



Editorial

Amtliche Bekanntmachung

Änderungen/Ergänzungen der Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mit Wirkung zum 01.07.2012, zum 01.01.2013 und zum 01.07.2013, vorbehaltlich der Benennungsherstellung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen

Ihre Fachinformationen

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
 - Honorarberichte der KBV 1
 - Abrechnung von postoperativen Behandlungskomplexen nach Kapitel 31.4 EBM 2
 - Hinweise zur Blankoformularbedruckung 2
- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
 - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 3
 - Frühe Nutzenbewertung – Arzneimittel-Infoservice der KBV 4
 - Wirkstoff AKTUELL zu Dabigatranetexilat bei nicht valvulärem Vorhofflimmern 4
 - Vereinbarungen zum Arzneimittel- bzw. Heilmittelvolumen mit Wirtschaftlichkeitszielen und zu den Richtgrößen für 2013 4
 - Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie 4
 - Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und Antragsverfahren bei langfristigem Behandlungsbedarf 5
 - Ergänzung des ICD-10-Codes auf neuen Heilmittel-Verordnungsvordrucken 5
- **Qualitätssicherung**
 - Befunddokumentation im Rahmen der OP- und Anästhesievorbereitung 6
 - Anerkannte interdisziplinäre Schmerzkonferenzen 6
- **Verträge**
 - Hausarztzentrierte Versorgung – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn 6
 - Übersicht der an dem IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden BKKn und teilnehmenden stationären Einrichtungen 6
 - Vertrag „Starke Kids Thüringen“ – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn 7
- **Ärztliche Selbstverwaltung**
 - Vertreterversammlung der KV Thüringen vom 27.02.2013 7

Terminkalender

- Termine zur Abrechnungsannahme für das 1. Quartal 2013 11
- 8. Geraer Symposium „Ambulante Chirurgie“ am 13.04.2013 11

9. Gesundheitsstammtisch am 22.05.2013	11
Diabetesassistent(en)/-innen – Kurs DDG in Weimar	12
Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen	12
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	14

Anlagen

- Anlage 1 – Wirkstoff AKTUELL zu Dabigatranetexilat – Ausgabe 1/2013
- Anlage 2a – Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2013 / 1. Protokollnotiz zur Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2013 vom 17.12.2012
- Anlage 2b – Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2013 (Richtgrößen-Vereinbarung/Arzneimittel)
- Anlage 3a – Heilmittel-Vereinbarung für das Jahr 2013 nach § 84 Abs. 8 i. V. m. Abs. 1 SGB V
- Anlage 3b – Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel für das Jahr 2013 (Richtgrößen-Vereinbarung/Heilmittel)
- Anlage 4 – Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie: Umsetzung der STIKO-Empfehlungen Juli 2012
- Anlage 5 – Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sowie bei langfristigem Heilmittelbedarf
- Anlage 6 – Befunddokumentation im Rahmen der OP- und Anästhesievorbereitung
- Anlage 7 – Interdisziplinäre Schmerzkonferenzen in Thüringen
- Anlage 8 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen
- Anlage 9 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen
- Anlage 10 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

Verordnungstipps

Fragen und Antworten zu den Neuregelungen bei der Anerkennung von Heilmittel-Praxisbesonderheiten und langfristigem Heilmittelbedarf

Beilagen

Fortbildungskalender für das 2. Quartal 2013

Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschließlich Anmeldeformular (gelbes Blatt)

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

verantwortlich: Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer

Redaktion: Babette Landmann

Telefon: 03643 559-0

Telefax: 03643 559-191

Internet: www.kvt.de

E-Mail: info@kvt.de

Druck: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

gut Ding will Weile haben. So scheint es in diesem Jahr mit dem Frühling zu sein. Und so ist es auch, wenn es um Veränderungen im KV-System geht, insbesondere dann, wenn extrem „große Räder gedreht“ werden. Das ist zurzeit der Fall. Die KBV-Vertreterversammlung hat bereits vor einem Jahr die endgültige Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung beschlossen. Jetzt liegt dazu ein konkreterer Beschluss der letzten KBV-Vertreterversammlung vor, der sich zurzeit im Verfahren der Einvernehmensherstellung mit dem GKV-Spitzenverband befindet. Es wird also voraussichtlich ab 01.07.2013 neben dem Labor- und dem ärztlichen Notdienst-Topf, die gemeinsam getragen werden, zwei große Geldtöpfe für die beiden Versorgungsbereiche geben, die dann entsprechend getrennt weiterentwickelt werden können.

In diesem Zusammenhang wurde eine Veränderung im fachärztlichen EBM beschlossen: die Einführung der Pauschale für die fachärztliche Grundvergütung (PFG), die nunmehr voraussichtlich für fachärztliche Grundversorgerleistungen bezahlt werden soll, unabhängig von verschiedenen Facharztgruppen. Ausgenommen davon sind rein auftragsnehmende Ärzte. Die Förderung der fachärztlichen Grundversorgung ist ein wesentliches Anliegen auch unseres Vorstandes. Darüber gibt es in Ärztekreisen relativ wenige Diskussionen.

Viel mehr Furore macht der neue Hausarzt-EBM. Hier haben unterschiedliche Interessengruppen im Hausarztbereich in Deutschland divergierende Meinungen. Da mag sicher Verwirrung aufkommen, liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn Sie in die entsprechende Fachpresse schauen. Neben sachlichen Darstellungen wie in unserem letzten Rundschreiben oder in „Arzt und Wirtschaft“ wird in anderen Blättern polemisiert und verteufelt. Grund für eine Notwendigkeit der Neustrukturierung des Hausarzt-EBM ist die Unmöglichkeit, bei einem hohen Pauschalierungsgrad wie jetzt, die hausärztlichen Leistungen darzustellen und entsprechend zu honorieren. Auch im Hinblick auf die Weiterentwicklung des „Hausarzttopfes“ muss man später darstellen können, wo und wie Versorgung stattfindet. Durch diesen EBM wird die Möglichkeit eröffnet, eine Grundfinanzierung der Praxis zu erreichen sowie gerätetechnisch Investitionen tätigen zu können, die sich durch

eine Leistungserbringung außerhalb des Hamsterrades amortisieren. Für junge Kollegen könnte damit die Attraktivität steigen, eine eigene Hausarztpraxis zu führen.

Der hausärztliche Versorgungsauftrag, präzisiert im Bundesmantelvertrag, Anlage 5a, wird dadurch gestärkt und die hausärztlichen Praxen zukunftsfähig gemacht. Das ist auch für uns in der KV Thüringen das wesentlichste Anliegen. Wert und wichtig ist uns darüber hinaus jede KollegIn, die Leistungen erbringt, die jetzt unglücklicherweise als „untypisch“ bezeichnet werden. Das zeichnet die Vielfalt unserer medizinischen Versorgung aus.

Im Spannungsfeld des steigenden Alters und der Morbidität der Thüringer Bevölkerung und den daraus erwachsenden Anforderungen an die ambulante medizinische Versorgung müssen wir als Vertragsärzte unsere Ressourcen nutzen, aber auch sehr genau unseren Pflichten nachkommen.

Im Bezug auf sich häufende Anfragen und Beschwerden von Patienten, die keinen Arzt finden (z. B. nach Wohnortwechsel) möchten wir Sie noch einmal dringend darauf hinweisen, dass der Arzt im Rahmen seiner Kassenzulassung grundsätzlich verpflichtet ist, sozialversicherte Patienten nach Maßgabe der Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln. Patienten dürfen nicht abgewiesen werden, es sei denn, es liegt eine objektivierbare Überlastung oder ein gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis vor.

Sollten Sie Fragen zu den o. g. Themen oder darüber hinaus haben, sind wir gerne bereit, in Regionalstellenversammlungen Rede und Antwort zu stehen, Probleme im persönlichen Gespräch oder schriftlich zu klären.

Ein frohes Osterfest und einen sonnigen Frühling wünscht Ihnen

Ihre



Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende

Amtliche Bekanntmachung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen hat in ihrer Sitzung am 27.02.2013 folgende Änderungen/Ergänzungen der Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mit Wirkung zum 01.07.2012, zum 01.01.2013 und zum 01.07.2013, vorbehaltlich der Benehmensherstellung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, beschlossen. Änderungen und Ergänzungen sind durch Streichungen bzw. Fettdruck hervorgehoben; ausgenommen sind die Überschriften der Paragraphen.

Eine Lesefassung des geänderten Honorarverteilungsmaßstabes finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen unter www.kvt.de.

I. Bestätigung der vorläufigen Beschlussfassung des Vorstandes hinsichtlich der Regelungen zum Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, amtlich bekannt gemacht im Rundschreiben 12/2012

II. Änderungen/Ergänzungen zum 01.07.2012

§ 8 Aufteilung des Honorarvolumens für den hausärztlichen Versorgungsbereich

Ergänzung Abs. (3):

...

Für Ärzte, die in anderen KV-Bereichen zugelassen sind und ihre Tätigkeit im Bereich der KV Thüringen eine Ermächtigung besitzen, berechnet sich der Grenzwert der individuellen Punktzahl aus der Leistungsanforderung des Abrechnungsquartals bis maximal zum Durchschnittswert der vergleichbaren niedergelassenen Fachgruppe.

Für Ärzte, die in anderen KV-Bereichen zugelassen sind und durch Gründung einer KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft per Gesetz im Bereich der KV Thüringen tätig werden können, berechnet sich die individuelle Punktzahl aus der Leistungsbedarfsanforderung des Abrechnungsquartals. Die abgerechneten Leistungen werden zu 65 Prozent mit dem Orientierungspunktwert und die darüber hinausgehenden Leistungen mit dem floatenden Punktwert der Fachgruppe vergütet. Der sich berechnende Grenzwert darf den mittleren Fachgruppenwert nicht überschreiten.

Ärzte, die in Job-Sharing-Praxen tätig sind und gemäß Bedarfsplan einen Tätigkeitsumfang von „0“ haben (Job-Sharing-Junior), bekommen keine individuelle Punktzahl. Ihre Leistungsanforderungen des Vorjahresquartals wird zu dem IPV-Grenzwert des anstellenden Arztes (Job-Sharing-Senior) addiert. Auf die Leistungsanforderungen der Job-Sharing-Partner wird kein Kooperationszuschlag gewährt.

...

§ 9 Aufteilung des Honorarvolumens für den fachärztlichen Versorgungsbereich

Ergänzung Abs. (3):

...

Für Ärzte, die in anderen KV-Bereichen zugelassen sind und ihre Tätigkeit im Bereich der KV Thüringen eine Ermächtigung besitzen, berechnet sich der Grenzwert der individuellen Punktzahl aus der Leistungsanforderung des Abrechnungsquartals bis maximal zum Durchschnittswert der vergleichbaren niedergelassenen Fachgruppe.

Für Ärzte, die in anderen KV-Bereichen zugelassen sind und durch Gründung einer KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft per Gesetz im Bereich der KV Thüringen tätig werden können, berechnet sich die individuelle Punktzahl aus der Leistungsbedarfsanforderung des Abrechnungsquartals. Die abgerechneten Leistungen werden zu 65 Prozent mit dem Orientierungspunktwert und die darüber hinausgehenden Leistungen mit dem floatenden Punktwert der Fachgruppe vergütet. Der sich berechnende Grenzwert darf den mittleren Fachgruppenwert nicht überschreiten.

Ärzte, die in Job-Sharing-Praxen tätig sind und gemäß Bedarfsplan einen Tätigkeitsumfang von „0“ haben (Job-Sharing-Junior), bekommen keine individuelle Punktzahl. Ihre Leistungsanforderungen des Vorjahresquartals wird zu dem IPV-Grenzwert des anstellenden Arztes (Job-Sharing-Senior) addiert. Auf die Leistungsanforderungen der Job-Sharing-Partner wird kein Kooperationszuschlag gewährt.

...

III. Änderungen/Ergänzungen zum 01.01.2013

§ 1 Geltungsbereich

Ergänzung Abs. (5):

- (5) Für die Honorarverteilung gelten die Vorgaben der KBV gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V.

§ 3 Vorwegabzüge vor Trennung der Gesamtvergütung

Streichung Abs. (2) 3. Anstrich:

- ~~(2) antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM durch Psychotherapeuten sowie Arztgruppen gemäß § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V (unter Beachtung der Kapazitätsgrenzen gemäß § 13).~~

§ 5 Vergütung und Steuerung der Labor-, Konsiliar- und Grundpauschale (GOP 12210 und 12220 EBM) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen

Änderung Abs. (3):

- ~~(3) Bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens gemäß Abs. (1) wird die bundeseinheitliche Abstufungsquote „Q“ entsprechend angepasst.~~

Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens gemäß Abs. (1) ist sicherzustellen, dass mindestens die bundeseinheitliche Abstufungsquote „Q“ vergütet wird. Die Vergütung für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) wird bei Überschreitung des Vergütungsvolumens gemäß Abs. (1) veranlasserbezogen anteilig aus den Rückstellungen für Fehlschätzungen gemäß § 8 Abs. (1) g und § 9 Abs. (1) e ausgeglichen.

~~§ 6 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen~~

§ 6 (unbesetzt)

~~Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen~~

- ~~(1) Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen werden aus dem gemäß Abs. (2) gebildeten Vergütungsanteil unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung auf der Basis des Vorjahresquartals vergütet.~~
- ~~(2) Die Höhe des Vergütungsvolumens wird bestimmt durch die Ermittlung des für das Vorjahresabrechnungsquartal unter Beachtung der Versichertenentwicklung zutreffenden um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und Psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM, der im § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, zzgl. der Anpassung in Höhe von 0,1722 % in Konsequenz aus dem GKV-Org-WG (EBA, 15. Sitzung vom 2. September 2009, Teil B, Punkt 3.3); für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden MGV enthalten sind (Schritt 17 der Vorgaben zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Leistungsvolumens).~~
- ~~(3) Die GOP des Abschnitts 35.2 des EBM für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erhalten die Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung.~~

§ 7 Versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen

Änderung Abs. (1):

- (1) Die nach Abzug der Vorwegabzüge gemäß §§ 4 bis 6 gebildete und zutreffende kassenübergreifende MGV ist entsprechend den **jeweils gültigen** Vorgaben der KBV zur Trennung der Gesamtvergütung (~~Stand 15. Dezember 2011~~ – (Teil B) auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich zu verteilen. Es entsteht jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.

Änderung Abs. (5):

- (5) **Die jeweils gültigen** Vorgaben der KBV zur Bereinigung der MGV, die Auswirkung auf die Teilung der MGV in das haus- und fachärztliche versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen haben, sind anzuwenden.

Ergänzung Abs. (6) und (7):

- (6) **Das infolge des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012 zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des EBM zur Verfügung gestellte Honorarvolumen wird unter Beachtung der Vorgaben der Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und fachärztlichen Anteil im fachärztlichen Versorgungsbereich den fachärztlichen Verteilungsvolumen der Arztgruppen der Grundversorgung (Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Neurologen, Nervenheilkunde und Psychiatrie, Orthopäden, Urologen und Fachärzte für Physikalische und rehabilitative Medizin, ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten gemäß § 13 HVM) und im hausärztlichen Versorgungsbereich den Arztgruppen der Haus- und Kinderärzte zugeführt.**
- (7) **Die Aufteilung des Honorarvolumens ab dem I. Quartal 2013 gemäß Abs. (6) zwischen den entsprechenden Fachgruppen im jeweiligen Versorgungsbereich erfolgt entsprechend der anerkannten Punktzahlanforderung der Fachgruppe im Vorjahresquartal an der anerkannten Gesamtpunktzahlanforderung der betroffenen Fachgruppen des Versorgungsbereiches im Vorjahresquartal.**

§ 8 Aufteilung des Honorarvolumens für den hausärztlichen Versorgungsbereich

Änderung Abs. (1):

- (1) Das Honorarvolumen für den hausärztlichen Versorgungsbereich ergibt sich aus der trennungsrelevanten Gesamtvergütung des jeweiligen Quartals gemäß § 7 in Verbindung mit den **jeweils gültigen** Vorgaben der KBV.

Änderung Abs. (3) a):

- (3) Für die Ermittlung der Auszahlungspunktwerte wird je Arzt (LANR) eine nach der Punktzahlanforderung abgestaffelte Vergütung wie folgt vorgenommen:

Von der individuellen Punktzahl des Abrechnungsquartals werden je Arzt

- a) bis zu 65 % der individuellen Punktzahl des Vergleichs quartals (Vorjahresquartal) mit einem Punktwert von ~~3,5048~~ **3,5363** Ct.,

...

§ 9 Aufteilung des Honorarvolumens für den fachärztlichen Versorgungsbereich

Änderung Abs. (1) b):

- b) Nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen außerhalb Kapitel 35.2 EBM sowie der **GOP 35150 EBM** für die Ärzte, denen kein individuelles Punktzahlvolumen gemäß Abs. 3 zugeordnet wird und die in § 87 Abs. 2 genannt sind. gemäß § 87 b Abs. 2 (Punkt 2.1 Teil C der Vorgaben der KBV: Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Abschnitte 35.1 (ohne **GOP 35150 EBM**) und 35.3 EBM sowie sonstige Leistungen, die von Ärzten bzw. Psychotherapeuten erbracht werden, werden aus einem separaten Vergütungsvolumen vergütet. Das Vergütungsvolumen wird auf der Basis der Vergütung des Vorjahresquartals gebildet.

Ergänzung Abs. (1) h (letzter Satz):

- h) ...

Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine entsprechende Quotierung der Vergütung der Leistungen.

Änderung Abs. (3) a):

- (3) Für die Ermittlung der Auszahlungspunktwerte wird je Arzt (LANR) eine nach der Punktzahlanforderung abgestaffelte Vergütung wie folgt vorgenommen:

Von der individuellen Punktzahl des Abrechnungsquartals werden je Arzt

- a) bis zu 65 % der individuellen Punktzahl des Vergleichs quartals (Vorjahresquartal) mit einem Punktwert von ~~3,5048~~ **3,5363** Ct.,

§ 13 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Streichung Abs. (2):

- ~~(2) Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in Abs. (1) genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.~~

Aus Abs. 3 wird Abs. 2, aus Abs. 4 wird Abs. 3, aus Abs. 5 wird Abs. 4, aus Abs. 6 wird Abs. 5, aus Abs. 7 wird Abs. 6, aus Abs. 8 wird Abs. 7, aus Abs. 9 wird Abs. 8, aus Abs. 10 wird Abs. 9.

Änderung Abs. (3):

- (3) Je Arzt der in Abs. (1) genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der ~~Addition der~~ **den** Werten aus Abs. (2) ~~und Abs. (3)~~

Änderung Abs. (4):

- (4) Zur Vergütung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen werden die Honoraranteile gemäß ~~§ 6 Abs. (2)~~ gemindert um ~~§ 6 Abs. (3)~~ und § 9 Abs. (1) 2. Spiegelstrich b ~~zusammengefasst~~ **herangezogen**.

Änderung Abs. (7) und (8):

- (7) Die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit, gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung, sind bis zu der gemäß Abs. ~~(4)~~ **(3)** ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung aus dem Honorarvolumen gemäß Abs. ~~(5)~~ **(4)** zu vergüten.
- (8) Überschreitet die abgerechnete ärztliche Leistung bzw. therapeutische Zuwendungszeit, gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung die gemäß Abs. ~~(4)~~ **(3)** ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen vergütet. Der Punktwert ermittelt sich aus der Differenz des verbleibenden Honorarvolumens gemäß Abs. ~~(5)~~ **(4)**.

§ 15 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Änderung Abs. (1):

- (1) Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten kann eine Ausgleichszahlung erfolgen, **sofern** die Honorarminderung durch ~~Umstellung der Mengensteuerung auf diesen Änderungen im HVM~~ begründet ist. **Über Anträge auf Ausgleichszahlung wegen überproportionalen Honorarverlustes** entscheidet der Vorstand ~~über eine Ausgleichszahlung~~.

§ 16 Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens und der Fachgruppenkontingente bei Selektivverträgen

Ergänzung Abs. (1):

- (1) Gemäß §§ 73 b Abs. 7 Satz 2, 73 c Abs. 6 Satz 2, 140 Abs. 2 Satz 2 und 63/64 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge den Behandlungsbedarf nach § 87 a Abs. 3 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 87 c Abs. 4 SGB V entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der jeweils teilnehmenden Versicherten sowie den in dem jeweiligen Selektivvertrag vereinbarten Inhalt zu bereinigen. **Für die Bereinigung gelten die Vorgaben der KBV gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V – Teil F – in der jeweils gültigen Fassung.**

§ 17 Inkrafttreten

Änderung Abs. (1):

- (1) Der Honorarverteilungsmaßstab tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2012 in Kraft und ist erstmals auf die Abrechnung ab dem ~~1. Quartal 2013~~ **3. Quartal 2012** anzuwenden. **Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes treten entsprechend der jeweiligen Beschlussfassung der Vertreterversammlung in Kraft.**

IV. Änderungen/Ergänzungen zum 1. Juli 2013

§ 10 Regelungen für Kooperationsformen

Streichung Abs. (4):

- ~~(4) Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationsformen von fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (ohne Ärzte gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V), in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, wird darüber hinaus der Leistungsbedarf gemeinsam behandelter Patienten des Vorjahresquartals ermittelt und hiervon das individuelle Punktzahlvolumen je Arzt um 2 % erhöht.~~

Aus Abs. 5 wird Abs. 4.

Ergänzung Abs. (5):

- (5) **Die Absätze 1 bis 4 finden keine Anwendung für zugelassene Ärzte gem. § 101 Abs. 4 Nr. 4 SGB V.**

Ausgefertigt am: 27. Februar 2013
gez.: (Dienstsiegel)

Dr. med. Andreas Jordan
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Abrechnung/Honorarverteilung

Honorarberichte der KBV

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat erstmals im Sommer des Jahres 2012 einen Honorarbericht über die Entwicklung im 1. Halbjahr 2011 gegenüber dem 1. Halbjahr 2010 veröffentlicht. Daraufhin erfolgte der Honorarbericht für das 3. Quartal 2011 und Ende Februar wurde der Honorarbericht für das 4. Quartal 2011 ebenfalls veröffentlicht.

Der Bericht für das 4. Quartal 2011 schließt das erste Erscheinungsjahr erfolgreich ab. Dieser enthält auch eine Gesamtjahresübersicht im Vergleich zu den Jahren 2009 und 2010. In der nachfolgenden Tabelle können Sie das Ranking der KV-Regionen nach durchschnittlichen Honorarumsatz je Arzt und Quartal entnehmen.

Rang			Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in € Durchschnitt 1. Quartal – 4. Quartal		
2009	2010	2011		2009	2010	2011
1	1	1	Mecklenburg-Vorpommern	59.032	60.611	59.984
6	4	2	Sachsen	53.502	54.380	57.131
3	2	3	Sachsen-Anhalt	57.638	55.558	56.892
4	3	4	Thüringen	55.440	55.204	56.068
2	5	5	Niedersachsen	58.459	53.827	55.608
8	7	6	Westfalen-Lippe	53.109	52.770	54.010
7	6	7	Brandenburg	53.230	53.106	53.426
9	8	8	Bremen	51.923	52.094	52.907
11	10	9	Saarland	50.717	51.001	50.971
10	11	10	Rheinland-Pfalz	51.676	48.917	50.729
13	16	11	Bayern	47.998	44.423	50.430
16	13	12	Schleswig-Holstein	45.780	46.933	48.861
12	12	13	Baden-Württemberg	48.940	48.296	48.634
5	9	14	Hamburg	54.023	51.340	47.519
14	15	15	Nordrhein	46.891	45.816	46.753
15	14	16	Hessen	45.867	46.022	46.471
17	17	17	Berlin	40.072	38.569	39.564

Quelle: Abrechnungsstatistik der KBV, KBV-Honorarbericht 2011

Im Internetportal der KBV unter www.kbv.de/Publikationen/41532.html können Sie alle Honorarberichte nachlesen bzw. stehen dort zum Herunterladen bereit.

Ihr Ansprechpartner: Sven Auerswald, Telefon 03643 559-196

Abrechnung von postoperativen Behandlungskomplexen nach Kapitel 31.4 EBM

Postoperative Behandlungskomplexe nach Kap. 31.4 EBM sind nur dann vom Nicht-Operateur berechnungsfähig, wenn der Patient nach **ambulanter Operation** vom Operateur per Überweisungsschein zur postoperativen Behandlung an den Kollegen überwiesen wurde. Liegt keine Überweisung explizit für diese Leistung vor, kann vom Nicht-Operateur auch keine GOP aus Kapitel 31.4 EBM berechnet werden, da die 21-tägige postoperative Behandlung demzufolge vom ambulanten Operateur erbracht und abgerechnet wird.

Wichtig ist auch die Formular-genaue Abrechnung. Erhalten Sie einen solchen Überweisungsschein vom Operateur, wird dieser in der Praxis-EDV angelegt und es wird darauf der postoperative Behandlungskomplex unter Angabe des OP-Datums abgerechnet.

Wenn es sich um einen Überweisungsschein vom ambulanten Operieren am Krankenhaus handelt, wird keine LANR und BSNR des Überweisers eingetragen, sondern im Feld „Überweisung von anderen Ärzten“ der entsprechende Bereich des Krankenhauses als Veranlasser erfasst. Der Eintrag kann z. B. lauten: „amb. OP Klinik Niedergrunstedt“.

Ihre Ansprechpartner für alle Themen der Leistungsabrechnung:

Frau Rudolph App. 480	Frau Richter App. 456	Frau Böhme App. 454	Frau Bose App. 451	Frau Schöler App. 437	Frau Kokot App. 441
Frau Dietrich App. 494	Frau Grimmer App. 492	Frau Gimbel App. 430	Frau Reimann App. 452	Frau Stöpel App. 438	Frau Kölbel App. 444
Kinderärzte Internisten Allgemein- mediziner Praktische Ärzte	Kinderärzte Internisten Allgemein- mediziner Praktische Ärzte	Gynäkologen HNO-Ärzte Orthopäden Physikal. Med. Urologen	Neurologen Nervenärzte Psychiater Psychotherap. Augenärzte Hautärzte Notfälle/ Einricht., MVZ	ermächtigte Ärzte Fachchemiker Humangenetik Laborärzte Laborgemein- schaften Pathologen HNO-Ärzte	Belegärzte Chirurgen Radiologen Nuklearmediz. Dialyseärzte Dialyse-Einr. MKG Neurochirurgen Anästhesisten

Die Kontaktaufnahme ist auch per E-Mail an abrechnung@kvt.de möglich.

Hinweise zur Blankoformularbedruckung

Das Verfahren der Blankoformularbedruckung (BFB) ist eine zusätzliche Option für das eigenständige Erstellen vertragsärztlicher Formulare in der Arztpraxis. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat darauf hingewiesen, dass Blankoformulare mit einem Laserdrucker erzeugt werden müssen. Dabei darf der Laserdrucker nicht im Modus „Eco-Druck“ betrieben werden, da ansonsten die maschinelle Lesbarkeit nicht gewährleistet ist. Beim Ausdruck mehrerer ICD-10-Codes hintereinander ist zu beachten, dass diese mit Komma und anschließendem Leerzeichen auszudrucken sind.

Weitere allgemeine Hinweise:

1. Die BFB muss durch die Kassenärztliche Vereinigung für die jeweilige Betriebsstätte auf der Grundlage des verwendeten EDV-Systems genehmigt werden.
2. Dieses Verfahren darf nur für gesetzlich Krankenversicherte und Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse angewandt werden.
3. Ärzte verwenden grundsätzlich das spezielle BFB-Papier, außer bei Rezepten nach Muster 16. Psychotherapeuten drucken auf normalem weißem Papier aus, außer beim Muster 7. Das Spezial-Papier stellt die KV Thüringen im Rahmen der üblichen Formularbestellung zur Verfügung.

Entsprechende Informationen zu diesem Thema können Sie unserem Internetportal unter www.kvt.de (Rubrik: Mitglieder → Beratungsservice A-Z → B → Blankoformularbedruckung) entnehmen.

Ihre Ansprechpartner: Claus Wähnert, Telefon 03643 559-408
Angelika Kulpe, Telefon 03643 559-421

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

▪ Verordnungsfähige Medizinprodukte (Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Februar 2013 folgende Änderung in der Anlage V beschlossen:

Produktbezeichnung	Befristung der Verordnungsfähigkeit	Inkrafttreten des Beschlusses
Lubricano® Steriles Gel	13.01.2014	14.01.2013

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) weist darauf hin, dass die Anlage V noch erweitert wird. Bitte beachten Sie, dass eine einmal befristete Verordnungsfähigkeit nicht immer verlängert wird. Einige Produkte sind dadurch inzwischen wieder entfallen. Achten Sie auf die Angaben Ihrer Praxissoftware oder prüfen Sie häufig verordnete Medizinprodukte in größeren Abständen anhand der veröffentlichten produktbezogenen Übersichten.

Die derzeit zu Lasten der GKV bei bestimmten Indikationen verordnungsfähigen Medizinprodukte finden Sie unter www.g-ba.de oder im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de. Medizinprodukte mit arzneimittelähnlichem Charakter sind nur noch dann zu Lasten der GKV verordnungsfähig, wenn sie in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) gelistet sind. Das gilt auch für Verordnungen im Sprechstundenbedarf.

▪ Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII der Arzneimittel-Richtlinie)

Bei **neu eingeführten Wirkstoffen** bewertet der G-BA den Nutzen von erstattungsfähigen Arzneimitteln. Hierbei wird insbesondere der Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie bewertet und es werden Hinweise zur wirtschaftlichen Ordnungsweise gegeben. Im März hat der G-BA weitere Beschlüsse im Rahmen der frühen Nutzenbewertung gefasst und in die Anlage XII der AM-RL aufgenommen.

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*
Perampanel (Fycompa®) 07.03.2013	Zusatztherapie fokaler Anfälle bei Epilepsiepatienten ab 12 Jahre	Der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie ist nicht belegt. Zweckmäßige Vergleichstherapie: Lamotrigen. In den Fällen, in denen Lamotrigen als Monotherapie angewandt wird, stellt Topiramamat als Zusatztherapie die zweckmäßige Vergleichstherapie dar.
Ruxolitinib (Jakavi®) 07.03.2013	Behandlung krankheitsbedingter Splenomegalie und Symptomen der Myelofibrose	Geringer Zusatznutzen, da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.

* Den vollständigen Text finden Sie im jeweiligen Beschluss des G-BA bzw. in der Fachinformation des Arzneimittels unter Punkt 4.1. Anwendungsgebiete.

Es ist nicht auszuschließen, dass die Verordnung in den Anwendungsgebieten, in denen ein Zusatznutzen nicht belegt ist, das Arzneimittel jedoch deutlich teurer ist als die zweckmäßige Vergleichstherapie, bis zum Abschluss der Erstattungsvereinbarung von den Krankenkassen als unwirtschaftlich erachtet wird.

Den Beschlüssen schließen sich die Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Herstellern über die Erstattungsbeträge an. Sollte nach sechs Monaten keine Einigung erzielt worden sein, wird das Schiedsamt innerhalb von drei weiteren Monaten entscheiden.

Alle Beschlüsse sowie die tragenden Gründe finden Sie im Internet unter www.g-ba.de.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Frühe Nutzenbewertung – Arzneimittel-Infoservice der KBV

Das Verfahren der frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V hat sich etabliert. Zu mehr als 30 neuen Wirkstoffen bzw. Kombinationen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Entscheidungen zum Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie getroffen.

Die Vielzahl erschwert den Überblick in der täglichen Praxis. Vor diesem Hintergrund hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Thematik im Arzneimittel-Infoservice (www.arzneimittel-infoservice.de) ausführlicher dargestellt. Alle Wirkstoffe sind alphabetisch sortiert. Neben Wirkstoff, Präparatename und Anwendungsgebiet sind die Ergebnisse der Nutzenbewertung und der Hersteller aufgeführt. Unter der Rubrik „Hinweise für die Praxis“ werden die Anforderungen an die qualitätsgesicherte Anwendung und die Auswirkungen auf die Vertragsarztpraxis z. B. durch die Anerkennung als Praxisbesonderheit erläutert.

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763

Wirkstoff AKTUELL zu Dabigatranetexilat bei nicht valvulärem Vorhofflimmern

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) stellt in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft Informationen „Wirkstoff AKTUELL“ zur Verfügung. Die Veröffentlichung erfolgt auch im Deutschen Ärzteblatt. Darin werden Hinweise zu Indikation, therapeutischen Nutzen und Preisen von zugelassenen Therapien zur Verfügung gestellt, deren Bewertung relevante Studien und Leitlinien zugrunde liegen. Bitte beachten Sie diese Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise unter Bewertung des therapeutischen Nutzens bei der Verordnung der jeweiligen Arzneimittel.

In der **Anlage 1** dieses Rundschreibens erhalten Sie das Informationsblatt „Wirkstoff AKTUELL“ Ausgabe 1/2013 zu Dabigatranetexilat bei nicht valvulärem Vorhofflimmern. Diese aktuelle Version finden Sie, wie alle bisherigen Informationsblätter, auf den Internetseiten der KBV unter www.kbv.de/publikationen/116.html bzw. www.kbv.de/ais.

Ihre Ansprechpartner: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763
Dr. Urs Dieter Kuhn, Telefon 03643 559-767

Vereinbarungen zum Arzneimittel- bzw. Heilmittelvolumen mit Wirtschaftlichkeitszielen und zu den Richtgrößen für 2013

Als **Anlagen 2a/b sowie 3a/b** zu diesem Rundschreiben werden die Vereinbarungen zu den Arzneimittel- und Heilmittelvolumina und den entsprechenden Richtgrößen für das Jahr 2013 veröffentlicht. Ebenso finden Sie diese Vereinbarungen im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → Mitglieder → Verträge → Arzneimittelvereinbarungen bzw. Heilmittelvereinbarungen bzw. Richtgrößenvereinbarungen. Hinweise zu den Stoffgruppen der Zielvereinbarung im Arzneimittelbereich fanden Sie bereits im Rundschreiben 1/2013. Die Richtgrößen wurden im Rundschreiben 12/2012 amtlich bekannt gemacht.

Ihre Ansprechpartner: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763
Dr. Urs Kuhn, Telefon 03643 559-767
Thomas Kaiser, Telefon 03643 559-771

Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie

Zum 13.03.2013 trat ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie in Kraft. Damit erfolgt nun die Umsetzung der STIKO-Empfehlungen vom Juli 2012. Den vollständigen Text des Beschlusses finden Sie in **Anlage 4** dieses Rundschreibens.

Die vollständige Richtlinie, alle Beschlüsse sowie die tragenden Gründe finden Sie auf der Internetseite des gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de).

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763

Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und Antragsverfahren bei langfristigem Behandlungsbedarf

Gemäß § 8 Abs. 4 der Heilmittel-Richtlinie (HM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses können die Krankenkassen auf die Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls verzichten. In **Anlage 5** erhalten Sie eine aktualisierte Übersicht der Krankenkassen, die den Genehmigungsvorbehalt ausgesetzt haben. Bitte beachten Sie, dass verschiedene Krankenkassen nur bei einigen Indikationen auf die Genehmigung verzichten.

Auch Verordnungen für Erkrankungen mit langfristigem Behandlungsbedarf erfolgen grundsätzlich außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 5 der HM-RL). Die hierzu zählenden Diagnosen sind in der Broschüre „Anerkennung von Praxisbesonderheiten und langfristigem Therapiebedarf“ dunkelblau unterlegt bzw. in Anlage 2b im Rundschreiben 12/2012 aufgeführt. Ein Antrags-/Genehmigungsverfahren ist für die Anerkennung dieser Verordnungen entbehrlich, sofern die Krankenkasse hierauf verzichtet. Diese Unterscheidung wurde ebenfalls in **Anlage 5** dargestellt.

Die Verordnung von Heilmitteln bei anerkannten Praxisbesonderheiten (siehe Rundschreiben 12/2012, Anlage 2a) werden im Rahmen der Vorab-Prüfung vollständig berücksichtigt, können allerdings stichprobenhaft geprüft werden. Die Verordnungen von Heilmitteln bei den aufgelisteten Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf unterliegen grundsätzlich nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Auch bei diesen Verordnungen sind die Heilmittel-Richtlinie und der Heilmittelkatalog sowie das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

Alle übrigen Verordnungen außerhalb des Regelfalls sind weiterhin Gegenstand von Prüfverfahren. Daher ist wie bisher zwingend eine medizinische Begründung auf dem Formular anzugeben, auch wenn die Krankenkasse auf den Genehmigungsvorbehalt verzichtet.

Hinweis!

Bei fehlender Begründung werden die Therapeuten Sie um entsprechende Ergänzung bitten, da kassenseitig die Vergütung der unvollständigen Verordnungen abgelehnt werden kann.

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763

Ergänzung des ICD-10-Codes auf neuen Heilmittel-Verordnungsvordrucken

Die Verordnungsvordrucke für Physiotherapie und Podologie (**Muster 13**), Logopädie (**Muster 14**) und Ergotherapie (**Muster 18**) werden **ab dem 01.04.2013** um ein Feld für den „ICD-10-Code“ unter dem Feld „Indikationsschlüssel“ ergänzt.

Die Angabe des therapielevanten, endstelligen ICD-10-Codes ist zur Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten sowie bei Patienten mit langfristigem Heilmittelbedarf zwingend erforderlich, damit diese Verordnungskosten nicht zu einem Regress führen können. Ausführliche Informationen dazu finden Sie in den Rundschreiben 12/2012 bis 2/2013 der KV Thüringen sowie in unserer Broschüre „Anerkennung von Praxisbesonderheiten und langfristigem Therapiebedarf bei der Verordnung von Heilmitteln“, die dem Rundschreiben 2/2013 beilieg.

Bitte beachten Sie folgende Aspekte hierbei:

- Nur bei Angabe des ICD-10-GM-Codes können die Verordnungskosten vor einer Richtgrößenprüfung berücksichtigt werden bzw. nicht zum Regress führen.
- Es ist der ordnungsrelevante Code anzugeben. Sofern Ihre Praxissoftware alle Diagnosen auf das Ordnungsformular überträgt, muss die ordnungsrelevante Diagnose zuerst angegeben werden. Nur so ist die Identifikation der Verordnung und ihre Zuordnung zum langfristigen Behandlungsbedarf bzw. zu den Praxisbesonderheiten möglich.

Die neuen Formulare sollen zunächst insbesondere für Patienten mit Praxisbesonderheiten oder langfristigem Heilmittelbedarf genutzt werden. Sofern Ihre Software den ICD-10-Code an gleicher Stelle (unter dem Indikationsschlüssel) platzieren kann, ist auch das Aufbrauchen der bisherigen Formulare mög-

Ihre Fachinformationen

lich. Die bisherigen Formulare können Sie in jedem Fall für die anderen Patienten nutzen, bei denen der ICD-10-Code nicht zwingend angegeben werden muss.

Allerdings soll gemäß Vordruckvereinbarung künftig auf allen anderen Verordnungen der ICD-10-Code aufgetragen werden. Damit kann bei jedem Patienten die therapierelevante Diagnose gleichzeitig zur Begründung der Heilmittelverordnung dienen.

Aktuelle Fragen und Antworten im Zusammenhang mit Heilmittelverordnungen erhalten Sie unter **Verordnungstipps** diese Rundschreibens.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Qualitätssicherung

Befunddokumentation im Rahmen der OP- und Anästhesievorbereitung

Der bisher von den Hausärzten verwendete gelbe Vordruck „Protokollblatt zur Befunddokumentation im Rahmen der Anästhesievorbereitung“ wurde durch den Qualitätszirkel „Ambulante Anästhesie Ostthüringen“ aktualisiert und überarbeitet. In **Anlage 6** finden Sie das überarbeitete Formular, welches auch zukünftig über die KV Thüringen bereitgestellt wird. Vorhandene Exemplare können aufgebraucht werden.

Ihre Ansprechpartnerin: Christin Schmidt, Telefon 03643 559-716

Anerkannte interdisziplinäre Schmerzkonferenzen

Die Veranstalter interdisziplinärer Schmerzkonferenzen haben uns die **Termine für das Jahr 2013** übermittelt. Eine Übersicht finden Sie in **Anlage 7**.

Für die Teilnahme an Schmerzkonferenzen können auch Fortbildungspunkte vergeben werden. Bitte erfragen Sie diese direkt bei Ihrem Veranstalter.

Ihre Ansprechpartnerin: Birgit Kühne, Telefon 03643 559-718

Verträge

Hausarztzentrierte Versorgung – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn

Die im 2. Quartal 2013 an dem BKK-Hausarztvertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen (BKKn) sind in **Anlage 8** aufgeführt. Wir möchten die teilnehmenden Ärzte darauf hinweisen, diese Liste bei der Einschreibung von Versicherten zu beachten, da für Versicherte von **nicht teilnehmenden BKKn** keine Vergütung gewährt werden kann.

Ihre Ansprechpartner

- in der ServiceStelle: Telefon 03643 559-742 oder -749
- für Vertragsfragen: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Übersicht der an dem IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden BKKn und teilnehmenden stationären Einrichtungen

Der BKK-Landesverband Mitte teilte der KV Thüringen die am IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden Betriebskrankenkassen (inkl. der BKKn, die an der Zusatzvereinbarung Sonographie teilnehmen) sowie die

Perinatalzentren/geburtshilflich-neonatologischen Schwerpunktkrankenhäuser für das 2. Quartal 2013 mit. Die Übersicht ist als **Anlage 9** diesem Rundschreiben beigelegt.

Ihre Ansprechpartnerinnen

- in der ServiceStelle: Telefon 03643 559-742 oder -749
- für Vertragsfragen: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Vertrag „Starke Kids Thüringen“ – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn

Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen (BKKn) an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“ sind für das 2. Quartal 2013 in **Anlage 10** aufgeführt. Wir möchten die teilnehmenden Ärzte darauf hinweisen, diese Liste bei der Einschreibung von Versicherten zu beachten, da für Versicherte von nicht teilnehmenden BKKn keine Vergütung gewährt werden kann.

Ihre Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Ärztliche Selbstverwaltung

Vertreterversammlung der KV Thüringen vom 27.02.2013

▪ Berichte des Vorsitzenden der Vertreterversammlung und des Vorstandes

Die Berichte des Vorsitzenden der Vertreterversammlung und des Vorstandes beschäftigen sich insbesondere mit den notwendigen Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes zum 01.01.2013 und 01.07.2013, welche den Mittelpunkt der Vertreterversammlung darstellten. Sie resultieren aus Vorgaben der Bundesebene durch die spezielle Finanzierung von Leistungen, die Ärzten zuzurechnen sind, die als Grundversorger gelten. Eine entsprechende Definition zur Höhe der Förderung und welche Leistungen der Fachgruppen der Grundversorgung zuzuordnen sind, wurde bereits durch die KBV vorgenommen. Im Jahr 2013 werden zusätzliche Mittel von knapp über 7 Mio Euro in Thüringen in den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich an die sogenannten Grundversorger ausgekehrt. Dies resultiert aus den Anteilen an den bundesweiten Zuwächsen von ca. 250 Mio Euro, die auf Bundesebene durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses geeint werden konnten. Auch wurde über die neue Bedarfsplanung und die Entscheidungen zu den bisher nicht beplanten Fachgruppen informiert.

Im Bericht des Vorstandes wurde über die derzeitige Reform des EBM berichtet, wonach es Weiterentwicklungen im hausärztlichen und fachärztlichen Bereich geben soll. In dessen Folge fasste die Vertreterversammlung eine Resolution mit folgendem Wortlaut:

„Weiterentwicklung des EBM im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen begrüßt die Bemühungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Hinblick auf die Weiterentwicklung des EBM. Die demographische Entwicklung erfordert neben der wohnortnahen hausärztlichen eine wohnortnahe fachärztliche ambulante Grundversorgung, die es im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abzubilden gilt.

Das Konzept eines neuen hausärztlichen Kapitels im EBM wird von der Vertreterversammlung der KV Thüringen als richtig angesehen. Die Grundstruktur ist geeignet, die umfangreiche hausärztliche Tätigkeit viel besser mit Leistungen zu unterlegen. Durch die Definition des hausärztlichen Versorgungsauftrages und dessen Abbildung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab wird auch ein wichtiger Schritt in Richtung ärztliche Nachwuchsgewinnung getan.

Die Einführung einer Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung wird durch die Vertreterversammlung ebenfalls unterstützt. Gerade die Stärkung der fachärztlichen Grundversorgung war immer wieder Thema in den Diskussionen im Rahmen der Honorarverteilung in Thüringen.“

Daneben wurde auf die Ergebnisse zur Arznei- und Heilmittelvereinbarung verwiesen. Die Vertreter wurden über den Stand der Honorarverhandlungen im Jahr 2013 informiert und es wurde ein Bericht über die Auszahlung der nicht ausgeschöpften Mittel abgegeben. Es erfolgten Informationen zu den Ergebnissen zur Umfrage des Sicherstellungsauftrages durch die KBV, zu einer KBV-Imagekampagne und zum Stand der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung einschließlich der Information zur Gründung des Erweiterten

Landesausschusses als Entscheidungsgremium über die Zulassung zur spezialfachärztlichen Versorgung. Weiter wurde ein Sachstand der Förderung der ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Weiterbildung abgegeben. Der Vorstand avisierte eine berufspolitische Informationsveranstaltung für alle Mitglieder der Vertreterversammlung, Berufsverbandsvorsitzenden und weitere berufspolitisch Interessierte am 03.07.2013 im Hause der KV Thüringen.

Zur Diskussion kam es insbesondere bei den Darstellungen zu stattgefundenen Rückforderungen im Rahmen der Abrechnung von DMP-Qualitätszielpauschalen. Der Vorstand bat die betroffenen Fachgruppen um Zuarbeit, um den Rückforderungen der Kassen qualifizierter begegnen zu können. Zu den Rückforderungen kam es, weil die Krankenkassen den Vorwurf erheben, dass die entsprechenden Pauschalen ohne Vorliegen der Voraussetzungen abgerechnet worden seien. Die betroffenen Ärzte verweisen aber darauf, dass im Rahmen ihrer Dokumentation alle entsprechenden Voraussetzungen vorgelegen haben.

Die Berichte des Vorstandes im Wortlaut finden Sie unter www.kvt.de.

▪ Vorstellung der Honorarergebnisse des III. Quartals 2012

Den Mitgliedern der Vertreterversammlung wurden die Statistiken zur Abrechnung des 3. Quartals 2012 aufgezeigt. Dieser Darstellung kam eine besondere Bedeutung zu, da es sich um die erste Abrechnung nach dem neuen Honorarverteilungsmaßstab handelte, der durch die regionale Vertreterversammlung beschlossen wurde und nicht mehr eine ausschließliche Bundesvorgabe war. Besondere Diskussionen gab es zu den Auswirkungen der Laborbudgetierung sowie dem Honoraranteil der Urologen. Im Rahmen der Veränderungen der Honorare der Laborärzte brachte der Vorstand einen Änderungsvorschlag für die Honorarverteilung ein, um der Honorarbeobachtungspflicht Genüge zu tun. Auch wurde dargestellt, dass durch die Neuregelung es zu Verzögerungen bei der Berechnung der Honorare gekommen ist. Es erfolgte daraufhin eine Abschlagszahlung anstatt der errechneten Restzahlung. Aufgrund der Honorarverschiebungen durch die neue Honorarverteilung, aber auch der unterschiedlichen Fallzahlen und Leistungsentwicklungen kam es zum Teil zu Überzahlungen, welche Rückforderungen nach sich zogen.

▪ Honorarverteilungsmaßstab der KV Thüringen

Wie bereits ausgeführt, wurden Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes notwendig. Die entsprechenden Beschlüsse wurden anhand einer Darstellung des gesamten Honorarverteilungsmaßstabes vorgenommen. Neben erforderlichen redaktionellen Änderungen standen im Fokus der Diskussion folgende Änderungen:

– Labor

Durch die Umstellung des regionalen Honorarverteilungsmaßstabes auf ein sogenanntes Geldmodell zur Befüllung der Fachgruppentöpfe und durch die Bundesvorgaben zur Budgetierung der Laborleistungen liegen zwei Budgetierungsmaßnahmen vor, die die Leistungen des Labors der betroffenen Fachgruppen in großem Maße mengenbegrenzen und damit zu deutlichen Honorarrückgängen führen. Es wurde der Nachweis erbracht, dass der Rückgang der Honorare mit bis zu 30 % nicht hinnehmbar war. In dessen Folge wurden folgende Beschlüsse der Vertreterversammlung zur Gegensteuerung beschlossen.

Die Vertreterversammlung beschließt nachfolgende neue Fassung des § 5 Abs. 3 des HVM ab 01.01.2013:

(3) Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens gemäß Abs. (1) ist sicherzustellen, dass mindestens die bundeseinheitliche Abstufungsquote „Q“ vergütet wird. Die Vergütung für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) wird bei Überschreitung des Vergütungsvolumens gemäß Abs. 1 veranlasserbezogen anteilig aus den Rückstellungen für Fehlschätzungen gemäß § 8 Abs. 1 g und § 9 Abs. 1 e ausgeglichen.

Der Beschluss ergeht einstimmig.

Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand der KVT, die zum 01.01.2013 gültige Veränderung des § 5 des HVM sinngemäß auch für das III. und IV. Quartal 2012 anzuwenden.

Der Beschluss ergeht mit 28 Ja-Stimmen und einer Stimmenthaltung.

– Vorwegabzüge der Leistungen des Kapitel 19 EBM

Der Beschlussantrag zur Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes sah ebenfalls vor, die Leistungen des Kapitel 19 nicht mehr durch einen Vorwegabzug aus dem fachärztlichen Vergütungsbereich zu finanzieren. Diese Leistungen sollten allen anderen fachärztlichen Leistungen gleichgestellt werden. Diesem Vorschlag ist die Vertreterversammlung nicht gefolgt und beschloss, diese Leistungen weiterhin fest über einen Vorwegabzug zu finanzieren.

Die Vertreterversammlung beschließt, entgegen der Vorlage des Vorstandes, den § 9 Abs. 1c HVM (Kapitel 19 EBM) in der vorhandenen Form beizubehalten.

Der Beschluss ergeht mit 16 Ja-Stimmen, 10 Nein-Stimmen und 3 Stimmenthaltungen.

– Regelungen zur Förderung von Kooperationsformen

Durch die Mitglieder wurde umfangreich die Frage der Förderung von Kooperationen von fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten besprochen. Die Förderung von fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und die gemeinsame Behandlung von Patienten durch Berufsausübungsgemeinschaften, in denen mehrere Ärzte gleicher Arztgruppen tätig sind, wurde weiterhin begrüßt. Die Vertreterversammlung sah bei dieser Form der Kooperationen einen förderungswürdigen Tatbestand, der durch eine Erhöhung des Individualbudgets um 10 Prozent gefördert werden sollte. Eine weitere Förderung von fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften wurde von den Mitgliedern der Vertreterversammlung als nicht sachgerecht angesehen.

Die Vertreterversammlung beschließt nachfolgende Änderung des § 10 – Regelung zur Kooperationsform:

§ 10 Regelungen für Kooperationsformen

- (1) Das individuelle Punktzahlvolumen wird für Kooperationsformen gemäß Abs. (2) bis (4) angepasst.
 - (2) Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationsformen wird das individuelle Punktzahlvolumen der Ärzte in fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten (ohne Ärzte gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) der gleichen Arztgruppe um 10 % erhöht.
 - (3) Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationsformen von fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (ohne Ärzte gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V), in denen mehrere Ärzte gleicher Arztgruppen tätig sind, wird deren individuelles Punktzahlvolumen um 10 % erhöht.
 - ~~(4) Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationsformen von fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (ohne Ärzte gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V), in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, wird darüber hinaus der Leistungsbedarf gemeinsam behandelter Patienten des Vorjahresquartals ermittelt und hiervon das individuelle Punktzahlvolumen je Arzt um 2 % erhöht.~~
- (54) Die Finanzierung des Aufschlages erfolgt aus den jeweiligen Vorwegabzügen gemäß § 8 und § 9.

Der Beschluss ergeht mit 26 Ja-Stimmen, 1 Nein-Stimme und 2 Stimmenthaltungen.

Im Übrigen wurden die vom Vorstand eingebrachten Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes zugestimmt. Diese lauten neben redaktionellen Beschlüssen wie folgt:

Die Vertreterversammlung bestätigt die vom Vorstand am 5. Dezember 2012 beschlossene vorläufige HVM-Anpassung in § 5 - Vergütung und Steuerung der Labor-, Konsiliar- und Grundpauschale (GOP 12210 und 12220 EBM) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen auf

Grundlage der geänderten Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 bzw. 1. Januar 2013.

Der Beschluss ergeht einstimmig.

Die Vertreterversammlung bestätigt die vom Vorstand getroffenen Grundsatzbeschlüsse zur Umsetzung der Honorarverteilung mit Wirkung ab III. Quartal 2012.

1. Für Ärzte, die in anderen KV-Bereichen zugelassen sind und für ihre Tätigkeit im Bereich der KV Thüringen eine Ermächtigung besitzen, berechnet sich der Grenzwert der individuellen Punktzahl aus der Leistungsanforderung des Abrechnungsquartals bis maximal zum Durchschnittswert der vergleichbaren niedergelassenen Fachgruppe.
2. Für Ärzte, die in anderen KV-Bereichen zugelassen sind und durch Gründung einer KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft per Gesetz im Bereich der KV Thüringen tätig werden können, berechnet sich die individuelle Punktzahl aus der Leistungsbedarfsanforderung des Abrechnungsquartals. Die abgerechneten Leistungen werden zu 65 Prozent mit dem Orientierungspunktwert und die darüber hinausgehenden Leistungen mit dem floatenden Punktwert der Fachgruppe vergütet. Der sich berechnende Grenzwert darf den mittleren Fachgruppenwert nicht überschreiten.
3. Ärzte, die in Job-Sharing-Praxen tätig sind und gemäß Bedarfsplan einen Tätigkeitsumfang von „0“ haben (Job-Sharing-Junior), bekommen keine individuelle Punktzahl. Ihre Leistungsanforderungen des Vorjahresquartals wird zu dem IPV-Grenzwert des anstellenden Arztes (Job-Sharing-Senior) addiert. Auf die Leistungsanforderungen der Job-Sharing-Partner wird kein Kooperationszuschlag gewährt.

Der Beschluss ergeht einstimmig.

Die Vertreterversammlung beschließt nachfolgende neue Fassung des § 15 Abs. 1 des HVM ab 01.01.2013:

- (1) **Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten kann eine Ausgleichszahlung erfolgen, sofern die Honorarminderung durch Umstellung der Mengensteuerung auf diesen Änderungen im HVM begründet ist. Über Anträge auf Ausgleichszahlung wegen überproportionalen Honorarverlustes entscheidet der Vorstand über eine Ausgleichszahlung.**

Der Beschluss ergeht einstimmig.

▪ Neue Prüfvereinbarung/Perspektiven der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Vorstandsvorsitzende berichtete über die vor dem Abschluss stehenden Verhandlungen zur Prüfvereinbarung. Durch die erstmalige Vereinbarung zu den Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs sowie die Aktualisierung der Wirkstoffgruppen im Arzneimittelbereich und die konkrete Vereinbarung zum Ob und Wie weiterer Prüfarten sieht Frau Dr. Rommel einen großen qualitativen Schritt als gegeben an. Es ist zu erwarten, dass von konkreten Prüfmaßnahmen, d. h. Regressen bzw. Kürzungen nur die Ärzte betroffen sind, die auch tatsächlich eine unwirtschaftliche Tätigkeit an den Tag legen. Durch das Aufzeigen der tatsächlich geringen Anzahl von durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Verordnungsweise und die neuen Rahmenbedingungen forderte sie die Mitglieder auf, niederlassungswillige Ärzte nicht durch unbegründete Ängste vor der Wirtschaftlichkeitsprüfung vor dem Schritt in die Selbständigkeit abzuschrecken. Dieses Signal müsse an die Ärzte und damit auch an Interessenten weitergegeben werden.

Die nächste Sitzung der Vertreterversammlung findet am 12.06.2013 statt.

Termine zur Abrechnungsannahme für das 1. Quartal 2013

Für die Onlineübertragung der Abrechnungsdatei und ggf. Dokumentationsdateien gelten folgende Termine:

01.04.2013 bis 10.04.2013

Einreichungen vor dem 01.04.2013 sind ohne Weiteres möglich und müssen der KV Thüringen nicht gemeldet werden.

Ihre Ansprechpartner zum **KVT OnlinePortal** (KVTOP):

- Sven Dickert, Telefon 03643 559-109
- Mandy Seitz, Telefon 03643 559-115

Die nachfolgenden Termine beziehen sich auf die **Annahme der Abrechnungsunterlagen** und den Zugang zu den Online-Übertragungsplätzen **in der KV Thüringen**:

Dienstag bis Freitag **02.04.2013 bis 05.04.2013** **08:00 – 17:00 Uhr**
Montag und Dienstag **08.04.2013 und 09.04.2013** **08:00 – 17:00 Uhr**

Eine Verlängerung der Abgabefrist bedarf der Genehmigung durch die KV Thüringen und kann nur in absoluten Ausnahmefällen gewährt werden.

Achtung!

Zu einer **kompletten Quartalsabrechnung** gehören auch die **Abrechnungs-Sammelerklärung sowie die Fallzusammenstellung**. Bitte beachten Sie, dass auch die Papierunterlagen zeitnah an die KV Thüringen geschickt werden.

Ihre Ansprechpartnerin bei Verlängerung der Abgabefrist:

- Katrin Kießling
Telefon: 03643 559-422
Telefax: 03643 559-491
E-Mail: abrechnung@kvt.de

8. Geraer Symposium „Ambulante Chirurgie“ am 13.04.2013

Themen: Medizinrecht und Patientensicherheit in der Ambulanz
Ort: Kommunikationszentrum der Sparkasse Gera-Greiz
 Schloßstraße 24, 07545 Gera
Leitung Dr. med. Matthias Hager
Auskunft/ Telefon: 0365 8301560
Anmeldung: Telefax: 0365 8301561
 E-Mail: chirurgieverein-gera@gmx.de
Veranstalter: Verein zur Förderung der Ambulanten Chirurgie e. V.

Die Zertifizierung für diese Veranstaltung wurden **7 Punkte der Kategorie A** durch die Landesärztekammer Thüringen anerkannt.

9. Gesundheitsstammtisch am 22.05.2013

Frau Antje Tillmann (CDU), Mitglied des Deutschen Bundestages, stellv. Finanzausschussvorsitzende, lädt Sie sehr herzlich zum Gesundheitsstammtisch **am Mittwoch, dem 22.05.2013, um 18.30 Uhr** ein.

Thema: **Neue Herausforderungen für den Gemeinsamen Bundesausschuss**
Referent: Josef Hecken, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses
Ort: Barmer Ersatzkasse, Johannesstraße 164, in Erfurt
Anmeldung: antje.tillmann@wk.bundestag.de oder unter der Rufnummer 0361 6431967

Diabetesassistent(en)/innen – Kurs DDG in Weimar

Für 2013 ist wiederum ein Fortbildungs-Kurs für Diabetesassistent(en)/innen DDG in Vorbereitung. Die Kursdurchführung erfolgt auf Grundlage des von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) aktualisierten Curriculum aus dem Jahr 2012.

Termine: Block I und II: 03.–14.06.2013
 Block III: 14.–18.10.2013
 Block IV: 18.– 23.11.2013 (Abschluss-Prüfung am 23.11.2013)
 Ort: Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar gGmbH, Medizinische Klinik I,
 Henry-van-de-Velde-Str. 2, 99425 Weimar

Anmeldung bei

- Christina Kirmße, berufsfachliche Leitung, Telefon: 03643 571181 oder
- Ärztliche Leitung: Prof. Dr. med. habil. H. Schmechel, Diabetologische Schwerpunktpraxis Weimar des ZAM Weimar, Straßburger Platz 5, Telefon: 03643 7329520

Weitere Informationen finden Sie unter www.tgds.org. Festlegungen der DDG zur Ausbildung zur Diabetesassistentin sind nachlesbar im Internet unter www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de.

Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 10.04.2013, 15:00–17:30 Uhr	Der Honorarbescheid 3 Punkte, Kategorie A	Christina König, Abteilungsleiterin der Abteilung Honorare/Widersprüche der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherap. Kostenfrei
Mittwoch, 10.04.2013, 15:00–18:00 Uhr	IGeL'n hält gesund	Christel Mellenthin, QM-Beraterin (DGQ)/ QEP-Trainerin, H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt	Vertragsärzte, Psychotherap., Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 17.04.2013, 15:00–18:00 Uhr	Recht für Psychotherapeuten leicht gemacht 5 Punkte, Kategorie C1	Ass. jur. Bettina Jäger-Siemon, Justitiarin und Leiterin der Rechtsabteilung der KVT, Weimar	Psychotherap. Kostenfrei
Mittwoch, 17.04.2013, 15:00–19:00 Uhr	Seminar zum Beratungsprogramm des Praxispersonals – Großmutter's altbewährte Hausmittel neu entdeckt (Workshop), Teil 1	Birgit Maria Lotze, Naturheilkundliche Ernährungsberaterin, Kneipp-Beraterin, Bad Frankenhausen	Praxispersonal 50,00 € inkl. 5,00 € Materialkosten
Mittwoch, 24.04.2013, 13:00–19:00 Uhr	Änderungen und Neuerungen QEP 7 Punkte, Kategorie A	Andrea Wolf, Praxismanagerin/ QEP-Trainerin/Qualitätsbeauftragte und interne Auditorin (DGQ), H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt	Vertragsärzte, Psychotherap., Praxispersonal 120,00 €
Mittwoch, 24.04.2013, 15:00–18:00 Uhr	Praxisübergabe in zulassungsbeschränkten Gebieten 3 Punkte, Kategorie A	Ronald Runge, Gruppenleiter Zulassung/ Arztregister und betriebswirtschaftlicher Betreuer der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherap. Kostenfrei
Mittwoch, 24.04.2013, 15:00–19:00 Uhr	Word 2010 (Grundkurs)	Dipl.-Math. oec. Stephan Büchner, Mitarbeiter der Stabsstelle Kostenträger/ Statistik, KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherap., Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 08.05.2013, 15:00–19:00 Uhr	Autogenes Training nach Schultz (Grundstufe)	Denise Pfeufer, Gesundheits- und Entspannungspädagogin, Breitenbach	Vertragsärzte, Psychotherap., Praxispersonal 45,00 €

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 08.05.2013, 13:00–19:00 Uhr	Burnoutprophylaxe für Praxispersonal	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Coach, Supervisor, Paartherapeut; Pro- gramm Salus Medici, Praxisentwicklung, Berlin	Praxispersonal 80,00 €
Mittwoch, 08.05.2013, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Fortgeschrittene – haus- ärztlicher Versorgungsbereich 3 Punkte, Kategorie A	Steffen Göhring, Leiter der Abteilung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 15.05.2013, 15:00–18:00 Uhr	Privatabrechnung nach der Gebüh- renordnung für Ärzte (GOÄ)	Ernst Diel, Leiter Grundsatzfragen, Ärztli- che VerrechnungsStelle Büdingen GmbH	Vertragsärzte, Psychotherap., Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 15.05.2013, 15:00–19:00 Uhr	Seminar zum Beratungsprogramm des Praxispersonals – Großmut- ters altbewährte Hausmittel neu entdeckt (Workshop), Teil 2	Birgit Maria Lotze, Naturheilkundliche Ernährungsberaterin, Kneipp-Beraterin, Bad Frankenhausen	Praxispersonal 50,00 € inkl. 5,00 € Materialkosten
Mittwoch, 15.05.2013, 15:00–18:00 Uhr	Tägliche Fragen aus der Arztpraxis für Neueinsteiger 3 Punkte, Kategorie A	Ass. jur. Matthias Zenker, Geschäftsführer Sicherstellung der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherap. Kostenfrei
Mittwoch, 15.05.2013, 15:00–19:00 Uhr	Zeitmanagement in vier Stunden oder Die Uhr tickt ...	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Be- raterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 22.05.2013, 15:00–18:00 Uhr	Diabetes-Schulungskurs für Praxis- personal, Teil 2 (unabhängig vom DMP)	Dr. med. Silke Haschen, Fachärztin für Innere Medizin in Diabetologischer Schwerpunktpraxis, Erfurt	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 22.05.2013, 13:00–19:00 Uhr	Nicht entweder, sondern sowohl als auch – Orientierungshilfen in der Beratung	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Be- raterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal 80,00 €
Freitag, 24.05.2013, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Praxispersonal – fachärztli- cher Versorgungsbereich	Steffen Göhring, Leiter der Abteilung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Praxispersonal Kostenfrei
Mittwoch, 29.05.2013, 15:00–19:00 Uhr	Excel/Word 2010 (Aufbaukurs)	Dipl.-Math. oec. Stephan Büchner, Mitarbeiter der Stabsstelle Kostenträger/ Statistik, KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherap., Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 29.05.2013, 14:00–18:00 Uhr	Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung und Renten- versicherung 5 Punkte, Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Ordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei

Die Teilnahme an den angebotenen Schulungen ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung möglich. Das **Anmeldeformular** finden Sie stets auf der Rückseite der Beilage „Interessante Fortbildungsveranstaltungen“ und im Internet unter www.kvt.de. Bitte senden Sie uns das Formular per Telefax an 03643 559-291 oder buchen Sie Ihr Seminar einfach online über unseren Fortbildungskalender.

Kinderbetreuungsangebot

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Kinder während eines Seminars von erfahrenem Fachpersonal betreuen zu lassen. Bei Interesse teilen Sie uns dies bitte telefonisch oder über das Anmeldeformular mit.

Bei allgemeinen Fragen zum Fortbildungskalender wenden Sie sich bitte an Susann Binnemann, Telefon 03643 559-230, und bei Fragen zur Anmeldung an Silke Jensen, Telefon 03643 559-232.

Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen

Für nachfolgende Veranstaltungen wenden Sie sich bitte bei **Anmeldungen und Auskünften** an die

**Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
der Landesärztekammer Thüringen**

Anmeldung/Auskunft: Postfach 100740, 07740 Jena

Telefon: 03641 614-142, -143, -145; Telefax: 03641 614-149

E-Mail: akademie@laek-thueringen.de

▪ **Medikamentenbehandlung im hohen Alter – Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung**

- Geriatrisches Assessment – wertvolle Hilfe bei schwierigen Therapieentscheidungen – Orale Antikoagulation im Alter – leitliniengerecht oder patientengerecht?
- Kardiovaskuläre Prävention – Statine für alle oder setzen Alter und Fitness Grenze?
- Zum Schlucken verdammt? – Praktisches Vorgehen bei nicht gewollter Polymedikation
- Interaktive Fallbesprechung mit TED, Geriaterteam

Termin: 12.04.2013, 09:00 bis 13:00 Uhr

Ort: **Leonardo Hotel Weimar**, Belvederer Allee 25, 99425 Weimar

Leitung: Dr. med. Joachim Zeeh, Meiningen, Dr. med. Anja Kwetkat, Jena

Gebühr: 40 €

Zertifizierung: 6 Punkte, Kategorie A

▪ **„Blut ist ein besonderer Saft“ – Der Beitrag des Hausarztes bei der Behandlung von Patienten mit hämatologischen Erkrankungen**

- Grundlagen der hämatologischen Diagnostik für Hausärzte
- Neue Möglichkeiten der Behandlung myeloproliferativer Erkrankungen
- Was muss der Hausarzt bei akuter Leukämie und Lymphomen beachten?
- Gemeinsame Betreuung von Patienten nach allogener Stammzelltransplantation
- Ambulante Betreuung immungeschwächter Patienten

Termin: 12.04.2013, 09:00 bis 12:30 Uhr

Ort: **Leonardo Hotel Weimar**, Belvederer Allee 25, 99425 Weimar

Leitung: Dr. med. Annette Rommel, Mechterstädt;
Prof. Dr. med. Andreas Hochhaus, Jena

Gebühr: 30 €

Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

Firmengestützte Seminare am 12.04.2013 zur *ärztwoche thüringen*:

▪ **Enterale und parenterale Ernährung im häuslichen Bereich – für jeden Patienten realisierbar?
Mit freundlicher Unterstützung der Braun Melsungen AG**

Termin: 12.04.2013, 13:00 bis 14:30 Uhr

Ort: **Leonardo Hotel Weimar**, Belvederer Allee 25, 99425 Weimar

Leitung: Dr. med. Frank Lange, Mühlhausen

Gebühr: gebührenfrei

Zertifizierung: 2 Punkte, Kategorie A

▪ **Update entzündlich-rheumatische Erkrankungen
mit freundlicher Unterstützung der AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Chugai Pharma Marketing Ltd. und Pfizer Pharma GmbH**

Termin: 12.04.2013, 14:00 bis 16:00 Uhr

Ort: **Leonardo Hotel Weimar**, Belvederer Allee 25, 99425 Weimar

Leitung: Prof. Dr. med. Peter Oelzner, Jena

Gebühr: gebührenfrei

Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

▪ **Update Impfungen
mit freundlicher Unterstützung der Pfizer Pharma GmbH**

Termin: 12.04.2013, 15:00 bis 16:30 Uhr
 Ort: **Leonardo Hotel Weimar**, Belvederer Allee 25, 99425 Weimar
 Leitung: Prof. Dr. med. Mathias Pletz, Jena
 Gebühr: gebührenfrei
 Zertifizierung: 2 Punkte, Kategorie A

▪ **Neues zur Arzneimittelsicherheit an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Behandlung**

- Ergebnisse zur Interventionsstudie an der Schnittstelle ambulant/stationär sowie spezielle Studie zur Aufnahmemedikation älterer Patienten (Priscus-Liste)
- Alten- und Pflegeheime und Versorgungsschnittstellen – ein Update zu relevanten AMTS-Problemen und Lösungsstrategien
- Medikamentenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung – hohe Anforderungen, was ist mit pharmazeutischer Unterstützung möglich?
- Arzneimittelinteraktionen – Klinische Relevanz

Termin: 12.04.2013, 14:30 bis 16:30 Uhr
 Ort: **Leonardo Hotel Weimar**, Belvederer Allee 25, 99425 Weimar
 Leitung: Dr. med. Mathias Wesser, Suhl
 Gebühr: gebührenfrei
 Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

Praxispersonal

▪ **„Schwester, was hole ich mir denn aus der Apotheke, ich bin erkältet“**

- Naturheilkunde im Praxisalltag
- Geschichte und Entwicklung der Naturheilverfahren
- Was sind Phytotherapeutika?
- Wie funktioniert Hydrotherapie in der Praxis?
- Ernährungstherapie oder „Rezept wie bei unseren Großmüttern“
- Praktische Umsetzung bei häufigen Indikationen im hausärztlichen Alltag (Infekte der oberen Luftwege, Magen-Darm-Infekt, unkomplizierter Harnwegsinfekt)

Termin: 13.04.2013, 09:30 bis 12:30 Uhr
 Ort: **Leonardo Hotel Weimar**, Belvederer Allee 25, 99425 Weimar
 Leitung: Dorothea Stula, Weimar
 Gebühr: 30 €

▪ **Praxisseminar zum Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie**

Termin: 24.04.2013, 15:00 Uhr, bis 26.04.2013, 13:00 Uhr
 Ort: Universitätsklinikum Jena, Bachstraße 18, 07743 Jena
 Leitung: Prof. Dr. med. Ulrich Alfons Müller, Jena
 Gebühr: 200 €
 Zertifizierung: 7 Punkte, Kategorie C

▪ **Kleine psychotherapeutische Schatzkiste für den Hausarzt**

- Welches psychotherapeutische Behandlungsverfahren wird bei welcher Störung empfohlen, das heißt, welche wissenschaftlichen Standards gibt es heute?
- Wann sollte ambulant behandelt werden – wann sollte stationär behandelt werden?
- Was ist im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung bzw. im ärztlichen Gespräch zu leisten, wann sollte eine Überweisung an den Facharzt oder den Psychologischen Psychotherapeuten erfolgen?

Termin: 26.04.2013, 15:00 bis 19:00 Uhr
 Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Dr. med. Antje Habenicht, Jena
Gebühr: 50 €
Zertifizierung: 7 Punkte, Kategorie C

▪ EKG-Kurs mit praktischen Übungen

- Grundlagen der EKG-Auswertung
- Reizbildungs- und Reizleitungsstörungen
- Erregungsrückbildungsstörungen
- Infarkt-EKG
- Vorhof- und Kammerhypertrophie
- Belastungs-EKG
- Schrittmacher-EKG
- Praktische Übungen in der Gruppe

Termin: 26.04.2013, 08:00 Uhr, bis 27.04.2013, 18:00 Uhr
Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar
Leitung: Dr. med. Jana Boer, Erfurt
Gebühr: 200 €
Zertifizierung: 25 Punkte, Kategorie C

▪ Basiscurriculum Palliativmedizin

Wochenendkurse: Teil 1: 03.05. bis 04.05.2013
Teil 2: 28.06. bis 29.06.2013
Teil 3: 05.07. bis 06.07.2013
jeweils freitags von 14:00 bis 19:00 Uhr, samstags von 09:00 bis 16:00 Uhr

Ort: Ursulinenkloster Erfurt, Trommsdorffstraße 29, 99084 Erfurt
Leitung: Dr. med. Christina Müller, Erfurt
Gebühr: 500 €
Zertifizierung: 40 Punkte, Kategorie H

▪ Patientengespräche leicht gemacht

Themen: Die Arzt-Patienten-Beziehung; Der Rahmen für zwei fremde Sprachen; Der Auftrag und das Ziel; Der Krankheits- und der Gesundheitsfokus; Patientenmotivation und Compliance; Sachlichkeit und Empathie; Besondere Gesprächssituationen

Termin: 25.05.2013, 10:00 bis 17:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dipl.-Theologe Torsten Klatt-Braxein, Berlin
Gebühr: 120 €
Zertifizierung: 10 Punkte, Kategorie C

▪ Suchtmedizinischer Fortbildungstag: Jemand konsumiert – wann sollte ich was tun?

Akademie für ärztliche Fort- u. Weiterbildung der LÄK Thüringen, Qualitätszirkel Stationäre Suchthilfe Thüringen u. Suchtausschuss der LÄK Thüringen in Zusammenarbeit mit der Thüringer Landesstelle für Suchtfragen und der Landesapothekerkammer Thüringen

Termin: 08.06.2013, 09:00 bis 14:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dr. med. Katharina Schoett, Mühlhausen
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 6 Punkte, Kategorie A



Wirkstoff AKTUELL

EINE INFORMATION DER KBV IM RAHMEN DES § 73 (8) SGB V IN ZUSAMMENARBEIT MIT DER ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT ONLINE UNTER: [HTTP://AIS.KBV.DE](http://ais.kbv.de)



Dabigatranetexilat bei nicht valvulärem Vorhofflimmern

Gemäß internationalen Leitlinien zählen Vitamin-K-Antagonisten wie Phenprocoumon zum Standard in der Prophylaxe bei Vorhofflimmern und hohem thromboembolischen Risiko. Bei nicht valvulärem Vorhofflimmern und hohem Schlaganfallrisiko kann Dabigatranetexilat für bestimmte Patienten eine Alternative sein. Vorsicht ist allerdings geboten bei Patienten mit hohem Blutungsrisiko, da für Dabigatranetexilat kein Antidot zur Verfügung steht, bei schweren Blutungen oder dringlicher Operation kann die Wirkung von Dabigatranetexilat nicht gezielt aufgehoben werden. Vor Beginn einer Behandlung mit Dabigatranetexilat sollte immer eine Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) durchgeführt werden, da bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion Überdosierungen mit letalen Blutungen auftreten können. Bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz (CrCl < 30 ml/min) ist Dabigatranetexilat kontraindiziert. Bei gleichzeitiger Anwendung mit Thrombozytenaggregationshemmern wie z. B. Acetylsalicylsäure oder Clopidogrel kommt es zu einer erheblichen Steigerung des Blutungsrisikos.

Indikation

Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren:

- vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie,
- linksventrikuläre Ejektionsfraktion < 40 %,
- symptomatische Herzinsuffizienz \geq New York Heart Association (NYHA) Klasse 2,
- Alter \geq 75 Jahre,
- Alter \geq 65 Jahre, einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzkrankung oder arterielle Hypertonie.

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise (1–5)

- Direkte orale Antikoagulantien haben die Vitamin-K-Antagonisten in INR-adjustierter Dosierung nicht abgelöst als Standardprophylaxe für Patienten mit Vorhofflimmern und hohem Risiko für Thromboembolien.
- Der Einsatz von bzw. die Umstellung auf Dabigatranetexilat kann erwogen werden:
 - bei schwieriger INR-Einstellung unter Vitamin-K-Antagonisten,
 - bei hohem Risiko für hämorrhagische Insulte oder intrazerebrale Blutungen,
 - bei Unverträglichkeit, Kontraindikationen oder Interaktionen von Vitamin-K-Antagonisten.
- Eine Ein- bzw. Umstellung auf Dabigatranetexilat sollte nicht erfolgen bei:
 - Patienten, die unter einem Vitamin-K-Antagonisten gut eingestellt sind (INR stabil im therapeutischen Bereich),
 - Zustand nach Myokardinfarkt,
 - Patienten, die eine duale Thrombozytenaggregationshemmung benötigen (Blutungsrisiko nicht kalkulierbar),
 - besonders blutungsgefährdeten Patienten: Für die Situation der Überdosierung und/oder der Notwendigkeit, die Wirkung schnell beenden zu müssen, gibt es zurzeit kein spezifisches Antidot (eine Blutung unter Vitamin-K-Antagonisten bei einer INR im Zielbereich ist keine

- Indikation für eine Umstellung),
- bei Patienten mit einer schlechten Therapieadhärenz.
 - Auch Neueinstellungen auf Vitamin K-Antagonisten sind weiterhin zu empfehlen, insbesondere bei Patienten mit hohem Blutungsrisiko.
 - Zu beachten ist die zulassungskonforme Anwendung bei Patienten unter 65 Jahre: nur mit Risikofaktoren (nach Schlaganfall, TIA oder systemischer Embolie; Herzinsuffizienz (\geq NYHA 2) oder linksventrikuläre Ejektionsfraktion $< 40\%$).
 - Im Gegensatz zu Phenprocoumon ist bei Dabigatranetexilat eine zweimal tägliche Einnahme notwendig. Klinische Konsequenzen einer unzureichenden Therapieadhärenz sind bisher nicht bekannt.
 - Dabigatranetexilat-Kapseln müssen im Ganzen eingenommen werden. Sie dürfen weder geteilt noch geöffnet werden, da so die Gefahr für Blutungen erhöht werden kann (erhöhte Bioverfügbarkeit).
 - Eine regelmäßige Kontrolle der antikoagulatorischen Wirksamkeit von Dabigatranetexilat ist mit den Routinegerinnungstests nicht verlässlich möglich, wird andererseits auch als nicht erforderlich angegeben. In Einzelfällen kann eine Überprüfung der Dabigatranwirkung erforderlich sein, um Fehldosierungen zu erkennen. Falls klinisch notwendig, können folgende Bestimmungen durchgeführt werden (6):
 - Aktivierte partielle Thromboplastinzeit (aPTT): Ermöglicht grobe Abschätzung der gerinnungshemmenden Aktivität von Dabigatranetexilat. Unterschiedliche aPTT-Reagenzien zeigen unterschiedliche Sensitivitäten. Insgesamt ist die Sensitivität des aPTT-Tests eingeschränkt, insbesondere bei hohen Dabigatranplasma-spiegeln für präzise Quantifizierung der Gerinnungshemmung ungeeignet. Sehr hohe PTT-Werte > 80 s direkt vor der Einnahme der nächsten Dosis können allerdings auf eine Überdosierung hinweisen.
 - Thrombinzeit (TZ): Bei therapeutischen Dosen signifikant verlängert; eine im Referenzbereich liegende Thrombinzeit schließt eine antikoagulatorisch relevante Dabigatranwirkung aus.
 - ECT (Ecarin Clotting Time): Direkte Messung der Wirkung von direkten Thrombininhibitoren; ermöglicht eine sichere Wirkspiegelbestimmung, nicht überall verfügbar.
 - Thromboplastinzeit (INR): Nicht geeignet (keine ausreichende Sensitivität, keine genügende Präzision).
 - Thrombininhibitionstests: Ermöglicht eine exakte Quantifizierung der Dabigatranspiegel.
 - Aufgrund seines Wirkprinzips kann Dabigatranetexilat alle thrombinabhängigen Gerinnungstests beeinflussen. Dies muss bei der Interpretation von Gerinnungstests berücksichtigt werden.

Wirkungsweise (2;8)

Dabigatranetexilat ist ein inaktives Prodrug, das nach oraler Einnahme und Resorption im Plasma und in der Leber durch Esterasen in Dabigatran umgewandelt wird. Dabigatran ist ein direkter reversibler Thrombininhibitor, der sowohl freies als auch fibrin gebundenes Thrombin sowie die thrombininduzierte Thrombozy-

tenaggregation hemmt. Die Bioverfügbarkeit liegt bei 6,5 %, Mahlzeiten haben keinen Einfluss darauf. Die Plasmakonzentration C_{\max} wird nach 0,5 bis 2 Stunden erreicht. Die Halbwertszeit von Dabigatran liegt bei 14–17 Stunden. Dabigatran wird unverändert zu 85 % über die Nieren ausgeschieden (8).

Wirksamkeit (2;3)

In der zulassungsrelevanten, randomisierten Phase-III-Studie RELY wurde die Wirksamkeit von Dabigatranetexilat vs. dem Vitamin-K-Antagonisten Warfarin hinsichtlich der Prävention von Schlaganfällen und systemischen Embolien an 18.113 Patienten mit Vorhofflimmern und mindestens einem weiteren Risikofaktor für einen Schlaganfall untersucht. In den Dabigatran-

Armen erhielten die Patienten je 2 x 110 mg bzw. 2 x 150 mg täglich Dabigatranetexilat, im Warfarin-Arm eine INR (2–3) adjustierte Dosis. Der mediane Beobachtungszeitraum betrug zwei Jahre. Primärer kombinierter Endpunkt war das Auftreten eines Schlaganfalls oder einer systemischen Embolie. Als sekundäre Endpunkte wurden Schlaganfall, systemische Embolie und

Tod untersucht. Die Patienten waren im Durchschnitt 71 Jahre alt, die Hälfte aller Patienten hatte zuvor eine Langzeittherapie mit einem Vitamin-K-Antagonisten erhalten. Die gleichzeitige Medikation mit Acetylsalicylsäure (ASS) lag in allen Studienarmen bei ca. 20 %. Der durchschnittliche Anteil des Studienzeitraums, in dem die INR (Warfarin-Arm) innerhalb des therapeutischen Bereiches von 2 bis 3 lag, betrug 64 %. Die Abbruchrate unter Dabigatranetexilat lag nach einem Jahr bei 14,5 % (110 mg) bzw. 15,5 % (150 mg) und unter Warfarin bei 10,2 %. Nach zwei Jahren hatten 20,7 % bzw. 21,2 % der Studienteilnehmer in der Dabigatran-Gruppe die Studie vorzeitig abgebrochen, der Anteil in der Warfarin-Gruppe lag bei 16,6 %.

In der höheren Dosierung konnte Dabigatranetexilat bei Patienten mit Vorhofflimmern Schlaganfälle oder thrombotische Embolien (primärer Endpunkt) im Vergleich zu Warfarin signifikant reduzieren (Tab. 1). Signifikant weniger kardiovaskuläre Todesfälle zeigte Dabigatran im Vergleich zu Warfarin in der höheren Dosierung. Bei der Gesamtmortalität war der Unterschied jedoch nicht signifikant (Tab. 2). Unter beiden Dosierungen von Dabigatranetexilat traten lebensbedrohliche Blutungen im Vergleich zu Warfarin signifikant seltener auf, während schwere Blutungen nur unter der niedrigen Dosierung von Dabigatranetexilat seltener waren (Tab. 3). Unter beiden Dosierungen von Dabigatranetexilat nimmt numerisch die Herzinfarkttrate zu.

Tabelle 1: Erstes Auftreten von Schlaganfall oder Embolie

	Dabigatranetexilat 110 mg 2 x täglich	Dabigatranetexilat 150 mg 2 x täglich	Warfarin
Patienten (n)	6015	6076	6022
Schlaganfall oder Embolie*	183 (1,54 %)	134 (1,11 %)	202 (1,71 %)
RR** vs. Warfarin (95 % CI***)	0,90 (0,74–1,10)	0,65 (0,52–0,81)	–
p-Wert für Überlegenheit	0,2943	0,0001	–

*jährliche Ereignisrate, **relatives Risiko, ***Konfidenzintervall

Tabelle 2: Gesamtmortalität und kardiovaskuläre Mortalität

	Dabigatranetexilat 110 mg 2 x täglich	Dabigatranetexilat 150 mg 2 x täglich	Warfarin
Patienten (n)	6015	6076	6022
Gesamtmortalität*	446 (3,75 %)	438 (3,64 %)	487 (4,13 %)
RR vs. Warfarin (95 % CI)	0,91 (0,80–1,03)	0,88 (0,77–1,00)	–
p-Wert	0,1308	0,0517	–
vaskuläre Mortalität*	289 (2,43 %)	274 (2,28 %)	317 (2,69 %)
RR vs. Warfarin (95 % CI)	0,90 (0,77–1,06)	0,85 (0,72–0,99)	–
p-Wert	0,2081	0,0430	–

*jährliche Ereignisrate

Tabelle 3: Blutungen

	Dabigatranetexilat 110 mg 2 x täglich	Dabigatranetexilat 150 mg 2 x täglich	Warfarin
Patienten (n)	6015	6076	6022
schwere Blutungen*	342 (2,87 %)	399 (3,32 %)	421 (3,57 %)
RR vs. Warfarin (95 % CI)	0,80 (0,70–0,93)	0,93 (0,81–1,07)	–
p-Wert	0,003	0,31	–
lebensbedrohliche Blutungen*	147 (1,24 %)	179 (1,49 %)	218 (1,85 %)
RR vs. Warfarin (95 % CI)	0,67 (0,54–0,82)	0,80 (0,66–0,98)	–
p-Wert	< 0,001	0,03	–

*jährliche Ereignisrate

Gegenüber Warfarin (0,64 %) war die jährliche Myokardinfarkttrate für Dabigatranetexilat auf 0,82 % in der niedrigeren (RR 1,29 [0,96–1,75]; p = 0,09) bzw. 0,81 % in der höheren Dosierung

(RR 1,27 [0,94–1,71]; p = 0,12) nicht signifikant erhöht. In einer Metaanalyse von sieben Studien wurde eine signifikante Infarktzunahme unter Dabigatran gezeigt (9).

Kosten

Die Kosten für eine Behandlung mit Dabigatranetexilat sind ca. 20 mal höher als bei Phenprocoumon.

Antikoagulantien				
Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben (mg) ¹	Dosis (mg/Tag) ²	Kosten pro Jahr [€] ³
Oraler Faktor-II-Inhibitor				
Dabigatranetexilat	Pradaxa® 110 mg /150 mg Hartkapseln	220	300 220 ⁴	1117,63 1165,81
Oraler Faktor-Xa-Inhibitor				
Rivaroxaban	Xarelto® 15 mg / 20 mg Filmtabletten	10	20 15 ⁴	1026,95 1026,95
Apixaban	Eliquis® 2,5 mg / 5 mg Filmtabletten	5	10 5 ⁴	1279,69 1323,73
Vitamin-K-Antagonisten				
Phenprocoumon	Generikum, 3 mg Tabletten	3	3 ⁵	56,65 ^{6,7}

Stand Lauertaxe: 01.02.2013

¹Nach (7); ²Dosierung gemäß Fachinformation; ³Kostenberechnung anhand des kostengünstigsten Präparates einschließlich Import; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt; ⁴Dosierung für besondere Patientengruppen; ⁵Erhaltungsdosis bei INR-Wert im angestrebten therapeutischen Bereich, sie ist durch die Bestimmung der Thromboplastinzeit (INR) zu überwachen und individuell anzupassen; ⁶Kosten für Erhaltungsdosis, Initialdosis (1. Tag 6–9 mg, 2. Tag 6 mg) wurde bei der Kostenberechnung nicht berücksichtigt; ⁷Kosten für die INR-Bestimmung sind nicht enthalten.

Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen (2;3;8;10;11)

□ **Hinweise zur sicheren Anwendung von Dabigatranetexilat**

- Zur Gewährleistung einer sicheren und wirksamen Anwendung von Dabigatranetexilat wurde dem pharmazeutischen Hersteller von der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) auferlegt, allen verordnenden Ärzten Schulungsmaterial bzw. indikationsspezifische Ratgeber sowie einen Patientenausweis, der beim erstmaligen Verordnen von Dabigatranetexilat jedem Patienten ausgehändigt werden soll, zur Verfügung zu stellen. Das Schulungsmaterial soll das Bewusstsein für das potenzielle Blutungsrisiko während einer Behandlung mit Dabigatranetexilat erhöhen und eine Anleitung zum Umgang mit diesem Risiko geben.
- Patienten sind aufzuklären über:
 - Anzeichen und Symptome von Blutungen sowie Umstände, unter denen ein Arzt zu konsultieren ist,

- die Bedeutung der Therapieadhärenz,
- die Notwendigkeit, den Patientenausweis immer mit sich zu führen,
- die Notwendigkeit, vor jedem Eingriff den behandelnden Arzt auf die Einnahme von Dabigatranetexilat hinzuweisen.
- Der Patientenausweis soll die folgenden wichtigsten Sicherheitshinweise enthalten:
 - Anzeichen und Symptome von Blutungen sowie Umstände, unter denen ein Arzt aufzusuchen ist,
 - die Bedeutung der Compliance,
 - die Notwendigkeit, den Patientenausweis immer bei sich zu tragen,
 - die Notwendigkeit, vor jeglichem Eingriff den behandelnden Arzt auf die Einnahme von Dabigatranetexilat hinzuweisen.

□ **Warnhinweise**

- Ein potenziell erhöhtes Blutungsrisiko ist zu beachten bei:
 - Patienten > 75 Jahre,
 - mäßig eingeschränkter Nierenfunktion (CrCl 30–50 ml/min),
 - gleichzeitiger Behandlung mit einem P-Glykoproteininhibitor,
 - geringem Körpergewicht (< 50 kg),
 - gleichzeitiger Anwendung von Acetylsalicylsäure, Clopidogrel, nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR), Serotoninaufnahmehemmern,
 - angeborenen oder erworbenen Gerinnungsstörungen,
 - Thrombozytopenie oder funktionellen Thrombozytendefekten,
 - aktiven gastrointestinalen Ulzera,
 - kürzlich aufgetretener gastrointestinaler Blutung,
 - kürzlich durchgeführter Biopsie oder kürzlich aufgetretenem schweren Trauma,
 - kürzlich aufgetretener intrakranieller Blutung,
 - chirurgischen Eingriffen an Gehirn, Rückenmark oder Augen,
 - bakterieller Endokarditis.

□ **Vorgehen bei Blutungen unter Dabigatranetexilat (4;6;12)**

- geringfügige Blutung
 - lokale hämostatische Maßnahmen: mechanische Kompression, Tranexamsäure topisch
 - Wirkspiegelkontrolle
 - Therapiepause und/oder Dosisanpassung

- relevante Blutung
 - lokale hämostatische Maßnahmen: mechanische Kompression, Tranexamsäure topisch, evtl. chirurgische Intervention oder Wundversorgung
 - Flüssigkeitsersatz (ausreichende Diurese!)
 - Therapieversuch mit Desmopressin (DDAVP) 0,3 µg/kg KG und Tranexamsäure (3 x 1 g oral oder 20 mg/kg KG 4x täglich – nur innerhalb der ersten 24 Stunden)
- bedrohliche Blutung
 - Maßnahmen wie bei geringfügiger und relevanter Blutung
 - 100 µg (5 KIE)/kg KG rekombinanter Faktor VIIa (Novoseven®) oder 50 IE/kg KG aktivierte Prothrombinkomplex-Präparate (FEIBA)
 - Hämodialyse, evtl. Hämofiltration mit Passage über Aktivkohle, insbesondere bei Nierenversagen

□ **Präoperative Maßnahmen (4;13)**

- hohes Blutungsrisiko
 - Dabigatranetexilat absetzen, akute Eingriffe möglichst bis mindestens 12 Stunden nach der letzten Dosis verschieben.
- niedriges Blutungsrisiko (z. B. Kataraktoperationen, Koronarangiographie, ambulante zahnärztliche Operationen)
 - Letztmalige Dabigatraneeinnahme am Abend vor dem Eingriff und Wiederaufnahme der Dabigatraneeinnahme 4–6 h nach dem Eingriff. Sollte postoperativ eine längere Unterbrechung der Dabigatraneeinnahme erforderlich werden, sollte – sofern möglich – ein parenterales Antikoagulans eingesetzt werden.

Regeln zum Absetzen vor elektiven invasiven oder chirurgischen Eingriffen

Nierenfunktion (CrCl in ml/min)	geschätzte Halbwertszeit (Stunden)	Zeitpunkt für das Absetzen von Dabigatranetexilat vor einem elektiven Eingriff	
		hohes Blutungsrisiko oder größerer Eingriff	Standardrisiko
≥ 80	ca. 13	2 Tage vorher	24 Stunden vorher
≥ 50 bis < 80	ca. 15	2–3 Tage vorher	1–2 Tage vorher
≥ 30 bis < 50	ca. 18	4 Tage vorher	2–3 Tage vorher (> 48 Stunden)

□ **Wechselwirkungen**

- starke P-Glykoproteininhibitoren (z. B. Amiodaron, Verapamil, Chinidin, Ketoconazol und Clarithromycin) (erhöhter Dabigatranplasma-spiegel)
- P-Glykoproteininduktoren (wie Rifampicin, Johanniskraut, Carbamazepin oder Phenytoin) (verringertes Dabigatranplasma-spiegel)

□ **Kontraindikationen**

- Patienten mit künstlichen Herzklappen, die eine gerinnungshemmende Therapie benötigen (14)
- Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz (CrCl < 30 ml/min)
- akute klinisch relevante Blutung
- Organschäden, die das Blutungsrisiko erhöhen
- spontane oder pharmakologisch bedingte Einschränkung der Hämostase
- Beeinträchtigung der Leberfunktion, Lebererkrankung
- gleichzeitig systemisch verabreichtes Ketoconazol, Ciclosporin, Itraconazol oder Tacrolimus
- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile

Nebenwirkungen	
häufig (≥ 1/100, < 1/10)	Anämie, Nasenbluten, gastrointestinale Blutung, Bauchschmerzen, Diarrhoe, Dyspepsie, Übelkeit, abnorme(r) Leberfunktion/Leberfunktionstest
gelegentlich (≥ 1/1000, < 1/100)	Hämoglobin vermindert, Thrombozytopenie, Arzneimittelüberempfindlichkeit, Hautausschlag, Pruritus, intrakranielle Blutungen, Hämatom, Hämoptyse, rektale/hämorrhoidale Blutung, gastrointestinale Ulzera, Gastroösophagitis, gastroösophageale Refluxkrankheit, Erbrechen, Dysphagie, ALT/AST erhöht, Hautblutung, urogenitale Blutung, Hämaturie, Blutung am Inzisionsort
selten (≥ 1/10.000, < 1/1000)	Hämatokrit vermindert, Urtikaria, Leberenzyme erhöht, Hyperbilirubinämie, Hämarthrose, Blutung an der Injektionsstelle, Blutung an der Eintrittsstelle eines Katheters

Hinweise zu besonderen Patientengruppen	
Ältere Patienten	<p>Patienten > 75 Jahre: Nierenfunktion vor Beginn der Behandlung und mindestens einmal jährlich durch die Bestimmung der CrCl überprüfen, sowie abhängig von der Klinik mit möglicher Einschränkung der Nierenfunktion (z. B. Exsikkose im Rahmen einer Pneumonie) und neuer Komedikation.</p> <p>Patienten 75–80 Jahre: 300 mg/d. In Einzelfällen bei niedrigem thromboembolischen Risiko und hohem Blutungsrisiko Reduktion der Tagesdosis auf 220 mg.</p> <p>Patienten > 80 Jahre: 220 mg/d wegen erhöhten Blutungsrisikos (ggf. Labordiagnostik zur Erfassung der Dabigatrandosis).</p>
Kinder und Jugendliche	Keine Zulassung.
Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion	<p>Vor einer Behandlung bei allen Patienten Nierenfunktion durch Bestimmung der CrCl überprüfen.</p> <p>Während der Behandlung die Nierenfunktion mindestens einmal jährlich oder in klinischen Situationen überprüfen, in denen eine Abnahme oder Verschlechterung der Nierenfunktion zu vermuten ist.</p> <p>Schwer beeinträchtigte Nierenfunktion (CrCl < 30 ml/min): Kontraindiziert.</p> <p>Mäßig beeinträchtigte Nierenfunktion (CrCl 30–50 ml/min): Reduzierung der Dosis auf 220 mg/d bei Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko.</p> <p>Leicht beeinträchtigte Nierenfunktion (CrCl 50–80 ml/min): In der Regel keine Dosisanpassung erforderlich (abhängig von der Klinik mit möglicher Einschränkung der Nierenfunktion über einen längeren Zeitraum z. B. Exsikkose im Rahmen einer Pneumonie und neue Komedikation, ggf. Labordiagnostik zur Erfassung der Dabigatrandosis).</p>
Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion	Patienten mit Erhöhung der Leberenzymwerte über das Zweifache des oberen Grenzwertes des Normbereichs: Anwendung nicht empfohlen.
Anwendung bei Schwangeren und Stillenden	Keine Anwendung.

Literatur

1. National Institute for Health and Clinical Excellence: Dabigatran etexilate for the prevention of stroke and systemic embolism in atrial fibrillation. NICE technology appraisal guidance 249; guidance.nice.org.uk/ta249. Issued March 2012.
2. EMA: Pradaxa®: Europäischer Beurteilungsbericht (EPAR): http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Assessment_Report_-_Variation/human/000829/WC500110875.pdf. Stand: 23. August 2011. Zuletzt geprüft: 4. Februar 2013.
3. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S et al.: Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009; 361: 1139-1151.
4. Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern: Empfehlungen zum Einsatz der neuen Antikoagulantien Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®). Version 1.0. Leitfaden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Berlin: AkdÄ, 2012.
5. Camm AJ, Lip GY, De CR et al.: 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation – Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Europace* 2012; 14: 1385-1413.
6. Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG: Notfallmanagement bei Patienten mit Blutungen unter einer Therapie mit Pradaxa (Dabigatranetexilat) – Blutungsmanagement bei Patienten unter einer Pradaxa-Therapie. Stand: Februar 2012.
7. GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO): Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2013. Berlin: DIMDI, 2013.
8. Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG: Fachinformation "Pradaxa® 110 mg Hartkapseln". Stand: August 2012.
9. Uchino K, Hernandez AV: Dabigatran association with higher risk of acute coronary events: meta-analysis of noninferiority randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2012; 172: 397-402.
10. EMA: Pradaxa®: Europäischer Beurteilungsbericht (EPAR): http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Assessment_Report_-_Variation/human/000829/WC500131783.pdf. Stand: 4. September 2012. Zuletzt geprüft: 4. Februar 2013.
11. Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG: Fachinformation "Pradaxa® 150 mg Hartkapseln". Stand: August 2012.
12. PHARMAC – Pharmaceutical Management Agency – New Zealand Government: Guidelines for management of bleeding with dabigatran – for possible inclusion into local management protocols: <http://www.pharmac.govt.nz/2011/06/13/Dabigatran%20bleeding%20management.pdf>. Zuletzt geprüft: 4. Februar 2013.
13. PHARMAC – Pharmaceutical Management Agency – New Zealand Government: Guidelines for testing and perioperative management of dabigatran – for possible inclusion into local management protocols: <http://www.pharmac.govt.nz/2011/06/13/Dabigatran%20testing%20and%20perioperative%20management.pdf>. Zuletzt geprüft: 4. Februar 2013.
14. Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG: Pradaxa® (Dabigatranetexilat): Wichtige sicherheitsrelevante Information: <http://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/RHB/Archiv/2013/20130109.pdf>. Rote-Hand-Brief vom 7. Januar 2013. Zuletzt geprüft: 4. Februar 2013.

Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2013

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
- im Folgenden KV Thüringen genannt -

einerseits

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand
dieser hier vertreten durch
Frau Andrea Epkes

dem BKK Landesverband Mitte,
Siebstraße 4
30171 Hannover

der IKK classic

der Krankenkasse für den Gartenbau
handelnd für die landwirtschaftliche Krankenversicherung
Frankfurter Straße 126
34121 Kassel

der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt/Main

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- KKH – Allianz
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen,
Lucas-Cranach-Platz 2
99099 Erfurt

andererseits

Präambel

Grundlage für die nachfolgenden Regelungen sind die Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für das Jahr 2013 vom 19. Oktober 2012.

Die Vertragspartner vereinbaren ein Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2013. Sie legen in gemeinsamer Verantwortung Wirtschaftlichkeitsziele sowie ein darauf ausgerichtetes Maßnahmenpaket für das Jahr 2013 fest.

Das Ziel besteht darin, im Jahr 2013 durch intensiviertes gemeinsames Handeln das vereinbarte Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel einzuhalten.

§ 1

Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2013

Das Netto-Ausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2013 wird auf den Betrag von **1.040.000.000,00 EUR** festgelegt.

§ 2

Steuerung der Arznei- und Verbandmittelausgaben im Jahr 2013

(1) Zielvereinbarung

Zur intensiven Steuerung der Arznei- und Verbandmittelausgaben 2013 einigen sich die Vertragspartner auf folgende 10 Zielgruppen:

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz	Mindest- Zielwert auf der Basis von DDD
1	ACE-Hemmer/Sartane	ACE-Hemmer	76,0 %
2	ACE-Hemmer-Diuretika- Kombinationen	Enalapril und Diuretikum, Lisinopril und Diuretikum, Ramipril und Hydrochlorothiazid	86,0 %
3a	Antidiabetika, exklusive Insuline	Metformin, Sulfonylharnstoffe	80,0 %
3b	Antidiabetika, exklusive Insuline	Nicht-GLP1-Analoga	98,0 %
4a	Nicht-steroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	Diclofenac, Ibuprofen	84,4 %
4b	orale NSAR	orale NSAR ohne Coxibe	90,0 %
5	Thienopyridinderivate als Monopräparate oder in Kombination (Clopidogrel, Prasugrel)	generisches Clopidogrel	85,0 %

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz	Mindest- Zielwert auf der Basis von DDD
6a	Statine/Ezetimib und Kombinationen	Statine	93,5 %
6b	HMG-CoA-Reduktasehemmer	Simvastatin, Pravastatin	90,5 %
7	Selektive Serotonin- Wiederaufnahmehemmer	Citalopram	59,0%
8	orale Opioide WHO III	orale Opioide (WHO III) ohne Tapen- tadol und Oxycodon-Kombinationen	80,0%
9	Bisphosphonate (Osteop.)	Alendronsäure	70,0%
10	Antiglaukomatosa	Betablocker (Monopräparate)	30,0%

Diese Mindestzielwerte gelten bei den Zielen 3a/b, 4a/b und 6a/b in der angegebenen Kombination.

Die Zielgruppendefinition erfolgt auf ATC-Basis gemäß **Anlage 1**.

(2) Maßnahmen zur Zielerreichung

1. Die Vertragspartner vereinbaren zur Erreichung der Ziele die Fortführung des Beratungskonzepts des Jahres 2011, auch auf der Basis der Beratungsauswertungen für 2012.
2. Die Information aller Vertragsärzte über die Zielvereinbarung allgemein, die Ist-Situation sowie zu den Zielfeldern, die die Vertragspartner der Vereinbarung unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation vorrangig zu erreichen suchen, erfolgt durch die KV Thüringen. Hierzu gehören auch gemeinsame Empfehlungen auf der Grundlage von § 73 Abs. 8 SGB V über die wirtschaftliche Verordnungsweise.
3. Die zeitnahe (mindestens quartalsweise) Information der Ärzte - mit nennenswerten Verordnungen in den Zielbereichen - über ihr Verordnungsverhalten mittels GKV-Arzneimittel-Frühinformation für Vertragsärzte nach § 84 Abs. 5 SGB V (GAmSi-Arzt) erfolgt durch die KV Thüringen. Die Information der Vertragsärzte über das Erreichen der Ziele nach Absatz 1 kann mit Frühinformationsdaten der Krankenkassen auf Landesebene erfolgen.
4. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe zur kontinuierlichen Begleitung dieser Vereinbarung analysiert zeitnah die Ausgabenentwicklung und entwickelt Maßnahmen zur Erreichung der unter Abs. 1 genannten Ziele, auch gegenüber Arzneimittel und Verbandmittel abgebenden Stellen und erstellt das Beratungskonzept nach Nr. 1.
5. Die Beratungen werden von der KV Thüringen sowie von den Krankenkassen vorgenommen. Grundlage dafür sind Datenauswertungen der KV Thüringen nach § 300 Abs. 2 i. V. mit § 305 a SGB V. Den Krankenkassen werden hierfür keine Kosten in Rechnung gestellt. Näheres zur Durchführung und zum Inhalt der Beratungen enthält das Beratungskonzept nach Nr. 1. Die Kosten der Beratungstätigkeit (Arbeits- und Reisekosten des Beraters) trägt jeder Vertragspartner selbst.

6. Die KV Thüringen verpflichtet sich, die Ziele dieser Vereinbarung in Abstimmung mit der AOK PLUS in einer zur ARV-Schnittstelle der KBV konformen Datei fristgemäß (sofern realisierbar) an die KBV zu melden. Der Inhalt der Daten zur ARV-Schnittstelle ist inklusive der Regelungen zur Haftung in **Anlage 2** dieser Vereinbarung formuliert.
7. Als zusätzliches Steuerungsinstrument vereinbaren die Vertragspartner die Einbindung der Zielwerte nach Absatz 1 in die Richtgrößenprüfung. Das Nähere hierzu regelt die Prüfvereinbarung.

(3) Feststellung der Zielerreichung, Datengrundlage

1. Eine Bewertung zum Erfüllungsstand dieser Vereinbarung erfolgt nach Abschluss des Kalenderjahres 2013 durch die Vertragspartner gemeinsam. Die Zielerreichung wird auf Landesebene (KV-weit) festgestellt.
2. Die Ermittlung der Zielerfüllung erfolgt auf Basis der Verordnungsdaten der Krankenkassen gemäß § 13 Absatz 1 Datenträgeraustausch (DTA) und darauf basierenden Auswertungen.
3. Die Zielvereinbarung gilt auf Landesebene als erfüllt, wenn die Ziele gemäß Abs. 1 erreicht sind.
4. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse erfolgt die Anpassung der Zielwerte im Folgejahr und/oder die Veränderung der vereinbarten Maßnahmen.

(4) Ergänzende Regelungen

1. Die Vertragspartner tragen gemeinsam Verantwortung für die gemäß Abs. 1 vereinbarten Ziele und die Umsetzung der Maßnahmen gemäß Abs. 2.
2. Die Krankenkassen werden die Versicherten und die KV Thüringen die Vertragsärzte über die Zielsetzung der vorliegenden Vereinbarung in Kenntnis setzen.

§ 3

Laufzeit und Anschlussvereinbarung

1. Die Vereinbarung gilt für den Zeitraum vom 1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2013.
2. Die Vertragspartner werden entsprechend den gesetzlichen Vorgaben rechtzeitig vor Ablauf der Vereinbarung Verhandlungen für die Folgezeit aufnehmen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 17.12.2012

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen

gez. IKK classic

gez. Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd für
die landwirtschaftliche Krankenversicherung

gez. Knappschaft,
Regionaldirektion Frankfurt/Main

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Anlagen 1 und 2

Anlage 1

Definition der Zielgruppen gemäß § 2 Absatz 1 (nach ATC-Code)

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
1	ACE-Hemmer/Sartane C09AA ACE-Hemmer, rein C09BA ACE-Hemmer und Diuretika C09CA Angiotensin-II-Antagonisten, rein C09DA Angiotensin-II-Antagonisten und Diuretika	ACE-Hemmer C09AA ACE-Hemmer, rein C09BA ACE-Hemmer und Diuretika
2	ACE-Hemmer-Diuretika-Kombinationen C09BA01 Captopril und Diuretika C09BA02 Enalapril und Diuretika C09BA03 Lisinopril und Diuretika C09BA04 Perindopril und Diuretika C09BA05 Ramipril und Diuretika C09BA06 Quinapril und Diuretika C09BA07 Benazepril und Diuretika C09BA08 Cilazapril und Diuretika C09BA09 Fosinopril und Diuretika C09BA13 Moexipril und Diuretika C09BA15 Zofenopril und Diuretika C09BA25 Ramipril und Hydrochlorothiazid	Enalapril/Lisinopril und Diuretikum, Ramipril und Hydrochlorothiazid C09BA02 Enalapril und Diuretika C09BA03 Lisinopril und Diuretika C09BA25 Ramipril und Hydrochloro- thiazid
3a	Antidiabetika, exklusive Insuline (Teilziel: Vorrang Metformin, Sulfonylharnstoffe) A10BA02 Metformin A10BB01 Glibenclamid A10BB08 Gliquidon A10BB09 Gliclazid A10BB12 Glimepirid A10BD05 Metformin und Pioglitazon A10BD06 Glimepirid und Pioglitazon A10BD07 Metformin und Sitagliptin A10BD08 Metformin und Vildagliptin A10BD12 Metformin und Glibenclamid A10BF01 Acarbose A10BF02 Miglitol A10BG03 Pioglitazon A10BH01 Sitagliptin A10BH02 Vildagliptin A10BH03 Saxagliptin A10BH05 Linagliptin A10BX02 Repaglinid A10BX03 Nateglinid A10BX04 Exenatid	Metformin, Sulfonylharnstoffe A10BA02 Metformin A10BB01 Glibenclamid A10BB08 Gliquidon A10BB09 Gliclazid A10BB12 Glimepirid A10BD12 Metformin und Glibenclamid

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
	A10BX07 Liraglutid	
3b	Antidiabetika, exklusive Insuline (Teilziel: Vorrang Nicht-GLP1-Analoga)	Nicht-GLP1-Analoga
	A10BA02 Metformin	A10BA02 Metformin
	A10BB01 Glibenclamid	A10BB01 Glibenclamid
	A10BB08 Gliquidon	A10BB08 Gliquidon
	A10BB09 Gliclazid	A10BB09 Gliclazid
	A10BB12 Glimepirid	A10BB12 Glimepirid
	A10BD05 Metformin und Pioglitazon	A10BD05 Metformin und Pioglitazon**
	A10BD06 Glimepirid und Pioglitazon	A10BD06 Glimepirid und Pioglitazon**
	A10BD07 Metformin und Sitagliptin	A10BD07 Metformin und Sitagliptin
	A10BD08 Metformin und Vildagliptin	A10BD08 Metformin und Vildagliptin
	A10BD12 Metformin und Glibenclamid	A10BD12 Metformin und Glibenclamid
	A10BF01 Acarbose	A10BF01 Acarbose
	A10BF02 Miglitol	A10BF02 Miglitol
	A10BG03 Pioglitazon	A10BG03 Pioglitazon**
	A10BH01 Sitagliptin	A10BH01 Sitagliptin
	A10BH02 Vildagliptin	A10BH02 Vildagliptin
	A10BH03 Saxagliptin	A10BH03 Saxagliptin
	A10BH05 Linagliptin	A10BH05 Linagliptin
	A10BX02 Repaglinid	A10BX02 Repaglinid
	A10BX03 Nateglinid	A10BX03 Nateglinid
	A10BX04 Exenatid	
	A10BX07 Liraglutid	
4a	Nicht-steroidale Antiphlogistika und Antirheumatika (NSAR) (Teilziel: Vorrang Diclofenac, Ibuprofen)	Diclofenac, Ibuprofen
	M01AA01 Phenylbutazon	M01AB05 Diclofenac
	M01AB01 Indometacin	M01AE01 Ibuprofen
	M01AB05 Diclofenac	
	M01AB11 Acemetacin	
	M01AB14 Proglumetacin	
	M01AB16 Aceclofenac	
	M01AB55 Diclofenac, Kombinationen	
	M01AC01 Piroxicam	
	M01AC06 Meloxicam	
	M01AE01 Ibuprofen	
	M01AE02 Naproxen	
	M01AE03 Ketoprofen	
	M01AE11 Tiaprofensäure	
	M01AE14 Dexibuprofen	
	M01AE17 Dexketoprofen	
	M01AH01 Celecoxib	
	M01AH04 Parecoxib	
	M01AH05 Etoricoxib	
	M01AX01 Nabumeton	

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
4b	<p>orale NSAR (Teilziel: Vorrang Nicht-Coxibe)</p> <p>orale Darreichungsformen folgender Wirkstoffe:</p> <p>M01AA01 Phenylbutazon M01AB01 Indometacin M01AB05 Diclofenac M01AB11 Acemetacin M01AB14 Proglumetacin M01AB16 Aceclofenac M01AB55 Diclofenac, Kombinationen M01AC01 Piroxicam M01AC06 Meloxicam M01AE01 Ibuprofen M01AE02 Naproxen M01AE03 Ketoprofen M01AE11 Tiaprofensäure M01AE14 Dexibuprofen M01AE17 Dexketoprofen M01AH01 Celecoxib M01AH04 Parecoxib M01AH05 Etoricoxib M01AX01 Nabumeton</p>	<p>Nicht-Coxibe</p> <p>orale Darreichungsformen von:</p> <p>M01AA01 Phenylbutazon M01AB01 Indometacin M01AB05 Diclofenac M01AB11 Acemetacin M01AB14 Proglumetacin M01AB16 Aceclofenac M01AB55 Diclofenac, Kombinat. M01AC01 Piroxicam M01AC06 Meloxicam M01AE01 Ibuprofen M01AE02 Naproxen M01AE03 Ketoprofen M01AE11 Tiaprofensäure M01AE14 Dexibuprofen M01AE17 Dexketoprofen M01AX01 Nabumeton</p>
5	<p>Thienopyridinderivate als Monopräparate oder in Kombination (Clopidogrel, Prasugrel)</p> <p>B01AC04 Clopidogrel B01AC22 Prasugrel B01AC34 Clopidogrel in Kombination</p>	<p>Generisches Clopidogrel</p> <p>B01AC04 Clopidogrel nur mit Generikakennung*</p>
6a	<p>Statine/Ezetimib und Kombinationen (Teilziel: Vorrang Statine)</p> <p>C10AA01 Simvastatin C10AA02 Lovastatin C10AA03 Pravastatin C10AA04 Fluvastatin C10AA05 Atorvastatin C10AA06 Cerivastatin C10AA07 Rosuvastatin C10AA08 Pitavastatin C10AX09 Ezetimib C10BA02 Simvastatin und Ezetimib</p>	<p>Statine</p> <p>C10AA01 Simvastatin C10AA02 Lovastatin C10AA03 Pravastatin C10AA04 Fluvastatin C10AA05 Atorvastatin C10AA06 Cerivastatin C10AA07 Rosuvastatin C10AA08 Pitavastatin</p>
6b	<p>HMG-CoA-Reduktasehemmer (Teilziel: Vorrang Simvastatin und Pravastatin)</p> <p>C10AA01 Simvastatin C10AA02 Lovastatin C10AA03 Pravastatin C10AA04 Fluvastatin</p>	<p>Simvastatin und Pravastatin</p> <p>C10AA01 Simvastatin C10AA03 Pravastatin</p>

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
	C10AA05 Atorvastatin C10AA06 Cerivastatin C10AA07 Rosuvastatin C10AA08 Pitavastatin	
7	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer N06AB02 Zimeldin N06AB03 Fluoxetin N06AB04 Citalopram N06AB05 Paroxetin N06AB06 Sertralin N06AB08 Fluvoxamin N06AB10 Escitalopram	Citalopram N06AB04 Citalopram
8	orale Opioide der Stufe III nach WHO-Schema orale Darreichungsformen (WIdO): BRTA, BTL, FTBL, KAPS, LUTA, REBE, REKA, RETA, SAFT, SLTA, SMTA, TABL, TRIA, TROP N02AA01 Morphin N02AA03 Hydromorphon N02AA05 Oxycodon N02AA55 Oxycodon, Kombinationen N02AB02 Pethidin N02AB03 Fentanyl N02AE01 Buprenorphin N02AX06 Tapentadol	orale Opioide ohne Tapentadol und Oxycodon-Kombinationen orale Darreichungsformen (WIdO): siehe links N02AA01 Morphin N02AA03 Hydromorphon N02AA05 Oxycodon N02AB02 Pethidin N02AB03 Fentanyl N02AE01 Buprenorphin
9	Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose M05BA01 Etidronsäure M05BA04 Alendronsäure M05BA06 Ibandronsäure M05BA07 Risedronsäure M05BA08 Zoledronsäure (nur Aclasta)	Alendronsäure M05BA04 Alendronsäure
10	Antiglaukomatosa S01ED01 Timolol S01ED02 Betaxolol S01ED03 Levobunolol S01ED04 Metipranolol S01ED05 Carteolol S01EA04 Clonidin S01EA05 Brimonidin S01EB01 Pilocarpin S01EB02 Carbachol S01EB09 Acetylcholin S01EB51 Pilocarpin, Kombinationen S01EC01 Acetazolamid S01EC03 Dorzolamid	Betablocker (Monopräparate) S01ED01 Timolol S01ED02 Betaxolol S01ED03 Levobunolol S01ED04 Metipranolol S01ED05 Carteolol

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
	S01EC04 Brinzolamid S01ED51 Timolol, Kombinationen S01ED54 Metipranolol, Kombinationen S01ED61 Timolol und Latanoprost S01ED62 Timolol und Bimatoprost S01ED63 Timolol und Travoprost S01ED66 Timolol und Dorzolamid S01ED67 Timolol und Brinzolamid S01EE01 Latanoprost S01EE03 Bimatoprost S01EE04 Travoprost S01EE05 Tafluprost	

* Generikakennung gemäß Arzneimittel-Stammdatei des GKV-Arzneimittelindex

** Der Verordnungsausschluss von Glitazonen zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 nach Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten

Anlage 2

Inhalt der Daten zur ARV-Schnittstelle inklusive Regelungen zur Haftung

Der Inhalt der Daten [ARV-Stammdaten laut Vorgabe Datensatzbeschreibung ARV (Übermittlung von Inhalten der regionalen, kollektivvertraglichen Arzneimittelvereinbarungen) in der aktuell gültigen Version der KBV] gemäß der Anlage 1, die grundsätzlich quartalsweise an die KBV geliefert werden, wird zuvor durch die KV Thüringen erarbeitet, der AOK PLUS übermittelt und durch diese geprüft. Erforderliche Änderungen werden der KV Thüringen innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Erhalt der Daten schriftlich mitgeteilt. Werden innerhalb von 10 Arbeitstagen keine Änderungswünsche übermittelt oder wird der Einreichung nicht ausdrücklich widersprochen, so gilt die Zustimmung als erteilt. Anschließend erfolgt die Übermittlung durch die KV Thüringen an die KBV zur Veröffentlichung.

Aus der Bereitstellung der an die KBV übermittelten Daten resultierende Haftungsrisiken gegenüber Dritten werden von der KV Thüringen und der AOK PLUS hälftig entsprechend den gesetzlichen Regelungen übernommen. Eine solche Teilung gilt nicht, wenn die Ursache eindeutig bzw. im überwiegenden Maße einer Partei zuzuordnen ist.

1. Protokollnotiz

zur Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2013 vom 17.12.2012

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
- im Folgenden KV Thüringen genannt -

einerseits

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand
dieser hier vertreten durch
Frau Andrea Epkes

dem BKK Landesverband Mitte,
Siebstraße 4
30171 Hannover

der IKK classic

der Krankenkasse für den Gartenbau
handelnd für die landwirtschaftliche Krankenversicherung
Frankfurter Straße 126
34121 Kassel

der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt/Main

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- KKH-Allianz
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen,
Lucas-Cranach-Platz 2
99099 Erfurt

andererseits

wird Folgendes vereinbart:

In § 2 Abs. 1 der Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2013 – Zielvereinbarung - wird als letzter Satz folgende Ergänzung eingefügt:

Verordnungen von Wirkstoffen, deren mittlere DDD-bezogene Kosten nicht höher sind als die mittleren DDD-Kosten der jeweiligen Leitsubstanz/Präferenzsubstanz (jeweilige Jahresdurchschnitte in Thüringen) werden bei der Ermittlung der Zielwerterfüllung durch die Prüfungsstelle der Verordnung der Leitsubstanzen gleichgestellt.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 17.12.2012

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen

gez. IKK classic

gez. Krankenkasse für den Gartenbau,
handelnd für die Landwirtschaftliche
Krankenversicherung

gez. Knappschaft,
Regionaldirektion, Frankfurt am Main

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

**Vereinbarung
über die Festsetzung von Richtgrößen für
Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2013
(Richtgrößen-Vereinbarung/Arzneimittel)**

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

- im Folgenden KV Thüringen genannt –

einerseits

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand
dieser hier vertreten durch
Frau Andrea Epkes

dem BKK Landesverband Mitte
Siebstr. 4
30171 Hannover

der IKK classic

der Krankenkasse für den Gartenbau
handelnd für die landwirtschaftliche Krankenversicherung
Frankfurter Straße 126
34121 Kassel

der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- KKH-Allianz
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen
Lucas-Cranach-Platz 2
99099 Erfurt

andererseits

Präambel

Gegenstand der Vereinbarung ist die Festsetzung einheitlicher arztgruppenspezifischer Richtgrößen gemäß § 84 Abs. 6 SGB V für das Volumen der je Betriebsstätte verordneten Arznei- und Verbandmittel zum Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V, die Information über veranlasste Ausgaben und das Verfahren bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens.

1. Bildung der Richtgrößen

1.1 Grundsätze zur Bildung der Richtgrößen

(1) Für die Bildung von Richtgrößen werden folgende Grundsätze festgelegt:

- Die Richtgrößen werden für Arznei- und Verbandmittel vereinbart.
- In den Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel ist der Sprechstundenbedarf enthalten.
- Die Richtgrößen werden einheitlich für alle Kassenarten und den Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen vereinbart.
- Die Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel werden nach folgenden Altersgruppen gegliedert:

Altersgruppe 1 (0 bis 15 Jahre)

Altersgruppe 2 (16 bis 49 Jahre)

Altersgruppe 3 (50 bis 64 Jahre)

Altersgruppe 4 (ab 65 Jahre)

Der Sprechstundenbedarf wird zu gleichen Teilen den Altersgruppen zugeordnet.

(2) Die Richtgrößen gelten für Betriebsstätten mit Status „niedergelassen“, mit Ausnahme „ermächtigte“ und medizinischer Versorgungszentren (MVZ), der in **Anlage 1** aufgeführten Arztgruppen.

(3) Die Richtgrößen werden für die in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen nach prozentualen Anteilen der Arztgruppen sowie der Altersgruppen an den Ergebnissen der arztbezogenen Erfassung der Arzneimittelausgaben und der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle des Jahres 2011 ermittelt.

Für die in Anlage 1 genannten Arztgruppen wird für die Bildung der Richtgrößen ein Ausgabenvolumen herangezogen, das sich aus dem Bruttoausgabenvolumen gemäß Pkt. 1.2 Abs. 2 ergibt (unter Berücksichtigung der Ausgabenanteile der in Anlage 1 nicht genannten Arztgruppen).

(4) Impfstoffe zur Prävention bleiben bei der Bildung von Richtgrößen unberücksichtigt.

(5) Gesetzliche Zuzahlungen sowie Rabatte nach den §§ 130 und 130 a SGB V sind Bestandteile der Richtgrößen (Bruttoprinzip).

1.2 Ermittlung der Richtgrößen für das Jahr 2013

- (1) Die Ermittlung der Richtgrößen für das Jahr 2013 orientiert sich am vereinbarten Nettoausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel in Höhe von **1.040.000.000 €**.
- (2) Für die Bildung der Richtgrößen wird zur Umbasierung von Netto auf Brutto das unter Abs. 1 genannte Ausgabenvolumen mit dem vorläufigen Umrechnungsfaktor **1,2243** multipliziert. Daraus ergibt sich ein Bruttoausgabenvolumen von **1.273.272.000 €**.
- (3) Auf der Grundlage der gem. Pkt. 1.1 Abs. 3 Satz 1 ermittelten Ausgabenanteile werden für die in der Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen unter Berücksichtigung der Summe der Ausgabenanteile der dort nicht genannten Arztgruppen die arztgruppen- und altersgruppenbezogenen Ausgabenvolumina, ausgenommen der Kosten für die Wirkstoffe Ranibizumab und Pegaptanib, bestimmt.
- (4) Die in **Anlage 2** aufgeführten Richtgrößen ergeben sich jeweils aus der Division der nach Abs. 3 ermittelten arztgruppen- und altersgruppenbezogenen Ausgabenvolumina (einschließlich des Sprechstundenbedarfs) durch die Zahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle der jeweiligen Arzt- und Altersgruppe.

1.3 Inkrafttreten und Bekanntgabe der Richtgrößen 2013

Die nach Punkt 1.2 ermittelten Richtgrößen sind durch die KV Thüringen mit Wirksamkeit zum 01.01.2013 bekannt zu machen.

2. Information über veranlasste Ausgaben

- (1) Zur kontinuierlichen Information übermitteln die Krankenkassen quartalsweise an die KV Thüringen ungeprüfte Verordnungsdaten zu den im Bereich der KV Thüringen veranlassenden Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel
 - entsprechend den Altersgruppen gemäß Punkt 1.1 Abs. 1 sowie separaten Angaben zum Sprechstundenbedarf
 - jeweils mit der Summe der Bruttoausgaben, der Summe der Nettoausgaben und der Anzahl der Verordnungen
 - bis spätestens Ende der 12. Woche nach Ablauf eines Quartals.

Diese Verordnungsdaten werden als Summenwerte je Vertragsarzt sowie zum Zwecke der Einhaltung des vereinbarten Arzneimittelausgabenvolumens insgesamt über alle Vertragsärzte bereitgestellt.

- (2) Die KV Thüringen stellt die arztbezogenen Verordnungsdaten den Betriebsstätten sowie die dazugehörige Anzahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle in geeigneter Weise zur Verfügung.

3. Verfahren bei der Überschreitung des Richtgrößenvolumens

- (1) Das Verfahren der Richtgrößenprüfung ist Bestandteil der gemeinsamen Prüfvereinbarung. Die Richtgrößenprüfung findet auf Ebene der Betriebsstätte statt. Für fachgruppenübergreifende Betriebsstätten gelten insbesondere die Praxisbesonderheiten gemäß der aktuell gültigen Prüfvereinbarung.

(2) Die für die Betriebsstätte anzuwendenden Richtgrößen ergeben sich aus der Fachgruppen-Zuordnung der KV Thüringen gemäß Klassifikationsschema nach Anlage 1.

(3) Die Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens wird auf der Grundlage der Gesamtkosten der Betriebsstätte (einschließlich der Nebenbetriebsstätten) für Arznei- und Verbandmittel sowie Sprechstundenbedarf (Ist) und dem Betriebsstättenvolumen einschließlich dem Nebenbetriebsstättenvolumen (Soll) vorgenommen; Behandlungen eines Versicherten in der Betriebsstätte und in einer oder mehreren Nebenbetriebsstätten werden gemäß BMV-Ä/EKV zu einem Behandlungsfall zusammengeführt. Dabei ermittelt sich das Betriebsstättenvolumen (Soll) wie folgt:

Betriebsstättenvolumen (Soll) = Summe der Produkte aus der Richtgröße der jeweiligen Altersgruppe und der Gesamtzahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle der gleichen Altersgruppe der Betriebsstätte (einschließlich der Nebenbetriebsstätte).

(4) Die Kosten für die Wirkstoffe Ranibizumab und Pegaptanib sind vor der Feststellung des Überschreitungsvolumens beim einzelnen Vertragsarzt der Fachgruppe Augenärzte in Abzug zu bringen.

4. Sonstige Regelungen

(1) Soweit sich im Verlaufe des Jahres 2013 bei der Ermittlung des Ausgabenvolumens gem. Pkt. 1.2 Abs. 1 nachträgliche Änderungen ergeben, die die Anpassungsfaktoren der Rahmenvorgabe rückwirkend mit Geltung für das Ausgabenvolumen des Jahres 2013 betreffen, sind die Auswirkungen auf die Richtgrößen je Arzt- und Altersgruppe zu berechnen und bei der Ermittlung des betriebsstättenindividuellen Richtgrößenvolumens (Soll) entsprechend zu berücksichtigen, soweit dies die Rahmenvorgaben vorsehen.

Rückwirkende Erhöhungen der Richtgrößen werden analog den Rahmenvorgaben der Bundesebene vorgenommen. Über die Veränderung der Richtgrößen sind die Vertragsärzte und die Prüfungseinrichtungen in geeigneter Weise zu informieren.

(2) Der vorläufige Umbasierungsfaktor für die Brutto-Netto-Quote gemäß Punkt 1.2, Abs. 2, wird auf der Grundlage des Ergebnisses des GKV-Spitzenverbandes der arztbezogenen Erfassung der Ausgaben gemäß § 84 Abs. 5 SGB V für das Jahr 2013 überprüft und ggf. korrigiert. Im Falle einer höheren Brutto-Netto-Quote werden die Richtgrößen des Jahres 2013 entsprechend erhöht und erneut bekannt gegeben.

(3) Die Vertragspartner kommen überein, dass vor dem Abschluss von Richtgrößen für das Folgejahr die bestehenden Regelungen dahingehend geprüft werden, inwieweit sie ihre Zweckbestimmung gem. § 84 Abs. 6 SGB V erfüllt haben. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse treffen die Vertragspartner entsprechende Veränderungen für die Folgevereinbarung.

5. Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2013 in Kraft und gilt bis 31.12.2013.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt /Main, den 17.12.2012

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte,
Landesvertretung Thüringen

gez. IKK classic

gez. Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd für
die landwirtschaftliche Krankenversicherung

gez. Knappschaft,
Regionaldirektion Frankfurt

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Anlage 1

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für das Jahr 2013 (Richtgrößen-Vereinbarung Arzneimittel) zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen

Fachgruppen mit Arzneimittel-Richtgrößen

(nur niedergelassene ohne ermächtigte und MVZ)

Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte
Anästhesisten
Augenärzte
Chirurgen
Frauenärzte
HNO-Ärzte
Hautärzte
fachärztliche Internisten / Lungenärzte
hausärztliche Internisten
Kinderärzte
Nervenärzte (inkl. Psychiater)
Orthopäden / Ärzte für physikalische Therapie
Urologen

Anlage 2

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für das Jahr 2013 (Richtgrößen-Vereinbarung Arzneimittel) zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen

**Richtgrößen 2013
Arznei- und Verbandmittel**

Fachgruppen*	Alters- gruppe 1 (0-15 Jah- re)	Alters- gruppe 2 (16-49 Jahre)	Alters- gruppe 3 (50-64 Jahre)	Alters- gruppe 4 (ab 65 Jahre)
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	22,15	40,74	112,02	188,47
Anästhesisten	24,95	66,08	149,86	119,49
Augenärzte	3,76	13,56	20,94	26,04
Chirurgen	15,28	23,73	30,61	36,51
Frauenärzte	35,82	15,48	52,22	71,39
HNO-Ärzte	22,87	29,66	13,20	5,89
Hautärzte	30,78	59,89	69,99	48,10
fachärztliche Internisten / Lungenärzte	104,21	226,80	245,40	216,34
hausärztliche Internisten	21,76	82,82	162,66	204,47
Kinderärzte	37,54	57,26	79,89	131,61
Nervenärzte / Psychiater	56,13	359,83	258,65	260,72
Orthopäden/Ärzte für physikalische Therapie	3,30	13,35	19,24	33,19
Urologen	26,51	28,36	68,90	97,32

* (nur niedergelassene ohne ermächtigte und MVZ)

Heilmittel-Vereinbarung für das Jahr 2013 nach § 84 Abs. 8 i. V. m. Abs. 1 SGB V

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

einerseits

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand
dieser vertreten durch
Frau Andrea Epkes

dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover

der IKK classic

der Krankenkasse für den Gartenbau
handelnd für die landwirtschaftliche Krankenversicherung
Frankfurter Straße 126
34121 Kassel

der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt/Main

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- KKH-Allianz
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen,
Lucas-Cranach-Platz 2
99099 Erfurt

andererseits

Präambel

Gegenstand der Vereinbarung ist das Ausgabenvolumen für Heilmittel für das Jahr 2013 gemäß § 84 Abs.8 i. V. m. Abs. 1 SGB V

§ 1 Grundlagen

- (1) Grundlage für die nachfolgenden Regelungen sind die Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 i. V. m. Abs. 8 SGB V des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2013 vom 12. November 2012 für die Heilmittelvereinbarung nach § 84 Abs. 8 SGB V.
- (2) Das Ziel besteht darin, im Jahr 2013 durch weiteres gemeinsames Handeln das vereinbarte Ausgabenvolumen für Heilmittel einzuhalten.

§ 2 Heilmittelvolumen

- (1) Das Netto-Ausgabenvolumen für Heilmittel für das Jahr 2013 beträgt **118.000.000 €**.
- (2) Das Ausgabenvolumen nach Abs. 1 ist Basis für die Weiterentwicklung des Ausgabenvolumens 2014.
- (3) Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dass Abweichungen zu den für das Jahr 2013 zugrunde gelegten Annahmen aus den Rahmenvorgaben 2013 gemäß Rahmenvorgaben 2014 in den Verhandlungen zur Heilmittel-Vereinbarung 2014 berücksichtigt werden.

§ 3 Steuerung der Heilmittelausgaben im Jahr 2013

Zur Steuerung der Ausgabenentwicklung vereinbaren die Vertragspartner die Einsetzung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe. Diese Arbeitsgruppe analysiert die Ausgabenentwicklung des Jahres 2013, ermittelt Wirtschaftlichkeitsreserven anhand von Beispielfällen und erarbeitet Informationen zur Gewährleistung ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Heilmittelverordnungen.

§ 4 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2013 in Kraft und gilt bis 31.12.2013.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 17.12.2012

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen

gez. IKK classic

gez. Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd für
die landwirtschaftliche Krankenversicherung

gez. Knappschaft,
Regionaldirektion Frankfurt/Main

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

**Vereinbarung
über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel für
das Jahr 2013
(Richtgrößen-Vereinbarung/Heilmittel)**

zwischen der

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
- im Folgenden KV Thüringen genannt -

einerseits

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand
dieser vertreten durch
Frau Andrea Epkes

dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover

der IKK classic

der Krankenkasse für den Gartenbau
handelnd für die landwirtschaftliche Krankenversicherung
Frankfurter Straße 126
34121 Kassel

der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt,

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- KKH-Allianz
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gemäß § 212 Abs. 5 S. 6 SGB V Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Landesvertretung Thüringen,
Lucas-Cranach-Platz 2
99099 Erfurt

andererseits

Präambel

Gegenstand der Vereinbarung ist die Festsetzung einheitlicher arztgruppenspezifischer Richtgrößen gemäß § 84 Abs. 8 SGB V für das Volumen der je Betriebsstätte verordneten Heilmittel zum Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V, die Information über veranlasste Ausgaben und das Verfahren bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens.

1. Bildung der Richtgrößen

1.1 Grundsätze zur Bildung der Richtgrößen

- (1) Für die Bildung von Richtgrößen werden folgende Grundsätze festgelegt:
 - Die Richtgrößen werden für Heilmittel vereinbart.
 - Die Richtgrößen werden einheitlich für alle Kassenarten und den Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen vereinbart.
 - Die Richtgrößen für Heilmittel werden nach den Versichertengruppen Allgemeinversicherte (M + F) und Rentner (R) differenziert.
- (2) Die Richtgrößen gelten für Betriebsstätten mit Status „niedergelassen“, mit Ausnahme „ermächtigte“ und Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), der in **Anlage 1** aufgeführten Arztgruppen.
- (3) Gesetzliche Zuzahlungen sind Bestandteil der Richtgrößen (Bruttoprinzip).

1.2 Ermittlung der Richtgrößen für das Jahr 2013

- (1) Grundlage für die Festlegung der Richtgrößen des Jahres 2013 sind die Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 i. V. m. Abs. 8 SGB V des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2013 vom 12. November 2012 für die Heilmittelvereinbarung nach § 84 Abs. 8 SGB V, insbesondere die gesetzliche Vorgabe, dass die auf Bundesebene vereinbarten Praxisbesonderheiten bei der Bildung der Richtgrößen zu berücksichtigen sind. Die Vertragspartner verständigen sich, wegen fehlender Datengrundlage von der geforderten Bereinigung des Heilmittelvolumens um das Verordnungsvolumen der auf Bundesebene vereinbarten Praxisbesonderheiten für die Bildung der Richtgrößen 2013 abzusehen und statt dessen die Richtgrößen wie nachfolgend beschrieben festzulegen.
- (2) Auf dieser Grundlage gelten die für das Jahr 2012 festgelegten Richtgrößen für das Jahr 2013 gemäß **Anlage 2** fort.
- (3) Sobald die gesetzlich vorgeschriebene Bereinigung nach Absatz 1 im Rahmen der Festsetzung des Richtgrößenvolumens möglich ist, wird das Richtgrößenvolumen wieder aus dem Ausgabenvolumen für Heilmittel abgeleitet.
- (4) Bei der Heilmittel-Richtgrößenprüfung des Jahres 2013 werden die auf Bundesebene festgelegten Praxisbesonderheiten im Rahmen der Vorabprüfung vollständig berücksichtigt.

- (5) Die Verordnungskosten resultierend aus den auf Bundesebene vereinbarten Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf (Anlage 2 zur Vereinbarung über Praxisbesonderheiten auf Bundesebene) sowie die Kosten für Verordnungen der nach § 32 Abs. 1a Satz 1 SGB V genehmigten Heilmittel unterliegen vollständig nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

1.3 Inkrafttreten und Bekanntgabe der Richtgrößen 2013

Die nach Punkt 1.2 vereinbarten Richtgrößen sind durch die KV Thüringen mit Wirksamkeit zum 01.01.2013 bekanntzumachen.

2. Information über veranlasste Ausgaben

- (1) Zur kontinuierlichen Information übermitteln die Krankenkassen quartalsweise an die KV Thüringen Verordnungsdaten zu den im Bereich der KV Thüringen veranlassten Ausgaben für Heilmittel
- mit der Summe der Bruttoausgaben, der Summe der Nettoausgaben und der Anzahl der Verordnungen
 - nach den Versichertengruppen gemäß Punkt 1.1 Abs. 1
 - bis spätestens Ende des 7. Monats nach Ablauf eines Quartals.

Diese Verordnungsdaten werden als Summenwerte je Vertragsarzt und Heilmittelpositionsnummer sowie zum Zwecke der Einhaltung des vereinbarten Heilmittelausgabenvolumens insgesamt über alle Vertragsärzte bereitgestellt.

- (2) Die KV Thüringen stellt die arztbezogenen Verordnungsdaten den Betriebsstätten sowie die dazugehörige Anzahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle in geeigneter Weise zur Verfügung.

3. Verfahren bei der Überschreitung des Richtgrößenvolumens

- (1) Das Verfahren der Richtgrößenprüfung ist Bestandteil der gemeinsamen Prüfvereinbarung. Die Richtgrößenprüfung findet auf Ebene der Betriebsstätte statt.
- (2) Die für die Betriebsstätte anzuwendenden Richtgrößen ergeben sich aus der Fachgruppen-Zuordnung der KV Thüringen gemäß Klassifikationsschema nach Anlage 1.
- (3) Die Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens wird auf der Grundlage der Gesamtkosten für Heilmittel der Betriebsstätte einschließlich der Nebenbetriebsstätte/n (Ist) und dem Betriebsstättenvolumen einschließlich des Volumens der Nebenbetriebsstätte/n (Soll) vorgenommen; Behandlungen eines Versicherten der Betriebsstätte und in einer oder mehreren Nebenbetriebsstätten werden gemäß BMV-Ä/EKV zu einem Behandlungsfall zusammengeführt. Dabei ermittelt sich das Betriebsstättenvolumen (Soll) wie folgt:

Betriebsstättenvolumen (Soll) = Summe der Produkte aus der Richtgröße der jeweiligen Versichertengruppe und der Gesamtzahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle der gleichen Versichertengruppe der Betriebsstätte.

4. Sonstige Regelungen

- (1) Soweit die Richtgrößen des Jahres 2012 rückwirkend erhöht werden, sind auch die Richtgrößen für das Jahr 2013 entsprechend zu erhöhen und bilden die Grundlage für die Ermittlung des betriebsstättenindividuellen Richtgrößenvolumens (Soll). Über die Veränderung der Richtgrößen sind die Vertragsärzte und die Prüfungseinrichtungen in geeigneter Weise zu informieren.
- (2) Die Vertragspartner kommen überein, dass vor dem Abschluss von Richtgrößen für das Folgejahr die bestehenden Regelungen dahingehend geprüft werden, inwieweit sie ihre Zweckbestimmung gem. § 84 Abs. 8 SGB V erfüllt haben. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse treffen die Vertragspartner entsprechende Veränderungen für die Folgevereinbarung.

5. Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2013 in Kraft und gilt bis 31.12.2013.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 17.12.2012

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für
Sachsen und Thüringen

gez. BKK Landesverband Mitte,
Landesrepräsentanz Thüringen

gez. IKK classic

gez. Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd für
die landwirtschaftliche Krankenversicherung

gez. Knappschaft,
Regionaldirektion Frankfurt

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Anlage 1

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel für das Jahr 2013
(Richtgrößen-Vereinbarung Heilmittel) zwischen der KV Thüringen und den
Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen

Fachgruppen mit Heilmittel-Richtgrößen

(nur niedergelassene ohne ermächtigte und MVZ)

Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte
Anästhesisten
Chirurgen
Frauenärzte
HNO-Ärzte
Hautärzte
fachärztliche Internisten / Lungenärzte
hausärztliche Internisten
Kinderärzte
Nervenärzte (inkl. Psychiater)
Orthopäden/Ärzte für physikalische Therapie
Urologen

Anlage 2

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel für das Jahr 2013
(Richtgrößen-Vereinbarung Heilmittel) zwischen der KV Thüringen und den
Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen

Richtgrößen 2013 Heilmittel

Fachgruppen*	Mitglieder und Familienversicherte ¹	Rentner ²
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	7,43 €	15,57 €
Anästhesisten	5,11 €	7,22 €
Chirurgen	14,87 €	22,13 €
Frauenärzte	0,90 €	6,59 €
HNO-Ärzte	4,72 €	2,86 €
Hautärzte	2,51 €	9,64 €
fachärztliche Internisten / Lungenärzte	1,82 €	2,93 €
hausärztliche Internisten	4,96 €	11,91 €
Kinderärzte	14,07 €	12,72 €
Nervenärzte / Psychiater	9,60 €	23,29 €
Orthopäden / Ärzte für physikalische Therapie	30,89 €	30,24 €
Urologen	0,69 €	0,54 €

* (nur niedergelassene ohne ermächtigte und MVZ)

¹ Angaben in Euro pro kurativ-ambulantem Behandlungsfall (brutto)

² Angaben in Euro pro kurativ-ambulantem Behandlungsfall (brutto)



Bundesministerium für Gesundheit

Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL): Umsetzung der STIKO-Empfehlungen Juli 2012

Vom 18. Oktober 2012

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Sitzungen am 18. Oktober 2012 und 17. Januar 2013 beschlossen, die Richtlinie über Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2007/18. Oktober 2007 (BAnz. S. 8154), zuletzt geändert am 24. November 2011 (BAnz. S. 243), wie folgt zu ändern:

I.

Die Tabelle in Anlage 1 zur Schutzimpfungs-Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. In der Zeile „Impfung gegen Hepatitis B“ wird in Spalte 2 der Absatz 2 wie folgt gefasst:

„Grundimmunisierung aller noch nicht geimpften Kinder und Jugendlichen bzw. Komplettierung eines unvollständigen Impfschutzes Impfung im Alter bis 17 Lebensjahren“

2. In der Zeile „Impfung gegen Meningokokken“ wird in Spalte 4 der folgende Satz gestrichen:

„Nachholimpfungen aller Jahrgänge bis zum vollendeten 18. Lebensjahr im Sinne einer Catch-up-Strategie wird von der STIKO nicht empfohlen.“

3. In der Zeile „Impfung gegen Mumps“ wird in Spalte 2 der Absatz 2 wie folgt gefasst:

„Berufliche Indikationen:

Nach 1970 Geborene mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, die in Gesundheitsdienstberufen in der unmittelbaren Patientenversorgung (außer Personal in der Pädiatrie – vgl. hierzu Hinweise in Spalte 3), in Gemeinschaftseinrichtungen (außer Personal zur Betreuung und Pflege von Kindern im Vorschulalter – vgl. hierzu Hinweise in Spalte 3) oder Ausbildungseinrichtungen für junge Erwachsene tätig sind.“

4. Die Zeile „Impfung gegen Pneumokokken“ wird wie folgt gefasst:

Impfung gegen	Indikation	Hinweise zu den Schutzimpfungen	Anmerkungen
1	2	3	4
„Pneumokokken“	Grundimmunisierung im Alter von 2, 3 und 4 sowie zwischen dem 11. bis 14. Lebensmonat mit einem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff.		Kinder unter 24 Monate, bei denen die Impfserie mit dem konjugierten 7-valenten Impfstoff begonnen wurde, erhalten die noch fehlenden Impfungen zur Komplettierung der Impfserie mit dem 13-valenten Impfstoff. Kinder im 2. Lebensjahr, die 3 Dosen des 7-valenten Impfstoffes erhalten haben, können auch mit dem 10-valenten Impfstoff geboostert werden (vgl. Epidemiologisches Bulletin 49/2009).

Anlage 4 – Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie: Umsetzung der STIKO-Empfehlungen Juli 2012

Impfung gegen	Indikation	Hinweise zu den Schutzimpfungen	Anmerkungen
1	2	3	4
	<p>Personen über 60 Jahre einmalig.</p> <p>Indikationsimpfung für Kinder (ab dem vollendeten 2. Lebensjahr), Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grundkrankheit:</p> <p>1. Angeborene und erworbene Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, wie z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hypogammaglobulinämie, Komplement- und Properdindefekte – bei funktioneller oder anatomischer Asplenie – bei Sichelzellenanämie – bei Krankheiten der blutbildenden Organe – bei neoplastischen Krankheiten – bei HIV-Infektionen – nach Knochenmarktransplantation – vor Organtransplantation und vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie. <p>2. Chronische Krankheiten z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Herz-Kreislauf-Krankheiten – Krankheiten der Atmungsorgane (inklusive Asthma und COPD) – Diabetes mellitus oder andere Stoffwechselerkrankungen – chronische Nierenkrankheiten/nephrotisches Syndrom – neurologische Krankheiten z. B. Zerebralpareesen oder Anfallsleiden – Liquorffistel 	<p>Bei weiterbestehender Indikation (angeborene und erworbene Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, chronische Nierenkrankheiten/nephrotisches Syndrom)</p> <p>Wiederholungsimpfungen im Abstand von 5 (Erwachsene) bzw. mindestens 3 Jahren (Kinder unter 10 Jahren).</p> <p>Gefährdete Kleinkinder erhalten eine Impfung mit Pneumokokken-Konjugatimpfstoff.</p> <p>Personen mit fortbestehender gesundheitlicher Gefährdung können ab vollendetem 5. Lebensjahr Polysaccharid-Impfstoff erhalten.</p>	<p>Bei denen aufgrund einer Grunderkrankung geimpften Personen ist die Vollendung des 60. Lebensjahres keine Indikation für eine Wiederholungsimpfung.</p> <p>Siehe hierzu auch Stellungnahme der STIKO (Epidemiologisches Bulletin 7/2012, S. 55 f.)“</p>

5. In den Zeilen „Impfung gegen Röteln“ und „Impfung gegen Varizellen“ wird in Spalte 4 in Absatz 1 jeweils die folgende Angabe gestrichen: „(Epidemiologisches Bulletin Nr. 38 vom 26.09.2011, S. 352)“

6. In der Zeile „Impfung gegen Varizellen“ wird in Spalte 2 der folgende Absatz 2 gestrichen: „Standardimpfung mit zwei Dosen eines monovalenten Impfstoffes für ungeimpfte 9- bis 17-jährige Jugendliche ohne Varizellen-Anamnese.“

Anlage 4 – Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie: Umsetzung der STIKO-Empfehlungen Juli 2012

II.

Die Tabelle in Anlage 2 zur Schutzimpfungs-Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. Nach der Zeile „Influenza – sonstige Indikationen“ wird folgende Zeile eingefügt:

Impfungen	Dokumentationsnummer*		
	erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfsreihe	letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	Auffrischungsimpfung
1	2	3	4
„Influenza nasal – sonstige Indikationen, außer schweres Asthma: Kinder und Jugendliche (24 Monate bis 17 Jahre)	89112 n“		

2. In Spalte 1 wird die Angabe in der Zeile „Pneumokokken Polysaccharidimpfstoff (Standardimpfung)“ durch die Angabe „Pneumokokken (Standardimpfung)“ ersetzt.

III.

Die Änderungen treten am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. Oktober 2012

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende
Hecken

Anlage 5 – Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sowie bei langfristigem Heilmittelbedarf

Alle genannten Krankenkassen, die auf den Genehmigungsvorbehalt nach § 8 Abs. 4 Heilmittel-Richtlinie (HM-RL) verzichten und keine anderslautende Information übermittelt haben, verzichten auch auf den Genehmigungsvorbehalt nach § 8 Abs. 5.

Krankenkasse/Kassenverband	Verordnungen außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 4 HM-RL)	Verordnungen bei langfristigem Heilmittelbedarf (§ 8 Abs. 5 HM-RL)
Actimonda Krankenkasse	-	auf Widerruf
AOK PLUS für den Freistaat Thüringen	auf Widerruf	Vorlage bei der AOK PLUS zur Beantragung und Erfassung bis zum 30.06.2013 notwendig
AOK PLUS für den Freistaat Sachsen	30.06.2013	
AOK Bayern	auf Widerruf	auf Widerruf
AOK Hessen, f. d. Indikationen: EX4, ZN1, ZN2, AT3, LY2, LY3	auf Widerruf	
Bahn BKK	auf Widerruf	
BIG Gesundheit	auf Widerruf	
BKK advita	auf Widerruf	
Bosch BKK	auf Widerruf	auf Widerruf
BKK Daimler	auf Widerruf	auf Widerruf
Deutsche BKK	auf Widerruf	
Energie BKK	31.12.2013	
BKK Gildemeister Seidensticker	auf Widerruf	
BKK HypoVereinsbank	auf Widerruf	
BKK Merck	auf Widerruf	
BKK Mobil Oil	auf Widerruf	auf Widerruf
BKK der MTU Friedrichshafen (IK 107835333)	auf Widerruf	
BKK Publik	30.09.2013	30.09.2013
BKK RWE (VKNR 09409)	auf Widerruf	
BKK Salzgitter	30.09.2013	30.09.2013
BKK Thüringer Energieversorgung	auf Widerruf	
BKK VDN	auf Widerruf	auf Widerruf
BKK Verkehrsbau Union	30.09.2013	30.09.2013
BKK Victoria-D.A.S.	auf Widerruf	
BKK vor Ort	auf Widerruf	auf Widerruf
BKK Vorwerk	auf Widerruf	
BKK Wirtschaft und Finanzen	auf Widerruf	Genehmigung notwendig
BKK Würth	auf Widerruf	
IKK classic	auf Widerruf	
IKK Südwest	auf Widerruf	auf Widerruf
Knappschaft	auf Widerruf	auf Widerruf

Anlage 5 – Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sowie bei langfristigem Heilmittelbedarf

Krankenkasse/Kassenverband	Verordnungen außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 4 HM-RL)	Verordnungen bei langfristigem Heilmittelbedarf (§ 8 Abs. 5 HM-RL)
mh plus Betriebskrankenkasse	auf Widerruf	
R + V BKK	auf Widerruf	
Postbeamtenkrankenkasse	auf Widerruf	
Salus BKK	auf Widerruf	
Schwenninger BKK	auf Widerruf	
Securvita Krankenkasse	auf Widerruf	
Siemens Betriebskrankenkasse (SBK)	auf Widerruf	
TUI BKK	30.09.2013	30.09.2013
Vaillant BKK	auf Widerruf	
VdeK/AEV (Ersatzkassen)	auf Widerruf	auf Widerruf

Stand: März 2013

Hinweis: Änderungen zur letzten Mitteilung sind **rot** gedruckt

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum			

Stempel der operierenden Einrichtung

Befunddokumentation im Rahmen der OP- und Anästhesievorbereitung

Diagnose / geplanter Eingriff _____ OPS - Nr.: _____

_____ OP - Datum: _____

Bitte Rückseite beachten

RR: _____ **HF/Puls:** _____ **Größe:** _____ **Gewicht:** _____

Erkrankungen des Herzens und der Gefäße
 (EKG-Streifen nur, wenn pathologischer Befund)

SR unauffällig
 Hypertonie, behandelt
 Herzrhythmusstörungen
 Sonstiges
 EKG-Kurzbefund

Besteht eine Gravidität ja nein

Dauermedikation nein

Erkrankungen der Atmungsorgane

nein
 COPD / Asthma
 Sonstiges

Laboruntersuchungen

kleines BB _____ Krea _____
 BZ _____ Gamma GT _____

Quick _____
 PTT _____

Sonstiges _____

Rö.-Thorax bei kardiopulmonalen Vorerkrankungen

Stoffwechselerkrankungen nein

Diabetes mellitus Diät / Oral / Insulin
 Sonstige (Gicht, Hypo-/ Hyperthyreose)

Frühere oder z. Z. bestehende andere, bisher nicht erwähnte Erkrankungen

ja nein

Wenn ja detaillierte Angaben erbeten über Art, Dauer und Schweregrad der Erkrankung, sowie therapeutische Maßnahmen, ggf. Rücksprache mit unserer Praxis.

Lebererkrankungen nein

z.B. Z. n. Hepatitis, Fettleber

Ist aus hausärztlicher Sicht die postoperative familiäre Betreuung gewährleistet?

Nierenerkrankung nein

ja nein

Allergien nein

Nikotin- und Alkoholkonsum nein

 Datum, Stempel und Unterschrift des Hausarztes

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zur Erleichterung Ihrer geschätzten Zuarbeit bei der präoperativen Vorbereitung zur ambulanten Anästhesie und Operation erlauben wir uns folgende Vorschläge:

- Blutdruck** **Durchschnittswert(e)** des letzten Jahres ist ausreichend.
- EKG** **Verbaler Befund mit Angabe der Herzfrequenz** (rhythmisierende Medikamente!) ist ausreichend.
EKG – Streifen nur, wenn pathologischer Befund.
EKG – Streifen bekommt Patient nach der OP wieder ausgehändigt.
- Labor** **Laborwerte können bis ¼ Jahr alt sein**, wenn zwischen Blutentnahme und OP - Termin keine schwerwiegenden Veränderungen eingetreten sind. Folgende Mindestanforderungen sind empfohlen:
- gesunde/kompensierte Patienten kleines BB mit Thrombozyten Quick, PTT
 - zusätzlich bei **Diabetikern und BMI über 35** BZ – Profil („Diabetikerheft“)
 - zusätzlich bei **Funktionsstörungen der Schilddrüse** fT3, TSH
 - zusätzlich bei **eingeschränkter Nierenfunktion** K⁺, Na⁺, Kreatinin, HST
- Impfen** 14 Tage vor geplanten Operationen sollen keine Impfungen (aktiv/passiv) durchgeführt werden.
- Medikamente** • Vollständige Angabe der **aktuellen Medikation**
• **Antikoagulanzen** nur nach Rücksprache mit dem Operateur vor der OP absetzen bzw. ersetzen
• bei laufender Antibiotika - Therapie Rücksprache mit dem Operateur

Vielen Dank

Für die nachfolgende Veranstaltungen wenden Sie sich bitte bei Auskünften und Anmeldungen an die jeweilige Kontaktadresse. Erfragen Sie bitte dort ggf. die Vergabe von Fortbildungspunkten.

▪ Interdisziplinäre Schmerzkonferenz am Klinikum SRG Gera

Termine: 22.04.13 27.05.13 17.06.13 16.09.13 07.10.13
 11.11.13 16.12.13

Uhrzeit: jeweils 17:00 Uhr
Ort: Klinikum SRG Gera, Konferenzraum Ebene Walter Gropius
Leitung: Dr. med. M. Berger
Kontakt: Praxis Dr. Berger, Wiesestr. 5, 07548 Gera, Telefon 0365 5511044

▪ Schmerzkonferenz Weimar

Termine: 17.04.13 22.05.13 12.06.13 03.07.13
 11.09.13 16.10.13 13.11.13 04.12.13

Uhrzeit: jeweils 16:00 Uhr
Ort: Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar, Abt. für Neurologie
Leitung: Dr. med. R. Malessa, Dr. med. T. Lange
Kontakt: Sekretariat Neurologie, Sophien- und Hufelandklinik Weimar, Henry-van-de-Velde-Str. 2, 99425 Weimar, Telefon 03643 571300

▪ Schmerzkonferenz Capioklinik an der Weißenburg

Termine: 19.04.13 17.09.13 10.12.13

Uhrzeit: jeweils 15:00 Uhr
Ort: Capioklinik an der Weißenburg, Weißen 1, 07407 Uhlstädt-Kirchhasel
Leitung: Dr. med. T. Lange
Kontakt: nur mit Voranmeldung, Capioklinik an der Weißenburg, Telefon 03672 411929

▪ Schmerzkonferenz HELIOS-Klinikum Erfurt

Termine: 03.04.13 08.05.13 05.06.13 03.07.13 07.08.13
 04.09.13 02.10.13 06.11.13 04.12.13

Uhrzeit: jeweils 15:00 Uhr
Ort: HELIOS-Klinikum Erfurt, Palliativstation
Leitung: Dr. med. S. Sonntag-Koch
Kontakt: Abt. Palliativmedizin u. Schmerztherapie, Nordhäuser Str. 74, 99089 Erfurt, Telefon 0361 7816064

▪ Interdisziplinäre Schmerzkonferenz Weimar

Termine: 17.04.13 22.05.13 12.06.13 11.09.13
 16.10.13 13.11.13 04.12.13

Uhrzeit: jeweils 14:00 Uhr
Ort: Romantikhof Dorotheenhof, Dorotheenhof 1, 99427 Weimar
Leitung: Dipl.-Med. V. Heinicke, Dr. med. U. Krauspe
Kontakt: Praxis Dr. med. Krauspe, Berkaer Str. 5, 99425 Weimar, Telefon 03643 771695

▪ Schmerzkonferenz Klinikum Meiningen

Termine: 17.04.13 15.05.13 19.06.13 17.07.13 21.08.13
 15.08.13 19.09.13 17.10.13 14.11.13 12.13.13

Uhrzeit: jeweils 17:00 Uhr
Ort: Klinikum Meiningen, Konferenzraum
Leitung: Dr. med. H. Unger
Kontakt: Klinik für Schmerz- und Palliativmedizin, Klinikum Meiningen, Bergstraße 3, 98617 Meiningen, Telefon 03693 901034

▪ Schmerzkongress Greiz/Vogtland

Termine: 10.04.13 08.05.13 12.06.13 10.07.13 14.08.13
11.09.13 09.10.13 13.11.13 11.12.13

Uhrzeit: jeweils 16:00 Uhr

Ort: Klinik im Leben Greiz, Gartenweg 6, 07973 Greiz

Leitung: Dr. med. U. Reuter

Kontakt: DGS-Regionalzentrum Greiz/Vogtland, Gartenweg 5, 07973 Greiz,
Telefon 03661 45870036

▪ Schmerzkongress Universitätsklinikum Jena

Termine: 15.04.13 10.06.13 23.09.13 18.11.13

Uhrzeit: jeweils 17:30 Uhr

Ort: Seminarraum Palliativzentrum UKJ, Erlanger Allee 101, 07747 Jena

Leitung: Dr. med. Meißner, Dr. med. A. Zimmer

Kontakt: Telefon 03641 9323350

▪ Schmerzkongress Stadtroda

Termine: 17.04.13 15.05.13 12.06.13 10.07.13 28.08.13
25.09.13 16.10.13 13.11.13 11.12.13

Uhrzeit: jeweils 18:00 Uhr

Ort: Seminarraum „Felsenkeller“ des Asklepios Fachklinikums Stadtroda

Leitung: Dr. med. I. Palutke

Kontakt: Praxis Dr. Palutke, Bahnhofstr. 1a, 07646 Stadtroda, Telefon 036428 513202

▪ Schmerzkongress Bad Salzungen

Termine: 17.04.13 15.05.13 19.06.13 18.09.13
16.10.13 20.11.13 18.12.13

Uhrzeit: jeweils 18:00 Uhr

Ort: MVZ Bad Salzungen, Langenfelder Str. 8, 36433 Bad Salzungen,

Leitung: Dr. med. J. Eiche, Dr. med. M. Schwabe

Kontakt: Langenfelder Str. 8, 36433 Bad Salzungen, Telefon 03695 6094959

▪ Schmerzkongress am Eichsfeld Klinikum Worbis

Termine: 30.05.13 27.06.13 25.07.13 22.08.13
24.10.13 28.11.13 19.12.13

Uhrzeit: jeweils 16:00 Uhr

Ort: Eichsfeld Klinikum gGmbH, Haus St. Elisabeth

Leitung: Dr. med. M. Schlegel

Kontakt: Eichsfeld Klinikum, Elisabethstr. 61, 37339 Leinefelde-Worbis, Telefon 036074 744460

▪ Interdisziplinäre Schmerzkongress Mühlhausen

Termine: 17.04.13 15.05.13 12.06.13 11.09.13
09.10.13 13.11.13 04.12.13

Uhrzeit: jeweils 15:30 Uhr

Ort: Ökumenisches Hainichklinikum, Pfafferoode 102, 99974 Mühlhausen

Leitung: Dr. med. St. Nautscher-Timmermann

Kontakt: Praxis Dr. med. St. Nautscher-Timmermann, Görmarstr. 61/62, 99974 Mühlhausen,
Telefon 036074 744460

Anlage 8 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen

Betriebskrankenkasse	VKNR
actimonda krankenkasse	21405
atlas BKK ahlmann	03407
Audi BKK	64414
BKK 24	09416
BKK Achenbach Buschhütten	18403
BKK advita	48412
BKK Aesculap	58430
BKK Akzo Nobel – Bayern –	67411
BKK B. Braun Melsungen	42401
BKK Beiersdorf AG	02402
BKK BJB	18415
BKK Braun-Gillette	40426
BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	25408
BKK der SIEMAG	18515
BKK der Thüringer Energieversorgung	89407
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Diakonie	19402
BKK Dürkopp Adler	19409
BKK Ernst & Young	42402
BKK EUREGIO	21407
BKK EWE	12407
BKK exklusiv	09402
BKK Faber-Castell & Partner	69405
BKK firmus	03412
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	19410
BKK Heimbach	21412
BKK Herford Minden Ravensberg	19479
BKK Herkules	42419
BKK IHV	45402
BKK KARL MAYER	40417
BKK KBA/West	67407
BKK KEVAG KOBLENZ	47419
BKK Krones	68404
BKK Linde	45411
BKK MAHLE	61435
BKK MEDICUS	95408
BKK Melitta Plus	19540
BKK MEM	90403
BKK Miele	19473
BKK PFAFF	49417
BKK Pfalz	49411
BKK PHOENIX	02419
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
BKK Publik	07430
BKK Rieker.Ricosta.Weisser	58440
BKK RWE	09409
BKK Salzgitter	07417
BKK SBH	58435
BKK Scheufelen	61449

Anlage 8 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen

Betriebskrankenkasse	VKNR
BKK S-H	01417
BKK Technoform	08425
BKK Textilgruppe Hof	65424
BKK VBU	72421
BKK VDN	18544
BKK VerbundPlus	62461
BKK VICTORIA - D.A.S.	24430
BKK Vital	49409
BKK vor Ort	18405
BKK Voralb HELLER*LEUZE*TRAUB	61493
BKK Werra-Meissner	42420
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK Würth	61487
BKK ZF & Partner	47434
Brandenburgische BKK	81401
Daimler BKK	61491
Debeka BKK	47410
Die Continentale BKK	02422
E.ON Betriebskrankenkasse	31418
energie-BKK	09450
ESSO BKK	02413
G&V BKK	62418
Heimat Krankenkasse	19418
HYPOVEREINSBANK BKK	63405
mhplus BKK	61421
Novitas BKK	02407
pronova BKK	49402
R+v BKK	45405
Salus BKK	40410
Schwenninger BKK	58434
SECURVITA BKK	02406
Shell BKK/LIFE	02409
SKD BKK	67412
Südzucker-BKK	52405
TUI BKK	09452
Vaillant BKK	37431
Vereinigte BKK	40418
WMF Betriebskrankenkasse	61477

Stand: 2. Quartal 2013, keine Änderungen gegenüber dem 1. Quartal 2013

Anlage 9 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen

Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert)	VKNR	Zusatzvereinbarung Sonographie
actimonda krankenkasse	21405	+
atlas BKK ahlmann	03407	+
BKK 24	09416	+
BKK A.T.U	68415	
BKK Achenbach Buschhütten	18403	
BKK advita	48412	
BKK Aesculap	58430	
BKK Akzo Nobel – Bayern –	67411	+
BKK B. Braun Melsungen	42401	
BKK Beiersdorf AG	02402	
BKK BJB (Sitz in Arnshausen)	18415	+
BKK BMW	69401	
BKK Braun-Gillette	40426	
BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	25408	+
BKK der SIEMAG	18515	
BKK der Thüringer Energieversorgung	89407	
BKK Deutsche Bank AG	24413	
BKK Diakonie	19402	+
BKK Dürkopp Adler	19409	
BKK Ernst & Young	42402	
BKK EUREGIO	21407	
BKK EWE	12407	
BKK exklusiv	09402	
BKK Faber-Castell & Partner	69405	
BKK firmus	03412	
BKK Gildemeister Seidensticker	19410	
BKK Heimbach	21412	
BKK Herford Minden Ravensberg (BKK HMR)	19479	
BKK Herkules	42419	
BKK IHV	45402	
BKK KARL MAYER	40417	
BKK KBA	67407	
BKK KEVAG KOBLENZ	47419	
BKK LINDE	45411	
BKK MAHLE	61435	
BKK Medicus	95408	
BKK Melitta Plus	19540	+
BKK MEM	90403	+
BKK MIELE	19473	
BKK Mobil Oil	09455	+

Anlage 9 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen

Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert)	VKNR	Zusatzvereinbarung Sonographie
BKK Pfaff	49417	
BKK Pfalz	49411	+
BKK PHOENIX	02419	+
BKK Pricewaterhouse Coopers	42405	
BKK Publik	07430	
BKK Rieker.Ricosta.Weisser	58440	+
BKK RWE	09409	
BKK Salzgitter	07417	
BKK Scheufelen	61449	
BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg (BKK SBH)	58435	
BKK S-H	01417	
BKK Technoform	08425	
BKK Textilgruppe Hof	65424	
BKK VBU (Sitz in Berlin)	72421	
BKK VDN (Sitz in Schwerte)	18544	+
BKK VerbundPlus	62461	+
BKK VICTORIA – D.A.S.	24430	
BKK VITAL	49409	+
BKK Werra-Meissner	42420	+
BKK Wirtschaft und Finanzen	42406	+
BKK Würth	61487	
BKK ZF & Partner	47434	
Brandenburgische BKK	81401	
Debeka BKK	47410	
Die Continentale BKK	02422	+
E.ON BKK	31418	
energie-BKK	09450	+
ESSO BKK	02413	+
G&V BKK (Sitz in Metzingen)	62418	
Heimat Krankenkasse	19418	
HypoVereinsbank BKK	63405	+
NOVITAS BKK	02407	+
pronova BKK	49402	
R+V BKK	45405	
Securvita BKK	02406	
Shell BKK/LIFE	02409	
SKD BKK (Sitz in Schweinfurt)	67412	
Südzucker-BKK	52405	
TUI BKK	09452	
Vaillant BKK	37431	+
Vereinigte BKK	40418	+
WMF BKK (Sitz in Geislingen)	61477	+

Quelle: BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte

Stand: 2. Quartal 2013, Änderungen gegenüber dem 1. Quartal 2013 sind **rot** gekennzeichnet.

Wenn die Patientenchipkarte noch eine 99er-Nummer (Ost-VKNR) aufweist, gelten diese für die am Vertrag teilnehmenden BKKen weiter.

Anlage 9 – Übersicht der teilnehmenden stationären Einrichtungen am IV-Vertrag „Hallo Baby“ in Thüringen

Leistungserbringerverzeichnis teilnehmender stationärer Einrichtungen am Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V zur Prävention von Frühgeburten und dem plötzlichen Kindstod in Thüringen

Beginn	Name des Krankenhauses	Adresse	Verantwortlicher Chefarzt	Telefonnummer
07.08.2008	Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH	Bärwinkelstraße 33 99310 Arnstadt	Chefärztin Dr. Sittner Chefarzt Dr. Bernau	03628 9190
14.08.2008	Helios Klinikum Erfurt GmbH	Nordhäuser Straße 74 99089 Erfurt	Prof. Dr. Hoyme	0361 7814000
21.08.2008	SRH Zentralklinikum Suhl gGmbH	Albert-Schweitzer-Str. 2 98527 Suhl	Chefarzt Dr. Heine	03681 355302
01.11.2008	Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena	Bachstraße 18 07743 Jena	Prof. Dr. Schleußner	03641 933230
22.01.2009	St. Georg Klinikum Eisenach gGmbH	Mühlhäuser Straße 94–95 99817 Eisenach	Chefärztin Dipl.-Med. Andrea Lesser	0369 698240
18.02.2009	Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH	Henry-van-de-Velde-Straße 2 99425 Weimar	R. Meier FA für Chirurgie	03643 572004

Quelle: BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte
Stand: 2. Quartal 2013

Anlage 10 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

Betriebskrankenkasse	VKNR
BKK 24	09416
BKK B. Braun Melsungen	42401
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Herkules	42419
BKK Linde (rückwirkend gültig seit 01.10.2012)	45411
BKK Miele	19473
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
BKK VerbundPlus	62461
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK ZF & Partner	47434
energie-BKK	09450
Heimat Krankenkasse	19418
mhplus BKK	61421
Novitas BKK	02407
R+V BKK	45405
WMF Betriebskrankenkasse (rückwirkend gültig seit 02.01.2013)	61477

Stand: 2. Quartal 2013, Änderungen gegenüber dem 1. Quartal 2013 sind **rot** gekennzeichnet.

Fragen und Antworten zu den Neuregelungen bei der Anerkennung von Heilmittel-Praxisbesonderheiten und langfristigem Heilmittelbedarf

Ab wann gelten die Neuregelungen?

Bereits 2011 hat der Gesetzgeber für schwerkranke Patienten mit langfristigem Behandlungsbedarf mit Heilmitteln die Möglichkeit geschaffen, eine langfristige Genehmigung zu beantragen. Diese Kosten sollten das Richtgrößenvolumen der Arztpraxis nicht belasten. Da aber gerade die Versorgung dieser Patientengruppe sichergestellt werden sollte und schwerkranken bzw. gehandicapten Patienten ein solches zusätzliches Antragsverfahren oft nicht möglich war, sollte eine Vereinfachung erfolgen. Daher trat zum 01.01.2013 die Vereinbarung zwischen Spitzenverband der Krankenkassen und der KBV in Kraft, in welcher sowohl die Erkrankungen mit langfristigem Behandlungsbedarf als auch die bundesweit gültigen Praxisbesonderheiten verbindlich geregelt sind.

Was hat sich beim Ausstellen der Verordnungen geändert?

Alle Verordnungen für die Behandlung von Erkrankungen, die als Praxisbesonderheit oder mit langfristigem Heilmittelbedarf anerkannt werden, müssen bei der Abrechnung innerhalb der Krankenkassen identifiziert werden. Dann kann sichergestellt werden, dass diese Kosten vor einer Richtgrößenprüfung berücksichtigt werden bzw. nicht zum Regress führen. Hierfür ist es notwendig, dass die **Diagnose als therapierelevanter ICD-10-Code auf der Verordnung angegeben wird**. Die anerkannten Diagnosen und die zugeordneten Indikationsschlüssel finden Sie in der Broschüre „Anerkennung von Praxisbesonderheiten und langfristigem Therapiebedarf bei der Verordnung von Heilmitteln“, die dem Rundschreiben 2/2013 beilieg.

Gibt es neue Formulare?

Ja, im 2. Quartal ist die Einführung neuer Formulare für die Verordnung von Physiotherapie/Podologie (Muster 13), Logopädie (Muster 14) und Ergotherapie (Muster 18) vorgesehen. Diese werden unter dem Feld für den Indikationsschlüssel ein weiteres definiertes Feld für den ICD-10-Code haben. Bitte tragen Sie hier die verordnungsrelevante Diagnose ein und verwenden Sie diese Formulare bevorzugt für die Patienten mit den anerkannten Erkrankungen. Auch die bisherigen Formulare sollen aufgebraucht werden. Wir empfehlen daher, diese für alle anderen Verordnungen zu nutzen.

Können alle patientenrelevanten Diagnosen auf der Verordnung angegeben werden?

Dies ist möglich, wenn diese Informationen auch für den Therapeuten hilfreich sind. Die verordnungsrelevante Diagnose ist aber unterhalb des Indikationsschlüssels einzutragen, um die Zuordnung zu Praxisbesonderheiten oder zum langfristigen Behandlungsbedarf zu gewährleisten.

Im Diagnosefeld wird immer der therapierelevante endstellige ICD10-Code eingetragen. Zum Beispiel sind bei der Diagnose Z98.8 auf der Verordnung die Z96.6 (Hüftgelenkersatz (total)) oder Z96.88 (nur bei Knie und Schulter) anzugeben. Ausgelesen wird dann als Praxisbesonderheit dieser endstellige ICD-10-Code in Kombination mit EX2 oder EX3.

Muss bei allen Verordnungen die ICD-10-Diagnose angegeben werden?

Die Angabe des verordnungsrelevanten ICD-10-Codes soll perspektivisch bei allen Verordnungen erfolgen. Dies dient zusätzlich als Begründung der Verordnung, ist aber momentan noch nicht verpflichtend. Sollte Ihre Praxissoftware die Funktion bereits ausführen, so können Sie dies auch nutzen. Wichtig ist, dass die Diagnose unterhalb des Indikationsschlüssels aufgedruckt wird.

Kann der ICD-10-Code auch handschriftlich eingetragen werden?

Ja, die Verordnungen können auch weiterhin mit der Hand ausgestellt oder ergänzt werden (z. B. im Hausbesuch). Wichtig ist die vollständige endstellige Diagnose im Feld unter dem ebenfalls vollständigen Indikationsschlüssel (Diagnosegruppe und Leitsymptomatik).

Werden diese Verordnungen trotzdem durch die Prüfungsstelle geprüft?

Verordnungskosten für die anerkannten Erkrankungen mit langfristigem Heilmittelbedarf sind nicht Gegenstand von Prüfverfahren. Aber die Verordnungen für Patienten mit Praxisbesonderheiten können stichprobenhaft oder auf Antrag der Krankenkassen (z. B. im Rahmen von Zufälligkeits- oder Einzelfallprüfverfahren) geprüft werden.

Gilt die Heilmittel-Richtlinie bei Verordnungen für Praxisbesonderheiten oder Erkrankungen mit langfristigem Heilmittelbedarf?

Ja, die Regelungen der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittel-Kataloges gelten auch bei allen diesen Verordnungen. Dies betrifft insbesondere die Auswahl der Heilmittel innerhalb der Indikationsgruppe und die Verordnungsmenge bei Verordnungen innerhalb des Regelfalls.

Auch die Empfehlungen der Heilmittel-Richtlinie zur Therapiefrequenz sind grundsätzlich zu beachten. Da es sich hier um Empfehlungen handelt, sind Abweichungen möglich. Die gewählte Therapiefrequenz muss aber medizinisch/ärztlich begründet werden, da auch bei all diesen Verordnungen das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt.

Ausnahme!

Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs sind immer Verordnungen außerhalb des Regelfalls, auch bei Erstkontakt und nach Therapieunterbrechungen. Sie durchlaufen nicht das Verfahren: Erst-Verordnung und dann Folge-Verordnung, denn es handelt sich um Patienten mit schweren Beeinträchtigungen, die eine Genehmigung für mindestens ein Jahr erhalten. Die Verordnung sollte so ausgestellt werden, dass innerhalb von 12 Wochen ein Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt zur Kontrolle bzw. Sicherstellung der richtigen Therapiemaßnahme etc. wie bei jeder Verordnung außerhalb des Regelfalls.

Muss der langfristige Behandlungsbedarf von der Krankenkasse genehmigt werden?

Einige Krankenkassen verzichten bei Vorliegen der entsprechenden Diagnose in Kombination mit dem Indikationsschlüssel auf eine ausdrückliche Genehmigung derartiger Verordnungen, leider jedoch nicht alle. Nur wenige Krankenkassen haben mitgeteilt, dass diese Verordnungen vor Therapiebeginn nochmals bei der Kasse vorzulegen sind. Hier geht es jedoch weniger um die Genehmigung, als um die Registrierung der Verordnungen, welche dann nicht dem Kostenvolumen der Arztpraxis zuzuordnen sind. Darunter ist für den Übergangszeitraum bis zum 30.06.2013 auch die AOK PLUS.

Unabhängig davon kann es Patienten mit seltenen Erkrankungen geben, die nicht in der anerkannten Liste des langfristigen Heilmittelbedarfs enthalten, aber vergleichbar schwer und langfristig behandlungsbedürftig sind. Diese Patienten müssen die langfristige Genehmigung bei ihrer Krankenkasse beantragen. Näheres dazu können Sie dem Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses zu dieser Thematik entnehmen (siehe Rundschreiben 12/2012, Anlage 3).

Können Krankenkassen die Genehmigung bei anerkannten Diagnosen auch verweigern?

Nein, wenn die Diagnose und der Indikationsschlüssel in der Liste der Erkrankungen mit langfristigem Behandlungsbedarf aufgeführt sind, kann die betreffende Kasse keine ablehnende Antwort geben. Das von den Kassen angestrebte Genehmigungsverfahren dient hier der Erfassung der Verordnungen, um die korrekte Kostenzuordnung zu ermöglichen. Bei Abweichungen hiervon bitten wir Sie, die KV Thüringen zu informieren.

Wenn es sich um eine nicht gelistete Diagnose handelt, ist jedoch auch eine Ablehnung möglich. Diese Verordnungskosten werden dann in das Richtgrößenvolumen der Arztpraxis eingehen und sollten im Falle eines Prüfverfahrens geltend gemacht werden.