegenden Angehörigen aufgrund der Pflegesituation schwierig ist, eine ambulante Reha in den regulären Tagesablauf zu integrieren. Neu ist außerdem, dass künftig angegeben werden kann, ob der Pflegebedürftige während der Reha des Pflegenden in derselben Einrichtung aufgenommen werden soll, oder eine andere Einrichtung gewünscht ist. Sprechen medizinische Gründe dagegen, den Pflegebedürftigen in die gleiche Einrichtung aufzunehmen, dann ist dies unter „Sonstiges“ anzugeben.

Bitte beachten Sie, dass die „alten“ Formulare ab dem 1. April nicht mehr gültig sein werden - bestellen Sie rechtzeitig neue Formulare! Weitere Informationen finden Sie [hier](#) auf der Internetseite der KBV.

Neues Verordnungsformular für Krankentransporte ab 1. Juli

Aufgrund des vereinfachten Genehmigungsverfahrens für bestimmte Patientengruppen, welches im Zuge des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes eingeführt wurde, ändert sich zum 1. Juli das Verordnungsformular für Krankentransporte. Patienten, die über einen Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 verfügen, müssen ärztlich verordnete Krankenfahrten mit Taxi oder Mietwagen zu einer ambulanten Behandlung nicht mehr vorab von ihrer Krankenkasse genehmigen lassen. Dies gilt auch für schwerbehinderte Patienten mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“. Eine Zusammenfassung aller Neuerungen im Formularvordruck finden Sie [hier](#) auf der Internetseite der KBV.

Neu ist seit einiger Zeit außerdem, dass Ärzte und Psychotherapeuten im Krankenhaus im Zuge des Entlassmanagements Krankentransporte und Krankenfahrten verordnen können, wenn dies nach einer stationären Krankenhausbehandlung medizinisch erforderlich ist. Vorgegangen waren eine Änderung im TSVG und ein entsprechender Beschluss des G-BA, der nach Nichtbeanstandung durch das BMG am 5. März 2020 in Kraft getreten ist.

Schreiben der Barmer zu verschiedenen Verordnungsthemen

Die Barmer schrieb in den vergangenen Wochen immer wieder Ärzte und Praxen bezüglich verschiedener Themen aus den Verordnungsbereichen Arznei- und Heilmittel an. Ganz konkret ging es dabei um die Verordnung von Biosimilars, NOAKs, Cannabis und Heilmitteln (insbesondere Physiotherapie). Weitere Anschreiben sind laut Angaben der Barmer zunächst nicht geplant. Zum ganz überwiegenden Teil sorgten diese unangekündigten Schreiben zunächst für große Verunsicherung, da die Barmer hier andere Informationen und Zahlen kommuniziert, als sich diese aus der Praxissoftware ergeben oder seitens der KV Berlin zur Verfügung gestellt werden.

Die KV Berlin ist deshalb zeitnah an die Barmer herangetreten und hat mitgeteilt, dass aufgrund der Auswertung der Daten einer einzelnen Krankenkasse keine Aussage über ein wirtschaftliches Verordnungsverhalten des Arztes/der Praxis getroffen werden könne. Hinzu komme, dass die Schreiben der Barmer zum denkbar ungünstigsten Zeitpunkt versandt wurden, da die Wirtschaftlichkeitsprüfung in Berlin gerade erst neu geregelt wurde und in diesem Zusammenhang ohnehin sehr sensible Reaktionen zu erwarten seien. Der Vergleich einzelner Arznei- oder Heilmittel (losgelöst von einzelnen Indikationen) mit einem Vergleichswert einer nicht näher definierten Fachgruppe und bei einer selektiven Klientel (nur Barmer-Versicherte) lasse keine hinreichende Aussage hinsichtlich der Frage der Wirtschaftlichkeit zu und sei daher auch nicht zielführend.

Wenn Sie – insbesondere im Arznei- und Heilmittelbereich – Informationen darüber benötigen, wo Sie mit kassenübergreifend mit Ihrem Verordnungsverhalten stehen oder anderweitig Beratungsbedarf haben, wenden Sie sich bitte an die Verordnungsberatung der KV Berlin. Ihnen steht hierzu unter anderem unser Verordnungspostfach unter verordnung@kvberlin.de zur Verfügung.

Eine Information der Abteilung Verordnungsberatung und §106d der KV Berlin

Redaktion: Abteilung Verordnungsberatung und §106d
Direktkontakt - nur für Ärzte und Praxispersonal: verordnung@kvberlin.de
Herausgeber: Vorstand der KV Berlin, Dr. med. Margret Stennes (V.i.S.d.P.)
Kontakt: Service-Center, Tel: 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.

Datenschutzerklärung

Sie erhalten den kostenlosen Newsletter aufgrund Ihrer freiwilligen Eintragung. Möchten Sie diese Informationen zukünftig nicht mehr erhalten, senden Sie uns bitte eine formlose E-Mail an die Service-Adresse kvbe@kvberlin.de. Über dieselbe E-Mail können Sie auch einfach Ihre Empfängeradresse ändern, ebenfalls formlos. Selbstverständlich werden alle Ihre Daten vertraulich behandelt, die Einzelheiten dazu finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).