

AUF KURS: RICHTIG VERORDNEN

VERORDNUNGSLEITFADEN



UNTIEFE
"BIOLOGICALS"

BACKBORD
"SPRECHSTUNDEN-
BEDARF"

UNTIEFE
"AMNOG"

STUEBERBORD
"ARZNEIMITTEL-
RICHTLINIE"

GEFAHRENSTELLE
"REGRESS"



Inhalt



Experten,
die Sie fragen können.



Arzneimittel-
Richtlinie



Praxisbesonderheiten
und Impfungen



Arzneimittel-
Trendinformation



Nur drei Prüfarten



Formelles



Infos zum Formular 16

Das sind wir: Experten für Ihre Fragen zu Verordnungen

Wir sind sozusagen die „Kommando-
brücke“ der KVH bei allen Arznei- und
Heil- und Hilfsmittelthemen, denn wir
führen inhaltlich die Verhandlungen
mit den Krankenkassen und gestalten
alle Services und Beratungsangebote
für unsere Mitglieder.



Kaum ein Thema verunsichert Niedergelassene so
sehr wie das Thema der Arznei- und Heilmittelaus-
gaben mit den zahlreichen Regelungen und gesetz-
lichen Vorschriften. Als ausgewiesene Experten zu
Arznei-, Heil- und Hilfsmittelthemen stehen wir
Ihnen dabei in Ihrem Praxisalltag zur Seite und sind
sozusagen Ihre Lotsen, wenn Sie aufbrechen in frem-
de Gewässer. Wir sorgen dafür, dass Sie immer auf
Kurs bleiben.

Darüber hinaus stellen wir unseren verordnenden
Mitgliedern in KV-SafeNet* quartalsweise ganz indi-
viduelle Versorgungsanalysen, sogenannte Trendin-
formationen, zur Verfügung. Anhand dieser Trendin-
formationen können Sie rechtzeitig nachschauen, ob
Sie Gefahr laufen, in Regress genommen zu werden.
Mit wenigen Klicks finden Sie diese Berichte in KV
SafeNet* und selbstverständlich helfen wir Ihnen
auch bei der Interpretation dieser Berichte gern wei-
ter. Einen persönlichen Beratungstermin am Standort
Frankfurt oder auch online, können Sie telefonisch
oder per Mail vereinbaren.

Sie haben Fragen? Wir haben die richtigen Antworten für Sie
Klaus Hollmann, Dr. Harald Herholz, Jennifer Watermann, Ursula Büdel,
Dominik Tamme und Doreen Becker (v.l.n.r.)

INFOPORTAL VERORDNUNGEN:

www.kvhaktuell.de

IHR KONTAKT ZU UNS:

Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Tel.: 069 24741-7333

E-Mail: verordnungsanfragen@kvhessen.de

Wirtschaftlichkeitsgebot

Die vertragsärztliche Versorgung (§12 SGB V) wird eingeschränkt durch den Gesetzgeber, denn sie unterliegt dem sozialgesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebot und soll wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig sein. Die Versorgungsleistungen dürfen „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“.

Infobox

*Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Wir navigieren Sie durch die Untiefen der Begriffe

Verordnende Ärzte sorgen sich immer um Prüfungen im Arzneimittelbereich oder um Einzelregresse. Solche Sorgen sind meist unbegründet, wenn man ein paar Sachverhalte kennt und berücksichtigt.

Damit bei Ihren Verordnungen von Medikamenten alles rundläuft, ist es wichtig, dass Ihnen die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bekannt ist. Sie hilft beim einwandfreien Verordnen von Medikamenten und bei der Auswahl von therapie- und preisgerechten Arzneimitteln. Hier wird geregelt, welche Ansprüche Patienten haben. Sie berücksichtigt allgemein anerkannte Standards der medizinischen Erkenntnisse und das Prinzip einer humanen Krankenbehandlung. Die Richtlinie hat Rechtscharakter. Verstoßen Ärzte gegen diese Richtlinie, ergeben sich daraus Prüfmöglichkeiten für die Krankenkassen. Zum Start in die eigene Praxis sollten Sie daher von folgenden Anlagen unbedingt schon gehört haben: Anlage I, III und V.

Anlage I: OTC-Ausnahmeliste, apothekenpflichtige Arzneimittel für Erwachsene

OTC steht für „over the counter“ und bezeichnet Medikamente, die apothekenpflichtig, aber für Erwachsene nicht verordnungsfähig sind. Aber aufgepasst: OTC-Medikamente sind sehr wohl für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr verordnungsfähig. Die zweite Ausnahme gilt für jene OTC-Arzneimittel, die bei der Behandlung

schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Welche Medikamente das konkret sind, können Sie in der Anlage I der OTC-Ausnahmeliste nachlesen. Das können beispielsweise Abführmittel nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden sein oder Calciumverbindungen und Vitamin D nur bei einer manifesten Osteoporose.

Anlage III: Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse, verschreibungspflichtige Arzneimittel für alle Patientengruppen

Die Übersicht zu den Verordnungseinschränkungen listet konkret über 50 Arzneimittel oder sonstige Produkte auf, die aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots entweder ganz von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen oder nur eingeschränkt verordnungsfähig sind. In der tabellarischen Übersicht der Anlage III kann man die einzelnen Bestimmungen inklusive aller Ausnahmen übersichtlich nachschlagen.

Anlage V: Verordnungsfähige Medizinprodukte

Dem Thema der verordnungsfähigen Medizinprodukte, die einen Arzneimittelcharakter haben, widmet sich die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie. In tabellarischer Form werden auf rund 15 Seiten alle arzneimittelähnlichen Medizinprodukte mit dem Hinweis aufgelistet, wann eine medizinische Notwendigkeit besteht, sie zu verordnen.



Unterwegs in sicheren Gewässern der Praxisbesonderheiten und Impfungen

Schonen Sie Ihre Verordnungsausgaben anhand der Praxisbesonderheiten. Dazu gibt es Listen. Ähnlich verhält es sich mit den Impfungen für eine Grundimmunisierung oder Indikationsimpfung.

PRAXISBESONDERHEITEN

Bei den Arzneimittelverordnungen gibt es in Hessen mit den Krankenkassen vereinbarte Praxisbesonderheiten/Krankheiten nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 98502 bis 98522, deren Kosten in einem Prüfverfahren in dem Umfang aus den Verordnungskosten herausgerechnet werden, in dem sie den Fachgruppendurchschnitt überschreiten. Voraussetzung ist natürlich, dass diese Krankheitsbilder in der Abrechnung codiert worden sind.

Weitere Praxisbesonderheiten sind die Therapien von Krankheitsbildern, bei denen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der frühen Nutzenbewertung einen Zusatznutzen festgestellt hat und die Krankenkassen diese Therapien zur Praxisbesonderheit erklärt haben. Diese Verordnungskosten werden in einem Prüfverfahren zu 100 Prozent oder 1:1 aus dem Verordnungsvolumen der Praxis herausgerechnet.

Weitere nicht vereinbarte Praxisbesonderheiten sind ein besonderes Patientenkontingent oder Behandlungsschwerpunkte einer Praxis, die in einem Prüfverfahren der Prüfungsstelle gegenüber belegt werden müssen. Dies sind im Bereich der Allgemeinmedizin/inneren Medizin beispielsweise erheblich über dem Fachgruppendurchschnitt liegende Schmerztherapie, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus oder ambulantes Operieren. Auch die Betreuung von Patienten in Pflegeeinrichtungen kann eine weitere Praxisbesonderheit darstellen.

Eine aktuelle Übersicht aller bundesweiten Praxisbesonderheiten finden Sie hier:
verordnungen.kvhaktuell.de/kategorien/praxisbesonderheiten

SCHUTZIMPFUNGS-RICHTLINIE

Empfehlungen zu Schutzimpfungen gehen zunächst immer von der Ständigen Impfkommission (STIKO), einem unabhängigen Expertengremium, aus. Dann entscheidet der G-BA über die Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen und lässt seine Entscheidung vom Bundesministerium für Gesundheit ebenfalls prüfen und bestätigen. Als Nächstes müssen dann bei neuen Impfungen auf Länderebene die Details, wie der Bezug des Impfstoffs und das Honorar, mit den Krankenkassen verhandelt werden, damit die Impfungen auch zulasten der GKV durchgeführt werden können. In Hessen regelt die Schutzimpfungs-Richtlinie, welche Impfungen von den Krankenkassen bezahlt werden.

Impfungen sind wichtig, denn sie zählen zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen, um Patienten vor ansteckenden Krankheiten zu schützen. Sie dienen sowohl dem Individual- als auch dem Gemeinschaftsschutz und zeichnen sich heute durch eine gute Verträglichkeit aus.

Informationen zu Impfstoffen wie auch die Schutzimpfungs-Richtlinie und die hessischen Gebührenordnungspositionen finden Sie hier:
verordnungen.kvhaktuell.de/kategorien/impfstoffe



Verordnungskosten immer im Blick haben unter www.kvhessen.de

Infobox

Musterrechnung für Ihr Praxisbudget!

Allgemeine Grundlage ist zunächst:

1. Wie hoch sind die durchschnittlichen Verordnungskosten pro Fall in Ihrer Fachgruppe?
2. Wie ist der Durchschnittswert der Fallgruppe?

Dann müssten Sie wissen,

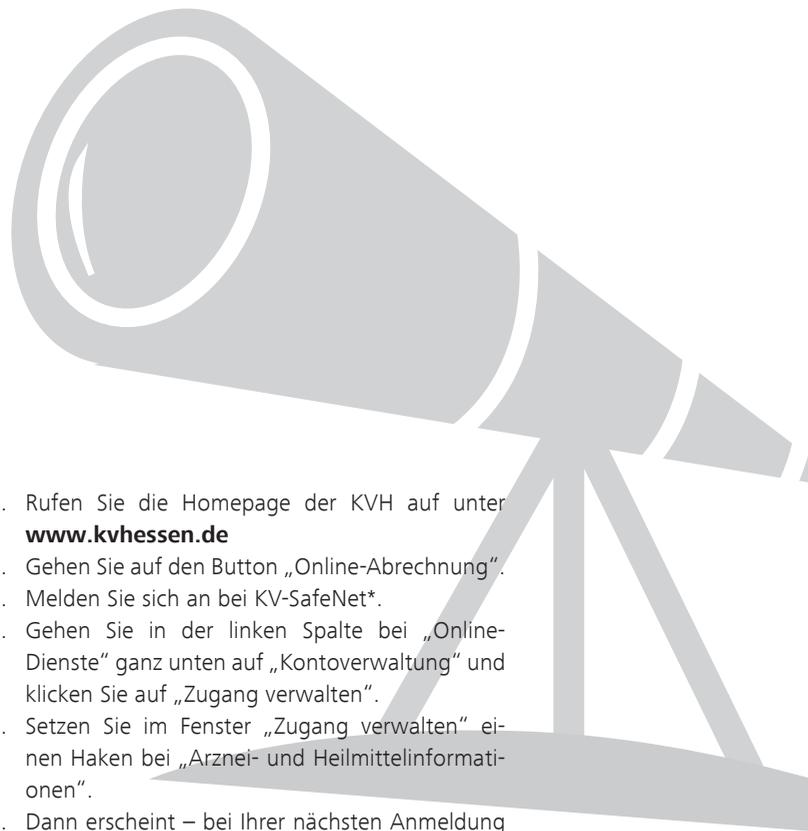
1. über welche Fallzahlen Sie verfügen
2. dass Sie Ihr Budget um maximal 45 Prozent überschreiten dürfen. Bei 45 Prozent Budgetüberschreitung ist noch alles im grünen Bereich.
3. dass es bei erstmaliger Budgetüberschreitung über 45 Prozent zur Prüfung durch die Prüfungsstelle kommt. Die Prüfungsstelle lädt dann die Praxis zu einer individuellen Beratung ein.

Musterrechnung

Arzneimittelbudget eines Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit			
Versicherten- gruppe	Werte	Fallzahlen	Budget
1 Mitglied	74,22 €	3.125	231.906,25 €
3 Familienversicherte	49,35 €	85	4.194,75 €
5 Rentner	146,33 €	1.839	269.100,87 €
		Arzneimittelbudget (gesamt):	505.201,87 €
		plus 45 Prozent	227.340,84 €
		Gesamt-Arzneimittelbudget (verfügbar ohne Beanstandungen)	732.542,71 €

Das Arzneimittelbudget dieses Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit betrug 505.201,87 €. Addiert man darauf 45 Prozent (227.340,84 Euro), kommt man auf ein Gesamt-Arzneimittelbudget von 732.542,71 Euro, bei dem alles noch im grünen Bereich ist.

Mit nur wenigen Klicks können Sie über die Arzneimittel-Trendinformationen in KV-SafeNet* verfolgen, ob bei Ihren Verordnungen alles planmäßig verläuft.



Jedes Quartal verschickt die Prüfungsstelle, die autonom arbeitet, ihre Prüfbescheide. Ausgenommen von den Prüfungen sind nur niedergelassene Ärzte in den ersten beiden Jahren nach der Zulassung. 24 Monate profitieren diese Ärzte sozusagen von ihrem Welpenschutz. Alle anderen niedergelassenen Mitglieder der KV Hessen müssen sich aber auch keine Sorgen machen um die Höhe ihrer Arznei- und Heilmittelverordnungen. „Gewusst wo“, lautet hier die Zauberformel, denn Sie können in KV-SafeNet* mit nur wenigen Klicks verfolgen, ob bei Ihren Verordnungen etwas aus dem Ruder zu laufen droht. Interessierte Mitglieder der KVH sollten sich daher diesen Weg merken:

1. Rufen Sie die Homepage der KVH auf unter **www.kvhessen.de**
2. Gehen Sie auf den Button „Online-Abrechnung“.
3. Melden Sie sich an bei KV-SafeNet*.
4. Gehen Sie in der linken Spalte bei „Online-Dienste“ ganz unten auf „Kontoverwaltung“ und klicken Sie auf „Zugang verwalten“.
5. Setzen Sie im Fenster „Zugang verwalten“ einen Haken bei „Arznei- und Heilmittelinformationen“.
6. Dann erscheint – bei Ihrer nächsten Anmeldung bei KV-SafeNet* einen Tag später – in der linken Spalte „Online-Dienste“ ein Feld „Arznei- und Heilmittel“.
7. Bei Doppelklick auf dieses Feld öffnet sich ein Fenster mit der Analyse Ihres Verordnungsverhaltens.

Sie sind eingeloggt als AAA Log out

KV SafeNet-Portal der KV Hessen

Online-Dienste

- Abrechnunginfo
- Abrechnunginfo zusätzliche Up-/Downloads
- Arznei- und Heilmittelinformation

Zugang verwalten

Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Online-Dienste und Arzthelfer/innen oder Mitarbeiter/innen-Zugänge zu verwalten. Die Änderungen werden im System erst nach Bearbeitung der KVH sichtbar.

Zudem besteht die Möglichkeit, eine E-Mail-Adresse für die Online-Dienste zu hinterlegen oder den Online-Zugang stillzulegen.

Ich beantrage die Aktivierung/Deaktivierung folgender Online-Dienste im SafeNet-Portal¹ der KVH

Online-Dienst	Status
Arznei- und Heilmittelinformation ²	<input checked="" type="checkbox"/>

Verordner müssen unbedingt einen Haken setzen bei „Arznei- und Heilmittelinformationen“. Dann ist sichergestellt, dass sie ihre individuellen Trendinformationen zu ihrem Verordnungsverhalten bekommen.

*Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Versicherten- gruppe	Verordnungskosten Brutto				Abweichung (+/-) in %
	Praxis 44 1635000			Prüfgruppe	
	Fälle	Absolut in €	je Fall in €	je Fall in €	
M	1.461	116.479,88	79,73	68,05	
F	485	24.604,91	50,73	47,50	
R	1.111	44.958,81	40,47	47,38	
Gesamt	3.057	186.043,60	63,15	58,65	+ 8%

Bei diesem Arzt ist alles im grünen Bereich. Seine Budgetabweichung beträgt minus 8 Prozent zu seiner Vergleichsgruppe. Eine Abweichung bis zu plus 45 Prozent wäre sogar noch folgenlos.

Arzneimittel	Bruttoumsatz in €	Rechtliche Grundlage
Pankreatin Nordmark	128,21	Anlage 1 AM-RL
Frubiase Calcium forte	156,06	Anlage 1 AM-RL
Kalinor Brausetabletten	133,32	Anlage 1 AM-RL
Tavegil	41,67	Anlage 1 AM-RL
Alfacalcidol HEXAL	88,25	Anlage 1 AM-RL
Decostriol	131,43	Anlage 1 AM-RL
ASS 100 HEXAL/-protect	3,94	Anlage 1 AM-RL
ASS AbZ protect/-TAH	34,76	Anlage 1 AM-RL
CPS Pulver	391,02	Anlage 1 AM-RL

Hierbei handelt es sich um Arzneimittel, für die Prüfanträge der Krankenkassen bei der Prüfungsstelle vorliegen, für die bereits Regresse ausgesprochen wurden beziehungsweise für die die KVH einen Regress für wahrscheinlich hält.

Erläuterungen zu Einschränkungen nach AM-RL finden Sie unter: www.g-ba.de/richtlinien/anlage/16/

Bei auffälligen Verordnungen können Sie sich an das Team AHH wenden mit der Bitte um Beratung, wie Sie die Gefahr eines Prüfbescheids am besten abwenden können. Und als besonderer Service der KVH: Die regelmäßige Überwachung Ihres Budgets können Sie an Ihre medizinische Fachangestellte delegieren, ohne dass sie Ihre Honorarabrechnung einsehen kann.

Quartalsweise stellt das Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel in KV-SafeNet* allen verordnenden Mitgliedern der KVH individuelle Versorgungsanalysen zur Verfügung, damit die Mitglieder ihre Verordnungskosten immer im Blick haben.

Bei Fragen erreichen Sie das Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel telefonisch unter **069 24741-7333** oder per Mail unter verordnungsanfragen@kvhessen.de

Infobox

*Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.



Nur drei Prüfarten führen zu Regressen

Fachwissen schützt Sie vor Regressen. Informieren Sie sich beim Team AHH zur statistischen Arzneimittelrichtgrößenprüfung, zu Einzelregressen wegen Verstößen gegen den Sprechstundenbedarf (SSB) sowie zu Einzelregressen wegen Verstößen gegen die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL).

Verordnende Ärzte sorgen sich immer um Prüfungen im Arzneimittelbereich oder um Einzelregresse. Solche Sorgen sind meist unbegründet, wie der Übersicht zu entnehmen ist:

	Art der Prüfung	Was ist wichtig zu wissen?	Warum machen sich viele deshalb Sorgen? Fachwissen dazu hilft!
1	Statistische Arzneimittelrichtgrößenprüfung	Es gab im Prüfwahl 2020 nur 2 Arzneimittelregresse mit einer Regresshöhe von insgesamt rund 82.000 Euro.	Die statistische Arzneimittelrichtgrößenprüfung für das Prüfwahl 2020, die im Jahr 2022 durchgeführt wurde, hatte erneut kaum Relevanz für fast 12.000 Verordner, denn es gab nur 2 Regresse.
2	Einzelregresse wegen Verstößen gegen den Sprechstundenbedarf	Bei den Einzelregressen handelt es sich um Regresse/Erstattungsanforderungen wegen Verstößen gegen die Sprechstundenbedarfsvereinbarung (SSB). Konstant sind das um die 400 Anträge pro Quartal.	Wenn Sie den Inhalt der SSB kennen, sind Sie auf der sicheren Seite! Drucken Sie sich die SSB aus und lesen Sie sie aufmerksam. Sie finden die SSB auf der Homepage der KVH oder im Verordnungsportal unter www.kvhaktuell.de Ist Ihnen die SSB unbekannt, sind Sie gefährdet! Ein Widerspruch gegen einen Regress bzw. eine Verhinderung eines derartigen Regresses ist meist aussichtslos.
3	Einzelregresse wegen Verstößen gegen die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)	Pro Quartal gibt es durchschnittlich 450 Prüfanträge, die auf Verstöße gegen die Arzneimittel-Richtlinie zurückzuführen sind.	Die AM-RL regelt, welche Ansprüche Versicherte haben. Diese Anlagen der AM-RL sind für Sie wichtig: <ul style="list-style-type: none"> • OTC-Ausnahmeliste (Anlage I der AM-RL) • Übersicht zu den Verordnungseinschränkungen bei 50 Arzneimitteln (Anlage III der AM-RL) • Übersicht zu den verordnungsfähigen Medizinprodukten (Anlage V der AM-RL) Sie finden die AM-RL mit den Anlagen unter www.kvhaktuell.de oder unter www.g-ba.de . Bei den Einzelregressen handelt es sich um Verstöße gegen die Arzneimittel-Richtlinie. Ein Widerspruch gegen einen Regress bzw. eine Verhinderung eines derartigen Regresses ist meist aussichtslos.

Biologika sind starke Kostentreiber im Gesundheitswesen. So wurde beispielsweise 2018 in Hessen Adalimumab/Humira® für ca. 71 Millionen Euro verordnet. Entsprechende Biosimilars sind rund 37 Prozent günstiger und hätten zu Ausgaben von ca. 45 Millionen Euro geführt. Dass bei diesen Ausgaben die Krankenkassen und die Prüfungsstelle ein besonderes Augenmerk auf die Verordnungen legen, ist nachvollziehbar.

DURCHSCHNITTSPRÜFUNG

Aufgrund der Durchschnittsprüfung kann jeder Fachgruppe ein eigener Durchschnittswert für Verordnungen zugeordnet werden, der von den Mitgliedern der KV Hessen in einem Kalenderjahr um bis zu 45 Prozent überschritten werden darf, ohne dass sie regressbedroht sind. Zudem können regionale Praxisbesonderheiten vereinbart werden, die auf die 45 Prozent angerechnet werden. Sollte es bei Mitgliedern dennoch zu Budgetüberschreitungen von über 45 Prozent kommen und damit zu einer Verfahrenseröffnung, unterstützt das Team AHH betroffene Mitglieder jederzeit gern, um die Wirtschaftlichkeit wiederherzustellen oder zukünftige Überschreitungen zu vermeiden.

EINZELÜBERPRÜFUNGEN DER KRANKENKASSEN

Die Kassen haben die Möglichkeit, bei Verdacht auf Verstöße gegen die Wirtschaftlichkeit auch Einzelanträge zu stellen. Diese schriftlichen Anfragen werden dann von der Prüfungsstelle an die Arztpraxen weitergeleitet mit der Bitte um Stellungnahme und Erläuterung. Meist handelt es sich dabei um Verstöße gegen die Arzneimittel-Richtlinie, gegen den Sprechstundenbedarf oder gegen sonstige Richtlinien. Die Anzahl dieser Verfahren ist leider hoch. Die Beträge, um die es dabei geht, liegen oft nur im dreistelligen Bereich. Trotzdem führen diese Verfahren zu Empörung bei den betroffenen Ärzten, die sich durch diese Verfahren verständlicherweise gemäßregelt und bevormundet fühlen. Die Crux dabei ist ferner: In diesem Zusammenhang gibt es keine Beratung vor Regress und eine Budgetunterschreitung schützt betroffene Ärzte ebenfalls nicht vor so einem Einzelregress. Diese Beanstandungen beziehen sich erfahrungsgemäß häufig auf Off-label-Use-Verordnungen oder Arzneimittel ohne Zusatznutzen. Kassen können solche Einzelanträge rückwirkend bis zu zwei Jahren stellen.

BIOSIMILARS

Die Biosimilarverordnung ist bei Erstverordnung eines biologischen Arzneimittels in Hessen eine wirtschaftliche Versorgung. Wir haben mit den Krankenkassen eine Quote von 82,5 Prozent bezogen auf alle biosimilarfähigen Biologika vereinbart. Alle Studien zum Switching – einem Wechsel vom Referenzarzneimittel auf das Biosimilar – haben zudem auch die therapeutische Gleichwertigkeit der Biosimilars ergeben. Ein Switching ist daher auch ohne therapeutische Probleme möglich.

SPRECHSTUNDENBEDARF

Es gibt zum Sprechstundenbedarf eine Vereinbarung zwischen der KV Hessen und den hessischen Krankenkassen. Einer der wesentlichen Eckpunkte ist, dass der Sprechstundenbedarf (SSB) grundsätzlich kalendervierteljährlich als Ersatz für verbrauchte Artikel unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu beziehen ist. Als SSB gelten nur die im Sachverzeichnis der Vereinbarung aufgeführten Mittel für Erst- und Akutbehandlungen, die nach ihrer Art bei mehr als einem Patienten angewendet werden oder bei Notfällen sowie im Zusammenhang mit einem ärztlichen Eingriff bei mehr als einem Patienten zur Verfügung stehen müssen.

Mittel, die nur für einen einzelnen Patienten bestimmt sind, stellen keinen SSB dar und können nicht über diesen bezogen werden, sondern müssen auf Namen des Patienten verordnet werden. Allgemeine Praxiskosten, die durch Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehen, sind durch die Vergütung für vertragsärztliche Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgegolten und können ebenfalls nicht als SSB verordnet werden. Achtung: Die Grundausstattung einer Praxis für neu niedergelassene Ärzte kann nicht als SSB bezogen werden. Ein Ersatz der Erstbeschaffung ist erst im nächsten Quartal möglich. (Weitere Infos dazu finden Sie auf Seite 13.)

Infos zum Sprechstundenbedarf finden Sie hier
[verordnungen.kvhaktuell.de/kategorien/hauptkategorien/sprechstundenbedarf](https://www.verordnungen.kvhaktuell.de/kategorien/hauptkategorien/sprechstundenbedarf)





ARZNEIMITELMARKTNEUORDNUNGS- GESETZ (AMNOG) FRÜHE NUTZENBEWERTUNG

Seit 1. Januar 2011 gibt es das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG), um die steigenden Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen einzudämmen. Für alle Arzneimittel, die seitdem auf den Markt kommen, ist daher eine Nutzenbewertung gegenüber der jeweiligen zweckmäßigen Therapie entscheidend. Diese Nutzenbewertung wirkt sich auf die Erstattungsbeiträge der Krankenkassen aus, die die Krankenkassen für das Arzneimittel zahlen. Wichtig zu wissen ist dabei: Es geht bei der Bewertung nicht um den Nutzen eines Arzneimittels. Der Nutzen ist durch die Zulassung belegt. Bei der Nutzenbewertung geht es stattdessen um den Mehrnutzen des Arzneimittels und ob dieser nachweisbar ist. Dieser Mehrnutzen der Medikamente bestimmt seit 2011 ihren Preis. Er ist ausschlaggebend für ihre Verordnungsfähigkeit und eine Regressbedrohung. Aber Achtung: Subgruppen können unterschiedliche Ausmaße des Zusatznutzens haben. Und wenn ein Präparat ohne Zusatznutzen verordnet werden muss, ist es wichtig, dass dokumentiert wird, warum die günstigere Vergleichstherapie nicht eingesetzt werden kann.

**Auf der Startseite findet sich der
Button „Nutzenbewertung“**

[https://verordnungen.kvhaktuell.de/kategorien/
hauptkategorien/nutzenbewertungen](https://verordnungen.kvhaktuell.de/kategorien/hauptkategorien/nutzenbewertungen)

DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN

Nach dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) können Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) auf Kassenrezept/Muster 16 verordnet werden. Die Rezeptierung entspricht einer Arzneimittelverordnung mit Angaben der PZN, ICD-Codierung und der Prüfung des Behandlungseffektes vor einer Weiter-/Wiederverordnung.

Bei den DiGA handelt es sich um Software-Produkte, die die Erkennung, Überwachung, Behandlung und Linderung von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen unterstützen sollen. Verordnet werden kann nur Software, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bewertet und im Di-

GA-Verzeichnis aufgenommen worden ist. Die Aufnahme erfolgt nach Nachweis des DiGA-Herstellers, dass ein positiver Versorgungseffekt aufgrund wissenschaftlicher Daten nachgewiesen wurde. Hier handelt es sich um einen medizinischen Nutzen oder eine patientenrelevante Struktur und Verfahrensverbesserung in der Patientenversorgung. Die ICD-10-Codierung der DiGA ist in der Abrechnung zu codieren, um Regressverfahren zu vermeiden.

Das Rezept über die DiGA wird vom Patienten bei seiner Krankenkasse eingereicht. Er bekommt dann einen Download-Link und Freischaltcode für sein Smartphone oder Tablet bzw. PC.

Eine DiGA hat eine begrenzte Funktionsdauer von zum Beispiel 90 Tagen und kann wieder verordnet werden. Die Entscheidung, ob eine Wiederverordnung der DiGA medizinisch patientenrelevant ist, trifft allein der Verordner. Vor Wiederverordnung ist der Behandlungseffekt zu überprüfen und zu dokumentieren. Dies wegen der zum Teil sehr hohen Kosten der DiGA, die Prüfungen der Krankenkassen wegen der Wirtschaftlichkeit der Weiterverordnung nach sich ziehen können. Bei Nachweis/Beleg der vorliegenden Indikation für eine DiGA können die Versicherten diese direkt von der Krankenkasse ohne ärztliche Verordnung erhalten.

Für die Erstverordnung einer im DiGA-Verzeichnis gelisteten Anwendung können Ärzte und Psychotherapeuten verschiedene Leistungen abrechnen.

[https://verordnungen.kvhaktuell.de/kategorien/
hauptkategorien/digitale-gesundheitsanwendungen](https://verordnungen.kvhaktuell.de/kategorien/hauptkategorien/digitale-gesundheitsanwendungen)

MEDIZINPRODUKTE

Die Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten ist in der Arzneimittel-Richtlinie Anlage V genau geregelt. Nur die Produkte, die dort genannt sind, dürfen Patienten auf Kassenrezept verordnet werden. Alle Medizinprodukte mit arzneimittelähnlichem Charakter, die nicht in der Richtlinie aufgeführt sind, sind nicht verordnungsfähig. Dies gilt auch für die Verordnung bei Kindern.

Formelles

AUT-IDEM-KREUZ

In seltenen Fällen können Ärzte das Aut-Idem-Feld ankreuzen und so dafür sorgen, dass Patienten nur das verordnete Arzneimittel erhalten und kein anderes, wie beispielsweise ein rabattiertes Arzneimittel. Das darf aber nur in medizinisch begründeten Fällen erfolgen, zum Beispiel bei seltenen Unverträglichkeiten oder allergischen Reaktionen.

ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

Die Krankschreibung von Patienten gehört zu einem Routinevorgang in der Arztpraxis. Sowohl Ärzte als auch die Patienten müssen hierbei die Regelungen der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie beachten.

OFF-LABEL-USE

Immer wieder kommt es vor, dass Patienten bestimmte Arzneimittel benötigen, die für die betreffende Erkrankung jedoch nicht zugelassen sind (Off-Label-Use). Die KV Hessen rät daher, einen Antrag zur Kostenübernahme für den Off-Label-Einsatz bei der jeweiligen Krankenkasse zu stellen. Ist dieser Off-Label-Use nicht schriftlich mit den Krankenkassen abgestimmt, kann die Verordnung beanstandet werden und zu einem Regress führen.

VERBANDSTOFFE

Eine wirtschaftliche Verordnung von Verbandstoffen setzt die Kenntnis von Preisen voraus. Zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vertragsärzte vergleichend über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen einschließlich der jeweiligen Preise und Entgelte informieren.

VORSORGE/KUR

Die Verordnung medizinischer Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter beziehungsweise von Mutter-/Vater-Kind-Kuren wurde vereinheitlicht. Ärzte stellen dazu das Formular 64 aus.

Medizinische Vorsorgeleistungen sollen helfen, Gesundheitsrisiken entgegenzuwirken. Sie können verordnet werden, wenn eine ärztliche Behandlung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln nicht ausreichend ist oder wenn diese wegen beruflicher oder familiärer Umstände nicht möglich ist. Vorsorgeleistungen werden umgangssprachlich auch als Kur bezeichnet.

SOZIOThERAPIE

Die Patienten sollen durch Soziotherapie in die Lage versetzt werden, ambulante ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das Therapieangebot soll Krankenhausaufenthalte vermeiden. Ziel ist es, die Eigenverantwortung des Patienten so zu stärken, dass er langfristig ohne soziotherapeutische Betreuung auskommt. Die Maßnahmen werden im soziotherapeutischen Behandlungsplan festgehalten. In dem Zusammenhang hat der G-BA klargestellt, dass die Soziotherapie dazu dient, schwer psychisch erkrankten Patienten zu helfen, nicht nur ärztliche, sondern auch psychotherapeutische Leistungen selbstständig in Anspruch nehmen zu können. Ärzte bzw. Psychotherapeuten benötigen für die Verordnung von Soziotherapie eine Genehmigung der Krankenversicherung.

SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG (SAPV)

Seit April 2007 ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Sie soll dabei helfen, schwerkranken Menschen mit einer Lebenserwartung von weniger als sechs Monaten ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung und bei ihren Angehörigen zu ermöglichen.

HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

Die Richtlinie Häusliche Krankenpflege regelt die Verordnung sowie die Dauer und Genehmigung durch die Krankenkassen. In der Richtlinie enthalten ist ein Verzeichnis aller verordnungsfähiger Leistungen (ab Seite 10). Häusliche Krankenpflege wird auf Muster 12 verordnet. Die Erstverordnung kann für bis zu 14 Tage ausgestellt und bei Bedarf verlängert werden. Bei der Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege gibt es Besonderheiten. Jede Häusliche-Krankenpflege-Verordnung wird vorab von den Krankenkassen genehmigt und kann deshalb im Nachhinein nicht mehr beanstandet oder regressiert werden.

KRANKENTRANSPORT

Unter bestimmten Voraussetzungen dürfen Vertragsärzte und -psychotherapeuten gesetzlich krankenversicherten Patienten Krankenfahrten, Krankentransporte und Rettungsfahrten als Beförderungsmittel verordnen. Alle Details dazu finden sich in der Krankentransport-Richtlinie.

Weitere Erläuterungen zu allen Begriffen finden Sie unter www.kvhaktuell.de

Über das Rezeptformular den Sprechstundenbedarf bestellen

Einmal im Quartal können Sie über das Rezeptformular den Sprechstundenbedarf (SSB) für drei Monate bestellen. Zum Sprechstundenbedarf zählen die Mittel, die Sie bei mehreren Patienten oder für Notfälle oder bei einem ärztlichen Eingriff benötigen. Die gute Nachricht dabei ist: Es gibt im Sprechstundenbedarf kein Budget! Die im SSB zu verwendende Kasse VKNR 40999 hat die IK 105110208 (siehe Abbildung). Bezogen werden kann der SSB über Apotheken, Hersteller, Sanitätshäuser oder Verbandstoffgroßhändler. Für Patienten der GKV ist der Kostenträger die AOK Hessen. Die AOK regelt dann zusammen mit den anderen Krankenkassen je nach Marktanteil der Versicherten in einem Umlageverfahren die Kostenverteilung des SSB unter sich. Ebenso beteiligen sich die Bundeswehr, der Bundesgrenzschutz und die Hessische Bereitschaftspolizei an den Kosten. Ausgenommen vom Sprechstundenbedarf sind Patienten der Freien Arzt- und Medizinkasse, der Berufsgenossenschaften, Postbeamte A, Sozialhilfeempfänger und Privatpatienten.

Weitere Informationen finden Sie in der Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf, kurz: „SSB-Vereinbarung“. Die SSB-Vereinbarung enthält unter anderem ein Sachverzeichnis, das über den SSB bestellt werden kann.

Aber aufgepasst, diese Dinge sind wichtig zu wissen:

- Die Arzneimittel-Richtlinie gilt auch im Sprechstundenbedarf
- Allgemeine Praxiskosten sind kein Sprechstundenbedarf
- Medizinprodukte sind nicht zu beziehen, außer sie sind explizit genannt
- Festbeträge gelten auch im Sprechstundenbedarf
- Erstbezug Sprechstundenbedarf – Übernahme oder Neugründung einer Praxis?
- Auch Impfstoffe können über den SSB bezogen werden

Krankenkasse bzw. Kostenträger
AOK Hessen

Name, Vorname des Versicherten
Sprechstundenbedarf Praxis Dr. ...

Kostenträgerkennung 105110208 **Versicherten-Nr.** **Status** kein Status

Betriebsstätten-Nr. **Arzt-Nr.** **Datum** kein Quartal, sondern Datum

Arzneimittel
Hilfsmittel
Impfstoffe

CODIERZEILE

Lassen Sie sich erstmals nieder, müssen Sie Ihren Sprechstundenbedarf auf eigene Kosten erwerben. Ausgenommen von dieser Regel sind nur Röntgenkontrastmittel und Impfstoffe. Die erstmalige Verordnung von Sprechstundenbedarf darf frühestens zum Ende des ersten Abrechnungsquartals als Ersatzbeschaffung der in diesem ersten Quartal verbrauchten Mittel vorgenommen werden. „Frühestens zum Ende des ersten Abrechnungsquartals“ bedeutet konkret, dass ab dem ersten Monat des zweiten Niederlassungsquartals SSB verordnet werden darf. Dazu ein Beispiel: Ist das erste Quartal der Niederlassung der Niederlassung das 1. Quartal im Jahr, dann ist eine Rezeptausstellung über den SSB ab dem 1. April möglich – als Ersatz für bereits verbrauchte Mittel. Diese vertragliche Regelung gilt aber nicht bei einer Praxisübernahme. Bei der Praxisübernahme zahlen Sie als Nachfolger dem Abgeber einen Betrag und übernehmen somit die Grundausrüstung an Sprechstundenbedarf.

Von links oben nach rechts unten: Rezepte richtig ausfüllen

Das Rezept ist für die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln, für die Verordnung von Hilfsmitteln mit Ausnahme von Seh- und Hörhilfen, für die Bestellung des Sprechstundenbedarfs, für Impfstoffe sowie für die Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen.

WAS IST ZU BEACHTEN?

1. Achten Sie auf eine eindeutige Arzneimittelbezeichnung.
2. Geben Sie eine Dosierungsanweisung an oder vermerken Sie, dass Sie diese mitgegeben haben. Ihre Software unterstützt Sie dabei.
3. Geben Sie exakt die Menge des verschriebenen Arzneimittels in Gramm, Milliliter oder Stückzahl der abgeteilten Form an. Bei Rezepturen nur die Vorderseite und pro Rezeptur ein Verordnungsblatt benutzen.
4. Geben Sie eine Gebrauchsanweisung an mit Einzel- und Tagesgabe oder vermerken Sie „Gemäß schriftlicher Anweisung“.
5. Füllen Sie Rezepte in Schwarz oder Blau aus.
6. Verordnen Sie Arzneimittel und Hilfsmittel immer separat (maximal 3 Arzneimittel oder 3 Hilfsmittel, maximal 1 Rezeptur). Für die zeitgleiche Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln sowie von digitalen Gesundheitsanwendungen verwenden Sie unbedingt getrennte Verordnungsblätter.
7. Unterschreiben Sie Rezepte niemals blanko.

Kassenrezepte (Muster 16) können Sie über Swiss Post Solutions GmbH in 83209 Prien bestellen: Telefon: 08051 602330 oder über den Link <https://shop.sps-prien.de/category/30-kassenrezepte.aspx>

Das Bild zeigt ein Kassenrezeptformular (Muster 16) mit Beschriftungen 1 bis 11, die auf die in den vorherigen Abschnitten genannten Punkte hinweisen. Ein großes Wasserzeichen 'MUSTER' ist über das Formular gelegt.

1 (unten rechts): Unfalltag, Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

2 (oben links): Krankenkasse bzw. Kostenträger

3 (links): Geb.-pfl., Geb.-pfl., sonstige

4 (links): Name, Vorname des Versicherten, geb. am

5 (links): Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum

6 (oben rechts): Hilfs-mittel, Impf-stoff, Spr.-St.-Bedarf, Begr.-Pflicht, Apotheken-Nummer / IK

7 (rechts): Zuzahlung, Gesamt-Brutto, Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr., Faktor, Taxe

8 (links): aut idem

9 (links): Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

10 (links): Abgabedatum in der Apotheke

11 (rechts): Vertragsarztstempel

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

LEGENDE/AUSFÜLLHILFE

1 Codierzeile

Ein Vertragsarzt darf nur Arzneiverordnungsblätter verwenden, die diejenige Betriebsstättennummer in der Codierleiste enthalten, an deren zugehöriger Betriebsstätte der Arzt die jeweilige Leistung erbracht hat.

2 Rezept: Gebühr frei bzw. gebührenpflichtig

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Verordnung gebührenpflichtig und damit das Feld „Geb.-pfl.“ anzukreuzen ist.

Das Feld „Gebühr frei“ ist nur anzukreuzen

- bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- wenn Arznei- und Verbandmittel bei Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung verordnet werden,
- bei Verordnungen zulasten eines Unfallversicherungsträgers
- sowie in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht (z. B. Härtefallregelung) nachgewiesen wird.

3 Befreiung von der Notdienstgebühr

Wird das Arzneimittel im Notdienst der Apotheke (innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr (2,50 Euro) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (Ankreuzen des Feldes „noctu“) anbringt.

4 Sonstige

Bei einer Verordnung zulasten eines sonstigen Kostenträgers wie Postbeamtenkrankenkasse A, Freie Heilfürsorge der Polizei, Bundespolizei, Bundeswehr u. a. ist das Feld „Sonstige“ anzukreuzen.

5 Unfall/Arbeitsunfall

Wenn eine Verordnung zulasten eines Unfallversicherungsträgers ausgestellt wird, sind neben der Bezeichnung des zuständigen Unfallversicherungsträgers auch Unfalltag und Unfallbetrieb (ggf. Kindergarten, Schule, Hochschule) in den dafür vorgesehenen Feldern anzugeben. Weiterhin ist das Ankreuzfeld „Arbeitsunfall“ zu kennzeichnen. Erfolgt die Beschriftung des Patientenfeldes mittels elektronischer Gesundheitskarte, ist unbedingt die Kostenträgerkennung zu streichen.

Wenn die Verordnung Folge eines Unfalls ist, der aber kein Arbeitsunfall, sondern ein Haus-, Sport- oder Verkehrsunfall war, ist das Feld „Unfall“ anzukreuzen.

6 Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz/Bundesversorgungsgesetz

Bei Verordnungen für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz ist wie bei Anspruchsberechtigten nach dem Bundesversorgungsgesetz das Feld 6 zu kennzeichnen.

7 Die Abrechnungsfelder im rechten oberen Teil des Rezepts (Apotheken-Nummer, Zuzahlung, Gesamt-Brutto, Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nummer, Faktor, Taxe) werden von der abgebenden Stelle (Apotheke, Sanitätshaus) ausgefüllt.

8 Aut idem

Soll ausgeschlossen werden, dass die Apotheken ein preisgünstiges, wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben, ist das Aut-idem-Feld anzukreuzen.

9 Dosierhinweis

Liegen ein Medikationsplan oder eine schriftliche Dosierungsanweisung vor, erfolgt eine zusätzliche Kennzeichnung vor dem verordneten Produkt am Anfang der Verordnungszeile mit: „Dj“. Das bedeutet: Ja, es liegt eine schriftliche Dosierungsanweisung vor. Liegt die zusätzliche Kennzeichnung nicht vor, erfolgt die Dosierungsanweisung auf der Verordnung.

10 Verordnungen von digitalen Anwendungen

Zeile 1 und 2: Bezeichnung der Anwendung (optional)

Zeile 3: Eindeutige Verzeichnisnummer

Zeile 4: Unbesetzt

Zeile 5: Anwendungsdauer in Tagen

11 Position des Vertragsarztstempels

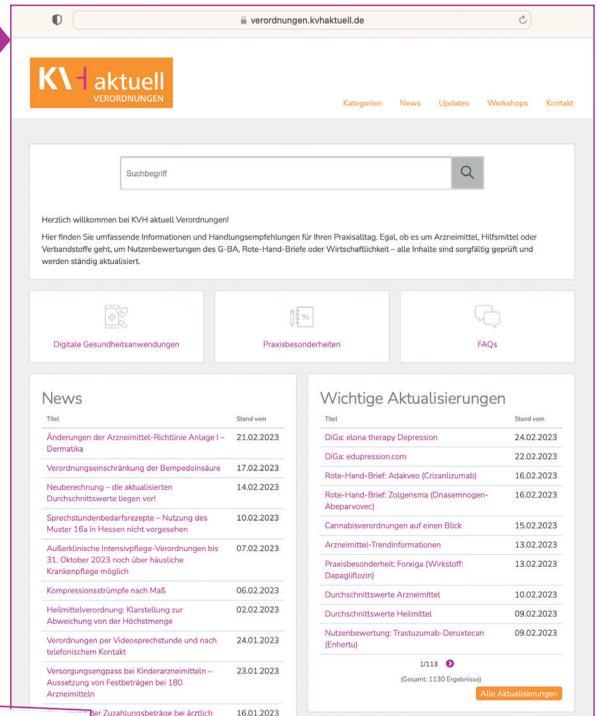
Sofern die Inhalte des Vertragsarztstempels nicht bereits eingedruckt sind, ist darauf zu achten, dass der Vertragsarztstempel im Verordnungsfeld an der dafür vorgesehenen Stelle abgedruckt wird. Eine Überstempelung darf weder in das darüberliegende noch in das darunterliegende Feld erfolgen, weil sonst eine maschinelle Lesung dieser Felder nicht möglich ist.

INFOPORTAL VERORDNUNGEN

www.kvhaktuell.de

Sie suchen umfassende Informationen und Handlungsempfehlungen für Ihren Praxisalltag? Unter www.kvhaktuell.de finden Sie alles rund um Arzneimittel, Hilfsmittel oder Verbandstoffe, zu Nutzenbewertungen des G-BA, zu Rote-Hand-Briefen oder zur Wirtschaftlichkeit. Alle Inhalte sind sorgfältig geprüft und werden ständig aktualisiert.

Nutzen Sie ab sofort die vielen Vorteile der digitalen Welt. Melden Sie sich sicher und unkompliziert an unter www.kvhaktuell.de. Sie müssen nur Ihre LANR und Postleitzahl (Praxisadresse) eingeben. Nach einer Registrierung können Sie die Fachinformationen der KVH mit ein paar Klicks auf Ihrem Smartphone oder Tablet lesen. So finden Sie in jeder Situation schnell, flexibel und effektiv die Informationen, die Sie gerade brauchen.



NEWS-SERVICE

Sie möchten regelmäßig über interessante Themen und wichtige Neuerungen informiert werden? Dann melden Sie sich jetzt zu unserem Newsletter an: www.kvhessen.de/newsletter

BILDNACHWEIS:

- KVH, Scherer: Titel, S. 4
- AdobeStock: janvier: S. 5
- rfotostock: S. 9



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Kassenzärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

www.kvhessen.de

Besuchen Sie uns auch auf

- [www.twitter.com/KV_Hessen](https://twitter.com/KV_Hessen)
- www.facebook.com/kvhessen
- www.arztin Hessen.de
- www.facebook.com/arztin Hessen