



## Editorial

Neue Dimension des Ärztemangels erfordert Notmaßnahmen der KV Thüringen

## Amtliche Bekanntmachungen

Änderungen/Ergänzungen der Honorarverteilung der KV Thüringen zum 01.07.2013

Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote „Q“ für das 2. Halbjahr 2013

## Ihre Fachinformationen

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
  - Termine zur Abrechnungsannahme für das 2. Quartal 2013 1
  - Abrechnung der Mitbesuche in Heimen ab 01.07.2013 generell nach GOP 01413H 1
  - Indikation zur Osteodensitometrie wurde erweitert 1
  - Änderungen des EBM zum 01.07.2013 2
- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
  - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 3
  - Neue Prüfvereinbarung in Kraft getreten 5
- **Disease-Management-Programme**
  - Berichte der Gemeinsamen Einrichtung 6
  - Neue Teilnehmererklärungen/Einwilligungserklärungen zum 01.07.2013 7
- **Verträge**
  - Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – Anhebung der Vergütung und Ergänzungen im Rahmen der Unfallversicherungen 8
  - Übersicht der an dem IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden BKKn und teilnehmenden stationären Einrichtungen 8
  - Vertrag „Starke Kids Thüringen“ – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn 8
  - Hausarztzentrierte Versorgung – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn 9
- **Alles was Recht ist**
  - Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag 9
- **Informationen**
  - Umsatzsteuerbefreiung für ehrenamtliche Tätigkeit 10
  - Online-Umfrage zum Schnittstellenmanagement läuft bis 16.08.2013 – Mediziner sind eingeladen, ihr Wissen einzubringen 10
  - Präventionsinitiative 2013: Informationskampagne zum Check-up 35 11
  - Soforthilfen für Hochwassergeschädigte in Thüringen 12
  - Hinweise auf Verdacht von Arzneimittelmissbrauch 13

## ▪ **Ärztliche Selbstverwaltung**

Vertreterversammlung der KV Thüringen vom 12. Juni 2013	13
Wir brauchen Sie!	16

## **Terminkalender**

---

Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen	17
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	18

## **Kunst in der KV Thüringen**

---

5. Dimension – Ausstellung von Alexander Busch – Fotograf und freischaffender Künstler in Kärnten	20
---------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## **Anlagen**

---

- Anlage 1 – Beschluss des G-BA über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie:  
Anlage VI – Off-Label-Use
- Anlage 2 – Prüfvereinbarung zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen, gültig seit 01.01.2013
- Anlage 3 – Kennzeichnung von kostenintensiven Behandlungsfällen als Indikatoren für Praxisbesonderheiten
- Anlage 4 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen
- Anlage 5 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

## **Beilagen**

---

- Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)
- Fortbildungskalender 3. Quartal 2013

---

## **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](http://www.kvt.de)

E-Mail: [info@kvt.de](mailto:info@kvt.de)

Druck: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

## Neue Dimension des Ärztemangels erfordert Notmaßnahmen der KV Thüringen

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

die zunehmenden Schwierigkeiten, den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung zu erfüllen, hatten im letzten Jahr zu ultimativen politischen Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen an die Politik geführt (siehe „Acht-Punkte-Plan“ im Kasten).

Im Bericht des Vorstandes zur Vertreterversammlung der KV Thüringen am 12.06.2013\* wurde über die neuerdings notwendig gewordene Patientenvermittlung an nicht ausgelastete Vertragsarztpraxen bei lokalen Versorgungsengpässen berichtet. Das Thema ist daraufhin von den Medien aufgegriffen und auch unter unseren Mitgliedern diskutiert worden.

Umseitig finden Sie eine Stellungnahme des Vorstandes, die sich auf eine Pressemitteilung\*\* von Herrn Dr. med. Jörg Müller, Augenarzt aus Gera und 2. Vorsitzender des Landesverbandes Thüringen des Hartmannbundes, vom 14.06.2013 bezieht.

Am 3. Juli werden wir uns mit den Vorsitzenden der freien ärztlichen Berufsverbände und der KV-Regionalstellen bei einem Treffen zu dieser Thematik austauschen. Gern nehmen wir auch Meinungsäußerungen von Ihnen als Lesern des Rundschreibens entgegen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. Thomas Schröter  
2. Vorsitzender

\* [www.kvt.de](http://www.kvt.de)

→ Über uns → Berichte des Vorstandes →  
Legislaturperiode 2011 bis 2016

\*\* [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de)

→ Wir über uns → Landesverbände →  
Thüringen → Presse

### **Acht-Punkte-Plan der Vertragsärzte und -psychotherapeuten zum Sicherstellungsauftrag**

Die Bedingungen für die weitere Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages, die innerhalb der nächsten fünf Jahre erfüllt werden müssen, sind:

1. Wiederherstellung der diagnostischen und therapeutischen Freiheit jedes einzelnen Vertragsarztes und -psychotherapeuten.
2. Feste und kostendeckende Preise für alle erbrachten ärztlichen Leistungen
3. Abschaffung jeder versorgungsfremden Mengensteuerung und Übernahme des Mengenrisikos durch die gesetzlichen Krankenkassen in einem zeitlichen Stufenplan. Alternativ sollen feste Mengen mit den Krankenkassen vereinbart werden, zu denen feste Preise vergütet werden.
4. Wiederherstellung der ärztlichen Autonomie in Fragen der persönlichen Qualifikation.
5. Abschaffung der Regresse bei veranlassten Leistungen.
6. Primat der Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen durch zugelassene Vertragsärzte und -psychotherapeuten.
7. Möglichkeit zum Abschluss kassenspezifischer Gesamtverträge.
8. Die Online-Vernetzung der Ärzte muss in den Händen der ärztlichen Selbstverwaltung liegen.

## Offener Brief zur Presseerklärung des Hartmannbundes vom 14. Juni 2013

Sehr geehrter Herr Kollege Müller,

pro Hausarzt und pro Facharzt in Thüringen werden Quartal für Quartal etwa ein Drittel mehr Patienten versorgt als im Durchschnitt der alten Bundesländer. Immer mehr Kolleginnen und Kollegen arbeiten an der Grenze zur Erschöpfung und müssen die Neuaufnahme von Patienten ablehnen, um sich selbst vor Gesundheitsschäden durch Überlastung zu schützen. Uns erreichen neuerdings Hilferufe von Patienten, die in ihrem Umfeld keine Arztpraxis mehr finden, die ihnen einen Behandlungstermin anbietet. Diese Entwicklung begründet bei uns eine zusätzliche Sorge neben den bekannten Finanzierungsproblemen im fachärztlichen Versorgungsbereich. Sie erfordert Fürsorgemaßnahmen der Gemeinschaft und begründet diverse Lösungsbemühungen von Menschen, die im Gesundheitswesen Verantwortung übernommen haben.

Als Ursachen der angespannten Situation sind die relativ geringere Arztdichte, ein höheres Durchschnittsalter und eine höhere Morbidität in Thüringen sowie in den anderen neuen Bundesländern bekannt. Wir haben als Kassenärztliche Vereinigung den gesetzlichen Auftrag, alle notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um trotz dieser Herausforderungen die ambulante ärztliche Versorgung in der GKV sicherzustellen. Dazu werden z. B. Anreize für die Praxistätigkeit in strukturschwachen Regionen gesetzt, die allgemeinmedizinische und die ambulante fachärztliche Weiterbildung des Nachwuchses gefördert und in diesem Jahr erstmals ein Sicherstellungszuschlag an Augenärzte in Höhe von 5 Euro für jeden konservativen Behandlungsfall oberhalb des Fachgruppendurchschnitts gezahlt.

Hier bringen alle Thüringer Vertragsärzte trotz der im Bundesvergleich niedrig liegenden Honorare je Behandlungsfall solidarisch finanzielle Opfer, um in besonders prekären Bereichen und zugunsten besonders belasteter Kolleginnen und Kollegen Unterstützung zu gewähren. Wo Ärzte am Rand ihrer Kräfte arbeiten, sind finanzielle Maßnahmen aber nicht ausreichend, sondern ist Entlastung nötig. Bei der Erschließung von ungenutzten Kapazitäten ist die KV Thüringen auf das Phänomen gestoßen, dass es in zulassungsgesperrten Regionen neben den hochfrequent arbeitenden Vollversorgerpraxen auch eine Reihe von Praxen mit geringeren Patientenzahlen bei vergleichbarem Spektrum gibt. Sehr häufig, wenngleich nicht ausschließlich, handelt es sich um Arztsitze mit angestellten Ärzten. Diese blockieren dann weitere Neuzulassungen oder die Ermächtigung von Krankenhausärzten, weil die Statistik der Bedarfsplanung eine ausreichende regionale Versorgung suggeriert.

Wenn Patienten nachweislich Schwierigkeiten haben, in ihrem Umfeld einen behandelnden Arzt zu finden, werden sie von der KV Thüringen an Praxen vermittelt, die noch über Kapazitätsreserven verfügen. Niedergelassene und angestellt tätige Vertragsärzte dürfen die Behandlung von GKV-Versicherten nicht ablehnen, es sei denn, sie sind überlastet. Solche Vermittlungen sind derzeit eine Ultima ratio bei örtlichem Versorgungsnotstand in Einzelfällen. Vielleicht ließen sich unpopuläre Regulierungen dieser Art vermeiden, wenn Bonus/Malus-Regelungen in der Honorarverteilung noch stärkere Anreize für eine umfassende Erfüllung des Versorgungsauftrages setzen würden? In unseren Gremien bekommt jede Idee die Chance, verfahrenstechnisch, juristisch und berufspolitisch geprüft zu werden. Die Notbeauftragung hat diese Prüfung bestanden und es wird auch zukünftig keine ideologisch begründeten Denkverbote geben.

Mit vollem Engagement flankieren wir seitens der KV Thüringen die Bemühungen der KBV um verbesserte Rahmenbedingungen für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages, die nach einer Infas-Umfrage bei unseren Mitgliedern breite Unterstützung genießt (8-Punkte-Programm bis 2017). Zugleich sichern wir die Gesamtvergütung aller Thüringer Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die in diesem Jahr mit der bundesweit höchsten vertraglich vereinbarten Zuwachsrate gesteigert werden konnte.

Wir vertreten vornehmlich die Interessen jener Mitglieder unserer Kassenärztlichen Vereinigung, die im Sinne der laufenden Image-Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ jeden Tag mit vollem Einsatz überdurchschnittliche Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erbringen.

Die Freiheit des einzelnen Inhabers einer vertragsärztlichen Zulassung, seinen Beitrag zur Versorgung der Versicherten in der GKV zu beschränken, ist nicht unbegrenzt. Wir können nicht tatenlos zusehen, wenn sich die Berufung auf diese Freiheit zum Schaden des Ansehens oder zum wirtschaftlichen Nachteil der Gemeinschaft aller Vertragsärzte auszuwirken droht.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Thomas Schröter  
2. Vorsitzender der KV Thüringen

## Amtliche Bekanntmachungen

- I. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen hat in ihrer Sitzung am 12.06.2013 folgende Änderungen/Ergänzungen der Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, vorbehaltlich der Benehmensherstellung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, beschlossen. Änderungen und Ergänzungen sind durch Streichungen bzw. Fettdruck hervorgehoben; ausgenommen sind die Überschriften der Paragraphen.

Eine Lesefassung des geänderten Honorarverteilungsmaßstabes finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de).

### Änderungen/Ergänzungen zum 1. Juli 2013

1. Die Fachgruppenkontingente in § 8 Abs. 2 lfd. Nr. 1 Hausärzte mit Genehmigung für fachärztliche Leistungen (ehemals k.o.-Leistungen) und lfd. Nr. 2 Hausärzte ohne Genehmigung für fachärztliche Leistungen (ohne k.o.-Leistungen) werden ab 01. Juli 2013 zu einem gemeinsamen Fachgruppenkontingent Hausärzte zusammengelegt.

#### **§ 8 Aufteilung des Honorarvolumens für den hausärztlichen Versorgungsbereich**

- (2) Für folgende Fachgruppen werden Fachgruppenkontingente im hausärztlichen Versorgungsbereich gebildet:

<b>lfd. Nr.</b>	<b>Fachgruppe</b>
1	Hausärzte mit Genehmigung für fachärztliche Leistungen (ehemals KO-Leistungen)
2 1	Hausärzte ohne Genehmigung für fachärztliche Leistungen (ohne KO-Leistungen)
3 2	Kinderärzte

2. In § 9 Abs. 2 werden die Fachgruppentöpfe lfd. Nr. 19 Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, die lfd. Nr. 20 Fachärzte für Neurologie und lfd. Nr. 23 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte zu einem gemeinsamen Fachgruppenkontingent mit der lfd. Nr. 19 mit Wirkung ab 1. Juli 2013 zusammengelegt.

#### **§ 9 Aufteilung des Honorarvolumens für den fachärztlichen Versorgungsbereich**

- (2) Für folgende Fachgruppen werden Fachgruppenkontingente im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildet:

<b>lfd. Nr.</b>	<b>Fachgruppe</b>
1	Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie
2	Fachärzte für Augenheilkunde
3	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie
4	Fachärzte für Frauenheilkunde
5	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
6	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
7	Fachärzte für Humangenetik
8	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
9	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13300 – 13311)

10	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13350)
11	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13400 – 13431)
12	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13500 – 13502)
13	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13550 – 13561)
14	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13650 – 13670 *1)
15	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13700 – 13701)
16	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13600 – 13621)
17	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
18	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
19	<b>Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte, mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie (GOP's 35200 – 35225)</b>
<del>20</del>	<del>Fachärzte für Neurologie</del>
<del>21</del> <b>20</b>	<del>Fachärzte für Nuklearmedizin</del>
<del>22</del> <b>21</b>	<del>Fachärzte für Orthopädie</del>
<del>23</del>	<del>Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte, mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie (GOP's 35200 – 35225)</del>
<del>24</del> <b>22</b>	<del>Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Radiologie</del>
<del>25</del> <b>23</b>	<del>Fachärzte für Strahlentherapie</del>
<del>26</del> <b>24</b>	<del>Fachärzte für Urologie</del>
<del>27</del> <b>25</b>	<del>Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM</del>
<del>28</del> <b>26</b>	<del>Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin</del>
<del>29</del> <b>27</b>	<del>Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie</del>
<del>30</del> <b>28</b>	<del>Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin</del>

*~~\*) 85 % der Anforderungen der GOP 30901 werden mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der Regelungen gemäß Abs. (3) vergütet.~~*

Für das Fachgruppenkontingent 14 – Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13650 – 13670) erfolgt eine Klarstellung der gesonderten Vergütung für die GOP 30901 (Polysomnographie) außerhalb dieses Fachgruppenkontingents.

**Der angeforderte Leistungsbedarf der Gebührenordnungsposition 30901 wird mit 85 Prozent mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der Regelung gemäß Abs. 3 vergütet.**

**Änderungen zum frühestmöglichen Zeitpunkt**

4. Die Berücksichtigung einer Fallzahlentwicklung auf das individuelle Punktzahlvolumen in § 8 Abs. 4 bzw. § 9 Abs. 4 wird zum frühestmöglichen Zeitpunkt gestrichen.

**§ 8 Aufteilung des Honorarvolumens für den hausärztlichen Versorgungsbereich**

- ~~(4) Zur Berücksichtigung einer Fallzahlentwicklung auf das individuelle Punktzahlvolumen wird zunächst je Fachgruppe eine prozentuale Entwicklung der Arztfallzahlen ermittelt:~~

~~$$\frac{Fz_{FGDurechn.}}{Fz_{FGVJQ}} = \frac{Fz_{FGaktuell}}{1}$$~~

- ~~Sofern ein Rückgang der Arztfallzahl im aktuellen Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal festgestellt wird, wird der prozentuale Anteil wie folgt ermittelt:~~

~~$$Fz_{Arzt} = \frac{Fz_{Arztaktuell}}{Fz_{ArztVJQ}} - 1$$~~

- ~~Ist der prozentuale Anteil je Arzt niedriger als der der Fachgruppe, wird das individuelle Punktzahlvolumen entsprechend der Differenz der Prozentpunkte abgesenkt.~~

~~$$Fz_{Arzt} - Fz_{FGDurechn.} = \text{Anpassung}_{\text{der individuellenPZ}}$$~~

- ~~Bei einer Steigerung der Arztfallzahl über den Durchschnitt der jeweiligen Fachgruppe ( $Fz_{FGDurechn.}$ ) kann der Arzt gemäß § 12 einen Antrag auf Anpassung des individuellen Punktzahlvolumens stellen.~~

**§ 9 Aufteilung des Honorarvolumens für den fachärztlichen Versorgungsbereich**

- ~~(4) Zur Berücksichtigung einer Fallzahlentwicklung auf das individuelle Punktzahlvolumen wird zunächst je Fachgruppe eine prozentuale Entwicklung der Arztfallzahlen ermittelt:~~

~~$$\frac{Fz_{FGDurechn.}}{Fz_{FGVJQ}} = \frac{Fz_{FGaktuell}}{1}$$~~

- ~~Sofern ein Rückgang der Arztfallzahl im aktuellen Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal festgestellt wird, wird der prozentuale Anteil wie folgt ermittelt:~~

~~$$Fz_{Arzt} = \frac{Fz_{Arztaktuell}}{Fz_{ArztVJQ}} - 1$$~~

- ~~Ist der prozentuale Anteil je Arzt niedriger als der der Fachgruppe, wird das individuelle Punktzahlvolumen entsprechend der Differenz der Prozentpunkte abgesenkt.~~

~~$$Fz_{Arzt} - Fz_{FGDurechn.} = \text{Anpassung}_{\text{der individuellenPZ}}$$~~

- ~~Bei einer Steigerung der Arztfallzahl über den Durchschnitt der jeweiligen Fachgruppe ( $Fz_{FGDurechn.}$ ) kann der Arzt gemäß § 12 einen Antrag auf Anpassung des individuellen Punktzahlvolumens stellen.~~

- II. Auf der Grundlage der Präambel Abs. 2 des HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen hat der Vorstand zu dem Beschluss der Vertreterversammlung vom 12.06.2013 bezüglich der Berücksichtigung einer Fallzahlentwicklung auf das individuelle Punktzahlvolumen in § 8 Abs. 4 bzw. § 9 Abs. 4 HVM folgende Konkretisierung beschlossen:

Der Vorstand hat beschlossen, auf der Grundlage der Beschluss-Nr. V 11/13/2013 der Vertreterversammlung vom 12.06.2013, die Regelung des § 8 Abs. 4 bzw. § 9 Abs. 4 HVM bereits ab dem 1. Quartal 2013 nicht mehr anzuwenden.

Ausgefertigt am: 12. Juni 2013  
gez.: (Dienstsiegel)

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

### **Bundeseinheitlich anzuwendende Abstufungsquote „Q“ gemäß Nr. 1.1.5, Teil E, der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen gemäß § 5 des zum 01.07.2013 gültigen Honorarverteilungsmaßstabes**

#### **Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Abstufungsquote „Q“:**

Für das 2. Halbjahr 2013 beträgt die Abstufungsquote „Q“ 91,58 Prozent.

In dem mit Wirkung zum 01.07.2012 gültigen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wurde die Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen umgesetzt.

Die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027, 32035 bis 32039, 32097, 32150 sowie 32880 bis 32882 werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert und mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote „Q“ gemäß Teil E der Vorgaben der KBV zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen aus dem Vergütungsvolumen VG gemäß Abs. 1c) vergütet. Diese bundeseinheitliche Quote wird vorbehaltlich der im § 5 Abs. 7 des HVM definierten Anpassung quartalsweise von der KBV bestimmt.

## Abrechnung/Honorarverteilung

### 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.

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.

Ihre Ansprechpartnerin bei Verlängerung der Abgabefrist:

- Katrin Kießling  
Telefon: 03643 559-422  
Telefax: 03643 559-491  
E-Mail: [abrechnung@kvt.de](mailto:abrechnung@kvt.de)

### Abrechnung der Mitbesuche in Heimen ab 01.07.2013 generell nach GOP 01413H

Für alle Ärzte gilt ab 01.07.2013, dass bei den Mitbesuchen in Heimen die H-Kennzeichnung bei der GOP 01413 vorgenommen wird.

**Dadurch erhalten wir ab 01.07.2013 die Möglichkeit, die vorgesehene Förderung von Leistungen der Pflegeheimversorgung durch den Aufschlag von 0,5 Euro-Cent je Punkt sachgerecht umzusetzen.**

Betroffen von dieser Förderung sind die GOP 01410, 01411 und 01412 in Verbindung mit der GOP 01413H oder 01415 im Fall, sowie generell alle GOP 01413H und 01415.

### Indikation zur Osteodensitometrie wurde erweitert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Erweiterung der Indikation zur Osteodensitometrie beschlossen. Diese gilt seit dem 11.05.2013, dem Tag nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger:

„Osteodensitometrie mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy-X-Ray-Absorptiometrie) zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde, **beispielsweise** bei klinisch manifester Wirbelkörper- oder Hüftfraktur ohne adäquates Trauma, eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht. Zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung kann die Osteodensitometrie frühestens nach fünf Jahren wiederholt werden, es sei denn, dass aufgrund besonderer therapierelevanter anamnestischer und klinischer Befunde eine frühere Osteodensitometrie geboten ist.“

**Was ist mit dieser Änderung gemeint?**

Die Osteodensitometrie war bisher nur bei bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht, eine vertragsärztliche Leistung. Diese vertragsärztliche Leistung wurde bisher und wird in diesen Fällen weiterhin nach GOP 34600 abgerechnet.

Künftig kann die Knochendichtemessung mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy-X-Ray-Absorptiometrie) auch für Patienten mit dem Verdacht auf eine Osteoporose durchgeführt werden, bei denen eine medikamentöse Therapie geplant ist, ohne das o. g. Fraktur vorliegen muss. Eine Wiederholung dieser Diagnostik ist grundsätzlich alle fünf Jahre möglich. Der Abstand von fünf Jahren muss dann nicht eingehalten werden, wenn sich in der Zwischenzeit neue Befunde ergeben, sodass eine Optimierung der Therapie erforderlich ist.

**Hinweise zur Vergütung!**

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung haben mit Inkrafttreten des Beschlusses ab 11.05.2013 Anspruch auf diese Leistungen. Die Aufnahme der neuen Leistung in den EBM steht noch aus. Daher wird die Osteodensitometrie nach den v. g. Indikationen vorerst im Wege der Kostenerstattung vergütet (§ 13 Abs. 3 SGB V). Leistungen nach dem bisherigen Umfang der GOP 34600 sind weiterhin nach EBM zu berechnen.

Die neu gefasste vertragsärztliche Leistung wird dem Patienten nach GOÄ in Rechnung gestellt. Auf der ausgestellten Rechnung empfehlen wir dringend den Hinweis „Osteodensitometrie nach Beschluss des G-BA vom 21.02.2013“ aufzutragen, damit die Abgrenzung zur bestehenden GOP 34600 eindeutig ist. Der Patient lässt sich diese Kosten von seiner Krankenkasse erstatten.

**Änderungen des EBM zum 01.07.2013**

Uns wurde seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung signalisiert, dass die Abrechnungspositionen für das Screening auf Gestationsdiabetes zum 01.07.2013 in das Kapitel 1.7.4 (Mutterschaftsvorsorge) aufgenommen werden sollen. Die konkreten Beschlüsse liegen uns bis zum Redaktionsschluss für dieses Rundschreiben leider noch nicht vor.

Die amtliche Bekanntmachung wird in einem der nächsten Deutschen Ärzteblätter erfolgen.

**Ihre Ansprechpartnerinnen 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 Kölbl 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-Eintr. MKG Neurochirurgen Anästhesisten

Die Kontaktaufnahme ist auch per E-Mail an [abrechnung@kvt.de](mailto:abrechnung@kvt.de) möglich.

## Verordnung und Wirtschaftlichkeit

### Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

#### ▪ Acetylsalicylsäure (Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie [AM-RL] – Ausnahmeliste)

Punkt 2 der Ausnahmeliste (ASS) wurde um die Indikation „koronare Herzkrankheit“ erweitert. Der vollständige Text lautet jetzt wie folgt:

Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit) als Thrombozyten-Aggregationshemmer **bei koronarer Herzkrankheit (gesichert durch Symptomatik und ergänzende nicht invasive oder invasive Diagnostik)** und in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.

Der Beschluss trat am 05.06.2013 in Kraft.

#### ▪ Medizinprodukte (Anlage V der AM-RL)

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

Produktbezeichnung	Befristung der Verordnungsfähigkeit	Inkrafttreten des Beschlusses
Pädiasalin® Inhalationslösung	17.03.2017	18.03.2013
Iso Free	17.03.2017	18.03.2013
Macrogol dura®	15.07.2013	16.04.2013
NaCl 0,9 % B. Braun	07.05.2018	08.05.2013
Aqua B. Braun	07.05.2018	08.05.2013
Ringer B. Braun	07.05.2018	08.05.2013

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

Medizinprodukte mit arzneimittelähnlichem Charakter sind nur noch dann zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig, wenn sie in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie gelistet sind. Das gilt auch für Verordnungen im Sprechstundenbedarf. Die derzeit bei bestimmten Indikationen verordnungsfähigen Medizinprodukte finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) oder unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de).

#### ▪ Off-Label-Use (Anlage VI der AM-RL)

Arzneimittel dürfen nur für diejenigen Indikationen eingesetzt werden, für die sie in Deutschland bzw. europa-weit 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 möglich.** Neu aufgenommen wurde hier **Clostridium botulinum Toxin Typ A bei Spasmodischer Dysphonie** (Laryngealer Dystonie) bei speziellen Patientengruppen. Den vollständigen Text der Bekanntmachung finden Sie in **Anlage 1** dieses Rundschreibens. Bitte beachten Sie, dass nicht alle Hersteller ihre Zustimmung für den Einsatz bei dieser Indikation erteilt haben. Die Bekanntmachung enthält eine Auflistung der verordnungsfähigen Präparate. Der Beschluss trat am 12.06.2013 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. Kürzlich hat der G-BA weitere nachfolgende Beschlüsse im Rahmen der frühen Nutzenbewertung gefasst und in die Anlage XII der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen.

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*
Afilbercept (Eylea®) 06.06.13	Neovasculäre (feuchte) altersabhängige Makuladegeneration	Zusatznutzen <b>ist nicht belegt</b> , zweckmäßige Vergleichstherapie: Ranibizumab
Brentuximabvedotin (Adcetris®) 16.05.13	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem CD 30 pos. Hodgkin Lymphomen nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) oder nach mindestens zwei vorangegangenen Therapien, wenn eine ASCT oder eine Kombinationstherapie nicht in Frage kommen;</li> <li>– Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem systemischem anaplastischen großzelligem Lymphom</li> </ul>	Zusatznutzen <b>nicht quantifizierbar</b> , da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Dapagliflozin (Forxiga®) 06.06.13	Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Monotherapie oder Zusatztherapie zu anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln einschließlich Insulin	Ein Zusatznutzen <b>ist bei keinem</b> der nachfolgenden <b>Einsatzgebiete belegt</b> : a) Monotherapie zweckmäßige Vergleichstherapie (z. V.) Sulfonylharnstoff b) Kombinationstherapie mit Metformin, z.V. Sulfonylharnstoff plus Metformin c) Kombinationstherapie mit anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln, z. V. Sulfonylharnstoff plus Metformin d) Kombinationstherapie mit Insulin, z. V. Metformin plus Humaninsulin
Linagliptin (Trajenta®) 16.05.13 derzeit in Deutschland nicht im Handel	Neu zugelassenes Anwendungsgebiet: Diabetes mellitus Typ 2 – Anwendung in Kombination mit Insulin mit oder ohne Metformin	Zusatznutzen <b>gilt als nicht belegt,**</b> zweckmäßige Vergleichstherapie: Humaninsulin plus Metformin
Pixantron (Pixuvri®) 16.05.13	Patienten mit mehrfachen rezidivierten oder therapierefraktären aggressiven Non-Hodgkin-B-Zell-Lymphomen	Zusatznutzen <b>ist nicht belegt</b> , zweckmäßige Vergleichstherapie: patientenindividuell festgelegte Therapie unter Berücksichtigung des deutschen Zulassungsstatus

\* Den vollständigen Text einschließlich der tragenden Gründe finden Sie im jeweiligen Beschluss des G-BA ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) bzw. in der Fachinformation des Arzneimittels unter Punkt 4.1 Anwendungsgebiete.

\*\* Werden die erforderlichen Nachweise nicht vollständig vorgelegt, gilt der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie als nicht belegt (§ 35a Abs. 1 Satz 5 SGB V).

Den Beschlüssen folgen Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Herstellern über die Erstattungsbeträge. 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, das Arzneimittel jedoch deutlich teurer ist als die zweckmäßige Vergleichstherapie, **bis zum Abschluss der Erstattungsvereinbarung von Krankenkassen als unwirtschaftlich** erachtet wird.

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

## Neue Prüfvereinbarung in Kraft getreten

Die neue Prüfvereinbarung finden Sie in **Anlage 2** zu diesem Rundschreiben. Diese **tritt rückwirkend zum 01.01.2013 in Kraft**. Verschiedene gesetzgeberische Änderungen machten es erforderlich, die einzelnen Regelungen der Prüfvereinbarung entsprechend anzupassen.

### Die wesentlichsten Änderungen in Kurzfassung:

- Die gleichzeitige Durchführung einer Richtgrößenprüfung sowie Stichprobenprüfung bei gleichem Prüfgegenstand im selben – auch anteiligen – Zeitraum ist ausgeschlossen.
- Regresse bzw. Kürzungen desselben Sachverhaltes im selben Prüfzeitraum nach unterschiedliche Prüfarten (z. B. Einzelfallprüfung eines Arzneimittels nebst Richtgrößenprüfung Arzneimittel) werden gegeneinander verrechnet.
- Die Prüfungsstelle soll vor Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens die Auswirkungen von Strukturverträgen, von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung, zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung und zur integrierten Versorgung berücksichtigen.
- Bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % nach Anerkennung von Praxisbesonderheiten erfolgt anstatt einer Regressfestsetzung eine individuelle Beratung.
- Diese individuelle Beratung erfolgt schriftlich mit dem zusätzlichen Angebot einer ergänzenden mündlichen Beratung. Die mündliche Beratung ist zu protokollieren und das Protokoll dem Vertragsarzt, der KV Thüringen und den Krankenkassen zu übermitteln.
- Das Protokoll ist in Folgeverfahren von den Prüfungsgremien in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.
- Im Rahmen der mündlichen Beratung können in begründeten Fällen die Vertragsärzte eine Feststellung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen.
- Eine erstmalige Festsetzung eines Regresses aus einer Richtgrößenprüfung ist frühestens für den Prüfzeitraum nach einer Beratung in Höhe von max. 25.000,00 € für die nächsten zwei auf die Beratung folgenden Jahre möglich, wenn in diesen Jahren das Richtgrößenvolumen um mehr als 25 % überschritten werden sollte.
- Es werden keine Vertragsärzte in die Stichprobenprüfung einbezogen, die weniger als 200 Fälle im Prüfzeitraum abgerechnet haben.
- Führt die Prüfungsstelle im Rahmen der Stichprobenprüfung eine repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung durch, dann ist eine Hochrechnung nur zulässig, wenn in mindestens 20 % der geprüften Fälle Unwirtschaftlichkeiten festgestellt wurden.
- Anerkannte Praxisbesonderheiten aus unmittelbar vorangegangenen Prüfzeiträumen können von der Prüfungsstelle berücksichtigt werden.
- Neu als Praxisbesonderheiten wurden Verordnungen in Indikationen definiert, in denen ein Zusatznutzen festgestellt und ein Erstattungsbetrag festgelegt wurde (Nutzenbewertete Arzneimittel nach Anlage 1a der Prüfvereinbarung).
- Als weitere Praxisbesonderheit kann die Prüfungsstelle die Mehrkosten bei zulässiger Mitversorgung (im Rahmen des Fachgebietes) aus anderen Fachgebieten aus Sicherstellungsbedarf berücksichtigen.

### Praxisbesonderheiten zur Vorabanerkennung

- Für Arzneimittel wurden erneut Praxisbesonderheiten auf Wirkstoffebene (ATC-Code) vereinbart. Die entsprechenden Kennzeichnungsnummern mit Vorabzugsfunktion sind zusätzlich mit „A“ versehen. Hierdurch wird ein Vorabzug zur Vermeidung einer Richtgrößenprüfung ermöglicht (siehe Anlagen 1 und ggf. 1a der Prüfvereinbarung).
- Die Heilmittel-Praxisbesonderheiten zum vollständigen Vorabzug folgen der bundeseinheitlichen Diagnoseliste (siehe Anlage 2 der Prüfvereinbarung).
- Zusätzlich konnte in Thüringen die Podologie beim diabetischen Fußsyndrom weiterhin als Praxisbesonderheit zum Vorabzug gemäß Prüfvereinbarung vereinbart werden (siehe Anlage 2a der Prüfvereinbarung).
- Für die Vorab-Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist im Heilmittelbereich die korrekte Angabe von Diagnose (ICD 10) und Indikationsschlüssel nach Heilmittel-Richtlinie notwendig und ausreichend.

- Für diese Verordnungen sind lediglich stichprobenhafte Prüfungen zur Plausibilität möglich.
- Handelt es sich um Patienten mit langfristigem Behandlungsbedarf, gemäß bundeseinheitlicher Regelung, so werden diese Verordnungskosten nicht Gegenstand von Prüfverfahren. Bitte beachten Sie hierzu auch alle Publikationen in den Rundschreiben 12/2012 bis 3/2013 der KV Thüringen.
- Wenn die entsprechenden Diagnosen vorliegen und Verordnungen erfolgten, nutzen Sie bitte vorrangig die Möglichkeiten zur Kennzeichnung vorabzugsfähiger Praxisbesonderheiten.

### **Kennzeichnung weiterer Praxisbesonderheiten zur zusätzlichen Beantragung innerhalb von Richtgrößenprüfungen**

Für alle anderen kostenintensiven Patienten oder Patientengruppen nutzen Sie bitte die weiteren von der KV Thüringen vorgeschlagenen Kennzeichnungsmöglichkeiten (siehe **Anlage 3** im vorliegenden Rundschreiben) bzw. vermerken Sie sich diese und weitere Patienten in geeigneter Weise praxisintern für den Fall eines Prüfverfahrens, da die Prüfungsstelle Praxisbesonderheiten im Rahmen des Prüfverfahrens nur auf Antrag des Arztes ermittelt.

Bitte beachten Sie, dass Sie die Pseudoziffern zur Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten nur in Verbindung mit einer entsprechenden Verordnung auf den Behandlungsschein auftragen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit und deren jeweilige Höhe obliegt in jedem Fall den Prüfungsgremien.

Den vollständigen Inhalt entnehmen Sie bitte der Prüfvereinbarung in **Anlage 2** im vorliegenden Rundschreiben.

Ihre Ansprechpartner: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763  
Brigitte Heinze, Telefon 03643 559-770  
Thomas Kaiser, Telefon 03643 559-771

## **Disease-Management-Programme**

### **Berichte der Gemeinsamen Einrichtung**

Die Berichte der Gemeinsamen Einrichtung (GE-Berichte) des 1. Halbjahres 2012 für die Indikationen koronare Herzkrankheit und Diabetes mellitus Typ 2 stehen ab sofort im Internetportal der KV Thüringen unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) zur Verfügung. Die ebenfalls aus den Berichten generierten Feedbackberichten wurden bereits an die teilnehmenden Praxen versandt. Für die Indikation KHK sehen wir im Laufe der Jahre eine steigende Verbesserung der Ergebnisse der Qualitätsmaßnahmen und dies spricht für die positive Entwicklung des DMP KHK.

In den kommenden Wochen werden wir außerdem die aus den GE-Bericht generierten Feedback-Berichte für die Indikation Diabetes mellitus Typ 1 an die teilnehmenden Praxen versenden. Die Auswertungen für das 1. Halbjahr 2012 für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und 2 zeigen für folgende Qualitätsmaßnahmen noch Verbesserungsbedarf auf:

#### ■ **Diabetischer Fuß**

Das Qualitätsziel „Diabetischer Fuß“ wurde auch im 1. Halbjahr 2012 nicht erreicht. Mindestens 75 Prozent der Patienten sollen durch eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus nach Wagner 2-5 oder Armstrong C/D mitbehandelt werden.

Wir gehen davon aus, dass Sie natürlich eine Mitbehandlung bei auffälligen Fußstatus veranlassen. Deshalb sollten Sie Ihre Angaben auf der Dokumentation kontrollieren und die Veranlassung zur Mitbehandlung an eine spezialisierte Einrichtung auf der Dokumentation unbedingt vermerken. Bei den in diesem Zusammenhang geregelten Qualitätsmaßnahmen für Sensibilitätsprüfung und peripheren Pulsstatus ist eine Verbesserung zu verzeichnen, jedoch müssen auch hier die Angaben auf der Dokumentation überprüft werden.

## ■ Augenarzt

Beim Qualitätsziel „Augenarzt“ ist zum Vorjahr eine positive Entwicklung zu sehen, jedoch ist das Ziel von 90 % nicht erreicht. Es sollen mindestens 90 % der Patienten eine augenärztlichen Untersuchung in den letzten 12 Monaten wahrgenommen haben.

Bei der Auswertung wurde festgestellt, dass auch hier die nicht vollständige und korrekte Dokumentation Grund für die Nichterreichung sein kann. Nicht immer wird auf der Überweisung zum Augenarzt vermerkt, dass der Patient am DMP teilnimmt und oft bekommt der koordinierende Arzt auch keine Rückmeldung, dass der Patient bereits die Augenuntersuchung durchführen lassen hat. Hier sollte auch von den Patienten die Rückmeldung erfolgen, so dass die durchgeführte augenärztliche Untersuchung entsprechend dokumentiert werden kann.

Die Ziele der Qualitätsmaßnahmen zum

- HbA1c-Wert
- Thrombozytenaggregationshemmer
- Albuminausscheidung

wurden nicht erreicht.

Bei der Verordnung von Medikamenten ist darauf zu achten, dass bei Vorliegen von Kontraindikationen, dieses dokumentiert werden muss. Erst dann wird das Qualitätsziel entsprechend ausgewertet. Bitte kontrollieren Sie selbst Ihre Dokumentationen, ob Sie eventuell doch Angaben hinzufügen können.

Wir möchten nochmals darauf hinweisen, dass eine Aufstellung schulungsberechtigter Ärzte bei der KV Thüringen abgefordert werden kann, um den Patienten an einen Arzt zu verweisen, welcher die Genehmigung zur Durchführung von Diabetes und Hypertonie besitzt.

## Neue Teilnahmeerklärungen/Einwilligungserklärungen zum 01.07.2013

Neue Teilnahmeerklärungen/Einwilligungserklärungen für Versicherte (TE/EWE) gelten ab 01.07.2013 für

- DMP Asthma
- DMP COPD
- DMP Brustkrebs

und diese sind ab sofort zu verwenden. Das neue Formular ist am Datum: 03.12.2012 (rechts unten) zu erkennen.

Die TE/EWE auf alten Formularen sind damit ungültig und können nicht mehr von der Datenstelle verarbeitet werden. Bitte beachten Sie, dass die neuen TE/EWE **im Original** und nicht als selbst ausgedruckte Version zu verwenden sind.

Das Formular der Teilnahmeerklärung für Versicherte ist wie bisher über die **Formularausgabe** der KV Thüringen, Telefon 03643 559-0, zu bestellen.

Ihre Ansprechpartnerin: Kathrin Darnstedt, Telefon 03643 559-759

### Hinweis!

Die am Disease-Management-Programm teilnehmenden Hausärzte müssen bei einer Überweisung eines am DMP teilnehmenden Versicherten an einen Facharzt bzw. Schwerpunktpraxis eine **DMP-Kennzeichnung** auf den Überweisungsschein vornehmen.

## Verträge

### Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – Anhebung der Vergütung und Ergänzungen im Rahmen der Unfallversicherungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) informierte die KV Thüringen über Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, die zum 01.06.2013 in Kraft getreten sind. Diese Beschlüsse beinhalten Ergänzungen der Leistungslegenden der Gebührennummern 828 und 2001 sowie die Anhebung der Vergütung verschiedener Gebührennummern im Rahmen der Unfallversicherung. Folgende Beschlüsse wurden gefasst:

1. In Teil G wird die Leistungslegende der Geb.-Nr. 828 wie folgt ergänzt: Hinter „akustisch“ wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und hinter „somatosen-sorisch“ wird „oder magnetisch“ eingefügt. Im Klammerzusatz wird hinter „SSP“ „MEP“ eingefügt.
2. In Teil L, Abschnitt I., wird die Leistungslegende der Geb.-Nr. 2001 wie folgt ergänzt: Hinter dem Wort „Naht“ wird eingefügt „und/oder Gewebekleber. Die Leistung ist bei Verwendung von Gewebekleber auch für die Versorgung von Wunden am Kopf und an den Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag abzurechnen.“
3. In Teil L, Abschnitte VI und VII werden folgende Gebühren neu festgesetzt:

Gebührennummer	Allg. Heilbehandlung	Bes. Heilbehandlung
2348	unverändert	189,76 €
2381	72,02 €	unverändert
2382	72,02 €	90,03 €
2404	72,55 €	unverändert

Die Änderungen traten am 01.06.2013 in Kraft und wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 23–24 vom 10.06.2013, veröffentlicht.

Im Internetportal der KBV unter [www.kbv.de/rechtssquellen/2350.html](http://www.kbv.de/rechtssquellen/2350.html) finden Sie die aktuelle Fassung des Vertrages UV-GOÄ.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

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

Der BKK-Landesverband Mitte teilte der KV Thüringen die am IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden Betriebskrankenkassen (inkl. der BKKn, die an der Zusatzvereinbarung Sonographie teilnehmen) sowie die Perinatalzentren/geburtshilflich-neonatologischen Schwerpunktkrankenhäuser für das 2. Quartal 2013 mit. Die Übersicht ist als **Anlage 4** diesem Rundschreiben beigefügt.

Ihre Ansprechpartnerinnen

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

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

Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen (BKKn) an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“ sind für das 3. Quartal 2013 in **Anlage 5** aufgeführt. Wir möchten die teilnehmenden Ärzte darauf hinweisen, diese Liste bei der Einschreibung von Versicherten zu beachten, da für Versicherte von nicht teilnehmenden BKKn keine Vergütung gewährt werden kann.

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

## Hausarztzentrierte Versorgung – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn

Im Rahmen des BKK-Hausarztvertrages haben sich für das 3. Quartal 2013 gegenüber dem 2. Quartal 2013 (siehe Rundschreiben 03/2013, Anlage 8) **keine Änderungen** bei der Liste der teilnehmenden BKKn ergeben.

Wir möchten die teilnehmenden Ärzte darauf hinweisen, diese Liste bei der Einschreibung von Versicherten zu beachten, da für Versicherte von nicht teilnehmenden BKKn keine Vergütung gewährt werden kann.

Ihre Ansprechpartner

– in der ServiceStelle: Telefon 03643 559-742 oder -749

– für Vertragsfragen: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

## Alles was Recht ist

### Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

#### Frage 1:

Müssen alle Patientenunterlagen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) übermittelt werden?

**Nein.** Die Auskunftspflicht des Vertragsarztes/Psychotherapeuten und das Auskunftsrecht des MDK umfasst nur diejenigen Angaben zum Patienten, die für die Beurteilung des konkreten Sachverhaltes erforderlich sind. Daher ist der MDK verpflichtet anzugeben, zu welchem Zweck die von ihm angeforderten Unterlagen benötigt werden.

Bestehen Zweifel über den Umfang der erforderlichen Daten, sollte der Vertragsarzt/Psychotherapeut eine Darlegung des MDK zur Frage der Erforderlichkeit anfordern und nicht ungeprüft alle vorhandenen Unterlagen übermitteln.

#### Frage 2:

An wen sind die Unterlagen zu senden?

Eine Auskunftspflicht für die Aufgaben des MDK besteht nur gegenüber dem MDK selbst. Die Versendung der betreffenden Unterlagen muss daher an den MDK oder in einem gesonderten verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse mit der Anschrift des MDK sowie dem Vermerk „Ärztliche Unterlagen - Nur vom MDK zu öffnen“ übersandt werden.

#### Frage 3:

Welches Aufgabenspektrum hat der MDK im Wesentlichen?

Der MDK hat gemäß § 275 SGB V im Wesentlichen die Aufgabe, Einzelfallbegutachtungen und Beratungen der Krankenkassen durchzuführen. Begutachtungsanlässe sind u. a.:

- Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen sowie bei Auffälligkeiten der Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,
- Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger,
- bei Arbeitsunfähigkeit zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit,
- stichprobenartige Überprüfung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei Vertragsärzten, die in die Stichprobenprüfung (§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V) einbezogen sind,
- Krankenhausbehandlung,
- Prüfung der Notwendigkeit von medizinischen Vorsorgeleistungen, Vorsorgekuren für Mütter, medizinische Rehabilitationsleistungen und medizinische Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter,

- bei Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland, ob die Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist,
- ob und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege länger als vier Wochen erforderlich ist,
- Prüfung bei Bestehen von Zweifeln an der medizinischen Notwendigkeit oder an der Geeignetheit bei Bewilligung von Hilfsmitteln, bei der Form der ambulanten Dialysebehandlung, der Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen oder bei der Frage, ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist.

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

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

## Informationen

### Umsatzsteuerbefreiung für ehrenamtliche Tätigkeit

Das Bundesministerium der Finanzen (BMF) hat wichtige Ergänzungen zur bisherigen Regelung der Umsatzsteuerbefreiung bei ehrenamtlicher Tätigkeit veröffentlicht. Die Ergänzungen, die rückwirkend ab dem 01.01.2013 gelten, betreffen die Angemessenheit von Entschädigungsleistungen für Zeitversäumnis (§ 4 Nr. 26b UStG). Nach § 4 Nr. 26 UStG ist die ehrenamtliche Tätigkeit von der Umsatzsteuer befreit, wenn sie für juristische Personen des öffentlichen Rechts ausgeübt wird oder wenn das Entgelt für diese Tätigkeit nur in Auslagenersatz und einer angemessenen Entschädigung für Zeitversäumnis besteht. Nach § 4 Nr. 26a UStG sind Einnahmen aus ehrenamtlicher Tätigkeit für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen umsatzsteuerbefreit.

Für die gewährten Aufwandsentschädigungen braucht die Angemessenheit (§ 4 Nr. 26b UStG) nur dann geprüft zu werden, soweit sie für den unternehmerischen Bereich der Körperschaften ausgeübt werden. Grundsätzlich dürfte die ehrenamtliche Vergütung für die Gremienvertreter damit weiterhin keine Umsatzsteuer auslösen.

### Online-Umfrage zum Schnittstellenmanagement läuft bis 16.08.2013 – Mediziner sind eingeladen, ihr Wissen einzubringen

Ein organisatorisches Schnittstellenmanagement kann zur Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung beitragen. Es bietet einen Rahmen, um die Übergänge zwischen Praxis und Krankenhaus so zu gestalten, dass eine gute Patientenversorgung ohne Hemmnisse im Behandlungsverlauf gewährleistet werden kann. Dadurch kann die Patientensicherheit erhöht werden.

Aus diesem Grund hat eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe im Auftrag der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter Moderation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) entsprechende Empfehlungen zum ärztlichen Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren erarbeitet. Seit März 2012 steht die erste Auflage der Checklisten allen Interessenten kostenlos zur Verfügung. Sie umfasst Kriterien für die Einweisung bzw. Aufnahme in das Krankenhaus sowie Entlassungsvorbereitung und Entlassung aus der Klinik. Die Checklisten sollen Medizinern in Krankenhaus und Praxis als Orientierungshilfe für die Gestaltung des Schnittstellenmanagements in der eigenen Einrichtung dienen.

#### ▪ Online-Umfrage

Unter <http://leitlinienportal.aezq.de/umfrage/index.php?sid=43173&lang=de> können die Checklisten bis zum 16.08.2013 kritisch begutachtet werden. Ärzte aus ambulanten und stationären Einrichtungen sind eingeladen, ihre Erfahrungen zurückzumelden, um die Checklisten noch praxistauglicher zu gestalten. Dabei besteht die Möglichkeit, die Praktikabilität und Notwendigkeit der einzelnen Abschnitte und Empfehlungen der Checklisten zu evaluieren. Außerdem möchten die Autoren der Checklisten von Teilnehmern erfahren, ob in ihrer Einrichtung bereits ein organisiertes Schnittstellenmanagement etabliert ist.

- **Material und Wissen zum Schnittstellenmanagement**

Ab Ende Mai erhalten Ärzte und andere Interessierte auf der ARZTBIBLIOTHEK

(<http://leitlinienportal.aezq.de/umfrage/index.php?sid=43173&lang=de>)

wichtige und nützliche Informationen rund um das Thema ärztliches Schnittstellenmanagement. Das Wissensportal wird neben den Checklisten weitere Tools, Projekte, Links und Dokumente bieten.

- **Informationen im Internet**

Online-Umfrage:

<http://leitlinienportal.aezq.de/umfrage/index.php?sid=43173&lang=de>

Checklisten zum ärztlichen Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren:

<http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/checklisten-schnittstellenmanagement.pdf> oder  
<http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003765232>

ARZTBIBLIOTHEK:

<http://www.arztbibliothek.de/schnittstellenmanagement>

- **Fragen zum Projekt und zur Umfrage**

Lena Mehrmann, M.Sc. (ÄZQ)

E-Mail: [Schnittstellenmanagement@azq.de](mailto:Schnittstellenmanagement@azq.de)

Telefon: 030 4005-2504

## Präventionsinitiative 2013: Informationskampagne zum Check-up 35

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) startete Mitte Juni gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) eine Informationskampagne zur Gesundheitsuntersuchung Check-up 35. Mit der Kampagne soll die Gruppe der über 35-Jährigen stärker für die Themen Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten sensibilisiert werden – viele denken in diesem Alter noch nicht an Gesundheitsprobleme und nutzen daher ihren Anspruch auf den Check-up nicht.

Für diese Kampagne erstellte die KBV ein umfangreiches Informationspaket, das Ärzte in ihren Praxen nutzen können. Ein Flyer informiert mit knappen Texten darüber, was der Check-up 35 beinhaltet und wie die Untersuchung abläuft, dieser wurde bereits dem Deutschen Ärzteblatt am 21.06.13 beigelegt.

Eine Kopiervorlage des Flyers kann im Internet heruntergeladen und unkompliziert ausgedruckt werden. Das Blatt steht in sechs Sprachen zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es ein Wartezimmerplakat, das Ärzte bei Bedarf per E-Mail bei der KBV unter: [versand@kbv.de](mailto:versand@kbv.de) anfordern können.

In kleinen Stückzahlen kann dieser vorgestellte Flyer zum Check-up 35 auch bei uns unter der Telefonnummer 03643 559-231 bestellt werden, welches die KBV kostenfrei jeder Kassenärztlichen Vereinigung als Starterpaket zur Verfügung stellte.

Für Ärzte gibt es außerdem eine Praxisinformation mit Tipps und Hinweisen zur Ansprache der Patienten. Sämtliche Informationsmaterialien stehen im Internet unter [www.kbv.de/checkup35.html](http://www.kbv.de/checkup35.html) bereit.

Die Aktionen zur Gesundheitsuntersuchung Check-up 35 sind Teil der Präventionskampagne, die die KBV zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen 2010 gestartet hat. Weitere Themen in diesem Jahr werden Reisechutzimpfungen und im Herbst die Gripeschutzimpfung sein.



## Soforthilfen für Hochwassergeschädigte in Thüringen

Der Vorstand der KV Thüringen hat bereits am 05.06.2013 eine Soforthilfe für vom Hochwasser geschädigte Praxen in Thüringen in Höhe von 5.000 Euro beschlossen. Die betroffenen Praxen sollen ein formlosen Antrag stellen an die

KV Thüringen  
Abteilung Rechnungswesen  
Frau Otschkai  
Telefax: 03643 559-291  
E-Mail: [karin.otschkai@kvt.de](mailto:karin.otschkai@kvt.de).



*Die Sandsäcke vor dem Gebäude haben nicht viel geholfen: Hausarzt Dr. med. Carsten Thomas und sein Vater Frank Thomas helfen bei den Aufräumarbeiten in Greiz.*

© Robert Büssow

Weitere Hilfsangebote sollen an dieser Stelle genannt werden:

- Die Mitgliedspraxen des Ärztenetz-Erfurt e. V. organisieren eine Soforthilfe für Kolleginnen und Kollegen, denen die Flut in Thüringen durch Vernichtung ihrer Praxen schwere Schäden zugefügt hat. Die Erfurter Ärzte bieten konkrete Hilfsmaßnahmen an. Die Hilfe umfasst die Bereitstellung von wichtigen Großgeräten wie EKG-Geräte, Ultraschallgeräte genauso wie die Spende von Kleinmaterialien aller Art, ohne die ein funktionierender Praxisalltag nicht möglich ist. Des Weiteren spenden die Erfurter Kollegen auch finanzielle Mittel, um die Neuanschaffung von Praxismaterialien schneller zu ermöglichen.

Aufruf an alle Kolleginnen und Kollegen, diese Aktion mit zu unterstützen.

**Kontakt** unter [www.aerztenetz-erfurt.de](http://www.aerztenetz-erfurt.de) – E-Mail [erfurt@drheikoweigel.de](mailto:erfurt@drheikoweigel.de) (Dr. med. Weigel)

- Die apoBank stellt über ein Hilfsprogramm einen Sonderkreditrahmen in Höhe von zehn Millionen Euro für die Hochwassergeschädigten in Deutschland zur Verfügung. Heilberufler können damit ihre Praxen und Apotheken zeitnah wieder aufbauen.
- Der Berufsverband der Augenärzte in Düsseldorf (BVA e. V.) hat auch angefragt, welche Augenarztpraxen vom Hochwasser betroffen sind, und möchte konkret helfen.

**Kontakt:** Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V.  
Assistentin der Geschäftsführung: Julia Hörster

Tersteegenstr. 12, 40474 Düsseldorf  
Telefon 0211 43037-23, Telefax 0211 43037-20

Alle genannten Hilfsmaßnahmen sind im Internetportal der KV Thüringen unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) einsehbar. Bei Fragen können Sie sich auch an Frau Landmann wenden.

**Kontakt:** Telefon 03643 559-193, E-Mail [babette.landmann@kvt.de](mailto:babette.landmann@kvt.de)

## Hinweise auf Verdacht von Arzneimittelmisbrauch

### – im Raum Schmalkalden

Bei einem Patienten im Raum Schmalkalden besteht der Verdacht eines Arzneimittelmisbrauchs. Der Patient versucht, Rezepte für Schmerzmittel, insbesondere „Tramal“ zu erhalten, um diese nach einer Fälschung in Apotheken einzulösen.

### – im Raum Eisenach

Bei mehreren Patienten, versichert bei der AOK Plus bzw. der Barmer GEK, besteht der Verdacht eines Arzneimittelmisbrauchs. Die Patienten versuchen bei Vertretungen, Diazepam-Verordnungen zu erhalten, und geben einen bestimmten Hausarzt an, der diese auch verordnet haben soll. Nach telefonischer Rücksprache hat sich dies jedoch nicht bestätigt.

Wir bitten Sie um erhöhte Aufmerksamkeit und möchten Sie auffordern, in Zweifelsfällen die Angaben des Patienten durch Rückfrage beim Hausarzt zu prüfen.

## Ärztliche Selbstverwaltung

### Vertreterversammlung der KV Thüringen vom 12. Juni 2013

#### ▪ Berichte des Vorsitzenden der Vertreterversammlung und des Vorstandes

Der Bericht des Vorsitzenden der Vertreterversammlung fokussierte sich auf die Ergebnisse des 116. Deutschen Ärztetages in Hannover, hier insbesondere auf die gefassten Beschlüsse zur ambulanten Weiterbildung. Eine Verpflichtung zur ambulanten fachärztlichen Weiterbildung wurde erneut nicht durch den Deutschen Ärztetag beschlossen. Die Einführung einer verpflichtenden fachärztlichen ambulanten Weiterbildung wurde an die Verpflichtung zur Finanzierung dieser Weiterbildungsabschnitte im ambulanten Teil geknüpft. Die KV Thüringen ist bisher die einzige Kassenärztliche Vereinigung, die über alle Facharztgruppen die ambulanten und fachärztlichen Weiterbildungsabschnitte zumindest hälftig finanziert.

Die Berichte des Vorstandes beschäftigten sich mit dem Ergebnis der Honorarverhandlungen für das Jahr 2013. Unter Vermittlung des Landesschiedsamtes konnte eine Steigerung um 6,99 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erzielt werden. Auch wurde auf die Vorgaben der Bundesebene zur Weiterentwicklung des EBM eingegangen. Diese betreffen im hausärztlichen Bereich insbesondere die Ausgliederung von Leistungsinhalten aus der Versichertenpauschale. Bei den Fachärzten trifft es die Einführung einer „Pauschale fachärztlicher Grundvergütung“. Diese soll die sogenannten Grundversorger-Fachärzte stützen. Weiter wurde im Bericht des Vorstandes auf die Entscheidung zur Weiterentwicklung des Trennungsfaktors und der getrennten Weiterentwicklungsmöglichkeiten im haus- und fachärztlichen Bereich eingegangen. Auch waren Inhalte die Imagekampagne des KV-Systems, die IT-Strategie der KBV sowie Neuregelungen zu Praxisnetzen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Krankenkassen einigten sich über Rahmenvorgaben für die Anerkennung von Praxisnetzen. Die Voraussetzungen wurden dabei sehr hoch angesetzt. Es bedarf es beispielsweise der Schaffung von Managementstrukturen und es sind zwingend Kooperationen mit anderen Leistungserbringern, wie z. B. Pflegediensten und Krankenhäusern, erforderlich. Das SGB V trägt den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen die Aufgabe zu, eine Entscheidung herbeizuführen, ob derartige Praxisnetze zusätzlich durch Regelungen im Honorarverteilungsmaßstab gefördert werden sollen.

Auch wurde darüber informiert, dass zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages der Vorstand beschlossen habe, in Einzelfällen behandlungsbedürftige Patienten, die nachweisen konnten, keine medizinische Betreuung erhalten zu haben, zu vermitteln. Die Vermittlung soll insbesondere an diejenigen erfolgen, deren Patientenzahlen deutlich unterdurchschnittlich sind.

Im Rahmen der Diskussion der Mitglieder der Vertreterversammlung zu den Berichten wurden folgende Beschlüsse gefasst:

### **Beschluss**

Die Vertreterversammlung beschließt, dass der Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen keine gesonderten Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen als eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen ausweist.

Der Beschluss ergeht mit 27 Ja-Stimmen, einer Gegenstimme und einer Stimmenthaltung.

### **Beschluss**

Der Vorstand der KV Thüringen wird beauftragt, zur nächsten Vertreterversammlung einen detaillierten Bericht über die Verteilung der Dienstbelastung im organisierten Notfalldienst je Fachgruppe unter Berücksichtigung der besonderen Bereitschaftsdienstage (Wochenende, Feiertage) je Notfalldienstbereich vorzulegen.

Der Beschluss ergeht einstimmig.

Die Berichte des Vorstandes im Wortlaut finden Sie unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de).

#### ▪ **Aktueller Stand der Bedarfsplanung für Thüringen**

Zum 10.05.2013 wurde die neue Bedarfsplanung im Bereich der KV Thüringen eingeführt. So gliedern sich nun die Größen der Planungsbereiche nach vier Versorgungsebenen. Die Versorgungsebenen sind die hausärztliche, allgemein fachärztliche, spezialisierte fachärztliche und gesonderte fachärztliche Versorgung. Die territorialen Größen der Planungsbereiche sind dabei mit den eben dargestellten Versorgungsbereichen ansteigend. Durch Vorgabe neuer Verhältniszahlen (Einwohner-Arzt-Verhältnis) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wird in Thüringen insbesondere für Haus- und Augenärzte ein geringerer Arztbedarf ausgewiesen. Umgekehrt verhält es sich bei Sitzen für ärztliche Psychotherapeuten, für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und für Psychologische Psychotherapeuten.

#### ▪ **Aktueller Stand ABDA-KBV-Modell**

Die Mitglieder der Vertreterversammlung wurden über die noch andauernden Verhandlungen zum ABDA-KBV-Modell informiert. Inhalt des ABDA-KBV-Modells ist ein Vertrag zwischen den Apothekerverbänden Sachsen und Thüringen, den Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen und Thüringen sowie der AOK PLUS. Es soll eine Wirkstoffvereinbarung vertraglich fixiert werden, die die Preisverantwortung in die Apotheke abgibt. Daneben soll in einer weiteren Stufe für Patienten mit vielen Verordnungen ein Medikationsmanagement angeboten werden. Dabei sollen Ärzte und Apotheker auf EDV-gestützte Programme zurückgreifen können, die das gesamte Verordnungsspektrum ihrer Patienten aufzeigen.

Der Vorstand zeigte auf, dass die Vertragsverhandlungen momentan noch andauern. Vorgabe für den Vorstand sei weiterhin die Resolution der Vertreterversammlung aus dem November 2011. Danach muss es Vorteile für die teilnehmenden Ärzte in der Wirtschaftlichkeitsprüfung geben, eine adäquate Vergütung für die Schaffung der EDV-Systemvoraussetzungen in den Arztpraxen und der Finanzierung des Medikationsmanagement müssen erfolgen.

#### ▪ **Ergebnisse der Benehmenserstellung mit den Krankenkassen**

Die Vertreterversammlung setzte sich über das nicht erteilte Benehmen mit den Krankenkassen zu den Beschlüssen der Vertreterversammlung zur Änderung des HVM vom 27.02.2013 hinweg.

#### ▪ **Abrechnungsergebnisse des 4. Quartals 2012**

Durch die Verwaltung wurden die Abrechnungsergebnisse des 4. Quartals 2012 dargestellt. Hauptdiskussionsspunkt waren die zum Teil massiven Honorarrückgänge in einzelnen Fachgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereiches. Bei 10 Fachgruppen konnte der Orientierungspunktwert zu 3,5363 Cent im festen Vergütungsanteil nicht ausgezahlt werden und es musste ein quotierter Punktwert vergütet werden.

Diese Ergebnisse spielten eine große Rolle in der Diskussion des nächsten Tagesordnungspunktes.

#### ▪ **Weiterentwicklung des Honorarverteilungsmaßstabes**

Die meisten Diskussionen der Mitglieder der Vertreterversammlung fanden zu diesem Tagesordnungspunkt statt. Insbesondere wurde diskutiert, ob der Rückgang der Fälle im Vergleich zum Vorjahresquartal weiter die derzeitige Bedeutung im Honorarverteilungsmaßstab besitzen soll. Es wurde aufgezeigt, dass die jetzige Regelung zu nicht tragfähigen Ergebnissen in der Honorarverteilung gedient hat. So sei es bereits bei geringen Fallzahlrückgängen zu massiven Auswirkungen auf das zur Verfügung gestellte individuelle Punktzahlvolumen

der jeweiligen Praxis gekommen. Inhaltlich ging es um die Frage, ob eine rückgängige Fallzahlentwicklung überhaupt noch eine Berücksichtigung im Honorarverteilungsmaßstab finden soll oder ob durch eine modifizierte Variante die Auswirkungen nicht mehr so stark im Honorarverteilungsmaßstab wirken.

Neben dieser Diskussion ging es um die Frage, wie mit dem Umstand umgegangen wird, dass für zehn Facharztgruppen keine Planungssicherheit mehr bestehe, da der Orientierungspunktwert nicht mehr für den festen Vergütungsanteil finanziert werden konnte.

Auch ging es um die Frage, ob die Finanzierung der Labor-, Konsiliar- und Grundpauschale bereits ein Quartal vor einer bundeseinheitlichen Regelung angepasst werden sollte. Dieses Ansinnen wurde von den Mitgliedern der Vertreterversammlung vor dem Hintergrund nicht weiterer zusätzlicher Belastungen des Facharzttopfes abgelehnt.

Insgesamt wurden zur Honorarverteilung folgende Beschlüsse gefasst:

### **Beschluss**

Die Vertreterversammlung beschließt ab 01.07.2013 die Zusammenlegung der Fachgruppenkontingente in § 8 Abs. 2 lfd. Nr. 1 Hausärzte mit Genehmigung für fachärztliche Leistungen (ehemals K.o.-Leistungen) und lfd. Nr. 2 Hausärzte ohne Genehmigung für fachärztliche Leistungen (ohne K.o.-Leistungen) zu einem gemeinsamen Fachgruppenkontingent Hausärzte.

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

### **Beschluss**

Die Vertreterversammlung beschließt, die in § 9 Abs. 2 die Fachgruppentöpfe lfd. Nr. 19 Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, die lfd. Nr. 20 Fachärzte für Neurologie und lfd. Nr. 23 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte zu einem gemeinsamen Fachgruppenkontingent mit der lfd. Nr. 19 mit Wirkung ab 01.06.2013 zusammenzulegen.

Der Beschluss ergeht mit 24 Ja-Stimmen und fünf Stimmenthaltungen.

### **Beschluss**

Der Vorstand wird beauftragt, die Entwicklung der Honorare der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater zeitnah zu analysieren, die Honorarentwicklung für die drei Gruppen in der Darstellung der Abrechnungsergebnisse extra auszuweisen und bei absehbaren Fehlentwicklungen schnell Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

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

### **Beschluss**

Die Vertreterversammlung beschließt, die Berücksichtigung einer Fallzahlentwicklung auf das individuelle Punktzahlvolumen im § 8 Abs. 4 bzw. § 9 Abs. 4 aus der Honorarverteilung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu streichen.

Der Beschluss ergeht mit 13 Ja-Stimmen, 12 Gegenstimmen und vier Stimmenthaltungen.

### **Beschluss**

Die Vertreterversammlung beschließt für das Fachgruppenkontingent 14 – Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte (Genehmigung zur Abrechnung der GOPs 13650 – 13670) eine Klarstellung der gesonderten Vergütung für die GOP 30901 (Polysomnographie) außerhalb dieses Fachgruppenkontingents.

\*) Der angeforderte Leistungsbedarf der Gebührenordnungsposition 30901 wird mit 85 Prozent mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der Regelung gemäß Abs. 3 vergütet.

Der Beschluss ergeht mit 27 Ja-Stimmen und zwei Stimmenthaltungen.

### **Beschluss**

Fachgleiche Gemeinschaftspraxen werden zukünftig wieder als betriebswirtschaftliche Einheit bei der Quartalsabrechnung betrachtet.

Der Beschluss ergeht mit 25 Ja-Stimmen und vier Stimmenthaltungen.

### **Beschluss**

Es ist eine Regelung in den aktuellen HVM einzufügen, wonach sicherzustellen ist, dass in jeder Fachgruppe gemäß der Vorgabe des SGB V zur Kalkulationssicherheit der 65 %-Anteil des entsprechenden Vorjahresquartals, welcher mit dem Orientierungspunktwert zu vergüten ist, auch zur Auszahlung zur Verfügung steht. Die Berechnungen zum 4. Quartal 2012 ergeben, dass in mehreren (10) Fachgruppen der als Kalkulationssicherheit deklarierte 65%-Honoraranteil nicht mehr ausgezahlt werden konnte. Damit unterläuft der HVM Thüringen die gesetzliche Vorgabe zur Kalkulationssicherheit.

Die Auswirkungen dieses Beschlusses sind auf der nächsten Vertreterversammlung detailliert darzustellen. Der Beschluss ergeht mit 27 Ja-Stimmen und zwei Stimmenthaltungen.

### **Beschluss**

Der Vorstand wird beauftragt, geeignete Konzepte zur Honorarverteilung der Vertreterversammlung vorzulegen, die es ermöglichen, dass den Ärzten eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars gegeben wird. Ziel sollte es sein, dass die erbrachten Leistungen zum OPW vergütet werden.

Der Beschluss ergeht mit 26 Ja-Stimmen und drei Stimmenthaltungen.

Die nächste Sitzung der Vertreterversammlung findet im Rahmen der Klausurtagung am 06. und 07.09.2013 in Erfurt statt.

## Wir brauchen Sie!

... und wissen Sie wofür? Wir suchen für die Mitarbeit in unseren Gremien nach engagierten Ärzten, die Lust haben, sich neben ihrer ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Berufspolitik zu betätigen.

Gesucht werden Ärztinnen und Ärzte für die Besetzung der Zulassungs- und der Prüfungsgremien, sowie des Abrechnungs- oder Disziplinausschusses. Ist Ihr Interesse geweckt? Und wollen Sie bei folgenden Fragen mitentscheiden:

- Brauchen wir mehr Ärzte in einer Region oder weniger?
- Wie wirtschaftlich ist eine Praxisführung bzw. wie vermeide ich einen Regress?
- Wann liegt ein ärztliches Fehlverhalten vor?

Dann melden Sie sich bitte im Sekretariat der Geschäftsführung unter der Telefonnummer 03643 559-195 oder 03643 559-196.

Die Entscheidungen, die in diesen Gremien gefällt werden, haben große Bedeutung für den Einzelnen, sind praxisnah und tangieren Fragen des Rechts, der Medizin und oftmals auch der Politik. Ein vielfältiger Wirkungsbereich, der es Ihnen als Arzt oder Ärztin ermöglicht, Entscheidungen ihre Stimme zu verleihen!

Und keine Angst – für die Mitarbeit in einem solchen Ausschuss ist es nicht erforderlich, das Fünfte Sozialgesetzbuch oder die Zulassungsverordnung auswendig zu können. Gefragt ist für diese Tätigkeit Ihr medizinischer Sachverstand sowie Ihr Talent, sich mit juristischen oder wirtschaftlichen Fragestellungen auseinander setzen zu können.

Wir hoffen, einige von Ihnen für die Mitarbeit in den Ausschüssen zu begeistern. Denn Sie wissen:

**Wir sind nur so gut – wie wir selbst sind!**

## Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 03.07.2013, 15:00–19:00 Uhr Mittwoch, 10.07.2013, 15:00–19:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Telemedizinische Grundlagen (B11)  Anmeldung über die Landesärztekammer ( <a href="http://www.laek-thueringen.de">www.laek-thueringen.de</a> )	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 Therapie des Typ-2-Diabetes – Empfehlungen 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-Richtlinie bei der Verordnung von Impfungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung  3 Punkte, Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Praxispersonal Kostenfrei
Mittwoch, <del>12.07.2013</del> 10.07.2013, 15:00–18:00 Uhr	<b>Terminverschiebung!</b> EBM für Neueinsteiger – fachärztlicher Versorgungsbereich  3 Punkte, Kategorie A	Steffen Göhring, Leiter der Abteilung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 28.08.2013, 14:00–19:00 Uhr	Heilmittel-Regressprophylaxe  6 Punkte, Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
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 ( <a href="http://www.laek-thueringen.de">www.laek-thueringen.de</a> )	Dipl.-Bw. Christiane Maaß, Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung der KVT, Weimar	Praxispersonal 160,00 € für alle Termine

Die Teilnahme an den angebotenen Schulungen ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung möglich. Das Anmeldeformular finden Sie stets in der Beilage „Interessante Fortbildungsveranstaltungen“ und im Internet unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de). Bitte senden Sie uns das Formular per Fax an 03643 559-291 oder buchen Sie Ihr Seminar einfach online über unseren Fortbildungskalender.

### Kinderbetreuungsangebot

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

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

## Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen

Für nachfolgende Veranstaltungen wenden Sie sich bitte bei **Anmeldungen und Auskünften** an die **Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen**  
Anmeldung/Auskunft: Postfach 100740, 07740 Jena  
Telefon: 03641 614-142, -143, -145, Telefax: 03641 614-149  
E-Mail: [akademie@laek-thueringen.de](mailto:akademie@laek-thueringen.de)

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

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

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  
Kosten: gebührenfrei  
Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

### ▪ Transition in die Erwachsenenmedizin

Überleitung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher aus der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin

- Diabetes
- Rheuma
- Epilepsie

Termin: 09.10.2013, 17:00 bis 19:00 Uhr  
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena  
Leitung: Prof. Dr. med. Günter Stein, Jena  
Kosten: gebührenfrei  
Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

### ▪ Langzeit-EKG-Kurs zum Erwerb des Qualifikationsnachweises gemäß § 135, Abs. 2 SGB V – Blended Learning Kurs – Präsenzteil

Termin: 11.10.2013, 09:00 Uhr, bis 12.10.2013, 15:00 Uhr  
Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar  
Leitung: Dr. med. Jana Boer, Erfurt, Dr. med. Martin Stula, Weimar  
Gebühr: 320 €  
Zertifizierung: 35 Punkte, Kategorie C

### ▪ Hygienebeauftragter Arzt – 40-Stunden-Kurs (Modul I der Strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene) für ambulant operierende Praxen

Termin: 28.11. – 30.11.2013 und 06.12. – 07.12.2013  
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena  
Leitung: Prof. Dr. med. Margarete Borg-von Zepelin, Mühlhausen  
Dr. med. Ute Helke Dobermann, Dr. med. Stefan Hagel, Prof. Dr. med. Wolfgang Pfister,  
Prof. Dr. med. Mathias Pletz, Jena  
Gebühr: 500 €  
Zertifizierung: 40 Punkte, Kategorie H

▪ **Klinische Elektroenzephalographie im Kindes- und Erwachsenenalter  
Teil 2: Praxis und Klinik**

Termin: 02.11.2013, 10:00 Uhr, bis 03.11.2013, 13:00 Uhr  
 Ort: Hotel Frauenberger, Max-Alvary-Straße 11, 99891 Tabarz  
 Leitung: Doz. Dr. med. habil. Reinhard Both, Jena  
 Gebühr: 250 €  
 Zertifizierung: 17 Punkte, Kategorie C

▪ **Der Schmerzpatient in der Praxis – Therapeut oder Patient – Wer leidet mehr?**

Unsere Rolle bei der Chronifizierung von Schmerzen  
 Workshop, Umfang 2 Stunden  
 Teil 1: Schmerz akut oder chronisch?  
 Teil 2: Wer und was chronifiziert?  
 Teil 3: Was ist zu tun?

Termin: 20.11.2013, 16:00 bis 19:00 Uhr  
 Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena  
 Leitung: Dr. med. Beate Gruner, Weimar, Dr. med. Johannes Friedrich Lutz, Bad Berka  
 Kosten: gebührenfrei  
 Zertifizierung: anerkannt

▪ **Notfälle sicher beherrschen – Teil 1**

(empfohlen für niedergelassene Ärzte)

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

**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

Praxispersonal

▪ **Notfallseminar für Praxispersonal**

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

Termin: 25.09.2013, 17:00 bis 21:00 Uhr  
 Ort: Feuerwehr EF, St.-Florian-Str. 4, 99092 Erfurt  
 Leitung: Dr. med. Eberhard Müller, Eisenach  
 Gebühr: 40 €

## 5. Dimension

### Ausstellung von Alexander Busch – Fotograf und freischaffender Künstler in Kärnten

Der Begriff „Dimension“ bezeichnet im Allgemeinen ein unabhängiges Merkmal eines Systems.

Fotografie ist eine Bildsprache, die einzige Sprache, die überall in der Welt leichter verstanden werden kann als andere Kunstrichtungen. Das macht sie wertvoll und einzigartig.

Der Künstler, Alexander Busch, möchte den Betrachter mit seinen Bildwerken inhaltlich ein „Verfremden der Natur“ andeuten und durch die Fotografie dies spürbar machen und schließlich die Besucher damit überraschen. Er geht aber zugleich über das „Verfremden“ darüber hinaus, indem er sich den spannenden Titel „5. Dimension“ erwählt hat.

Alexander Busch taucht in die 5. Dimension durch Verstand und Schöpfergeist sowie künstlerische Technik in der Fotografie ein. Sein Bestreben ist es, mit seinen Arbeiten das *Schöne und Unsichtbare sichtbar zu machen*.

Wenn er in der Natur etwas Wunderbares entdeckt, versucht er visuell, zwangsläufig automatisiert, das

Objekt durch die Fototechnik für jedermann erkennbar zu machen. Mit der 5. Dimension ist eine Schwingungsebene gemeint, in der die Menschen, die dies wünschen vielleicht auch Spiritualität erleben.

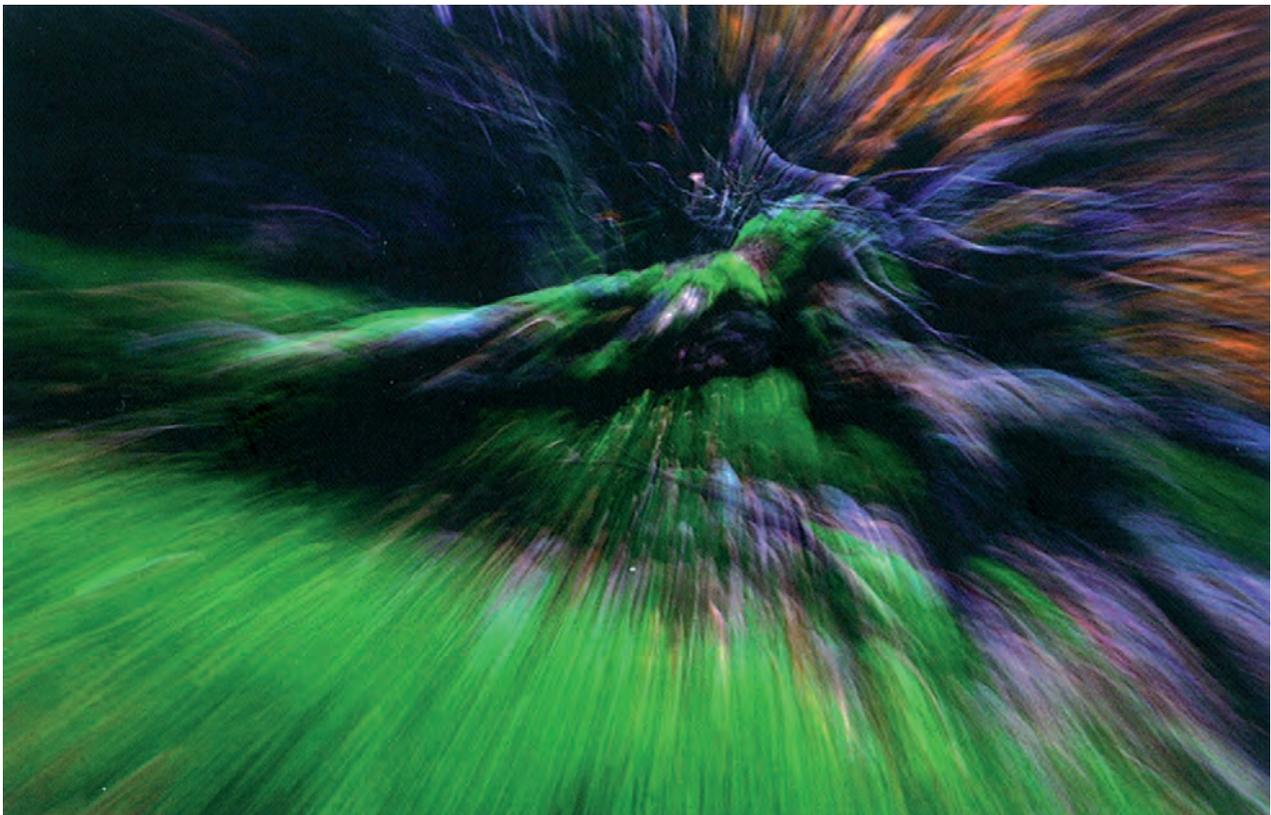
Mit seinen Bildern geht es Alexander Busch darum, den Blick des Betrachters eben auf das geistige „Wesentliche“ zu lenken, das alle Dinge einschließt und erschließt.

In seinen Lebens- und Schaffenszentren zeigt er uns seine bisher entstandenen eigenwillig ästhetischen Schöpfungen in hochwertiger Fotografie.

Finden wir den mentalen Zugang an die Besonderheiten der hochwertigen Fotoausstellung und vielleicht gelingt es dem Besucher in die „5. Dimension“ einzutauchen und dies durch die Fotografie zu erleben.

Die Vernissage zur Ausstellung findet am 13. Juli 2013 um 10.00 Uhr im Haus der KV Thüringen statt.

*Autorin Carola-Manuela Riemer*



„Erwachender Faun“

# Beschluss



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage VI – Off-Label-Use Clostridium botulinum Toxin Typ A (OnabotulinumtoxinA, AbobotulinumtoxinA) bei Spasmodischer Dysphonie (Laryngealer Dystonie)**

Vom 21. März 2013

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. März 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-Nr. XX S. XX XXX), wie folgt zu ändern:

- I. In Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie wird im Teil A eine Ziffer X. wie folgt eingefügt:

„X. Clostridium botulinum Toxin Typ A (OnabotulinumtoxinA, AbobotulinumtoxinA) bei Spasmodischer Dysphonie (Laryngealer Dystonie)

1. Hinweise zur Anwendung von Clostridium botulinum Toxin Typ A bei Spasmodischer Dysphonie (Laryngealer Dystonie) gemäß § 30 Abs. 2 AM-RL
  - a) Nicht zugelassenes Anwendungsgebiet (Off-Label-Indikation):  
Spasmodische Dysphonie vom Adduktortyp
  - b) Behandlungsziel:  
Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit durch lokale Schwächung der dystonen Muskulatur des Larynx  
Linderung der klinischen Beschwerdesymptomatik (Dysphonie, Dyspnoe).
  - c) Folgende Wirkstoffe sind zugelassen:  
keine
  - d) Spezielle Patientengruppe:  
Geeignet für die Behandlung mit Clostridium botulinum Toxin Typ A sind Patienten mit spasmodischen Dysphonien, bei denen keine Unverträglichkeit gegen Botulinumtoxin A vorliegt. Die Wirksamkeit ist für die spasmodische Dysphonie vom Adduktortyp belegt.  
Vor einer Therapie ist eine interdisziplinäre Abklärung der Diagnose unter Beteiligung

von Hals-Nasen-Ohren-Ärzten, Neurologen, Psychiatern und Internisten erforderlich. Chirurgische Vorbehandlungen stellen hierbei kein Ausschlusskriterium dar.

e) Patienten, die nicht behandelt werden sollten:

Als Einschränkungen wären zentrale neurodegenerative Erkrankungen sowie neuromuskuläre Grunderkrankungen zu nennen, die als Ursache der Dysphonie oder zusätzlich zur Dysphonie bestehen sowie Dysphagien mit Aspirationsneigung, weil sich diese durch die Toxinbehandlung verschlimmern könnten.

Wenn Infektionen am Injektionsort vorliegen oder die Patienten an einem Engwinkelglaukom leiden, sollten keine Injektionen erfolgen.

Eine gleichzeitige antibiotische Therapie mit Aminoglykosiden und auch die Einnahme anticholinergischer Medikamente (Muskelrelaxantien, Atropin) ist aufgrund möglicher Wirkverstärkungen des Clostridium botulinum Toxin Typ A zu vermeiden. Des Weiteren sollten bei den Patienten keine verstärkten Blutungsneigungen bestehen, z. B. auch aufgrund der Einnahme gerinnungshemmender Medikamente (Acetylsalicylsäure, Phenprocoumon, Valproinsäure).

Die Patienten müssen aufgrund ihres Allgemeinzustandes entweder zur Kooperation bei der Behandlung in Oberflächenanästhesie fähig oder für eine Therapie in Narkose geeignet sein.

Schwangere und Stillende sollten aufgrund der unzureichenden Kenntnislage von einer Therapie ausgeschlossen werden. Dies begründet sich aus der möglichen Toxinwirkung auf das Ungeborene bzw. Neugeborene sowie auf muskuläre Organe der Behandelten, die während der Geburt aktiv sind. Hierzu gehört auch der Larynx bei der Erhöhung des intraabdominellen Druckes. Aufgrund der Altersstrukturen dieser beiden Gruppen (Schwangere bzw. Stillende und Patientinnen mit spasmodischer Dysphonie) sind Überschneidungen selten.

f) Dosierung:

2,5 ME OnabotulinumtoxinA (Botox®) pro injizierten Kehlkopfmuskel bis zu einer Höchstdosis von 10 ME mit Wiederholungsbehandlungen alle 3 bis 6 Monate als Monotherapie [Dressler 2010]. Die wirksame Dosis für AbobotulinumtoxinA (Dysport®) wird mit 3 – 3,75 ME angegeben [Whurr 1993]. Die umfangreichste Erfahrung liegt mit den Techniken zur endoskopischen Injektion vor, eine transcutane Injektion ist ebenfalls wirksam.

g) Behandlungsdauer:

Nicht begrenzt. Auch nach langjährigen, fortlaufenden Behandlungen wurden weder Wirkungsverluste beschrieben, die zu stetig steigenden Toxindosierungen führten, noch Zunahmen oder Neuauftreten von Nebenwirkungen, die durch die Dauerbehandlung entstanden und einen Behandlungsabbruch erforderten [Novakovic 2011, Blitzer 2010, Boutsen 2002].

h) Wann sollte die Behandlung abgebrochen werden?

Bei fehlendem Erfolg, bei Nebenwirkungen wie Dysphagien mit Aspirationsneigung. In beiden Fällen kann zunächst mit einer reduzierten angepassten Dosis reagiert werden.

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

Eine vorübergehende initiale Heiserkeit kommt vor, ist aber Teil des beabsichtigten Wirkungsprofils.

j) Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmers:

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

Allergan Pharmaceuticals Ireland, EMRAmed Arzneimittel GmbH, EurimPharm Arzneimittel GmbH, IPSEN PHARMA GmbH und VERON PHARMA Vertriebs GmbH.

Nicht verordnungsfähig sind in diesem Zusammenhang die OnabotulinumtoxinA- und AbobotulinumtoxinA-haltigen Arzneimittel der Firmen

AASTON HEALTHCARE GmbH, AxiCorp Pharma GmbH, A.C.A. Müller ADAG Pharma AG, BERAGENA Arzneimittel GmbH, CC Pharma GmbH, HAEMATO PHARMA AG, Kohlpharma GmbH, Medicopharm AG und Pharma Westen GmbH,

da keine entsprechende Erklärung vorliegt.

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

Keine.“

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](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 21. März 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Hecken



## Prüfvereinbarung

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen -  
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch Frau Andrea Epkes,
- BKK Landesverband Mitte,  
Siebstraße 4, 30171 Hannover
- IKK classic,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
- Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

wird auf der Grundlage des § 106 SGB V folgende Vereinbarung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung (Prüfvereinbarung) geschlossen:

### **Präambel**

Diese Prüfvereinbarung regelt die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung. Sie findet Anwendung für die vertragsärztliche Tätigkeit der zugelassenen Ärzte/Psychotherapeuten, der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte und der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte, für die ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen i. S. d. BMV-Ä/EKV sowie zugelassenen Einrichtungen gemäß § 116 b SGB V und § 311 SGB V (nachfolgend Vertragsärzte genannt).

Satz 2 gilt nur, sofern eine Abrechnung ärztlicher Leistungen über die KV Thüringen erfolgt sowie in Folge von dreiseitigen Verträgen nach § 117 SGB V unter Beteiligung der KVT.

Die KV Thüringen und die Krankenkassen vereinbaren nachfolgend auf der Grundlage des § 106 Abs. 1 und 3 SGB V die Inhalte und das Nähere zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 SGB V.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung (WiPrüfVO) ist Inhalt dieser Vereinbarung. Es gilt § 106 SGB V.

### **§ 1 Grundsätze**

- (1) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung betreiben die Vertragspartner für den Bereich des Freistaates Thüringen eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss.
- (2) Als Beteiligte im Sinne dieser Vereinbarung gelten der betroffene Vertragsarzt, ärztlich geleitete Einrichtungen, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen, die antragstellende Krankenkasse sowie die KV Thüringen.
- (3) Vorgaben aus der jeweils gültigen Fassung der Arzneimittelvereinbarung, der Heilmittelvereinbarung bzw. den Richtgrößenvereinbarungen Thüringen sind zu beachten.
- (4) Ein Antrag auf Einzelfallprüfung ist ausgeschlossen, wenn der beantragte Regress 50,00 € nicht übersteigt. Regressbeträge unter 50,00 € werden nicht umgesetzt. Stattdessen wird der Arzt beraten. Ein Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens ist ausgeschlossen, wenn der beantragte Regress 50,00 € nicht übersteigt.

### **§ 2 Prüfungseinrichtungen**

- (1) Prüfungseinrichtungen i. S. dieser Vereinbarung sind die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss mit Sitz in 99425 Weimar, Zum Hospitalgraben 8. Ein Antrag auf Überprüfung und Neuregelung des Sitzes kann von jedem Partner der Vereinbarung gestellt werden, wobei es keiner Kündigung der Prüfvereinbarung bedarf. Der Beschwerdeausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (2) Bei der Prüfungsstelle wird eine technische Kommission eingerichtet. Aufgabe der technischen Kommission ist es, die Prüfungsstelle zur Klärung grundsätzlicher Problemstellungen - sofern diese nicht in die Regelungskompetenz der Vertragspartner nach § 106 Abs. 3 SGB V fallen - fachlich zu unterstützen. Sie ersetzt nicht die im Einzelfall notwendige Einholung eines Prüfgutachtens.

Die technische Kommission besteht aus bestellten Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und der Krankenkassen in ausreichender Zahl und paritätischen Besetzung. Die Organisation der Sitzung obliegt der Prüfungsstelle.

Über die Beratung der Kommission führt die Prüfungsstelle unter Angabe der Ergebnisse Protokoll, welches die Vertragspartner innerhalb eines Monats nach Sitzung erhalten.

- (3) Die Vertragsparteien bestellen die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sowie die Stellvertreter in ausreichender Anzahl. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die Vertreter der Vertragsärzte von der KVT bestellt. Die Vertragsparteien können die von ihnen bestellten Mitglieder von ihrem Amt entbinden. Über Veränderungen in der Besetzung informieren die Vertragsparteien die Prüfungsstelle.

**§ 3  
Ausgeschlossene Personen**

Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses dürfen bei der Prüfung ihrer eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit oder der eines Angehörigen nicht mitwirken. Das gleiche gilt für die Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft sowie MVZ und Beteiligte der technischen Kommission. Mitarbeiter der Prüfungsstelle dürfen an Prüfungen der vertragsärztlichen Tätigkeit von Angehörigen nicht mitwirken.

**§ 4  
Prüfungsarten**

Die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung wird geprüft durch:

- Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung, § 7 dieser Prüfvereinbarung),
- Prüfung ärztlich verordneter Leistungen, bezogen auf die Wirkstoffauswahl und Wirkstoffmenge im jeweiligen Anwendungsgebiet, soweit hierzu eine gesonderte Vereinbarung gemäß § 106 Abs. 3b SGB V geschlossen und bekannt gegeben wurde (§ 8 dieser Prüfvereinbarung),
- Prüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnitten gemäß § 106 Abs. 2 SGB V soweit hierzu eine gesonderte Regelung getroffen wurde (§ 9 dieser Prüfvereinbarung),
- Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben (Zufälligkeitsprüfung, § 10 dieser Prüfvereinbarung),
- Prüfung der ärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise in Einzelfällen (§ 11 dieser Prüfvereinbarung),
- Prüfung in besonderen Fällen (§ 12 dieser Prüfvereinbarung)
- Feststellung von sonstigen Schäden (§ 13 dieser Prüfvereinbarung)
- die Prüfung der MVZ nach Durchschnittswerten bis Einführung der arztbezogenen Prüfung.

Auffälligkeits- und Zufälligkeitsprüfung werden vorrangig durchgeführt und schließen sich gegenseitig für denselben Prüfgegenstand im selben - auch anteiligen - Zeitraum aus.

Im Übrigen sind Sachverhalte, die bereits Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach einer anderen Prüfmethode gewesen sind und mit einer Prüfmaßnahme belegt wurden, nicht erneut zu prüfen. Regresse bzw. Kürzungen aus Prüfungen desselben Sachverhaltes im selben Prüfzeitraum nach unterschiedlichen Prüfarten sind gegeneinander zu verrechnen.

**§ 5  
Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung**

- (1) Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Amts wegen bei Überschreitung der gesetzlich bzw. vertraglich vorgegebenen Aufgreifkriterien, gemäß §§ 7, 8 und 9 dieser Vereinbarung oder auf schriftlichen Antrag. Antragsberechtigt sind die KVT, die Krankenkassen und ihre Verbände.
- (2) Die Übersicht (Name, Arztnummer (LANR und BSNR), Gesamtbrutto, Anzahl der Fälle, Höhe der Überschreitung) über die Vertragsärzte, welche die Kriterien für die Beratungen nach §§ 7, 8 und 9 und die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfüllt haben, sind den Vertragspartnern durch die Prüfungsstelle innerhalb von 2 Wochen nach Erstellung kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

**§ 6  
Datenbasis**

- (1) Die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen (Auffälligkeitsprüfung), die Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung) und ggf. die Durchschnittswertprüfung erfolgt auf der Basis von kassenartenübergreifend zusammengeführten Statistiken gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern) sowie den Richtlinien zur Zufälligkeitsprüfung. Die Prüfungsstelle prüft vor Einleitung eines Prüfverfahrens die gelieferten Daten auf Plausibilität. Die KVT und die Krankenkassen stellen sicher, dass die Daten hierfür der Prüfungsstelle zur Verfügung gestellt werden. Als Frist für die Datenlieferungen gelten die Fristen des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern sofern für die einzelnen Prüfungsarten in dieser Vereinbarung nichts Abweichendes bestimmt ist.

- (2) Für den Fall, dass ein Vertragsarzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend macht, entscheiden die Prüfungseinrichtungen, ob diese hinreichend begründet sind und ob die Richtigkeit der Daten zu prüfen ist. Ausgangspunkt für die Überprüfung der Berechtigung der Zweifel im Rahmen der Prüfung der Verordnungsweise sind die Daten der erweiterten Arzneimittel- und Heilmitteldatei. Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlage für die Prüfung aus einer Stichprobe, welche mindestens 20 % der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes einschließlich zugeordneter Verordnungen enthält und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.
- (3) Offensichtliche Unrichtigkeiten in den Statistiken können die Prüfungseinrichtungen berichtigen, soweit die ordnungsgemäße Durchführung des Prüfverfahrens insgesamt nicht gefährdet wird. Über die Berichtigung ist ein Protokoll anzufertigen, welches Bestandteil der Verfahrensakte wird.

**§ 7**  
**Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen**  
**(Auffälligkeitsprüfung)**

- (1) Die Prüfungsstelle bestimmt diejenigen Ärzte, die ihr Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. überschritten haben und führt zunächst im Rahmen der Vorabprüfung eine Prüfung der Einhaltung der Zielwerte gemäß der jeweils gültigen Zielvereinbarung durch. Bei Einhaltung eines Zielwertes gemäß der jeweils gültigen Zielvereinbarung durch den Vertragsarzt (Betriebsstätte bis Verordnungsjahr 2013) wird vor Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens das gesamte Verordnungsvolumen der entsprechenden Indikationsgruppe/Arzneimittelgruppe vom Verordnungsvolumen des Vertragsarztes (der Betriebsstätte bis Verordnungsjahr 2013) (Ist) abgezogen. Dieser Abzug wird nicht vorgenommen, wenn seitens der Prüfungsstelle begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen trotz Einhaltung des Zielwertes bestehen (z.B. bei unwirtschaftlicher Mengenausweitung lediglich zum Zwecke der Zielerreichung; unwirtschaftliche Ausweitung des Originalpräparateanteils). Dies gilt erstmals für die Richtgrößenprüfung für das Jahr 2011. Inhalt der Vorabprüfung ist die Anerkennung folgender Praxisbesonderheiten:
  - Anlage 1 der Prüfvereinbarung
  - Anlage 2 (Vereinbarung bundesweiter Praxisbesonderheiten nach § 84 SGB V für Heilmittel) der Prüfvereinbarung
  - Anlage 2 a (landesspezifische Praxisbesonderheiten nach § 84 SGB V für Heilmittel) der Prüfvereinbarung

Außerdem können anerkannte Praxisbesonderheiten aus den unmittelbar vorangegangenen Prüfzeiträumen von der Prüfungsstelle berücksichtigt werden.

Übersteigt das Verordnungsvolumen eines Vertragsarztes im Prüfungszeitraum das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. und geht die Prüfungsstelle nicht davon aus, dass diese Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung), berät die Prüfungsstelle den Vertragsarzt über Fragen zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung. Die Beratung soll innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung erfolgen. Grundlage der Beratungen sind Übersichten über die vom Vertragsarzt im Prüfungszeitraum verordneten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können hinzugezogen werden.

- (2) Vor der Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens (Soll) sollen die Auswirkungen von Verträgen nach §§ 73a, 73b, 73c oder § 140a SGB V in der Richtgrößenprüfung berücksichtigt werden.
- (3) Die Durchführung der Richtgrößenprüfung entfällt für Fachgruppen, für die eine Prüfung nach § 8 dieser Vereinbarung beschlossen wurde.
- (4) Verordnungen aufgrund der auf Bundesebene vereinbarten Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf (Anlage 2 zur Vereinbarung über Praxisbesonderheiten auf Bundesebene vom 12.11.2012 sowie die jeweils aktualisierte Fassung) und Verordnungen von nach § 32 Absatz 1a Satz 1 SGB V durch die Krankenkassen genehmigten Heilmitteln bei langfristigem Behandlungsbedarf unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Derartige Kosten werden entweder durch die Krankenkassen der Prüfungsstelle gemeldet oder die Verordnungskosten um diese Kosten beim jeweiligen Arzt vor Lieferung der Daten an die Prüfungsstelle durch die Krankenkassen bereinigt.

- (5) Soweit Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel bei der Berechnung der Richtgrößen für den Prüfzeitraum in der Richtgrößenvereinbarung ausgeschlossen wurden, sind deren Kosten vor der Feststellung des Überschreitungsvolumens beim einzelnen Vertragsarzt in Abzug zu bringen.
- (6) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist auch die Einhaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V zu prüfen. Soweit dabei Nutzen und Kosten von Arzneimitteln (§ 35 b Abs. 1 SGB V) geprüft werden, sind die verschlüsselten Diagnosen behandlungsfallbezogen hinzuzuziehen.
- (7) Arzneimittel, für die in der jeweiligen Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V eine Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen ist, erkennt die Prüfungsstelle entsprechend § 130b Abs. 2 SGB V als Praxisbesonderheit im Sinne des § 106 Abs. 5a SGB V an, wenn der Arzt bei der Verordnung im Einzelfall die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung eingehalten hat. Diese Anforderungen sind in den Anlagen der Verträge nach § 130b Abs. 1 SGB V aufgeführt. Die Anforderungen sind in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V zu hinterlegen. Für den Fall, dass die Anforderungen nicht in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V hinterlegt werden können, informiert die KVT die Ärzte über die Anforderungen.
- (8) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit innerhalb der Praxisbesonderheiten die Anlehnung an die Kostenstruktur der Vergleichsgruppe zulässig, soweit andere vergleichende Methoden nicht zur Verfügung stehen oder bekannt sind.
- (9) Die durch den Vertragsarzt geltend gemachten Praxisbesonderheiten sind zu begründen. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten kann nur durch die Prüfungseinrichtungen erfolgen. Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, welche für die Vergleichsgruppe nach der aktuellen Richtgrößenvereinbarung von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungskosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert. Zusätzlich kann auch eine von der Vergleichsgruppe abweichende Altersstruktur der Versicherten bewertet und die Auswirkungen auf das Verordnungsvolumen bei Arznei- und Verbandmitteln bzw. Heilmitteln bestimmt werden.

Die Prüfung und Anerkennung der nachgewiesenen Mehrkosten für Verordnungen im Rahmen der DMP, die dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes entstanden sind, erfolgt durch die Prüfeinrichtungen. Diese sind als Praxisbesonderheiten zu werten.

Mehrkosten bei zulässiger Mitversorgung (im Rahmen des Fachgebietes) aus anderen Fachgebieten aus Sicherstellungsbedarf können ebenfalls berücksichtigt werden.

Weitere Praxisbesonderheiten können Wirkstoffe der Anlage 1a (Nutzenbewertete Arzneimittel) der Prüfvereinbarung sein.

Die Quantifizierung aller durch die Prüfungseinrichtungen anerkannten Praxisbesonderheiten ist in der Regel auf die Höhe der dadurch gegenüber der Vergleichsgruppe bedingten Mehrkosten je Fall begrenzt.

Abweichend davon sind insbesondere

- die für die Heilmittel der Anlage 2 definierten Praxisbesonderheiten vollständig,
- die Arzneimittel, für die in der jeweiligen Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 S. 1, Abs. 2 SGB V eine Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen ist, entsprechend der jeweiligen Vereinbarung zu berücksichtigen.

Die Vertragspartner kommen überein, die Anlagen 1, 1a und 2a jährlich zu aktualisieren.

- (10) Soweit erstmalig im Ergebnis der Richtgrößenprüfung unbegründeter Mehraufwand größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) festgestellt wurde, wird über das Verfahren ein Bescheid erstellt, ein Erstattungsbetrag jedoch nicht festgesetzt.

Die Feststellung unbegründeten Mehraufwandes größer 25 v. H. in der Richtgrößenprüfung erfolgt durch die Prüfungsgremien. Über das Nähere zum erstmaligen Zeitraum für die Berücksichtigung der Festsetzung eines Erstattungsbetrages einigen sich die Vertragspartner.

Bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % nach Anerkennung der Praxisbesonderheiten wird die betroffene Praxis nach § 106 Abs. 5e SGB V individuell beraten. Die Beratung erfolgt schriftlich durch die Prüfungsstelle mit dem zusätzlichen Angebot einer ergänzenden mündlichen Beratung innerhalb von 3 Monaten nach Zugang der schriftlichen Beratung der Prüfungsstelle.

Im Rahmen der Beratung können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. Die Inhalte und der Hergang der mündlichen Beratung sind zu protokollieren. Im Protokoll werden mindestens folgende Sachverhalte festgehalten:

- Benennung der vom Arzt zusätzlich beantragten Praxisbesonderheiten
- Benennung der Einsparmöglichkeiten (Wirtschaftlichkeitsreserven) auf Basis der getroffenen Entscheidung
- Aufnahme und Bewertung der vom Arzt abgegebenen Erwidierungen/ Begründungen zu den benannten Einsparmöglichkeiten

Das Protokoll ist dem betroffenen Arzt, der KVT und den Verbänden der Krankenkassen innerhalb eines Monats zur Verfügung zu stellen. In Folgeverfahren ist von der Prüfungsstelle bzw. vom Beschwerdeausschuss das Protokoll in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Ein Erstattungsbetrag kann bei Feststellung unbegründeten Mehraufwandes größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) erstmals für den Prüfzeitraum nach einer Beratung festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat. Für die ersten beiden Jahre einer Festsetzung eines Erstattungsbetrages setzen die Prüfungsgremien nicht mehr als 25.000,00 € fest. § 106 Abs. 5a Satz 4 SGB V findet auch im Falle der erstmaligen Festsetzung eines Erstattungsbetrages Anwendung, was zu einer entsprechenden Minderung des Höchstbetrages von 25.000,00 € führt.

Übernimmt ein Arzt neue Versorgungsaufgaben (u. a. Fachgebietswechsel) und erfolgte bereits eine Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V gelten die vorgenannten Regelungen.

Die vorgenannten Regelungen gelten auch für Verfahren, die am 31.12.2012 noch nicht abgeschlossen waren.

Die Prüfungsstelle hat den Vertragsarzt im Rahmen der Aufforderung zur Stellungnahme darüber in Kenntnis zu setzen, welche Praxisbesonderheiten im Rahmen der Vorabprüfung berücksichtigt wurden.

Ab der Richtgrößenprüfung für das Jahr 2011 hat die Prüfungsstelle den Vertragsarzt im Rahmen der Aufforderung zur Stellungnahme auch darüber in Kenntnis zu setzen, aus welchen Gründen der Abzug bei der Prüfung der Einhaltung der Zielwerte nicht vorgenommen wurde.

- (11) Bei der Festsetzung eines Regresses ist die arztindividuelle Netto/Brutto-Quote zugrunde zu legen. Zur Festlegung des zu erstattenden Netto regressbetrages nach § 106 Absatz 5 c SGB V sind Zuzahlungen und Rabatte stufenweise vom festgestellten Mehraufwand abzuziehen. Dieses erfolgt durch die Absetzung der von den Krankenkassen übermittelten Beträge für Zuzahlungen und gesetzliche Rabatte. Rabatte nach § 130 a Abs. 8 SGB V aufgrund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, werden wie folgt berücksichtigt:
- a) Die Krankenkassen liefern die um Rabatte aus Rabattverträgen nach § 130 a Absatz 8 SGB V bereinigten Nettowerte oder
  - b) die Krankenkassen melden jeweils separat an die Prüfungsstelle die PZN der rabattierten Arzneimittel sowie den Rabattprozentsatz bzw. die ersparten Aufwendungen aus Rabattverträgen nach § 130 a Absatz 8 SGB V oder
  - c) Abzug von pauschal 14,5 % auf die entsprechenden rabattierten Arzneimittel (Pharmazentralnummern/ATC) aus Rabattverträgen nach § 130 a Abs. 8 SGB V, soweit derartige Verträge für die Krankenkasse existieren und keine Berücksichtigung nach Punkt a oder b erfolgt ist, oder
  - d) Abzug von 6 % des Gesamtverordnungsvolumens des Arztes bei der jeweiligen Krankenkasse, die keine Meldung zu Rabattverträgen erstattet.

- (12) Im Falle einer vereinbarten individuellen Richtgröße prüft die Prüfungsstelle nach Ablauf der auf den Vertragsabschluss folgenden vier Quartale ob eine Einhaltung der vereinbarten individuellen Richtgröße gewährleistet wurde. Die Prüfung erfolgt anhand der von den Vertragspartnern für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Verfügung gestellten Quartalsdaten unter Abzug der von der Prüfungsstelle anzuerkennenden Praxisbesonderheiten, die nicht in der individuellen Richtgröße berücksichtigt wurden.

### **§ 8**

#### **Prüfung ärztlich verordneter Leistungen, bezogen auf die Wirkstoffauswahl und Wirkstoffmenge im jeweiligen Anwendungsgebiet**

- (1) Das Nähere hierzu regelt Anlage 3.

### **§ 9**

#### **Prüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten**

- (1) Das Nähere hierzu regelt Anlage 4.

### **§ 10**

#### **Zufälligkeitsprüfung**

- (1) Die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben wird gemäß § 106 Abs. 2 SGB V i. V. m. der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 106 Abs. 2b SGB V (im Weiteren Richtlinien) durchgeführt.

Die Stichprobe umfasst unabhängig von der Fachgruppe 2 v. H. der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte.

- (2) Der einer Zufälligkeitsprüfung zugrunde liegende Zeitraum beträgt ein Jahr vor der Stichprobenziehung.
- (3) Die Vertragspartner verständigen sich spätestens 4 Wochen nach Ende des Prüfzeitraums darauf, welche Stichprobengruppen in die Zufälligkeitsprüfung einbezogen werden. Soweit für ein Quartal mehrere Stichprobengruppen gebildet werden, benennen sie außerdem für jede Gruppe die Quote, zu der diese Gruppe einbezogen wird. Die Entscheidung wird der die Ziehung ausführenden Stelle zur Kenntnis gegeben. Findet keine Verständigung zwischen den Vertragspartnern nach Satz 1 statt bzw. kann keine Einigung erzielt werden, wird die Stichprobe über alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte gezogen.
- (4) Die KVT ermittelt die Stichprobe per EDV- gestütztem Zufallsgenerator. Über die Ziehung ist ein Protokoll anzufertigen, das den Vertragspartnern und der Prüfungsstelle übermittelt wird.
- (5) Die Prüfungsstelle übermittelt im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Verbänden der Krankenkassen die in die Zufälligkeitsprüfung einzubeziehenden Vertragsärzte innerhalb einer Woche.
- (6) In die Zufälligkeitsprüfung werden keine Ärzte einbezogen,
- die innerhalb der letzten 4 Quartale mit gleichem Prüfinhalt in eine Stichprobe einbezogen waren,
  - die erst weniger als vier Quartalsabrechnungen vorgelegt haben (bei Arztnummernwechsel sind die Daten zusammenzuführen), soweit dabei die Fachgruppe unverändert bleibt,
  - die in dem Prüfzeitraum weniger als 200 Behandlungsfälle abgerechnet haben.
- (7) Die Krankenkassen und die KVT übermitteln auf Abforderung der Prüfungsstelle für die ausgewählten Vertragsärzte die Datensätze auf maschinell verwertbaren Datenträgern spätestens am 15. des siebten Monats nach Ende des zu prüfenden Zeitraumes.
- (8) Die Prüfungsstelle wählt vor der Prüfung aus den in § 6 Abs. 2 der Richtlinie über die Zufälligkeitsprüfung aufgeführten Prüfungsgegenständen diejenigen aus, die für die Prüfung des Prüfungszeitraums und der Stichprobe zu verwenden sind, soweit die Vertragspartner keine Prüfungsgegenstände vereinbart haben.

- (9) Als Prüfkriterien dienen insbesondere die in der Anlage 2 der Richtlinie nach § 106 Abs. 2b SGB V aufgeführten Kriterien in Abhängigkeit ihrer Verfügbarkeit. Weitere Kriterien können von den Vertragspartnern vereinbart werden.
- (10) Stellt die Prüfungsstelle bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung fest, dass eine Unwirtschaftlichkeit nicht gegeben ist oder das weitere über Absatz 6 bzw. § 4 hinausgehende Ausschlussstatbestände zur Durchführung einer Zufälligkeitprüfung vorliegen, wird die Prüfung eingestellt. Über die Einstellung der Prüfung sind die Vertragspartner zu informieren. Die Prüfungsstelle informiert die Vertragsärzte hinsichtlich der konkreten Auffälligkeit innerhalb des Prüfgegenstandes und der Prüfmethode mit der Bitte um Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens 8 Wochen.

Die versichertenbezogene Stichprobe in Bezug auf die in die Stichprobe einbezogenen Ärzte/Psychotherapeuten sowie die ärztlich geleiteten Einrichtungen bestimmt die Prüfungsstelle unter Verwendung der von der KVT und den Krankenkassen gelieferten Daten.

Es sollen jeweils 20 % der Fälle, aber mindestens 100 und höchstens 500 Fälle einbezogen werden.

- (11) Sofern die Prüfungsgremien eine Hochrechnung durchführen, ist die Festsetzung eines durch diese Hochrechnung ermittelten unwirtschaftlichen Mehraufwandes bei einzelnen Leistungen/Verordnungen nur zulässig, wenn diese ein stetig wiederkehrendes Verhalten des geprüften Arztes widerspiegeln. Das ist in der Regel der Fall, wenn in mindestens 20 % der geprüften Fälle eine unwirtschaftliche Leistungserbringung festgestellt wurde.
- (12) Die Vertragspartner machen gemeinsam von der in § 6 Abs. 4 der Richtlinie eröffneten Möglichkeit Gebrauch im Benehmen mit der Prüfungsstelle im Rahmen der Prüfungsvorbereitung Anregungen zu Prüfzielen oder Prüfungsempfehlungen anzugeben. Das Nähere ist Inhalt einer gesonderten Vereinbarung/Protokollnotiz.
- (13) Geben die Ergebnisse der Zufälligkeitprüfung Anhaltspunkte, eine Prüfung nach § 106a SGB V zu veranlassen, übermittelt die Prüfungsstelle entsprechende Erkenntnisse und Unterlagen an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung und/oder die zuständigen Krankenkassen. Die Krankenkassen und/oder die Kassenärztliche Vereinigung können aufgrund der Information der Prüfungsstelle bei entsprechenden Verdachtsmomenten Anträge nach § 106a SGB V bei der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. bei den Krankenkassen stellen.

#### **§ 11 Prüfung in einzelnen Fällen**

- (1) Auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, der Kassenverbände oder einer Krankenkasse können Abrechnungen und Verordnungen einer Einzelfallprüfung unterzogen werden, wenn sonstige Auffälligkeiten eine Unwirtschaftlichkeit vermuten lassen. Lässt sich die Höhe des dabei festgestellten unwirtschaftlichen Mehraufwandes nicht eindeutig feststellen, bestimmt die Prüfungsstelle die Höhe des Regresses nach gewissenhafter Schätzung. Unter sonstigen Auffälligkeiten sind auch solche Sachverhalte einzuordnen, bei denen vermehrt kostenintensive Verordnungen im einzelnen Behandlungsfall den Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vermuten lassen.
- (2) Zur Gewährleistung einer sachgerechten Entscheidung sind Prüfanträge auf Durchführung einer Einzelfallprüfung zu begründen und mit dem entsprechenden notwendigen Nachweis (Originalbelege oder Images, Behandlungsschein) zu versehen.
- (3) Anträge nach Abs. 1 müssen innerhalb von 24 Monaten nach Ablauf des Leistungsquartals bei der Prüfungsstelle eingegangen sein. Die Begründung kann nachgereicht werden.

#### **§ 12 Prüfung in besonderen Fällen**

- (1) Auf begründeten Antrag der Antragsberechtigten nach § 5 Abs. 1 dieser Prüfvereinbarung prüft die Prüfungsstelle auch, ob der Vertragsarzt durch Veranlassung von Auftragsleistungen, Verordnungen von Krankenhausbehandlung, bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit und Verordnung von Hilfsmitteln im Einzelfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat. Dazu sind die Unterlagen des Behandlungsfalls/Krankheitsfalls heranzuziehen.

- (2) Die Prüfungsstelle entscheidet darüber, in welcher Höhe Unwirtschaftlichkeit besteht. Dabei ist gleichfalls die Gesamtwirtschaftlichkeit des Falles zu bewerten. Lässt sich die Höhe der Unwirtschaftlichkeit nicht eindeutig feststellen, bestimmt die Prüfungsstelle den Umfang nach gewissenhafter Schätzung.
- (3) Anträge nach Abs. 1 müssen innerhalb von 18 Monaten nach Ablauf des Leistungsquartals bei der Prüfungsstelle eingegangen sein. Die Begründung kann nachgereicht werden.

**§ 13  
Sonstiger Schaden**

- (1) Die Kassenverbände, die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen können die Feststellung eines sonstigen Schadens durch die Prüfungsstelle beantragen, den der Vertragsarzt infolge Verletzung seiner vertragsärztlichen Pflichten verursacht hat. Ausgenommen hiervon sind Erstattungsansprüche der Krankenkassen wegen sachlich-rechnerischer Unrichtigkeiten, wegen eines Behandlungsfehlers oder aus unerlaubten Handlungen des Vertragsarztes.
- (2) Die Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens sind innerhalb von einem Jahr seit Kenntnis der Tatsachen, welche den Schadensersatzanspruch begründen, zu stellen. Die Antragsbegründung kann nachgereicht werden. Sind seit der Pflichtverletzung jedoch mehr als zwei Jahre vergangen, ist der Anspruch verwirkt.
- (3) Die Prüfungsstelle entscheidet, ob und in welcher Höhe der Krankenkasse ein Schaden entstanden ist. Lässt sich die Höhe nicht eindeutig feststellen, bestimmt sie den Schadensumfang nach gewissenhafter Schätzung. Im Übrigen gelten die bundesmantelvertraglichen Regelungen.

**§ 14  
Verfahrensgrundsätze**

- (1) Über die Durchführung einer Beratung gem. § 15 dieser Vereinbarung, einer Wirtschaftlichkeitsprüfung bzw. deren Beantragung sind der betroffene Vertragsarzt sowie die übrigen Verfahrensbeteiligten von Amts wegen schriftlich in Kenntnis zu setzen. Bei Einleitung von Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren ist der Vertragsarzt auf die Möglichkeit der Stellungnahme innerhalb einer angemessenen Frist hinzuweisen. Der Vertragsarzt ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass er die Anerkennung weiterer Praxisbesonderheiten im Rahmen der Prüfungen nach § 7 beantragen kann. Bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung bzw. deren Beantragung sind die erforderlichen Unterlagen den Verfahrensbeteiligten auf Anforderung innerhalb von 14 Tagen zuzuleiten.
- (2) Das Verfahren bei der Prüfungsstelle ist schriftlich und wird mit Bescheid, Vergleich oder Antragsrücknahme abgeschlossen. Es gelten die Grundsätze des SGB X. Die Prüfungsstelle kann medizinische Sachverständige vor ihren Entscheidungen anhören. Die Prüfungsstelle kann die persönliche Anhörung der Verfahrensbeteiligten beschließen, wenn dies zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes notwendig ist oder die Verfahrensbeteiligten dies beantragen. Die Ladungsfrist beträgt zwei Wochen. Erscheint der Geladene nicht, kann ohne seine Anwesenheit entschieden werden, sofern in der Ladung darauf hingewiesen wurde. Der Vertragsarzt kann sich durch einen Bevollmächtigten vertreten lassen.
- (3) Der Bescheid der Prüfungsstelle ist zu begründen und hat den im Prüfverfahren festgestellten wesentlichen Sachverhalt unter Würdigung der durch die Verfahrensbeteiligten vorgebrachten Sachverhalte zu enthalten, zu unterzeichnen sowie mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen. Der Bescheid ist innerhalb von 5 Monaten nach Entscheidung den Verfahrensbeteiligten bekannt zu geben.
- (4) Gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle können innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheides sowohl der betroffene Vertragsarzt, die KVT, die Kassenverbände als auch die betroffene Krankenkasse schriftlich oder zur Niederschrift bei der Prüfungsstelle Widerspruch einlegen. Davon ausgenommen sind Bescheide über die Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind. Gegen diese Bescheide kann Klage zum Sozialgericht erhoben werden.
- (5) Der Widerspruch soll begründet sein, den angefochtenen Bescheid bezeichnen und einen bestimmten Antrag enthalten.

- (6) Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren im Sinne von § 78 des Sozialgerichtsgesetzes. Für das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gelten die vorstehenden Regelungen über das Verfahren bei der Prüfungsstelle entsprechend, soweit in den nachstehenden Absätzen nichts anderes geregelt ist.
- (7) Die Entscheidung des Beschwerdeausschusses ergeht aufgrund einer mündlichen Verhandlung in nicht öffentlicher Sitzung. Zu dieser Sitzung sind die am Verfahren Beteiligten mit einer Frist von mindestens einem Monat zu laden mit dem Hinweis, dass im Falle ihres Nichterscheins nach Lage der Akten verhandelt und entschieden werden kann. Die erforderlichen Unterlagen sind den Verfahrensbeteiligten mit der Ladung zuzuleiten.
- (8) Bei der Beratung und Beschlussfassung des Beschwerdeausschusses dürfen nur anwesend sein:
  - a) die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sowie
  - b) die Mitarbeiter der Prüfungsstelle, soweit dies für organisatorische Zwecke notwendig ist.
- (9) Über jede Sitzung des Beschwerdeausschusses ist ein Protokoll anzufertigen. Im Protokoll sind die wesentlichen Inhalte der Sitzung niederzulegen. Je eine Ausfertigung des Protokolls erhalten die Kassenverbände und die KV. Die Übersendung des Protokolls soll innerhalb von 1 Monat nach der Sitzung erfolgen.
- (10) Der Beschwerdeausschuss erteilt dem Widerspruchsführer und den anderen Verfahrensbeteiligten über die getroffene Entscheidung einen schriftlichen Bescheid. Die Entscheidung ist unter Berücksichtigung der vom Widerspruchsführer gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle erhobenen Einwendungen und des Vorbringens der übrigen Verfahrensbeteiligten zu begründen und vom Vorsitzenden oder im Falle seiner Verhinderung durch dessen Stellvertreter zu unterzeichnen.
- (11) Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt mit der Beschlussfassung als durchgeführt.

#### **§ 15**

#### **Beratung als Prüfmaßnahme**

- (1) Die Beratungen sollen nach den Vorgaben der Prüfeinrichtung durch die Prüfungsstelle zeitnah nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes durchgeführt werden. Grundlage der Beratungen sind die Übersichten über die vom Vertragsarzt im Prüfzeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können hinzugezogen werden.
- (2) Die für die Beratungen vorgesehenen Unterlagen sollen dem betroffenen Vertragsarzt mindestens 1 Monat vor Durchführung der Beratung übersandt werden.

#### **§ 16**

#### **Zweifel an der Richtigkeit der Leistungserbringung**

Soweit im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung hinreichende Zweifel an der Richtigkeit der Leistungserbringung bestehen, wird die Abrechnung an die KVT zur Klärung des Sachverhaltes übergeben. Der betroffene Vertragsarzt wird hierüber schriftlich informiert.

#### **§ 17**

#### **Datenschutz**

Die am Prüfverfahren Mitwirkenden haben über den Sitzungsverlauf und über die Person der am Verfahren beteiligten Vertragsärzte Stillschweigen zu bewahren. Dies gilt auch für Dritte, die am Verfahren teilnehmen. Diese sind aktenkundig über die geltenden Datenschutzrichtlinien zu belehren. Das Nähere hierzu regelt die Geschäftsordnung.

#### **§ 18**

#### **Vollstreckung von Entscheidungen**

- (1) Die beschlossene Honorarkürzung wird durch die KVT mit den Honorarforderungen des jeweils nächsten Auszahlungsquartals verrechnet, wenn die Entscheidung der Prüfungseinrichtungen kraft Gesetzes oder besonderer Anordnung sofort vollziehbar ist. Für Regresse aufgrund der Prüfung von vertragsärztlich verordneten und veranlassten Leistungen gilt dies entsprechend.

- (2) Die Vollstreckungsklausel erteilt die Prüfungsstelle. Die Aufteilung der Regresse aus Richtgrößenprüfungen auf die erstattungsberechtigten Krankenkassen nimmt die Prüfungsstelle auf der Grundlage des § 106 Abs. 5c SGB V und unter Berücksichtigung von § 106 Abs. 5 Satz 4 und Abs. 5a Satz 11 SGB V vor. Die erforderlichen Fallzahlen werden von der KV Thüringen zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Prüfungsstelle informiert die Vertragspartner quartalsweise über die erteilten Vollstreckungsklauseln mit folgendem Inhalt:
  - a. Arztnummer (LANR und BSNR) und Aktenzeichen (Vorgangsnummer)
  - b. Prüfungsart und Prüfzeitraum
  - c. Regressbetrag je Krankenkasse.

Diese Regelung gilt für den Beschwerdeausschuss entsprechend.

- (4) Regresse sind auf die beteiligten Krankenkassen entsprechend der Anzahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle aufzuteilen.
- (5) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Vertragsarztes informiert die KVT die Prüfungsstelle.

#### **§ 19**

#### **Kosten der Prüfungseinrichtungen**

- (1) Die Kosten der Prüfungsstelle und die mit der Tätigkeit der Vorsitzenden/Stellvertreter des Beschwerdeausschusses verbundenen Kosten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen. Dies gilt auch für die Kosten aus Rechtsbehelfs- und Rechtsmittelverfahren sowie durch die Beauftragung Dritter.
- (2) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses haben Anspruch auf Erstattung ihrer baren Auslagen und auf eine Entschädigung für Zeitaufwand nach den für die Mitglieder der Organe der bestellenden Körperschaften geltenden Grundsätzen. Der Anspruch richtet sich gegen die bestellenden Körperschaften bzw. Verbände.

#### **§ 20**

#### **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen werden die Vertragspartner zeitnah eine neue Regelung vereinbaren.

#### **§ 21**

#### **Inkrafttreten und Kündigung**

Diese Prüfvereinbarung tritt am 01.01.2013 in Kraft. Die Prüfvereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

## Anlage 2 – Prüfvereinbarung zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen

---

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 23.04.2013

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen .....

AOK PLUS .....

BKK Landesverband Mitte .....

IKK classic .....

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau .....

Knappschaft  
Regionaldirektion Frankfurt/Main .....

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

### Anlagen

- 1 - Praxisbesonderheiten / Bereich Arznei- und Verbandmittel
- 1a - Praxisbesonderheiten / Nutzenbewertete Arzneimittel
- 2 - Praxisbesonderheiten / Bereich Heilmittel
- 2a - Praxisbesonderheiten / Bereich Heilmittel (Podologie)
- 3 - unbesetzt
- 4 - unbesetzt

**Anlage 1 zur Prüfvereinbarung**

**Praxisbesonderheiten**

Bereich Arznei- und Verbandmittel  
(von Amts wegen zu berücksichtigen, vorabzugsfähig)

Abrechnungspositionen	Indikationen/Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe
99710A	Therapie des M. Gaucher und der Niemann-Pick-Krankheit - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	A16AB02 Imiglucerase A16AB10 Velaglucerase alfa A16AX06 Miglustat
99711A	Hormonelle Behandlung und in-vitro-Fertilisation bei Sterilität	G03GA01 Choriongonadotropin hum. menopaus. G03GA02 Gonadotropin G03GA04 Urofollitropin G03GA05 Follitropin alfa G03GA06 Follitropin beta G03GA07 Lutropin alfa G03GA08 Choriongonadotropin Alpha H01CA01 Gonadorelin H01CA02 Nafarelin H01CC01 Ganirelix H01CC02 Cetrorelix
99712A	Therapie der schubförmig verlaufenden bzw. sek. progredienten MS mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten	L03AB07 Interferon beta-1a L03AB08 Interferon beta-1b L03AX13 Glatirameracetat
99713A	Arzneimitteltherapie bei Hepatitis B und C mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten, ggf. in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln	J05AB04 Ribavirin J05AF05 Lamivudin J05AF07 Tenofovir (auch bei HIV enthalten) J05AF08 Adefovir dipivoxil J05AF10 Entecavir J05AF11 Telbivudin L03AB04 Interferon alfa-2a L03AB05 Interferon alfa-2b L03AB10 Peginterferon alfa-2b L03AB11 Peginterferon alfa-2a L03AB61 Ribavirin+Peginterferon
99714A	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	J01DF01 Aztreonam J01GB01 Tobramycin J01XB01 Colistin R05CB13 Dornase alfa R05CB16 Mannitol
99715A	Arzneimitteltherapie der fortgeschrittenen und terminalen Niereninsuffizienz - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	B03XA Antianämika H05BX01 Cinacalcet H05BX02 Paricalcitol L04AD01 Ciclosporin
99716A	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln inkl. entspr. Rezepturzubereitungen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	Einzel-dosenzubereitung: 2567107 L-Polamidon 2567113 Subutex 2567136 Suboxone N07BC01 Buprenorphin N07BC02 Methadon N07BC05 Levomethadon N07BC51 Buprenorphin, Komb. (Suboxone) 09999086 Sonder-PZN für Methadonzubereitungen

Anlage 2 – Prüfvereinbarung zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung vom 23.04.2013

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
99717A	Behandlung von Kindern mit nachgewiesenem hypophysären Minderwuchs mit Wachstumshormonen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	H01AC	Somatotropin und Somatotropin-Agonisten
99718A	Chemotherapie von Tumorpatienten sowie die Therapie mit für diese Indikation zugelassenen Interferonen, Hormonanaloga und Zytokinen inkl. Antiemetika, einschließlich Bisphosphonate u. a. Mittel mit Einfluss auf die Knochenstruktur und Mineralisation zur Behandlung tumorbedingter Metastasen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	A03FA05 A04AA01 A04AA02 A04AA03 A04AA04 A04AA05 A04AD12 A04AD12 B03XA G03HA01 H01CB02 H05BX01 J06BA L01AA01 L01AA02 L01AA03 L01AA06 L01AA07 L01AA09 L01AB01 L01AB02 L01AC01 L01AD01 L01AD02 L01AD06 L01AX03 L01AX04 L01BA01 L01BA04 L01BB02 L01BB03 L01BB04 L01BB05 L01BB07 L01BC01 L01BC02 L01BC05 L01BC06 L01BC07 L01BC53 L01CA01 L01CA02 L01CA03 L01CA04 L01CA05 L01CB01 L01CB02 L01CD01 L01CD02 L01CX01 L01DA01 L01DB01	Alizaprid Ondansetron Granisetron Tropisetron Dolasetron Palonosetron Aprepitant Fosaprepitant Antianämika Cyproteronacetat Octreotid Cinacalcet Immunglobuline Cyclophosphamid Chlorambucil Melphalan Ifosfamid Trofosfamid Bendamustin Busulfan Treo sulfan Thiotepa Carmustin Lomustin Nimustin Temozolomid Dacarbazin MTX Pemetrexed 6-Mercaptopurin 6-Tioguanin Cladribin Fludarabin Nelarabin Cytarabin 5-Fluorouracil Gemcitabin Capecitabin Azacitidin Tegafur/Uracil – Komb. Vinblastin Vincristin Vindesin Vinorelbin Vinflunin Etoposid Teniposid Paclitaxel Docetaxel Trabectedin Dactinomycin Doxorubicin

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung vom 23.04.2013

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe
		L01DB02 Daunorubicin
		L01DB03 Epirubicin
		L01DB06 Idarubicin
		L01DB07 Mitoxantron
		L01DC01 Bleomycin
		L01DC03 Mitomycin
		L01XA01 Cisplatin
		L01XA02 Carboplatin
		L01XA03 Oxaliplatin
		L01XB01 Procarbazin
		L01XC02 Rituximab
		L01XC03 Trastuzumab
		L01XC04 Alemtuzumab
		L01XC06 Cetuximab
		L01XC07 Bevacizumab
		L01XC08 Panitumumab
		L01XC09 Catumaxomab (intraperit. Behandlung des malignen Ascites)
		L01XC10 Ofatumumab
		L01XD01 Portimer-Na
		L01XD03 Methylaminolevulinat
		L01XD05 Temoporfin
		L01XE01 Imatinib
		L01XE02 Gefitinib
		L01XE03 Erlotinib
		L01XE04 Sunitinib
		L01XE05 Sorafenib
		L01XE06 Dasatinib
		L01XE07 Lapatinib
		L01XE08 Nilotinib
		L01XE08 Nilotinib
		L01XE09 Temsirolimus
		L01XE10 Everolimus
		L01XE11 Pazopanib
		L01XX01 Amsacrin
		L01XX02 Asparaginase
		L01XX05 Hydroxycarbamid
		L01XX08 Pentostatin
		L01XX09 Miltefosin
		L01XX11 Estramustin
		L01XX14 Tretinoin
		L01XX17 Topotecan
		L01XX19 Irinotecan
		L01XX22 Alitretinoin
		L01XX23 Mitotan
		L01XX24 Pegaspargase
		L01XX25 Bexaroten
		L01XX32 Bortezomib
		L02AB01 Megestrol
		L02AB02 Medroxyprogesteron
		L02AE01 Buserelin
		L02AE02 Leuprorelin
		L02AE03 Goserelin
		L02AE04 Triptorelin
		L02AE05 Histrelin
		L02BA01 Tamoxifen

Anlage 2 – Prüfvereinbarung zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung vom 23.04.2013

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe
		L02BA02 Toremifen L02BA03 Fulvestrant L02BB01 Flutamid L02BB03 Bicalutamid L02BG01 Aminoglutethimid L02BG02 Formestan L02BG03 Anastrozol L02BG04 Letrozol L02BG06 Exemestan L02BX01 Abarelix L02BX02 Degarelix L03AA02 Filgrastrim L03AA10 Lenograstrim L03AA13 Pegfilgrastrim L03AB02 Interferon beta, natürlich L03AB04 Interferon alfa-2a L03AB05 Interferon alfa-2b L03AC01 Aldesleukin L03AX03 BCG-Lebendimpfstoff L03AX11 Tasonermin L03AX14 Histamin dihydrochlorid L03AX15 Mifamurtid L03AX16 Plerixafor (Mobilisierung hämatopoet. Stammzellen)  L04AA18 Everolimus L04AX02 Thalidomid L04AX04 Lenalidomid M05BA02 Clodronsäure M05BA03 Pamidronsäure M05BA05 Tiludronsäure M05BA06 Ibandronsäure M05BA08 Zoledronsäure M05BX04 Denusomab V03AF01 Mesna  indiv. parentale Lösungen: 02567461 Sonder-PZN für parenterale Folinat-Lösungen  02567478 Sonder-PZN für Rezepturen monoklonaler Antikörper  09999092 Sonder-PZN für Zytostatika-Rezepturen  09999152 Sonder-PZN für sonst. parenterale Zubereitungen  V03AF02 Dexrazoxan V03AF03 Calciumfolinat V03AF05 Amifostin V03AF06 Natriumfolinat V03AF07 Rasburicase V03AF08 Palifermin

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung vom 23.04.2013

Abrechnungspositionen	Indikationen/Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
99719A	Therapie von behandlungsbedürftigen HIV-Infektionen sowie Therapie von behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen	J04AB04 J05AB14 J05AD01 J05AE01 J05AE02 J05AE03 J05AE04 J05AE05 J05AE07 J05AE08 J05AE09 J05AE10 J05AF01 J05AF02 J05AF03 J05AF04 J05AF05 J05AF06 J05AF07 J05AF09 J05AG01 J05AG03 J05AG04 J05AR01 J05AR02 J05AR03 J05AR04  J05AR06  J05AR10 J05AX07 J05AX08 J05AX09 L03AA02	Rifabutin Valganciclovir Foscarnet Saquinavir Indinavir Ritonavir Nelfinavir Amprenavir Fosamprenavir Atazanavir Tipranavir Darunavir Zidovudin Didanosin Zalcitabin Stavudin Lamivudin Abacavir Tenofovir Emtricitabin Nevirapin Efavirenz Etravirin Zidovudin+Lamivudin Lamivudin+Abacavir Emtricitabin+Tenofovir Zidovudin+Lamivudin+Abacavir Emtricitabin+Tenofovir+Efavirenz Lopinavir+Ritonavir Enfuvirtid Raltegravir Maraviroc Filgastrim
99720A	Insulintherapie und Teststreifenverordnung beim insulinpflichtigen Diabetes mellitus	A10AB01 A10AB04 A10AB05 A10AB06 A10AC01 A10AD01 A10AD04 A10AD05 A10AE04 A10AE05 V04CA03/	Humaninsulin Insulin lispro Insulin aspart Insulin glulisin Humaninsulin Humaninsulin biphas. Insulin lispro biphas. Insulin aspart Insulin glargin Insulin detemir Teststreifen
99721A	Therapie von Erkrankungen des rheumat. Formenkreises (inkl. Psoriasisarthritis) mit dafür zugelassenen TNF-Alpha-Inhibitoren und Interleukininhibitoren, monoklonalen Antikörpern, Fusionsproteinen und Immunsuppressiva - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	L04AA24 L04AB01 L04AB02 L04AB04 L04AB05 L04AB06 L04AC03 L04AC07 L01XC02	Abatacept Etanercept Infliximab Adalimumab Certolizumab Golimumab Anakinra Tocilizumab Rituximab
99722A	Therapie von chron. entzündlichen Darmerkrankungen mit dafür zugelassenen TNF-	L04AB02 L04AB04	Infliximab Adalimumab

**Anlage 2 – Prüfvereinbarung zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen**

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung vom 23.04.2013

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
	Alpha-Inhibitoren - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR		
99723A	Behandlung des M. Fabry (Enzyme)	A16AB03 A16AB04	Agalsidase alfa Agalsidase beta
99724A	photodynamische Therapie mit Verteporfin bei exudativer (feuchter) altersbezogener Makuladegeneration (AMD) mit vorwiegend klassischen subfovealen chorioidalen Neovaskularisationen (CNV)	S01LA01	Verteporfin
99725A	Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden. - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	J06BB16	Palivizumab
99726A	Immunsuppressiva nach Organtransplantation	L04AA02 L04AA03 L04AA04 L04AA06 L04AA10 L04AA18 L04AC01 L04AD01 L04AD02	Muromonab CD3 Antilymphozytäres IG Antithymocytäres IG Mycophenolsäure Sirolimus Everolimus Daclizumab Ciclosporin Tacrolimus
99728A	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten	B02BD01 B02BD02 B02BD03 B02BD04 B02BD05 B02BD06 B02BD07 B02BD08 B02BD09 B02BD10 B02BD11 B02BD12	Gerinnungsfaktor II,VII,IX,X Gerinnungsfaktor VIII H. Plasmaprotein mit Faktor VIII-Inhibitor Gerinnungsfaktor IX Gerinnungsfaktor VII Faktor VIII + v. Willebrand-Faktor Faktor XIII Eptacog alfa (Faktor VII) Nonacog alfa (Faktor IX) von-Willebrand-Faktor Octocog alfa Morococog alfa
99731A	Therapie chronischer Schmerzen mit starkwirksamen Opiaten unter Beachtung des WHO-Schmerzschemas	N02AA01 N02AA03 N02AA05 N02AB03 N02AE01	Morphin Hydromorphon Oxycodon Fentanyl Buprenorphin
99734A	Spezifische Immuntherapie, Hyposensibilisierung	V01AA	Extrakte aus Gräsern und Baumpollen, Hausstaubmilbenkuren bzw. Bienen- und Wespengift
99744A	Passive Immunisierung von Patienten mit	J06BB03	Varizella Zoster-IG

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung vom 23.04.2013

Abrechnungspositionen	Indikationen/Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
	spezifischen Immunglobulinen	J06BB04 J06BB05 J06BB09	Hepatitis B-IG Tollwutimmunglobulin CMV-IG
99749A	Therapie der pulmonalen arteriellen Hypertonie mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten	B01AC11 B01AC21 C02KX01 C02KX02 C02KX04 C02KX05	Iloprost Treprostinil Bosentan Ambrisentan Sildenafil Tadalafil
99751A	Therapie von Patienten mit Mukopolysaccharidose Mukopolysaccharidose II = Morbus Hunter	A16AB05 A16AB08 A16AB09	Laronidase Galsulfase Idursulfase
99762A	Therapie mit TNF-Alpha-Inhibitoren und monoklonalen Antikörpern entsprechend der Arzneimittelzulassung bei mittelschwerer bis schwerer Psoriasis vom Plaquetyp	L04AB01 L04AB02 L04 AB04 L04AC05	Etanercept Infliximab Adalimumab Ustekinumab
99763A	Parenterale Ernährung bei strenger Indikation gemäß Arzneimittel-Richtlinien	B05BA	Lösungen zur parenteralen Ernährung
99764A	Substitution/Therapie des Alpha-1-Proteinaseinhibitormangels (z. B. Prolastin HS)	B02AB02	Alfa-1-Antitrypsin
99765A	Behandlung der Narkolepsie mit Kataplexie mit dafür zugelassenen Präparaten	N06AA04 N06BA04 N06BA07 N07XX04	Clomipramin Methylphenidat Modafinil 4-Hydroxybuttersäure
99766A	Behandlung der paroxysmalen nächtlichen Hämoglobinurie	L04AA25	Eculizumab
99767A	Behandlung der amyotrophen Lateralsklerose	N07XX02	Riluzol
99768A	Zur Behandlung der neovaskulären (feuchten) altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mit dafür zugelassenen Wirkstoffen ab Inkrafttreten der EBM-Regelung zur intravitrealen Injektion	S01LA03 S01LA04	Pegaptanib Ranibizumab
99774A	Lambert-Eaton-Myasthenisches Syndrom	N07XX05	Amifampridin
99775A	Hyponatriämie bei SIADH	C03XA01	Tolvaptan
99776A	Störungen des Harnstoffzyklus angeborene Störungen: • Carbamylphosphat synthetase-Mangel • Ornithintranscarbamylase-Mangel • Argininsuccinatsynthetase-Mangel • N-Acetylglutamatsynthase-Mangel (Hyperammonämie)	A16AA05 A16AX03	Carglumsäure Natriumphenylbutyrat
99777A	Tyrosinämie	A16AX04	Nitisonon
99778A	Behandlung von CAPS	L04AC08	Canakinumab
99779A	Morbus Pompe	A16AB07	Alglucosidase alpha
99780A	Behandlung des hereditären Angioödems, akut	B06AC01 B06AC02	C <sub>1</sub> -Esterase-Inhibitor Icatibant
99781A	Behandlung der PKU	A16AX07	Sapropterin
99782A	Wachstumsstörungen bei Kindern und Jugendlichen bei schwerem IGF 1-Mangel	H01AC03	Mecasermin
99783A	Intrathekale Analgesie	N02BG08	Ziconotid
99784A	Therapie splenektomierter Patienten mit chronischer immun-(idiopathischer)thrombozytopenischer Purpura	B02BX04 B04BX05	Romiplostim Eltrombopag
99785A	Therapie des Fibrinogenmangels, erworben oder kongenital oder akut	B02BB01	Fibrinogen, human
99786A	Therapie des Antithrombinmangels, erworben oder angeboren	B01AB02	Antithrombin III, Antithrombin alfa
99787A	Blutprodukte entspr. Transfusionsgesetz	B05A	Blut und zugehörige

## Anlage 2 – Prüfvereinbarung zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung vom 23.04.2013

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
			Produkte, exkl. Volumenersatzmittel (Dextrane, gelatine-haltige Mittel, Hydroxyethylstärke sowie jeweils in Komb.), exkl. Stammzellen aus Nabelschnurblut
99788A	Therapie der heparininduzierten Thrombozytopenie (HIT) Typ 2	B01AE03	Argatroban
99735 A	Therapie der Hypothalamus- und Hypophysenerkrankungen einschl. der Akromegalie	H01AX01	Pegvisomant
99789A	Adjuvante Therapie der Homocystinurie	A16AA06	Betain
99790A	Beta-Thalassämie, Patienten mit chron. Transfusionsbedingter Eisenüberladung	V03AC03	Deferasirox
99791A	Therapie des Morbus Wilson	A16AX05	Zinkacetat
99792A	Systemische Sklerodermie	C02KX01	Bosentan
99793A	Essentielle Thrombozythämie	L01XX35	Anagrelid

Darüber hinaus gelten die gesetzlich vorgegebenen Praxisbesonderheiten gemäß Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 S.1, Abs. 2 SGB V nach § 7 Abs. 7, 9 Satz 10 der Prüfvereinbarung.

## Anlage 1a zur Prüfvereinbarung

### Praxisbesonderheiten: Nutzenbewertete Arzneimittel

Bereich Arznei- und Verbandmittel

**Voraussetzung:** Verordnung in Indikationen, in denen ein Zusatznutzen festgestellt und ein Erstattungsbetrag festgelegt wurde.

**Gültigkeit:** Richtgrößenprüfung 2013

Stand: 20.03.2013

Abrechnungspositionen	Indikationen / Therapien	ATC-Code/ Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt
99713A	Arzneimitteltherapie bei Hepatitis B und C mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten, ggf. in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln	J05AE12 Boceprevir	Ja
		J05AE11 Telaprevir	Ja
99718A	Chemotherapie von Tumorpatienten sowie die Therapie mit für diese Indikation zugelassenen Interferonen, Hormonanaloga und Zytokinen inkl. Antiemetika, einschließlich Bisphosphonate u. a. Mittel mit Einfluss auf die Knochenstruktur und Mineralisation zur Behandlung tumorbedingter Metastasen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	L01CD04 Carbazitaxel	Ja
		L01XX41 Eribulin	Ja
		L01XC11 Ipilimumab	Ja
		L01XE15 Vemurafenib	Nein (wenn Ja rückwirkend zum 15.03.2013 wirksam)
99719A	Therapie von behandlungsbedürftigen HIV-Infektionen sowie Therapie von behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen	J05AR08 Emtricitabin + Rilpivirin + Tenofoviridisoproxil	Ja
		J05AG05 Rilpivirin	Ja
99726A	Immunsuppressiva nach Organtransplantation	L04AA28 Belatacept	Ja
99794A	Transthyretin-Amyloidose	N07XX08 Tafamidis meglumin	Ja
99795A	Systemischer Lupus erythematodes	L04AA26 Belimumab	Ja
99796A	Therapie des Morbus Cushing	H01CB05 Pasireotid	Nein
99797A	Myelofibrose	L01XE18 Ruxolitinib	Nein

**Aktueller Stand der festgelegten Erstattungsbetragsverhandlungen siehe:**

[http://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/rabatt\\_verhandlungen\\_nach\\_amnog/erstattungsbetragsverhandlungen\\_nach\\_130b\\_sgb\\_v/erstattungsbetragsverhandlungen\\_nach\\_130b\\_sgb\\_v\\_vl.jsp](http://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/rabatt_verhandlungen_nach_amnog/erstattungsbetragsverhandlungen_nach_130b_sgb_v/erstattungsbetragsverhandlungen_nach_130b_sgb_v_vl.jsp)

## Anlage 2 – Prüfvereinbarung zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen

### Anlage 2 zur Prüfvereinbarung

#### Praxisbesonderheiten

Bereich Heilmittel

(von Amts wegen zu berücksichtigen, vorabzugsfähig)

auf der Basis der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel*			Hinweis/ Spezifikation
		Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprach- therapie	
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>					
B94.1	Folgezustände der Virusenzephalitis	ZN1 ZN2 SO3	EN1 EN2	SC1 / ST1 SP1 / SP3 SP4 / SP5 RE1 / RE2 SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C70.0	<b>Bösartige Neubildung der Meningen</b> Hirnhäute				
C70.1	Rückenmarkshäute				
C70.9	Meningen, nicht näher bezeichnet				
	<b>Bösartige Neubildung des Gehirns</b>				
C71.0	Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel Inkl. Supratentoriell o.n.A.				
C71.1	Frontallappen				
C71.2	Temporallappen				
C71.3	Parietallappen				
C71.4	Okzipitallappen				
C71.5	Hirnventrikel, Exl.: IV.Ventrikel (C71.7)				
C71.6	Zerebellum				
C71.7	Hirnstamm, Inkl.: Infratentoriell o.n.A. IV.Ventrikel				
C71.8	Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend				
C71.9	Gehirn, nicht näher bezeichnet				
	<b>Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des ZNS</b>				
C72.0	Rückenmark	ZN1 ZN2 SO1 SO3	EN1 EN2 EN3	SC1 ST1 SP1 SP2 SP3 SP5 SP6 RE1 RE2 SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C72.1	Cauda equina				
C72.2	Nn. olfactorii [ I.Hirnnerv], Inkl.: Bulbus olfactorius				
C72.3	N. opticus [ II.Hirnnerv]				
C72.4	N. vestibulocochlearis [ VIII.Hirnnerv]				
C72.5	Sonstige, nicht näher bezeichnete Hirnnerven				
C72.8	Gehirn und andere Teile des ZNS, mehrere Teilbereiche überlappend				
C72.9	ZNS, nicht näher bezeichnet				
G10	Chorea Huntington	ZN1 ZN2	EN1 EN2	SC1 SP5 SP6	

\* Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel muss immer inklusive Leitsymptomatik (a-g) angegeben werden

Anlage 2 zur Prüfvereinbarung vom 23.04.2013

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel*			Hinweis/ Spezifikation
		Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
G11.0	<b>Hereditäre Ataxie</b> Angeborene nichtprogressive Ataxie				
G11.1	Früh beginnende zerebellare Ataxie				
G11.2	Spät beginnende zerebellare Ataxie				
G11.3	Zerebellare Ataxie mit defektem DNA-Reparatursystem	ZN1 ZN2	EN1 EN2	SC1	
G11.4	Hereditäre spastische Paraplegie				
G11.8	Sonstige hereditäre Ataxien				
G11.9	hereditäre Ataxie, nicht näher bezeichnet				
G14	Postpoliosyndrom	ZN1 ZN2	EN1 EN2 EN3	SC1	
G20.1-	<b>Morbus Parkinson bei schwerer Beeinträchtigung</b> Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadium 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr)	ZN2	EN2	SC1 SP6	
G35.0	<b>Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]</b> Erstmanifestation einer MS				
G35.1	MS mit vorherrschend schubförmigem Verlauf				
G35.2	MS mit primär-chron. Verlauf				
G35.3	MS mit sekundär-chron. Verlauf				
G35.9	MS, nicht näher bezeichnet				
G36.0	<b>Sonstige akute disseminierte Demyelinisation</b> Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit]	ZN1 ZN2	EN1 EN2 EN3	SC1 ST1 SP5 SP6	
G36.1	Akute und subakute hämorrhagische Leukoencephalitis [Hurst]				
G36.8	Sonstige näher bezeichnete akute disseminierte Demyelinisation				
G36.9	Akute disseminierte Demyelinisation, nicht näher bezeichnet				
G37.0	<b>Sonstige demyelinisierende Krankheiten des ZNS</b> Diffuse Hirnsklerose				
G37.1	Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum				
G37.2	Zentrale pontine Myelinolyse				
G37.3	Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des ZNS				
G37.4	Subakute nekrotisierende Myelitis [Foix-Alajouanine-Syndrom]	ZN1 ZN2	EN1 EN2 EN3	SC1 ST1 SP5 SP6	
G37.5	Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit]				
G37.8	Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des ZNS				
G37.9	Demyelinisierende Krankheiten des ZNS, nicht näher bezeichnet				

\* Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel muss immer inklusive Leitsymptomatik (a-g) angegeben werden

**Anlage 2 – Prüfvereinbarung zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen**

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel*			Hinweis/ Spezifikation
		Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
G70.0	Myasthenia gravis	ZN1 ZN2	EN1 EN2 SB7	SC1 SP6	
	<b>Hemiparese und Hemiplegie</b>				
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	ZN1	EN1		
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie	ZN2	EN2		
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet				
	<b>Subarachnoidalblutung</b>				
I60.0	Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend				
I60.1	Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend				
I60.2	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend				
I60.3	Subarachnoidalblutung, von der a. communicans posterior ausgehend				
I60.4	Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend	ZN1 ZN2	EN1 EN2	SC1 ST1 SP5 SP6	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I60.5	Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend				
I60.6	Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend				
I60.7	Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend				
I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung				
I60.9	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet				
	<b>Intrazerebrale Blutung</b>				
I61.0	Intrazerebrale Blutung, in die Großhirnhemisphäre, subkortikal				
I61.1	Intrazerebrale Blutung, in die Großhirnhemisphäre, kortikal				
I61.2	Intrazerebrale Blutung, in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet				
I61.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm				
I61.4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn				
I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	ZN1 ZN2	EN1 EN2	SC1 ST1 SP5 SP6	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I61.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen				
I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung				
I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet				

\* Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel muss immer inklusive Leitsymptomatik (a-g) angegeben werden

Anlage 2 zur Prüfvereinbarung vom 23.04.2013

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel*			Hinweis/ Spezifikation
		Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
	<b>Hirnfarkt</b>				
I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien				
I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien				
I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien				
I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien				
I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien				
I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien				
I63.6	Hirnfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig	ZN1 ZN2	EN1 EN2	SC1 ST1 SP5 SP6	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I63.8	Sonstiger Hirnfarkt				
I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet				
I64.	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet				
	<b>Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit</b>				
I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung				
I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung				
I69.2	Folgen einer sonstigen, nichttraumatischen intrakraniellen Blutung				
I69.3	Folgen eines Hirninfarktes				
I69.4	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet				
I69.8	Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten				
G99.2	Myelopathie bei andernorts klassifizierten Krankheiten				
M48.0	Spinal(kanal)stenose				
M50.0	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie	WS 2	EN3	SC1	Längstens 6 Monate nach Akutereignis
M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	EX3			
M51.0	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie	ZN1 ZN2			
M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie				Einschränkung: nur nach neurologischer Befunderhebung und Einschränkung ab Kraftgrad ≤ 3

\* Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel muss immer inklusive Leitsymptomatik (a-g) angegeben werden

## Anlage 2 – Prüfvereinbarung zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen

Anlage 2 zur Prüfvereinbarung vom 23.04.2013

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel*			Hinweis/ Spezifikation
		Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
	<b>Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe</b>				
S14.0	Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarkes				Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S14.1	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes	ZN1	EN1		
S14.2	Verletzung von Nervenwurzeln der HWS	ZN2	EN2		
S14.3	Verletzung des Plexus brachialis	AT2	EN3		
S14.4	Verletzung peripherer Nerven des Halses				
S14.5	Verletzung zervikaler sympathischer Nerven				
S14.6	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven des Halses				
	<b>Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe</b>				
S24.0	Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarkes				Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S24.1	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzung des thorakalen Rückenmarkes	ZN1	EN1		
S24.2	Verletzung von Nervenwurzeln der Brustwirbelsäule	ZN2	EN2		
S24.3	Verletzung peripherer Nerven des Thorax		EN3		
S24.4	Verletzung thorakaler sympathischer Nerven				
S24.5	Verletzung sonstiger Nerven des Thorax				
S24.6	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Nervs des Thorax				
	<b>Verletzungen der Nerven und des lumbalen Rückenmarkes in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens</b>				
S34.0	Kontusion und Ödem des lumbalen Rückenmarkes				Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S34.1-	Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes				
S34.2	Verletzung von Nervenwurzeln der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins				
S34.3-	Verletzung der Cauda equina				
S34.4	Verletzung des Plexus lumbosacralis	ZN1	EN1		
S34.5	Verletzung sympathischer Nerven der Lendenwirbel-, Kreuzbein- und Beckenregion	ZN2	EN2		
S34.6	Verletzung eines oder mehrerer peripherer Nerven des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens		EN3		
S34.8	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens				
T09.3	Verletzung des Rückenmarkes, Höhe nicht näher bezeichnet	ZN1 ZN2 AT2	EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis

\* Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel muss immer inklusive Leitsymptomatik (a-g) angegeben werden

Anlage 2 zur Prüfvereinbarung vom 23.04.2013

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel*			Hinweis/ Spezifikation
		Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
Entzündliche rheumatische Erkrankungen und Kollagenosen					
	<b>Seropositive chronische Polyarthritiden</b>				
M05.0-	Felty-Syndrom				
M05.1-	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritiden				
M05.2-	Vaskulitis bei seropositiver chronischen Polyarthritiden	WS2 EX2 EX3	SB1 SB5		
M05.3-	Seropositive chronische Polyarthritiden mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme				
M05.8-	Sonstige seropositive chronische Polyarthritiden				
M05.9-	Seropositive chronische Polyarthritiden, nicht näher bezeichnet				
M06.0	Seronegative chronische Polyarthritiden	WS2 EX2 EX3	SB1 SB5		
M06.1	Adulte Form der Still-Krankheit	WS2 EX2 EX3	SB1 SB5		
	<b>Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten</b>				
M07.0-	Distale interphalangeale Arthritis psoriatica				
M07.1-	Arthritis mutilans				
M07.2-	Spondylitis psoriatica				
M07.3-	Sonstige psoriatische Arthritiden	WS2 EX2 EX3	SB1 SB5		
M07.4	Arthritis bei Crohn-Krankheit				
M07.5	Arthritis bei Colitis ulcerosa				
M07.6	Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten				
	<b>Juvenile Arthritis</b>				
M08.0-	Juvenile chronische Polyarthritiden, adulter Typ				
M08.1-	Juvenile Spondylitis ankylosans				
M08.2-	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form				
M08.3	Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form	WS2 EX2 EX3	SB1 SB5		
M08.4-	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form				
M087.-	Vaskulitis bei juveniler Arthritis				
M08.8-	Sonstige juvenile Arthritis				
M08.9-	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet				
	<b>Systemische Sklerose</b>				
M34.0	Progressive systemische Sklerose				
M34.1	CR(E)ST-Syndrom				
M34.2	Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert	WS2 EX2 EX3	SB1 SB5		
M34.8	Sonstige Formen der systemischen Sklerose	AT2			
M34.9	Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet				

\* Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel muss immer inklusive Leitsymptomatik (a-g) angegeben werden

## Anlage 2 – Prüfvereinbarung zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen

Anlage 2 zur Prüfvereinbarung vom 23.04.2013

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel*			Hinweis/ Spezifikation
		Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
M45.0-	<b>Spondylitis ankylosans</b> Spondylitis ankylosans	WS2 EX2 EX3	SB1 SB5		
<b>Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem</b>					
M89.0-	<b>Neurodystrophie [Algodystrophie]</b> Schulter-Hand-Syndrom Sudeck-Knochenatrophie Sympathische Reflex-Dystrophie Morbus Sudeck	EX2 EX3 LY2 PN	SB2 SB6		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
Q66.0	Pes equinovarus congenitus (Klumpfuß)	EX4	SB3		
Q68.0	Angeborene Deformitäten des M. sternocleidomastoideus (Schiefhals)	EX4	SB7		
<b>Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems</b>					
Z98.8 i.V.m. Z89.- M75.1 M23.5	Zustand nach chirurgisch-orthopädischen Operationen In Verbindung mit einer der nachstehenden Grunddiagnosen: Bei Major-Amputationen mindestens einer Extremität Bei rekonstruktiven Eingriffen ohne endoprothetische Versorgung: - Läsionen der Rotatorenmanschette (Schultergelenk) - Chronische Instabilität des Kniegelenkes (Kreuzbandruptur)	EX2 EX3	SB2 SB3		Längstens 6 Monate nach Akutereignis
Z98.8 i.V.m. Z96.6 Z96.88	Bei endoprothetischer Versorgung: - Hüftgelenkersatz - Kniegelenk, Schultergelenk	EX2 EX3			Längstens 6 Monate nach Akutereignis

\* Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel muss immer inklusive Leitsymptomatik (a-g) angegeben werden

**Anlage 2a zur Prüfvereinbarung**

**Praxisbesonderheiten**

Bereich Heilmittel  
 Maßnahmen der podologischen Therapie  
 (von Amts wegen zu berücksichtigen, vorabzugsfähig)

Abrechnungsposition	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel Podologie*	Hinweis/ Spezifikation
99861 A	<b>Diabetes mellitus</b> Heilmitteltherapie bei diabetischem Fußsyndrom mit Neuropathie und/oder Angiopathie im Stadium Wagner 0, ausschließlich nach Indikationsstellung der Heilmittel-Richtlinie	DF	

\* Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel muss immer inklusive Leitsymptomatik (a-c) angegeben werden.

**Anlage 3 zur Prüfvereinbarung**

- unbesetzt -

**Anlage 4 zur Prüfvereinbarung**

- unbesetzt -

**Anlage 3 – Kennzeichnung von kostenintensiven Behandlungsfällen als Indikatoren für Praxisbesonderheiten**

<b>Abrechnungspositionen</b>	<b>Indikationen/Therapien</b>
<b>99727</b>	Behandlung von Kollagenosen, entzündlichen Nierenerkrankungen und Autoimmunerkrankungen aus dem rheumat. Formenkreis mit Immunsuppressiva, Antimetaboliten, antibiot. Chemotherapeutika etc. – unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AM-RL – exkl. 99721A
<b>99732</b>	Medikamentöse Therapie des Glaukoms (Carboanhydrasehemmer, Alpha-2-Sympathomimetika, Prostaglandinanaloga)
<b>99733</b>	Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AM-RL
<b>99736</b>	Behandlung von Infektionen, wie z. B. Tuberkulose (u. a. Infektionen durch Mycobakterien), Malaria, Lepra, Pneumocystis carinii-Infektionen, Leishmaniosen, Trypanosomiasis, Toxoplasmose, schwerwiegende dermatologische Infektionen
<b>99737</b>	Therapie von Epilepsie-Erkrankungen entsprechend der zugelassenen Indikation
<b>99738</b>	Therapie von Depressionen, inkl. Prophylaxe bei Patienten mit bipolaren Störungen
<b>99739</b>	Behandlung von Komplikationen der Blutgerinnung/Fibrinolyse
<b>99740</b>	Fibrinolytische Therapie bei Myocardinfarkt, Lungenembolie, Thrombosen
<b>99741</b>	Intravenöse, hochdosierte Corticoidtherapie
<b>99742</b>	Therapie des M. Parkinson u. a. extrapyramidalen Störungen
<b>99743</b>	Behandlung von Dyskinesien und Chorea Huntington
<b>99745</b>	Therapie des M. Alzheimer
<b>99746</b>	Therapie der Migräne mit Triptanen nach diagnostischer Abklärung und Versagen der klassischen Migränetherapie
<b>99747</b>	Behandlung der cervicalen Dystonie gem. Zulassung unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AM-RL
<b>99748</b>	Therapie von schweren systemischen Mykosen bei immunsupprimierten Patienten
<b>99750</b>	Therapie von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) gemäß Zulassung nach Sicherung der Diagnose durch den Kinderneuropsychiater
<b>99752</b>	Behandlung mit niedermolekularen Heparinen in unmittelbarem Zusammenhang mit Operationen
<b>99753</b>	Therapie der Osteoporose mit Bisphosphonaten, Raloxifen und Strontiumranelat – unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AM-RL
<b>99754</b>	Osteoporosetherapie mit Parathormon-Fragment unter strenger Indikationsstellung nach Versagen der bisherigen Therapie – unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AM-RL
<b>99755</b>	Behandlung des absoluten und relativen ADH-Mangels (traumat., operativ bedingt, zentraler Diabetes insipidus) und der primären Enuresis nocturna mit HHL-Hormonen
<b>99756</b>	Behandlung von Neuropathien und neuropathischen Schmerzzuständen entsprechend der zugelassenen Indikation
<b>99757</b>	Therapie von Erkrankungen der Nebenschilddrüse
<b>99758</b>	Therapie der schweren Hyperhidrosis, die durch keine andere Therapie behandelt werden kann, Einsatz gemäß Zulassung
<b>99759</b>	Therapie der nephropathischen Cystinose

**Anlage 3 – Kennzeichnung von kostenintensiven Behandlungsfällen als Indikatoren für Praxisbesonderheiten**

<b>Abrechnungspositionen</b>	<b>Indikationen/Therapien</b>
<b>99769</b>	Therapie chronischer Wunden und Ulzerationen über 3 Monate Bestandsdauer, mit Verlaufs- und Fotodokumentation
<b>99770</b>	Parenterale Ernährung, individuelle Rezepturen, bei strenger Indikation gemäß AM-RL – exkl. 99763A
<b>99771</b>	Enterale Ernährung (Trink- und Sondennahrung) gemäß AM-RL
<b>99772</b>	Therapie des superficiellen Basalzellcarcinoms, nur wenn alle anderen Behandlungsoptionen ausgeschöpft sind
<b>99773</b>	Substitutionstherapie bei Immundefekten
<b>99812</b>	Therapie der schubförmig verlaufenden bzw. sek. progredienten MS mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten – exkl. 99712A
<b>99815</b>	Arzneimitteltherapie der fortgeschrittenen und terminalen Niereninsuffizienz, – exkl. 99715A
<b>99831</b>	Therapie chronischer Schmerzen mit starkwirksamen Opiaten/Opioiden gemäß WHO-Schmerzschema – exkl. 99731A
<b>99760</b>	dauerhafte Therapie mit Logopädie (VO außerhalb des Regelfalles)
<b>99761</b>	dauerhafte Therapie mit Ergotherapie (VO außerhalb des Regelfalles)
<b>99862</b>	Heilmittelversorgung extrem frühgeborener Kinder (Geburt vor Vollendung der 28. SSW) bis zur Vollendung des 6. Lbj.
<b>99863</b>	Dauerhafte Therapie mit Physiotherapie (VO außerhalb des Regelfalles)
<b>99864</b>	Verordnung von Heilmitteln für Kinder, deren Antrag auf interdisziplinäre Frühförderung (vollständig oder teilweise) abgelehnt wurde
<b>99865</b>	Verordnung von Heilmitteln für Kinder mit Indikation für eine interdisziplinäre Frühförderung, die jedoch regional nicht durchführbar ist

Bitte beachten Sie, dass diese Aufstellung nicht abschließend ist, da nicht alle kostenintensiven Therapien eine Abrechnungsposition erhalten können.

**Anlage 4 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen**

Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert)	VKNR	Zusatzvereinbarung Sonographie
actimonda krankenkasse	21405	+
atlas BKK ahlmann	03407	+
BKK 24	09416	+
BKK A.T.U	68415	
BKK Achenbach Buschhütten	18403	
BKK advita	48412	
BKK Aesculap	58430	
BKK Akzo Nobel – Bayern –	67411	+
BKK B. Braun Melsungen	42401	
BKK Beiersdorf AG	02402	
BKK BJB (Sitz in Arnshausen)	18415	+
BKK BMW	69401	
BKK Braun-Gillette	40426	
BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	25408	+
BKK der SIEMAG	18515	
BKK der Thüringer Energieversorgung	89407	
BKK Deutsche Bank AG	24413	
BKK Diakonie	19402	+
BKK Dürkopp Adler	19409	
BKK Ernst & Young	42402	
BKK EUREGIO	21407	
BKK EWE	12407	
BKK exklusiv	09402	
BKK Faber-Castell & Partner	69405	
BKK firmus	03412	
BKK Gildemeister Seidensticker	19410	
BKK Heimbach	21412	
BKK Herford Minden Ravensberg (BKK HMR)	19479	
BKK Herkules	42419	
BKK IHV	45402	
BKK KARL MAYER	40417	
BKK KBA	67407	
BKK KEVAG KOBLENZ	47419	
BKK LINDE	45411	
BKK MAHLE	61435	
BKK MEDICUS/BKK MEDICUS West	95408/95508	
BKK Melitta Plus	19540	+
BKK MEM	90403	+
BKK MIELE	19473	
BKK Mobil Oil	09455	+

## Anlage 4 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen

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

Quelle: BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte

Stand: 3. Quartal 2013, Änderungen gegenüber dem 2. Quartal 2013 sind rot gekennzeichnet.

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

## Anlage 4 – Übersicht der teilnehmenden stationären Einrichtungen am IV-Vertrag „Hallo Baby“ in Thüringen

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

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

Quelle: BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte  
Stand: 3. Quartal 2013



## Anlage 5 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

Betriebskrankenkasse	VKNR
BKK 24	09416
BKK B. Braun Melsungen	42401
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Herkules	42419
BKK Linde (rückwirkend gültig seit 01.10.2012)	45411
BKK Miele	19473
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
BKK VerbundPlus	62461
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK ZF & Partner	47434
<b>Debeka BKK</b>	<b>47410</b>
energie-BKK	09450
Heimat Krankenkasse	19418
mhplus BKK	61421
Novitas BKK	02407
R+V BKK	45405
<b>SKD BKK</b>	<b>67412</b>
WMF Betriebskrankenkasse (rückwirkend gültig seit 02.01.2013)	61477

Stand: 3. Quartal 2013, Änderungen gegenüber dem 2. Quartal 2013 sind **rot** gekennzeichnet.