

Urlaubsvertretung: Was gilt für die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln?

Auch bei einer Urlaubsvertretung gilt, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht übersteigen dürfen.

Die Vertretung eines Vertragsarztes soll bei Bedarf die Versorgung akuter Erkrankungen der Patienten des vertretenen Arztes absichern. In diesem Rahmen, d.h. für den Zeitraum der Vertretung, können auch notwendige Verordnungen für eine dem Zeitraum angemessene Menge ausgestellt werden.

Die Behandlung chronischer Erkrankungen und daraus resultierender Verordnungen obliegt grundsätzlich der Verantwortung des betreuenden Haus- oder Facharztes, da nur diesem die spezifischen Diagnose- und Behandlungsdaten vorliegen.

Im Bedarfsfall kann auch ein Überbrückungsrezept für ein aufgebrauchtes Dauermedikament ausgestellt werden. Dabei treten zum Beispiel zwei Fragestellungen auf:

1. Soll eine kleine (N1) oder große Packungsgröße (N2, N3) verordnet werden?

Die Verordnung einer kleinen Packungsgröße kann dann sinnvoll sein, wenn der Patient im Sinne einer Therapiekontrolle/-überwachung zeitnah seinen eigentlich behandelnden Arzt aufsuchen soll. Handelt es sich hingegen um die routinemäßige Behandlung einer chronischen Erkrankung mit stabilem Therapieverlauf (Dauermedikation, Arzneimittel ohne spezielle Therapieüberwachung), kann der Vertretungsarzt nach ärztlicher Einschätzung und im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots auch eine große Packungsgröße verordnen.

2. Können Facharztverordnungen durch den Hausarzt getätigt werden?

Eine Übernahme von Facharztverordnungen durch den Hausarzt ist im Einzelfall möglich, wenn der Hausarzt die Verordnung fachlich vertreten kann. Die Packungsgröße sollte entsprechend den o.g. Kriterien ausgewählt werden. Eine Belastung des Arzneimittelbudgets ist durch den Wegfall der Arzneimittel-Richtgrößen für Hausärzte seit 1. Januar 2018 hinfällig.



Bild: © paulgrecaud – www.fotosch.de

Ebenso können bei Heilmitteln Überbrückungsverordnungen für Dauertherapien chronischer Erkrankungen ausgestellt werden. Hier ist allerdings Voraussetzung, dass dem Vertreter genaue Angaben zu den Vorverordnungen (Verordnungsmenge, Heilmittel, Indikationsschlüssel und Diagnose) vorliegen.

Eine Verordnung im Vertretungsfall setzt voraus, dass sich die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt **persönlich** vom Krankheitszustand des Versicherten überzeugt hat. Dies bedeutet, dass im Vertretungsfall keine Rezeptausstellung ohne Arzttrücksprache erfolgen soll.

Für die von ihm ausgestellten Verordnungen ist der vertretende Arzt verantwortlich. Verordnungsausschlüsse und -einschränkungen nach Arzneimittel-Richtlinie sind zu beachten. Besondere Sorgfalt und Aufmerksamkeit ist bei Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotential geboten (starke Schmerzmittel, Beruhigungs- und Schlafmittel). Hier sollte eine sorgfältige Indikationsstellung stattfinden.

Informationen

www.kvsachsen.de > Mitglieder > Verordnungen

– Verordnungs- und Prüfwesen/rei-hb –

Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnung von Blutzuckerteststreifen

Zur Vermeidung von Arzneikostenregressen möchten wir Ihre Aufmerksamkeit auf die Verordnung von Blutzuckerteststreifen lenken. Hier war es in der Vergangenheit zu Abweichungen gekommen, so dass wir Ihnen den Ablauf noch einmal erläutern.

Blutzuckerteststreifen unterliegen nach Arzneimittel-Richtlinie folgender **Verordnungseinschränkung**:

„Harn- und Blutzuckerteststreifen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden; ausgenommen bei instabiler Stoffwechsellage. Diese kann gegeben sein bei interkurrenten Erkrankungen, Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko (grundsätzlich je Behandlungssituation bis zu 50 Teststreifen).“

„Die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) basiert auf einer entsprechenden Nutzenbewertung, die das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Auftrag des G-BA für nicht insulinpflichtige Diabetiker vornahm.“ Das IQWiG fand weder für die Blutzuckerselbstmessung noch für die Urinzuckerselbstmessung einen Beleg für einen patientenrelevanten Nutzen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, „weil sich daraus keinerlei direkte Konsequenzen für die Therapie ergeben. Änderungen der Medikamentendosis werden regelmäßig und ausschließlich von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt durchgeführt, nachdem neben dem Blutzucker der entscheidende HbA1c-Wert gemessen wurde.“

In den Tragenden Gründen zum Beschluss weist der G-BA explizit darauf hin, dass Gestationsdiabetes von dieser Verordnungseinschränkung nicht erfasst wird.

Eine Auswertung der AOK PLUS ergab, dass für einige, von der Verordnungseinschränkung betroffene, Patienten ein Vielfaches von 50 Blutzuckerteststreifen verordnet wurde. Aus diesem Grund bitten wir Sie, Verordnungen von Blutzuckerteststreifen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, kritisch zu hinterfragen.

Im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren obliegt eine Bewertung/Anerkennung von Ausnahmetatbeständen allein der Prüfungsstelle, die unabhängig von KV und Krankenkassen entscheidet. Aufgrund dessen kann nicht abgeschätzt werden, inwieweit die Prüfungsstelle im Falle eines Prüfverfahrens Regresse festsetzen würde.

Für Rückfragen steht Ihnen gern die gemeinsame Arbeitsgruppe (im Rahmen der Vereinbarung zur Vermeidung von Arzneikostenregressen) der Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen und Thüringen und der AOK PLUS zur Verfügung.

Informationen

www.g-ba.de > Richtlinien > Arzneimittel-Richtlinie, Anlage III Punkt 52

– Gemeinsame Arbeitsgruppe im Rahmen der Vereinbarung zur Vermeidung von Arzneikostenregressen der KV Sachsen, KV Thüringen und AOK PLUS –

Bei Rezepturen immer Gebrauchsanweisung angeben

Bei der Verordnung von Arzneimitteln als Rezeptur muss immer eine Gebrauchsanweisung angegeben werden, die die Apotheke auf das Abgabefäß überträgt. Dies ist in der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) geregelt und soll der sicheren Anwendung der Arzneimittelrezepturen dienen.

Die Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA) weist auf die gesetzliche Vorgabe noch einmal hin, weil es vermehrt zu Retaxationen gegenüber Apotheken kommt, wenn bei Rezepturen keine Gebrauchsanweisung angegeben wird. Apotheken werden daher auf eine Ergänzung der Rezeptes bestehen, wenn bei Rezepturen keine Gebrauchsanweisung angegeben wird.

Auch bei der Verordnung von Betäubungsmitteln (BTM) muss eine Gebrauchsanweisung oder „Gemäß schriftlicher Anweisung“ auf dem BTM-Rezept angegeben werden. Dies regelt die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BTMVV). Wenn bei Fertigarzneimitteln eine Gebrauchsanweisung auf dem Rezept vermerkt wird, muss diese ebenfalls von der Apotheke auf die Arzneimittelverpackung übertragen werden.

– Information der KV Nordrhein –

Verdacht auf Arzneimittelmisbrauch

Aufgrund weiterer Hinweise aus der Ärzteschaft mit der Bitte um Veröffentlichung informieren wir erneut über den Verdacht des Arzneimittelmisbrauchs (siehe auch KVS-Mitteilungen 09/2017). Wir bitten bei der folgenden Patientin um Ihre besondere Aufmerksamkeit.

Patientin

- Alter: 41 Jahre
Initialen: K.F.
versichert: IKK gesund plus
Wohnort: Halle (Saale)
besonderes Merkmal: kommt in Dienstkleidung
(Malteser Hilfsdienst)

Verordnungswünsche

- Verordnungswunsch Dolantin Ampullen und Ondansetron

Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Sucht oder eines Missbrauchs

- gibt falschen Hausarzt an und ist dort bei Nachfrage nicht bekannt
- zeigte große Narben Abdomen, massive Bauchkrämpfe
- Arztkontakte u. a. Hausärztin in Halle
- legt BtM-Pass vor
- Nach Rücksprache mit der Hausärztin habe diese den BtM-Pass ausgestellt, allerdings zu einer Zeit, als weder Unterlagen noch Diagnosen vorlagen. Die Hausärztin geht mittlerweile auch von einem BtM-Missbrauch aus und hat das bereits der KV Sachsen-Anhalt gemeldet.

Weitere Verdachtsfälle sind im Mitgliederportal veröffentlicht:

Dokumente > Verordnungs- und Prüfwesen > Arzneimittel

Ansprechpartner:

Frau Carolin Hildebrand
Bezirksgeschäftsstelle Leipzig
Telefon 0341 2432-314

– Verordnungs- und Prüfwesen/hb –

Hinweise zu Anpassungen im Formularbereich

Das **Muster 20 (Wiedereingliederungsplan)** wurde aktualisiert, neu sind die **Muster 64 und 65 zur Verordnung von Mutter-Vater-Kind-Kuren** sowie die zugehörigen **Gebührsordnungspositionen**.

Das **Muster 20** „Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)“ wird aktualisiert und ist **ab 1. Januar 2019** zu verwenden. Alte Muster 20 verlieren zum 31. Dezember 2018 ihre Gültigkeit und dürfen danach **nicht mehr eingesetzt werden**. Wir bitten Sie, dies bei Ihren laufenden Formularbestellungen bei der Vordruck Leitverlag GmbH zu berücksichtigen.

Um zukünftig weitere Begründungen und Nachfragen von Seiten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zu vermeiden, erfolgte die Abstimmung gemeinsam mit der KBV und dem GKV-Spitzenverband. Auf dem neuen Muster 20 ist künftig klargestellt, dass die **Beurteilung des Arztes „nach aktueller Betrachtung“** erfolgt. Die DRV verzichtet dafür

auf die Anforderung weiterer Begründungen für die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung.

Bezüglich des Zeitpunktes der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit muss auf dem neuen Muster 20 **keine zusätzliche Einschätzung** mehr erfolgen. Der auf dem Wiedereingliederungsplan prognostizierte letzte Tag der stufenweisen Eingliederung entspricht in der Regel dem voraussichtlich letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Die entsprechenden Anlagen des Bundesmantelvertrages sowie die Vordruckerläuterungen werden im Dezember 2018 auf der Internetpräsenz der KBV abrufbar sein.

NEU: Muster 64 „Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter gemäß § 24 SGB V“ und Muster 65 „Ärztliches Attest Kind“

Weiterhin möchten wir darauf hinweisen, dass sich schon **mit Wirkung ab 1. Oktober 2018** die Verordnung von medizinischen Vorsorgemaßnahmen (Mutter-Vater-Kind-Kuren) verändert hat. Das neue Verordnungsverfahren mit Einführung zweier neuer Formulare sieht vor, dass **ausschließlich** die Muster 64 und Muster 65 für die Verordnung zu nutzen sind.

Von Krankenkassen oder Anbietern von Vorsorgeleistungen zur Verfügung gestellte Formulare haben ihre Gültigkeit verloren und verzögern bei weiterem Einsatz das Prozedere der Genehmigung. Die KV Sachsen hat in den KVS-Mitteilungen 06/2018 auf die Einführung beider Muster hingewiesen.

Das vereinbarte Muster 64 vereinfacht das Verordnen für die Ärzte, da nun für alle Patienten das gleiche Formular genutzt werden kann. In diesem Zusammenhang wurde das Muster 65 „Ärztliches Attest Kind“ eingeführt. Dieses wird ausgestellt, wenn die Mutter oder den Vater ein Kind zu deren/dessen Vorsorge- oder RehaMaßnahme begleitet, das mitbehandelt werden muss. Kommen mehrere Kinder mit zur Vorsorge/Reha, wird **für jedes Kind** ein solches Attest benötigt.

Krankenhaus des Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten (geb. am) _____
Geburtsdatum (ggf. mit) _____
Geburtsort (ggf. mit) _____
Geburtsort (ggf. mit) _____
Geburtsort (ggf. mit) _____
Geburtsort (ggf. mit) _____

Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V **64 Teil A**
Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen
A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren (Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel ICD-10-CM

II. Vorsorgebedürftigkeit
A. Kurze Angaben zur Anamnese

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilnahme in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen (Beispielweise Entschleunigungen treffen, mit Stress umgehen, auf körperliche Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, ggf. Berufstätigkeit sowie eigene Interessen und Hobbies nachgehen)

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/väter-spezifische Problemkonstellation relevant sind
 Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie fehlende Anerkennung der Mutter-/Väterrolle Tod des Partners/naher Angehöriger beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung
 mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner Teenager- schwangerschaft Überforderungssituation am Arbeitsplatz/ in der Schule
 Erziehungsschwierigkeiten Pflege von Familienangehörigen soziale Isolation sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
 Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme) finanzielle Sorgen besonders belastende/ unregelmäßige Arbeitszeiten/drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit
 mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters ständiger Zeitdruck nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie
 erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, Frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten allein erziehend
andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Ausfertigung für die Krankenkasse
Muster 64_Aa 1/10.2018

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Ärztliches Attest Kind 65
zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenübernahme Versicherung Nr. Status

Berufskategorie Nr. KZD Nr. Facharzt

I. Kurze Angaben zur Anamnese

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das altersübliche Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

B. Erkrankungen Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

C. Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungs-/Entwicklungsverzögerung)

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

V. Hinweise für die Zuweisung

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Abgeräumtheit, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

ja, folgende

nein

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

Vertragsumfang / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 65a (12/2018)

Für das Ausstellen des Formulars 64 (Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter) wurde im Abschnitt 1.6 EBM die Gebührenordnungsposition GOP 01624 neu aufgenommen. Die Leistung ist mit 210 Punkten bewertet. Für das Ausstellen des Formulars 65 (Ärztliches Attest Kind) ist zukünftig die GOP 01622 (83 Punkte) berechnungsfähig. Hierfür wird die Leistungslegende der GOP 01622 EBM um das Muster 65 ergänzt.

Für Rückfragen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Verordnungs- und Prüfwesen Ihrer Bezirksgeschäftsstelle gern zur Verfügung.

Information

www.kbv.de > Service > Verträge > Bundesmantelvertrag

– Vertragspartner und Honorarverteilung/mey und Verordnungs- und Prüfwesen/mau –