

Verordnungsfähigkeit von Antihistaminika und nasalen Glukokortikoiden zu Lasten der GKV

Aufgrund von Hinweisen der gesetzlichen Krankenkassen, dass zur Problematik Prüfanträge gestellt werden, möchten wir Sie nochmals zu den aktuellen Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) informieren.

Zur Vermeidung von Arzneikostenregressen bitten wir Sie, Folgendes zu beachten:

Auszug aus Anlage I (AM-RL)

6. Antihistaminika

- nur in Notfallssets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien,
- nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien,
- nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus,
- nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis, mit schwerwiegender Symptomatik, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.

21. Glukokortikoide, topisch nasal nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik.

„Schwerwiegende Symptomatik“

Zum diesem Begriff führt der G-BA in den Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie Folgendes aus:

„Eine solche schwerwiegende Form der allergischen Rhinitis kann vorliegen, wenn es sich um eine persistierende

allergische Rhinitis handelt, bei der die an mindestens vier Tagen pro Woche und über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen auftretende Symptomatik als schwerwiegend einzustufen ist. Eine entsprechend schwerwiegende Symptomatik kann vorliegen, wenn die durch eine allergische Rhinitis ausgelösten Symptome Rhinorrhoe, nasale Obstruktion/Schwellung, nasaler Juckreiz, Niesreiz oder Fließschnupfen die Lebensqualität beispielsweise aufgrund von Schlafstörungen und Beschränkungen der Arbeitsfähigkeit oder alltäglicher Aktivitäten erheblich beeinträchtigen und die Ausprägung der Symptomatik nachhaltig und dauerhaft ist.“

Zulassungshinweise

Ebenfalls zu beachten ist die Zulassung der Präparate. So sind die nasalen Glukokortikoide zwar alle für die saisonale allergische Rhinitis zugelassen, **für die ganzjährige allergische Rhinitis jedoch nur die rezeptpflichtigen Präparate.** Zur Behandlung der Polyposis nasi sind nur rezeptpflichtige Mometason- oder Budesonid-haltige Nasensprays zugelassen und zur Behandlung entzündlicher Erkrankungen der Nasenschleimhaut und -nebenhöhlen lediglich Dexamethason-haltige Nasensprays. Weiterhin sind die unterschiedlichen Altersangaben in der jeweiligen Fachinformation zu berücksichtigen.



Bild: © gajdamak - www.foto.search.de

	Antihistaminika		nasale Glukokortikoide	
	ap	rp	ap	rp
Kinder bis zur Vollendung des 12. (bei Entwicklungsstörungen des 18.) Lebensjahres	zulasten der GKV verordnungsfähig	<ul style="list-style-type: none"> grundsätzlich zulasten der GKV verordnungsfähig, ABER ap Antihistaminika sind kostengünstiger, wirtschaftlicher und daher zu bevorzugen 	<ul style="list-style-type: none"> nicht verordnungsfähig, da die Präparate erst ab 18 Jahre zugelassen sind 	<ul style="list-style-type: none"> zulasten der GKV verordnungsfähig bei SAR, PAR und Polyposis nasi
Personen nach Vollendung des 12. Lebensjahres bei Vorliegen der Bedingungen gemäß Anlage I AM-RL	zulasten der GKV verordnungsfähig	<ul style="list-style-type: none"> grundsätzlich zulasten der GKV verordnungsfähig entsprechend des Wirtschaftlichkeitsgebotes sind ap Antihistaminika zu bevorzugen bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit von ap Antihistaminika (ausreichend lange Anwendung) 	<ul style="list-style-type: none"> zulasten der GKV verordnungsfähig ab 18 Jahren 	<ul style="list-style-type: none"> zulasten der GKV verordnungsfähig bei PAR und Polyposis nasi bei SAR sind ap Glukokortikoide zu bevorzugen, da preiswerter
Personen nach Vollendung des 12. Lebensjahres ohne Vorliegen der Bedingungen gemäß Anlage I AM-RL	keine Leistung der GKV, daher Privatverordnung	<ul style="list-style-type: none"> nur im Ausnahmefall zulasten der GKV verordnungsfähig es gilt § 12 Abs. 11 AM-RL (freiverkäufliche Arzneimittel zu Lasten des Patienten haben Vorrang vor rezeptpflichtigen zu Lasten der GKV) Achtung: Prüfgefahr gemäß Rechtsprechung nur verordnungsfähig, wenn ap Antihistaminika versagt haben, ansonsten gilt § 12 Abs. 11 AM-RL 	<ul style="list-style-type: none"> zunächst ist die Frage der medizinischen Notwendigkeit zu klären, wenn die Symptomatik nicht schwerwiegend und persistierend ist sollte eine Verordnung dennoch medizinisch notwendig sein, kann sie nicht zulasten der GKV erfolgen Privatverordnung es gilt § 12 Abs. 11 AM-RL 	<ul style="list-style-type: none"> zulasten der GKV verordnungsfähig bei PAR und Polyposis nasi sowie für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (da ap nicht zugelassen) bei SAR sind gemäß § 12 Abs. 11 AM-RL ap Glukokortikoide zu bevorzugen, siehe dort

Abkürzungen:

ap	apothekenpflichtig, nicht verschreibungspflichtig
rp	rezeptpflichtig
SAR	saisonale allergische Rhinitis (J. 30.1, J. 30.2, J. 30.4)
PAR	perenniale allergische Rhinitis (J. 30.3)

Bitte beachten Sie, dass mit der Siebzehnten Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung zum 1. April die Verschreibungspflicht von „Levocetiricin in festen Zubereitungen zur oralen Anwendung in Konzentrationen von 5 mg je abgeteilter Form, sofern auf Behältnissen und äußeren Umhüllungen eine Beschränkung der Anwendung auf Erwachsene und Kinder ab dem vollendeten sechsten

Lebensjahr angegeben ist aufgehoben wurde. Davon betroffen ist das Fertigarzneimittel Xusal® und dessen Generika.

Informationen

www.g-ba.de > Richtlinien > Arzneimittel-Richtlinie

– in Zusammenarbeit mit der KV Thüringen/
Verordnungs- und Prüfwesen/jac –

Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Verordnungsmöglichkeiten für psychiatrische Krankenpflege erweitert

Das Spektrum zur Verordnung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bereits mit Beschluss vom 19. Juli 2018 erweitert. Eine Anwendung durch die Vertragsärzte konnte jedoch erst mit der Neubewertung der Gebührenordnungspositionen 01422 (Erstverordnung) und 01424 (Folgeverordnung) durch den Bewertungsausschuss erfolgen, welche nun zum 1. April 2019 in Kraft getreten ist.

Der Beschluss des G-BA vom 19. Juli 2018 umfasst folgende geänderte Verordnungsmöglichkeiten einer pHKP:

- **Erweiterung der Indikationsbereiche** in Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie
- **Verordnungsmöglichkeit im Einzelfall** für alle ICD-10-GM-Diagnosen aus dem **Indikationsbereich F00 bis F99** (diese ist jedoch an bestimmte Voraussetzungen geknüpft)
- **verbindliche Anwendung der GAF-Skala** (GAF-Skala = Global Assessment of Functioning Scale)

Verordnungsformular und Behandlungsplan

Die Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erfolgt auf Muster 12 „Verordnung häuslicher Krankenpflege“. Darauf ist die Leistung (Abkürzung „pHKP“ oder „psychiatrische häusliche Krankenpflege“) beziehungsweise die Leistungsziffer 27a anzugeben. **Zusätzlich** sind mit Inkrafttreten des GBA-Beschlusses zur HKP-Richtlinie folgende Ärzte **verordnungsberechtigt**:

- Fachärzte in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)
- Hausärzte und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Zu beachten ist, dass die Diagnosesicherung nicht älter als vier Monate sein darf und die Verordnung einen Zeitraum von sechs Wochen nicht zu überschreiten hat.

Neubewertung der GOP 01422 und GOP 01424

Der Neubewertung der Gebührenordnungspositionen 01422 (Erstverordnung, 16,13 Euro) und 01424 (Folgeverordnung 16,67 Euro) erfolgte durch den Bewertungsausschuss und trat mit den EBM-Änderungen zum 1. April 2019 in Kraft.

Ihre Fragen beantworten Ihnen gern die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Verordnungs- und Prüfwesen Ihrer Bezirksgeschäftsstelle.

Informationen

www.kvsachsen.de > Mitglieder > Verordnungen
> Häusliche Krankenpflege

– Verordnungs- und Prüfwesen/mau–