

Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Regressanträge der Krankenkassen im Quartal 1/2008 bezüglich Richtlinienverstöße gemäß § 92 SGB V und Prüfung in besonderen Fällen

Der Tabelle sind die Präparate zu entnehmen, die im genannten Zeitraum am häufigsten Gegenstand der Anträge auf Prüfung durch die Krankenkassen waren.

Betrachtet man die vergangenen Antragszeiträume, so ist ein Paradigmenwechsel der Kassen bezüglich der beantragten Präparate zu erkennen. Bildeten bisher Fehlverordnungen von Arznei- und Hilfsmitteln den Schwerpunkt der Regressbeantragungen, so werden derzeit Prüfungen der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen in den Fokus der Prüfanträge gestellt.

Für Berodual N Dosieraerosol wurde beispielsweise die Prüfung in Fällen von Überdosierung beantragt. Die Prüfungen für Verordnungen von Voltaren Emulgel wurden gemäß Wirtschaftsgebots nach Ziffer 16.10 der Arzneimittelrichtlinien Kapitel F beantragt.

Die Antrag stellende Krankenkasse verweist in diesem Zusammenhang auf die Verschreibung von Voltaren Schmerzgel auf grünem Rezept zu Lasten der Versicherten als Alternative. Nur im Falle des nachweislichen und patientenbezogenen Auftretens von Unverträglichkeiten gegenüber verschiedenen Inhaltsstoffen im Schmerzgel wäre die Verschreibung von Voltaren Emulgel zu Lasten der GKV zu vertreten.

Wir möchten die Ärzte nochmals darauf hinweisen, dass die Möglichkeit einer Stellungnahme zum Regressantrag der

Krankenkasse unbedingt wahrgenommen werden sollte. Je konkreter die Stellungnahme den Fall der Verordnung beschreibt, umso fundierter kann die Prüfungsstelle im Einzelfall entscheiden. Bei Verordnungen von Selenase muss die Stellungnahme z. B. den labortechnischen Nachweis des Selenmangels enthalten, damit der Regressantrag sachlich richtig beschieden werden kann.

*Prüfungsstelle
der Ärzte und Krankenkassen Sachsen*

In Sachsen am häufigsten durch die Krankenkassen gestellte Prüfanträge		
	Verordnung	Anzahl
1	Voltaren Emulgel	23
2	Selenase 100 peroral Trinkampullen	13
3	Acomplia Filmtabletten	9
4	Berodual N Dosieraerosol	4
5	Cerazette Filmtabletten	4

Information zur Hilfsmittelversorgung durch Vertragspartner der Krankenkassen

Mit der im Zuge des GKV-WSG zum 1. April 2007 in Kraft getretenen Neufassung des § 127 SGB V wird die **Versorgung von Hilfsmitteln nach Ablauf der Übergangsregelung zum 31. Dezember 2008 nur noch durch Leistungserbringer erfolgen, die über ein Ausschreibungsverfahren zu einem Vertragspartner der Krankenkassen geworden sind.** Die Sicherstellung der Hilfsmittelversorgung wird damit über ein neues Vertragssystem geregelt. Die nach einem Ausschreibungsverfahren mit den Leistungserbringern geschlossenen Verträge regeln die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der Versicherten und die erforderlichen Dienstleistungen.

In der jetzigen **Übergangsphase** gilt für bestehende Verträge **Vertragskontinuität**. Damit wird die Hilfsmittelversorgung bis zum Ablauf der Übergangsregelung sichergestellt. Ausnahmeregelungen kann es für strukturschwache Regionen, bei geringem Bedarf oder für Ausschreibungen geben, die nicht zweckmäßig sind (z. B. individuelle Anfertigung eines Hilfsmittels).

Die Krankenkassen haben nach dem Gesetzestext eine **Informationspflicht** gegenüber ihren Versicherten sowie ein Informationsrecht gegenüber den Vertragsärzten erhalten. Eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten ist sicherzustellen. Sollten in Ihrer Praxis Fragen in

Bezug auf Vertragspartner einer bestimmten Krankenkasse auftreten, sind die Patienten für Auskünfte an ihre Krankenkasse zu verweisen.

Aus dem Gesetzeswortlaut des § 127 Abs. 2 SGB V ergibt sich, dass das Ausschreibungsverfahren vorrangig einzusetzen ist. Den bereits in Kraft getretenen Verträgen werden deshalb in absehbarer Zeit weitere Abschlüsse folgen. **Erhält die KVS entsprechende Informationen zu solchen Verträgen, werden wir diese mit den entsprechenden Verordnungshinweisen veröffentlichen.**

– *Verordnungs- und Prüfwesen/mae* –

Verordnung von Hilfsmittel bei Tracheostoma für Patienten der AOK PLUS

Zum 1. März 2008 vereinbarte die AOK PLUS gemäß § 127 Abs. 2 SGB V einen **Vertrag mit Leistungserbringern zur Hilfsmittelversorgung für tracheotomierte/laryngektomierte Patienten.** Mit diesem Vertrag sind nach Informationen der AOK PLUS erstmals auch spezielle hilfsmittelbezogene Beratungsstandards vereinbart. Zum Beispiel soll der Patient in der Anfangsphase der Versorgung mehrere Beratungsbesuche durch examinierte Fachkräfte erhalten.

Die Vergütung der Leistungserbringer erfolgt im Rahmen einer Monatspauschale. Damit sind sämtliche mit der Versorgung stehenden Aufwendungen (z. B. Ausstattung mit Geräten, Lieferung der Verbrauchsartikel inkl. Kanülen) und Serviceleistungen abgegolten.

Zwischen folgenden Patientengruppen soll zukünftig bei der Verordnung unterschieden werden:

- Tracheotomierte
- beatmete Tracheotomierte
- Laryngektomierte.

Aufgrund der pauschalen Vergütung sind auf dem Verordnungsblatt (Muster 16, Kennzeichnung „7“) **in diesen Fällen keine Angaben der Einzelprodukte und der notwendigen Mengen mehr erforderlich. Es ist ausreichend, wenn die jeweilige Indikationsart „Tracheostoma“, „Tracheostoma beatmet“, oder „Laryngektomie“ sowie der Verordnungszeitraum angegeben werden.** Dieser kann einen bis maximal drei volle Kalendermonate umfassen.

Kinder bis zum zwölften Lebensjahr sind bei der Versorgung von dieser pauschalen Vergütung **ausgenommen.** In diesen Fällen werden die Hilfsmittel wie bisher einzeln verordnet und abgerechnet.

Bitte beachten Sie, dass diese **Regelung nur für Patienten der AOK PLUS** gilt. Verordnungsanforderungen von Leistungserbringern für Einzelprodukte, vorrangig bei Patienten nach Krankenhausentlassung sind auf Wirtschaftlichkeit zu prüfen. Mischverordnungen (z. B. Hilfsmittel und Arzneimittel/Verbandstoffe auf einem Verordnungsblatt) sind zu vermeiden.

– *Verordnungs- und Prüfwesen/mae* –