



Editorial

Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung für das Jahr 2013 um 6,99 % gesteigert

Ihre Fachinformationen

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
 - Achtung! Abrechnungs-Sammelerklärung für die kommende Quartalsabrechnung 1
 - Änderungen des EBM zum 01.07.2013 1
 - Weiterentwicklung des EBM im hausärztlichen Versorgungsbereich 1

- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
 - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 2
 - Wirkstoff AKTUELL – Rationale Antibiotikatherapie bei Infektionen der unteren Atemwege 3
 - Hinweise zur Verordnung von Heilmitteln 4
 - FSME-Risikogebiete – aktuelle Übersichtskarte 4
 - Achtung! Fehlerteufel im Rundschreiben 4/2013:
Erläuterungen zur Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie 4

- **Sicherstellung**
 - Bedarfsplanung – Änderungen und Auswirkungen 5

- **Organisierter vertragsärztlicher Notdienst**
 - Berücksichtigung von Urlaubs- und Abwesenheitszeiten bei der Dienstplanung 6

- **Qualitätssicherung**
 - Ultraschallgeräte: Frist der Übergangsregelung endete zum 31.03.2013 6

- **Verträge**
 - Verträge mit der TK zur U10/U11/J2 – Anhebung der Vergütungspauschale 7
 - Vertrag über die kurärztliche Behandlung – Pauschalen zum 01.01.2013 angehoben 7
 - Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – Vergütung gefertigter Fotos
im Hautarztverfahren und in der Dermatologie 7

- **Alles was Recht ist**
 - Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag 8

- **Informationen**
 - Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die
ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V veröffentlicht 9
 - Änderung bei meldepflichtigen Krankheiten 9
 - Das Patientenrechtegesetz: Rechtliche Hinweise und Empfehlungen für Ärzte
und Psychotherapeuten 9

Terminkalender

Termine zur Abrechnungsannahme für das 2. Quartal 2013	10
Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena	10
Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen	11
14. Thüringer Symposium HIV-Infektion und AIDS – Alternde HIV-Patienten	13
Schlafmedizinischer Kurs für BUB-Kurs	13
Thüringer Kursreihe Mammasonographie	14
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	14

Anlagen

- Anlage 1 – Beschluss über die Änderung der AM-RL: Anlage VI – Off-Label-Use vom 21.02.2013
- Anlage 2 – Wirkstoff AKTUELL: Rationale Antibiotikatherapie bei Infektionen der unteren Atemwege
- Anlage 3 – Vergütungslisten der Heilmittel-Leistungen
- Anlage 4 – Planungsbereiche für den Zulassungsbezirk der KV Thüringen mit Stand 01.01.2013
- Anlage 5 – Vier Versorgungsebenen entsprechend des Bedarfsplanes für den Zulassungsbezirk der KV Thüringen
- Anlage 6 – Vergütung für Kurärztliche Leistungen

Beilagen

- Abrechnungs-Sammelerklärung
- Informationen für die Praxis: Einheitlicher Bewertungsmaßstab
- Informationen für die Praxis: Patientenrechte
- Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. 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

Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung für das Jahr 2013 um 6,99 % gesteigert

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

was lange währt, wird endlich gut. Am 24.05.2013 konnten wir unter Vermittlung des Schiedsamtes einen Vergleich mit den Krankenkassen zur Gesamtvergütung für das Jahr 2013 schließen.

Die gute Botschaft lautet, dass die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung für 2013 basiswirksam um 6,99 % gesteigert wird. Zusätzlich konnten wir neben der Ausdeckung der psychotherapeutischen Leistungen auch die extrabudgetäre Vergütung von schmerztherapeutischen Leistungen für Schmerztherapeuten, die zahnärztlichen Narkosen, Leistungen der spezifischen Immuntherapie sowie kinderpneumologische Leistungen erreichen.

Im Rahmen der Gesamtsteigerung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird ca. 1 % der Summe als Zuschlag für besonders förderungswürdige Leistungen gezahlt. Hier geht es uns und den Kassen um eine Verbesserung der Versorgung im Bereich der Hausbesuche im Pflegeheim für Hausärzte, Neurologen und Psychiater sowie der Urologen. Eine Aufwertung erhalten auch die Gesprächsleistungen der Neurologen, Psychiater und der Kinder- und Jugendpsychiater, die Strukturpauschale der Augenärzte sowie die Leistungen der Polysomnographie. Auch die Besuche durch das Praxispersonal als delegierbare Leistung im hausärztlichen Bereich werden mit einem Zuschlag von 15 % gefördert.

Wir Ärzte in Thüringen können mit diesem Ergebnis zufrieden sein. Wir haben mit dem Ver-

gleich Rechtssicherheit geschaffen. Die streitige Rechtsfrage zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen bezüglich der regionalen Morbidität wurde damit in gewissem Maße umgangen, ohne unsere Position aufzugeben. Die besondere Versorgungssituation in Thüringen konnte dadurch jedoch zu einem Teil abgebildet werden. Das Anliegen beider Verhandlungspartner war die Verbesserung der Versorgung für unsere Patienten und dem können wir mit unserer Vereinbarung gerecht werden.

Vorteil unseres Kompromisses ist weiterhin, dass uns keine Rückforderungen bezüglich „nicht ausgeschöpfter Mittel“, Wirtschaftlichkeitsreserven oder aus Prüfungen nach § 106 SGB V drohen. Diese sind bis dato immer Bestandteil von Schiedsamtentscheidungen gewesen.

Mit unserem Ergebnis in Thüringen haben wir bundesweit die höchste Steigerung außerhalb eines Schiedsamtes erreicht. Das ist eine gute Basis für die Fortführung einer qualitativ hochwertigen Versorgung unserer Patienten auch in der Zukunft.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen frohes Schaffen.

Ihre



Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende

Abrechnung/Honorarverteilung

Achtung!

Abrechnungs-Sammelerklärung für die kommende Quartalsabrechnung

Mit diesem Rundschreiben erhalten Sie das Formular „Abrechnungs-Sammelerklärung“ für die kommende Quartalsabrechnung. Bitte beachten Sie, dass zu einer kompletten Quartalsabrechnung auch die Abrechnungs-Sammelerklärung sowie die Fallzusammenstellung/Fallstatistik gehören. Die Papierunterlagen sind zeitnah an die KV Thüringen zu senden.

Änderungen des EBM zum 01.07.2013

Im **Deutschen Ärzteblatt, Heft 15 vom 12.04.2013** wurden Änderungen des EBM zum 01.07.2013 veröffentlicht. Dabei handelt es sich um Anpassungen der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren gemäß Abschnitt 40.14 EBM.

Im selben Deutschen Ärzteblatt wurden die Änderungen der Leistungsinhalte der Zusatzpauschalen für die kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten (GOP 04560 und GOP 13600) bekannt gegeben. Den genauen Wortlaut der EBM-Änderungen entnehmen Sie bitte dem o. g. Deutschen Ärzteblatt.

Die betreffenden Dialysepraxen werden von uns schriftlich über die Änderungen der Dialyse-Sachkosten informiert.

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.

Weiterentwicklung des EBM im hausärztlichen Versorgungsbereich

Ausführlich berichteten wir im Rundschreiben 01/2013 über das Reformkonzept zur Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im hausärztlichen Versorgungsbereich. In zwei Schritten soll es erfolgen: Die erste Reformstufe ist zum 01.10.2013 geplant, die zweite zum 01.07.2014.

Auf der Grundlage der Änderungen des Vertrages zur hausärztlichen Versorgung in den Bundesmantelverträgen führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung derzeit die Verhandlungen mit den Krankenkassen. Über Ziele und Zeitplan für einen neuen Hausarzt-EBM können Sie sich in der **Beilage „Informationen für die Praxis – Einheitlicher Bewertungsmaßstab“** umfänglich informieren.

Ihr Ansprechpartner: Sven Auerswald, Telefon 03643 559-196

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Änderung der Arzneimittel-Richtlinie

▪ Off-Label-Use (Anlage VI der AM-RL)

Arzneimittel dürfen nur für diejenigen Indikationen eingesetzt werden, für die sie in Deutschland bzw. europaweit eine Zulassung besitzen (siehe aktuelle Fachinformation). Eine Verordnung von Medikamenten außerhalb der zugelassenen Indikation (Off-Label-Use) zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ist grundsätzlich ausgeschlossen.

Ausnahme ist eine Verordnung im Off-Label-Use nach Anlage VI Teil A der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) möglich. Neu aufgenommen wurde **5-Fluorouracil in Kombination mit Mitomycin und Bestrahlung beim Analkarzinom**. Den vollständigen Text der Bekanntmachung finden Sie in **Anlage 1** dieses Rundschreibens. Bitte beachten Sie, dass nicht alle Hersteller von 5-Fluorouracil- und/oder Mitomycin-haltigen Arzneimitteln ihre Zustimmung für den Einsatz bei der Indikation „Analkarzinom“ erteilt haben. Die Bekanntmachung enthält eine Auflistung der verordnungsfähigen Präparate. Der Beschluss trat am 08.05.2013 in Kraft.

▪ Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII der AM-RL)

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 Verordnungsweise gegeben. Im Mai hat der G-BA weitere nachfolgende Beschlüsse im Rahmen der frühen Nutzenbewertung gefasst und in die Anlage XII der AM-RL aufgenommen.

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*
Crizotinib (Xalkori®) 02.05.2013 Beschluss gilt befristet bis 02.05.2015	Behandlung des vorbehandelten Anaplastische-Lymphom-Kinase-positiven, fortgeschrittenen nicht kleinzelligen Bronchialkarzinoms	a) Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen für Patienten, bei denen eine Chemotherapie angezeigt ist, zweckmäßige Vergleichstherapie: Docetaxel oder Pemetrexed b) ein Zusatznutzen ist nicht belegt für Patienten, bei denen eine Chemotherapie nicht angezeigt ist, zweckmäßige Vergleichstherapie: Best-Supportive-Care
Decitabin (Dacogen®) 02.05.2013	Behandlung von Patienten ab 65 Jahren mit akuter myeloischer Leukämie, für die eine Standard-Induktionstherapie nicht in Frage kommt	Geringer Zusatznutzen , da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Saxagliptin/ Metformin (Komboglyze®) 02.05.2013 Beschluss gilt befristet bis 02.05.2015	Diabetes mellitus Typ II, wenn Metformin allein nicht ausreichend ist; auch in Kombination mit Insulin	a) Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen bei Patienten, die nur Saxagliptin/Metformin erhalten, zweckmäßige Vergleichstherapie: Sulfonylharnstoff (Glibenclamid, Glimepirid) plus Metformin b) ein Zusatznutzen ist nicht belegt bei Kombination mit Insulin, zweckmäßige Vergleichstherapie: Metformin plus Humaninsulin (ggf. Therapie nur mit Humaninsulin, wenn Metformin gemäß Fachinformation unverträglich oder nicht ausreichend wirksam ist) c) das Verfahren zur Nutzenbewertung von Saxagliptin/Metformin in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff läuft noch und wird voraussichtlich im September 2013 abgeschlossen sein

* Den vollständigen Text einschließlich der Tragenden Gründe finden Sie im jeweiligen Beschluss des G-BA (www.g-ba.de) bzw. in der Fachinformation des Arzneimittels unter Punkt 4.1 Anwendungsgebiete.

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.

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

Der G-BA kann ferner eine **Nutzenbewertung für bereits länger zugelassene Arzneimittel** beschließen. Dabei sollen vorrangig Arzneimittel bewertet werden, die für die Versorgung von Bedeutung sind oder mit Arzneimitteln im Wettbewerb stehen, für die bereits eine Nutzenbewertung durchgeführt wurde. Für folgende Wirkstoffe ist eine Nutzenbewertung geplant oder wird bereits durchgeführt:

Anwendungsgebiet	Wirkstoff	Beginn der Nutzenbewertung
Diabetes mellitus Typ 2	Saxagliptin Sitagliptin, Sitagliptin/Metformin Vildagliptin, Vildagliptin/Metformin Liraglutid Exenatid	01.04.2013 01.01.2014
Starke, chronische Schmerzen	Tapentadol	15.10.2013
Osteoporose, Knochenmetastasen Osteoporose	Denosumab Ranelicsäure Distrontiumsals Parathyreoidhormon Teriparatid	15.10.2013
Vorhofflimmern: Prophylaxe von Schlaganfällen und kardioembolischer Erkrankungen	Rivaroxaban Dabigatran	01.12.2013
Depression Depression, diabetologische Polyneuropathie, Dranginkontinenz	Agomelatin Duloxetin	01.02.2014
Rheumatoide Arthritis Rheumatoide Arthritis, Arthritis psoriatica, anky- losierende Spondylitis	Certolizumab pegol Tozilizumab Golimumab	01.03.2014

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

Wirkstoff AKTUELL – Rationale Antibiotikatherapie bei Infektionen der unteren Atemwege

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 2** dieses Rundschreibens erhalten Sie das Informationsblatt „Wirkstoff AKTUELL“ Ausgabe 3/2013 zur Rationalen Antibiotikatherapie bei Infektionen der unteren Atemwege. Diese aktuelle Version finden Sie, wie alle bisherigen Informationsblätter auch, 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

Hinweise zur Verordnung von Heilmitteln

▪ Verordnungen bei Patienten mit langfristigem Behandlungsbedarf

Nachdem auf Bundesebene eine Festlegung der Erkrankungen mit langfristigem Behandlungsbedarf erfolgte, ist die entsprechende Diagnoseübersicht auf Basis der ICD 10-Diagnosen veröffentlicht worden (siehe Rundschreiben 12/2012, Anlage 2a/b sowie unter www.kvt.de → Mitglieder → Verordnungs-Wirtschaftlichkeitsberatung → Abt. Verordnungsberatung → Heilmittel). **Nur die hier aufgeführten Patienten mit langfristigem Behandlungsbedarf müssen das Verfahren des Regelfalles (Erst- und Folgeverordnungen) nicht durchlaufen.**

Sollte ein Patient an einer ähnlich schwerwiegenden Schädigung leiden, die jedoch nicht aufgeführt ist, so kann er im Einzelfall einen Antrag bei seiner Krankenkasse stellen. Auch damit können die Heilmittel langfristig genehmigt und aus dem ärztlichen Verordnungsvolumen herausgenommen werden. Hier gelten die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie, d. h. Erst-, Folgeverordnungen und Verordnungen außerhalb des Regelfalles werden durchlaufen, ebenso wie bei Patienten mit Praxisbesonderheiten.

▪ Vergütungslisten der Heilmittel-Leistungen

Zur eigenen Kontrolle Ihrer veranlassten Verordnungskosten im Heilmittelbereich erhalten Sie in **Anlage 3**, die in diesem Jahr von den Krankenkassen mitgeteilten Vergütungsregelungen für die einzelnen Heilmittelarten.

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

FSME-Risikogebiete – aktuelle Übersichtskarte

Gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie erhalten Personen, die in innerdeutschen FSME-Risikogebieten Zecken exponiert sind, die FSME-Impfung (Grundimmunisierung/Auffrischimpfung) als Indikationsimpfung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu den Thüringer FSME-Risikogebieten gehören nach wie vor die Landkreise

- Hildburghausen,
- Saalfeld-Rudolstadt,
- Saale-Orla-Kreis,
- Saale-Holzland-Kreis,
- Sonneberg

sowie die Städte Jena und Gera.

Bundesweit wurde lediglich ein neues Risikogebiet ausgewiesen (Landkreis Bad Tölz-Wolfratshausen im Freistaat Bayern). Alle bisher benannten Risikogebiete bleiben weiterhin bestehen. Die aktuelle Übersichtskarte (Stand 15.04.2013) für alle innerdeutschen FSME-Risikogebiete wurde im Epidemiologischen Bulletin 18/2013 veröffentlicht. Sie finden diese Übersichtskarte im Internetportal des Robert Koch-Institutes unter www.rki.de.

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

Achtung! Fehlerteufel im Rundschreiben 4/2013

Erläuterungen zur Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie

Im Rundschreiben 4/2013 hat sich im Artikel „Erläuterungen zur Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie“ auf Seite 4 leider der Fehlerteufel eingeschlichen. Im Verweis auf die Veröffentlichung der STIKO zur Pneumokokkenimpfung muss es richtig heißen:

Auch nach der inzwischen erfolgten Zulassung des Konjugatimpfstoffes sieht sie **keine** ausreichende Evidenzgrundlage für eine Änderung ihrer Empfehlung (Epidemiologisches Bulletin 7/2012).

Sicherstellung

Bedarfsplanung – Änderungen und Auswirkungen

Nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20.12.2012 wurde der Bedarfsplan für den Zulassungsbezirk der KV Thüringen durch die KV Thüringen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen im Freistaat Thüringen mit Stand 01.01.2013 aufgestellt. Der Bedarfsplan wurde im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → Mitglieder → Sicherstellung → Rund um die vertragsärztliche Tätigkeit → Bedarfsplan mit Stand 01.01.2013 veröffentlicht.

■ Was hat sich geändert?

Auf der Grundlage der vorgenannten Bedarfsplanungs-Richtlinie erfolgte die Berechnung der Versorgungsgrade auf der Basis

- neuer Verhältniszahlen und einer geänderten Einrechnung des Demografiefaktors,
- neuer Planungsbereichsstrukturen sowie
- neuer Versorgungsebenen.

■ Verhältniszahlen/Demografiefaktor

Gegenüber der vorherigen Bedarfsplanung wurden neue Verhältniszahlen angewandt. Die Verhältniszahlen werden mit dem Demografiefaktor modifiziert. Der Demografiefaktor wird durch Altersfaktoren und einen Leistungsbedarfsfaktor berechnet.

■ Planungsbereiche

Die Größe der Planungsbereiche richtet sich nach den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie und den darin enthaltenen Zuordnungen des Bundesinstitutes für Bau-, Städte- und Raumforschung (BBSR). Bei der hausärztlichen Versorgung erfolgt die Planung nach Mittelbereichen, die eine kleinere Planungsstruktur als bisher darstellt (siehe Karte in **Anlage 4**). Der Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung entspricht den bisherigen Planungsbereichsstrukturen (siehe Karte in **Anlage 4**). In der spezialisierten fachärztlichen Versorgung wird auf Raumordnungsregionen abgestellt (siehe Karte in **Anlage 4**) und bei der gesonderten fachärztlichen Versorgung wird der gesamte KV-Bereich (siehe Karte in **Anlage 4**) für die Planung zugrunde gelegt.

■ Versorgungsebenen

Zukünftig werden alle Arztgruppen in die Bedarfsplanung einbezogen (außer den Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen) und einer der nachfolgenden vier Versorgungsebenen zugeordnet:

1. hausärztliche Versorgung,
2. allgemeine fachärztliche Versorgung,
3. spezialisierte fachärztliche Versorgung und
4. gesonderte fachärztliche Versorgung.

Welche Arztgruppe zu welcher Versorgungsebene gehört, entnehmen Sie bitte der Tabelle (siehe **Anlage 5**).

■ Auswirkungen

Die Neuberechnungen weisen insgesamt über alle Fachgruppen einen geringeren Arztbedarf als bisher für den Zulassungsbezirk des Freistaates Thüringen aus. Dies trifft insbesondere für die Arztgruppen der Hausärzte, Augenärzte, Hautärzte, Anästhesisten und HNO-Ärzte zu. Im Gegensatz dazu ist ein Mehrbedarf bei den Arztgruppen der Nervenärzte, Orthopäden, Urologen und Frauenärzte festzustellen.

Ein deutlich erhöhter Bedarf wird durch die Neuberechnungen der Versorgungsgrade für die Psychotherapeuten ausgewiesen. Hier ergeben sich durch die neue Bedarfsplanung in großem Maße neue Zulassungsmöglichkeiten für ärztliche Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten.

Im Wesentlichen ergeben sich die Veränderungen aus der Vorgabe neuer Verhältniszahlen und der Veränderung des Demografiefaktors. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wird die Auswirkungen der neuen Bedarfsplanung beobachten und ggf. Änderungen aufgrund der tatsächlichen Versorgungssituation beschließen.

Die Bekanntmachung der aktuellen Versorgungsgradfeststellung der KV Thüringen erfolgte im Ärzteblatt Thüringen, Heft 5/2013. **Bis zum 24.06.2013 können sich Ärzte und Psychotherapeuten auf die offenen Vertragsarztsitze bewerben.**

Ihre Ansprechpartner: Ronald Runge, Telefon 03643 559-732
Mabel Kirchner, Telefon 03643 559-736

Organisierter vertragsärztlicher Notdienst

Berücksichtigung von Urlaubs- und Abwesenheitszeiten bei der Dienstplanung

Die Notdienstordnung regelt in § 5 eine gleichmäßige Einteilung der dienstverpflichteten Ärzte im Notdienst. Eine Berücksichtigung von Urlaub und/oder Abwesenheit bei der Dienstplanung ist nicht verbindlich geregelt.

Um jedoch die Planbarkeit für die dienstverpflichteten Ärzte zu verbessern, wurde zunächst in einer Arbeitsgruppe von Notdienstbeauftragten und abschließend im Notdienstausschuss der KV Thüringen eine Maximalzahl von 90 Tagen Urlaub und/oder Abwesenheit im Kalenderjahr festgelegt, die bei der Dienstplanung Berücksichtigung findet. Als Richtwert wurde hier die im § 32 der Zulassungsverordnung festgeschriebene Anzahl von Vertretungstagen zu Grunde gelegt. Die Verteilung der 90 Tage obliegt dem dienstverpflichteten Arzt. Darüber hinaus besteht auch weiterhin die Möglichkeit, ungelegene Dienste zu tauschen oder abzugeben.

Die gewählte Anzahl von 90 Tagen im Kalenderjahr soll es dem Dienstplaner ermöglichen, die eingangs beschriebene Gleichverteilung der Dienste über das Jahr auch möglich zu machen. Da die Gleichverteilung der zu vergebenden Dienste auch für Feiertage gilt, können unter Umständen eingereichte Urlaube und Abwesenheiten nicht berücksichtigt werden.

Die Eingabe von Urlaubs- und Abwesenheitszeiten sowie der Tausch von Diensten ist zukünftig im Dienstplanportal Notdienst möglich. Diese und andere Funktionen werden im Laufe des Jahres freigegeben. Wir informieren Sie darüber fortlaufend im Rundschreiben.

Ihr Ansprechpartner: Markus Vogel, Telefon 03643 559-739

Qualitätssicherung

Ultraschallgeräte: Frist der Übergangsregelung endete zum 31.03.2013

Zum 31.03.2013 endete die Frist der vierjährigen Übergangsregelung zur Nutzung von Ultraschallsystemen, die den Anforderungen der Ultraschall-Vereinbarung vom 01.04.2009 nicht mehr entsprechen.

Die KV Thüringen hat seit 2010 nahezu alle in der vertragsärztlichen Versorgung genutzten Geräte und Schallköpfe der gesetzlich geforderten Abnahmeprüfung unterzogen. Ärzte, die in Besitz eines Gerätes oder eines Schallkopfes sind, welche(s) ab dem 01.04.2013 nicht mehr den Mindestanforderungen der Ultraschall-Vereinbarung genügt, sind hinreichend informiert.

Einige Hersteller- und Lieferfirmen werben nun aktuell damit, dass bisher genutzten Geräte zum Stichtag 01.04.2013 nicht mehr verwendet werden dürfen. Dies ist nur dann der Fall, wenn die Abnahmeprüfung vor der Qualitätssicherungskommission nicht bestanden wurde. Sofern Sie also über die bestandene Abnahmeprüfung durch die KV Thüringen schriftlich benachrichtigt wurden, ist eine Geräteneuanschaffung nicht notwendig.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Anne-Kathrin Jänisch und Anne Richter, Telefon 03643 559-711,
Beate Reichenbacher und Christin Schmidt, Telefon 03643 559-716

Verträge

Verträge mit der TK zur U10/U11/J2 – Anhebung der Vergütungspauschale

Im Rahmen der Verträge nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11/J2) zwischen der Techniker Krankenkasse (TK) und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination und der bvkJ.Service GmbH wurden die Vergütungspauschalen mit Wirkung zum 01.04.2013 angepasst.

Somit erhält der am Vertrag teilnehmende Arzt ab dem o. g. Datum für die Gebührenordnungsposition 81102 (U10), 81120 (U11) und 81121 (J2) – im Zusammenhang mit der Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung – eine neue Vergütung in Höhe von 53,00 €.

Die Nachträge und die aktuellen Vertragstexte sind im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → Mitglieder → Verträge → K → Kinderfrüherkennungsuntersuchungen veröffentlicht.

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Vertrag über die kurärztliche Behandlung – Pauschalen zum 01.01.2013 angehoben

Die in den Kurarztverträgen genannten Pauschalen wurden zum 01.01.2013 um sechs Prozent angehoben. Zudem erfolgte eine West-Ost-Angleichung ebenfalls zum 01.01.2013. Weitere Änderungen bei den Kurarztverträgen wurden wie folgt vorgenommen:

- Die Teilnahme an den Kurarztverträgen wurde vereinfacht. Als Voraussetzung für die Teilnahme an den Kurarztverträgen genügt der Nachweis der Absolvierung des 240-Stunden-Kurses für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie und Balneologie“.
- Zum 01.07.2013 wird eine Zusammenführung der Kurarztverträge Primärkassen und Ersatzkassen zum Vertrag über die kurärztliche Behandlung (Kuratorvertrag) vorgenommen. Maßgeblich für den neuen Vertrag ist das Vergütungsniveau des bisherigen Ersatzkassen-Kurarztvertrages. Die neuen Vergütungssätze können Sie der **Anlage 6** dieses Rundschreibens entnehmen.

Die aktuellen Verträge (Stand: 01.01.2013) finden Sie im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → Mitglieder → Verträge → K → Kurarztvertrag.

Ihre Ansprechpartnerin: Doreen Lüpke, Telefon 03643 559-131

Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – Vergütung gefertigter Fotos im Hautarztverfahren und in der Dermatologie

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) informierte die KV Thüringen über den Beschluss der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger zu einer neuen Leistung. Sie betrifft im Hautarztverfahren und in der dermatologischen Begutachtung gefertigte Fotos. Die Fotos, die den jeweiligen Bericht oder im Gutachten beschriebenen Hautbefund nachvollziehbar dokumentieren, werden auf CD/DVD zur Verfügung gestellt.

Die **neue Gebührennummer 196 UV-GOÄ** gilt seit 01.04.2013 und wird mit 8,50 € (unabhängig von der Anzahl der Fotos) vergütet. Eine darüber hinausgehende notwendige Fotodokumentation kann durch den UV-Träger nach Rücksprache genehmigt werden.

Die aktuelle Fassung des Vertrages UV-GOÄ finden Sie im Internetportal der KBV unter www.kbv.de/rechtsquellen/2350.html.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Alles was Recht ist

Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

Frage 1:

Besteht eine Pflicht zur Herausgabe von Sozialdaten über Patienten an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)?

Ja. Gemäß §§ 275, 276 Abs. 2 SGB V sind (auch) Vertragsärzte/Psychotherapeuten verpflichtet, im Rahmen der Aufgabenerfüllung des MDK Unterlagen über Patienten zur Verfügung zu stellen. Dies setzt voraus, dass die zuständige Krankenkasse den MDK im konkreten Fall zuständigkeithalber beauftragt hat (z. B. mit der Prüfung eines Leistungsanspruches).

Frage 2:

In welchen Fällen ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) auskunftsberechtigt und der Vertragsarzt bzw. Psychotherapeut auskunftsverpflichtet?

Die Aufgaben des MDK sind im § 275 – Begutachtung und Beratung – SGB V geregelt. Die Krankenkasse beauftragt den MDK, eine gutachterliche Stellungnahme abzugeben, insbesondere bei Arbeitsunfähigkeit.

Frage 3:

Welche Anforderungen hat der MDK bei seinem Auskunftsverlangen zu berücksichtigen?

Der MDK muss bei seiner Anfrage die Rechtsgrundlage benennen für die Auskunftsberechtigung und die Auskunftspflicht des Vertragsarztes/Psychotherapeuten. Dies sind in der Regel §§ 275, 276 Abs. 2 SGB V (Anfertigung einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK bei Arbeitsunfähigkeit). Weiterhin muss der MDK den Zweck der von ihm erbetenen Auskunft im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung angeben.

Frage 4:

Kann der Vertragsarzt/Psychotherapeut hierfür eine Vergütung verlangen?

Für einfache Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse etc. an den MDK sowie die Übermittlung von Befunden/Berichten steht dem Vertragsarzt/Psychotherapeut keine Vergütung zu. Für einen Krankheitsbericht nach dem vereinbarten Vordruck-Muster 11 „Bericht für den Medizinischen Dienst“ gemäß der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (Anlage 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte/EKV) ist die GOP 01621 EBM abrechenbar.

Entstandene Auslagen können jedoch geltend gemacht werden. Dazu zählen Versandkosten nach GOP 40120 ff. EBM und Kosten für abgeforderte Kopien nach den Regelungen der Gebührenordnung für Ärzte, die der MDK zu tragen hat.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an oder senden Ihre Fragen per E-Mail an: justitiariat@kvt.de

Ihre Ansprechpartnerin: Ass. jur. Bettina Jäger-Siemon, Telefon 03643 559-140

Informationen

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V veröffentlicht

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Beschlüsse zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf seinen Internetseiten unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1706/ veröffentlicht.

Der G-BA leitet die Beschlüsse und die Tragenden Gründe an das Bundesministerium für Gesundheit weiter. Innerhalb von zwei Monaten können diese beanstandet werden, anschließend wird die Richtlinie im Bundesanzeiger und deren Tragende Gründe im Internet bekanntgemacht.

Eine **Interpretationshilfe mit Erläuterungen zur Richtlinie** wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach der Bekanntmachung aller Dokumente zur Verfügung gestellt. Sie wird Erläuterungen vor allem zum Paragraphenteil in Verbindung mit dem Gesetzestext (zum Beispiel Kooperationsvereinbarungen, Behandlungsvertrag bei Teams, Mitteilungspflichten, Bedeutung des Behandlungsumfangs etc.) enthalten. Außerdem werden darin Fragen und Problemlösungen erläutert, die das Verfahren im Erweiterten Landesausschuss zur Berechtigungserteilung betreffen.

Änderung bei meldepflichtigen Krankheiten

Am 21.03.2013 wurde das Infektionsschutzgesetz (siehe Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 15) geändert. Danach sind nunmehr auch Mumps, Pertussis, Röteln einschließlich Rötelnembryopathie und Varizellen meldepflichtige Krankheiten gemäß § 6 Infektionsschutzgesetz. Gemäß § 7 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (namentliche Meldung von Krankheitserregern soweit die Nachweise auf eine akute Infektion hinweisen) wurde um *Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis*, Mumpsvirus, Rubellavirus, Varizella-Zoster-Virus ergänzt. *Cryptosporidium parvum* wurde durch humanpathogene *Cryptosporidium* sp. und *Leptospira interrogans* durch humanpathogene *Leptospira* sp. ersetzt. Die Meldepflicht für die nicht namentliche Meldung für Rubellavirus (konatale Infektionen) wurde gestrichen.

Die namentliche Meldung muss unverzüglich und spätestens innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis gegenüber dem für den Aufenthalt des Betroffenen zuständigen Gesundheitsamt vorliegen. Weitere Änderungen betreffen die Fristen und Pflichten zur Meldung durch das Gesundheitsamt und die Erprobung eines elektronischen Informationssystems.

Das Patientenrechtegesetz: Rechtliche Hinweise und Empfehlungen für Ärzte und Psychotherapeuten

Im Rundschreiben 4/2013 auf Seite 8 informierten wir Sie bereits zum neuen Patientenrechtegesetz. Hierzu hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung jetzt eine **Praxisinformation zum Thema Patientenrechte** herausgegeben (siehe Beilage). Diese soll vor allem helfen, Fragen von Patienten zu beantworten. Darin werden einzelne Paragraphen des Gesetzes vorgestellt und erläutert, welche Rechte und Pflichten sich daraus ergeben.

Ihre Ansprechpartnerin: Ass. jur. Nicole Frank, Telefon 03643 559-145

Termine zur Abrechnungsannahme für das 2. Quartal 2013

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

01.07.2013 bis 10.07.2013

Einreichungen vor dem 01.07.2013 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**:

Montag bis Freitag: 01.07.2013 bis 05.07.2013 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/Fallstatistik**. Bitte beachten Sie, dass auch die Papierunterlagen zeitnah an die KV Thüringen geschickt werden. Mit diesem Rundschreiben erhalten Sie das Formular „Abrechnungs-Sammelerklärung“ für die kommende Quartalsabrechnung.

Ihre Ansprechpartnerin bei Verlängerung der Abgabefrist:

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

Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena

Die nächste Veranstaltung der Arzneimittelkommission des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena findet gemeinsam mit allen interessierten niedergelassenen Vertragsärzten und Apothekern **am 19.06.2013, um 17:15 Uhr statt**.

Thema: **Schmerztherapie – Was gibt es Neues?**

Referent: Prof. Dr. Winfried Meißner, Universitätsklinikum Jena, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin – Schmerzambulanz

Ort: im Klinikum 2000, Seminarraum 2, Erlanger Allee 101, Jena-Lobeda Ost

Leitung/

Moderation: PD Dr. rer. nat. habil. M. Hippus (Institut für Klinische Pharmakologie) und PD Dr. rer. nat. med. habil. M. Hartmann (Apotheke des Klinikums)

Auskunft/

Anmeldung: Apotheke des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena, PD Dr. rer. nat. med. habil. M. Hartmann, Tel.: 03641 932-5401

Die Veranstaltung wird mit **zwei Punkten der Kategorie A** auf das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer anerkannt.

Ihre Ansprechpartnerin in der KV Thüringen: Dr. Editha Kniepert, Telefon 03643 559-760

Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Samstag, 01.06.2013, 09:00–14:00 Uhr Samstag, 29.06.2013, 09:00–14:00 Uhr Samstag, 31.08.2013, 09:00–15:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen/Strukturierte Schulungen (B10.1 – 10.6) Anmeldung über die Landesärztekammer (www.laek-thueringen.de)	Dipl.-Bw. Christiane Maaß, Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung der KVT, Weimar	Praxispersonal 160,00 € für alle Termine
Mittwoch, 05.06.2013, 15:00–19:00 Uhr	Die erste Praxis-Webseite	Dipl.-Inf. Sven Dickert, Mitarbeiter der IT-Abteilung der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherap., Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 05.06.2013, 14:00–18:00 Uhr	Verordnung enteraler und parenteraler Ernährung 5 Punkte, Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Kniepert Dr. med. Jens Putziger	Vertragsärzte Kostenfrei
Freitag, 07.06.2013, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Neueinsteiger – hausärztlicher Versorgungsbereich 3 Punkte, Kategorie A	Steffen Göhring, Leiter der Abteilung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Samstag, 08.06.2013, 09:00–17:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Kommunikation und Gesprächsführung (C1)	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainee, Beraterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal 120,00 €
Mittwoch, 12.06.2013, 15:00–19:00 Uhr	Besieg den inneren Schweinehund ... Lang Liegendebliebenes in Bewegung bringen	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Coach, Supervisor, Paartherapeut; Programm Salus Medici, Praxisentwicklung, Berlin	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 12.06.2013, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Fortgeschrittene – Schwerpunkt Psychotherapie 5 Punkte, Kategorie C	Steffen Göhring, Leiter der Abteilung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Psychotherap. Kostenfrei
Mittwoch, 12.06.2013, 15:00–18:00 Uhr	Veranstaltung ist ausgebucht! Schweigepflicht, Datenschutz und digitale Archivierung in der Arztpraxis 3 Punkte, Kategorie A	Ass. jur. Nicole Frank, Mitarbeiterin Justitiariat und Datenschutzbeauftragte der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherap., Praxispersonal 45,00 €
Freitag, 14.06.2013, 14:00–19:30 Uhr Samstag, 15.06.2013, 08:30–15:30 Uhr	Qualitätsmanagement in Arztpraxen – Einführungsseminar zu Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) für Psychotherapeuten 14 Punkte, Kategorie H	Dr. med. Christa Glückert, lizenzierte QEP-Trainerin, Nürnberg	Psychotherap., Praxispersonal 250,00 € inkl. QEP-Manual und Qualitätsziel-Katalog, 200,00 € für jeden weiteren Teilnehmer
Samstag, 11.06.2013 15.06.2013, 09:00–12:00 Uhr	Terminverschiebung! Niederlassungsseminar zur Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung 4 Punkte, Kategorie A	Bettina Pfeiffer, Mitarbeiterin der Abteilung Verordnungsberatung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei

Terminkalender

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 19.06.2013, 14:00–18:00 Uhr	Arbeitsschutz 5 Punkte, Kategorie A	Katja Saalfrank, Praxismanagement und -beratung, Selbitz	Vertragsärzte, Psychotherap., Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 05.06.2013 19.06.2013, 15:00–19:00 Uhr	Terminverschiebung! Die Schwere leichter machen – Eigene Ressourcen entdecken	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainee- rin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 19.06.2013, 13:00–19:00 Uhr	Kooperation richtig gestalten 8 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Coach, Supervisor, Paartherapeut; Programm Salus Medici, Praxisent- wicklung, Berlin	Vertragsärzte, Psychotherap. 80,00 €
Samstag, 22.06.2013, 10:00–18:00 Uhr	Zeit- und Selbstmanagement für Ärzte 10 Punkte, Kategorie C	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Coach, Supervisor, Paartherapeut; Programm Salus Medici, Praxisent- wicklung, Berlin	Vertragsärzte, Psychotherap. 80,00 €
Mittwoch, 28.06.2013 26.06.2013, 15:00–18:00 Uhr	Terminverschiebung! EBM für Praxispersonal – hausärztlicher Versorgungsbereich	Steffen Göhring, Leiter der Abtei- lung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Praxispersonal Kostenfrei
Mittwoch, 26.06.2013, 15:00–19:00 Uhr	Progressive Muskelentspannung nach Jacobson	Denise Pfeufer, Gesundheits- und Entspannungspädagogin, Breiten- bach	Vertragsärzte, Psychotherap., Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 26.06.2013, 15:00–18:00 Uhr	Umgang mit codierten Kassenrezepten inkl. BtM-Rezepten 3 Punkte, Kategorie A	Dr. med. Urs Dieter Kuhn, Mitar- beiter der Hauptabteilung Verord- nungs- und Wirtschaftlichkeitsbera- tung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Freitag, 28.06.2013, 13:00–19:00 Uhr	Der gute Ton am Telefon – Erfolgrei- ches Telefonieren in der Arztpraxis (Grundkurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €
Freitag, 28.06.2013, 13:30–18:00 Uhr	QM-Beauftragte in der Praxis	Andrea Wolf, Praxismanagerin/ QEP-Trainerin/Qualitätsbeauftragte und interne Auditorin (DGQ), H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt	Praxispersonal 45,00 €
Samstag, 29.06.2013, 09:00–15:00 Uhr	Konflikt- und Beschwerdemanagement (Grundkurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trai- nerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €
Mittwoch, 03.07.2013, 15:00–19:00 Uhr Mittwoch, 10.07.2013, 15:00–19:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizini- sche Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Telemedizinische Grundlagen (B11) Anmeldung über die Landesärztekam- mer (www.laek-thueringen.de)	Dipl.-Inf. Sven Dickert, Mitarbeiter der IT-Abteilung der KVT, Weimar	Praxispersonal 80,00 € für alle Termine
Mittwoch, 03.07.2013, 15:00–18:00 Uhr	Kontroverses in Diagnostik und Thera- pie des Typ-2-Diabetes – Empfehlun- gen für die Hausarztpraxis 4 Punkte, Kategorie A	Hon.-Prof. Dr. med. habil. Harald Schmechel, Internist/Diabetologe/ Hypertensiologe DHL, Erfurt	Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 10.07.2013, 14:00–17:00 Uhr	Beachtung der Schutzimpfungs-Richtli- nie bei der Verordnung von Impfungen zu Lasten der gesetzlichen Kranken- versicherung 3 Punkte, Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verord- nungs- und Wirtschaftlichkeitsbera- tung der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Praxispersonal Kostenfrei

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 12.07.2013 10.07.2013, 15:00–18:00 Uhr	Terminverschiebung! EBM für Neueinsteiger – fachärztlicher Versorgungsbereich 3 Punkte, Kategorie A	Steffen Göhring, Leiter der Abtei- lung Leistungsabrechnung 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 erfahrener 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.

14. Thüringer Symposium HIV-Infektion und AIDS – Alternde HIV-Patienten

Termin: **29.06.2013, Beginn 09:00 Uhr, Einlass ab 08:30 Uhr**
Ort: Jugend- und Kulturzentrum mon ami, Goetheplatz 11, Weimar

Programm:

- Diabetes und Adipositas – Ein Risiko für das Altern von HIV-Patienten
- HIV und Demenz
- Praxisrelevante Altersforschung im HIV-Bereich, die 50/2010 Kohorte der DAGNAE
- Bewegung und Sport – Ist das Altern damit auch bei HIV-Infektion zu verlangsamen?
- Die Community und ihre Behandler werden älter – Eine Diskussion zwischen den Thüringer AIDS-Hilfen und ihren HIV-Behndlern

Bitte melden Sie sich bis zum 17.06.2013 an!

- Telefax 03643 7737367 oder
- E-Mail seidel@medizincenter.de

Bei der Landesärztekammer Thüringen sind für die Veranstaltung Fortbildungspunkte beantragt.

Schlafmedizinischer Kurs für BUB-Kurs

Termin: **02.07. – 06.07.2013**
Ort: Facharztzentrum üBAG Sonneberg, Gustav-König-Str. 17, 96515 Sonneberg
Zielgruppen: Haus- und Fachärzte für Innere Medizin, Pneumologen, HNO-Ärzte, Neurologen, Pädiatrie
Kosten: 350,00 €

Bitte melden Sie sich an!

- Telefon: 03675 8944-59
- Telefax: 03675 8944-54
- E-Mail: j.dressel@faz-sonneberg.de

Für Informationen steht Ihnen Frau Julia Dressel, Facharztzentrum üBAG Sonneberg, zur Verfügung.

Thüringer Kursreihe Mammasonographie GbR

▪ Aufbaukurs nach den Richtlinien von KBV und DEGUM

Termin: **27./28.09.2013, Beginn Freitag 9:30 Uhr, Ende Samstag 17:30 Uhr**

Ort: Praxis Dr. med. E. Marzotko, Anger 19/20, 99084 Erfurt

Themen des Aufbaukurses:

- Technik: Bildoptimierung und Hochfrequenzsonografie
- Histomorphologie der Mamma und Mammatumoren
- Mammografie und MRT: Stellenwert in der Mammadiagnostik
- Perioperatives Management
- Axillasonografie
- 3-D, Ductussonografie und Spezialfälle
- Praktische Übungen

Auskunft/Anmeldung: www.thueringer-kursreihe-mammasonographie.de

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

▪ **11. Thüringer Impftag**

Termin: 15.06.2013, 09:00 bis 16:00 Uhr

Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Leitung: Prof. Dr. med. Wolfgang Pfister, Dr. med. Peter Wutzler, Jena

Gebühr: gebührenfrei

Zertifizierung: 8 Punkte, Kategorie A

Themen:

- Regressprophylaxe beim Impfen
Referentin: Dr. med. habil. Editha Kniepert, Weimar
- Aktuelle STIKO-Empfehlungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
Referent: Dr. med. Jan Leidel, Köln
- Ist die Zoster-Impfung notwendig?
Referent: Prof. Dr. med. Peter Wutzler, Jena
- Pertussis und Schutzimpfung gegen Pertussis – Aktuelle Aspekte
Referent: Dr. med. Stefan Hagel, Jena
- Neue Entwicklungen bei den Impfstoffen gegen Erkrankungen durch Neisseria meningitidis (Meningokokken)
Referent: Prof. Dr. med. Wolfgang Pfister, Jena
- Impfsituation in Thüringen
Referent: Dipl.-Med. Gerrit Hesse, Erfurt
- Abschlussdiskussion, Fragen aus der Praxis

Zusätzliches Programm für Assistenzpersonal:

- Impfmanagement in der ärztlichen Praxis
Referentin: Dr. med. habil. Editha Kniepert, Weimar
- Welche Impfungen empfiehlt die STIKO für Erwachsene und Senioren?
Referent: Dipl.-Med. Gerrit Hesse, Erfurt

▪ **Workshop Ärztliche Begutachtung –
Spezielle Begutachtungsfragen aus großen klinischen Gebieten**

Termin: 30.08.2013, 14:30 bis 19:15 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dr. med. Bernhard Blüher, Altenburg
Gebühr: gebührenpflichtig
Zertifizierung: 8 Punkte, Kategorie C

▪ **Eisenmangel – Diagnostik und neue Möglichkeiten der Therapie**

Termin: 11.09.2013, 17:00 bis 19:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Prof. Dr. med. Günter Stein, Jena
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

Themen:

- Welche Laborparameter sollten zur Beurteilung des Eisenhaushaltes bestimmt werden?
Dr. med. S. Löbel, Jena
- Therapie der Eisenmangelanämie und Tumoranämie
PD Dr. med. P. La Rosée, Jena
- Eisensubstitution bei renaler Anämie und bei Herzinsuffizienz
PD Dr. med. M. Busch, Jena

▪ **Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung
gemäß § 7 Abs. 3 und § 23 Abs. 2 Nr. 2a GenDG (Refresherkurs + Wissenstest)**

Termin: 11.09.2013, 12:00 bis 18:30 Uhr (für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin)
Termin: 18.09.2013, 12:00 bis 18:30 Uhr (für alle Fachgebiete)
Gebühr: je 100 €
Ort: Institut für Humangenetik, Kollegiengasse 10, 07743 Jena
Leitung: Dr. med. Isolde Schreyer, Jena
Zertifizierung: je 9 Punkte, Kategorie A

▪ **Kombinierter Aufbaukurs CW-Dopplersonographie und Duplexsonographie der extremitätenversorgenden Gefäße**

Termin: 20.09.2013, 13:00 Uhr, bis 22.09.2013, 16:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dr. med. Reginald Weiß, Bad Berka, Dr. med. Sven Uwe Seifert, Chemnitz
Gebühr: 360 €
Zertifizierung: 26 Punkte, Kategorie C

▪ **Kombinierter Abschlusskurs CW-Dopplersonographie und Duplexsonographie der extremitätenversorgenden Gefäße**

Termin: 21.09.2013, 09:00 Uhr, bis 22.09.2013, 16:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dr. med. Reginald Weiß, Bad Berka, Dr. med. Sven Uwe Seifert, Chemnitz
Gebühr: 280 €
Zertifizierung: 20 Punkte, Kategorie C

▪ Autogenes Training

Termine für die Grundstufe:

Teil 1: 02.11.2013

Teil 2: 24.01. – 25.01.2014

Teil 3: 07.03. – 08.03.2014

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Dr. med. Frank Bartuschka, Jena

Gebühr: 400 €

Zertifizierung: 42 Punkte, Kategorie C

▪ Notfälle sicher beherrschen – Teil 1 (Ausbildung in kleinen Praxisgruppen)

Termin: 22.11.2013, 15:00 Uhr, bis 23.11.2013, 15:15 Uhr

Ort: Hotel Dorotheenhof, Dorotheenhof 1, 99427 Weimar

Leitung: Dr. med. Jens Reichel, Jena

Gebühr: 250 €

Zertifizierung: 16 Punkte, Kategorie C

Themen:

- Reanimation
- Akute Bewusstseinsstörung
- Akuter Thoraxschmerz
- Medikamentenkunde für den Notfall
- Notfall „Kind“
- Praktische Übungen und Kasuistiken

Praxispersonal

▪ Inhalatoren und Spirometrie

(anerkannt für das Fortbildungscurriculum „Nichtärztliche Praxisassistentin“)

Termin: 21.06.2013, 15:00 bis 17:30 Uhr

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Cindy Stark, Greiz

Gebühr: 30 €

Themen:

- Lungenfunktionsdiagnostik – Methoden
- Spirometrie, Indikationen, Kontraindikationen
- Durchführung, Hygieneanforderungen
- Fehlermanagement
- Restriktion/Obstruktion
- Fallbeispiele
- Inhalieren/Inhalatoren
- Peak-Flow-Ampel

▪ Notfallseminar für Praxispersonal

Termin: 25.09.2013, 17:00 bis 21:00 Uhr

Gebühr: 40 €

Ort: Feuerwehr Erfurt, St.-Florian-Str. 4, 99092 Erfurt

Leitung: Dr. med. Eberhard Müller, Eisenach

Themen:

- Grundlagen
- Kontrolle vitaler Funktionen
- Erste Maßnahmen beim Ausfall vitaler Funktionen
- Praktische Übungen
- Notfalltipps

Beschluss



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage VI - Off-Label-Use 5-Fluorouracil in Kombination mit Mitomycin und Bestrahlung bei Analkarzinom

Vom 21. Februar 2013

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Februar 2013 beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Dezember 2008 / 22. Januar 2009 (BANz. Nr. 49a vom 31. März 2009), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ BANz AT TT.MM.JJJJ B [X], wie folgt zu ändern:

- I. Der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie wird in Teil A eine Ziffer XII. wie folgt angefügt:

„XII. 5-Fluorouracil in Kombination mit Mitomycin und Bestrahlung bei Analkarzinom

1. Hinweise zur Anwendung von 5-Fluorouracil in Kombination mit Mitomycin und Bestrahlung bei Analkarzinom gemäß § 30 Abs. 2 AM-RL

- a) Nicht zugelassenes Anwendungsgebiet (Off-Label-Indikation):

Die Behandlung mit 5-Fluorouracil (5-FU) und Mitomycin parallel zur Strahlentherapie ist angezeigt für nicht vorbehandelte Patienten mit Analkarzinom, bei denen die potenziell kurative operative Behandlung zum Verlust des natürlichen Darmausgangs führen würde.

Die Behandlung mit 5-Fluorouracil (5-FU) und Mitomycin parallel zur Strahlentherapie ist angezeigt für Patienten mit Rezidiv eines Analkarzinoms nach operativer Behandlung.

- b) Behandlungsziel:

Vermeidung der abdominoperinealen Rektumresektion und der dadurch notwendigen Anlage eines Kolostomas; damit Verbesserung der Lebensqualität durch Erhalt des natürlichen Darmausgangs. Im Vergleich zur alleinigen Radiatio: Verbesserung der lokalen Kontrollrate und Verlängerung des krankheitsspezifischen Überlebens.

- c) Folgende Wirkstoffe sind zugelassen:

Keine.

- d) Spezielle Patientengruppe:

Erstlinien-Therapie von Patienten mit Analkarzinom, bei denen die Indikation zur Radiotherapie gestellt wurde. Für Patienten mit einem Allgemeinzustand ECOG > 1 oder der Histologie eines Adenokarzinoms fehlen Daten klinischer Studien zur Bewertung der Radiochemotherapie.

e) Patienten, die nicht behandelt werden sollten:

Patienten mit Kontraindikationen, wie in den Fachinformationen der beiden Medikamente angegeben.

f) Dosierung:

Nach dem RTOG/ECOG-Protokoll (Flam et al., 1996):

5-Fluorouracil 1000 mg/m² als Infusion über 24 Stunden Tage 1 - 4 und Tage 29 - 32, maximale Tagesdosis absolut 2.000 mg.

Mitomycin 10 mg/m² Tage 1 und 29 als Bolus i.v., maximale Dosis absolut 20 mg.

Die Chemotherapie wird an den Tagen 1 bis 4 und an den Tagen 29 bis 32 (1. und 5. Woche) der Strahlentherapie verabreicht.

Gesamtdosis der Bestrahlung 45 Gy, 1,8 Gy täglich über 5 Wochen, Boost 5,4-9 Gy abhängig von Tumorgröße, Nodalstatus und Remission (Details siehe Originalpublikation von Flam, 1996).

g) Behandlungsdauer, Anzahl der Zyklen:

Siehe oben.

h) Wann sollte die Behandlung abgebrochen werden?

Bei einzelnen Patienten kann es zu einer schweren chemotherapie-induzierten Mukositis kommen. Wenn diese sich in seltenen Fällen schon während der ersten 4-tägigen Chemotherapiephase mit Schmerzen in der Mundschleimhaut manifestiert, kann erwogen werden, bei Fortführung der Bestrahlung auf die Gabe des zweiten Zyklus Chemotherapie zu verzichten oder die 5-FU-Dosis zu reduzieren.

Bei lebensbedrohlichen Nebenwirkungen (insbesondere schweren Infektionen, pulmonale Toxizität, Nephrotoxizität etc.) sollte auf den 2. Zyklus Chemotherapie verzichtet werden. Wenn möglich sollte die Strahlenbehandlung fortgeführt werden.

Abbruch der Chemotherapie mit 5-FU bei pektanginösen Beschwerden oder anderen ischämisch-vaskulären Ereignissen (z.B. Apoplex).

Mitomycin-Dosisreduktion im Zyklus 2 nach Grad-3/4-Hämatotoxizität nach Zyklus 1, bei höhergradiger Hämatotoxizität ggf. auch Unterbrechung der Radiochemotherapie für 1 Woche.

i) Nebenwirkungen/Wechselwirkungen, wenn diese über die zugelassene Fachinformation hinausgehen oder dort nicht erwähnt sind:

Besonders zu beachten sind synergistische Toxizitäten durch parallele Anwendung von Strahlentherapie und zytostatischer Chemotherapie, insbesondere Schleimhaut-Toxizität im Bestrahlungsfeld.

Bei Patienten mit Analkarzinom auf der Basis einer Immunsuppression oder einer Immundefizienz muss die Indikationsstellung zur Chemotherapie besonders kritisch gestellt werden und die Überwachung unter laufender Therapie besonders sorgfältig sein, z. B. frühzeitige Diagnose von Infektionen.

j) Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmers:

Die folgenden pharmazeutischen Unternehmer haben für ihre 5-Fluorouracil- und/oder Mitomycin-haltigen Arzneimittel eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:

APOGEPHA Arzneimittel GmbH, axios Pharma GmbH, BHARDWAJ PHARMA GmbH, biosyn Arzneimittel GmbH, cell pharm GmbH, EBEWE Pharma Ges.m.b.H. Nfg. KG, EMRAmed Arzneimittel GmbH; EurimPharm Arzneimittel GmbH; Hexal AG,

BAnz AT 07.05.2013 B3

Hikma Farmacêutica (Portugal), S.A., Lapharm GmbH, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH, MPA Pharma GmbH, Neocorp A und Teva GmbH.

Nicht verordnungsfähig sind in diesem Zusammenhang die 5-Fluorouracil- und Mitomycin -haltigen Arzneimittel der Firmen Bendalis GmbH, BERAGENA Arzneimittel GmbH, CC-Pharma GmbH, Hospira Deutschland GmbH, KOHNE PHARMA GmbH, Onkopharm Arzneimittel GmbH, OTP Oncotrade Parenteralia GmbH, PGD Profusio Leipzig Gesundheits GmbH und Specialitiy European Pharma Limited, da keine entsprechende Erklärung vorliegt.

2. Anforderungen an eine Verlaufsdokumentation gemäß § 30 Abs. 4 AM-RL:
entfällt.“

II. Die Änderung tritt 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 21. Februar 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken



Ausgabe 3/2013

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)



Rationale Antibiotikatherapie bei Infektionen der unteren Atemwege

Orale Antibiotika

- Betalaktamantibiotika**
 - Penicilline mit schmalen Spektrum
 - Aminopenicilline
 - Aminopenicilline + Betalaktamaseinhibitor
 - Cephalosporine
- Fluorchinolone
- Lincosamide
- Makrolide
- Oxazolidinone
- Tetracycline

Ein Drittel aller Atemwegsinfekte betrifft den unteren Respirationstrakt. Hierzu zählen die akute Bronchitis, die exazerbierte chronisch obstruktive Lungenerkrankung (AECOPD) und die ambulant erworbene Pneumonie (CAP). Obwohl Infektionen der unteren Atemwege oft durch andere Erreger als Bakterien verursacht werden, erhalten Patienten häufig Antibiotika:

- Die akute Bronchitis wird vorwiegend durch Viren verursacht und erfordert in den meisten Fällen keine Antibiotikatherapie.
- Patienten mit leichtgradiger AECOPD und vorbestehendem COPD-Schweregrad GOLD¹ I und II benötigen in der Regel keine Antibiotika. Patienten mit leichtgradiger AECOPD und vorbestehendem COPD-Schweregrad GOLD III und IV ($FEV_1 < 50\%$) sollten mit Antibiotika behandelt werden, wenn sie eine Typ-II-Exazerbation (Dyspnoe mit eitrigem Auswurf) haben. Bei diesen Patienten werden vorwiegend *Streptococcus pneumoniae* und *Haemophilus influenzae* isoliert. Mittel der Wahl für die ambulante Behandlung ist Amoxicillin, falls kein Hinweis auf Ampicillinresistenz von *H. influenzae* besteht (häufige Vorbehandlungen).
- Haupterreger der CAP ist *S. pneumoniae*. Mittel der Wahl bei Patienten mit ambulant behandelter CAP ohne Risikofaktoren ist Amoxicillin, bei CAP mit Risikofaktoren sind es Aminopenicilline mit Betalaktamaseinhibitor.

Grundlagen für eine rationale Antibiotikatherapie von Infektionen der unteren Atemwege sind korrekte Diagnosestellung, kritisch abwägende Indikationsstellung zum Einsatz von Antibiotika, Wahl des geeigneten Antibiotikums sowie Verlaufskontrolle mit Festlegung der Behandlungsdauer. Eine kritische Indikationsstellung dient nicht nur dem Patienten, sondern reduziert das Risiko der Selektion resistenter Erreger und verringert auch die Kosten.

Indikation

Infektionen der oberen Atemwege

- akute Bronchitis
- akute Exazerbation der COPD (AECOPD)
- ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

¹ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

1. Empfehlungen zur rationalen Antibiotikatherapie bei Infektionen der unteren Atemwege („Lower Respiratory Tract Infections“, LRTI) (Tabelle 1) (1–7)

Einleitende Hinweise

- Vor Einleitung einer Antibiotikatherapie bei LRTI sollten eine gründliche Anamnese und Bewertung der Antibiotikavortherapien erfolgen. Eine Antibiotikavortherapie innerhalb der letzten 3 Monate disponiert zu Infektionen durch resistente Erreger gegenüber der eingesetzten Wirkstoffgruppe (u. a. Betalaktame, Makrolide, Fluorchinolone). Eine Vortherapie mit Fluorchinolonen ist mit dem vermehrten Auftreten multiresistenter Erreger inkl. MRSA, eine Vorbehandlung mit Cephalosporinen mit Extended-Spectrum-Betalaktamasen (ESBL) bildenden gramnegativen Erregern assoziiert.
- Bei strukturellen Lungenerkrankungen wie chronisch-obstruktiver Bronchitis sind vermehrt Infektionen durch *H. influenzae* und bei fortgeschrittener Erkrankung der COPD *Staphylococcus aureus* und *Pseudomonas aeruginosa* zu berücksichtigen.
- Bei Patienten aus einem Pflege-/Altersheim ist vermehrt mit Infektionen durch Enterobacteriaceae und *S. aureus* sowie mit Aspirationspneumonien zu rechnen.
- Bei Patienten mit Immunsuppression, kürzlicher Reisetätigkeit (Campingplatz, Fernreisen), starken Rauchern, Patienten mit vorbestehenden Lungenschäden und/oder Exposition gegenüber Wasser aus speziellen Aufbereitungsanlagen muss an eine Infektion durch *Legionella spp.* gedacht werden.
- Bei vorausgegangenem Aufenthalt in Mittelmeerländern kann eine Infektion mit Penicillin-resistenten Pneumokokken vorliegen.

Akute Bronchitis

Bei der akuten Bronchitis handelt es sich in der Regel um eine durch Viren verursachte selbstlimitierende Erkrankung. Patienten mit akuter Bronchitis ohne COPD sollten nicht mit Antibiotika behandelt werden. Bei Patienten mit Asthma bronchiale oder mit schwerem und lang anhaltendem Verlauf einer akuten Bronchitis kann im Einzelfall eine Antibiotikatherapie indiziert sein.

Um die Anzahl unnötiger Antibiotikagaben bei der akuten Bronchitis gering zu halten, sollten zwei Strategien verfolgt werden:

- „Abwartende Verordnung“: Zunächst wird kein Antibiotikum verordnet, dem Patienten jedoch ermöglicht, nach 2 bis 3 Tagen in der Praxis ein Antibiotikarezept ohne Wartezeit und ohne Rücksprache mit dem Arzt zu erhalten.

- Ärztliches Kommunikationsverhalten: Die Erwartungshaltung des Patienten wird exploriert und dann die Entscheidung für oder wider ein Antibiotikum im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung besprochen, nachdem für den Patienten in nachvollziehbarer Weise ein abwendbar gefährlicher Verlauf ausgeschlossen wurde.

AECOPD

Die AECOPD² ist zu etwa 50 % infektionsbedingt, in bis zu 75 % der Fälle sind dabei Viren die Ursache. Bei der seltenen AECOPD mit bakterieller Ursache richtet sich die Auswahl des Antibiotikums nach dem Schweregrad (Einteilung nach der Nationalen Versorgungsleitlinie COPD).

Je nach Stadium der COPD (GOLD-Einteilung nach spirometrischen FEV₁-Werten in % des Sollwertes), Vorhandensein von Bronchiektasen, Krankheitsdauer und antibiotischer Vorbehandlung handelt es sich bei den bakteriellen Erregern um „klassische“ Atemwegsinfektionserreger (*S. pneumoniae*, *Haemophilus spp.*, *Moraxella spp.*, *Mycoplasma pneumoniae*), seltener um gramnegative Enterobakterien (*Klebsiella spp.*, *Escherichia coli*, u. a.) oder um *P. aeruginosa*, die die Atemwege dann auch chronisch besiedeln können. Bei einer FEV₁ < 50 % des Sollwertes und insbesondere bei häufigen Exazerbationen werden überwiegend Enterobacteriaceae nachgewiesen.

1. Patienten mit leichtgradiger AECOPD und vorbestehendem COPD-Schweregrad GOLD I und II benötigen in der Regel keine Antibiotika.
2. Patienten mit leichtgradiger AECOPD und vorbestehendem COPD-Schweregrad GOLD III und IV (< 50 % FEV₁) sollten dann Antibiotika erhalten, wenn sie eine Typ-2-Exazerbation nach Stockley haben, d. h. Dyspnoe mit eitrigem Auswurf. Mittel der Wahl ist Amoxicillin, erste Alternativen sind Doxycyclin und neuere Makrolide. Bei Therapieversagen oder Rezidiven können in Abhängigkeit von der Vorbehandlung (unmittelbar bzw. in den letzten 3 Monaten), dem Erregerspektrum und der Resistenzlage Amoxicillin/Clavulansäure bzw. Sultamicillin, Cefuroximaxetil, Cefpodoximproxetil, Levofloxacin oder Moxifloxacin eingesetzt werden³. Die Therapie-dauer beträgt in der Regel 7 Tage, für Fluorchinolone 5 Tage, für Azithromycin 3 Tage. Wesentliches Kriterium für eine Entscheidung zwischen den vorhandenen Alternativen sind die vorausgegangenen Antibiotikatherapien bei Patienten mit rezidivierenden Exazerbationen. Es wird ein Wechsel der zuletzt verwendeten Wirkstoffgruppen empfohlen, insbesondere bei Therapien innerhalb der letzten 3 Monate.

² Akute Verschlechterung, erkennbar an einer Zunahme von Atemnot, Husten, Zunahme von Menge und Viskosität des Sputums und/oder gelb-grüner Verfärbung des Auswurfs, Obstruktion oder thorakaler Beklemmung, selten Fieber, die eine Änderung der Behandlung erforderlich macht.

³ Die Warnhinweise zu den schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen von Levofloxacin und Moxifloxacin sind zu beachten (8;9)

CAP

In allen Patientengruppen ist *S. pneumoniae* der häufigste Erreger (ca. 50 % der Fälle). Seltener werden *H. influenzae*, *Klebsiella spp.*, *E. coli*, *S. aureus* oder Viren (in erster Linie Influenza) nachgewiesen. Legionellen sind ebenfalls seltene Erreger. Bei Schulkindern und jungen Erwachsenen gehört *M. pneumoniae* zu den drei häufigsten Erregern mit epidemischen Spitzen im Abstand von mehreren Jahren. Bei Kindern im Alter bis zu 5 Jahren sind zwei Drittel der Fälle viral bedingt (RS-, Rhino-, Parainfluenza-, Adeno- und Influenzaviren), bei älteren Kindern ist es ein Drittel. Sehr selten als Pneumonierreger – zumindest in Deutschland – sind *Chlamydia pneumoniae* und *P. aeruginosa*.

Die Auswahl der Wirkstoffe für die empirische Therapie richtet sich nach der Schwere der Erkrankung, nach der regionalen Antibiotika-Empfindlichkeit von Pneumokokken und nach Risikofaktoren für gramnegative Erreger (Enterobacteriaceae, Legionellen, *P. aeruginosa*).

Für die ambulante Therapie bei CAP ohne Risikofaktoren ist Amoxicillin Mittel der Wahl (bei Kindern und Erwachsenen). Hiermit ist eine Aktivität gegenüber Pneumokokken und den meisten Haemophilus-Stämmen gewährleistet; Alternativen (z. B. bei Penicillinallergie) sind bei Patienten ab 14 Jahren

Doxycyclin, ansonsten auch Azithromycin, Clarithromycin oder Roxithromycin. Aufgrund des zunehmenden Auftretens Makrolid-resistenter Pneumokokken und der unsicheren Wirksamkeit gegenüber *H. influenzae*, sollten diese jedoch nur noch eingeschränkt in der primären Therapie eingesetzt werden, z. B. bei jüngeren Patienten mit Verdacht auf eine Mykoplasmen-Pneumonie.

Ausnahmen aufgrund des veränderten Erregerspektrums sind Patienten mit Krankenhausvorbehandlung bzw. Antibiotikavortherapie in den letzten 4–6 Wochen, mit chronischer Herzinsuffizienz, struktureller Lungenerkrankung, Leberzirrhose, Niereninsuffizienz oder ZNS-Erkrankung. Bei diesen Patienten wird Amoxicillin/Clavulansäure oder Sultamicillin empfohlen, alternativ (bei Vorbehandlung mit Betalaktam-Antibiotikum, bei Therapieversagen oder Betalaktam-Unverträglichkeit) auch Levofloxacin oder Moxifloxacin³. Auch für ältere Patienten wird aufgrund der vermehrten Komorbidität und des höheren Anteils von Aspirationspneumonien und Pneumonien durch *Klebsiella spp.* und *E. coli* Amoxicillin allein primär nicht mehr empfohlen.

Die Antibiotikatherapie kann 2–3 Tage nach klinischer Besserung und Fieberfreiheit beendet werden und sollte nicht länger als 7 Tage andauern.

Tabelle 1: Empfehlungen zum rationalen Einsatz von Antibiotika bei Patienten mit LRTI (1–6;10;11)

Krankheit	Indikationen für orale ambulante Antibiotikatherapie	Erreger	Antibiotika
<p>Bronchitis</p>	<p>Antibiotikatherapie indiziert:</p> <p>Eine Antibiotikatherapie ist nur bei akuter bakterieller Exazerbation einer chronischen Bronchitis indiziert. Bei Patienten mit schwerwiegender Symptomatik muss eine Pneumonie ausgeschlossen werden.</p> <p>Bei Verdacht auf Pertussis sollte vor Beginn einer antibiotischen Therapie eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt werden.</p> <p>Antibiotikatherapie nicht indiziert:</p> <p>Unkomplizierte akute Bronchitis. Eine Sputumdiagnostik ist nicht erforderlich. 90 % aller Fälle sind nicht bakteriell bedingt und benötigen keine Antibiotika.</p>	<p><i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Moraxella catarrhalis</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Mycoplasma pneumoniae</i>, <i>Chlamydia pneumoniae</i>, <i>Bordetella pertussis</i></p> <p><i>Bordetella pertussis</i></p> <p>RSV, Rhino-, Influenza-, Parainfluenza-, Adeno- und Metapneumoviren</p>	<p>Erstlinientherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Amoxicillin ▫ Penicillin V bei Nachweis von <i>S. pneumoniae</i> <p>Alternativen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Doxycyclin ▫ Azithromycin ▫ Clarithromycin ▫ Roxithromycin <p>Dauer der Therapie: 7 Tage (Azithromycin 3 Tage)</p>
<p>AECOPD</p>	<p>Antibiotikatherapie indiziert:</p> <p>Leichtgradige AECOPD mit Stockley⁴ Typ 2 und COPD GOLD-Stadium III oder IV (FEV₁ < 50 % v. Sollwert)</p> <p>Antibiotikatherapie nicht indiziert</p>	<p><i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Haemophilus spp.</i>, <i>Moraxella spp.</i>, <i>Mycoplasma pneumoniae</i>, <i>Chlamydia pneumoniae</i></p> <p>Respiratorische Viren</p>	<p>Primärtherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Amoxicillin ▫ Penicillin V bei Nachweis von <i>S. pneumoniae</i> <p>Alternativen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Doxycyclin ▫ Azithromycin ▫ Clarithromycin ▫ Roxithromycin <p>Dauer der Therapie: 7 Tage (Azithromycin 3 Tage)</p>

<p>CAP</p>	<p>Antibiotikatherapie indiziert:</p> <p>Patienten mit Nachweis eines Infiltrats im Röntgenbild und Risikoscore von CRB-65⁴ = 0, ggf. auch bei einem CRB-65 = 1 und fehlenden instabilen Begleiterkrankungen.</p>	<p><i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Mycoplasma pneumoniae</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Legionella pneumoniae</i>, (<i>Chlamydia pneumoniae</i>)</p>	<p><u>Patienten ohne Risikofaktoren⁶</u></p> <p>Primärtherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Amoxicillin ▫ Penicillin V bei Nachweis <i>S. pneumoniae</i> <p>Alternativen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Doxycyclin ▫ Azithromycin ▫ Clarithromycin ▫ Roxithromycin <p>Dauer der Therapie: 5–7 Tage (Azithromycin 3 Tage)</p> <p><u>Patienten mit Risikofaktoren⁷</u></p> <p>Primärtherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Amoxicillin/Clavulansäure ▫ Sultamicillin <p>Alternativen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Cefuroxim ▫ Cefpodoxim ▫ Levofloxacin ▫ Moxifloxacin
<p>Antibiotikatherapie nicht indiziert</p>	<p>Respiratorische Viren (u. a. RSV, Influenza-, Parainfluenza-, Adenoviren)</p>		

⁴ Typ 1: Zunahme der Dyspnoe, ggf. auch der Sputummenge; Typ 2: Zunahme der Dyspnoe, ggf. auch der Sputummenge und Vorliegen eitrigen Sputums.

⁵ CRB-65: Risikoscore (Bewusstseinsstörung, Atemfrequenz, Blutdruck, Alter > 65 Jahre)

⁶ Keine schweren Begleiterkrankungen, keine Antibiotikavortherapien in den letzten 3 Monaten, stabiler klinischer Zustand.

⁷ Antibiotikavortherapie (in den letzten 3 Monaten) und/oder Bewohner von Pflegeheimen und/oder chronische intermiste oder neurologische Begleiterkrankungen, keine akute hämodynamische oder respiratorische Beeinträchtigung, die eine stationäre Aufnahme erfordert.

2. Grundlagen der rationalen Antibiotikatherapie bei unteren Atemwegsinfektionen (12–23)

Grundlagen für eine rationale Antibiotikatherapie sind korrekte Diagnosestellung, kritische Indikation zum Einsatz von Antibiotika, Wahl des geeigneten Antibiotikums sowie Verlaufskontrolle mit Festlegung der Behandlungsdauer. Eine kritische Indikationsstellung dient nicht nur dem Patienten, sondern reduziert die Selektion resistenter Erreger und verringert die Kosten. Zu einer rationalen Antibiotikatherapie gehören die Vermeidung antimikrobieller Resistenzen auf der Ebene des einzelnen Patienten wie auch auf der Ebene der Bevölkerung und die Beachtung der Prinzipien der kalkulierten und gezielten Antibiotika-Therapie. Dies schließt Empfehlungen zur Reduktion eines Antibiotikaeinsatzes ein:

Ursachen und Vermeidung von Antibiotika-Resistenzen

- Die Einnahme von Antibiotika führt zu Veränderungen der normalen bakteriellen Flora auf Haut und Schleimhäuten mit Nebenwirkungen (z. B. Diarrhoe), aber auch zur Entstehung und/oder Selektion antibiotikaresistenter Erreger.
- Resistente Erreger können, ohne eine Infektion zu verursachen, sehr lange (bis zu 6 Monate oder länger) persistieren. Penicilline incl. Amoxicillin sind bezüglich ihrer Resistenzentwicklung in der Regel günstiger als andere Wirkstoffe zu bewerten.
- Mit resistenten Erregern kolonisierte Patienten haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, Infektionen mit diesen Erregern zu entwickeln.
- Auch bei indikationsgerechtem Gebrauch eines Antibiotikums können sich Antibiotikaresistenzen entwickeln. Prophylaktische Maßnahmen wie Händewaschen, Händedesinfektion können das Risiko der Übertragung von antibiotikaresistenten Erregern auf weitere Personen reduzieren.

Grundzüge einer rationalen Antibiotika-Therapie

- Indikation kritisch prüfen,
- Prinzipien der kalkulierten bzw. gezielten Therapie beachten,
- Dosis und Therapiedauer beachten,
- Zurückhaltung mit Reservesubstanzen,
- Förderung der Compliance,
- Wirtschaftlichkeit beachten.

Die kalkulierte Antibiotika-Therapie berücksichtigen

- die häufigsten Erreger der jeweiligen Infektion,
- Wirkungsspektrum,
- Pharmakokinetik/-dynamik,
- Verträglichkeit des Antibiotikums,
- wichtige Patientencharakteristika (Schwere der Infektion, Alter, Impfstatus, Allgemeinzustand, Begleiterkrankungen, ggf. Begleitmedikation und Vortherapien, Leber- und Nierenfunktion, Allergien).

Maßnahmen zur Reduktion inadäquater Antibiotika-Verordnungen bei unteren Atemwegsinfektionen

- Antibiotika sollten nur verordnet werden, wenn sie indiziert sind, nicht bei viralen Infektionen ohne Hinweis auf bakterielle Superinfektion.
- Bei indizierter Verordnung eines Antibiotikums sollte das Wirkspektrum so schmal wie möglich und so breit wie nötig sein. Die Verordnung sollte immer mit Angabe der Dosis, der Dosierungsintervalle und der Einnahmedauer erfolgen.
- Patienten mit unteren Atemwegsinfektionen sollten
 - über den Verlauf der einzelnen Krankheitsbilder einschließlich deren durchschnittliche Dauer informiert werden,
 - über die drei möglichen Strategien eines Antibiotikaeinsatzes (keine Verordnung, abwartende Verordnung, sofortige Verordnung⁸) und die damit verbundene therapeutische Vorgehensweise aufgeklärt werden,
 - direkt auf ihre Erwartungshaltung hinsichtlich der Verordnung von Antibiotika angesprochen werden. Ihnen sollte ausreichend Zeit für die Beantwortung von Fragen zur Behandlung gewährt und die Vorgehensweise bei Verschlechterung der Symptome (Stufenplan) erklärt werden; Studien haben gezeigt, dass die Zufriedenheit des Patienten mehr von einer ausführlichen Beratung abhängt als von der Verschreibung eines Antibiotikums; die Verordnung eines Antibiotikums verringert nicht die Häufigkeit nachfolgender Arztkonsultationen,
 - informiert werden, dass der häufige Gebrauch von Antibiotika zu einem gesteigerten Risiko von Infektionen durch antibiotikaresistente Bakterien führen kann,
 - Informationsmaterial über die sichere Anwendung von Antibiotika und die Risiken der Ausbreitung von Antibiotika-Resistenzen erhalten (z. B. Gesundheitsinformation des IQWiG, Patienteninformation der DEGAM).

⁸„Keine Verordnung“ ist definiert als keine Verordnung von Antibiotika bei der ersten Konsultation. „Abwartende Verordnung“ ist definiert als die Verordnung von Antibiotika 48 Stunden nach der ersten Konsultation. „Sofortige Verordnung“ ist definiert als die Verordnung von Antibiotika bei der ersten Konsultation.

Wirkungsweise (24;25)

Betalaktamantibiotika

Penicilline mit schmalen Spektrum, Aminopenicilline, Aminopenicilline mit Betalaktamaseinhibitor, Cephalosporine

Pharmakodynamik

Wichtigster Angriffspunkt sind die Peptidoglykansynthetasen der bakteriellen Zellwand. Die zur Peptidoglykan-Synthese erforderlichen Enzyme, die durch Bindung an Betalaktamantibiotika ihre Aktivität verlieren, werden als Penicillin-bindende-Proteine (PBP) bezeichnet. Ein wichtiges derartiges Enzym ist die Transpeptidase, die irreversibel blockiert wird. Die damit verbundene Inhibition der Mureinsynthese führt zur Bakteriolyse. Die voneinander abweichenden Wirkungsspektren der Betalaktamantibiotika ergeben sich aus ihren physikalisch-chemischen Eigenschaften, welche die Penetrationsfähigkeit in die Bakterienzelle bestimmen, und in ihrer differierenden Affinität zu den einzelnen Enzymen.

Pharmakokinetik

Nur einige Betalaktamantibiotika sind magensäurestabil und enteral ausreichend resorbierbar, um eingesetzt werden zu können. Sie werden nur wenig metabolisiert und der größte Teil unverändert im Urin ausgeschieden. Die Eliminationshalbwertszeiten liegen bei Penicillinen bei etwa 1 Stunde, bei Cephalosporinen überwiegend zwischen 1 und 2 Stunden. Betalaktamantibiotika werden vorwiegend renal eliminiert, sie können zu erheblichen Störungen der physiologischen Darmflora führen.

Fluorchinolone

Pharmakodynamik

Fluorchinolone sind Hemmstoffe der Untereinheit A der DNA-Gyrase und werden auch als Gyrasehemmer bezeichnet. Hauptangriffspunkte sind die bakteriellen Topoisomerasen. Je nach Wirkstoff wird primär die Topoisomerase Typ II oder IV gehemmt. Beide Enzyme werden für die bakterielle Replikation, Transkription, Rekombination und Reparatur der DNA benötigt.

Pharmakokinetik

Die Fluorchinolone werden enteral gut resorbiert (bis > 90 %). Die Halbwertszeit (HWZ) liegt bei 3–6 Stunden. Die Ausscheidung erfolgt vorwiegend renal.

Lincosamide (Clindamycin)

Pharmakodynamik

Der Wirkungsmechanismus von Clindamycin beruht auf der Hemmung der Proteinbiosynthese durch Bindung an die 50S-Untereinheit des bakteriellen Ribosoms. Hieraus resultiert zu meist eine bakteriostatische Wirkung.

Pharmakokinetik

Clindamycin wird oral zu 80–90 % resorbiert. Es kommt zu hohen Wirkstoffkonzentrationen in vielen Geweben. Die HWZ liegt bei 2,5 Stunden. Es wird renal und mit den Fäzes eliminiert.

Makrolide

Pharmakodynamik

Makrolide, zu denen auch das Azalid Azithromycin gerechnet wird, wirken vorwiegend auf atypische Erreger (Mykoplasmen, Chlamydien, Legionellen), aber auch gegen grampositive Kokken (hier zunehmende Resistenzen). Die bakteriostatische Wirkung beruht auf einer Blockade der Proteinsynthese an den Ribosomen der Bakterien.

Pharmakokinetik

Erythromycin hat im Gegensatz zu Clarithromycin, Roxithromycin und Azithromycin eine geringere Säurestabilität und schlechtere orale Resorption, die aber durch Veresterung des Moleküls verbessert wird. Makrolide haben eine gute Gewebepenetration, die Liquorgängigkeit ist gering. Die HWZ beträgt 1,5–3 Stunden (bei Azithromycin länger). Die Elimination erfolgt vorwiegend durch Biotransformation und biliäre Sekretion bzw. Ausscheidung über die Fäzes. Die insbesondere bei Roxithromycin und Azithromycin langsamere Elimination ermöglicht eine Verringerung der täglichen Einzeldosen. Diese führt zusammen mit der besseren Resorption bei den neueren Makroliden zu einer höheren Wirkstoffkonzentration im Gewebe.

Oxazolidinone (Linezolid)

Pharmakodynamik

Oxazolidinone greifen in der frühen Phase der Proteinsynthese des Bakteriums ein. Sie interferieren mit der Zusammenlagerung von 30S- und 50S-Untereinheiten, mRNA und Formylmethionyl-tRNA durch Bindung an die Donorposition der 50S-Einheit der Ribosomen in unmittelbarer Nachbarschaft zu dem Peptidyltransferasezentrum.

Pharmakokinetik

Linezolid wird oral vollständig resorbiert. Die Gewebepenetration ist gut, in der Lunge werden hohe Konzentrationen erreicht. Die HWZ liegt bei 5–7 Stunden. Linezolid und seine Metaboliten werden renal ausgeschieden.

Tetracycline (Doxycyclin)

Pharmakodynamik

Tetracycline hemmen die ribosomale Proteinsynthese. Sie verhindern die Bindung von Aminoacyl-tRNA an die Akzeptorstellen der Ribosomen und somit die Verlängerung der Peptidkette. Sie binden sich dabei vorwiegend an die Interphase zwischen der großen und kleinen Untereinheit der 70S-Ribosomen.

Pharmakokinetik

Doxycyclin wird aufgrund der hohen Lipidlöslichkeit zu > 90 % aus dem Darm resorbiert. Es erreicht auch intrazelluläre Erreger wie Chlamydien und Mykoplasmen. Doxycyclin wird nur zu einem geringen Teil (< 10 %) metabolisiert. Die Exkretion erfolgt vorwiegend über den Darm.

Wirksamkeit/Wirksamkeit (1;24–26)

Betalaktamantibiotika

Betalaktamantibiotika wirken bakterizid. Ihre Wirkspektren differieren stark: Einige haben ein breites Spektrum gegen grampositive und gramnegative Erreger, andere sind nur im grampositiven oder gramnegativen Bereich wirksam, manche nur gegen einzelne Erreger.

Penicilline mit schmalen Spektrum (Phenoxymethylpenicillin)

Phenoxymethylpenicillin ist in Deutschland bei Infektionen durch *Streptococcus pneumoniae* zu ca. 95 % und gegen *Streptococcus pyogenes* immer wirksam. *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis* und *Haemophilus influenzae* werden nicht erfasst, da die Mehrzahl der Stämme (etwa 80–90 %) Penicillinasen bilden.

Aminopenicilline

Aminopenicilline sind bei Infektionen mit *S. pneumoniae* wirksam und Mittel der Wahl. Sie erfassen u. a. auch *H. influenzae* (< 10 % der Stämme in Deutschland β -Laktamase-Bildner) und die Mehrzahl der für den Respirationstrakt pathogenen anaeroben Erreger. Aufgrund höherer Serum- und Gewebespiegel ist Amoxicillin das am besten geeignete orale Aminopenicillin.

Aminopenicilline + Betalaktamase-Inhibitoren

Betalaktamaseinhibitoren (Clavulansäure, Sulbactam) erweitern in Kombination mit Aminopenicillinen deren Wirkspektrum. So können auch betalaktamasebildende Erreger (z. B. *S. aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *H. influenzae*) erfasst werden. Ein weiterer Vorteil dieser Wirkstoffe ist das um *Klebsiella spp.* und Anaerobier erweiterte Spektrum für die antibiotische Behandlung. Für die orale Gabe stehen die Mischungsverhältnisse von Amoxicillin:Clavulansäure von 4:1 und 7:1 zur Verfügung. Besser verträglich ist die 7:1-Formulierung (weniger Durchfälle). Sultamicillin ist eine Verbindung von Ampicillin mit Sulbactam, die per os appliziert werden kann. Die Diarrhoeate ist wie bei Amoxicillin/Clavulansäure erhöht. Bei beiden Wirkstoffen wird bei längerer Anwendung eine Kontrolle von Blutbild, Serumkreatinin und Leberfunktionsparametern empfohlen. Die erhöhte Kaliumzufuhr ist beim Einsatz von Amoxicillin/Clavulansäure zu beachten.

Cephalosporine

Oralcephalosporine sind bei durch penicillinsensiblen *S. pneumoniae* verursachten tiefen Atemwegsinfektionen Mittel der 2. Wahl.

Cefalexin, Cefadroxil und Cefaclor gelten als nicht gut geeignet zur kalkulierten Behandlung der CAP und AECOPD, vor allem aufgrund ihrer schlechten Wirksamkeit gegenüber *Haemophilus spp.*

Cefuroximaxetil hat im Vergleich eine erhöhte Stabilität gegenüber den Betalaktamasen gramnegativer Bakterien und damit ein erweitertes antibakterielles Spektrum. Es besitzt eine gute Wirksamkeit gegen Streptokokken, Pneumokokken und *S. aureus* sowie gegen *H. influenzae* und *M. catarrhalis*.

Cefixim und Cefitibuten sind nicht indiziert zur Behandlung von Staphylokokken- und Pneumokokken-Infektionen.

Fluorchinolone

Levofloxacin und Moxifloxacin sind geeignet für die Behandlung der CAP, ihre Wirksamkeit ist in klinischen Studien validiert. Moxifloxacin hat gegenüber *S. pneumoniae* eine bessere Aktivität. Die schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen von Levofloxacin und seine eingeschränkte Indikation sind zu beachten. Beide Wirkstoffe haben eine gute Aktivität gegenüber *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter spp.*, *Serratia marcescens*, *Proteus mirabilis*. Ciprofloxacin wird aufgrund seiner schlechten Wirksamkeit gegen *S. pneumoniae* nicht für die Monotherapie einer CAP oder AECOPD empfohlen, bei einer durch *P. aeruginosa*, *Legionella spp.* oder Enterobacteriaceae verursachten CAP ist es wirksam. Levofloxacin und Moxifloxacin zeigen gegenüber Legionellen eine bessere Wirksamkeit als Ciprofloxacin.

Lincosamide (Clindamycin)

Clindamycin ist wirksam gegenüber *S. pneumoniae*, *S. aureus* und Anaerobier. Keine ausreichende Wirkung zeigt es gegenüber *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* und *Legionella spp.*

Makrolide

Makrolide wirken bakteriostatisch gegenüber wichtigen Erregern von Infektionen der unteren Atemwege wie *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* und *Bordetella pertussis*. Weniger gut bis mäßig empfindlich sind Staphylokokken und *H. influenzae*. Von Bedeutung sind die auch in Deutschland zunehmenden Resistenzraten der A-Streptokokken und Pneumokokken (bis 30 %).

Von den verschiedenen **Erythromycinderivaten** hat Erythromycinestolat die beste Bioverfügbarkeit.

Clarithromycin und **Roxithromycin** haben ein dem Erythromycin ähnliches antibakterielles Wirkungsspektrum. Ihr Vorteil ist die niedrigere Dosierung aufgrund verbesserter pharmakokinetischer Eigenschaften und die bessere gastrointestinale Verträglichkeit. Clarithromycin ist auch für die Behandlung von Kindern im 1. Lebensjahr zugelassen. Es hat eine gute Aktivität gegenüber *C. pneumoniae* und die stärkste unter allen Makroliden gegenüber *Legionella spp.*

Von den neueren Makroliden hat **Azithromycin** gegenüber *M. pneumoniae* die beste Wirksamkeit. Die Möglichkeit der Kurzzeittherapie mit täglicher Einmalgabe hat Vorteile für die Behandlung im Kindesalter, die lang anhaltenden subinhibitorischen Konzentrationen fördern aber die Resistenzentwicklung.

Oxazolidinone (Linezolid)

Linezolid zeigt eine Wirksamkeit gegenüber grampositiven Kokken. Die klinische Wirksamkeit wurde vor allem gegen *Enterococcus faecium*, *S. aureus*, *S. agalactiae*, *S. pneumoniae* und *S. pyogenes* nachgewiesen.

Tetracycline (Doxycyclin)

Doxycyclin wirkt bakteriostatisch auf zahlreiche grampositive und gramnegative Bakterien. Gut wirksam ist es gegen *Mycoplasma pneumoniae* sowie *C. pneumoniae*. Weniger sicher ist die Aktivität gegenüber *S. pneumoniae* und *S. aureus*.

Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen (24;25;27)

Nebenwirkungen

Betalaktamantibiotika

Penicilline mit schmalen Spektrum, Aminopenicillin, Aminopenicillin mit Betalaktamaseinhibitor

Allergische Reaktionen (Hautreaktionen, Blutbildveränderungen, Purpura, Fieber, Vaskulitis, Arthritis, Neuritis), verlängerte QT-Zeit (Ampicillin), Eosinophilie, Gerinnungsstörungen, Störungen im Elektrolythaushalt (nur bei Verwendung hoher Dosen der Na- oder K-Salze), interstitielle Nephritis, Respirationsstörungen, Brustschmerzen, gastrointestinale Beschwerden, Anstieg von Leberenzymen im Blut, Leberschäden, Stomatitis, Glossitis, Ösophagitis, Krampfanfälle, Halluzinationen, Herxheimer Reaktion, pseudomembranöse Enterokolitis, Nierenversagen.

Oralcephalosporine

Allergische Reaktionen (Hautreaktionen, Blutbildveränderungen, Serumkrankheit, Leberschäden), Kreislaufstörungen (Tachykardie, RR-Abfall), Eosinophilie, Leukopenie, Thrombopenie, hämolytische Anämie, Nierenschäden (insbesondere bei Kombination mit Aminoglykosiden), Riechstörungen, interstitielle Pneumonie, gastrointestinale Beschwerden, Exantheme, Schwindel, Muskelzuckungen, tonisch-klonische Krämpfe, Alkoholintoleranz, pseudomembranöse Enterokolitis, interstitielle Pneumonien.

Fluorchinolone

Allergische Hautreaktionen, Lupus erythematoses, Cholestase, Lyell-Syndrom, Stevens-Johnson-Syndrom, Vaskulitis, Photodermatosen, Kopfschmerz, Schwindel, Schläfrigkeit, psychische Störungen, Unruhe, Schlaflosigkeit, periphere Polyneuropathie, Krämpfe, Erhöhung des intrakraniellen Drucks (bei Kindern), Ataxie, Hörstörungen, Sehstörungen, Geruchsstörungen, Geschmacksstörungen, Tränenfluss, Störungen der Hämatopoese, Dysurie mit Blasenentzündungen, Hämaturie, Nierenschäden, Azidose, Hyperurikämie, Herzinsuffizienz, Angina pectoris, Arrhythmien, Hypotonie, Atembeschwerden, Pneumonitis, gastrointestinale Beschwerden, Anstieg von Leberenzymen im Blut, Leberschäden, Senkung des Serumthyroxinspiegels, Hyperglykämie, Tendopathien (Tendinitis, Ruptur der Achillessehne), Muskelschwäche und -schmerzen, Gelenkschmerzen. Bei Levofloxacin sind zusätzlich insbesondere die schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen hypoglykämisches Koma, QT-Verlängerung, ventrikuläre Arrhythmie und Torsade de pointes, ventrikuläre Tachykardie, die zum Herzstillstand führen kann, tödliche Fälle von akutem Leberversagen, Pankreatitis, Verschlimmerung der Symptome einer bestehenden Myasthenia gravis und Hörverlust zu beachten (8).

Lincosamide (Clindamycin)

Allergische Hautreaktionen, Übelkeit, Diarrhöe, pseudomembranöse Enterokolitiden, Leber- und Nierenfunktionsstörungen.

Makrolide

Allergische Reaktionen (Hautreaktionen, Blutbildschäden, Leberschäden), Schwindel, Störungen der Hämatopoese (z. B. Leukopenie, Thrombopenie), gastrointestinale Beschwerden, Anstieg von Leberenzymen im Blut, Leberschäden, Exantheme, Muskel- und Gelenkschmerzen, QT-Verlängerung, Herzrhythmusstörungen.

Selten: hämolytische Anämie, Cholestase (vorwiegend Erythromycinestolat), reversible Pankreatitis (Roxithromycin), Hörstörungen.

Oxazolidinone (Linezolid)

Zentralnervöse und gastrointestinale Störungen, periphere und okuläre Neuropathien, Myelosuppression (Anämie, Leukopenie, Panzytopenie, Thrombozytopenie), pseudomembranöse Enterokolitis, Laktatazidose.

Tetracycline (Doxycyclin)

Allergische Reaktionen (Hautreaktionen, Fieber, Photodermatitis, Lungeninfiltrate), Gleichgewichtsstörungen, Gerinnungsstörungen, Nierenschäden, Diabetes insipidus, gastrointestinale Beschwerden, Stomatitis, Glossitis, Ösophagitis, genito-anorektales Syndrom, Anstieg von Leberenzymen im Blut, Leberschäden, Exantheme, Nagelschäden, Störungen des Knochenwachstums, Zahnverfärbung, Schmelzhypoplasie.

Selten: Steigerung des intrakraniellen Drucks, pseudomembranöse Enterokolitis.

Wechselwirkungen

Betalaktamantibiotika

Verstärkung der Nephrotoxizität durch potenziell nephrotoxische Stoffe wie Aminoglykoside, Tetracycline, Glykopeptid- und Polymyxin-Antibiotika, Makrolide, Furosemid. Inaktivierung von Cephalosporinen durch N-Acetylcystein.

Fluorchinolone

Mineralische Antacida und andere Arzneimittel, die zwei- oder dreiwertige Metallionen enthalten, reduzieren die Bioverfügbarkeit von Fluorchinolonen teilweise um bis zu 90 % (Chelatkomplexbildner), Wirkungsverstärkung von oralen Antikoagulanzen, Hemmung des Abbaus von Methylxanthinen (Theophyllin). Gleichzeitige Gabe von NSAR erhöht das Risiko zentralnervös bedingter Nebenwirkungen (psychische Störungen, Krämpfe etc.). Die gleichzeitige Gabe von Glukokortikoiden erhöht das Tendopathierisiko.

Lincosamide (Clindamycin)

Nahrungsmittel, Kaolin, Pektin und Cyclamat verschlechtern die enterale Resorption. Es sollte eine getrennte Einnahme im

Abstand von mehreren Stunden erfolgen. Lincosamide konkurrieren mit Makroliden um die gleiche Bindungsstelle.

Oxazolidinone (Linezolid)

Linezolid sollte nicht mit Wirkstoffen, die direkt oder indirekt sympathomimetische oder serotoninerge Eigenschaften haben (SSRI, trizyklische Antidepressiva oder 5-HT₁-Rezeptorantagonisten (Triptane)), wegen der Gefahr eines Serotoninsyndroms kombiniert werden. Die gleichzeitige Einnahme von Linezolid mit Pseudoephedrin oder Phenylpropanolaminhydrochlorid kann zum Blutdruckanstieg führen. Ebenso ist ein übermäßiger Verzehr von tyraminreicher Nahrung (wie Käse, Hefeextrakte, Alkohol und fermentierte Sojaprodukte) zu vermeiden.

Makrolide

Hohes Interaktionspotenzial durch Hemmung der Cytochrom-P450-Monooxygenasen, vor allem CYP3A4, (insbesondere für Erythromycin und Clarithromycin, weniger für Roxithromycin, nicht für Azithromycin). Elimination anderer Arzneimittel verzögert bzw. Blutspiegel erhöht, vor allem von Carbamazepin (Nystagmus, Ataxie), Ciclosporin (Toxizität), Ergot-Alkaloide (Vasokonstriktion), Simvastatin (Rhabdomyolyse), Terfenadin (Arrhythmierisiko).

Tetracycline (Doxycyclin)

Komplexbildung mit Kalzium, Magnesium, Aluminium und Eisen. Keine gleichzeitige Gabe von Tetracyclinen mit Milch, Eisenpräparaten oder Antazida. Hemmung des Abbaus von Ergot-Alkaloiden (Gefahr des Ergotismus). Verstärkung der Wirkung von Cumarinantikoagulanzen und der hypoglykämischen Wirkung von Sulfonylharnstoffen und der Toxizität von Ciclosporin und Methotrexat sowie Verstärkung der Nephrotoxizität von Tetracyclinen durch Diuretika.

Kontraindikationen/Anwendungsbeschränkungen

Betalaktamantibiotika

Allergie gegen Betalaktame.

Fluorchinolone

Allergie gegen Chinolone, schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, zerebrale Schäden (Störungen der Blut-Liquor-Schranke) und Anfallsleiden, Vorsicht bei Herzrhythmusstörungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Neugeborenenalter, Anwendungsbeschränkungen bei Kindern und Jugendlichen < 18 Jahre, Vorsicht im Straßenverkehr wegen Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens.

Lincosamide (Clindamycin)

Nierenfunktionsstörungen, schwere Störungen des Magen-Darm-Trakts, Myasthenia gravis, Neugeborene, Schwangerschaft, Stillzeit.

Oxazolidinone (Linezolid)

Patienten, die Arzneimittel einnehmen, die die Monooxidase A oder B hemmen. Unkontrollierte Hypertonie, Phäochromozytom, Karzinoid, Thyreotoxikose, bipolare Depression, schizoaffektive Psychose, akute Verwirrheitszustände.

Tetracycline

Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Kinder < 8 Jahre (Ablagerungen im Zahnschmelz).

Makrolide

Leber- und Nierenfunktionsstörungen. Vorsicht bei Herzrhythmusstörungen.

Schwangerschaft und Stillzeit

Wirkstoff	Embryonalperiode (SSW 1–12)	Fetalperiode (ab SSW 13)	Peripartalperiode	Stillzeit
Mittel der 1. Wahl	Penicilline Cephalosporine	Penicilline Cephalosporine Makrolide	Penicilline Cephalosporine Makrolide	Penicilline Cephalosporine Makrolide
Mittel der 2. Wahl	Makrolide Clindamycin Tetracycline	Clindamycin	Clindamycin	Tetracycline Clindamycin
Kontraindiziert	–	Tetracycline	Tetracycline	–

Die Informationen zu Nebenwirkungen (auch Häufigkeiten), Risiken und Vorsichtsmaßnahmen einschließlich Schwangerschaft und Stillzeit erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Weitere ausführliche Informationen sind der Fachinformation des jeweiligen Wirkstoffs zu entnehmen. Aktuelle Warnhinweise wie z. B. Rote-Hand-Briefe sind zu beachten.

Kosten – Säuglinge und Kinder (1 Monat–12 Jahre)

Antibiotika				
Wirkstoff		DDD-Angaben ¹	Dosis pro Tag ²	Kosten für 7 Tage [€] ^{3,4,5}
Betalaktamantibiotika				
Penicilline mit schmalem Spektrum				
Phenoxymethylpenicillin	Generikum, 500.000 I.E./5 ml Trockensaft	2 g	50.000 – 100.000 I.E./kg	15,11 – 19,56
Aminopenicilline				
Amoxicillin	Generikum, 500 mg/5 ml Trockensaft	1 g	50 – 100 mg/kg	24,04 – 36,06
Aminopenicilline + Betalaktamaseinhibitor				
Amoxicillin/Clavulansäure	Generikum, 250/62,5 mg, 400/57 mg Trockensaft	1,75 g ⁶	4:1-Formulierung: 45 – 60 mg/kg (36/9 – 48/12 mg/kg)	48,38 – 72,57
			7:1-Formulierung: 45 – 80 mg/kg (39,375/5,625 – 70/10 mg/kg) ⁷	26,42 – 52,68
Sultamicillin	Unacid® PD oral 375 mg/7,5 ml Trockensaft	1,5 g	50 mg/kg	87,84
Cephalosporine				
Cefalexin	Generikum, 250 mg/5 ml Trockensaft	2 g	50 – 100 mg/kg	26,68 – 53,36
Cefaclor	Generikum, 500 mg/5 ml Trockensaft	1 g	50 – 100 mg/kg ⁸	27,98 – 55,96
Cefadroxil	Generikum, 500 mg/5 ml Trockensaft	2 g	50 – 100 mg/kg	30,16 – 59,34
Cefuroxim	Generikum, 125 mg/5 ml Trockensaft	0,5 g	20 – 30 mg/kg ⁹	27,28 ¹⁰
Cefpodoxim	Generikum, 40 mg/5ml Trockensaft	0,4 g	8 – 10 mg/kg	41,86 – 41,86
Lincosamide				
Clindamycin	Generikum, 75 mg/5 ml Trockensaft	1,2 g	20 – 40 mg/kg ¹¹	68,98 – 137,96
Makrolide				
Roxithromycin	Generikum, 50 mg Filmtabletten ¹²	0,3 g	5 – 7,5 mg/kg ¹³	21,86 ¹⁴
Clarithromycin	Generikum, 250mg/5 ml Trockensaft	0,5 g	15 mg/kg	14,02
Azithromycin	Generikum, 200 mg/5 ml Trockensaft	0,3 g	Tag 1–3: 10 mg/kg ¹⁵	12,66 ¹⁶

Tetracycline				
Doxycyclin	Generikum, 100 mg Tabletten/Filmtabletten/ Kapseln ¹²	0,1 g	0,1 g ¹⁷	9,52 ¹⁸

Stand Lauertaxe: 15.04.2013

¹Nach (28) für orale Darreichungsform; ²Dosierung gemäß Fachinformation (FI) adaptiert nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V. (DGPI) (26); ³Kostenberechnung bezogen auf die Tagesdosis der Fachinformation anhand des kostengünstigsten Präparates einschließlich Import; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt; ⁴Therapiedauer in Abhängigkeit des Schweregrades der Erkrankung bis zu 14 Tage; ⁵Kostenberechnung für ein 30 kg schweres Kind; ⁶bezogen auf Amoxicillin; ⁷Kinder ab 2 Jahre; ⁸Kinder bis 5 Jahre: max.1 g/d; ⁹Kinder ab 3 Monate; ¹⁰Kosten für max. zugelassene Tagesdosis 500 mg; ¹¹Dosierung nach FI: 8–25 mg/kg; ¹² Saft nicht verfügbar; ¹³Kinder ab 6 Jahre, bis 40 kg; ¹⁴Kosten für 200 mg/d; ¹⁵Kinder ab 1 Jahr; ¹⁶Kostenberechnung für Gesamtdosis von 900 mg für 3 Tage; Gesamtdosis auch über 5 Tage aufteilbar; ¹⁷Kinder ab 8 Jahre bzw. ≥ 50 kg; Dosis für Tag 1: 0,2 g; ¹⁸Kostenberechnung für: Tag 1: 0,2 g, ab Tag 2: 0,1 g.

Kosten für Einzelspritzen als Dosierhilfe bzw. Dosierspritzen wurden nicht berücksichtigt. Neben den dargestellten Darreichungsformen – soweit möglich orale, flüssige – stehen noch weitere Darreichungsformen zur Verfügung. Weitere Angaben zu Dosierungen und Indikationen sind den Fachinformationen zu entnehmen. Die Kostendarstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Kosten – Jugendliche und Erwachsene (> 12 Jahre)

Antibiotika				
Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben ¹	Dosis pro Tag ²	Kosten für 7 Tage [€] ^{3,4}
Betalaktamantibiotika				
Penicilline mit schmalem Spektrum				
Phenoxymethylpenicillin	Generikum, 1,2 Mega I.E. Filmtabletten	2 g	3,6 Mio. I.E.	11,86
Aminopenicilline				
Amoxicillin	Generikum, 750 mg, 1000 mg Filmtabletten	1 g	2,25 – 3 g	14,73 – 17,24
Aminopenicilline + Betalaktamaseinhibitor				
Amoxicillin / Clavulansäure	Generikum, 500/125 mg, 875/125 mg Filmtabletten	1,75 g ⁵	4:1-Formulierung: 1,5/0,375 g	34,28
			7:1-Formulierung: 1,75/0,25 g	36,54
Sultamicillin	Unasyn® PD oral 375 mg Filmtabletten ⁶	1,5 g	1,5 g	74,85
Cephalosporine				
Cefuroxim	Generikum, 500 mg Filmtabletten/ überzogene Tabletten	0,5 g	1 g	18,59
Cefpodoxim	Generikum, 200 mg Filmtabletten	0,4 g	0,4 g	25,67
Fluorchinolone				
Levofloxacin	Generikum, 500 mg Filmtabletten	0,5 g	0,5 – 1 g	12,95 – 25,90
Moxifloxacin	Avalox® 400 mg Filmtabletten	0,4 g	0,4 g ⁷	36,64
Lincosamide				
Clindamycin	Generikum, 300 mg, 450 mg Filmtabletten	1,2 g	1,2 – 1,8 g	19,17 – 23,72
Makrolide				
Roxithromycin	Generikum, 150 mg Filmtabletten	0,3 g	0,3 g	12,13
Clarithromycin	Generikum, 500 mg Filmtabletten	0,5 g	1 g	13,40
Azithromycin	Generikum, 500 mg Filmtabletten	0,3 g	Tag 1–3: 0,5 g	11,51 ⁸
Oxazolidinone				
Linezolid	Zyvoxid® 600 mg Filmtabletten	1,2 g	1,2 g	1541,36

Tetracycline				
Doxycyclin	Generikum, 200 mg Tabletten/Kapseln	0,1 g	0,2 g ⁹	9,90

Stand Lauertaxe: 15.04.2013

¹Nach (28) für orale Darreichungsform; ²Dosierung gemäß Fachinformation adaptiert nach Angaben der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. (1); ³Kostenberechnung bezogen auf die Tagesdosis der Fachinformation anhand des kostengünstigsten Präparates einschließlich Import; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt; ⁴Therapiedauer in Abhängigkeit des Schweregrades der Erkrankung bis zu 14 Tage; ⁵bezogen auf Amoxicillin; ⁶kostengünstiger Import des Originalpräparates Unacid® (teureres Generikum vorhanden); ⁷ab 18 Jahren; ⁸Kostenberechnung für Gesamtdosis von 1,5 g für 3 Tage; Gesamtdosis auch über 5 Tage aufteilbar; ⁹Dosierung für Patienten ≥ 70 kg.

Neben den dargestellten oralen, festen Darreichungsformen stehen noch weitere orale Darreichungsformen zur Verfügung. Weitere Angaben zu Dosierungen und Indikationen sind den Fachinformationen zu entnehmen. Die Kostendarstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Literatur

- Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beratungsmedizin, Deutsche Gesellschaft für Infektiologie, Kompetenznetzwerk CAPNETZ: S3-Leitlinie: Epidemiologie, Diagnostik, antimikrobielle Therapie und Management von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbenen tiefen Atemwegsinfektionen (akute Bronchitis, akute Exazerbation einer chronischen Bronchitis, Influenza und andere respiratorische Virusinfektionen) sowie ambulant erworbener Pneumonie. Letzte Überarbeitung 2009: <http://www.chemotherapie-journal.de/archiv/artikel/2009/06/274.html>. Stand: 2009, gültig bis Dezember 2012. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- Woodhead M, Blasi F, Ewig S et al.: Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections - full version. *Clin Microbiol Infect* 2011; 17 Suppl 6: E1-59.
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé: Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b33b6936699f3fefdd075316c40a0734.pdf. Stand: Juli 2010. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Nationale Versorgungsleitlinie COPD. Version 11: <http://www.copd-versorgungsleitlinien.de/>. Berlin, Februar 2013. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: Husten - Leitlinie Nr. 11: http://leitlinien.degam.de/uploads/media/LL-11_Langfassung_TJ_03_ZD_01.pdf. Stand: 01. September 2008, gültig bis Dezember 2012. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie akuter Atemwegsinfektionen und der ambulant erworbenen Pneumonie, 3. Auflage. *Arzneiverordnung in der Praxis (Therapieempfehlungen)*, Januar 2013; Band 40, Sonderheft 1.
- Brodt H-R: *Antibiotikatherapie: Klinik und Praxis der antiinfektiösen Behandlung*. 12. Aufl.; Stuttgart: Schattauer Verlag, 2013.
- Sanofi-Aventis Deutschland GmbH: Indikationseinschränkungen, neue schwerwiegende Nebenwirkungen und Vorsichtsmaßnahmen bei der Anwendung von TAVANIC® (Levofloxacin) Filmtabletten und Infusionslösung: <http://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/RHB/Archiv/2012/20120903.pdf>. Rote-Hand-Brief vom September 2012. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- Bayer Vital GmbH: Wichtige Informationen über Einschränkung der Indikationen und neue sehr seltene unerwünschte Wirkungen: Information für die Fachkreise über Änderungen der Produktinformation für Moxifloxacin Tabletten (Avalox® / Octegra® / Actimax® / Actira®). Rote-Hand-Brief vom 19. Januar 2009. <http://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/RHB/Archiv/2009/20090119.pdf>. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- California Medical Association Foundation: Acute Respiratory Tract Infection (Adult) - Guideline Summary (2013): http://www.aware.md/HealthCareProfessionals/materials/Toolkit2013/compendium_adult_2013_web.pdf. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- California Medical Association Foundation: Acute Respiratory Tract Infection (Pediatric) - Guideline Summary (2013): http://www.aware.md/HealthCareProfessionals/materials/Toolkit2013/compendium_pediatric_2013_web.pdf. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- Avoiding antibacterial overuse in primary care. *Drug Ther Bull* 2007; 45: 25-28.
- National Institute for Health and Clinical Excellence: Respiratory tract infections - antibiotic prescribing: clinical guideline 69 (2008): <http://guidance.nice.org.uk/CG69>. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- European Center for Disease Prevention and Control (ECDC): European Antibiotic Awareness Day: Key messages for primary care prescribers: <http://ecdc.europa.eu/en/eaad/antibiotics/pages/messagesforprescribers.aspx>. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- European Center for Disease Prevention and Control (ECDC): European Antibiotic Awareness Day: Key messages for hospital prescribers: http://ecdc.europa.eu/en/eaad/pages/toolkithospitalprescribers_keymessages.aspx. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- European Center for Disease Prevention and Control (ECDC): European Antibiotic Awareness Day: Using antibiotics responsibly: Fact-sheet for experts: <http://ecdc.europa.eu/en/eaad/antibiotics/Pages/factsExperts.aspx>. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R: Delayed antibiotics for respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; Issue 3: CD004417.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen): Merkblatt: Die sichere Anwendung von Antibiotika: <http://www.gesundheitsinformation.de/merkblatt-die-sichere-anwendung-von-antibiotika.468.de.html>. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: Leitlinie Husten - Patienteninformation: http://www.degam-patienteninfo.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/degam/intern/Leitlinien/Husten/LL-11_Patienteninfo.pdf&t=1365261264&hash=e58e1da3ed275fd77937366b2110634c78caa9e. Stand: 2008. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- Bundesministerium für Gesundheit: DART: Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie. Berlin, April 2011.
- Gonzales R, Bartlett JG, Besser RE et al.: Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute respiratory tract infections in adults: background, specific aims, and methods. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 690-697.
- Robert Koch-Institut: Antibiotikaresistenz: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Antibiotikaresistenz/Antibiotikaresistenz_node.html. Zuletzt geprüft: 05. April 2013.
- Legare F, Labrecque M, Cauchon M et al.: Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. *CMAJ* 2012; 184: E726-E734.
- Mutschler E, Geisslinger G, Kroemer HK et al.: Mutschler Arzneimittelwirkungen: Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie. 10. Aufl.; Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2013.
- Aktories K, Förstermann U, Hofmann F, Starke K: *Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie*. 10. Aufl.; München: Elsevier - Urban & Fischer, 2009.
- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (Hrsg.), *Handbuch Infektionen bei Kindern und Jugendlichen*. 5. Auflage; Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, 2009.
- Schaefer C, Spielmann H, Vetter K, Weber-Schöndorfer C (Hrsg.): *Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit*. 8. Aufl.; München, Jena: Urban & Fischer Verlag, 2012.
- 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.

Vergütung für Leistungen der Physiotherapie

Stand: AOK PLUS	01.01.2012
BKK	01.06.2012
vdek	01.04.2013
IKK classic	01.11.2012
Knappschaft	01.01.2011
Landwirtschaftliche Sozialversicherung	01.05.2013

Leistung	AOK	BKK	vdek	IKK	Knappschaft	Landw. SV
Krankengymnastik, auch Atemtherapie, auf neurophysiologischer Grundlage, als Einzelbehandlung Behandlungsrichtwert: 15 – 25 Min.	12,33	12,50	13,68	12,59	11,50	15,05
Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Gruppenbehandlung 2 – 5 Patienten Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	4,82	5,08	4,09	5,70	5,00	4,80
Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, erworben nach Abschluss der Hirnreife (nach Bobath, Vojta, PNF), Einzelbehandlung Behandlungsrichtwert: 25 – 35 Min.	15,84	17,25	19,23	16,63	14,60	21,18
Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vervollständigung des 18. Lebensjahr (nach Bobath, Vojta), Einzelbehandlung Behandlungsrichtwert: 30 – 45 Min.	19,32	22,90	24,65	21,32	18,50	27,48
Krankengymnastik bei cerebralen bedingten Funktionsstörungen für Kinder bis 14 Jahre, Gruppenbehandlung (2 – 4 Kinder) Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	6,43	7,43	8,59	7,54	7,08	7,55
Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, Einzelbehandlung Behandlungsrichtwert: 60 Min.	35,89	38,86	40,66	36,78	32,00	44,90
Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten Behandlungsrichtwert: 60 Min.	24,28	22,80	27,70	24,37	22,06	26,60
Manuelle Therapie Behandlungsrichtwert: 15 – 25 Min.	14,82	13,70	15,65	13,74	13,57	16,88
Krankengymnastik im Bewegungsbad einschl. der erforderlichen Nachruhe, Einzelbehandlung Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	14,55	14,71	16,06	13,07	12,45	15,75
Krankengymnastik im Bewegungsbad, einschl. der erforderlichen Nachruhe, Gruppenbehandlung 2 – 3 Patienten Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	10,25	10,05	11,87	6,92	8,77	9,98

Anlage 3 – Vergütungslisten der Heilmittel-Leistungen

Leistung	AOK	BKK	vdek	IKK	Knapp- schaft	Landw. SV
Krankengymnastik im Bewegungsbad; Gruppenbehandlung 4 – 5 Patienten, einschl. der erforderlichen Nachruhe Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	9,49	7,66	6,34	6,92	6,49	8,43
Übungsbehandlung, Einzelbehandlung Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	4,47	5,50	5,63	4,77	3,97	5,84
Übungsbehandlung, Gruppenbehandlung (2–5 Personen) Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	3,90	3,10	3,79	3,01	3,34	3,95
Übungsbehandlung im Bewegungsbad ein- schl. der erforderlichen Nachruhe, Einzelbe- handlung Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	10,56	14,80	15,14	11,34	10,70	13,13
Übungsbehandlung im Bewegungsbad ein- schl. der erforderlichen Nachruhe, Gruppenbehandlung (2 – 3 Personen) Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.		10,27	11,25	6,51	8,36	9,27
Übungsbehandlung im Bewegungsbad ein- schl. der erforderlichen Nachruhe, Gruppenbehandlung (4 – 5 Personen) Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	8,90	8,02	7,53	6,51	7,62	7,88
Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulen- gymnastik, einschl. der erforderlichen Nach- ruhe Behandlungsrichtwert: 15 – 20 Min.	9,65	9,00	9,72	8,87	8,61	9,90
Massage einzelner o. mehrerer Körperteile, Spezialmassagen (Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) Klassische Massagetherapie Behandlungsrichtwert: 15 – 20 Min.	8,59	8,80	9,51	8,50	7,80	10,22
Bindegewebsmassage, Richtwert: 20 – 30 Min.		9,00				10,13
Unterwasserdruckstrahlmassage einschl. der erforderlichen Nachruhe Behandlungsrichtwert: 15 – 20 Min.	15,04	14,30	15,75	14,72	14,03	16,18
Manuelle Lymphdrainage, Teilbehandlung Behandlungsrichtwert: 30 Min	14,18	13,50	14,94	13,32	12,50	17,40
Manuelle Lymphdrainage, Großbehandlung Mindestbehandlungszeit: 45 Min.	18,39	19,35	20,87	19,41	17,50	26,00
Manuelle Lymphdrainage, Ganzbehandlung Mindestbehandlungszeit: 60 Min.	30,54	27,00	33,50	27,44	26,96	37,50
Kompressionsbandagierung, einer Extremität (nach ärztlicher Verordnung nur in Verbindung mit manueller Lymphdrainage)	5,15	5,50	6,65	6,29	5,20	6,50
Traktionsbehandlung mit Gerät, Einzelbehandlung, Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min	3,49	3,83	4,09	3,04	2,91	3,90

Leistung	AOK	BKK	vdek	IKK	Knapp- schaft	Landw. SV
Elektrobehandlung: modulierte Dreiecksimpulse, feststehende Impulsparameter, Mittelfrequenztherapie, galvanische Durchflutung Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	3,72	3,83	3,99	3,31	3,32	4,00
Elektrostimulation bei Lähmungen, Behandlungsrichtwert: 5 – 10 Min. je Muskelnerveinheit	8,03	7,67	8,80	3,55	7,16	8,40
Ultraschall Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	4,47	5,80	7,91	6,50	5,25	6,25
Wärmeanwendung bei einem oder mehreren Körperteilen (Lichtbügel, Strahler, Heißluft) Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	2,73	3,10	2,86	3,15	2,97	2,98
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile mit Paraffinen und/oder Peloiden (z. B. Fango/ Moor/Pelose) einschl. der erforderlichen Nachruhe Behandlungsrichtwert: 20 – 30 Min.	7,34	7,42	7,67	7,66	7,30	7,80
Heiße Rolle Behandlungsrichtwert: 10 – 15 Min.	6,07	6,25	7,20	6,07	5,42	6,50
Inhalationstherapie Einzelinhalation (einschl. Medikament) Behandlungsrichtwert: 5 – 30 Min.	4,08	3,90	4,40	3,61	3,49	4,51
Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen Behandlungsrichtwert: 5 – 10 Min.	5,81	5,55	6,14	5,81	5,46	5,00
Hydroelektrisches Teilbad, Zweizellen- und Vierzellenbad Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	6,53	6,50	6,85	5,77	5,78	7,50
Hydroelektrisches Vollbad mit stabiler Galvanisation einschl. der erforderlichen Nachruhe 10 – 20 Min. Behandlungsrichtwert: 30 Min.	13,14	13,00	13,71	11,85	11,25	12,85
Kohlensäurebäder auch mit Badezusatz, wenn mind. 1 g freies gasförmiges CO ₂ /kg Wasser in dem physikal. oder chem. bereiteten Bad enthalten ist einschl. der erforderlichen Nachruhe Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	12,38	12,60	13,50	11,21	10,69	13,60
Kohlensäuregasbad Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.	12,26	12,60	13,50	11,21		13,60
Kohlensäuregasbad als Teilbad Behandlungsrichtwert: 10 – 20 Min.		12,60	13,50	11,21		13,60
Bäder (Voll- oder Teilbäder) mit Peloiden (z. B. Fango, Schlick oder Moor) mit starker thermischer Reizwirkung, auch mit Resorption ihrer löslichen Substanzen einschl. der erforderlichen Nachruhe Vollbad 15 – 45 Min. Teilbad 15 – 25 Min.	26,01 19,64	24,60 19,20	28,13 21,28	23,03 17,37	22,83 17,30	26,53 20,14

Anlage 3 – Vergütungslisten der Heilmittel-Leistungen

Leistung	AOK	BKK	vdek	IKK	Knapp- schaft	Landw. SV
Standardisierte Heilmittelkombination – D1 Behandlungsrichtwert: 60 Min.	30,45	28,68	31,51	29,69	28,12	32,25
Hausbesuchspauschale bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	5,27			8,00		9,50
Bei Besuch eines weiteren Patienten dersel- ben Gemeinschaft (auch Alters- und Pflege- heime) im unmittelbaren Zusammenhang inkl. Wegegeld	2,72	5,10	5,40	5,04	4,00	4,60
Wegegebühren in geschlossenen Ort- schaften, Pauschale je Besuch	2,72		2,56			
Sofern Ortsgrenzen überschritten werden, Pauschale je Besuch oder Kilometer	0,27		2,56 0,27			
Mitteilung/Bericht an den Arzt, Übermitt- lungsgebühr, kann auf Anforderung des Arztes einmal pro Verordnung abgerechnet werden			0,58	0,59		0,58
Hausbesuch inkl. Wegegeld	7,99	8,90	9,80	8,39	9,50	10,20

Angaben in Euro (Bruttowerte inkl. 10 % Zuzahlung)

Vergütung für podologische Leistungen

Stand: AOK PLUS	01.01.2013
BKK	01.07.2013
IKK classic	01.04.2013
vdek	01.05.2012
Knappschaft	01.02.2010
Landwirtschaftliche Sozialversicherung	01.09.2012

Leistung	AOK	BKK	IKK	vdek	Knapp- schaft	Landw. SV
Hornhautabtragung/-bearbeitung an beiden Füßen, Richtwert: 20 – 30 Min.	11,48	14,90	11,79	13,20	11,32	15,14
Nagelbearbeitung an beiden Füßen, Richtwert: 20 – 25 Min.	10,36	13,40	10,64	12,10	10,20	13,67
Podologische Komplexbehandlung (Hornhautbehandlung und Nagelbearbei- tung) an beiden Füßen, Richtwert: 40 – 50 Min.	22,00	27,70	22,25	23,65	20,66	27,53
Hornhautabtragung/-bearbeitung an einem Fuß, Richtwert: 10 – 15 Min.	7,19	8,80	7,38	8,80	7,14	9,08
Nagelbearbeitung an einem Fuß, Richtwert: 10 – 15 Min.	6,01	7,45	6,17	7,70	5,92	7,55
Podologische Komplexbehandlung (Hornhautbehandlung und Nagelbearbei- tung) an einem Fuß, Richtwert: 20 – 25 Min.	12,00	14,50	12,33	13,20	11,83	15,14
Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch (pauschal)	7,79	9,25	7,42	8,80	7,00	9,38
Besuch mehrerer Kranker derselben so- zialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (nicht zusammen mit Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch), je Person	3,25	5,10	3,17		3,50	4,59
Wegegeld je Kilometer		0,30	0,28			

Angaben in Euro (Bruttowerte inkl. 10 % Zuzahlung)

Vergütung für logopädische/sprachtherapeutische Leistungen

Stand: AOK PLUS	01.07.2009
BKK	01.04.2013
vdek	01.03.2013
IKK classic	01.09.2012
Knappschaft	01.01.2001
Landwirtschaftliche Sozialversicherung	01.01.2013

Leistung	AOK	BKK	vdek	IKK	Knappschaft	Landw. SV
Logopädische Untersuchung					13,47	
Logopädische Erstuntersuchung, Richtwert 60 Min. (je Behandlungsfall nur einmal abrechenbar)	40,86	49,50	61,22	44,98		65,74
Logopädische Befunderhebung für sprachentwicklungsgestörte Kinder und bei zentralen Sprachstörungen unter Anwendung standardisierter Testverfahren (je Behandlungsfall nur einmal abrechenbar)					26,93	
Logopädische Einzelbehandlung, Therapiezeit ca. 30 Min.	18,72	22,00	22,45	20,08	13,47	25,05
Logopädische Einzelbehandlung, Therapiezeit ca. 45 Min.	25,76	31,20	33,66	28,38	19,92	37,57
Logopädische Einzelbehandlung, Therapiezeit ca. 60 Min.	32,75	37,00	40,81	35,07	27,01	50,09
Gruppentherapie mit 2 Patienten, Therapiezeit 45 Min., je Teilnehmer	19,33	28,00	30,61	19,89		33,81
Gruppentherapie mit 3 – 5 Patienten, Therapiezeit 45 Min., je Teilnehmer	11,36	13,00	20,41	11,65		13,77
Gruppentherapie mit 2 Patienten, Therapiezeit 60 Min., je Teilnehmer	24,55			25,03		
Gruppentherapie mit 2 Patienten, Therapiezeit 90 Min., je Teilnehmer		41,00	41,83			67,62
Gruppentherapie, bei 3 – 5 Patienten, Therapiezeit 60 Min., je Teilnehmer	13,42			13,80		
Gruppentherapie, bei 3 – 5 Patienten, Therapiezeit 90 Min., je Teilnehmer		24,23	35,71			27,55
Gruppentherapie, bei 3 – 6 Patienten, Therapiezeit 60 Min., je Teilnehmer					8,96	
Gruppentherapie, bei 3 – 6 Patienten, Therapiezeit 120 Min., je Teilnehmer					17,92	
Behandlung im Hause des Patienten bei ärztlich verordnetem Hausbesuch – Zuschlag, inkl. Wegegeld	5,26	6,40	12,00	5,41	4,95	11,79
Behandlung weiterer Patienten in einer Gemeinschaft/Einrichtung am gleichen Tag	2,19	3,90		2,28	2,06	6,26
Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inkl. Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient						6,14
Wegegebühr je Kilometer	0,28	0,30		0,29	0,27	
Ausführlicher sprachtherapeutischer Bericht auf Anforderung der Krankenkasse					27,10	
Mitteilung/Bericht an den Arzt, Übermittlungsgebühr, kann auf Anforderung des Arztes einmal pro Verordnung abgerechnet werden				0,59		

Angaben in Euro (Bruttowerte inkl. 10 % Zuzahlung)

Vergütung für ergotherapeutische/beschäftigungstherapeutische Leistungen

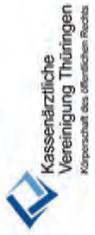
Stand:	AOK PLUS	01.07.2013
	IKK classic	01.09.2012
	BKK Landesverband Ost	01.11.2012
	vdek	01.07.2013
	Knappschaft	01.09.2004
	Landwirtschaftliche Sozialversicherung	01.07.2012

Leistung	AOK	IKK	BKK	vdek	Knappschaft	Landw. SV
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorischen Störungen, 45 Min. einschl. Vor- und Nachbereitung (1a)	18,30	18,45	21,50	24,72	16,11	26,41
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorischen Störungen und gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten, pro Patient				19,78		21,13
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei motorischen Störungen, (3 – 5 Patienten), 45 Min. einschl. Vor- und Nachbereitung	7,50	8,11	8,24	9,46		9,18
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, 60 Min. einschl. Vor- und Nachbereitung (1b)	28,10	28,45	30,11	32,86	24,70	35,69
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen und gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten, pro Patient				26,29		28,55
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, (3 – 5 Patienten), 60 Min. einschl. Vor- und Nachbereitung (1b)	10,50	11,33	10,82	12,22		11,83
Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung, 45 Min., einschl. Vor- und Nachbereitung	19,50	21,40	23,59	27,33	18,61	28,96
Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung bei gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten, pro Patient				21,86		23,17
Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining, Gruppenbehandlung, 3 – 5 Patienten, 45 – 60 Min. einschl. Vor- und Nachbereitung	10,50	11,33	10,82	12,22		11,83
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen, 75 Min., einschl. Vor- und Nachbereitung	34,30	35,50	36,42	41,48	30,88	44,77
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen und gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten, pro Patient				33,18		35,82
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, 120 – 150 Min.	34,30 je Einheit		36,24 je Einheit	75,85		83,93
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, 180 – 240 Min.	18,60 je Einheit u. Patient		19,57 je Einheit u. Patient	41,66		41,00

Anlage 3 – Vergütungslisten der Heilmittel-Leistungen

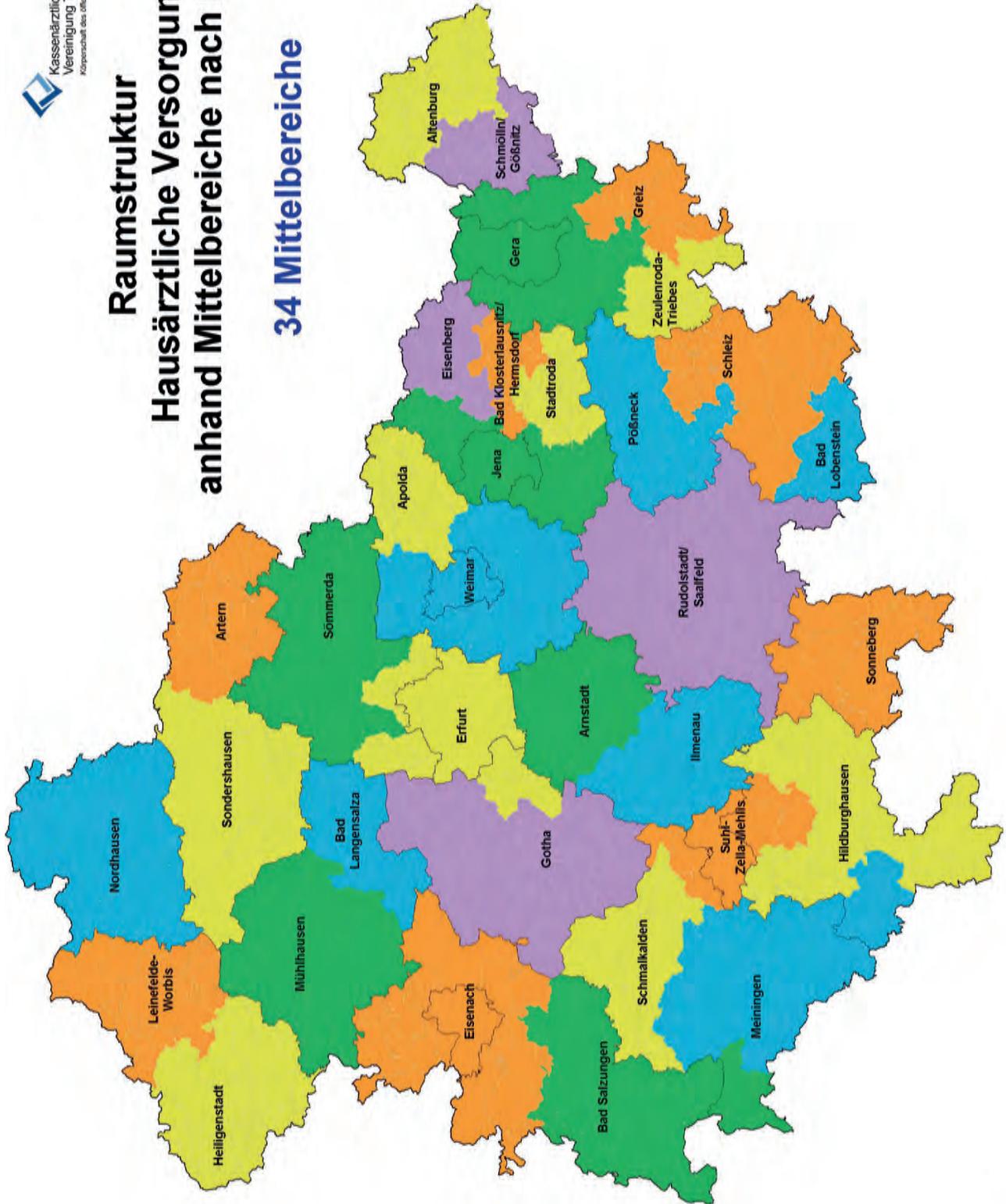
Leistung	AOK	IKK	BKK	vdek	Knapp- schaft	Landw. SV
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten), bei psychisch-funktionellen Störungen, 90 – 120 Min.	18,60 je Ein- heit u. Patient	20,11	19,57	22,49		21,87
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei psychischen Störungen (3 – 5 Patienten), mind. 90 – 120 Min., je Patient			19,57 je Patient		14,98	
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung, 3 – 5 Patienten, mind. 45 Min., je Patient					7,06	
Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (zzgl. Kilometergeld), nur einmal pro Behandlungsfall abrechenbar				76,25		85,87
Ergotherapeutische Befunderhebung einschließlich Beratung, Erstellung eines Therapie planes nach Kontaktaufnahme zu den behandelnden Ärzten sowie Bezugspersonen und weiteren (auch interdisziplinären) Therapeuten (nur im Rahmen der ersten Behandlungsserie einmal abrechenbar)	11,90	12,33	13,20	18,39	10,74	18,87
Thermische Anwendungen – Wärme oder Kälte – (nur zusätzlich neben 1a und 1b abrechenbar)	3,00	3,11	3,20	3,77	2,71	4,03
Herstellung u. Anpassung ergotherapeut. postoperativer temporärer Schienen ohne Kostenvoranschlag	bis 105,00	bis 105,00	bis 105,00	bis 150,00		bis 150,00
Herstellung u. Anpassung ergotherapeut. postoperativer temporärer Schienen mit Kostenvoranschlag	ab 105,00	ab 105,00	ab 105,00	ab 150,00	ab 105,00	ab 150,00
Ärztlich verordneter Hausbesuch	5,60	5,94	6,25	10,70	5,11	11,95
Behandlung weiterer Patienten in einer Einrichtung/Gemeinschaft am gleichen Tag	2,30	2,44			2,10	
Behandlung weiterer Patienten in einer Einrichtung/Gemeinschaft am gleichen Tag inkl. Wegegeld			5,00	6,70		7,80
Wegegeld je Kilometer	0,30	0,30	0,30	0,30	0,27	0,30
Wegegeldpauschale je Besuch	2,70	2,84	2,70			
Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (nur einmal je Verordnung abrechenbar)		0,57		0,56		0,55

Angaben in Euro (Bruttowerte inkl. 10 % Zuzahlung)



Raumstruktur Hausärztliche Versorgung anhand Mittelbereiche nach BBSR

34 Mittelbereiche

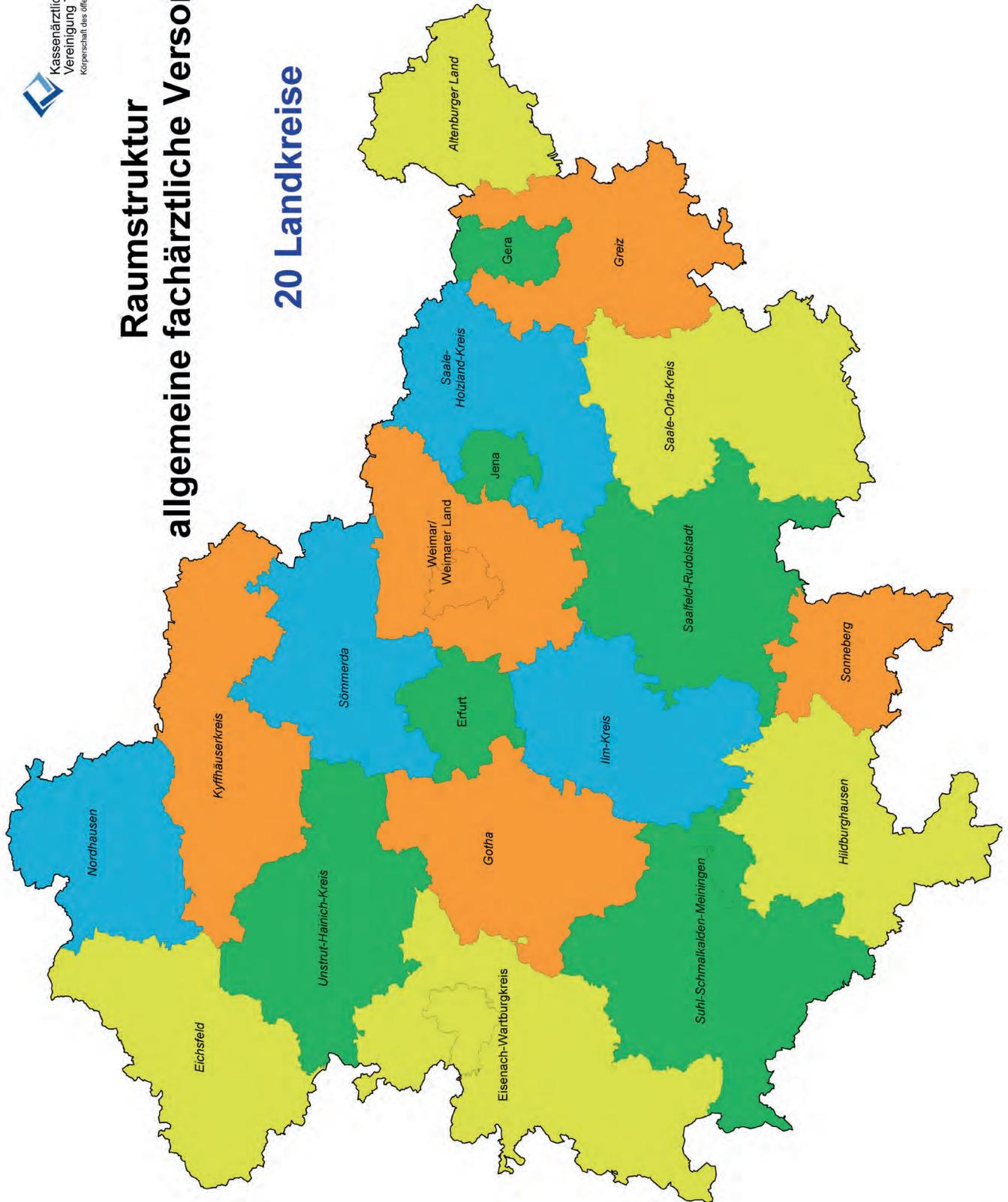


hd: 18.04.2013



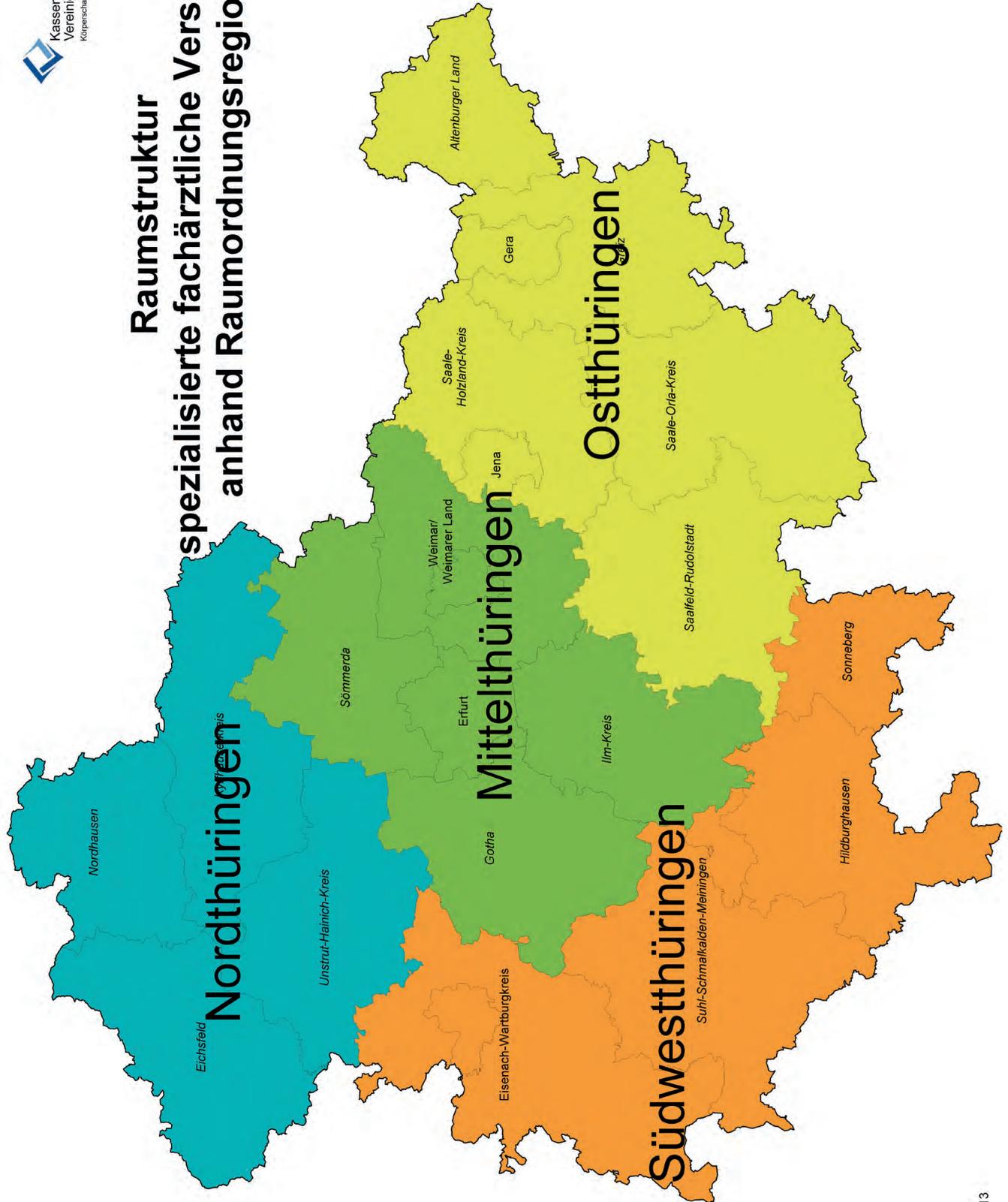
Raumstruktur allgemeine fachärztliche Versorgung

20 Landkreise



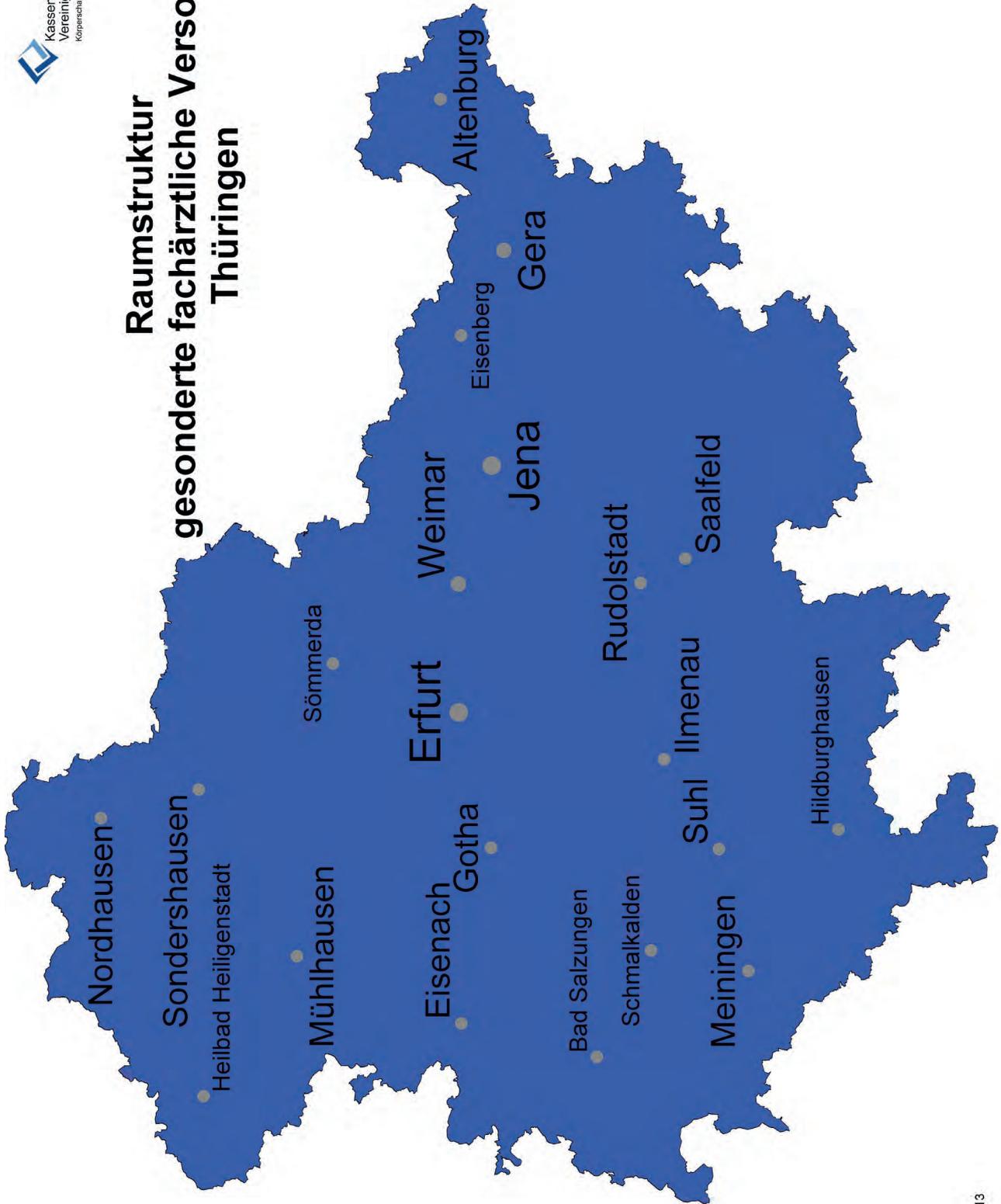


Raumstruktur spezialisierte fachärztliche Versorgung anhand Raumordnungsregionen





Raumstruktur gesonderte fachärztliche Versorgung Thüringen



hdt; 09.01.2013

Anlage 5 – Vier Versorgungsebenen entsprechend des Bedarfsplanes für den Zulassungsbezirk der KV Thüringen

Versorgungsebenen	Arztgruppen je Versorgungsebene	Planungsbereiche je Versorgungsebene
Hausärztliche Versorgung	Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, hausärztlich tätige Internisten	Anzahl: 34 Mittelbereiche
allgemeine fachärztliche Versorgung	Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen, Kinderärzte	Anzahl: 20 kreisfreie Stadt, Landkreis oder Kreisregion (bisherige Planungsbereiche)
spezialisierte fachärztliche Versorgung	Anästhesisten, fachärztlich tätige Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen	Anzahl: 4 Raumordnungsregionen: Mittelthüringen (Weimarer Land/Weimar, Erfurt, Sömmerda, Gotha, Ilm-Kreis) Nordthüringen (Eichsfeld, Unstrut-Hainich-Kreis, Nordhausen, Kyffhäuserkreis) Ostthüringen (Jena, Saale-Holzland-Kreis, Gera, Altenburger Land, Saalfeld-Rudolstadt, Saale-Orla-Kreis, Greiz) Südwestthüringen (Eisenach, Hildburghausen, Suhl, Wartburgkreis, Schmalkalden-Meiningen, Sonneberg)
gesonderte fachärztliche Versorgung	Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitative Medizin, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner	Anzahl: 1 gesamter KV-Bereich

Vergütung für Kurärztliche Leistungen

Primärkassen				
Kurart	West bis 31.12.2012	Ost bis 31.12.2012	Vergütungen ab 1.1.2013	Vergütungen ab 1.7.2013
Vorsorge	42,25 €	39,15 €	44,79 €	47,54 €
Zuschlag bei bestehenden Krankheiten	8,80 €	8,80 €	9,33 €	9,22 €
Vorsorge für Kinder	30,40 €	28,30 €	32,22 €	33,44 €
Kompaktkur	78,30 €	72,65 €	83,00 €	87,24 €
Zuschlag für themenzentrierte Gespräche	12,80 €	10,75 €	13,57 €	13,57 €
Zuschlag für sonstige Leistungen sowie Behandlung interkurrenter Erkrankungen	2,80 €	2,80 €	2,97 €	2,97 €
Zuschlag für Ambulante Vorsorgeleistungen bei bestehenden Krankheiten sowie in Kompaktkur	4,30 €	4,30 €	4,56 €	4,56 €

Ersatzkassen				
Kurart	West bis 31.12.2012	Ost bis 31.12.2012	Vergütungen ab 1.1.2013	Vergütungen ab 1.7.2013
Vorsorge	44,85 €	40,37 €	47,54 €	47,54 €
Zuschlag bei bestehenden Krankheiten	8,70 €	7,83 €	9,22 €	9,22 €
Vorsorge für Kinder	31,55 €	28,40 €	33,44 €	33,44 €
Kompaktkur	82,30 €	74,07 €	87,24 €	87,24 €
Zuschlag für themenzentrierte Gespräche	12,80 €	11,52 €	13,57 €	13,57 €
Zuschlag für sonstige Leistungen sowie Behandlung interkurrenter Erkrankungen	2,80 €	2,52 €	2,97 €	2,97 €
Zuschlag für Ambulante Vorsorgeleistungen bei bestehenden Krankheiten sowie in Kompaktkur	4,30 €	3,87 €	4,56 €	4,56 €

Stand April 2013

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Mai 2013

Weiterentwicklung des EBM für die hausärztliche Versorgung – was geplant ist

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wird überarbeitet. Ein wesentliches Ziel ist es, die haus- und fachärztliche Grundversorgung zu stärken. Die Änderungen sollen bis Mitte 2014 schrittweise umgesetzt werden. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat dazu am 1. März 2013 Eckpunkte beschlossen, über die derzeit mit den Krankenkassen verhandelt wird. Was genau geplant ist und warum eine Weiterentwicklung des EBM erforderlich ist, möchten wir Ihnen erläutern. Schwerpunkt dieser Praxisinformation bilden die Änderungen im hausärztlichen Bereich.

Allgemeine Informationen: Ziele und Zeitplan

Dass die Gesellschaft immer älter wird und der Behandlungsbedarf zunimmt, ist bekannt. Doch ist das ambulante Gesundheitssystem darauf vorbereitet? Bereits jetzt fehlen in vielen Regionen vor allem wohnortnah tätige Haus- und Fachärzte. Durch die zunehmende Spezialisierung auch innerhalb der Fachgebiete gibt es immer weniger Ärzte, die sich um die Grundversorgung der Patienten kümmern. Dazu beigetragen hat auch das Vergütungssystem: Viele Grundleistungen sind Teil einer Pauschale und können nicht separat abgerechnet werden. Der hohe Pauschalierungsgrad bildet zudem das Leistungsspektrum der Ärzte nur bedingt ab. Die haus- und fachärztliche Grundversorgung zu stärken, ist deshalb ein wesentliches Ziel der EBM-Weiterentwicklung.

Weiterentwicklung in zwei Schritten

- Im ersten Schritt – bis 1. Oktober 2013 – soll die Struktur der Gebührenordnung so verändert werden, dass der steigende Behandlungsbedarf besser darstellbar ist und das Honorar gerechter verteilt werden kann. Ziel ist es, dass die Krankenkassen alle haus- und fachärztlichen Grundleistungen ohne Mengenbegrenzung und zu festen Preisen vergüten. Dies ist eine Forderung, mit der die KBV in die Honorarverhandlungen für das Jahr 2014 gehen wird. Bei der Psychotherapie konnte die KBV dieses Ziel bereits erreichen: Psychotherapeutische Leistungen werden seit Jahresbeginn außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt. Eine Mengenausweitung geht nicht mehr zu Lasten anderer Fachgruppen.
- Im zweiten Schritt – bis 1. Juli 2014 – kommt die Bewertung ärztlicher Leistungen auf den Prüfstand: Stimmen die vor Jahren festgesetzten Kalkulationszeiten noch oder müssen sie bei einigen Leistungen angepasst werden? Auch die gestiegenen Praxiskosten sollen in die Neubewertung einfließen.

Das Ziel:
Stärkung der
Grundversorgung

Die Forderung:
feste Preise für
Grundleistungen

Neubewertung
der Leistungen



DIE ECKPUNKTE FÜR EINEN NEUEN HAUSARZT-EBM

Viele hausärztliche Leistungen sind heute in Pauschalen zusammengefasst. Das kann die Abrechnung vereinfachen, weil es nur wenige Gebührenordnungspositionen gibt. Allerdings können Hausärzte dadurch kaum darstellen, was sie eigentlich tagtäglich leisten und wie sich der Behandlungsbedarf ihrer Patienten entwickelt. Bestimmte Leistungen, wie die aufwändige Betreuung geriatrischer Patienten, werden durch diese Systematik nicht adäquat vergütet. All das sind Probleme, die mit der EBM-Weiterentwicklung angegangen werden sollen. Außerdem wird es darum gehen, im Bundesmantelvertrag den hausärztlichen Versorgungsauftrag klarer zu definieren – nämlich, welche Aufgaben haben Ärzte kontinuierlich zu übernehmen, die als Hausärzte zugelassen sind.

Welche Vorschläge die KBV zur Weiterentwicklung des EBM vorgelegt hat, stellen wir Ihnen nachfolgend vor. Bitte beachten Sie, dass über diese Eckpunkte derzeit noch mit den Krankenkassen verhandelt wird; es kann also durchaus noch Änderungen geben.

Wenige Änderungen – dafür mit Wirkung

Der EBM wird nicht komplett umgebaut. Die Grundstruktur bleibt erhalten. Das Spektrum der Gebührenordnungspositionen im Kapitel 3 und 4 wird weiterhin übersichtlich sein. Trotz der stärkeren Differenzierung – mehr Einzelleistungen, stärker nach Alter und Krankheiten gestaffelte Pauschalen – wird die Abrechnung für den einzelnen Arzt nicht aufwändiger. Zum einen werden einige Positionen künftig von der KV automatisch zugesetzt, zum anderen sind die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme aufgefordert, einfache Softwarelösungen anzubieten.

Vorschläge, über die die KBV derzeit mit den Krankenkassen verhandelt

Die Ziele

- Das Spektrum hausärztlicher Tätigkeit soll im EBM detaillierter dargestellt werden.
- Hausärzte, die den hausärztlichen Versorgungsauftrag wahrnehmen, sollen die dafür bereitstehenden Mittel erhalten.
- Eine moderne technische Infrastruktur in Hausarztpraxen soll wieder finanzierbar sein.
- Der Behandlungsbedarf der Patienten soll über den EBM besser abgebildet werden.

⇒ Bessere Vergütung der hausärztlichen Grundversorgung



DIE ECKPUNKTE IM ÜBERBLICK

Das KBV-Konzept sieht im Wesentlichen folgende Neuerungen vor:

1 Neufassung der Versichertenpauschale

Die Versichertenpauschale (GOP 03000) für Hausärzte wird es weiterhin geben, allerdings deutlich schlanker und noch stärker nach Altersgruppen differenziert als bisher.

Herausnahme von Leistungen aus der Versichertenpauschale

Viele hausärztliche Leistungen sind heute in der Versichertenpauschale „versteckt“. Das soll sich ändern. Das KBV-Konzept sieht vor, dass Leistungen herausgenommen und als Einzelleistungen vergütet werden:

- das ausführliche Gespräch (GOP 03206)
- das EKG (GOP 03320)
- die onkologische Mitbetreuung (GOP 03450)

Die Herausnahme von Leistungen aus der Versichertenpauschale ist ein erster Schritt, um zukünftig hausärztliche Grundleistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Vergütung zu festen Preisen zu vergüten.

Fixkosten nicht mehr Teil der Versichertenpauschale

In der Versichertenpauschale sind künftig nur noch ärztliche Leistungen sowie variable Kosten einer Praxis enthalten. Die fixen Kostenanteile werden über eine neu einzuführende versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale abgerechnet (s. Punkt 2).

Versichertenpauschale stärker nach dem Alter der Patienten differenziert

Die KBV-Eckpunkte sehen ferner vor, dass die Versichertenpauschale noch stärker nach Altersgruppen differenziert werden soll, um die altersspezifische Morbidität besser abzubilden. Statt bislang drei Gruppen – bis zum vollendeten 5. Lebensjahr, vom 6. bis zum 59. Lebensjahr und ab dem 60. Lebensjahr – soll es sechs Altersgruppen geben:

- bis zum vollendeten 2. Lebensjahr
- vom 3. bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- vom 6. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- vom 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr
- vom 55. bis zum vollendeten 74. Lebensjahr
- ab dem 75. Lebensjahr

Hinweis: Die altersgestaffelte Bewertung der Versichertenpauschale wird von der KV automatisch zugesetzt.

Versichertenpauschale schlanker und stärker nach Alter gestaffelt

Kein höherer Aufwand für die Praxis



2 Neue versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale

Wer hausärztlich tätig ist, muss in seiner Praxis bestimmte Grundstrukturen vorhalten. Die dafür anfallenden Fixkosten werden bislang mit der Versichertenpauschale vergütet. Künftig sollen diese Kosten nicht mehr Bestandteil der Versichertenpauschale sein. Stattdessen ist vorgesehen, dass Hausärzte eine versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale erhalten – einmal im Quartal für jeden Patienten, den sie entsprechend dem Versorgungsauftrag hausärztlich betreuen.

Die Grundpauschale wird nicht gezahlt, wenn der Arzt in einem Behandlungsfall zusätzlich oder ausschließlich Leistungen durchführt, die nicht zum typischen hausärztlichen Versorgungsbereich zählen, zum Beispiel Akupunktur, Psychotherapie und Schmerztherapie. Der Grund: Die Vergütung der Grundstrukturen ist in der Kalkulation dieser Leistungen bereits anteilig berücksichtigt.

Leistungen, die vom grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsbereich abweichen und für die keine Grundpauschale gezahlt wird, sollen in der geänderten Anlage 5 (Anhang 5.1) zum Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ärzte) aufgeführt werden.

Hinweis: Die Grundpauschale wird von der KV automatisch zugesetzt.

3 Bessere Vergütung für Hausbesuche

Die Hausbesuchsleistungen des Abschnitts 1.4 des EBM sollen in den hausärztlichen Kapiteln abgebildet werden. Dabei werden eine Anpassung der Legendierung und eine höhere Bewertung vorgeschlagen. Hier ist vorgesehen, insbesondere die sogenannten Mitbesuche in Heimen besser zu vergüten, da der entstehende Aufwand mit der derzeitigen Bewertung nicht abgebildet wird.

4 Einführung neuer Leistungen

Um die ambulante medizinische Versorgung der Patienten weiter zu verbessern, werden einige Leistungen neu in den EBM aufgenommen. Das sind:

- Leistungen der geriatrischen Versorgung
- Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung
- sozialpädiatrische Leistungen der Kinder- und Jugendärzte

Bereits jetzt übernehmen Ärzte diese Aufgaben, allerdings ohne gesonderte Vergütung. Ab diesem Jahr stellen die Kassen dafür rund 124 Millionen Euro zusätzlich bereit.

5 Chronikerzuschlag nach Krankheiten gestaffelt

Künftig soll ein Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal ausreichen, damit ein Chronikerzuschlag (GOP 03200) zur Versichertenpauschale gezahlt wird. Die Höhe des Zuschlags soll sich dabei nach der Anzahl der chronischen Krankheiten richten, unter denen ein Patient leidet (eine, zwei, drei oder mehrere chronische Erkrankungen).

Grundpauschale zur Deckung von Fixkosten bei Basisleistungen

Zahlung der Grundpauschale hängt von Art der durchgeführten Leistungen ab

Neuer Anhang 5.1 zum BMV-Ärzte

Kein höherer Aufwand für die Praxis

124 Millionen Euro für neue EBM-Leistungen

Chronikerzuschlag bereits bei einem Arzt-Patienten-Kontakt



Keinen Chronikerzuschlag gibt es in den Behandlungsfällen, in denen Leistungen abgerechnet werden, die nicht zum grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsbereich (gemäß dem Anhang 5.1 der neugefassten Anlage 5 zum Bundesmantelvertrag) gehören. Ausgenommen davon sind die Leistungen der HIV-/AIDS-Schwerpunktversorgung gemäß Abschnitt 30.10 EBM und Substitutionen gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK). Diese Behandlungsfälle erhalten ebenfalls einen Chronikerzuschlag.

⇒ Keine versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale – kein Chronikerzuschlag (Ausnahme: HIV-/AIDS-Schwerpunktversorgung und Substitution gem. Richtlinien BÄK)

Hinweis: Der Chronikerzuschlag wird von der KV automatisch zugesetzt, wenn die Abrechnung des Arztes die entsprechenden ICD-10-Kodes enthält.

6 Neue Vergütungssystematik für technikgestützte Leistungen

Auch Hausärzte kommen nicht ohne moderne Technik aus. Da sie in der Regel nicht so viele technikgestützte Untersuchungen wie Fachärzte durchführen, lassen sich die Geräte oft nur schwer amortisieren. Bisher war die Vergütung der Geräteleistungen von der Anzahl der durchgeführten Untersuchungen abhängig. Dies möchte die KBV ändern und schlägt eine neue Vergütungssystematik für technische Leistungen (EBM-Abschnitt 3.2.3) vor.

Der Vorschlag: Die ersten Untersuchungen im Quartal werden – bis zu einem vorgegebenen Schwellenwert – honoriert wie bisher. Die Praxis erhält also eine Vergütung für die ärztliche und für die technische Leistung je berechneter Einzelleistung. Danach beginnt die „neue Welt“: Für jede weitere Untersuchung erhält der Arzt ein Honorar für seine ärztliche Leistung. Die Vergütung der Technik zur Deckung von Abschreibungen und Fixkosten erfolgt davon unabhängig und zwar so: Hat der Arzt eine Mindestmenge an Untersuchungen (Schwellenwert) erreicht, bekommt er für jeden Patienten, der in seine Praxis kommt, eine Technikpauschale – unabhängig davon, ob er bei dem Patienten zum Beispiel eine Sonographie durchgeführt hat oder nicht. Die Zahlung der Technikpauschale ist auf maximal 857 Fälle im Quartal begrenzt.

Hinweis: Diese Systematik wird nach aktuellem Verhandlungsstand mit den Krankenkassen erst zum 1. Juli 2014 umgesetzt.

Auswirkungen der geplanten EBM-Änderungen

Mehr Einzelleistungen, eine kleinere, stärker nach Altersklassen gestaffelte Versichertenpauschale, neue EBM-Leistungen etc. – wie stark werden sich die geplanten Änderungen im EBM auf das Honorar des einzelnen Arztes auswirken? Gibt es mehr Geld von den Krankenkassen?

Mit der EBM-Reform werden die Grundlagen dafür gelegt, dass die hausärztliche Grundversorgung besser honoriert wird. Ziel der KBV ist es, diese Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herauszunehmen und ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen zu vergüten. Dazu ist es erforderlich, dass die Leistungen im EBM transparent abgebildet werden. So kann der Druck gegenüber den Krankenkassen erhöht werden.

Kein höherer Aufwand für die Praxis

Neue Vergütungssystematik besser auf Hausarztpraxen abgestimmt

Umsetzung wahrscheinlich erst zum 1. Juli 2014



Thema: Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Mit der Einführung des neuen Hausarzt-Kapitels – voraussichtlich zum 1. Oktober 2013 – soll es für Hausärzte der Grundversorgung erste Verbesserungen geben:

- Die Krankenkassen stellen zur Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung 250 Millionen Euro mehr bereit. Davon fließen 124 Millionen in den hausärztlichen Versorgungsbereich zur Finanzierung der neuen Geriatrie- und Palliativleistungen sowie der sozialpädiatrischen Leistungen. Von diesem Zuwachs profitieren alle Ärzte, die sich um die Versorgung geriatrischer Patienten kümmern und eine allgemeine Palliativversorgung übernehmen, sowie Kinder- und Jugendärzte.
- Durch die neue Vergütungssystematik wird es zu moderaten Verschiebungen innerhalb des Versorgungsbereichs kommen: Davon profitieren vor allem Ärzte, die sich vornehmlich um die hausärztliche Grundversorgung der Patienten kümmern.

Leichte
Zuwächse beim
Honorar ab
Oktober 2013

Gut zu wissen

- Es kommt kein komplett neuer EBM – die Grundstruktur bleibt.
- Die Abrechnung wird nicht komplizierter – die Versicherten- und die Grundpauschale werden von der KV automatisch zugesetzt, ebenso der Chronikerzuschlag.
- Das neue Finanzierungssystem für technische Leistungen fördert nicht den „Hamsterrad-Effekt“ – im Gegenteil: Ultraschall, EKG etc. sollen künftig ohne unnötige Mengenausweitung finanzierbar sein.
- Die EBM-Änderungen sorgen für mehr Gerechtigkeit – Gelder, die für Leistungen bereitstehen, die zum grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsauftrag gehören, sollen auch nur dafür genutzt werden.

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Patientenrechte

Mai 2013

Das Patientenrechtegesetz: Rechtliche Hinweise und Empfehlungen für Ärzte und Psychotherapeuten

Das Patientenrechtegesetz ist seit Februar 2013 in Kraft. Die Einführung der neuen Paragraphen 630a bis 630g des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) war bundesweit Thema in den Medien. Trotzdem wirft das Gesetz immer wieder Fragen auf: Welche zusätzlichen Pflichten haben niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten jetzt beim Dokumentieren der Behandlung? Dürfen Patienten auch außerhalb der Sprechzeiten Einsicht in ihre Akte verlangen? Wie viel kann für eine Kopie in Rechnung gestellt werden? Wer darf die Akte eines verstorbenen Patienten einsehen? – Mit diesen und ähnlichen Anfragen können auch Sie jetzt verstärkt konfrontiert sein.

Hier finden Sie Antworten auf Patientenfragen – Orientierungshilfe

Diese Praxisinformation soll Ihnen dabei helfen, Fragen von Patienten leichter zu beantworten. Wir stellen Ihnen einzelne, aus unserer Sicht wichtige Paragraphen des Gesetzes vor und erläutern, welche Rechte und Pflichten sich daraus ergeben. Soweit es sinnvoll erscheint, finden Sie eine konkrete Handlungsempfehlung. Die Information erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll eine Orientierungshilfe bieten.

Orientierungshilfe
und Empfehlungen
für die Praxis

THEMA: DOKUMENTATION DER BEHANDLUNG

Paragraf 630f Absatz 1 BGB verpflichtet den Behandelnden, zur Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.



Erläuterungen

Sie sind als Arzt oder Psychotherapeut zur Dokumentation der Behandlung verpflichtet – und zwar unmittelbar bei oder kurz nach der Behandlung. Der unmittelbare zeitliche Zusammenhang ergibt sich aus der Organisation der Praxis. In jedem Fall aber hat die Dokumentation noch am Tag der Behandlung zu erfolgen.

Dokumentation ist
Pflicht und muss
am Behandlungstag
stattfinden



Ihre Dokumentation muss „veränderungsfest“ sein. Das heißt: Nachträgliche Veränderungen und Ergänzungen müssen sichtbar sein. Dies gilt sowohl für die in Papierform als auch für die elektronisch geführte Patientenakte.

Alle Änderungen müssen sichtbar sein – auf Papier oder elektronisch

THEMA: DAS RECHT AUF EINSICHTNAHME

Paragraf 630g Absätze 1 und 2 BGB:

„(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen...“

„(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandlenden die entstandenen Kosten zu erstatten.“



Erläuterungen

„Unverzüglich Einsicht“ bedeutet, dass der Patient die Patientenunterlagen zwar einsehen darf, aber nur in dem Maße, wie dies der Praxisablauf gestattet. So ist der Patient zum Beispiel an die Sprechzeiten der Praxis gebunden. *Empfehlung:* Vereinbaren Sie mit dem Patienten einen Termin, an dem er die ihn betreffenden Unterlagen einsehen kann.

Patient muss sich an Sprechzeiten der Praxis halten

Die Art der Einsichtnahme bestimmen Sie. Bestehen aus Ihrer Sicht – etwa aus Datenschutzgründen – berechtigte Bedenken dagegen, einem Patienten Einsicht unmittelbar am Praxis-PC zu gewähren, so dürfen Sie den Patienten darauf hinweisen, dass er lediglich einen Ausdruck oder eine zu fertigende CD erhalten kann. Auch aus Zeitgründen kann es sinnvoll sein, auf eine Kopie zu verweisen. *Empfehlung:* Wägen Sie ab, ob Sie einem Patienten das Lesen der Patientenakte an Ihrem Bildschirm gestatten oder besser eine Kopie oder CD aushändigen.

Der Arzt bestimmt, wie der Patient Einsicht nimmt

Ausdrucke und Kopien dürfen Sie dem Patienten in Rechnung stellen. Dies betrifft sowohl die Sach-, als auch die Personalkosten. *Empfehlung:* Weisen Sie den Patienten immer darauf hin, dass die Kosten insbesondere für einen Ausdruck oder eine CD – und etwaige zusätzliche Arbeiten des Praxisteam – von ihm zu tragen sind und nennen Sie ihm die Höhe der Kosten.

Patient sollte über Kosten informiert werden und diese dem Arzt erstatten

Die Abrechnung der entstandenen Sach- und Personalkosten ist als privatärztliche Leistung einzustufen. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthält jedoch keine Gebührensätze, die aufgrund von Kopien in Rechnung gestellt werden kann. *Empfehlung:* Orientieren Sie sich bei den Kosten für Kopien und Ausdrucke am Gerichtskostengesetz, das vergleichbare Kostensätze vorsieht. Hiernach können – unabhängig von der Art der Herstellung – für jede Seite 0,50 Euro für die ersten 50 Seiten und für jede weitere Seite 0,15 Euro abgerechnet werden.

Die Abrechnung der Kosten erfolgt als privatärztliche Leistung



Thema: Patientenrechte

Der Patient hat kein Recht darauf, Original-Dokumentation mitzunehmen. *Empfehlung:* Weisen Sie den Patienten darauf hin, dass eine Kopie seiner Unterlagen erhalten kann.

USB-Sticks, CDs und andere (Wechsel-) Datenträger, die der Patient mitbringt, um darauf seine Patientenakte oder Teile davon zu speichern, bergen immer ein Sicherheitsrisiko für Ihre Praxis. *Empfehlung:* Wollen Sie die Übertragung auf einen Stick oder eine CD anbieten, sollten Sie diese lieber selbst kaufen und sich die Kosten erstatten lassen.

Eine Übergabe von Patientenunterlagen per E-Mail ist grundsätzlich möglich. In anderen freien Berufen ist diese Praxis üblich. Allerdings besteht beim Versand auch ein hohes Sicherheitsrisiko. *Empfehlung:* Versenden Sie vertrauliche Unterlagen per E-Mail nur nach einer ausdrücklichen vorherigen Einwilligung des Patienten.

Empfehlung: Damit es nicht zu Datenmissbrauch oder gar Urkundenfälschung kommt, sollten Sie bei der digitalen Herausgabe darauf achten, dass die Dokumente in einem unveränderbaren Format sind. Werden Dokumente beispielsweise im Word-Format herausgegeben, könnten sie von anderen nachträglich verändert werden.

Das Recht auf Einsichtnahme in die „ihn betreffende Patientenakte“ hat ausschließlich der Patient selbst. Eltern haben kein Recht darauf, die Unterlagen ihrer volljährigen Kinder einzusehen. Ist der Nachwuchs noch nicht volljährig, gehört aber schon zum Kreis der so genannten Einwilligungsfähigen, haben Eltern ebenfalls keinerlei Recht darauf, die Unterlagen einzusehen.

Patient hat kein Recht auf die Originale

Keine USB-Sticks von Patienten nutzen – Risiko

E-Mail mit vertraulichem Inhalt nur nach Einwilligung

Eigenschaften der Dokumente prüfen, Inhalt schützen

Hinweis zum Umgang mit den Rechten von Eltern

THEMA: RECHT AUF EINSICHT NACH DEM TOD

Nach Paragraph 630g Absatz 3 BGB stehen im Fall des Todes des Patienten die Rechte aus den eben behandelten Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

Erläuterungen

Nach dem Tod eines Patienten können Sie mit Anfragen von Angehörigen oder Verwandten des Verstorbenen konfrontiert sein, die dessen Patientenakte einsehen wollen. Das Gesetz sieht hier vor, dass die Erben bei vermögensrechtlichen Gründen, zum Beispiel einen etwaigen Haftungsanspruch, Anspruch auf Einsichtnahme in die Patientenunterlagen haben. *Empfehlung:* Lassen Sie sich den Erbschein zeigen.

Doch nicht nur die Erben, auch „nächste Angehörige“ können nach dem Gesetz einen Anspruch auf Einsicht in die Patientenunterlagen haben, wenn sie „immaterielle Interessen“ geltend machen können. Allerdings sind beide Rechte ausgeschlossen, wenn der mutmaßliche Wille des Verstorbenen die-



Patientenakte eines verstorbenen Patienten kann von dessen Erben eingesehen werden

Auch nächste Angehörige haben Recht auf Einsicht



sem entgegensteht. Bestehen Zweifel am mutmaßlichen Willen des Patienten, so ist anzunehmen, dass der mutmaßliche Wille des Verstorbenen gegen eine Weitergabe von Patienteninformationen spricht. Auch nach der neuen Regelung gelten die Grundsätze der ärztlichen Schweigepflicht weiter. *Empfehlung:* Besprechen Sie mit dem Patienten wenn möglich bereits zu dessen Lebzeiten, wer Einsicht in seine Unterlagen erhalten soll.

Weitergabe von Informationen frühzeitig klären

THEMA: INFORMATIONSPFLICHT

Paragraf 630c Absatz 2 Satz 1 BGB verpflichtet den Behandelnden, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.



Erläuterungen

Der Patient ist – neben der Aufklärung – vor Beginn der Behandlung umfassend zu informieren. Das gilt zum Beispiel für Fälle, in denen die Krankenkassen eine Leistung eventuell nicht im Rahmen der Kostenerstattung bezahlen. Die Informationspflicht reicht jedoch nur soweit, wie dem Vertragsarzt oder -psychotherapeut die Informationen bekannt sind – das heißt, im vorgenannten Fall reicht ein Hinweis auf das „Nichtwissen“ aus.

Arzt muss Patient informieren – aber nur soweit es ihm selbst bekannt ist

THEMA: ÜBERGABE VON AUFKLÄRUNGSUNTERLAGEN

Paragraf 630e Absatz 2 Satz 2 BGB besagt, dass dem Patienten Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen sind.



Erläuterungen

Bei den Abschriften und Unterlagen sind die gegenwärtig üblichen Aufklärungsbögen wohl nicht ausreichend. *Empfehlung:* Achten Sie darauf, was die Landesärztekammer, z.B. im Mitgliedermagazin oder Internet, veröffentlicht.

Auf Mitteilungen der Landesärztekammern achten

Mehr Informationen

Weiteres zum Thema Patientenrechte und Patientenrechtegesetz finden Sie auf der KBV-Internetseite unter www.kbv.de (Startseite / Service / Patienteninformationen / Patientenrechte).

Weiteres zum Thema im Internet