

Aktuelle Informationen der Verordnungsberatung der KV Berlin

Arzneimittel	2
• Stimulantien – Erweiterung Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie	2
• Verordnung von Cannabisblüten – nur noch eine Sorte pro BTM-Rezept rezeptierbar	2
Heilmittel	3
• Podologie – neue Preise	3
Sprechstundenbedarf	4
• Kontrastmittelbelieferung ab 1. Juni 2021 – Infoschreiben der AOK Nordost	4
Wirtschaftlichkeitsprüfung	4
• Berechnung des „Schadens“	4
• Regressgefahr – Entlassmedikation	4
Sonstiges	5
• Vereinbarung zur Förderung der wirtschaftlichen Verordnung von Blutzuckerteststreifen mit der AOK Nordost – Kündigung zum 30. September 2021	5
• Belieferungsfristen und wiederholende Abgabe – Anpassung Arzneimittel-Richtlinie	5
• Häusliche Krankenpflege – Richten von ärztlich verordneten Medikamenten	6
Impressum	6

Arzneimittel

Stimulantien – Erweiterung Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der Arzneimittel-Richtlinie

Nach **Anlage III**, Nummer 44 der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sind Stimulantien in der Verordnung eingeschränkt. Begründet wird die Verordnungseinschränkung damit, dass der Einsatz von Stimulantien aufgrund des hohen Missbrauchspotentials (zur Leistungssteigerung oder zur Erzeugung einer euphorisierenden Wirkung) einer strengen Indikationsstellung unter Abwägung des individuellen Nutzen-/ Risikoverhältnisses bedarf.

Vor dem Hintergrund der erstmaligen Zulassung von Solriamfetol (Sunosi®) zur Verbesserung der Wachheit und zur Reduktion übermäßiger Schläfrigkeit während des Tages bei Erwachsenen mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA), deren übermäßige Tagesschläfrigkeit (Excessive Daytime Sleepiness, EDS) durch eine primäre OSA-Therapie wie z. B. eine CPAP-Beatmung (Continuous positive airway pressure, CPAP) nicht zufriedenstellend behandelt werden konnte, hat sich ein veränderter Sachverhalt ergeben.

Für Patient:innen, die an übermäßiger Tagesschläfrigkeit – bedingt durch eine OSA – leiden, kann der Einsatz von Stimulantien angezeigt sein. Der Behandlung der Primärerkrankung ist jedoch in Bezug auf die Behandlung einzelner Symptome stets der Vorrang einzuräumen. Deshalb soll die Verordnung von Stimulantien voraussetzen, dass eine angemessene Behandlung (insbesondere Atem-Überdrucktherapien, z.B. CPAP) der Primärerkrankung OSA erfolgt und beibehalten wird. Bei unzureichendem Therapieansprechen soll deshalb zunächst die Behandlung der OSA optimiert werden. Änderungen der Lebensweise können begleitende Strategien darstellen.

Der G-BA hat die Regelungen zur Verordnungseinschränkung von Stimulantien wie folgt erweitert:

- „ausgenommen zur Verbesserung der Wachheit und zur Reduktion übermäßiger Schläfrigkeit während des Tages bei Erwachsenen mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA), deren übermäßige Tagesschläfrigkeit (Excessive Daytime Sleepiness, EDS) durch eine optimierte OSA-Therapie wie z. B. mittels CPAP-Beatmung (Continuous positive airway pressure, CPAP) nicht zufriedenstellend behandelt werden konnte. Die Behandlung der Primärerkrankung OSA ist beizubehalten.“

Verordnung von Cannabisblüten – nur noch eine Sorte pro BTM-Rezept rezeptierbar

Seit dem 1. Juli 2021 ist bei der Verordnung von Cannabisblüten je Sorte ein separates BTM-Rezept zu verwenden. Dass ein Rezept nur jeweils eine Rezeptur enthalten darf, ist für andere Rezepturen bereits in der Vordruckvereinbarung (als Anlage des BMV-Ä) geregelt.

Grund sind abrechnungstechnische Bestimmungen, die in der Arzneimittelpreisverordnung, der Hilfstaxe und den darauf beruhenden Abrechnungsbestimmungen definiert sind. Die Apotheken sind danach verpflichtet, bei der Abrechnung von Cannabisblüten zu Lasten der GKV, elektronische Zusatzdaten zu liefern. Aus Platzgründen kann das BTM-Rezept in der Apotheke neben dem Sonderkennzeichen für die Cannabisblüten nur mit einem 40-stelligen Hashcode bedruckt werden.

Seit dem 1. Juli 2021 sind erstmals auch Cannabisblüten aus staatlich kontrolliertem deutschen Anbau (BfArM-Cannabisblüten) zu einem erheblich niedrigeren Preis als importierte Blüten im Preis- und Produkt-

verzeichnis gelistet. Verordnungen mit diesen BfArM-Cannabisblüten werden mit einem eigenen Sonderkennzeichen abgerechnet. Über die oben beschriebene Einzelverordnung der Cannabisblüten und Abrechnung mit den elektronischen Zusatzdaten können Auswertungen dazu durchgeführt werden.

Bitte beachten Sie, dass vor der erstmaligen Verordnung eines Cannabispräparats nach § 31 Abs. 6 SGB V die Genehmigung der Krankenkasse vorliegen muss. Ohne die Genehmigung sind Regressanträge für die entsprechenden Verordnungen zu erwarten. Allgemeine Informationen zur Verordnung von Cannabis erhalten Sie auf der [Internetseite der KBV](#).

Sofern die Verordnung für ein in Deutschland zugelassenes Cannabispräparat (Sativex® und Canemes®) im zugelassenen Anwendungsgebiet erfolgt (siehe Fachinformationen des jeweiligen Arzneimittels, z. B. unter www.fachinfo.de mittels kostenlosem DocCheck-Passwort), ist eine Vorabgenehmigung der Krankenkasse nicht nötig.

Für die Verordnung der beiden Präparate außerhalb der Zulassung empfehlen wir einen Kostenübernahmeantrag durch die Patient:innen stellen zu lassen. Nach Genehmigung ist das entsprechende Präparat regresssicher zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Heilmittel

Podologie – neue Preise

Ab dem 1. Juli 2021 gelten für Heilmittelbehandlungen der Podologie neue Preise, nachdem bereits Anfang Mai eine geänderte Vergütung im Bundesrahmenvertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V zwischen den Verbänden der Podologen und dem GKV-Spitzenverband vereinbart wurde.

Heilmittel-positionsnummer	Positionsname	Preis gültig ab 01.07.2021	Davon Zuzahlung (nachrichtlich)	Preis gültig ab 01.07.2022	Davon Zuzahlung (nachrichtlich)
78010	Podologische Behandlung (klein)	29,35 €	2,94 €	30,70 €	3,07 €
78020	Podologische Behandlung (groß)	42,00 €	4,20 €	44,00 €	4,40 €
78030	Podologische Befundung	2,00 €	0,20 €	3,00 €	0,30 €
79933	Hausbesuch, ärztlich verordnet, inkl. Wegegeld	16,50 €	1,65 €	17,50 €	1,75 €
79934	Hausbesuch in soz. Einrichtung, inkl. Wegegeld	9,50 €	0,95 €	10,00 €	0,95 €

Sprechstundenbedarf

Kontrastmittelbelieferung ab 1. Juni 2021 – Infoschreiben der AOK Nordost

Die AOK Nordost hat betreffenden Ärzt:innen Ende Mai mitgeteilt, dass mit den bestehenden Verträgen eine Auswahl an wirtschaftlichen Vertragsprodukten zur Verfügung steht (siehe [hier](#) unter: „Gesamtübersicht der wirtschaftlichen GKV-Präparate“). Der Aussage im Schreiben „Sie verordnen wirtschaftlich, wenn Sie eines dieser Präparate verordnen“ können wir nur bedingt zustimmen.

Bei der Anforderung von Kontrastmitteln als Sprechstundenbedarf ist neben der Auswahl eines Präparates aus obiger Übersicht auch der indikationsgerechte Einsatz sowie die Anforderung von wirtschaftlichen Packungsgrößen und Mengen erforderlich.

Sofern Sie Fragen zur Bestellung des Sprechstundenbedarfes haben (z. B. Austausch, Streichung oder Kürzung) können Sie sich gern unter verordnung@kvberlin.de melden.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Berechnung des „Schadens“

Mit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) am 11. Mai 2019 sind bei Regressen nicht mehr die gesamten Kosten der als unwirtschaftlich festgestellten Verordnung zu erstatten, sondern der Differenzbetrag zwischen der tatsächlich verordneten und der nicht verordneten, wirtschaftlichen Leistung. Zur Ermittlung und Feststellung, welches Arzneimittel wirtschaftlich gewesen wäre, besteht (aktuell) keine gesetzliche oder vertragliche Regelung. Im Falle von Regressanträgen der Krankenkassen, werden die betroffenen Praxen von der Prüfungsstelle mit der Bitte um Stellungnahme angeschrieben. Diese Stellungnahme war schon immer eklatant wichtig, um den Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit ggf. entkräften zu können. Nun kommt hinzu, dass die Differenzberechnung des Schadens ohne eine ärztliche Stellungnahme mindestens schwierig, ggf. sogar unmöglich ist. In solchen Fällen setzt die Prüfungsstelle den vollen Betrag als Regress fest.

Wenn Sie Post von der Prüfungsstelle bekommen, empfiehlt es sich wirklich, tätig zu werden. Kontaktieren Sie uns gerne unter verordnung@kvberlin.de.

Regressgefahr – Entlassmedikation

Die Verordnung (insbesondere von Arzneimitteln) nach einem Krankenhausaufenthalt (in der Weiterbehandlung) sollte unbedingt überprüft werden: Die im Krankenhaus verabreichten Arzneimittel und die Empfehlungen zur Fortsetzung der Therapien sind nicht verbindlich. Die Verantwortung für die wirtschaftliche Verordnung im ambulanten Bereich tragen die verordnenden Ärzt:innen und nicht das empfehlende Krankenhaus.

Immer wieder kommt es vor, dass Krankenkassen Einzelprüfanträge stellen, bei denen sich im Verlauf des Verfahrens herausstellt, dass Vertragsärzt:innen die Entlassmedikation ungeprüft weiter verordneten. Zur wirtschaftlichen Verordnung gehört es jedoch, indikationsgerecht zu verordnen und Dosierung sowie Dauer der Therapie entsprechend der Zulassung des jeweiligen Arzneimittels (gemäß der Fachinformation; z. B. unter www.fachinfo.de mittels kostenlosem DocCheck-Passwort) vorzunehmen.

Sonstiges

Vereinbarung zur Förderung der wirtschaftlichen Verordnung von Blutzuckerteststreifen mit der AOK Nordost – Kündigung zum 30. September 2021

Die zum 1. Januar 2013 in Kraft getretene Vereinbarung zwischen der AOK Nordost und der KV Berlin hatte die Förderung „besonders wirtschaftlicher Blutzuckerteststreifen“ zum Ziel. Die Vereinbarung wurde nun durch die AOK Nordost zum 30. September gekündigt. Ein Grund für die Kündigung wurde nicht genannt.

Somit erhalten Ärzt:innen für die Verordnung von Blutzuckerteststreifen aus der aktuellen **Liste der besonders wirtschaftlichen Blutzuckerteststreifen** nur noch bis zum 30. September 2021 eine Vergütung für den erhöhten Beratungsaufwand für Versicherte der AOK Nordost in Höhe von 1,05 Euro je verordneter 50-Stück Packung.

Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig und die Abrechnung erfolgt durch die SNR 99125 je verordneter Packung. Auf dem Ordnungsblatt (Muster 16, rosa Rezept) wird der Produktname und die Anzahl von 50-Stück Packungen angegeben. Die Rezepte können durch die Patient:innen bei allen Apotheken, Versandapotheken und Hilfsmittelleistungserbringern, die Blutzuckerteststreifen anbieten, eingelöst werden.

Belieferungsfristen und wiederholende Abgabe – Anpassung Arzneimittel-Richtlinie

Klarstellung von Belieferungsfristen

Die Belieferungszeiträume für Verordnungen von Arzneimitteln wurden analog zu Hilfsmitteln von bisher einem Monat auf einen berechenbaren Algorithmus von 28 Tagen – unabhängig von Wochenenden und bundesweit uneinheitlichen Feiertagen – festgelegt (siehe **§ 11 Abs. 4 Arzneimittel-Richtlinie**).

Dass bei der Verordnung von teratogenen Arzneimitteln für Frauen im gebärfähigen Alter der Bedarf für 30 Tage nicht überschritten werden darf und das Rezept nur bis zu sechs Tage nach dem Tag seiner Ausstellung gültig ist, wurde jetzt auch in die Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen (§11 Abs. 4). Grundlage ist die Änderung des § 3b der Arzneimittelverschreibungsverordnung.

Mehrfachverordnung

In der **Arzneimittel-Richtlinie § 11 Abs. 2a** wurde die Regelung zur Mehrfachverordnung, die bereits durch das Masernschutzgesetz eingeführt wurde, aufgenommen. Mehrfachverordnungen können so ausgestellt werden, dass eine bis zu viermalige Abgabe auf einer Verordnung möglich ist. Diese Verordnungen dürfen bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum beliefert werden. Für jede der bis zu vier Abgaben ist jeweils eine Einlösefrist anzugeben.

Bitte beachten Sie, dass die Möglichkeit der Mehrfachverordnung erst mit der Einführung des E-Rezepts zum 1. Januar 2022 umgesetzt wird. Darauf hatte man sich bereits bei der Konsentierung des Anforderungskataloges verständigt.

Häusliche Krankenpflege – Richten von ärztlich verordneten Medikamenten

In der Praxis gibt es oft Unsicherheiten hinsichtlich der Verordnung des Richtens bzw. des Verabreichens von Medikamenten im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege.

Bereits im Jahr 2017 hat der G-BA durch eine Neugliederung der Leistungsnummer 26 „Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)“ im Leistungsverzeichnis der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (**HKP-RL**) klargestellt, dass es sich beim „Richten“ und beim „Verabreichen“ von ärztlich verordneten Medikamenten um zwei unterschiedliche Leistungsinhalte handelt.

Das **Richten** erfolgt in der Regel wöchentlich, wobei der Pflegedienst die Medikamente üblicherweise in eine Wochenbox sortiert, sodass die Patient:innen diese selbst einnehmen können. Der Pflegedienst kontrolliert auch, ob die Medikamente regelmäßig eingenommen werden. Beim Richten handelt es sich um eine Ausnahmeregelung, die nur bei wenigen Personengruppen, z.B. hochgradige Einschränkung der Sehfähigkeit, Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten und starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, angewendet werden kann (Details siehe **HKP-RL**).

In der Regel ist die Verordnung der **Medikamentengabe** erforderlich, weil die Patient:innen physisch oder psychisch nicht in der Lage sind, die Medikamente selbst einzunehmen (Details siehe **HKP-RL**). Im Rahmen des Verabreichens übernimmt der Pflegedienst auch die Abgabe der Medikamente an die Patient:innen. Das „Verabreichen“ beinhaltet auch die notwendige Vorbereitung der Medikamente. Das Richten ist dann nicht mehr zusätzlich zu verordnen.

Ebenso wird unter der Leistungsnummer 26 darauf verwiesen, dass die Pflegedienste vorliegende Informationen über die Dosierung, Art und Zeitpunkt der Einnahme oder sonstige Anwendungshinweise (vor dem Essen etc.) berücksichtigen müssen. Entsprechende Informationen sind den ärztlichen Verordnungen und ggf. einem ärztlich ausgestellten Medikationsplan zu entnehmen.

Bitte achten Sie darauf, dass die notwendigen Informationen auf dem zu verwendenden Verordnungsvordruck 12 vermerkt sind.

Das Leistungsverzeichnis der HKP-RL stellt die **KBV** auch in digitaler Form zur Verfügung.

Impressum

EINE INFORMATION DER ABTEILUNG VERORDNUNGSBERATUNG UND §106D DER KV BERLIN: Redaktion: Abteilung Verordnungsberatung und §106d Direktkontakt - nur für Ärzt:innen und Praxispersonal: verordnung@kvberlin.de Herausgeber: Vorstand der KV Berlin, Dr. Burkhard Ruppert (V. i. S. d. P.) Kontakt: Service-Center, Tel.: 030 / 31 003-999, Fax: 030 / 31 003-900, E-Mail: service-center@kvberlin.de. 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](#).