

Praxisnahe Hilfe: So verordnen Sie richtig

Das Verordnen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln gehört zum Alltag in den Arztpraxen. Doch wie so oft steckt der Teufel im Detail. Beim Ausfüllen verschiedener Vordrucke gibt es einiges zu beachten und nicht alles darf zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verschrieben werden, auch wenn der Arzt es aus medizinischer Sicht für notwendig hält. Und überhaupt: Es gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot, das den niedergelassenen Ärzten in ihrem Handeln oft enge Grenzen setzt. Aus diesem Grund haben die Experten der KVSH-Verordnungsberatung wichtige Tipps und Hinweise für eine Verordnung zusammengestellt, die Ihnen Ärger mit den Krankenkassen möglichst erspart. Für alle, die kurz und knapp wissen wollen, worauf es ankommt: Wir beantworten häufige Fragen aus unserer täglichen Verordnungsberatung, sogenannte FAQs (Frequently Asked Questions).



Das Verordnen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln auf einem Kassenrezept wird durch Gesetze, Richtlinien und zahlreiche Bestimmungen geregelt. Damit Sie den Überblick behalten, haben wir für jeden Verordnungsbereich nützliche Hinweise für Sie zusammengestellt. Mit diesem Artikel können wir das umfangreiche Gebiet der ärztlichen Verordnung natürlich nur umreißen. Ganz bewusst

haben wir den Sprechstundenbedarf ausgeklammert, weil die KVSH darüber zurzeit mit den Krankenkassen verhandelt. Und auch das Thema Wirtschaftlichkeitsprüfungen sparen wir an dieser Stelle aus, da wir in einer der nächsten Ausgaben des **Nordlichts** darüber berichten wollen, wie die neuen Prüfvereinbarungen mit den Krankenkassen in Schleswig-Holstein aussehen werden.

Arzneimittelverordnung



Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen für ihre Versicherten orientieren sich am Wirtschaftlichkeitsgebot. Das gilt auch für die Arzneimittelverordnung. Ziel des Wirtschaftlichkeitsgebotes ist es, eine erfolgreiche Behandlung durchzuführen, ohne dass dabei die Kosten ausufern.

Gesetzliche Grundlage Satz 1 SGB V Paragraf 12 (Wirtschaftlichkeitsgebot)

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Für die Einhaltung dieses Grundsatzes haftet der Vorstand der jeweiligen Krankenkasse persönlich.

G-BA Arzneimittel-Richtlinie und Anlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), bei dem Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Patientenorganisationen an einem Tisch sitzen, berät und beschließt über die Anwendung neuer Wirkstoffe, Therapien, Verfahren und anderes mehr in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es dürfte sich damit um das mächtigste Gremium im Gesundheitswesen handeln. Die Orientierung im Einzelnen und Festlegung auf bestimmte Wirkstoffe, Verfahren, Methoden usw. wird durch die Richtlinien und Beschlüsse des G-BA festgelegt. Diese Richtlinien sind auf www.g-ba.de/informationen/richtlinien/ zu finden.

Die Richtlinien des G-BA sollen Vertragsärzten beim Verordnen helfen und ihnen eine therapie- und preisgerechte Auswahl der Medikamente, Produkte etc. ermöglichen. Die Liste der Richtlinien ist lang. Es werden deshalb die für den Praxisalltag wichtigsten Richtlinien kurz dargestellt.

1. Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Sie beschreibt auf 29 Seiten, was in der Arzneimittelversorgung im Grundsatz zu verordnen geht, und was nicht. Für den praktischen Alltag sind die Schnellübersicht der KBV und des GKV-Spitzenverbandes zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln nach der Arzneimittel-Richtlinie, Paragraf 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und den Anlagen zur AM-RL Nummer I bis XIII bedeutsamer. Die Schnellübersicht ist unter www.kvsh.de ▶ Praxis ▶ Verordnungen eingestellt.

2. Anlage I OTC-Richtlinie

Sie listet die freiverkäuflichen Wirkstoffe auf, die aufgrund ihres Nutzens für den Patienten in bestimmten Krankheitsfällen/Indikationen zulasten der GKV verordnet werden dürfen. Beispiel: ASS (bis 300 mg/Dosiseinheit) zur Thrombozytenaggregationshemmung bei Koronarer Herzkrankheit und in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.

3. Anlage II Lifestyle-Arzneimittel

Sie listet Arzneimittel auf, die zur Erhöhung der Lebensqualität, Steigerung der Sexualfunktion oder Verbesserung des Aussehens geeignet sind und nicht verordnet werden dürfen. Beispiel: Prototyp Sildenafil (Viagra®).

4. Anlage III Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse

Sie ist die am meisten gebrauchte Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse sowie die Ausnahmen davon in alphabetischer Reihenfolge. Die Liste reicht von A wie Acida bis Z wie Zellulärtherapeutika. Beispiele: Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen sowie Suppositorien und Salben zur Behandlung von analen Fissuren und Hämorrhoidalleiden.

5. Anlage V Medizinprodukte-Liste

Sie listet Medizinprodukte auf und beschreibt, unter welchen Voraussetzungen diese verordnungsfähig sind. Beispiel für Macrogol: Text in der Richtlinie: „Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.“

6. Anlage XIII zur enteralen Ernährung

Sie ist derzeit nicht in Kraft, da Stellungnahmen zur Aktualisierung angefordert wurden. Es gilt die alte Fassung bis zur Erstellung einer neuen Liste. Enteral Ernährung umfasst Spezialnahrungen für Stoffwechselerkrankungen und untergewichtige Patienten mit neurologischen, onkologischen und anderen Diagnosen. Meist sind es Angehörige oder pflegende Einrichtungen, die enterale Ernährung zulasten der Krankenkassen vom Arzt anfordern. Dahinter steckt einerseits die Sorge um den Angehörigen aber auch der Wunsch die Pflege untergewichtiger Patienten zu vereinfachen und die Pflegekräfte zu entlasten.

Der Arzt sollte prüfen in welchem Zustand der Patient sich mit seiner Erkrankung befindet (BMI bekannt?) und welche Versuche in Eigenregie mit Zuwendung und selbst hergestellter hochkalorischer Nahrung und Trinknahrung gemacht worden sind. Es gibt Möglichkeiten der eigenen Wiederherstellung von enteraler Ernährung und Regimen der Ernährung, die dem Patienten die auf Dauer langweilige „Astronautenkost“ ersparen.

7. Arzneimittelübersicht zur sogenannten Negativliste

Dort werden namentlich Arzneimittel aufgeführt, die unwirtschaftlich bei der Verordnung in der GKV sind und einen Antrag auf wirtschaftlichen Schaden nach sich ziehen.



Warum muss ich teure Originale für bestimmte Indikationen verordnen, wenn es preiswertere Generika gibt?

Weil es die Krankenkassen so wollen und die Hersteller die Zulassung erreicht haben. Beispiel Revatio® (Sildenafil) für die Indikation PAH.

FAQs zur Arzneimittelverordnung

Sind Kleinpackungen im Vertretungsfall grundsätzlich zu verordnen?

Nein. Bei Dauermedikation von Generika (β-Blocker, Lipidsenker, Diuretika, ASS und ähnlichem) ist die Verordnung nicht sinnvoll, da der Preis einer N2 oft nur gering unter der einer N3 liegt oder der gleiche Preis gilt. Bei BtM-Arzneimitteln wie Methylphenidat und Fentanyl ist eine Kleinpackung durchaus in Erwägung zu ziehen, da hier z. B. die fachliche Erfahrung beim Hausarzt bezüglich ADHS, Schmerztherapie oder ähnliches fehlt und der Patient und seine Besonderheiten nicht bekannt sind.

Ist es sinnvoll aufgrund von Richtgrößen und Zuordnung zum Fall Verordnungsmengen nur bis zum Quartalsende zu bemessen?

Nein. Die Errechnung der bisherigen Richtgrößen bemisst sich an allen kurativen Fällen der Praxis über ein Jahr und nicht bis zum Ende eines Quartals.

Kann man bei Erwachsenen auch flüssige oder transdermale Darreichungsformen (DF) verordnen auch wenn feste DF vorhanden sind?

Bei bestimmten Arzneimitteln sind flüssige oder transdermale DF die einzig verfügbaren. Sie sollten aber beachten, dass diese DF z. B. von Antibiotika/Schmerzmitteln deutlich teurer sind und von der Arzneimittel-Richtlinie für die Verordnung bei Erwachsenen ausgeschlossen sein können. Patienten mit Störungen des Schluckaktes oder schlechter Verträglichkeit einer festen DF können bei Verfügbarkeit z. B. Lutschtabletten oder Pflaster erhalten statt Tropfen (BtM-Arzneimittel sind als Pflaster oder in Einzelfällen als Lutschtablette erhältlich). Alternativen bei Patienten die per Sonde ernährt werden, können parenterale DF sein.

Welchen Patienten kann ich enterale Ernährung, z. B. flüssige Ernährung „Astronautenkost“, verordnen?

Der Verordnung von enteraler Ernährung müssen verschiedenste Maßnahmen der Ernährungstherapie d. h. Zuwendung, erkrankungsgerechte Normalkost, selbst hergestellte hochkalorische Nahrung, Lagerung etc. vorausgegangen sein, um Ernährung zulasten der Krankenkassen verordnen zu können. Dabei kann der BMI (<18) ein Kriterium sein.

Welche Teststreifen sind verordnungsfähig?

Blutzucker-, Gerinnungs- und Harnteststreifen sind grundsätzlich als Arzneimittel verordnungsfähig auf Muster 16 und gehen in die Richtgröße ein. Blutzuckerteststreifen sind bei Diabetes Typ1 und insulinpflichtigem Typ 2 bis zu 5 Streifen/Tag rezeptierbar. Bei Diabetes Typ 2 ohne Insulinpflicht nur bei Neueinstellung oder Therapieumstellung mit Gefahr von Hypoglykämien 50 Streifen im Behandlungsfall. Grundsätzlich sollte der Quartalsbedarf günstiger Teststreifen verordnet werden. Harnteststreifen dürfen nur drei Messbereiche haben: Glucose, Keton und Ascorbinsäure.

Was gibt es für Besonderheiten bei Verordnungen für Kinder unter 12 Jahren und Kinder über 12 Jahren?

Der Hauptunterschied besteht darin, dass OTC-Arzneimittel Kindern unter 12 Jahren verordnet werden können, z. B. Erkältungsmittel, PCM, Ibuprofen. Allerdings gibt es OTC-Arzneimittel, die durch die AM-RL auch für Kinder unter 12 Jahren als unwirtschaftlich angesehen werden (z. B. Monapax, Otovowen, siehe Verordnungsaußschlüsse der AM-RL Anlage III). Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen ab 12. Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gilt, dass das OTC-Arzneimittel zulasten der Krankenkassen verordnet werden können, sofern diese nicht unwirtschaftlich sind. Sonst gilt ab Vollendung des 12. Lebensjahres, dass nur verschreibungspflichtige Arzneimittel indikationsgerecht verordnet werden können. Ansonsten gelten Kinder über 12 Jahren in der Verordnung wie Erwachsene.