

GBA klopft Dokumentationspflicht fest

Vertragsärzte dürfen in Einzelfällen auch Arzneimittel verordnen, die auf Kassenrezept ausgeschlossen sind. Doch nur mit in der Akte dokumentierter Begründung, hat der GBA jetzt festgelegt.

Von Hauke Gerlof

BERLIN. Die Verordnung von Arzneimitteln, die auf Kassenkosten eigentlich nicht verordnungsfähig sind, muss begründet werden – und die Begründung in der Patientenakte dokumentiert werden. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss jetzt mit einem Beschluss klargestellt, der Ende Januar in Kraft getreten ist.

Auslöser für die Klarstellung seien unterschiedliche Rechtsauffassungen der Sozialgerichte dazu gewesen, wie Ärzte ihre Therapieentscheidung begründen und dokumentieren müssen, wenn sie in Ausnahmefällen solche Medikamente verschreiben, [heißt es in der Begründung des Beschlusses](#). Diese hatten in einigen KVen zu Problemen in Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren und Regressen geführt.

So habe das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (Beschluss vom 15.02.2012, Az.: L9 KR 292/10) in einem Urteil gefordert, dass eine Dokumentation auf dem Rezept oder als Information an die Krankenkasse erfolgen muss. Vor allem unter Datenschutzaspekten, sei diese Sicht nicht akzeptabel, schreibt dazu die KBV. Dagegen stand die Rechtsauffassung des Sozialgerichts Dresden, dass es für die Begründung einer Ausnahmeindikation auf die Dokumentation in den Patientenunterlagen ankommt. Das Bundessozialgericht folgte schließlich 2014 dieser Auffassung (Az.: B 6 KA 25/13), die jetzt zur Klarstellung vom GBA in die Arzneimittelrichtlinie übernommen worden ist.

Maßgeblich für den Ausschluss aus der vertragsärztlichen Versorgung ist [die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie](#). Begründet wird der Ausschluss laut Arzneimittelrichtlinie damit, dass „der diagnostische oder therapeutische Nutzen oder die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen“ ist. Das kann auch durchaus gebräuchliche Arzneimittel betreffen. So sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel außer bei Kindern und bei schwerwiegenden Erkrankungen in der Regel bekanntlich von der Verordnung auf Kassenkosten ausgeschlossen. Weiteres Beispiel: Unter Punkt 11 der Liste von Anlage III stehen orale Antidiabetika, „ausgenommen nach erfolglosem Therapieversuch mit nichtmedikamentösen Maßnahmen“. Die zuvor versuchten Therapiemaßnahmen seien zu dokumentieren, heißt es weiter.

Die Dokumentation der Begründung in der Patientenakte selbst ist laut Richtlinie kein Hexenwerk: „Im Regelfall genügt die Angabe der Indikation und gegebenenfalls die Benennung der Ausschlusskriterien für die Anwendung wirtschaftlicher Therapiealternativen“, heißt es dazu in Paragraph 10 der Richtlinie.

Im Klartext: Wer also kurz beschreibt, warum der Patient nicht ein auf Kassenkosten verordnungsfähiges Arzneimittel bekommen kann, ist bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung auf der sicheren Seite.

So steht es im Gesetz

Paragraf 31 SGB V: „Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 (Arzneimittel-Richtlinie, d. Red.) von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen.“