

## Anträge der Krankenkassen zur Prüfung der Verordnungsweise

Verordnung trotz Ausschluss der Verordnungsfähigkeit laut Arzneimittelrichtlinie	
Aarane (Cromoglicinsäure und Reproterol)	Verordnungsausschluss für Cromoglicinsäure nach AM-RL §12 Abs. 1 in Verbindung mit Abs.11: Einzelverordnung beider Wirkstoffe möglich und preiswerter (wobei Cromoglicinsäure auf Privatrezept zu verordnen ist)
Actos	AM-RL, Anl. III Nr. 49 - Glitazone (auch in Kombination) sind zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 nicht ordnungsfähig.
Aggrenox	AM-RL, Anl. III Nr. 53 - Ausschluss von Dipyridamol in Kombination mit ASS
Allergospasmin	siehe Aarane
Ambene, Arthotec, Arthotec forte	AM-RL, Anl. III Nr. 18 - Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen sind nicht ordnungsfähig. Ausnahmen: NSAID + PPI, fixe Kombinationen mit Mydriatikum zur Anwendung am Auge
Asasantin	siehe Aggrenox
Blutzuckerteststreifen	AM-RL, Anl. III Nr. 52 - Verordnungsausschluss von 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).
Broncho-Vaxom	AM-RL, Anl. III Nr. 46 - Umstimmungsmittel und Immunstimulantien zur Stärkung der Abwehrkräfte sind nicht ordnungsfähig.
Caverject Impuls	AM-RL, Anl. II - Lifestyle Arzneimittel: - Verordnungsausschluss von Arzneimitteln zur Erhöhung der Lebensqualität gemäß §34 Abs. 1 Satz 7 SGB V
Cialis	Ausschluss nach AM-RL, Anl. II - Lifestyle-Arzneimittel: - Ausnahme: Mittel mit Zulassung zur Therapie einer benignen Prostatahyperplasie und Pulmonal-arterielle Hypertonie
Competact	siehe Actos
Cotazym	AM-RL, Anlage I Nr. 36 - Pankreasenzyme sind <b>nur zur Behandlung der chronischen, exokrinen Pankreasinsuffizienz</b> oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe <b>ordnungsfähig</b> .
Delimmun	AM-RL, Anl. III Nr. 46 - Umstimmungsmittel und Immunstimulantien zur Stärkung der Abwehrkräfte sind nicht ordnungsfähig.
Dipyridamol	AM-RL, Anl. III Nr. 53 - Ausschluss von Dipyridamol in Kombination mit ASS
Doloproct	AM-RL, Anl. III Nr. 30 - ist nicht ordnungsfähig zur Behandlung von Hämorrhoiden (Bei nichtinfektöser Proktitis und Analekzem ist dieses Arzneimittel ordnungsfähig.)
Duoplavin	AM-RL, Anl. III Nr. 21 a - Ordnungsfähig für Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne ST-Streckenhebung für 12 Monate und Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Streckenhebung, bei denen eine Thrombolyse für 28 Tage in Frage kommt.
Edronax	AM-RL, Anl. III Nr. 51 - Verordnungsausschluss von Reboxetin
Espumisan	AM-RL, Anl. III Nr. 20 - Verordnungsausschluss von Carminativa, ausgenommen bei Säuglingen und Kleinkindern
Ezetimib, Ezetrol	siehe Lipidsenker in der Übersicht " <b>Sonstige Prüfgründe</b> "
Frisium	AM-RL, Anl. III Nr. 45 - Ordnungsfähig ist eine Kurzzeittherapie bis zu 4 Wochen, eine längerfristige Behandlung ist besonders zu begründen
Gingium	AM-RL, Anl. I Nr. 20 - Ginkgo-biloba-Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert 240 mg Tagesdosis) nur zur Behandlung der Demenz ordnungsfähig
Glitazone	siehe Actos
Gutron	AM-RL, Anl. III Nr. 16 - Orale Antihypotonika sind nicht ordnungsfähig.
Gynatren	AM-RL, Anl. III Nr. 46 - Umstimmungsmittel und Immunstimulantien zur Stärkung der Abwehrkräfte sind nicht ordnungsfähig.
Hyalart	AM-RL, Anl. III Nr. 9 - Verordnungsausschluss Antiarthrotika und Chondroprotektiva
Kreon	siehe Cotazym
Macrogol	AM-RL, Anl. I Nr. 1 - Abführmittel sind nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase ordnungsfähig.
Medikinet	AM-RL, Anl. III Nr. 44 - Der Wirkstoff Methylphenidat ist für Kinder und Erwachsene im Rahmen einer ADS/ADHS Erkrankung unter Therapieführung bzw. Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltenstherapie ordnungsfähig.
Mezym F	AM-RL Anl. III Nr.25 Verordnungsausschluss von Enzympräparaten in fixen Kombinationen - Ausnahme: Pankreasenzyme nur zur Behandlung der chronischen, exokrinen Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe
Migraenerton	AM-RL, Anl. III Nr. 6 - Verordnungsausschluss von Kombinationen von Analgetika mit Nicht-Analgetika
Movicol	siehe Macrogol
Mutaflor	AM-RL, Anl. I Nr.16 - E. coli Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin ordnungsfähig
Ozym, Pangrol, Pankreatin, Panzytrat	siehe Cotazym

Pascorbin (Ascorbinsäure)	AM-RL, Anl. I Nr. 44 - Verordnungsfähig bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
Perison	AM-RL, Anl. III Nr. 46 - Umstimmungsmittel und Immunstimulantien zur Stärkung der Abwehrkräfte sind nicht verordnungs-fähig.
Pioglitazon Aurobindo	siehe Actos
Prostavasin	AM-RL, Anl. III Nr. 24 - zur parenteralen Anwendung zur Therapie der pAVK im Stadium III / IV nach Fontaine in begründeten Einzelfällen verordnungs-fähig
Rasilez (Aliskiren)	Nichtbeachtung der Kontraindikation - gleichzeitige Anwendung mit ACE-Hemmern oder AT-II-Inhibitoren bei Patienten mit Diabetes oder eingeschränkter Nierenfunktion ist kontraindiziert
Repaglinid (Generikum)	AM-RL, Anl. III Nr. 50 - ist nur zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 von niereninsuffizienten Patienten mit einer Kreatinin-Clearance < 25 ml / min verordnungs-fähig, soweit keine anderen oralen Antidiabetika in Frage kommen und eine Insulintherapie nicht angezeigt ist
Ritalin	siehe Medikinet
SAB Simplex	AM-RL, Anl. III Nr. 20 - Verordnungsausschluss von Carminativa, ausgenommen bei Säuglingen und Kleinkindern
Solvex	AM-RL, Anl. III Nr. 51 - Verordnungsausschluss von Reboxetin
Spasmo-Mucosolvan	AM-RL, Anl. III Nr. 31 - Verordnungs-fähig bei spastischer Verengungen der Atemwege z.B. bei Asthma bronchiale
Starlix (Nateglinid)	AM-RL, Anl. III Nr. 50 - Verordnungsausschluss von Nateglinid zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2
Strattera	siehe Medikinet
Strophantin (auch Rezepturen)	AM-RL, § 9 Abs. 1 - kein Nachweis der Wirksamkeit, Sicherheit, Unbedenklichkeit
Strovac	AM-RL, Anl. III Nr. 46 - Umstimmungsmittel und Immunstimulantien zur Stärkung der Abwehrkräfte sind nicht verordnungs-fähig.
Symbioflor	AM-RL, Anl. III Nr. 46 - Umstimmungsmittel und Immunstimulantien zur Stärkung der Abwehrkräfte sind nicht verordnungs-fähig.
Tadalafil	siehe Cialis
UDC	AM-RL, Anl. III Nr. 27 - Gallenwegstherapeutika nur zur Auflösung von Cholesteringallensteinen
Uro Vaxom	AM-RL, Anl. III Nr. 46 - Umstimmungsmittel und Immunstimulantien zur Stärkung der Abwehrkräfte sind nicht verordnungs-fähig.
Ursofalk	AM-RL, Anl. III Nr. 27 - Gallenwegstherapeutika nur zur Auflösung von Cholesteringallensteinen
Vigil	siehe Medikinet
Voltaren Emulgel	AM-RL, Anl. III Nr. 40 - Rheumamittel (Analgetika/Antiphlogistika/Antirheumatika) zur externen Anwendung sind nicht verordnungs-fähig.
Xifaxan (Rifaximin)	AM-RL, Anl. III Nr. 12 - Verordnungseinschränkung von verschreibungspflichtigen Antidiarrhoika
Xolair (Omalizumab)	Zulassung als Zusatztherapie zur verbesserten Asthmakontrolle gemäß AM-RL Anl. IV

<b>Wirtschaftlichkeit</b>	
Aerius	Apothekenpflichtige Präparate, die eine gleichwertige Therapie ermöglichen, sind entsprechend AM-RL §12 Abs. 11 bevorzugt zu verordnen. Die Verordnung zu Lasten der GKV <b>kann als</b> unwirtschaftlich bewertet werden und sollte in jedem Fall begründet und dokumentiert sein.
Aimovig (Erenumab)	<b>Wirtschaftlichkeit nach §12 SGB V / §9 der AM-RL</b> Vor der Verordnung ist zu prüfen, ob ggf. andere Wirkstoffe zur Behandlung eingesetzt werden können bzw. Kontraindikationen bestehen. Diese ergeben sich aus der zweckmäßigen Vergleichstherapie des Verfahrens zur Frühen Nutzenbewertung und betreffen folgende Wirkstoffe/ Wirkstoffgruppen: <b>Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Topiramal, Amitriptylin, Valproinsäure, Clostridium-botulinum-Toxin Typ A</b>
Glivec (Imatinib)	Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V / §9 der AM-RL- es stehen kostengünstigere Generika zur Verfügung.
Humira (Adalimumab)	Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V / §9 der AM-RL - es stehen kostengünstigere Präparate (Biosimilar) zur Verfügung
Kadefungin (Therapiedauer: rezeptpflichtig = 6 Tage; apothekenpflichtig = 3 Tage)	Apothekenpflichtige Präparate, die eine gleichwertige Therapie ermöglichen, sind entsprechend AM-RL §12 Abs. 11 bevorzugt zu verordnen.
Lymphsets	Bei der Verordnung der Manuellen Lymphdrainage (MLD) sind lediglich Kompressionsbinden zu Lasten der GKV durch den Arzt verordnungs-fähig. Alle anderen Bestandteile von Lymphsets fallen in die Leistungspflicht des Physiotherapeuten.
parenterale Ernährung z.B. Smofkabiven	Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V (§106 SGB V) - prüfen, ob medizinisch gleichwertige und dabei kostengünstigere Nährlösungen zur Verfügung stehen
Repatha	siehe Lipidsenker in der Übersicht " <b>Sonstige Prüfgründe</b> "
Valdoxan (Agomelatin)	Wirksamkeit bei Patienten älter als 75 Jahre nicht belegt, Verordnungen sind deshalb für diese Altersgruppe aufgrund des nicht gesicherten therapeutischen Nutzens un-zweck-mäßig und unwirtschaftlich (§9 Abs. 1 AM-RL)
Verbandmittel	Verordnung unwirtschaftlicher Verbandsets
Xusal	siehe Aerius

<b>Prüfanträge aufgrund der Überschreitung der zugelassenen Höchstdosis</b>	
BTM-Präparate (Fentanyl-Präparate, Oxycodon, Targin, Tilidin-Tropfen)	Überschreitung der Tageshöchstdosis, Mißachtung der Therapieempfehlung
Certican	Überschreitung Höchstdosis
Enantone Gyn	Überschreitung einer indikationsspezifischen Höchstanzwendungsdauer (z.B. 6 Monate bei Uterus myomatosus)

Lyrica (Pregabalin)	Wirkstoffmenge höher als Therapieempfehlung
Medikinet Adult	Überschreitung Höchstdosis
Sustiva	Überschreitung Höchstdosis
Truvada	Überschreitung Höchstdosis
Ultibro Breezhalter	Überschreitung Höchstdosis

### **Verordnung außerhalb der Zulassung (Off-Label-Use):**

Die Verordnung eines Arzneimittels außerhalb des genehmigten Anwendungsgebiets (Indikationen, Patientengruppen) zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ist grundsätzlich unzulässig.

Jede Verordnung muss durch eine Behandlungsdiagnose begründet sein. Diese muss der tatsächlichen Zulassung des Präparates entsprechen.

<b>Medikament (Wirkstoff)</b>	<b>Erläuterung</b>
Abstral, Actiq (Fentanyl)	Zulassung nur für Durchbruchschmerzen bei Tumorpatienten mit Opioiden als Basistherapie
Amllo-Valsacor (Valsartan, Amlodipin)	Zulassung zur Behandlung der essenziellen Hypertonie bei Erwachsenen, deren Blutdruck durch eine Amlodipin- oder Valsartan-Monotherapie nicht ausreichend kontrolliert werden kann.
Attentin (Dexamfetamin)	Zulassung nur für Kinder und Vortherapie mit Methylphenidat
Axura (Memantin)	Zulassung zur Behandlung von moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz
Berodual (Ipratropium, Fenoterol)	fehlende Indikation
Bipreterax (Perindopril, Indapamid)	fehlende Indikation
Bonviva (Ibandronsäure)	keine Zulassung für Männer
Botox (Clostridium botulinum)	fehlende Indikation
Brimica Genuair (Aclidinium, Formoterol)	fehlende Indikation
Budenofalk (Budesonid)	fehlende Indikation
Claversal (Mesalazin)	fehlende Indikation
Cellcept (Mycophenolsäure)	Zulassung nur in Kombination mit Ciclosporin und Kortikosteroiden zu Prophylaxe der akuten Transplantatabstoßungsreaktionen bei Patienten mit allogener Nieren-, Herz- oder Lebertransplantation
Cimzia (Certolizumab pegol)	Zulassung nur für Erwachsene beispielsweise bei rheumatoider Arthritis, axialer Spondyloarthritis
Circadin (Melatonin)	Zulassung nur zur Therapie bei Patienten ab 55 Jahren
Cymbalta (Duloxetin)	Zulassung für die Behandlung von depressiven Erkrankungen (Major Depression), generalisierter Angststörung und von Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie bei Erwachsenen
Duloxetin	unterschiedliche Indikation zu unterschiedlichen Wirkstärken
Duoresp Spiromax (Budesonid, Formoterol)	fehlende Indikation
Ebixa (Memantin)	Zulassung zur Behandlung von moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz
Effentora (Fentanyl)	siehe Abstral
Elontril (Bupropion)	Zulassung zur Behandlung von Episoden einer depressiven Erkrankung (Episoden einer Major Depression)
Elvanse	Die Zulassung des Präparates fordert die Vorbehandlung mit Methylphenidat. Ist diese klinisch unzureichend kann die Therapie mit Elvanse erfolgen.
Emgality	Zulassung zur Migräne-Prophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens 4 Migränetagen pro Monat
Entyvio (Vedolizumab)	fehlende Indikation
Fosamax (Alendronsäure)	Zulassung zur Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen (nicht für Männer)
Foster (Beclometason dipropionat, Formoterol)	fehlende Indikation
Genotropin (Somatotropin)	Zulassung zur Behandlung Erwachsener mit ausgeprägtem Wachstumshormonmangel
Imnovid (Pomalidomid)	Zulassung nur als Kombinationstherapie mit Dexamethason
Instanyl, Instanyl Nasenspray (Fentanyl)	siehe Abstral
Janumet (Sitagliptin, Metformin)	fehlende Indikation
Januvia (Sitagliptin)	fehlende Indikation
Laventair Ellipta	fehlende Indikation
Levetiracetam	fehlende Indikation
Lyrica (Pregabalin)	zur Behandlung von peripheren und zentralen neuropathischen Schmerzen im Erwachsenenalter
Mabthera (Rituximab)	Zulassung für die Behandlung z.B. von Non-Hodgkin-Lymphom, chronischer lymphatischer Leukämie, rheumatoider Arthritis
Memando, Memantin, Memantine	Zulassung zur Behandlung von moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz
Modafinil	Zulassung zur Behandlung von Erwachsenen mit exzessiver Schläfrigkeit, die mit Narkolepsie mit oder ohne Kataplexie einhergeht (Verordnungseinschränkung: AM-RL, Anlage III Nr. 44)
Mowel, Myfortic (Mycophenolsäure)	siehe Cellcept
Nebido (Testosteron)	zur Testosteronsubstitution bei männlichem Hypogonadismus, wenn der Testosteronmangel klinisch und labormedizinisch bestätigt wurde
Neupro	fehlende Indikation
Norditropin (Somatotropin)	siehe Genotropin
Novaminsulfon (Metamizol)	fehlende Indikation
Oxcarbazepin	fehlende Indikation
Pecfent (Fentanyl)	Zulassung nur für Durchbruchschmerzen bei Tumorpatienten mit Opioiden als Basistherapie
Pentasa Xtend (Mesalazin)	Zulassung nur für leichte bis mittelschwere Colitis ulcerosa
Pradaxa (Dabigatran)	Indikation gemäß Zulassung beachten
Pramipexol	fehlende Indikation
Pregabador (Pregabalin)	siehe Lyrica

Prograf (Tacrolimus)	Zulassung als Prophylaxe der Transplantatabstoßung bei Leber-, Nieren- oder Herztransplantatempfängern oder zur Behandlung der Transplantatabstoßung, die sich gegenüber anderen Immunsuppressiva als therapieresistent erweist
Protopic 0,1% Salbe (Tacrolimus)	keine Zulassung für Kinder unter 16 Jahre
Remicade (Infliximab)	Zulassung in Kombination mit Methotrexat
Resolor (Prucaloprid)	fehlende Indikation
Ropinirol	fehlende Indikation
Salofalk (Mesalazin)	fehlende Indikation
Sativex (Cannabis)	Zulassung zur Behandlung der Spastik aufgrund einer MS-Erkrankung, soweit eine alternative antispastische Therapie nicht wirksam ist
Selenase (Selen(IV)-Ionen)	Bestehen eines nachgewiesenen Selenmangels, der durch Ernährung nicht behebbar ist
Sevikar HCT (Olmesartanmedoxomil, Amlodipin, Hydrochlorothiazid)	Zulassung zur Behandlung als Zusatztherapie bei erwachsenen Patienten, deren Blutdruck mit einer Kombination von Olmesartanmedoxomil und Amlodipin, eingenommen in Form einer Zweierkombination, nicht ausreichend kontrolliert werden kann
Slenyto (Melatonin)	Zulassung zur Behandlung von Schlafstörungen (Insomnie) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 2-18 Jahren mit Autismus-Spektrum-Störung (ASS) und/oder Smith-Magenis-Syndrom, wenn Schlafhygienemaßnahmen unzureichend waren
Sormodren (Bornaprin)	fehlende Indikation
Symbicort (Budesonid, Formoterol)	fehlende Indikation
Testogel (Testosteron)	siehe Nebido
Trevicta (Paliperidon)	Zulassung zur Erhaltungstherapie der Schizophrenie bei Erwachsenen
Truxima (Rituximab)	Zulassung für die Behandlung z.B. von Non-Hodgkin-Lymphom, chronischer lymphatischer Leukämie, rheumatoider Arthritis
Twynsta (Telmisartan, Amlodipin)	Zulassung zur Erweiterung der Therapie der essentiellen Hypertonie bei Erwachsenen, deren Blutdruck durch eine Therapie mit Amlodipin 5 mg allein nicht ausreichend kontrolliert werden kann
Ultibro Breezhaler (Indacaterol, Glycopyrronium-Kation)	Zulassung für die bronchialerweiternde Erhaltungstherapie zur Symptomlinderung bei Erwachsenen mit COPD
Valdoxan (Agomelatin)	fehlende Indikation
Valsamtrio (Amlodipin, Valsartan, Hydrochlorothiazid)	Zulassung zur Behandlung der essenziellen Hypertonie als Ersatztherapie bei erwachsenen Patienten, deren Blutdruck durch die Kombination aus Amlodipin, Valsartan und Hydrochlorothiazid (HCT), die entweder in Form der drei einzelnen Komponenten oder als Zweierkombination und einer Einzelkomponente gegeben wurde, ausreichend kontrolliert ist
Versatis, Versatis Pflaster (Lidocain)	Zulassung zur Linderung der Symptome von neuropathischen Schmerzen nach einer Herpes-Zoster-Infektion bei Erwachsenen
Victoza (Liraglutid)	fehlende Indikation
Vimpat (Lacosamid)	fehlende Indikation
Voncento	Zulassung zur Behandlung eines von Willebrand Syndrom oder Hämophilie A
Xarelto	fehlende Indikation
Xelevia (Sitagliptin)	fehlende Indikation
Xeplion (Paliperidon)	Zulassung zur Erhaltungstherapie der Schizophrenie bei Erwachsenen
Yentreve (Duloxetin)	Zulassung zur Behandlung von Frauen ab einer mittelschweren Belastungsinkontinenz

Sonstige Prüfgründe	
Cannabinoide (Cannabis, Dronabinol)	§31 Abs. 6 SGB V - Cannabis darf erst nach Genehmigung durch die Krankenkasse verordnet werden.
Fehlende Diagnose	Stellungnahme mit nachgereichter Diagnose einreichen, um Regress abzuwenden: ausfüllbare Vorlage für Stellungnahme: <a href="http://www.wipmv.de/download/Vorlage_Stellungnahme.pdf">http://www.wipmv.de/download/Vorlage_Stellungnahme.pdf</a>
Fiktiv zugelassene Arzneimittel	Fiktiv zugelassene Präparate sind nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig.
Hormonelle Kontrazeptiva	Hormonelle Kontrazeptiva zu Lasten der GKV sind bis zum vollendeten 22. Lebensjahr verordnungsfähig (§24a SGB V).
Impfstoffe (z.B. Gardasil, Shingrix)	<p><b>Nichtbeachtung der Schutzimpfungsrichtlinie:</b>  In der Regel werden Impfstoffe als Sprechstundenbedarf verordnet. In der Schutzimpfungs-Richtlinie ist ersichtlich, welche Schutzimpfungen Leistung der gesetzlichen Krankenkassen sind. Die Verordnung dieser Impfstoffe <b>erfolgt als Sprechstundenbedarf</b> ohne Patientennamen auf dem Arzneverordnungsblatt (Muster 16). Die Markierungsfelder 8 und 9 sind zu kennzeichnen.</p> <p>Zusätzlich vereinbarte Satzungsimpfungen werden auf den Namen des Patienten (Muster 16) verordnet, insofern die jeweilige Krankenkasse eine Vereinbarung mit der KVMV abgeschlossen hat. Eine Übersicht befindet sich im Downloadbereich des KV-SafeNet (Verträge und Vereinbarungen -&gt; weitere Verträge -&gt; Impfvereinbarungen)  Wenn Impfungen weder in der SI-RL geregelt sind noch als Satzungsimpfung gelten, erfolgt die Verordnung auf Privat Rezept und der Patient kümmert sich selbst um die Kostenübernahme.</p>
Krankenbeförderung / Krankenfahrten	<p>Nichtbeachtung der <b>nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit</b> (Krankentransport-Richtlinie, §3 Abs. 2)  Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots bei der <b>Wahl des geeigneten Beförderungsmittel</b> (Krankentransport-Richtlinie, §4)</p>

<p>Lipidsenker (allgemein)</p> <p>- Fixkombination Ezetimib mit Statinen (z.B. Antilia, Atorimib, Atozet, Iltria, Tioblis)</p> <p>- PCSK-9-Inhibitoren (Alirocumab und Evolocumab)</p>	<p>AM-RL, Anl. III Nr. 35 - sind verordnungsfähig bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bestehender vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK)</li> <li>- bei hohem kardiovaskulärem Risiko (über 20% Ereignisrate/10 Jahre)</li> <li>- bei Patienten mit genetisch bestätigtem Familiären Chylomikronämie-Syndrom und einem hohen Risiko für Pankreatitis</li> </ul> <p>Beachtung Wirtschaftlichkeit AM-RL - §9 Abs. 2 Nr.1 - prüfen, ob Einzelverordnung möglich ist</p> <p>AM-RL, Anl. III Nr. 35a und b</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verordnungseinschränkung zur Indikation genau beachten</li> <li>- Einleitung und Überwachung der Therapie muss durch definierte Fachärzte erfolgen</li> </ul>
<p>Nichtbeachtung von Verträgen und Richtlinien</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verordnung während eines stationären Aufenthalts (BMV-Ä §3 Abs. 2 Punkt 8)</li> <li>- Verordnung während eines Rehabilitationsaufenthalt, wenn Kostenträger Deutsche Rentenversicherung (§4 Abs. 2, §42 Abs. 2 SGB IX und §15 Abs. 1 SGB VI)</li> <li>- Verordnung nach dem Todestag (AM-RL §8 Abs.2 und BMV-Ä §13, §15, §29)</li> <li>- Verordnungen ohne eigenhändige Unterschrift des Vertragsarztes (AMVV)</li> <li>- verordnete Packungsgröße soll an die Art und Dauer der Erkrankung angepasst werden (AM-RL §9 Abs. 3)</li> </ul>
<p>Scopoderm Membranpflaster</p>	<p>§34 Abs. 1 Satz 6 SGB V - Verordnungsaußchluss von Arzneimitteln gegen Reisekrankheit bei Erwachsenen</p>
<p>Substitution (Betäubungsmittel) z.B. Subutex</p>	<p>Voraussetzung für das Verschreiben von Substitutionsmitteln: suchtmedizinische Qualifikation des Arztes (BTMVV §5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärzte ohne suchtmedizinische Qualifikation müssen sich zu Beginn der Behandlung mit einem suchtmedizinisch qualifizierten Arzt abstimmen sowie sicherstellen, dass sich sein Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal in jedem Quartal dem suchtmedizinisch qualifizierten Arzt im Rahmen einer Konsiliarbehandlung vorstellt.</li> </ul>

Stand: 24.08.2022

Abkürzungsverzeichnis:

Abs.	Absatz
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
Anl.	Anlage
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BTM	Betäubungsmittel
BTMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
MLD	Manuelle Lymphdrainage
SGB	Sozialgesetzbuch
SI-RL	Schutzimpfungs-Richtlinie