

Verordnungs-News

Aktuelle Informationen aus Ihrer KV

Verordnungs-News Nr. 2, 26.02.2025

Arzneimittel

Melatonin – Ergänzung Anlage II (Lifestyle Arzneimittel) der AM-RL

Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht (sogenannte „Lifestyle-Arzneimittel“), sind von der Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgeschlossen. Die vom Verordnungs Ausschluss betroffenen Fertigarzneimittel und Anwendungsgebiete sind als Übersicht in der [Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie \(AM-RL\)](#) aufgelistet.

Unter dem Punkt „Durch die Lebensführung bedingte, kurzzeitige nichtorganische Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus“ wurde bei Melatonin (ATC-Code N 05 CH 01) die Ausnahme für die **„Behandlung von Schlafstörungen (Insomnie) bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)“** aufgenommen (siehe auch nachfolgenden Artikel: Änderung bei Sedativa). Damit ist die Verordnung von Melatonin unter den in Anlage III beschriebenen Regelungen möglich.

Durch die Lebensführung bedingte, kurzzeitige nichtorganische

Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 05 CH 01 Melatonin (gilt nicht für die Behandlung von Schlafstörungen (Insomnie) bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ASHS))	Melatonin Vitabalans Pinealin

Änderungen bei Sedativa - Anlage II und III Arzneimittel-Richtlinie

Nach [Anlage III Nummer 32 der Arzneimittel-Richtlinie](#) sind Hypnotika/Hypnogene oder Sedativa (schlaferzwingende, schlafanstoßende, schlaffördernde oder beruhigende Mittel) zur Behandlung von Schlafstörungen von der Verordnung ausgeschlossen, ausgenommen:

a)

- zur Kurzzeittherapie bis zu 4 Wochen oder - für eine länger als 4 Wochen dauernde Behandlung in medizinisch begründeten Einzelfällen. Eine längerfristige Anwendung von Hypnotika/Hypnogenen oder Sedativa ist besonders zu begründen.

b)

- zur Behandlung eines gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus (Nicht-24-Stunden-Schlaf-Wach-Syndrom) bei vollständig blinden Personen

oder

- für die Behandlung von Schlafstörungen (Insomnie) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 2 bis 18 Jahren mit Autismus-Spektrum-Störung und/oder Smith-Magenis-Syndrom, wenn Schlafhygienemaßnahmen unzureichend waren

oder

- Daridorexant für die Behandlung von Schlafstörungen (Insomnie), deren Symptome seit mindestens 3 Monaten anhalten und eine beträchtliche Auswirkung auf die Tagesaktivität haben.

Die Zweckmäßigkeit einer Weiterbehandlung ist innerhalb der ersten 3 Monate und anschließend in regelmäßigen Abständen zu beurteilen. Darüber hinaus sind Patient:innen mit anamnestischem Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Substanzen sorgfältig hinsichtlich eines möglichen Missbrauchs von Daridorexant zu überwachen.

Für die Verordnung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie in Bezug auf die Ausnahmediagnosen in folgenden Punkten angepasst:

- **„Smith-Magenis-Syndrom“** wird ersetzt durch die Bezeichnung **„neurogenetische Störungen mit abweichender diurnaler Melatonin-Sekretion und/oder nächtlichem Erwachen“**.

Eingefügt wird:

- „[...]für die Behandlung von Schlafstörungen (Insomnie) bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS), wenn Schlafhygienemaßnahmen unzureichend waren. Die Zweckmäßigkeit einer Weiterbehandlung ist innerhalb der ersten 3 Monate und anschließend in regelmäßigen Abständen zu beurteilen. Vor der Behandlung sollte zudem eine Dosisanpassung oder der Wechsel der begleitenden ADHS-Medikation in Erwägung gezogen werden, wenn die Schlafstörungen während der Behandlung mit Arzneimitteln gegen ADHS begonnen haben oder [...]“

Außerdem wird die bisher in der Regelung aufgeführte Altersgrenze gestrichen. Die Beschränkung der Verordnungsfähigkeit auf bestimmte Altersgruppen ergibt sich bereits aus dem zugelassenen Anwendungsgebiet des betreffenden Arzneimittels.

Alternativ wird bei zwischenzeitlichem Inkrafttreten des [Beschlusses vom 09.01.2024](#) für die Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie zur

Ergänzung einer Ausnahmeregelung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) mit Schlafstörungen im dritten Spiegelstrich nach dem Wort „Jugendlichen“ die Angabe „von 6 bis 17 Jahren“ gestrichen. Die Änderungen der [Richtlinie](#) traten am 8. Februar 2025 in Kraft.

Anpassung der Verordnungsmöglichkeiten von Lipidsenkern

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Verordnungsmöglichkeit von Lipidsenkern bei hohem kardiovaskulärem Risiko dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse [per Beschluss vom 19. Dezember 2024](#) (seit 12. Februar 2025 in Kraft) angepasst.

NEU:

- Liegt bei Patient:innen das Risiko, in den nächsten zehn Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, bei mind. 10 Prozent →Verordnungsmöglichkeit von Lipidsenkern
- Bislang lag die Risikoschwelle bei mind. 20 Prozent
- Ein hohes Risiko besteht ebenso bei Diabetes mellitus Typ 1 mit Mikroalbuminurie sowie bei familiärer Hypercholesterinämie →generelle Verordnungsmöglichkeit

Der G-BA hat Patient:innengruppen definiert, bei denen bereits unter 10 Prozent ein hohes kardiovaskuläres Risiko bestehen kann. Ziel ist es, durch Lipidsenker Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzubeugen und die Lebenserwartung zu erhöhen. Dabei wird das individuelle Risiko betont. Erhöhte Blutfettwerte sollten vorrangig durch gesunde Ernährung und Bewegung gesenkt werden. Bei hohem Risiko, z. B. durch Alter oder familiäre Vorbelastung, reicht ein angepasster Lebensstil allein nicht aus. Die Absenkung der Risikoschwelle von 20 auf 10 Prozent ermöglicht es Versicherten, von Lipidsenkern zu profitieren, wobei nur Gruppen mit überwiegenden Vorteilen

fokussiert werden. Konsens besteht über die Evidenzlage bei medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Unter 10 Prozent gibt es nur wenige Patient:innengruppen mit risikoverstärkenden Faktoren, und ein generelles Absenken der Schwelle ist derzeit evidenzbasiert nicht gerechtfertigt.

Verordnungsfähigkeit von Lipidsenkern

Lipidsenker sind grundsätzlich von der Verordnung ausgeschlossen ([Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie](#)). Ausnahmen bestehen bei familiärem Chylomikronämie-Syndrom und zur Sekundärprävention nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Lipidsenker können in Ausnahmefällen auch verordnet werden, wenn ein hohes individuelles Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall besteht. Risikofaktoren dafür sind z. B. – neben zu hohen Blutfettwerten – Alter, Geschlecht, Herzerkrankungen in der Familie und Rauchen. Vor dem Einsatz von Lipidsenkern ist eine Anpassung des Lebensstils die erste Option zur Vorbeugung.

Hintergrund

Der G-BA kann die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn die Unzweckmäßigkeit erwiesen oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischem oder therapeutischem Nutzen verfügbar ist. Die Zweckmäßigkeit wird bewertet, indem das Arzneimittel in Bezug auf seinen therapeutischen Nutzen mit bereits zur Verfügung stehenden Behandlungsalternativen verglichen wird. Maßgeblich für die Bewertung des Nutzens ist dabei das Ausmaß der Beeinflussung patient:innenrelevanter Endpunkte – zum Beispiel der Krankheitslast, der Lebensqualität oder einer Verringerung von Nebenwirkungen. In [Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie](#) findet sich eine Übersicht über alle bestehenden Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung.

Off-Label-Use – Erweiterung Anlage VI der AM-RL

Die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten (Off-Label-Use - OLU) ist unter anderem in der [Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie \(AM-RL\)](#) geregelt:

- Teil A: Arzneimittel, die unter Beachtung der dazu gegebenen Hinweise in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten (OLU) verordnungsfähig sind
- Teil B: Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungen (OLU) nicht verordnungsfähig sind.

Die in Teil A aufgeführten Arzneimittel, die unter den dort genannten Bedingungen im OLU Kassenleistung sind, bedürfen keiner Vorabgenehmigung durch die Krankenkassen. Die Verordnung der Arzneimittel erfolgt ganz regulär auf einem E-Rezept oder einem Muster-16-Formular (rosa Rezept).

Im Teil A wurde folgende Anpassung vorgenommen:

- Neuaufnahme: Eplerenon bei primärem Hyperaldosteronismus (PA), wenn eine Therapie mit Spironolacton nicht oder nicht mehr infrage kommt (am 7. Februar 2025 in Kraft getreten)

Bitte informieren Sie sich bzgl. der Details (z. B. Patient:innengruppe, Dosierung, Dauer sowie pharmazeutische Unternehmen, die ihre Zustimmung erteilt haben und somit die Haftung bei bestimmungsgemäßem Gebrauch übernehmen) unter: [Anlage VI AM-RL](#) (siehe auch nachfolgenden Artikel: Hinweis zu Aut idem bei Off-Label-Use nach Anlage VI).

Aut idem bei Off-Label-Use nach Anlage VI Arzneimittel-Richtlinie

Unter „Off-Label-Use“ versteht man die Anwendung eines zugelassenen Arzneimittels außerhalb der von den nationalen und europäischen Zulassungsbehörden

genehmigten Anwendungsgebieten, Dosierungen und Wirkstoffstärken.

Im Falle eines Off-Label-Use (OLU) besteht die Möglichkeit, eine definierte Kassenleistung über einen genehmigten OLU-Antrag der Krankenkasse der Patient:innen zu erreichen.

Weitere Informationen finden Sie [hier](#) unter „*off-label-use* (Anwendung außerhalb der Zulassung)“.

Die [Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie \(AM-RL\)](#) beinhaltet in **Teil A** Arzneimittel, die unter Beachtung der dazu gegebenen Hinweise in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten (Off-Label-Use), ohne OLU-Antrag bei der Krankenkasse, verordnungsfähig sind.

Genannt werden auch die pharmazeutischen Unternehmen, die dem Off-Label-Einsatz ihres Arzneimittels zu-gestimmt und eine entsprechende Haftungsübernahme nach [§ 84 Arzneimittelgesetz \(AMG\)](#) abgegeben haben.

Die in Teil A der Anlage VI der AM-RL aufgeführten Arzneimittel sind unter den dort genannten Bedingungen Kassenleistung. Die Verordnung erfolgt auf einem Muster 16/ E-Rezept. Eine Vorabgenehmigung durch die Krankenkassen ist für die in der Anlage VI genannten Arzneimittel nicht notwendig.

Bitte beachten Sie, dass nur die in der Anlage VI aufgeführten pharmazeutischen Unternehmen dem OLU-Einsatz zustimmen. Daher ist es ggf. notwendig, ein Aut idem zu kennzeichnen, um dem Austausch in der Apotheke durch einen Rabattvertrag entgegenzuwirken.

News zur Übergangsregelung nicht formstabiler Wundprodukte

In den [Verordnungs-News Dezember 2024](#) informierten wir über die

Einschränkung zur Verordnung von sonstigen (nicht formstabilen) Produkten zur Wundbehandlung. Hierzu gehören schwerpunktmäßig antimikrobielle Wundauflagen und Gele.

Diese werden bis zur endgültigen Bewertung des G-BA im Rahmen einer Übergangsregelung bis 2. März 2025 nur von bestimmten Krankenkassen für ihre Versicherten übernommen. Der Bezug solcher Produkte im Rahmen des Sprechstundenbedarfs ist momentan nicht möglich.

Näheres dazu finden Sie [hier](#).

Neue Übergangsregelung des [GVSG](#):

Am 28. Februar wurde das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) im Bundesgesetzblatt verkündet. Damit ist die gesetzliche Übergangsregelung für sonstige Produkte zur Wundbehandlung rückwirkend verlängert worden. Diese Produkte bleiben nun bis zum 1. Dezember 2025 zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig – vorausgesetzt, sie waren bereits vor dem 2. Dezember 2020 auf dem Markt. Die ursprünglich am 2. Dezember 2024 ausgelaufene Regelung wurde somit nahtlos fortgeführt.

Daher sind evtl. Regresse bezüglich der Verordnungen von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung, die zwischen dem 2. Dezember 2024 und 1. März 2025 ausgestellt wurden, ausgeschlossen.

Neue bundesweite Praxisbesonderheiten – Update

Für folgende Arzneimittel wurden bundesweite Praxisbesonderheiten vereinbart:

- [Spravato®](#) (Wirkstoff: Esketamin) seit 21. September 2023

Für dieses Arzneimittel werden die Verordnungskosten im Rahmen einer Durchschnittswertprüfung von den Verordnungskosten der Praxis abgezogen. Voraussetzung ist dabei, dass die zwischen GKV-Spitzenverband und dem jeweiligen pharmazeutischen Unternehmen

vereinbarten Bedingungen für eine bundesweite Praxisbesonderheit eingehalten werden.

Die nachfolgenden bundesweiten Praxisbesonderheiten sind laut der aktualisierten Information auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes ausgelaufen:

- [Galafold®](#) (Wirkstoff: Migalastat) zum 10. Dezember 2024

Auf der [Internetseite der KV Berlin](#) sind alle gültigen und ausgelaufenen bundesweiten Praxisbesonderheiten, die der GKV-Spitzenverband bereitstellt, aufgeführt.

Duplikat-Verordnungen

Aufgrund von vermehrten Anfragen durch Berliner Arztpraxen möchte die KV Berlin Sie über das Thema Duplikat-Verordnungen informieren.

Die KV Berlin erhielt Rückmeldungen aus Praxen, dass Apotheken Verordnungen mit dem Aufdruck „Duplikat“ (z. B. im Falle von Rezeptverlust) als Kopie wahrnehmen und behaupten, dass eine Belieferung nicht möglich sei, da dies zu Retaxationen führen könne.

In [§ 6 Absatz 2g Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V](#) wird

Folgendes zu Duplikat-Verordnungen angegeben:

„...Um einen unbedeutenden Fehler im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Buchstabe d) handelt es sich insbesondere: Wenn bezogen auf den Rahmenvertrag bei Verlust der papiergebundenen Originalverordnung eine erneute papiergebundene Originalverordnung erfolgt, wobei ein die doppelte Verordnung kennzeichnender Aufdruck (z. B. Duplikat) dann unschädlich ist...“

Eine Belieferung der Verordnung mit dem Aufdruck „Duplikat“ ist somit gemäß Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung zulässig.

Vermehrte Einbrüche in Praxen mit BTM-Diebstahl

Aufgrund einer Information der Bundesopiumstelle hat das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) die KV Berlin über einen rasanten Anstieg von Praxiseinbrüchen in Berlin informiert. Dabei scheinen besonders Tresore oder Stahlschränke im Fokus der Einbrechenden zu stehen. Seit Beginn dieses Jahres, wurden dabei mehr als 500 Betäubungsmittelrezepte aus Berliner Arztpraxen gestohlen. Aufgrund der auffälligen Häufung dieser Vorfälle möchten wir Sie für dieses Thema sensibilisieren, damit Sie geeignete Schutzmaßnahmen wie z. B. die nur bedarfsgerechte Vorratshaltung von Betäubungsmittelrezepten in der Praxis ergreifen können.

Meldung von Arzneimittelnebenwirkungen

An dieser Stelle möchte die KV Berlin darauf hinweisen, wie wichtig die Meldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ist. Neben Apotheker:innen sind auch Ärzt:innen nach der jeweiligen Berufsordnung dazu verpflichtet diese zu melden. Weitere Informationen dazu finden Sie [hier](#).

Impfstoffe

Influenza-Impfung – Update zu Impfstoffen für Personen ab 60 Jahren

Zum [5. Februar 2025](#) ist der [G-BA-Beschluss](#) in Kraft getreten, der die Verwendung von Efluelda® und Fluad® für Personen ab 60 Jahren ermöglicht.

Zusätzlich kann ≥ 60-Jährigen auch der konventionelle Influenza-Impfstoff verabreicht werden, wenn beispielsweise medizinische Gründe oder nachgewiesene Lieferengpässe der Impfung mit den beiden Influenza-Impfstoffen Efluelda® und Fluad® entgegenstehen. Bitte dokumentieren Sie den Grund in der Patient:innenakte.

Saison 2024/2025

Sofern alle vorbestellten Efluelda®-Impfdosen aufgebraucht sind und ein darüber hinaus noch für diese Impfsaison bestehender Influenza-Impfstoffbedarf besteht, kann Fluad® oder Efluelda® für ≥ 60-Jährige geordert werden oder aus medizinischen Gründen auch der konventionelle Influenza-Impfstoff (Flucelvax®, Influvac®, Xanaflu®, Vaxigrip®, Influsplit®) verimpft werden.

Alle jüngeren Patient:innen erhalten die verfügbaren konventionellen Influenza-Impfstoffe.

Saison 2025/2026

Für Personen ab 60 Jahren können Efluelda® und Fluad® vorbestellt und verimpft werden. Aus medizinischen Gründen kann auch der konventionelle Influenza-Impfstoff zur Anwendung kommen.

Alle jüngeren Patient:innen erhalten die verfügbaren konventionellen Influenza-Impfstoffe.

Detaillierte Informationen dazu erhalten Sie in den [Verordnungs-News Nr. 01/2025](#).

"Konventionelle Influenzaimpfstoffe" sind bewährte, aus inaktivierten oder attenuierten Viren hergestellte Impfstoffe, die sich von neuen Technologien wie mRNA-Impfstoffen unterscheiden, die für Influenza noch nicht existieren.

Dritter RSV Impfstoff für Personen ab 60 Jahren mRESVIA®

Mit mRESVIA® (mRNA-Impfstoff) kam im November 2024 der dritte Impfstoff zur Prävention von RSV auf den deutschen Markt. Die Zulassung umfasst Erwachsene ab 60 Jahren, um schwere RSV-Infektionen zu verhindern.

Das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) ist ein häufiger Auslöser für Atemwegserkrankungen, welches vor allem bei älteren Erwachsenen zu schweren Verläufen führen kann. In Deutschland sind derzeit zwei RSV-Impfstoffe zugelassen: Arexvy® und Abrysvo®. Beide Impfstoffe enthalten das präfusionsstabilisierte RSV-Glykoprotein F, das eine starke Immunantwort auslöst. Der neue mRNA-Impfstoff mRESVIA® regt das Immunsystem gezielt zur Produktion von Antikörpern gegen RSV an. Nach Aufnahme des Impfstoffes mRESVIA® als zellbasierter Impfstoff für die RSV-Impfung in die [Schutzimpfungs-Richtlinie](#) (SI-RL), kann mRESVIA® als Sprechstundenbedarf in der Apotheke bestellt werden. Wir informieren Sie.

Die Einzeldosen liegen mit je 213,61€ für alle drei Impfstoffe kostenmäßig gleich. Von Arexvy® und Abrysvo® sind auch 10er-Impfstoffpackung auf dem Markt verfügbar, welche im Vergleich zum Einzelimpfstoff bei 201,88€ pro Impfdosis liegen.

Die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ist aufgrund fehlender Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit nicht zugelassen. Eine Wiederholung der Dosis ist derzeit nicht vorgesehen. Es liegen aktuell keine Studien zur gleichzeitigen Anwendung von mRESVIA® mit anderen Impfstoffen oder Medikamenten vor. Daher wird empfohlen, mRESVIA® nicht in derselben Injektion wie andere Impfstoffe zu verabreichen.

Neue Impfstoffe gegen COVID-19 – Nuvaxovid®

JN.1 und Comirnaty® KP.2

Am 17. Januar 2025 ist der [Beschluss vom 22. November 2024](#) zur Aufnahme der Impfstoffe Nuvaxovid® JN.1 und Comirnaty® KP.2 in die [Schutzimpfungs-Richtlinie \(SI-RL\)](#) in Kraft getreten.

Die Aufnahme in die SI-RL begründet grundsätzlich die Leistungspflicht für die Impfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), jedoch muss dazu das entsprechende Honorar für die Impfleistung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart werden. Da bisher kein ärztliches Impfhonorar vereinbart werden konnte, ist ein Bezug beider Impfstoffe über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) unproblematisch, allerdings ist derzeit nur die Verimpfung von Comirnaty® KP.2 zu Lasten der GKV möglich, da dieser Impfstoff bereits in die [regionale Impfvereinbarung](#) aufgenommen wurde.

Vorgehen:

- Comirnaty® KP.2
 - Impfstoffbezug über BAS mit IK 103609999 (für gesetzlich und privat Versicherte)
 - Impfleistung: Abrechnung über die Imp fziffer aus der [regionalen Impfvereinbarung](#)
- Nuvaxovid® JN.1
 - Impfstoffbezug über BAS mit IK 103609999 (für gesetzlich und privat Versicherte)
 - Impfleistung: Abrechnung über GOÄ per Privatrechnung

Bitte beachten Sie: Solange Nuvaxovid JN.1 nicht in die regionale Impfvereinbarung aufgenommen wurde, ist die Impfleistung privat zu liquidieren, der Impfstoff wird jedoch über das BAS bezogen.

Über die Aufnahme von Nuvaxovid JN.1 in die regionale Impfvereinbarung wird die KV Berlin Sie rechtzeitig informieren.

Sprechstundenbedarf

Sprechstundenbedarf bei Abrechnung von Hybrid-DRG

Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben am 19. Dezember 2024 gemeinsam eine Vereinbarung zur speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V ([Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung](#)) geschlossen.

Diese löst die [Hybrid-DRG-Verordnung des Bundesgesundheitsministeriums \(BMG\)](#) ab, die bis zum 31. Dezember 2024 befristet war.

Danach ist nun abschließend geklärt, dass der Sprechstundenbedarf auch 2025 für Operationen innerhalb der Hybrid-DRG bestellt und bezogen werden darf.

Ob die Regelung für das Jahr 2026 angepasst wird, ist noch unklar. Die KV Berlin informiert Sie entsprechend.

Die KV Berlin hat eine Pseudoabrechnungsziffer für Anästhesist:innen geschaffen, damit die notwendige Menge bei Sprechstundenbedarfsbestellung für anästhesistische Leistungen im Rahmen der Hybrid-DRG gesichert wird.

Bitte rechnen Sie als Anästhesist:in bei Leistungen im Hybrid-DRG die Pseudo-GOP 93001 (0€ da nur Zählwert) ab, wenn ein anderer Hauptabrechnender die Hybrid-DRG-Pauschale abrechnet. Die Pseudoziffer wurde nur zu diesem Zweck in der KV Berlin generiert und garantiert die zukünftige korrekte Mengenermittlung für alle Produkte des Sprechstundenbedarfs für die Praxen. Hintergrund ist, dass die KV Berlin durch die meist nur von den Chirurg:innen abgerechnete Hybrid-DRG keine Zahlung für die anästhesistische Leistung vornehmen kann, welche jedoch die Menge zukünftiger SSB-Bestellungen sichert. Mit der Abrechnung der Pseudo-GOP wird daher die Zahlung der Leistung und damit der zukünftig bestellbare SSB in

Menge für Sie garantiert. Dies betrifft ausschließlich die Hybrid-DRG-OPs.

Nach der Abrechnungsordnung dürfen Behandlungsfälle rückwirkend abgerechnet werden, die 3 Quartale vor dem jeweiligen Abrechnungsquartal erbracht wurden. Dies ermöglicht die Abrechnung der Pseudo-GOP auch für bereits vergangene Quartale.

Näheres zu Hybrid-DRG finden Sie [hier](#).

Heilmittel

Verordnung von Doppelbehandlungen bei Heilmittelverordnungen

Laut [Heilmittel-Richtlinie \(HM-RL\)](#) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) soll je Tag nur eine Behandlung erbracht werden. Eine Behandlung umfasst in der Regel ein vorrangiges Heilmittel und, sofern verordnet, ein ergänzendes Heilmittel. Nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden. Dies gilt nicht für ergänzende Heilmittel, standardisierte Heilmittelkombinationen und Podologie. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die gemäß HM-RL zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge nicht. Abweichend davon gilt im Bereich der Ernährungstherapie, dass auch mehrere Einheiten pro Tag erbracht werden können, sofern dies therapeutisch notwendig ist.

Die Doppelbehandlung ist neben dem Heilmittel zu vermerken.

Die durchschnittswerterelevanten Kosten für jede Logopädieverordnung rechnet das PVS mit, sodass Sie einen guten Überblick über die Ausgaben Ihrer Praxis erhalten.

Für logopädische Verordnungen, deren Diagnose in der [Liste der Kassenärztlichen Bundesvereinigung \(KBV\)](#) für den langfristigen Heilmittel- und besonderen Verordnungsbedarf gelistet ist, werden die Kosten nicht in den Durchschnittswerten berücksichtigt. Die Verordnungen erfolgen damit budgetneutral.

Die [Anlage 2](#) wurde mit Wirkung ab dem 1. Januar 2025 durch die Schiedsstelle nach § 125 Abs. 6 SGB V Aktenzeichen 4 HE 22-24, festgesetzt.

Hilfsmittel

Stimmprothesen/Shuntventile: Streichung aus Hilfsmittelverzeichnis

Im Dezember 2022 informierte die KV Berlin Sie in den [Verordnungs-News](#) über die Herauslösung der Stimmprothesen und Shuntventile aus dem [Hilfsmittelverzeichnis der Gesetzlichen Krankenversicherung](#) zu Mitte 2024.

Grund dafür war die [Einschätzung des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung \(GKV-SV\)](#), dass diese nicht der Definition von Hilfsmitteln im ambulanten Bereich entsprechen.

Die Übergangsfrist, durch die diese Hilfsmittel per Sonderhilfsmittelnummer 27.99.99.0027 weiterhin zu Kassenlasten verordnungsfähig sind, wurde bis zum 31. März 2025 verlängert.

Der Vorschlag der KV Berlin, diese Hilfsmittel zukünftig über den Sprechstundenbedarf beziehbar zu machen, wurde seitens der Berliner Krankenkassenverbände abgelehnt und die Lösungsfindung vertagt.

Auf aktuelle Nachfrage der KV Berlin an die Berliner

Krankenkassenverbände zur Entscheidung, wie ab dem 1. April 2025 bezüglich der ambulanten Shuntventilwechsel verfahren werden soll, teilten die Berliner Krankenkassenverbände nun offiziell mit, dass die Hilfsmittelpositionsnummer 27.99.99.0027, welche ab dem 1. April 2025 auf „nicht besetzt“ gesetzt wird, weiter für die patient:innenindividuelle Verordnung genutzt werden kann.

Damit wird der Weg der Versorgung auch ab 1. April 2025 wie folgt aussehen:

- patient:innenindividuelle Verordnung von Shuntventilen/Stimmprothesen mit Angabe der Hilfsmittelnummer 27.99.99.0027 auf Muster 16 Rezept (7 kennzeichnen)
- Abrechnung des Ventilwechsels ärztlicherseits über die EBM Ziffer 09350
- die Vorgaben zur wirtschaftlichen Verordnungsweise bleiben bestehen
- Hilfsmittel unterliegen in der GKV der Vorabgenehmigung durch die Krankenkassen

Sonstiges

Allergiker-Bettwäsche bei Hausstaubmilbenallergie

Encasings, spezielle allergendichte Bettbezüge für Hausstaubmilbenallergiker, gelten nicht als Hilfsmittel im Sinne des [Hilfsmittelverzeichnis](#) der gesetzlichen Krankenkassen. Daher ist eine Verordnung auf einem Muster 16 Rezept **nicht** zulässig.

Viele Krankenkassen übernehmen jedoch die Kosten ganz oder teilweise im Rahmen einer individuellen Einzelfallentscheidung.

Voraussetzung hierfür ist in der Regel ein formloses ärztliches Attest, da es die medizinische Notwendigkeit beschreibt und die Diagnose benennt.

Die Patient:innen reichen diese Atteste bei ihren Krankenkassen ein, die dann prüfen, ob und in welchem Umfang eine Kostenübernahme erfolgt.

Außerklinische Intensivpflege: Verlängerung Übergangsregelung Potenzialerhebung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seine [Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege \(AKI-RL\)](#) erneut angepasst. Konkret verlängerte er eine bereits bestehende Übergangsregelung zur sogenannten Potenzialerhebung bis zum Sommer 2025 und beschloss eine neue Ausnahmeregelung für bestimmte Versicherte. Für den Fall, dass qualifizierte Ärzt:innen nicht rechtzeitig verfügbar sein sollten, ist die Potenzialerhebung bis zum 30. Juni 2025 keine zwingende Voraussetzung für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege. Anlass-bezogen können Patient:innen weiterhin zu ihrer eigenen Sicherheit eine Potenzialerhebung veranlassen.

Hintergrund

In der aktuellen Versorgungslandschaft besteht nach wie vor eine strukturelle Problemlage. Grundsätzlich muss vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege bei beatmeten oder trachealkanülierten Patient:innen geprüft werden, ob eine vollständige Entwöhnung der Betroffenen oder ihre Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung bzw. die Entfernung der Trachealkanüle möglich ist.

Trotz der gesetzlichen Regelung, die nun seit fast zwei Jahren in Kraft ist und dem Engagement aller Beteiligten bleibt leider unklar, ob flächendeckend ausreichend ärztliche Kapazitäten zur Verfügung stehen. Die Realität zeigt, dass die benötigte Anzahl qualifizierter

Ärzt:innen kontinuierlich steigt.

Umsetzung

Die Dauer der ohne Potenzialerhebung verordneten außerklinischen Intensivpflege ist nicht automatisch auf Ende Juni 2025 begrenzt. Wird beispielsweise eine Verordnung am 10. Juni 2025 ausgestellt, kann die Leistung selbstverständlich über den 30. Juni 2025 hinaus andauern. In solchen Fällen sollten die verordnenden Ärzt:innen jedoch darauf hinwirken, dass mindestens eine Potenzialerhebung möglichst bald erfolgt. Dies kann geschehen, indem die Ärzt:innen bereits bei der Verordnung Kontakt zu potenzialerhebenden Mediziner:innen aufnehmen. Auf der Verordnung ist zudem zu begründen, warum bislang keine Potenzialerhebung erfolgen konnte. Außerdem ist vom Verordnenden anzugeben, ob ein Termin dafür bereits vereinbart wurde und, falls ja, für wann dieser geplant ist.

Ausnahme bei der Potenzialerhebung für bestimmte

Versicherte

Für Versicherte, die schon vor dem 31. Oktober 2023 Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten hatten und diese weiterhin bekommen, hat der G-BA eine weitere Ausnahme vorgesehen: Wurde oder wird bei diesen Versicherten im Rahmen einer Potenzialerhebung festgestellt, dass bei ihnen keine Aussicht auf eine nachhaltige Verbesserung ihrer Situation besteht, sind Verordnungen zur außerklinischen Intensivpflege weiterhin auch ohne regelmäßige Potenzialerhebung möglich. Voraussetzung ist, dass eine Potenzialerhebung bis zum 31. Oktober 2025 erfolgt ist oder erfolgen wird. Mit dieser Regelung soll die Versorgungssituation langfristig entlastet und unnötige Bürokratie vermieden werden. Die Änderungen der AKI-RL sind zum 1. Januar 2025 in Kraft getreten.

Hintergrund: Verordnung von außerklinischer Intensivpflege

Der Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege beruht seit Oktober 2020 auf einer neuen gesetzlichen Grundlage (§ 37c SGB V). Seit dem 31. Oktober 2023 ist daher die AKI-RL verbindlich bei der Verordnung von außerklinischen Intensivpflege anzuwenden. Zugleich ist der bisherige Leistungsanspruch über die [Häusliche Krankenpflege-Richtlinie](#) entfallen. Um möglichen Engpässen

aufgrund der neuen gesetzlichen Regelung entgegenzuwirken, hatte der G-BA bereits im Sommer 2023 seine AKI-RL um eine befristete Übergangsregelung ergänzt.

Außerklinische Intensivpflege erhalten schwerstkranke Menschen, bei denen es zu jeder Zeit zu lebensbedrohlichen Situationen kommen kann. Die Versorgung ist eine komplexe und anspruchsvolle Leistung für eine äußerst heterogene Gruppe von Patient:innen. Außerklinische Intensivpflege kann bis zu 5 Wochen oder im Rahmen des Entlassmanagements nach einem Krankenhausaufenthalt bis maximal 7 Tagen verordnet werden.

Nähere Informationen finden Sie hier: [Außerklinische Intensivpflege](#). Arztpraxen und spezialisierte Einrichtungen, die das Entwöhnungspotenzial erheben und AKI verordnen dürfen, sind über das Gesundheitsportal „gesund.bund.de“ des Bundesministeriums für Gesundheit zu finden: [Zur Arztsuche](#).

E-Rezept für DiGA verschiebt sich auf den 1. April 2025

Nach Mitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) verschiebt sich der Start der elektronischen Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Die Vorbereitungen für die flächendeckende Einführung seien noch nicht abgeschlossen, heißt es in der Begründung.

Kürzungen der TI-Pauschale sind daher nicht erforderlich.

Ab 1. Januar 2025 war für die Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen in der vertragsärztlichen Versorgung eine Digitalisierung, vergleichbar mit dem E-Rezept für Arzneimittel, vorgesehen. Praxen hätten dann über ein entsprechendes Softwaremodul verfügen müssen.

In einem Schreiben an die Gesellschafter der gematik teilte das BMG jetzt mit, dass die Vorbereitungen für die flächendeckende Einführung elektronischer Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen

zum Zeitpunkt der vom Gesetzgeber vorgesehenen Umsetzungsfrist nicht abgeschlossen seien.

Nach Abschluss der (noch ausstehenden) technischen Umsetzung in den Primärsystemen der Leistungserbringenden, im E-Rezept-Fachdienst und bei den Krankenkassen müsse zunächst die erforderliche Testung erfolgen.

Diese solle nach derzeitigem Stand in den Modellregionen ab April 2025 erfolgen können.

Mehr zu DiGA finden Sie auf der [DiGA-Informationseite](#) der KV Berlin und beim [Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte](#).

Verordnungen für Transgender-Patient:innen

Bevor eine geschlechtsangleichende Behandlung bei transgeschlechtlichen Personen begonnen wird, ist die Kostenübernahme durch die zuständige Krankenkasse zu klären. Dies betrifft nicht nur einzelne Verordnungen, sondern die gesamte Behandlung. Ein genehmigter Kostenübernahmeantrag stellt sicher, dass alle notwendigen medizinischen Maßnahmen – von operativen Eingriffen bis zu den Arzneimitteln und Heil- und Hilfsmitteln – abgedeckt sind. Dies sollte bestenfalls so explizit in der Kostenübernahme benannt sein. In jedem Fall ist eine Nachanforderung der Kostenübernahme möglich, sofern die vorliegende für die Praxen als nicht vollumfänglich gewertet wird.

Arzneimittel

Bei der Verordnung von Arzneimitteln wie Hormonen zur geschlechtsangleichenden Hormontherapie ist zu beachten, dass diese aufgrund ihrer Zulassung im Off-Label-Use eingesetzt werden. Liegt eine Kostenübernahme für die Gesamttherapie durch die Krankenkasse vor, ist ein zusätzlicher Antrag auf Off-Label-Use nicht erforderlich. Die KV Berlin empfiehlt eine ausführliche Dokumentation der medizinischen Indikation und des Behandlungsablaufs plus Hinterlegung der Kostenübernahme der Krankenkasse in der Patient:innenakte.

Heilmittel

Im Rahmen der Behandlung kann Logopädie zur Stimmanpassung verordnet werden, sofern eine medizinische Indikation dafür vorliegt. Die Verordnung erfolgt gemäß der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Zudem kann Ergotherapie in Einzelfällen zur Unterstützung der Körperwahrnehmung und Bewegungsharmonie indiziert sein. Logopädische Maßnahmen zur Anpassung der Stimme und Sprechweise können insbesondere dann erforderlich sein, wenn die Stimme als nicht kongruent zur Geschlechtsidentität empfunden wird und dadurch Leidensdruck entsteht. Die Verordnung dieser Heilmittel muss auf einer individuellen medizinischen Indikationsstellung basieren. Auch hierfür kann die Gesamtkostenübernahme der Krankenkasse hinterlegt werden.

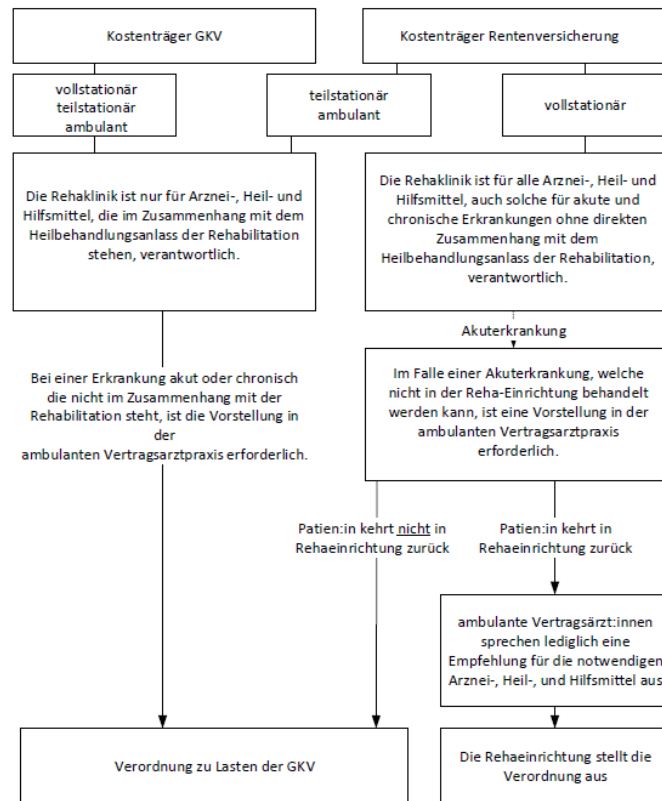
Hilfsmittel

Epithesen und andere Hilfsmittel unterliegen, wie alle Hilfsmittel, der Vorabgenehmigung durch die Krankenkasse. Für die Verordnung gelten die gleichen Regularien wie bei allen Hilfsmittelverordnungen. Die Ärzt:innen bestätigen die medizinische Notwendigkeit durch die Verordnung auf dem Muster(Kreuz 7 Hilfsmittel). Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist bei jeder Verordnung zu beachten.

Verordnungen während Rehabilitationsmaßnahmen

 Dieses Flussdiagramm unterstützt bei der ärztlichen Entscheidung ob und welche Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln während einer ambulanten, stationären oder teilstationären Rehabilitationsmaßnahme vorgenommen werden können. Es dient als Orientierungshilfe zur Klärung der Ordnungsverantwortung in der Versorgung gesetzlich Versicherter.





Für die Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist keine Krankentransportverordnung durch ambulante Vertragsarztpraxen auszustellen. Die Patientin oder der Patient wendet sich zur Klärung der An- und Abreise direkt an den Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme.

Eine Information der Abteilung Verordnungsberatung und 106d der KV Berlin
Redaktion: Abteilung Verordnungsberatung und § 106d, Direktkontakt – nur für
Ärzte und Praxispersonal: verordnung@kvberlin.de

Stand 21.01.2025

KIM-Adresse der Verordnungsberatung

Die Verordnungsberatung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin ist ab sofort über eine KIM-Adresse (Kommunikation im Medizinwesen) erreichbar. Dies ermöglicht eine sichere und schnelle elektronische Kommunikation mit Praxen und anderen Akteur:innen im Gesundheitswesen. Nutzen Sie gern die neuen Kontaktmöglichkeiten für den Austausch sensibler Daten.

Die KIM-Adresse lautet: **verordnung@kvberlin.kim.telematik**

Seminarreihe

„Verordnungsinformationen für neue Ärzt:innen“ im Mai/Juni 2025

Für Ärzt:innen, deren Teilnahmebeginn an der vertragsärztlichen Versorgung noch nicht allzu lange zurückliegt oder kurz bevorsteht, bietet die Verordnungsberatung der KV Berlin eine Informationsreihe zu den vielfältigen und teils komplexen Regelungen rund um die Themen:

- Arzneimittelverordnungen
- Impfen
- Heilmittelverordnungen
- Hilfsmittel, DiGA und sonstige Leistungen
- Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall und Durchschnittswertprüfung an.

Die Informationsveranstaltungen finden online über „Zoom“ statt. Fortbildungspunkte werden nicht vergeben. Die Veranstaltungen sind für Mitglieder der KV Berlin **kostenfrei**.

Seminare der Verordnungsberatung

26.05., 18.00 Uhr

Verordnungsberatung:
Arzneimittelverordnungen

Onlineseminar

[MEHR INFOS](#)

02.06., 18.00 Uhr

Verordnungsberatung:
g: Impfen

Onlineseminar

[MEHR INFOS](#)

05.06., 18.00 Uhr

11.06., 16.30 Uhr

Verordnungsberatung:
Heilmittelverordnungen

Onlineseminar

[MEHR INFOS](#)

18.06., 16.30 Uhr

Verordnungsberatung:
Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall
und
Durchschnittswertprüfung

Onlineseminar

[MEHR INFOS](#)

Verordnungsberatung:
Hilfsmittel, DiGA
und sonstige
Leistungen

Onlineseminar

[MEHR INFOS](#)

[Alle Termine & Seminare](#)



Kassenärztliche
Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A
14057 Berlin

[030 / 31 003-0](#)
[030 / 31 003-380](#)
[Kontakt](#)