



## Amtliche Bekanntmachungen

---

Honorarverteilungsmaßstab der KVT mit Wirkung ab 01.10.2013

Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2013

## Editorial

---

Es ist vollbracht!

## Elnachricht

---

Aktuelles zur Gripeschutzimpfung 2013/2014

## Ihre Fachinformationen

---

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
  - Vertreterversammlung beschließt neuen Honorarverteilungsmaßstab 1
  - Einheitlicher Bundesmantelvertrag zum 01.10.2013 2
  - Weitere Hinweise zum neuen Hausarzt-EBM 2
  - Einreichung gesonderter Unterlagen mit der Quartalsabrechnung 2
  - Hinweise zur Abrechnung Sonstiger Kostenträger 3
- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
  - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 4
  - Wirkstoff AKTUELL 5
  - Neue Empfehlungen der Ständigen Impfkommission 5
  - Weitere Informationen zu Schutzimpfungen 6
  - Häusliche Krankenpflege – Änderung der Richtlinie 7
- **Qualitätssicherung**
  - Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Thüringen 8
- **Verträge**
  - Übersicht der an dem IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden BKKn und teilnehmenden stationären Einrichtungen 9
  - Hausarztzentrierte Versorgung – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn 9
  - Vertrag „Starke Kids Thüringen“ – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn 9
- **Alles was Recht ist**
  - Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag 10
- **Ärztliche Selbstverwaltung**
  - Klausurtagung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen am 06.09.2013 sowie Vertreterversammlung am 07.09.2013 10

## Terminkalender

---

Termine zur Abrechnungsannahme für das 3. Quartal 2013	16
Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena	16
Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen	17
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	19
15. Herbsttagung der Mitteldeutschen Gesellschaft für Pneumologie & Thoraxchirurgie in Gera	21

## Kunst in der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

---

Die Welt ist bunt – Kunstausstellung von Dr. med. Annette Fischer	22
---	----

## Anlagen

---

- Anlage 1 – Fragen und Antworten zum neuen Hausarzt-EBM ab 01.10.2013
- Anlage 2 – Strontiumranelat / BAnz 29.08.2013 B1 –  
Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise
- Anlage 3 – Übersicht aller aktuell gültigen Therapiehinweise des G-BA nach Anlage IV der AM-RL
- Anlage 4 – Übersicht zu den bisher erschienenen Ausgaben Wirkstoff AKTUELL
- Anlage 5 – Wirkstoff AKTUELL: Urologische Spasmolytika (Ausgabe 4/2013)
- Anlage 6 – Leistungsverzeichnis Nummer 16a. und 27a. der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie
- Anlage 7 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und  
an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen
- Anlage 8 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung
- Anlage 9 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

## Beilagen

---

- Fortbildungsprogramm der KVT für das 4. Quartal 2013
- Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)

---

## Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

verantwortlich: Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer

Redaktion: Babette Landmann

Telefon: 03643 559-0

Telefax: 03643 559-191

Internet: [www.kvt.de](http://www.kvt.de)

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

Druck: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

## Es ist vollbracht!

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

ab 01.10.2013 rechnen alle Praxen im hausärztlichen Versorgungsbereich nach dem neuen EBM ab. Die medial viel diskutierte Aussetzung des EBM im Vorfeld der KBV-Vertreterversammlung ist glücklicherweise letztendlich doch durch eine Kompromisslinie nicht zustande gekommen.

Wichtig: Notwendige Nachbesserungen muss der KBV-Vorstand nun mit den Kassen einlenken. Die hausärztliche Vergütung heraus aus der Pauschalierung zu einer stärkeren Differenzierung der Versichertenpauschalen, die Einführung der Vorhaltepauschale und die Herauslösung der Gesprächsziffer aus der Versichertenpauschale geben den Haus- und Kinderärzten jetzt die Möglichkeit, ihre Leistungen adäquater abzubilden. Von besonderer Bedeutung ist die Einführung der neuen Geriatrie- und Palliativleistungen, die ein essentieller Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit sind und auch mit neuem Geld ausgestattet wurden. Das ist ein Beginn. Die zweite Stufe des EBM soll bis zum 01.07.2014 ausgearbeitet werden. Das werden wir Hausärzte intensiv begleiten. Ebenso wichtig ist die Neubewertung der fachärztlichen Leistungen, die auch für das nächste Jahr vorgesehen sind.

Was wir derzeit noch nicht wissen, ist, welche gesundheitspolitische Ausrichtung dann die neue Bundesregierung hat.

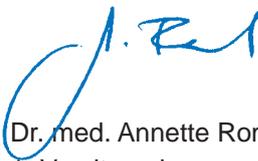
Die Wahl zum Deutschen Bundestag am 22.09.2013 hat ein tektonisches Beben in der politischen Landschaft ergeben. Ein Gesundheitsministerium unter liberaler Führung kann es nun nicht mehr geben. Wir hoffen jedoch darauf, dass auch in der neuen

Konstellation die Forderungen der Ärzteschaft an die Politik gehört werden, damit die großen Herausforderungen der Zukunft mit dem demografischen Wandel, dem Ärzte- und Fachkräftemangel und vielem mehr gemeistert werden können.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, was für Sie auf alle Fälle wichtig ist, ist die Tatsache, dass die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen gut gerüstet ist, um alles Neue im Bereich der Landes-, Landes- und Bundespolitik so umzusetzen, dass Sie in den Praxen gut damit arbeiten können. So finden Sie in diesem Rundschreiben den neuen Honorarverteilungsmaßstab, den die Vertreterversammlung am 07.09.2013 beschlossen hat und der die KBV-Vorgaben umsetzt, die eine endgültige Trennung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in sog. Grundbeträge, und zwar für den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich sowie für den Bereitschaftsdienst und das Labor, beinhalten.

Wenn Sie Fragen und Probleme bezüglich aller dieser Veränderungen und darüber hinaus haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an Ihre Geschäftsstelle. Ansprechpartner sind im Heft für die einzelnen Bereiche stets benannt.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre



Dr. med. Annette Rommel  
1. Vorsitzende

## EILNACHRICHT

### Aktuelles zur Gripeschutzimpfung 2013/2014

Zum Stand der Auslieferung des rabattierten Grippeimpfstoffes teilte die **AOK PLUS** (im Namen der gesetzlichen Krankenkassen) am 18.09.2013 Folgendes mit:

„Novartis als Rabattvertragspartnerin für den Freistaat Thüringen hat am 17. September 2013 informiert, dass sie davon ausgeht, mit der Auslieferung für Begripal® 2013/2014 ohne Kanüle ab/am 25. September 2013 – unter dem Vorbehalt der Freigaben durch die italienische Zulassungsbehörde (AIFA) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) – zu beginnen.“

Ausgehend von diesem sehen die gesetzlichen Krankenkassen in Thüringen die Durchführung der Gripeschutzimpfungen über Novartis für die Monate Oktober/November gesichert. In medizinisch begründeten Einzelfällen ist die Verordnung eines nicht rabattierten Grippeimpfstoffes (Angabe des Präparatenamen, mit Aut-idem-Kreuz) über Sprechstundenbedarf wie bisher möglich.

## Abrechnung/Honorarverteilung

### Vertreterversammlung beschließt neuen Honorarverteilungsmaßstab

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) hat in ihrer Sitzung am 07.09.2013 einen neuen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung ab 01.10.2013 beschlossen. Nachdem der Bewertungsausschuss und die Kassenärztliche Bundesvereinigung zum 01.10.2013 Änderungen des EBM sowie Vorgaben zur Honorarverteilung beschlossen haben, waren diese im HVM ab dem 4. Quartal 2013 zu berücksichtigen.

Gemäß den verbindlichen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde die Trennung der Gesamtvergütung grundlegend neu strukturiert. Die Festlegung von sogenannten Grundbeträgen erfolgt erstmals für den Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014. Aus der Multiplikation der Grundbeträge mit der Anzahl der Versicherten im aktuellen Quartal entsteht ein Vergütungsvolumen für den jeweiligen Bereich. Dazu werden Vergütungsvolumen für

- den ärztlichen Bereitschaftsdienst (organisierter Notdienst),
- das Labor sowie
- den hausärztlichen Versorgungsbereich und
- den fachärztlichen Versorgungsbereich

gebildet.

Darüber hinaus erfolgt die Bildung von versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträgen bzw. Vergütungsvolumen im fachärztlichen Versorgungsbereich für das

- genetische Labor und
- die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung.

Aus den haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen werden weitere Vorwegabzüge für gesetzliche und vertragliche Aufgaben, Rückstellungen etc. gebildet. Im hausärztlichen Vergütungsvolumen werden die mit dem Hausarzt-EBM neu eingeführten Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung, der palliativmedizinischen sowie der sozialpädiatrischen Versorgung aus einem neuen gesonderten Vorwegabzug vergütet. Die neu in den EBM aufgenommene Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) wird im fachärztlichen Vergütungsvolumen aus einem Vorwegabzug vergütet, der garantiert, dass immer der Wert des EBM ausgezahlt wird.

Die Leistungen der Genetik nach den Ziffern 11220, 11320 bis 11322 und des Abschnitts 11.4 EBM werden aus den dafür gebildeten Vergütungsvolumen ebenfalls im Rahmen eines Vorwegabzuges im fachärztlichen Vergütungsvolumen vergütet. Sollte das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen dafür nicht ausreichen, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen, wobei sichergestellt wird, dass eine Vergütung der Leistungen in Höhe der durchschnittlich niedrigsten Auszahlungsquote einer Fachgruppe innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenkontingente garantiert wird.

Alle weiteren Verteilungsregelungen innerhalb des haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumens bleiben bestehen. Das betrifft zum einen die Fachgruppenkontingente im haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen als auch die Regelungen zum individuellen Punktzahlvolumen.

Den vollständigen HVM im kompletten Wortlaut und die dem HVM zugrunde liegenden Beschlüsse und Vorgaben finden Sie unter „AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN“ in diesem Rundschreiben sowie im Internet unter [www.kv-thueringen.de/mitglieder/abr\\_hon/30\\_honorar/30\\_2013/index.html](http://www.kv-thueringen.de/mitglieder/abr_hon/30_honorar/30_2013/index.html) (Honorarverteilung 4. Quartal 2013).

Ihre Ansprechpartner zu Fragen zum HVM:

- Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer der KVT, Telefon 03643 559-162 und
- Stephan Turk, Leiter der Hauptabteilung Abrechnung, Telefon 03643 559-400

### Einheitlicher Bundesmantelvertrag zum 01.10.2013

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat uns mitgeteilt, dass der Bundesmantelvertrag Ärzte und der Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen durch einen einheitlichen Bundesmantelvertrag ab 01.10.2013 abgelöst werden. Die amtliche Bekanntmachung ist bis zum Redaktionsschluss für dieses Rundschreiben noch nicht erfolgt.

Seitens der KBV wurden uns vorab wesentliche Änderungen mitgeteilt. Eine wichtige Entscheidung betrifft formlose Anfragen der Krankenkassen. Dazu wird künftig ein noch zu entwickelndes Rahmenformular verwendet. Auch wenn ein „Formular für formlose Anfragen“ durchaus paradox klingen mag, ist das Ansinnen doch positiv für die Ärzteschaft, wenn man den bisherigen „Wildwuchs“ und die Unsicherheiten in diesem Bereich bedenkt. Aus dem neuen Formular soll sich die Rechtsgrundlage für die Anfragen ergeben, um Rechtsunsicherheiten insbesondere in Bezug auf die Schweigepflicht und den Datenschutz zu vermeiden. Außerdem ist ein Hinweis auf die Vergütung vorgesehen.

Eine weitere Regelung betrifft den Einzug ungültiger elektronischer Gesundheitskarten (eGK) durch die Krankenkassen. Seitens der Krankenkassen war vorgesehen, die eGK bei Bedarf zu sperren und die Ärzte so durch die Hintertür zu „zwingen“, online den Stammdatenabgleich durchzuführen. Das konnte die Ärzteseite verhindern.

Zu Eintragungen in das Bonusheft soll es ebenfalls eine Klarstellung geben. Es wurde eine Regelung aufgenommen, wonach das Ausfüllen eines Bonusheftes im Zusammenhang mit der Bestätigung von gesundheitsbewusstem Verhalten eines Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung gehört, wenn Durchführung und Dokumentation der Leistung im selben Quartal erfolgen. Legt der Versicherte sein Bonusheft erst in einem späteren Quartal vor, stellt der Eintrag keine vertragsärztliche Leistung mehr dar und kann privat liquidiert werden.

### Weitere Hinweise zum neuen Hausarzt-EBM

- Die Chronikerpauschalen müssen von der Arztpraxis abgerechnet werden. Die KVT kann diese GOP **nicht** zusetzen! Der Hinweis der KBV-Praxisinformation als Beilage zu dem Rundschreiben 5/2013 ist an dieser Stelle **falsch**.
- Fachärztlich tätige Kinderärzte kennzeichnen die Versichertenpauschale wie bisher mit dem Suffix „F“, wenn sie bei dem Patienten fachärztlich tätig wurden.

Durch die KVT werden derzeit in zusätzlichen Seminaren im Haus sowie über Veranstaltungen in den Regionalstellen die aktuellen Änderungen vorgestellt und erläutert. Hierbei sowie in individuellen Telefonaten werden seitens der Ärzte viele Fragen an uns gerichtet. Die häufigsten Fragen haben wir zusammengetragen und möchten Ihnen diese mit den entsprechenden Antworten in **Anlage 1** zu diesem Rundschreiben zur Kenntnis geben. Gleichzeitig wurde ein Faltblatt „Der neue Hausarzt-EBM“ mit den Schwerpunkten der EBM-Änderungen erstellt, welches in diesen Tagen allen betroffenen Praxen zugesandt wurde.

### Einreichung gesonderter Unterlagen mit der Quartalsabrechnung

Viele Ärzte nutzen die Versendung der quartalsweisen Abrechnungsunterlagen, um weitere Dokumente an die KVT zu senden. Das ist sinnvoll und grundsätzlich kein Problem. Es kommt jedoch häufiger vor, dass diese gesonderten Unterlagen auf den ersten Blick durch die Mitarbeiter bei der Abrechnungsannahme nicht als solche zu erkennen sind. Diese Unterlagen werden u. U. erst zeitversetzt bei der Bearbeitung der einzelnen Abrechnungen entdeckt und können erst dann an den zuständigen Empfänger im Hause weitergeleitet werden.

[Bitte unterstützen Sie uns, in dem Sie gesonderte Unterlagen in einem Briefumschlag den Abrechnungsunterlagen beilegen und diesen Umschlag durch einen Vermerk des jeweiligen Empfängers kennzeichnen.](#)

Ihre Ansprechpartner für alle Themen der Leistungsabrechnung:

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

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

## Hinweise zur Abrechnung Sonstiger Kostenträger

Im Gegensatz zu gesetzlich Krankenversicherten, bei denen das Procedere durch die Versichertenkarte klar geregelt ist, gelten bei Sonstigen Kostenträgern (Polizei, Feuerwehr, Bundeswehr, Bundespolizei, Sozialämter, etc.) spezielle vertragliche Vorgaben. Die Einhaltung wird von den Kostenträgern geprüft und eingefordert. Deshalb nachfolgend einige Hinweise zur Vermeidung von Rückforderungen:

- Nach wie vor gilt der Grundsatz, dass die Anspruchsberechtigung über die Versichertenkarte bzw. einen anderen gültigen Behandlungsausweis nachzuweisen ist.
- Liegt eine Versichertenkarte vor (z. B. Bundespolizei), gelten die bekannten Regeln über das Einlesen bis hin zu den der Abrechnung beizufügenden Behandlungsscheinen.
- Statten Kostenträger ihre Versicherten nicht mit Versichertenkarten aus (z. B. Sozialämter), erfolgt die Inanspruchnahme über Originalbehandlungsscheine des Kostenträgers und die weiteren Verfahrensweisen sind vertragsabhängig geregelt. In jedem Fall sind der Kostenträger und die Patientendaten korrekt in das System zu übernehmen. Bei Überweisungen ist der überweisende Arzt für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im Patientenfeld verantwortlich und der auftragsannehmende Arzt muss auf die Korrektheit der Daten vertrauen! Der Originalschein und ggf. Überweisungen und Notfallscheine sind zwingender Bestandteil der Abrechnungsunterlagen und mit der Quartalsabrechnung einzureichen.
- Wird im Regelfall auf die Einreichung der Originalbehandlungsscheine verzichtet (z. B. Bundeswehr), sind diese bei Anforderung nachzureichen. Dabei werden eingescannte Behandlungsscheine anerkannt. Die Aufbewahrungsfrist umfasst vier Jahre. Dies ist in den Abrechnungsrichtlinien der KVT nachzulesen.

Zu Ihrer Unterstützung finden Sie im Internetportal der KVT [www.kvt.de](http://www.kvt.de) unter „Mitglieder – Abrechnung u. Honorar – Leistungsabrechnung – Sonstiger Kostenträger – Behandlungsscheine von Sonstigen Kostenträgern“ eine **Übersicht der Sonstigen Kostenträger** und deren vertragliche Regelungen, insbesondere zur Erstinanspruchnahme und zur Zulässigkeit von Überweisungen und Notfallbehandlungen.

Bei der Abrechnung von Leistungen der Kostenträger der Freien Heilfürsorge sind zur Vermeidung von sachlich-rechnerischen Berichtigungen ausschließlich die folgenden VKNR zu verwenden:

- VKNR: 27860 Bundespolizei
- VKNR: 79868 Bundeswehr
- VKNR: 79869 Bundeswehr (Wehreinstellungsuntersuchung)
- VKNR: 40878 FAMK
- VKNR: 89870 Polizeiärztlicher Dienst Thüringen/Justiz
- VKNR: xx87x Polizeidienststellen/Feuerwehr der Länder

Ihre Ansprechpartnerin: Bettina Müller, Telefon 03643 559-247

**Verordnung und Wirtschaftlichkeit**

**Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie**

▪ **Therapiehinweis zu Strontiumranelat – Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gibt in Therapiehinweisen nach § 92 Abs. 2 Satz 7 SGB V Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln. Der G-BA kann dabei die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln einschränken. Die Therapiehinweise sind bei einer Verordnung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung zu beachten.

In den Hinweisen werden Arzneimittel bewertet, insbesondere hinsichtlich

1. des Ausmaßes ihres therapeutischen Nutzens, auch im Vergleich zu anderen Arzneimitteln und Behandlungsmöglichkeiten,
2. des therapeutischen Nutzens im Verhältnis zum Apothekenabgabepreis und damit zur Wirtschaftlichkeit,
3. der medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit.

Der Beschluss zu Strontiumranelat wurde kürzlich geändert. Die neue Fassung, welche am 30.08.2013 in Kraft trat, finden Sie in der **Anlage 2** dieses Rundschreibens.

Eine Übersicht aller geltenden Therapiehinweise finden Sie in der **Anlage 3** dieses Rundschreibens.

▪ **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 nachfolgende Beschlüsse im Rahmen der frühen Nutzenbewertung gefasst und in die Anlage XII der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen.

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*
Lixisenatid (Lyxumia®) 05.09.2013	bei Erwachsenen zur Behandlung des Typ-2-Diabetes mellitus in Kombination mit oralen blutzuckersenkenden Arzneimitteln und/oder Basalinsulin, wenn diese zusammen mit Diät und Bewegung den Blutzucker nicht ausreichend senken	a) Add-on Kombinationstherapie mit Metformin: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. zweckmäßige Vergleichstherapie: Sulfonylharnstoff plus Metformin  b) Add-on Zweifach-Kombination mit einem oralen Antidiabetikum (außer Metformin): Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. zweckmäßige Vergleichstherapie: Metformin plus Sulfonylharnstoff  c) Add-on Dreifach-Kombination mit oralen Antidiabetika: Ein Zusatznutzen gilt als nicht belegt.** zweckmäßige Vergleichstherapie: Metformin plus Humaninsulin (ggf. Therapie nur mit Humaninsulin, wenn Metformin nicht ausreichend wirksam ist)  d) Add-on Kombination mit einem Basalinsulin: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. zweckmäßige Vergleichstherapie: Metformin plus Humaninsulin

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*
Vandetanib (Caprelsa®) 05.09.2013 befristet bis 05.09.2016	Behandlung von aggressivem und symptomatischem medulärem Schilddrüsenkarzinom (MTC) bei Patienten mit nicht resektabler, lokal fortgeschrittener oder metastasierter Erkrankung	Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen. zweckmäßige Vergleichstherapie: Best-Supportive-Care

\* 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 Absatz 1 Satz 5 SGB V).

Den Beschlüssen folgen die 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

## Wirkstoff AKTUELL

„Wirkstoff AKTUELL“ ist eine Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Rahmen ihrer Aufgabe nach § 73 Abs. 8 SGB V in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV (sowie auch die Krankenkassen und ihre Verbände) haben die Vertragsärzte zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen zu informieren sowie nach dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Hinweise zu Indikation und therapeutischem Nutzen zu geben.

Eine Übersicht zu den bisher erschienenen Ausgaben finden Sie in der **Anlage 4** des Rundschreibens sowie im Internet unter [www.kbv.de/publikationen/116.html](http://www.kbv.de/publikationen/116.html).

Preisentwicklungen bei den genannten Wirkstoffen/Wirkstoffgruppen seit Erscheinen der jeweiligen Ausgabe sind vom Arzt bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit mit zu berücksichtigen, ebenso wie neuere Erkenntnisse bei der Beurteilung des therapeutischen Nutzens und veränderte Zulassungen. Die aktuelle Veröffentlichung zu „**Urologische Spasmolytika – Anticholinergika**“ erhalten Sie in der **Anlage 5** des Rundschreibens.

Ihre Ansprechpartner: Dr. Anke Möckel, Telefon 036435 59-763  
Dr. Urs Dieter Kuhn, Telefon 03643 559-767

## Neue Empfehlungen der Ständigen Impfkommission

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat ihre diesjährigen Impfeempfehlungen im Epidemiologischen Bulletin 34/2013 veröffentlicht. Im Wesentlichen wurden folgende Neuerungen aufgenommen:

### ▪ Impfung gegen Rotaviren

Diese neu empfohlene Impfung wird als Schluckimpfung gegeben. Die Impfserie sollte im Alter von sechs bis zwölf Wochen beginnen und je nach Impfstoff bis zur vollendeten 24. oder 32. Lebenswoche beendet sein.

Die Impfung kann zusammen mit anderen Standardimpfungen des Säuglingsalters erfolgen. Die STIKO empfiehlt, die Impfserie möglichst frühzeitig zu beginnen, da es möglicherweise ein geringfügig erhöhtes Risiko für Darminvaginationen gibt, das mit dem Alter der Impflinge zunimmt.

### ▪ **Influenza-Impfung mit dem nasalen Impfstoff**

Hier empfiehlt die STIKO, die bevorzugte Anwendung des attenuierten Influenza-Lebendimpfstoffes bei Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren, die wegen einer Grundkrankheit die Influenza-Impfung erhalten sollen. Dabei sind die Kontraindikationen des nasalen Impfstoffes (siehe Fachinformation) zu beachten. Damit erhofft sich die STIKO eine höhere Akzeptanz der jährlich notwendigen Impfung bei Eltern und Kindern und aufgrund der besseren Wirksamkeit eine Vermeidung von mehr Krankheitsfällen.

### ▪ **Hepatitis B-Impfung**

Die bisher aufgeführten Indikationsgruppen für die Hepatitis B-Impfung wurden neu zusammengefasst. Außerdem wird klargestellt, dass nach einer in der Kindheit oder im Erwachsenenalter erfolgreich durchgeführten Grundimmunisierung grundsätzlich keine Auffrischimpfung notwendig ist. Die Standardimpfung gegen Hepatitis B im Säuglingsalter war nicht Gegenstand der Überarbeitung.

Die vollständige Empfehlung der STIKO finden Sie in deren Internetportal unter [www.stiko.de](http://www.stiko.de). Die Begründungen für die Neuerungen wurden in den Ausgaben 35 und 36/2013 des Epidemiologischen Bulletins veröffentlicht und stehen dort ebenfalls zur Verfügung.

### **Achtung!**

Für GKV-Patienten gelten die Neuerungen erst, wenn sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in die Schutzimpfungs-Richtlinie übernommen werden. Wir informieren Sie dazu erneut im Rundschreiben.

## **Weitere Informationen zu Schutzimpfungen**

### ▪ **Wirtschaftlichkeit von Impfungen**

Bei Schutzimpfungen ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V ebenso zu beachten. Die Wahl des Impfstoffes sollte daher unter Beachtung der Stellungnahmen der STIKO zur medizinischen Schutzwirkung erfolgen. Zum Beispiel betragen die Kosten einer Impfdosis Konjugatimpfstoff gegen **Pneumokokken** ein Vielfaches der Kosten einer Dosis Polysaccharidimpfstoff. Auch in der Begründung zur neu aufgenommenen Impfung gegen **Rotaviren** (RV) verweist die STIKO auf die Wirtschaftlichkeit und führt aus:

„Zusammenfassend zeigt sich, dass durch eine routinemäßige RV-Impfung im deutschen Gesundheitssystem eine beträchtliche Anzahl von RV-Erkrankungen und RV-bedingten Krankenhausaufenthalten vermieden werden können. Würden die Impfstoffpreise um ca. 62 – 66 % reduziert, könnte die RV-Impfung eine kostensparende Präventionsmaßnahme werden“ (Epidem. Bull. 35/2013, Seite 358).

Bei der **Grippeschutzimpfung** soll die Umsetzung der Rabattverträge zu deutlichen Kosteneinsparungen führen. Daher sind grundsätzlich die Gewinner der Verträge (Begrival, Optaflu), sobald sie verfügbar sind, einzusetzen. Bitte beachten Sie die Altersgrenzen in der Zulassung der Impfstoffe.

### ▪ **Beachtung der Impfstoffzulassung**

Auch für Impfstoffe sind die Anwendungsgebiete und Altersgruppen zu berücksichtigen, die in der Fachinformation verbindlich angegeben sind. Eine Anwendung außerhalb dieser Indikationen entspricht grundsätzlich bei Impfstoffen einem Off-Label-Use und führt zu einer besonderen Aufklärungspflicht für den Patienten und gegebenenfalls zu einer Einschränkung der Herstellerhaftung. Eine Übersicht über die Handelsnamen und das **Anwendungsalter** zahlreicher, in Deutschland verfügbarer Impfstoffe erhalten Sie in der STIKO-Empfehlung (Epidem. Bull. 34/2013, Tabelle 4, Seite 335).

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

## Häusliche Krankenpflege – Änderung der Richtlinie

### ▪ Neuaufnahme der subkutanen Infusion

Am 21.08.2013 trat ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Richtlinie für die häusliche Krankenpflege in Kraft. Die subkutane Infusion wurde für bestimmte Indikationen als verordnungsfähige Leistung aufgenommen. Den Beschlusstext, in dem Indikationen und auch Kontraindikationen benannt sind, finden Sie in **Anlage 6** des Rundschreibens.

Der G-BA hat festgestellt, dass die subkutane Infusion in bestimmten Situationen und unter bestimmten Voraussetzungen eine relativ sichere, einfache und komplikationsarme Behandlungsmaßnahme bei mittelschwerer Dehydrierung von Patienten darstellen kann. Da die vorhandenen Literaturquellen sich überwiegend auf die subkutane Infusion im stationären Umfeld beziehen, wurden **enge Indikationskriterien aufgestellt, unter denen eine subkutane Infusion auch im ambulanten Bereich als Leistung der häuslichen Krankenpflege verordnet werden kann**. Diese darf nur nach sorgfältiger Abwägung und im Rahmen einer engen Indikationsstellung durch den behandelnden Hausarzt verordnet und delegiert werden. Der Vertragsarzt muss sich als Voraussetzung zur Verordnung vom Zustand des Patienten und der Notwendigkeit dieser Maßnahme persönlich überzeugt haben. **Verordnungsfähig ist die subkutane Infusion für Patienten mit mittelschwerer Exsikkose bei negativer Flüssigkeitsbilanz und einhergehendem Unvermögen oralen Ausgleichs**. Eine Verordnung als rein prophylaktische Maßnahme ist nicht zulässig. Die Verordnungsfähigkeit ist nicht auf geriatrische Patienten beschränkt, jedoch werden diese in erster Linie davon profitieren können, wenn die orale Flüssigkeitszufuhr aufgrund akuter Erkrankung oder Verschlimmerung der Erkrankung z. B. bei Fieber oder Diarrhoe vorübergehend nicht ausreicht.

Im Leistungsverzeichnis werden (im Sinne einer nicht abschließenden Aufzählung) **Kontraindikationen** genannt, bei denen eine subkutane Infusion nicht verordnungsfähig ist:

- Koagulopathien
- dekompensierte Herz- und/oder Niereninsuffizienz,
- schwere Dehydratation,
- Kreislaufschock,
- langfristiger Flüssigkeitsbedarf,
- finale Sterbephase,
- ausschließliche Erleichterung der Pflege,
- ungenügende Durchführbarkeit aufgrund der Compliance des Patienten oder der häuslichen Bedingungen in Bezug auf die Infusionstherapie.

Aufgrund der Möglichkeit des Auftretens von Komplikationen ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den Vertragsärzten und dem Pflegepersonal notwendig. Dies schließt regelmäßige Rücksprachen zum Verlauf und zur weiteren Notwendigkeit der subkutanen Infusion ein. **Die Verordnungsdauer wurde auf maximal sieben Tage begrenzt**, da bei einem darüber hinaus bestehenden Flüssigkeitsmangel die Notwendigkeit für andere Behandlungsformen gesehen wird.

### ▪ Psychiatrische Krankenpflege – nur wenige Pflgeteams

Seit 2005 sind im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auch Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege **verordnungsfähig**. Diese erfolgt in erster Linie **durch Ärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin sowie Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie**. Ein Hausarzt kann eine solche Verordnung **nur nach Diagnosesicherung durch einen Facharzt dieser Fachgebiete** weiterführen. Darüberhinaus kann die Verordnung nur bei den in der Leistungsbeschreibung genannten Diagnosen erfolgen, diese finden Sie ebenso in der **Anlage 6** des Rundschreibens.

Die Krankenkassen informierten die KVT hinsichtlich zugelassener Pflegedienste für die psychiatrische Krankenpflege, dass für die Erbringung dieser Leistung bisher drei Pflegedienste in Bad Klosterlausnitz, Jena und Weimar zugelassen sind. Aufgrund der Komplexität der Krankheitsbilder in der Psychiatrie müssen diese Leistungserbringer über eine hohe fachliche Qualifikation und Kompetenz sowie großes Verantwortungsbewusstsein verfügen. Außerdem ist eine ausreichende Anzahl von Pflegefachkräften vorzuhalten, die u. a. eine Weiterbildung im Bereich der Psychiatrie aufweisen.

**Die Verordnung erfolgt weiterhin auf dem Vordruck Muster 12** (ggf. notwendige Ergänzungen beifügen). Als Inhalt der Verordnung sollte unter der **Rubrik „Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege“ die Angabe zu Fähigkeitsstörungen, Behandlungszielen und Maßnahmen** eingetragen werden.

Voraussetzung für die Verordnung ist weiterhin, dass der Patient über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit verfügt, um die Fähigkeitsstörungen positiv zu beeinflussen und eine Umsetzung des Therapiezieles zu erwarten ist. Sind diese Voraussetzungen bei der erstmaligen Verordnung der psychiatrischen Pflege noch nicht einschätzbar, so sollte zunächst eine **Erstverordnung für den Zeitraum von 14 Tagen** zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau erfolgen. Zeichnet sich in diesem Zeitraum ab, dass das Ziel nicht erreicht werden kann, so ist eine Folgeverordnung nicht möglich.

Den vollständigen Text der Richtlinie und der Beschlüsse einschließlich der tragenden Gründe finden Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).

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

## Qualitätssicherung

### Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Thüringen

Mit der zum 30.06.2014 endenden zweiten Fünfjahresfrist der Nachweispflicht erreicht die Landesärztekammer Thüringen eine Vielzahl an Fragen, auf die Frau Dr. med. Caterina Dittrich – Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen antwortet.

Frage 1:

Ist mit einem Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Thüringen, das vor dem 30.06.2014 ausgestellt und zu diesem Zeitpunkt gültig ist, der Nachweis gemäß § 95d SGB V erbracht?

Ja, dieses Zertifikat erfüllt auf Grund der fünfjährigen Gültigkeit die Forderungen.

Frage 2:

Wenn das Zertifikat beispielsweise zum 30.09.2012 ausgestellt wurde, was bedeutet dies für die Fünfjahresfristen?

Das zum 30.09.2012 ausgestellte Zertifikat verliert mit Ablauf der fünf Jahre seine Gültigkeit zum 30.09.2017. Dies bedeutet, dass am 30.09.2017 bei Nachweis der erforderlichen 250 Punkte erneut das Zertifikat ausgestellt wird. Dieses ist bis 2022 gültig und damit ist die Nachweispflicht zum 30.06.2019 (3. Fünfjahresfrist § 95d SGB V) erfüllt.

Frage 3:

Wie erfährt der Arzt, ob ausreichend Punkte auf seinem Punktekonto registriert sind?

Über das Internetportal der Landesärztekammer Thüringen kann jeder Arzt sein aktuelles Punktekonto einsehen. Der Zugang erfolgt über [www.laek-thueringen.de](http://www.laek-thueringen.de) oder direkt über [www.meinelaekthuer.de](http://www.meinelaekthuer.de).

Sollte dies bisher nicht genutzt worden sein, so findet man hier alle Anforderungen zur Registrierung und Nutzung. Als zusätzlichen Service erhalten die Thüringer Ärzte sechs Monate vor Ablauf ihres persönlichen Zertifikatszeitraums eine schriftliche Information, wenn zu diesem Zeitpunkt noch nicht 250 Punkte im Punktekonto erfasst sind, damit die verbleibenden sechs Monate genutzt werden können, um fehlende Punkte zu erwerben oder nachzuweisen.

Frage 4:

Muss bei Erreichen der geforderten 250 Punkte ein Antrag auf Ausstellung des Zertifikats gestellt werden?

Ja, ein Antrag muss bei Ausstellung des ersten Fortbildungszertifikats gestellt werden. Das Folgezertifikat wird automatisch ausgestellt, wenn mit Ablauf des Fünfjahreszeitraums auf dem Punktekonto mindestens 250 Punkte nachgewiesen werden. Sollte ein Arzt die 250 Punkte für das Folgezertifikat nicht erreichen, erhält er einen Bescheid über die Nichterteilung.

**Frage 5:****Sind alle besuchten Fortbildungen automatisch im Punktekonto registriert?**

Nur durch Einsatz der Barcodeetiketten bei der Registrierung des Besuchs von Fortbildungen ermöglicht der Teilnehmer, dass automatisch die Meldung auf das individuelle Punktekonto erfolgt. Dies erfolgt sowohl bei Veranstaltungen in Thüringen wie auch in anderen Bundesländern. Alle Ärztekammern nutzen dieses System und garantieren die Weiterleitung auf das individuelle Konto des Teilnehmers. Hier liegt natürlich eine besondere Verantwortung beim Veranstalter, der die Weiterleitung veranlasst oder die Teilnehmerlisten an die Ärztekammer zur Erfassung sendet. Jeder Arzt in Thüringen kann online sein Punktekonto einsehen. Fortbildungen, die hier nicht registriert sind, können durch Vorlage der Teilnahmebescheinigungen (Originale) bei der Ärztekammer nachträglich erfasst werden.

Für ergänzende und weitere Fragen stehen als Ansprechpartnerinnen Frau Kuckling, Telefon 03641 614-146, und Frau Deppner, Telefon 03641 614-148, aus der Landesärztekammer Thüringen zur Verfügung.

## Verträge

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

Der BKK Landesverband Mitte teilte der KVT die am IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden Betriebskrankenkassen (inkl. der BKKn, die an der Zusatzvereinbarung Sonographie teilnehmen) sowie die Perinatalzentren/geburtshilflich-neonatalogischen Schwerpunktkrankenhäuser für das 4. Quartal 2013 mit. Die Übersicht ist als **Anlage 7** diesem Rundschreiben beigelegt.

Ihre Ansprechpartnerinnen

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

### Hausarztzentrierte Versorgung – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn

Im Rahmen des BKK Hausarztvertrages haben sich für das 4. Quartal 2013 gegenüber des 3. Quartals 2013 Änderungen bei der Liste der teilnehmenden BKKn ergeben (siehe **Anlage 8**).

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

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

Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen (BKKn) an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“ sind für das 4. Quartal 2013 in **Anlage 9** 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

## Alles was Recht ist

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

#### Frage 1:

Wem gegenüber hat ein Vertragsarzt oder -psychotherapeut einen Honoraranspruch nach der Behandlung gesetzlich krankensversicherter Patienten?

Der Honoraranspruch des Vertragsarztes oder -psychotherapeuten aus der vertragsärztlichen Behandlung richtet sich ausschließlich gegen seine jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Dem Vertragsarzt oder Psychotherapeut steht zunächst ein allgemeiner Anspruch auf angemessene Teilhabe an der Verteilung der von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlten Gesamtvergütungen zu.

Mit Erlass des Honorarbescheides konkretisiert sich der Anspruch auf Honorarteilhabe zu einem der Höhe nach individualisierten Honoraranspruch.

#### Frage 2:

Kann sich die Höhe des Honorars für ein Quartal nach Erlass des Honorarbescheides ändern?

Ja. Nach Erlass des Honorarbescheides können innerhalb von vier Jahren sachlich-rechnerische Berichtigungen, einschließlich Plausibilitätsprüfungen vorgenommen werden. Ebenso können Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt werden. Daraus könnten sich Korrekturen des mit dem betreffenden Honorarbescheid zu- und ausgewiesenen Honorars ergeben.

#### Frage 3:

Muss ein innerhalb der Monatsfrist eingelegter Widerspruch, z. B. gegen einen Honorarbescheid, sofort begründet werden?

Nein. Zunächst ist es erforderlich, im Fall der Widerspruchseinlegung die sogenannte Monatsfrist zu wahren, d. h. schriftlich gegenüber der zuständigen Stelle den Widerspruch einzulegen. Im Nachgang ist es jedoch sachgerecht, die Gründe zu benennen, weswegen die Widerspruchseinlegung erfolgte.

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

## Ärztliche Selbstverwaltung

### Klausurtagung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen am 06.09.2013 sowie Vertreterversammlung am 07.09.2013

#### Inhalte der Klausurtagung

Die Klausurtagung in Erfurt stand unter dem Motto „Sicherstellungsauftrag“. Der seit Jahren bestehende Ärztemangel, aber auch die Umstrukturierung innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung hin zu mehr angestellten Ärzten, haben dieses Thema aktueller denn je gemacht. In ihrer Einführung zeigte die 1. Vorsitzende des Vorstandes Analysen zu einem Fallzahlvergleich zwischen angestellten und zugelassenen Ärzten. Daneben zeigte sie auf, welche möglichen Änderungen in der Notdienstordnung und der Sprechstundenrichtlinie Einfluss auf den Versorgungsauftrag nehmen könnten.

Nach einem Vortrag zu den rechtlichen Rahmenbedingungen des Versorgungsauftrages befasste sich die Vertreterversammlung inhaltlich mit den Fragen zu einer Reform der Notdienstordnung und der Sprechstundenrichtlinie. Die Vertreter sahen das Erfordernis, durch Neuregelungen klarere Rahmenbedingungen zu den Sprechstunden, zur Präsenzpflcht und zum Notdienst zu geben.

Die weitaus größten Diskussionen gab es zu den Fragen der Zeiten des Notdienstes, der Einführung der Notdienstpflicht an einem Brückentag, der Frage, ob auch im Fahrdienst innerhalb des Notdienstes der Arzt verpflichtend am Notdienststandort sein soll und ob es eine einheitliche Notdienstumlage für ganz Thüringen geben sollte. Die Ergebnisse der Diskussion wurden in die am nächsten Tag folgende Vertreterversammlung überführt.

## Inhalte der Vertreterversammlung

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

Im Rahmen der Berichte wurde zunächst auf die Bundestagswahl und die jeweiligen Wahlprogramme der Parteien eingegangen. Hauptthema waren daneben die EBM-Änderungen im hausärztlichen und fachärztlichen Bereich. Die Vertreter wurden über die wesentlichen Inhalte informiert und es wurde auf die Weiterbildungsveranstaltungen, die für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) stattfinden, verwiesen. Des Weiteren wurde auf die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen zur Modifikation der DMP-Verträge eingegangen. Die geltend gemachten Rückforderungsansprüche aufgrund nicht korrekter Abrechnungen der Qualitätszielepauschalen hat ein Umdenken im Rahmen der DMP-Verträge notwendig gemacht. Es findet derzeit eine Abstimmung zu neuen Qualitätszielen und vereinfachten Abrechnungsmodalitäten ab 2014 statt.

### ▪ Honorarverteilungsmaßstab

In der Vertreterversammlung im Juni diesen Jahres wurden bereits Änderungen der Honorarverteilung beschlossen. Unter anderem die Streichung der Regelung zur Berücksichtigung einer Fallzahlentwicklung auf das individuelle Punktzahlvolumen. Im Rundschreiben der KVT wurde hierüber berichtet. Die Krankenkassen mussten im Rahmen des formalen Verfahrens der Benehmensherstellung mit diesen Änderungen konfrontiert werden. Die Krankenkassen haben nicht vollständig ihr Benehmen zu den Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab hergestellt.

Die Vertreterversammlung befasste sich mit den Einwänden der Krankenkassen und fasste letztendlich folgenden Beschluss:

#### BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung nimmt das Schreiben der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen vom 26.06.2013 zur Benehmensherstellung zu den Anpassungen und Änderungen der Honorarverteilung ab 01.07.2013 zur Kenntnis und bestätigt ihren Beschluss vom 12.06.2013, die Berücksichtigung einer Fallzahlentwicklung auf das individuelle Punktzahlvolumen im § 8 und § 9 aus der Honorarverteilung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu streichen.

Der Beschluss ergeht mit 25 Ja-Stimmen und 2 Stimmenthaltungen.

Ein weiterer Hauptpunkt unter diesem Tagesordnungspunkt waren die durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses auf Bundesebene notwendig gewordenen Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes. Im Mittelpunkt der Änderungen steht die Schaffung von Voraussetzungen, dass die jeweiligen Vergütungsanteile der haus- und fachärztlichen Versorgung separat weiterentwickelt werden können. Hierzu werden für die jeweiligen Bereiche sogenannte Grundbeträge entwickelt und Vorgaben zur Trennung der Gesamtvergütung gemacht. Gleichzeitig wurden Voraussetzungen definiert, wie beispielsweise die Töpfe „Notdienst“ und „Labor“ gebildet werden. Letztendlich fasste die Vertreterversammlung den Beschluss, die Vorgaben der Bundesebene in den lokalen Honorarverteilungsmaßstab zu überführen:

#### BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt mit Wirkung ab 01.10.2013 die Änderungen der Honorarverteilung unter Berücksichtigung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V insbesondere zur Trennung der Gesamtvergütung.

Der Beschluss ergeht einstimmig.

Im Rahmen der Diskussion zur Honorarverteilung wurden noch weitere Folgeanträge beschlossen. So hatte die Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 12.06.2013 beschlossen, dass die Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung auf das individuelle Punktzahlvolumen aus der Honorarverteilung zum frühestmöglichen Zeitpunkt gestrichen werden soll. Da der Wegfall dieser Regelung keinen Vertragsarzt beschwert und daher kein Gebot der Bekanntgabe vor Quartalsbeginn einzuhalten ist, wurde vorgeschlagen, die Formulierung „frühestmögliche Streichung aus der Honorarverteilung“ bereits auf das 1. Quartal 2013 anzuwenden.

Die Vertreterversammlung fasste daher folgenden Beschluss:

### BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung bestätigt den Beschluss des Vorstandes 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 umzusetzen.

Der Beschluss ergeht mit 25 Ja-Stimmen und 2 Stimmenthaltungen.

Daneben ging es im Rahmen der Honorarverteilung um die Frage, wie im Honorartopf der Psychotherapeuten auf die umfangreichen Neuzulassungen der Psychotherapeuten nach Änderungen der Bedarfsplanungsrichtlinie reagiert werden soll. In der Sitzung des Zulassungsausschusses im August 2013 wurden 41 psychologische Psychotherapeuten, 18 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 5,5 ärztliche Psychotherapeuten zugelassen. Um dieser Entwicklung auch honorarseitig zu begegnen, wurde folgender Beschluss gefasst:

### BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt, den § 9 Abs. 5b HVM zu ergänzen um die Sätze: „Die Entwicklung der Anzahl der abrechnenden Ärzte bzw. Psychotherapeuten wird mittels eines Anpassungsfaktors berücksichtigt. Dieser ergibt sich aus der Division der Anzahl der abrechnenden Ärzte und Psychotherapeuten des Vorquartals und der durchschnittlichen Anzahl der abrechnenden Ärzte der Fachgruppe im entsprechenden Vorjahresquartal.“

Der Beschluss ergeht mit 19 Ja-Stimmen, 4 Gegenstimmen und 2 Stimmenthaltungen.

#### ▪ **Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung**

Nach einem Sachstandsbericht zum vertragsärztlichen Notdienst in Thüringen durch den stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung wurde das Meinungsbild der Klausursitzung vom Vortag in Beschlüsse umgesetzt.

Hauptthema der Vertreterversammlung waren die Änderungen der Notdienstordnung und der Sprechstundenrichtlinie, welche bereits in der Klausursitzung vorbesprochen wurden. Im Rahmen der Notdienstordnung sprachen sich die Mitglieder der Vertreterversammlung dafür aus, dass die Strukturen des Notdienstes verpflichtend genutzt werden müssen. Auch im Rahmen des Fahrdienstes im kassenärztlichen Notdienst muss der Arzt am Notdienststandort anwesend sein. Der Dienst kann nicht in der Form verrichtet werden, dass erst bei Anruf der Arzt zum Notdienststandort und damit zur Fahrt zum Patienten startet. Begründet wurde dies insbesondere mit den hohen Kosten der Vorhaltung und auch der Vergütungen, die im Rahmen des Fahrdienstes jedem einzelnen Arzt gezahlt werden.

Daneben wurde beschlossen, verpflichtend im gesamten Freistaat Thüringen sogenannte Hintergrunddienste einzurichten. Der Hintergrunddienst stellt einen separaten Dienstplan für den Fall dar, dass der eigentlich diensthabende Arzt ausfällt. So ist eine größere Sicherheit für eine 100 %-ige Absicherung der ärztlichen Bereitschaft im Rahmen des KV-Notdienstes gegeben. Außerdem wurde beschlossen, an Brückentagen, das heißt an einzelnen Tagen zwischen Feiertagen und Wochenenden, den kassenärztlichen Notdienst einzurichten. Damit werden die Ärzte an diesen Tagen von der Präsenzpflicht befreit, da ein entsprechender kassenärztlicher Notdienst eingerichtet ist.

Eine Neuerung stellt auch der Beschluss dar, dass thüringenweit eine einheitliche Notdienstumlage gezahlt wird. Bisher wurden die Kosten separat je Notdienstbereich getragen. Nunmehr werden die Kosten über den gesamten Freistaat Thüringen und die tätigen Ärzte geteilt. Somit zahlt jeder Arzt die gleiche Summe zur Finanzierung der Kosten im kassenärztlichen Notdienst.

Auch wurde die Verlängerung der Notdienstzeiten auf 18.00 Uhr bis 8.00 Uhr besprochen. Diese Verlängerung von täglich zwei Stunden wurde jedoch abgelehnt. Somit bleibt es bei den Notdienstzeiten von 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr. Die neue Notdienstordnung tritt zum 01.04.2014 in Kraft.

Die einzelnen Beschlüsse zur Notdienststörung lauten wie folgt:

#### BESCHLUSS

Der Geschäftsordnungsantrag auf Vertagung des Punktes „Änderung der Notdienststörung“ auf die nächste Vertreterversammlung wird abgelehnt.

Der Beschluss ergeht mit 9 Ja-Stimmen für die Vertagung, 15 Gegenstimmen und 3 Stimmenthaltungen.

#### BESCHLUSS

Der Antrag, die Veränderung der Notdienstzeiten zur Diskussion in die Beratenden Fachausschüsse zu geben und in einer späteren Vertreterversammlung zu entscheiden, wird abgelehnt.

Der Beschluss ergeht mit 12 Ja-Stimmen für den Antrag und 12 Gegenstimmen.

#### BESCHLUSS

Eine Erweiterung der Notdienstzeiten wie folgt:

Montag, Dienstag, Donnerstag, jeweils von 18.00 Uhr bis 8.00 Uhr des Folgetages,  
Mittwoch und Freitag jeweils von 13.00 Uhr bis 8.00 Uhr des Folgetages,  
Samstag, Sonntag, Feiertag sowie am 24.12. und 31.12. jeweils von 8.00 Uhr bis 8.00 Uhr des Folgetages  
wird abgelehnt.

Der Beschluss ergeht mit 5 Ja-Stimmen, 17 Gegenstimmen und 5 Stimmenthaltungen.

#### BESCHLUSS

Eine Erweiterung der Notdienstzeiten wie folgt:

Montag, Dienstag, Donnerstag, jeweils von 18.00 Uhr bis 7.00 Uhr des Folgetages  
wird abgelehnt.

Der Beschluss ergeht mit 9 Ja-Stimmen, 14 Gegenstimmen und 4 Stimmenthaltungen.

#### BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt die Aufnahme nachfolgenden Absatzes in § 3 der Notdienststörung:

„Soweit ein einzelner Tag (Brückentag) zwischen einem gesetzlichen Feiertag, dem 24.12. oder dem 31.12. und einem Wochenende liegt, ist dieser ganztägig als ärztlicher Notdienst analog den Notdienstzeiten am Samstag, Sonntag, Feiertag abzusichern.“

Der Beschluss ergeht mit 18 Ja-Stimmen, 4 Gegenstimmen und 5 Stimmenthaltungen.

#### BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt nachfolgende neue Formulierung des § 6 Abs. 3:

##### 3. Fahrdienst

Der Arzt, der zum Fahrdienst eingeteilt ist, hat sich am Fahrdienststandort aufzuhalten. Von dort aus erfolgt der Einsatz im Fahrdienst. Der Fahrdienststandort ist den Veröffentlichungen der KVT (Rundschreiben und Internet) zu entnehmen. Der durch die KVT eingesetzte Fahrdienst ist zwingend zu nutzen. Eine telefonische Erreichbarkeit im Dienst muss gewährleistet sein. Sofern die KVT Diensthandys vorhält, sind diese zu nutzen.

Der Beschluss ergeht mit 14 Ja-Stimmen, 12 Gegenstimmen und 1 Stimmenthaltung.

### BESCHLUSS

Nachfolgende Formulierung des § 5 Abs. 5 der Notdienstordnung der KVT wird abgelehnt:

„5.

Zur Absicherung des Notdienstes kann der Vorstand Hintergrunddienste einrichten.“

Der Beschluss ergeht mit 12 Ja-Stimmen für den Antrag, 12 Gegenstimmen und 3 Stimmenthaltungen.

### BESCHLUSS

Dem Geschäftsordnungsantrag auf 2. Lesung zur Formulierung des § 5 Abs. 5 der Notdienstordnung der KVT wird zugestimmt.

Der Beschluss ergeht mit 14 Ja-Stimmen, 12 Gegenstimmen und 1 Stimmenthaltung.

### BESCHLUSS

In zweiter Lesung wird nachfolgende Formulierung des § 5 Abs. 5 der Notdienstordnung der KVT abgelehnt:

„5.

Zur Absicherung des Notdienstes kann der Vorstand Hintergrunddienste einrichten.“

Der Beschluss ergeht mit 8 Ja-Stimmen für den Antrag, 17 Gegenstimmen und 1 Stimmenthaltung.

### BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt nachfolgende neue Formulierung des § 12 Abs. 1 der Notdienstordnung der KVT:

„1.

Alle im allgemeinen und im speziellen fachärztlichen Notdienst anfallenden Kosten werden von allen zur Teilnahme verpflichteten und berechtigten Ärzten und Einrichtungen anteilig getragen. Dies gilt auch dann, wenn der Arzt von seiner Verpflichtung zur Teilnahme am Notdienst ganz oder teilweise befreit wurde. Bei MVZ sowie zugelassenen Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V erfolgt die Berechnung der Kosten nach der Zahl der dort tätigen Ärzte. Die Berechnung der Kosten erfolgt je Arzt, nicht nach dem Umfang der Tätigkeit. Die Kosten werden unabhängig von der Teilnahme des einzelnen Arztes nach der Anzahl der zur Teilnahme verpflichteten und berechtigten Ärzte anteilig berechnet und von diesen im Umlageverfahren (Notdienstumlage) durch die KVT erhoben. Sie werden mit dem vertragsärztlichen Honoraranspruch gegenüber der KVT verrechnet. Die Notdienstumlage ist gegenüber den zur Kostentragung verpflichteten Ärzten und Einrichtungen auf den Auszügen aus dem Honorarkonto nachzuweisen bzw. darzustellen.“

Der Beschluss ergeht mit 24 Ja-Stimmen, 1 Gegenstimme und 2 Stimmenthaltungen.

### BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt die Änderungen der Notdienstordnung der KVT (Synopsis möglicher Änderungen der Notdienstordnung, Stand: 07.09.2013). Die geänderte Notdienstordnung soll zum 01.04.2014 in Kraft treten.

Der Beschluss ergeht mit 23 Ja-Stimmen, 3 Gegenstimmen und 1 Stimmenthaltung.

Daneben beschäftigte sich die Vertreterversammlung mit der Sprechstundenrichtlinie. Die neue Sprechstundenrichtlinie soll sich im Wesentlichen am Bundesmantelvertrag orientieren. Man sprach sich dafür aus, dass in Thüringen täglich Sprechzeiten angeboten werden müssen. Daneben sollen an einem Nachmittag für mindestens drei Stunden Sprechstunden vorgehalten werden.

Aus dem Bundesmantelvertrag wird die Mindestsprechstundenzeit von 20 Stunden pro Woche für einen vollen Vertragsarztsitz übernommen. Im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) müssen 20 Stunden je Facharztgruppe pro Woche vorgehalten werden.

Die Beschlüsse zur Sprechstundenrichtlinie lauten im Einzelnen wie folgt:

#### BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt nachfolgende Streichung in § 3 Abs. 2 Satz 1 der Sprechstundenrichtlinie:

„Auch zu Zeiten der Bestellpraxis muss die Möglichkeit einer Inanspruchnahme ohne Voranmeldung in dringenden Fällen gegeben ~~und ausgewiesen~~ sein.“

Der Beschluss ergeht mit 21 Ja-Stimmen und 1 Stimmenthaltung.

#### BESCHLUSS

Nachfolgende Formulierung im § 4 Abs. 1 Satz 2 der Sprechstundenrichtlinie wird abgelehnt:

„... Es ist mindestens wöchentlich eine Nachmittagssprechstunde – die drei Stunden nicht unterschreiten darf – anzubieten. ...“

Der Beschluss ergeht mit 11 Ja-Stimmen für den Antrag und 12 Gegenstimmen.

#### BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt die Neuaufnahme des nachfolgenden Absatzes 2 in den § 4 der Sprechstundenrichtlinie:

„Dies gilt auch für Ärzte derselben Arztgruppe in einer Berufsausübungsgemeinschaft. Über die Verteilung der Sprechstunden können die Ärzte jedoch frei entscheiden.“

Der Beschluss ergeht einstimmig.

#### BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt die Aufnahme des nachfolgenden Absatzes 5 in den § 2 der Sprechstundenrichtlinie:

„Abs. 5

Für MVZ und die dort angestellten Ärzte/Psychotherapeuten gelten diese Mindestzeiten entsprechend des Versorgungsauftrages in der jeweiligen Arztgruppe unabhängig von der Zahl der beschäftigten Ärzte.“

Der Beschluss ergeht mit 24 Ja-Stimmen und 2 Stimmenthaltungen.

#### BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt die Änderungen der Sprechstundenrichtlinie der KVT (Synopse möglicher Änderungen der Sprechstundenrichtlinie, Stand: 07.09.2013).

Der Beschluss ergeht einstimmig.

Weiterhin befasste sich die Vertreterversammlung mit der Frage, inwieweit in Thüringen nicht eine einheitliche Leitstelle alle Hilfeersuchen der Patienten im Rahmen des Kassenärztlichen Notfalldienstes dispatchen soll. Hierzu fand eine Vorstandsüberweisung statt, ein entsprechendes Konzept zu entwickeln. Der Beschluss lautete wie folgt:

#### BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand, ein Konzept zur Errichtung eines zentralen Dispatchings für den ärztlichen Notdienst für ganz Thüringen zu erarbeiten.

Das Konzept sollte die Errichtung einer sog. Leitstelle beinhalten, über die alle Anrufe im ärztlichen Notdienst (u. a. 116 117) eingehen und weiter an den jeweiligen allgemeinen und fachärztlichen Notdienst vermittelt werden.

Der Beschluss ergeht mit 25 Ja-Stimmen und 2 Stimmenthaltungen.

Die nächste Vertreterversammlung findet am 06.11.2013 in der Landesgeschäftsstelle der KVT statt.

### Termine zur Abrechnungsannahme für das 3. Quartal 2013

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

**01.10.2013 bis 10.10.2013**

Einreichungen vor dem 01.10.2013 sind möglich und müssen der KVT **nicht** gemeldet werden. Bitte beachten Sie jedoch, dass bei Einreichungen vor den o. g. Terminen der vollständige Betrieb des Portals nicht rund um die Uhr gewährleistet werden kann.

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 KVT**:

Dienstag und Mittwoch: 01.10.2013 und 02.10.2013      08:00 – 17:00 Uhr  
Montag bis Mittwoch: 07.10.2013 bis 09.10.2013      08:00 – 17:00 Uhr

**Bitte beachten Sie, dass am 03.10. und am 04.10.2013 keine Annahme im Hause der KVT stattfindet.**

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

#### **Achtung!**

Zu einer kompletten Quartalsabrechnung gehören auch die **Abrechnungs-Sammelerklärung sowie die Fallzusammenstellung/Fallstatistik**. Bitte beachten Sie, dass auch die Papierunterlagen zeitnah an die KVT 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)

### Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena

Die nächste Veranstaltung der Arzneimittelkommission des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena findet gemeinsam mit allen interessierten niedergelassenen Vertragsärzten und Apothekern **am 20. 11.2013, um 17:15 Uhr** statt.

Thema: **Die neuen Arzneimittel in den letzten 12 Monaten**  
Referent: Fachapothekerin Dr. Ulrike Zuther, Universitätsklinikum Jena, Apotheke  
Ort: im Klinikum 2000, Seminarraum 1, Erlanger Allee 101, Jena-Lobeda Ost  
Leitung/  
Moderation: PD Dr. rer. nat. habil. M. Hippus (Institut für Klinische Pharmakologie) und  
PD Dr. rer. nat. med. habil. M. Hartmann (Apotheke des Klinikums)  
Auskunft/  
Anmeldung: Apotheke des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena,  
PD Dr. rer. nat. med. habil. M. Hartmann, Telefon 03641 9325401

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

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

## Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 02.10.2013, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Neueinsteiger – hausärztlicher Versorgungsbereich  3 Punkte, Kategorie A	Steffen Göhring, Leiter der Ab- teilung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Vertragsärzte  Kostenfrei
Mittwoch, 09.10.2013, 14:00–18:00 Uhr	Arbeitsschutz  5 Punkte, Kategorie A	Katja Saalfrank, Praxismanage- ment und -beratung, Selbitz	Vertragsärzte, Pra- xispersonal, Psycho- therapeuten  45,00 €
Mittwoch, 09.10.2013, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Praxispersonal – hausärztli- cher Versorgungsbereich	Steffen Göhring, Leiter der Ab- teilung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Praxispersonal  Kostenfrei
Freitag, 11.10.2013, 11:00–17:00 Uhr	Der gute Ton am Telefon – Erfolgrei- ches Telefonieren in der Arztpraxis (Grundkurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal  80,00 €
Samstag, 12.10.2013, 09:00–11:30 Uhr	<b>Veranstaltung ausgebucht.</b> Der Honorarbescheid  3 Punkte, Kategorie A	Christina König, Abteilungsleiterin der Abteilung Honorare/ Wider- sprüche der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherapeuten  Kostenfrei
Samstag, 12.10.2013, 09:00–15:30 Uhr	Gemeinsamer Praxistag für Existenz- gründer und Praxisabgeber der Kas- senärztlichen Vereinigung Thüringen und der apoBank, Filiale Thüringen – <b>Existenzgründer</b>  4 Punkte, Kategorie A	Referenten der KVT und der apoBank	Vertragsärzte, Psychotherapeuten  45,00 €
Samstag, 12.10.2013, 09:45–15:30 Uhr	Gemeinsamer Praxistag für Existenz- gründer und Praxisabgeber der KVT Thüringen und der apoBank, Filiale Thüringen – <b>Praxisabgeber</b>  2 Punkte, Kategorie A	Referenten der KVT und der apoBank	Vertragsärzte, Psychotherapeuten  45,00 €
Samstag, 12.10.2013, 09:00–15:00 Uhr	Konflikt- und Beschwerdemanage- ment (Aufbaukurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal  80,00 €
Mittwoch, 16.10.2013, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Praxispersonal – fachärztli- cher Versorgungsbereich	Steffen Göhring, Leiter der Ab- teilung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Praxispersonal  Kostenfrei
Mittwoch, 16.10.2013, 15:00–18:00 Uhr	Leitliniengerechte Therapie des Typ-2-Diabetes – Welche Anforderungen bestehen für 2013  4 Punkte, Kategorie A	Hon.-Prof. Dr. med. habil. Harald Schmechel, Internist/Diabetologe/ Hypertensiologe DHL, Erfurt	Vertragsärzte  45,00 €
Mittwoch, 16.10.2013, 15:00–18:00 Uhr	Privatabrechnung nach der Gebüh- renordnung für Ärzte (GOÄ)	Ernst Diel, Leiter Grundsatzfra- gen, Ärztliche VerrechnungsStelle Büdingen GmbH	Vertragsärzte, Pra- xispersonal, Psycho- therapeuten  45,00 €
Mittwoch, 16.10.2013, 15:00–19:00 Uhr	Seminar zum Beratungsprogramm des Praxispersonals – Großmutter's altbewährte Hausmittel neu entdeckt (Workshop), Teil 1	Birgit Maria Lotze, Naturheil- kundliche Ernährungsberaterin, Kneipp-Beraterin, Bad Franken- hausen	Praxispersonal  50,00 € inkl. 5,00 € Materialkosten

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Freitag, 18.10.2013, 14:00–19:30 Uhr	Qualitätsmanagement in Arztpraxen – Einführungsseminar zu Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP)	Dr. med. Christa Glückert, lizenzierte QEP-Trainerin, Nürnberg	Vertragsärzte, Pra- xispersonal, Psycho- therapeuten
Samstag, 19.10.2013, 08:30–15:30 Uhr	14 Punkte, Kategorie H		250,00 € inkl. QEP- Manual, Qualitäts- ziel-Katalog, Zertifi- kat und Catering, 200,00 € für jeden weiteren Teilnehmer
Samstag, 19.10.2013, 09:00–15:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Medizinische Dokumentation/Einsatz von Informa- tions- und Kommunikationstechnolo- gien (C3)  Anmeldung über die Landesärzte- kammer ( <a href="http://www.laek-thueringen.de">www.laek-thueringen.de</a> )	Dipl.-Bw. Christiane Maaß, Leite- rin der Abteilung Qualitätssiche- rung der KVT, Weimar	Praxispersonal  60,00 €
Mittwoch, 23.10.2013, 14:00–19:00 Uhr	Arzneimittelregressprophylaxe – nicht verordnungsfähige Medikamente unter besonderer Berücksichtigung der Arzneimittel-Richtlinie  5 Punkte, Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Ver- ordnungs- und Wirtschaftlichkeits- beratung der KVT, Weimar	Vertragsärzte  Kostenfrei
Mittwoch, 23.10.2013, 15:00–19:00 Uhr	Gedächtnistraining für Praxispersonal	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trai- nerin, Beraterin, Coach, Media- torin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal  45,00 €
Mittwoch, 23.10.2013, 15:00–19:00 Uhr	Word 2010 (Grundkurs)	Dipl.-Math. oec. Stephan Büch- ner, Mitarbeiter der Stabsstelle Kostenträger/Statistik der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Pra- xispersonal, Psycho- therapeuten  45,00 €
Samstag, 26.10.2013, 09:00–17:00 Uhr	<b>Veranstaltung ausgebucht</b>  Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Wahrnehmung und Motivation (C2)	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trai- nerin, Beraterin, Coach, Media- torin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal  120,00 €
Samstag, 26.10.2013, 10:00–16:00 Uhr	Mitdenken fördern – Praxisperlen entwickeln  8 Punkte, Kategorie C	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Coach, Supervisor, Paarthera- peut; Programm Salus Medici, Praxisentwicklung, Berlin	Vertragsärzte, Pra- xispersonal, Psycho- therapeuten  80,00 €

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 Telefax an 03643 559-291 oder buchen Sie Ihr Seminar einfach online über unseren Fortbildungskalender.

#### Kinderbetreuungsangebot

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

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

## Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen

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

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

Anmeldung/Auskunft: Postfach 100740, 07740 Jena

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

E-Mail: [akademie@laek-thueringen.de](mailto:akademie@laek-thueringen.de)

### ▪ Transition in die Erwachsenenmedizin

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

- Diabetes, Referenten: Dr. med. Jutta Wendenburg, Dr. med. Hans-Martin Reuter, Jena
- Rheuma, Referenten: Prof. Dr. med. Axel Sauerbrey, Erfurt, Dr. med. Conny Günther, Friedrichroda
- Epilepsie, Referenten: Dr. med. Anne-Bärbel Hintz, Dr. med./Univ. Zagreb Zeljko Zivcec, Erfurt

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

Gebühr: kostenfrei

Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

### ▪ Kinder- und Jugendpsychiatrischer Fortbildungstag: Geistige Behinderung

- Von der Isolation zur Inklusion – Menschen mit geistiger Behinderung im Wandel der Zeit,  
Referent: Prof. Dr. Harald Goll
- Fetale Alkoholspektrumsstörungen, die häufigste (un)erkannte Ursache für eine angeborene geistige Behinderung,  
Referentin: Dr. Heike Hoff-Emden
- Psychotherapie bei Patienten mit Geistiger Behinderung,  
Referent: Prof. Dr. Klaus Hennicke

Termin: 19.10.2013, 10:00 bis 13:00 Uhr

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Dr. med. Ekkehart Englert, Erfurt

Gebühr: kostenfrei

Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

### ▪ Seminarreihe Arzt und Recht

Korruption, Zuweisung gegen Entgelt & Co. – berufs- und strafrechtliche Fallen

Referenten: Prof. Dr. iur. Andreas Teubner, Ass. jur. Sophie Seibeck, Jena

Termin: 06.11.2013, 17:00 bis 19:00 Uhr

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Gebühr: kostenfrei

Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

### ▪ 2. Qualitätszirkel Palliativmedizin

Ärztliche Entscheidungsfindung bei lebenslimitierter Erkrankung in der Palliativmedizin

Indikation und Patientenwille bei Unheilbarkeit und begrenzter Lebenserwartung –

aus Sicht des Palliativmediziners, Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Göttingen

aus Sicht des Juristen, Ass. jur. Kristin Memm, Jena

Termin: 20.11.2013, 18:00 bis 20:00 Uhr

Ort: Ursulinenkloster Erfurt, Trommsdorffstraße 29, 99084 Erfurt

Leitung: Dr. med. Christina Müller, Erfurt

Gebühr: 20 €

Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie C

### ▪ 6. Kindernotfalltag „Schwere Verbrennungen und schwere Infektionen“

Klinikum Meiningen GmbH und SRH Zentralklinikum Suhl GmbH  
in Kooperation mit der Akademie der Landesärztekammer Thüringen

Schwerpunkte:

- Verbrennungen und Verbrühungen bei Säugling und Kind
- schwere kindliche Infektion
- Simulation
- Praxistraining/Hands-on-Workshop Koniotomie
- Szenariotrainings/-besprechungen
- Tipps und Tricks „NIV bei Kindern“ in der (Prä-)Klinik
- Reanimation

Termin: 16.11.2013, 08:00 – 17:00 Uhr

Ort: Klinikum Meiningen, Bergstraße 3, 98617 Meiningen

Leitung: Dr. med. Georg Braun, Dr. med. Martina Baumann, Meiningen,  
Dr. med. Gerhard Franke, Suhl

Auskunft/

Anmeldung: [www.kindernotfalltag.de](http://www.kindernotfalltag.de)

Gebühr: Theorie/Workshops: 50 €, Pflege/Rettung 35 €

nur Theorie (vormittags): Ärzte 15 €, Pflege/Rettung 10 €

Zertifizierung: anerkannt

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

Unsere Rolle bei der Chronifizierung von Schmerzen

Workshop

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

Gebühr: kostenfrei

Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

### ▪ 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

Praxispersonal

### ▪ Basisseminar zur Blutgerinnung

- Basiswissen zur Blutgerinnung
- Messung der Blutgerinnung
- Therapieformen
- Einflussfaktoren
- Besonderheiten und Komplikationen in der Therapie

Termin: 12.10.2013, 09:00 bis 12:00 Uhr  
 Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena  
 Leitung: Sandra Guttstein, Erfurt  
 Gebühr: 40 €

▪ **Harnanalyse – Tipps, Tricks und Hinweise**

- Grundlagen der Harnbildung
- Umgang mit Teststreifen
- Testauswertung und Interpretationen
- Hinweise zur Gewinnung und Aufbewahrung von Urinproben
- praktische Übungen

Termin: 16.10.2013, 15:00 bis 17:30 Uhr  
 Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena  
 Leitung: Manuela Kindervater, Jena  
 Gebühr: 30 €

▪ **EKG-Aufbaukurs**

Als Fortsetzung der bisher angebotenen EKG-Kurse für Praxismitarbeiter findet ein Aufbaukurs statt. Im Aufbaukurs liegt der Schwerpunkt auf dem aktiven Auswerten von Elektrokardiogrammen. Dabei werden Elektrokardiogramme zu den verschiedenen Störungen/Krankheitsbildern besprochen. Voraussetzung für den Besuch dieser Fortbildung sollte die Teilnahme an einem EKG-(Grund-)Kurs sein. Auch für Medizinische Fachangestellte, die durch die tägliche Arbeit in der Arztpraxis über gute EKG-Kenntnisse verfügen, ist dieser Kurs geeignet.

Termin: 30.11.2013, 09:00 bis 13:00 Uhr  
 Ort: Ursulinenkloster Erfurt, Trommsdorffstraße 29, 99084 Erfurt  
 Gebühr: 50 €  
 Leitung: Sandra Guttstein, Erfurt

## **15. Herbsttagung der Mitteldeutschen Gesellschaft für Pneumologie & Thoraxchirurgie in Gera**

Das Leitthema „Lungenerkrankungen und der alte Mensch“ der 15. Tagung trägt der besonderen demografischen Entwicklung Ostthüringens Rechnung. Möglichkeiten und Grenzen der Therapie beim alten Menschen stellen hohe Anforderungen an die interdisziplinäre medizinische Versorgung. Mit zunehmendem Alter gewinnen auch Fragen der ärztlichen Ethik und die enge Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung mehr und mehr an Bedeutung.

Termin: 01./02.11.2013  
 Tagungsorte: Kultur- und Kongresszentrum Gera, Schloßstraße 1, 07545 Gera  
 SRH Wald-Klinikum Gera, Haus 9, Straße des Friedens 122, 07548 Gera

Tagungsorganisation/Anmeldung:  
 Agentur KONSENS GmbH  
 Heidrun Lunemann,  
 Stockumer Straße 30, 59368 Werne  
 Telefon 02389 527510  
 Telefax 02389 527555  
 E-Mail [lunemann@agentur-konsens.de](mailto:lunemann@agentur-konsens.de)  
 Internet [www.mdgp.de/fortbildungen/jahreskongress-2013/](http://www.mdgp.de/fortbildungen/jahreskongress-2013/)

Ein Antrag auf Zertifizierung der Tagung wurde bei der Landesärztekammer Thüringen gestellt.

## Die Welt ist bunt – Kunstausstellung von Dr. med. Annette Fischer

Die Eröffnung der Ausstellung können Sie am 26. Oktober 2013 um 11.00 Uhr miterleben und bis zum 8. Januar 2014 ist diese Ausstellung im Foyer der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen zu sehen.

Hereinspaziert in die „Bunte Welt“ hat Frau Dr. med. Annette Fischer, niedergelassene Fachärztin für Innere Medizin/Diabetologie in Greiz, das Thema gewählt.

Der Titel klingt sympathisch, also man könnte sagen: freundlich und liebenswert. Obwohl wir nicht in dieser friedvollen Welt tatsächlich leben, will uns die Künstlerin mit ihren Arbeiten ihre so wünschenswerte Welt demonstrieren. Sie soll uns ermuntern, das „Schmerzliche“ in der bebenden Welt beim Betrachten ihrer Bildwerke für einen Moment vergessen zu lassen.

Annette Fischer ist Autodidaktin und hat Freude am Malen. Sie nutzt die Kunst der Fläche, die durch Linie und Farbe gestaltet wird. Denn eine Linie muss in jedem Punkt ihres Verlaufes so lebendig sein, dass man den Künstler noch mehr herausspürt als das Modell. So hat die Linie eine Sprache. Die Elemente Linie, Fläche und Farbe bilden dementsprechend die schöpferische Bildgestaltung.

Die Künstlerin bedient sich der Ölmalerei auf Leinwand. Die Malerei ist schon an die Fläche gebunden. Sie ist die freieste unter den darstellenden Künsten, da sie sowohl die Illusion von Raumtiefe und Körperlichkeit erzeugen und damit Abbild der Wirklichkeit sein kann.

So schafft Annette Fischer ihr autonomes, freies unabhängiges Bildwerk meist als Komposition, das eine geschlossene Einheit bildet.

Wir erkennen die Bilder in ihrer Gegenständlichkeit, in der plastischen Darstellung des „Still-Lebens“, andere werden wiederum in naturalistischen Einfluss gezeigt, die ein Hauch von Romanik erkennen lassen. Für die Künstlerin, ist das Malen eine innere Notwendigkeit, ein Bedürfnis – also ein Muss.

Ihre Werke verleihen uns magische Ausdruckskraft, die geprägt ist durch leuchtende Farben. Das Wesen der Farbe zeigt sich an gegenständlichen, flächigen und räumlichen Form- und Farbkompositionen.

Kunst ist für Annette Fischer Selbstverwirklichung. Sie erweckt mit ihren Bildwerken dem Betrachter Freude. Es ist ihr gelungen, nicht nur ihre Gefühle im Bildnerischen auszudrücken, sondern sie möchte den Besucher auch etwas kundtun, etwas mitteilen. So könnte ihre Kunst aber auch eine Form der Kommunikation sein, die sie uns anbietet.

*Autorin Carola-Manuela Riemer*



FRAGE	ANTWORT
Warum gibt es keine zusätzliche Vorhaltepauschale für Vertretungspatienten neben der verminderten Versichertenpauschale für Vertretungstätigkeit (6,10 €)?.	Derzeit ist es so geregelt, dass im Vertretungsfall neben der verminderten Versichertenpauschale keine Vorhaltepauschale und keine Chronikerpauschale berechnet werden können. Diesen Umstand haben wir bereits bei der KBV beanstandet und erwarten eine politische Diskussion auf Bundesebene.
Welche hausärztlichen Strukturen verbergen sich genau hinter der Vorhaltepauschale?	Hier geht es, wie im obligaten Leistungstext beschrieben, um die Vorhaltung der hausärztlichen Grundversorgungsstrukturen.
Wird die Chronikerpauschale nun doch nicht von der KV zugesetzt?	Ja, die Abrechnung der Chronikerpauschale muss durch die Praxis erfolgen.
Wird die Chronikerpauschale von der KV abgesetzt, wenn die vorausgesetzte Anzahl der vorher notwendigen Kontakte je Quartal nicht erfüllt ist?	Kommen in den vier Vorquartalen keine drei Arzt-Kontakte mit dieser Praxis zustande, ist die Chronikerpauschale nicht berechnungsfähig und soll dann auch nicht von der Praxis zur Abrechnung gelangen. Ist dies doch der Fall, wird die KV dann die Absetzung vornehmen (müssen).
Haus- bzw. Kinderarztwechsel: Muss man den vorherigen Arzt fragen, in wie vielen Quartalen der Patient bei ihm war, damit man über die Chronikerpauschale entscheiden kann? Oder reicht es, den Patienten/die Angehörigen nach den bisherigen Arzt-Kontakten zu befragen?	Der übernehmende Arzt soll diese vorherige Behandlung dokumentieren. Das kann mittels Patientenbefragung erfolgen oder sich aus übernommenen Unterlagen des ehemaligen Arztes ergeben.
Noch einmal Haus- bzw. Kinderarztwechsel: Wie kennzeichne ich die Chronikerpauschale im ersten Abrechnungsquartal des übernommenen Patienten, wenn die notwendigen Arzt-Kontakte vorher zustande kamen?	Dazu hat die KBV die Buchstabenkennung „H“ vorgegeben. Die Chronikerpauschalen werden mit dem Suffix „H“ abgerechnet, GOP 03220H u.s.w.
Sind die neuen Gesprächsleistungen <u>je Patient</u> in der Anzahl begrenzt?	Nein. Je vollendete 10 Minuten reine Gesprächsdauer abrechenbar. Unbedingt auf den Leistungstext achten. Praxisbezogene Mengenbegrenzung durch Gesprächsbudget
Sind die Gespräche auch für Angehörige abrechenbar?	Ja, für Gespräche mit Bezugspersonen ist diese GOP berechnungsfähig.
Gilt das Budget von 45 Punkten je Fall der Gesprächsleistungen auch für die Psychosomatik?	Nein, nur die GOP 03230 und 04230 fallen unter diese Regelung.
Die neue Gesprächsleistung geht nicht neben der Psychosomatik. Gilt das pro Tag oder pro Behandlungsfall?	Der Ausschluss „nicht neben“ bezieht sich immer auf dieselbe Sitzung, d. h. auf den Arzt-Patienten-Kontakt.
Wird bei der Entscheidung über die Abrechenbarkeit der GOP 03362 auch die „alte“ GOP 03240 bis 30.09.2013 berücksichtigt?	Ja. Die Ergebnisse des geriatrischen Basisassessments dürfen nicht älter als 4 Quartale sein. Die bisherige GOP 03240 wird berücksichtigt.
Was zählt zu den lebensverändernden Erkrankungen? Gibt es eine Liste der entsprechenden ICD?	Es wird keine ICD-Liste im Sinne einer Positivliste geben, denn der Arzt wird von Fall zu Fall entscheiden, ob die jeweilige Erkrankung für diesen Patienten lebensverändernd ist oder nicht. Der Umstand wird in den Patientenunterlagen dokumentiert.

FRAGE	ANTWORT
<p>Geriatric: Gibt es für die umschriebene geriatrische Morbidität, wie z. B. Frailty, einen ICD? Gefordert ist ja die Angabe eines ICD-Kodes, der den geriatrischen Versorgungsbedarf dokumentiert.</p>	<p>Die zutreffenden ICD-Kodes sind anzugeben. Es wird im Einzelfall so sein, dass man über den ICD-Thesaurus einen zutreffenden ICD findet. Für Frailty, d. h. für Gebrechlichkeit kommen R68.8 oder R54 in Frage. Die Pflegestufe wird am besten mit einem ICD aus dem Bereich Z74.0 - Z74.-9 verschlüsselt.</p>
<p>Gibt es für Altersschwindel einen extra ICD oder reicht die R42?</p>	<p>Der ICD-Kode R42 ist gemäß ICD-Thesaurus des DIMDI zutreffend.</p>
<p>Man weiß doch eigentlich erst nach dem durchgeführten Assessment, ob der Patient wie unter Kapitel 3.2.4. Nr. 1 EBM gefordert morbid ist, um das Assessment abrechnen zu können. Wie passt das zusammen?</p>	<p>Die im EBM beschriebene geriatritypische Morbidität muss mindestens als Verdacht bestehen. Dieser Verdacht wird sich mittels Assessment bestätigen oder ausschließen. Das geriatrische Basisassessment kann also mit den Diagnosesicherheiten G, A und V berechnet werden. Bei den definierten Erkrankungen, die auch bei unter 70-jährigen Patienten zur Abrechnung geriatrischer Leistungen berechtigen, muss es hingegen immer eine gesicherte Diagnose sein.</p>
<p>Sind bei der GOP 03362 mindestens zwei persönliche Arzt-Kontakte notwendig?</p>	<p>Ja. Das ergibt sich zwar nicht aus dem Leistungstext, aber aus der 1. Anmerkung zu dieser Gebührenordnungsposition, wo ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gefordert wird.</p>
<p>Kann man den geriatrischen Betreuungskomplex auch als Vertretungsarzt (also zusammen mit der 03010) abrechnen – woher weiß man dann, dass der Patient ein Assessment hatte?</p>	<p>Es gibt keine explizite Regelung im EBM, wonach der geriatrische Betreuungskomplex im Vertretungsfall ausgeschlossen ist. Abrechnungsvoraussetzung ist jedoch das Vorliegen der Ergebnisse des geriatrischen Basisassessments. Diese Ergebnisse werden im Vertretungsfall üblicherweise selten vorliegen. Wenn die Ergebnisse vorliegen und nicht älter als vier Quartale sind, kann die GOP 03362 auch im Vertretungsfall berechnet werden.</p>
<p>Palliativmedizinische Versorgung. Was muss der palliativmedizinische Behandlungsplan beinhalten?</p>	<p>Das ist nicht konkret vorgegeben. Also enthält der Behandlungsplan alle behandlungsrelevanten Maßnahmen, die sich auf die palliativmedizinische Versorgung beziehen.</p>
<p>Ist die GOP 03370 Abrechnungsvoraussetzung für Zuschläge nach GOP 03371-03373?</p>	<p>Hier gibt es keine konkrete Vorgabe/Forderung. Die GOP 03371 ist als Zuschlag zur „vollen“ Versichertenpauschale berechnungsfähig und somit im Vertretungsfall ausgeschlossen. Die Besuchszuschläge nach GOP 03372 und 03373 enthalten keinen Verweis auf die Versichertenpauschale oder die GOP 03370. Hier muss lediglich der Leistungstext erfüllt sein.</p>
<p>Sind die unvorhergesehenen Inanspruchnahmen nach GOP 01100 oder 01101 noch berechnungsfähig?</p>	<p>Ja. Diese Frage wird erstaunlich oft gestellt. Die derzeitigen Änderungen beziehen sich nur auf die Kapitel 3 und 4. Alle anderen Regelungen zu den arztgruppenübergreifenden Gebührenordnungspositionen wurden nicht geändert.</p>

## Strontiumranelat

(z. B. Protelos<sup>®</sup>, Osseor<sup>®</sup>)

Beschluss vom: 15. Mai 2008/18. September 2008/Juni 2013

In Kraft getreten am: 30. August 2013

BAnz AT 29.08.2013 B1

## Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

Strontiumranelat wurde im September 2004 zur Behandlung der postmenopausalen Osteoporose zugelassen.

Für Strontiumranelat existiert nach der Fachinformation ein In-vitro-Beleg für einen dualen Wirkmechanismus: Reduktion des Knochenabbaus (antiresorptiv) und Stimulation des Knochenanbaus (anabol). Weiterhin wird dies begründet mit Knochenbauparametern und HRpQCT-Untersuchungen. Grundsätzlich gelten Knochenbiopsien am Menschen als validere Belege. Klinisch konnte bisher nicht abschließend gezeigt werden, dass der Wirkstoff die Knochenstruktur anabol beeinflusst. In der Fachinformation findet sich der Hinweis, dass in klinischen Studien keine nachteiligen Effekte auf Knochenqualität oder Mineralisierung beobachtet wurden.

Publizierte direkt vergleichende Studien zu etablierten Therapien, insbesondere zu Bisphosphonaten fehlen. Bisphosphonate gelten weiterhin als Therapie der ersten Wahl. Grundsätzlich kommen bei Unverträglichkeit und nicht ausreichendem Ansprechen Parathormone und für postmenopausale Frauen auch selektive Östrogenrezeptor-Modulatoren (SERM) und Strontiumranelat in Betracht.

Die schwerwiegendsten Nebenwirkungen der Behandlung mit Strontiumranelat sind thrombembolische Ereignisse, die mit einer jährlichen Inzidenz von zirka 0,7 % auftreten. Im Vergleich liegt diese bei dem SERM Raloxifen bei 0,8 %. Im Gegensatz zu SERM konnten Risikogruppen für die Entstehung von thrombembolischen Ereignissen nicht identifiziert werden. Es wurden Fälle schwerwiegender Überempfindlichkeit unter Strontiumranelat, einschließlich DRESS (Drug rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms), berichtet, die z. T. tödlich verliefen. Als anabole Substanzen stehen Parathormone zur Verfügung. Die Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnung im Therapiehinweis zu Teriparatid sind zu beachten (Bekanntmachung vom 17. Oktober 2006, BAnz. 2007 S. 439; Deutsches Ärzteblatt, Heft 15, vom 13. April 2007). Unter Parathormonen und SERM sind die bei Strontiumranelat beobachteten zentralnervösen Nebenwirkungen nicht beschrieben. Unter Raloxifen ist gezeigt worden, dass die histomorphometrische Knochenqualität im Vergleich zu Östrogenen am Knochen histologisch normal, ohne einen Hinweis auf Mineralisationsdefekte, Faserknochen oder Knochenmarksfibrose, ist.

Strontium führt zu einer höheren Absorption von Röntgenstrahlen als Kalzium, sodass es messtechnisch zu einer Zunahme der Knochendichte kommt. Dieser Effekt kann bis zu 50 % des Knochendichtewerts ausmachen. Die Knochendichtemessung ist zur Verlaufsbeurteilung bei der Behandlung mit Strontiumranelat bereits aus diesem Grund nicht geeignet.

Auch die kolorimetrische Bestimmung von Kalzium in Blut und Urin ist durch Strontium beeinflusst. Bei entsprechenden Bestimmungen ist es notwendig, dem Labor die Behandlung mit Strontium zwecks Bestimmungsmodifikation mitzuteilen.

Letztlich ist ein Zusatznutzen durch Strontiumranelat in direkt vergleichenden Untersuchungen nicht belegt. Zu extravertebralen Frakturen von klinischer Relevanz wird das Ergebnis einer gepoolten Metaanalyse beider Studien von der Zulassungsbehörde als nicht überzeugend gewertet. Erst Post-hoc-Analysen von kleinen Subgruppen in gepoolten Auswertungen, die in biometrischer Hinsicht nicht ausreichend belastbar sind, zeigen zu Hüftfrakturen nach Ansicht der Behörde ebenfalls Effekte in einer zu Bisphosphonaten vergleichbaren Größenordnung.

Studien zur sequenziellen Therapie mit anderen Wirkstoffen, die in der Osteoporosetherapie eingesetzt werden, fehlen.

## Anlage 2 – Strontiumranelat / BAnz 29.08.2013 B1 – Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

In Zusammenschau mit den beschriebenen Risiken und Unklarheiten ist eine Umstellung der Behandlung auf Strontiumranelat allenfalls nach mindestens zwei Frakturen in den letzten 18 Monaten unter adäquater Vorbehandlung mit Bisphosphonaten bei Abwägung therapeutischer Alternativen (Parathormon/SERM) in Erwägung zu ziehen.

### KOSTEN

Das in den Beuteln befindliche Granulat wird in einem Glas Wasser als Suspension eingenommen. Die empfohlene tägliche orale Dosis liegt bei einmal täglich einem Beutel Strontiumranelat 2 g.

Wirkstoff	Tagestherapiekosten	Jahrestherapiekosten
Bisphosphonate	0,62 bis 1,76 €	226,00 bis 642,00 €
Strontiumranelat	1,67 €	610,00 €
Parathormone	19,35 bis 21,16 €	7063,00 bis 7723,00 €
SERM	1,52 bis 1,64 €	555,00 bis 599,00 €

Stand: 15.10.2008

### Indikation

Strontiumranelat ist zugelassen für die Behandlung der postmenopausalen Osteoporose zur Reduktion des Risikos von Wirbelsäulen- und Hüftfrakturen.

Patientinnen, die mit Strontiumranelat behandelt werden, sollten Vitamin D und Kalzium als Nahrungsergänzung erhalten, wenn die Aufnahme durch die Nahrung unzureichend ist.

### Wirkungen

Strontium ist mit Kalzium elektrochemisch eng verwandt und gehört auch zu derselben Hauptgruppe des Periodensystems (Erdalkalimetalle). Es wird als radioaktives Isotop Strontium-89 zur Behandlung von Knochenmetastasen eingesetzt. Das nicht radioaktive, stabile Strontiumlaktat wurde in den fünfziger Jahren zur Therapie der Osteoporose eingesetzt. Wegen Nebenwirkungen wie Mineralisationsdefekten und Hemmung der Calcitriolsynthese wurde das Therapieregime wieder verlassen.

Das Molekül besteht aus zwei stabilen Strontiumatomen und einem Trägergegenion Ranelinsäure. Es wird dosisabhängig hauptsächlich in neu gebildeten Knochenformationen eingelagert.

Strontiumranelat steigert in vitro sowohl den Knochenaufbau in Knochengewebskulturen als auch die Replikation der Präosteoblasten und die Kollagensynthese. In Knochenzellkulturen hemmt es die Knochenresorption durch Verminderung der Osteoklastendifferenzierung und deren Resorptionsaktivität. Im Knochengewebe behandelter Tiere und Menschen wird Strontium zunächst größtenteils auf der Kristalloberfläche adsorbiert und ersetzt langfristig nur geringfügig das Kalzium im Apatitkristall des neu gebildeten Knochens. Strontiumranelat verändert nicht die Eigenschaften des Kristalls.

Die effektive Halbwertszeit von Strontium beträgt zirka 60 Stunden.

### Wirksamkeit

Das Studienprogramm zur Senkung von Frakturen durch Strontiumranelat wurde auf Basis von zwei placebokontrollierten Phase-III-Studien aufgebaut: SOTI (Meunier 2004) und TROPOS (Reginster 2005). Zusätzlich zur Therapie (2 g Strontiumranelat pro Tag oder Placebo) erhielten die Patientinnen bei beiden

Studien eine adaptierte Kalzium- und Vitamin-D-Supplementierung während der gesamten Studiendauer. In einer offenen Run-in-Phase wurden 9.196 Patientinnen rekrutiert und für die beiden Studien ausgewählt. Insgesamt wurden 6.740 (73 %) in beiden Studien randomisiert. Die SOTI-Studie wurde an 1.649 postmenopausalen Frauen mit gesicherter Osteoporose (niedrige BMD an der Lendenwirbelsäule und vorangegangene vertebrale Fraktur) und einem Durchschnittsalter von 70 Jahren durchgeführt.

Über einen Behandlungszeitraum von drei Jahren zeigte Strontiumranelat in der SOTI-Studie eine signifikante Risikoreduktion für das Auftreten einer erneuten vertebrale Fraktur (Tabelle 1).

Tabelle 1: Ergebnisse der SOTI-Studie nach drei Jahren

	Placebo	Strontium 2 g	Relatives Risiko	95 % CI	P value	NNT
New vertebral fracture	222/723	139/719	0.63	[0.52-0.67]	p<0.0001	9 (6 bis 14)
Symptomatic vertebral fractures	117/723	75/719	0.64	[0.49-0.85]	p<0.001	18 (11 bis 44)
Nonvertebral fractures	122/814	112/826	0.90	[0.71-1.15]	p= 0,41	71*

\* Konfidenzintervall nicht berechnet, da das 95%-CI der absoluten Risikoreduktion vom Negativen (Behandlung könnte schädlich sein) ins Positive (Behandlung ist nützlich) reicht.

Werte aus: M. Stevenson, S. Davis, M. Lloyd-Jones et al.: The clinical effectiveness and cost-effectiveness of strontium ranelate for the prevention of osteoporotic fragility fractures in postmenopausal women, published February 2007, Health Technol. Assess. 11 (2007) 4, <http://www.ncchta.org/fullmono/mon1104.pdf> [27.06.2007].

Die TROPOS-Studie wurde an 5.091 postmenopausalen Frauen mit Osteoporose (niedrige BMD des Oberschenkelhalses und vorangegangene osteoporotische Fraktur bei mehr als der Hälfte) mit einem Durchschnittsalter von 77 Jahren durchgeführt.

Tabelle 2: Ergebnisse TROPOS-Studie nach drei Jahren

	Placebo	Strontium 2 g	Relatives risk	95 % CI	P value	NNT
Pat. mit mindestens einer osteoporotischen nicht vertebrale Fraktur	276/2453	233/2479	0,86	(0,73; 1,02)	keine Angabe	54 (28 bis 647)
Hüftfrakturen Subgruppe: > 74 Jahre und osteoporotische Fraktur oder osteopenisch vor der Behandlung	51/995	32/982	0,64	(0,41; 0,98)	p= 0,04	54 (28 bis 968)
vertebrale Frakturen	?/1823	?/1817	0,61	(0,51; 0,73)	p < 0,001	keine Angabe

Werte aus: M. Stevenson, S. Davis, M. Lloyd-Jones et al.: The clinical effectiveness and cost-effectiveness of strontium ranelate for the prevention of osteoporotic fragility fractures in postmenopausal women, published February 2007, Health Technol. Assess. 11 (2007) 4, <http://www.ncchta.org/fullmono/mon1104.pdf> [27.06.2007].

Die Wirksamkeit von Strontiumranelat in der Senkung des Risikos neuer vertebraler Frakturen wurde in der TROPOS-Studie bestätigt, einschließlich solcher osteoporotischer Patientinnen ohne Fraktur als Ausgangswert. Die Anzahl der Frakturen ist nicht publiziert, sodass die Nachvollziehbarkeit erschwert ist. Der Bericht der Universität von Sheffield im Auftrag des britischen National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)<sup>11</sup> konnte deshalb die Werte in der Tabelle nicht selbst berechnen.

Direkt vergleichende Studien zu anderen in der Osteoporosetherapie etablierten Behandlungsformen, insbesondere zu Bisphosphonaten, fehlen. Die europäische Zulassungsbehörde (EMA) sieht die Effektstärke als vergleichbar mit der von Bisphosphonaten an.

Die Auswertung zu den klinisch wichtigen Hüftfrakturen in der gesamten Studiengruppe war nicht statistisch signifikant. In einer Post-hoc-Subgruppenanalyse von 42 % der randomisierten Patientinnen (Alter über 74 Jahre und Knochendichte-T-Score von < -3) zeigte signifikante Ergebnisse und eine Number needed to treat (NNT) von 54 (28 bis 968). Die Verlässlichkeit solcher Post-hoc-Subgruppenanalysen ist gegenüber randomisierten Studien, die dies als primären Endpunkt wählen, in biometrischer Sicht eingeschränkt. Die europäische Zulassungsbehörde wertet den primären Endpunkt der TROPOS-Studie als nicht schlüssig und die gepoolte Auswertung beider Studien als nicht überzeugend. Das Ergebnis der Subgruppenanalyse sieht die Behörde in der Größenordnung der Effekte der Bisphosphonate.

#### **Risiken – ggf. Vorsichtsmaßnahmen**

Strontiumranelat ist kontraindiziert bei Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile.

Es wurden Fälle schwerwiegender Überempfindlichkeitsreaktionen, einschließlich insbesondere des DRESS-Syndroms (Drug rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms), berichtet, die z. T. tödlich verliefen. Das DRESS-Syndrom ist charakterisiert durch Ausschlag, Fieber, Eosinophilie und systemische Beteiligung (z. B. Adenopathie, Hepatitis, interstitielle Nephropathie, interstitielle Lungenerkrankung). Die Zeitspanne bis zum Auftreten der Symptome betrug üblicherweise etwa drei bis sechs Wochen und sie verschwanden in den meisten Fällen nach Absetzen und dem Beginn einer Kortikosteroidtherapie. Die Genesung kann langsam verlaufen und in einzelnen Fällen wurde nach dem Absetzen einer Behandlung mit Kortikosteroiden von einem Wiederauftreten des Syndroms berichtet. Die Patienten sollten darüber informiert werden, Strontiumranelat unverzüglich und dauerhaft abzusetzen.“

Nahrung, Milch und Milchprodukte sowie kalziumhaltige Arzneimittel können die Bioverfügbarkeit von Strontiumranelat um bis zu 60 bis 70 % reduzieren. Daher sollte Strontiumranelat in mindestens zweistündigem Abstand zum Verzehr solcher Produkte eingenommen werden. Bedingt durch die langsame Resorption sollte Strontiumranelat vor dem Zu-Bett-Gehen eingenommen werden, vorzugsweise mindestens zwei Stunden nach dem Essen.

Da zweiwertige Kationen gastrointestinal einen Komplex mit oralen Tetrazyklinen und Chinolonen bilden können und so deren Resorption verringern, wird eine gleichzeitige Einnahme von Strontiumranelat mit diesen Arzneimitteln nicht empfohlen. Als Vorsichtsmaßnahme sollte die Behandlung mit Strontiumranelat während der Einnahme von Tetrazyklinoder Chinolon-Antibiotika ausgesetzt werden.

Strontiumranelat ist nur für die Anwendung an postmenopausalen Frauen bestimmt. Es liegen keine Daten über eine Einnahme von Strontiumranelat während der Schwangerschaft vor. Strontium geht in die Muttermilch über. Strontiumranelat sollte bei stillenden Müttern nicht angewendet werden.

Strontiumranelat enthält eine Quelle für Phenylalanin, das für Patientinnen mit Phenylketonurie schädlich sein kann.

Strontiumranelat wird bei Patientinnen mit schweren Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance unter 30 ml/Minute) nicht empfohlen.

---

1 NICE project number 04/28/01

Messungen der Strontiumkonzentration in Knochenbiopsien aus dem Beckenkamm von Patientinnen, die bis zu 60 Monate mit 2 g Strontiumranelat pro Tag behandelt wurden, zeigen, dass die Strontiumkonzentrationen nach drei Jahren möglicherweise ein Plateau erreichen.

Chronische orale Gabe von Strontiumranelat bei Nagern führte bei hohen Dosen zu Anomalien an Knochen und Zähnen, vorwiegend Spontanfrakturen und verzögerte Mineralisation. Diese Effekte traten bei Strontiumspiegeln auf, die zwei-bis dreimal höher waren als klinische Langzeitstrontiumspiegel im Knochen. Sie waren nach Beenden der Behandlung reversibel. Nichtklinische Studien zeigen, dass hohe Konzentrationen von Strontium im Knochen einen negativen Effekt auf die Knochenmineralisation haben. Es liegen keine Daten zur Eliminationskinetik von Strontium aus dem Knochen nach Therapieende vor. **Es ist unbekannt, ob das gesamte Strontium vollständig freigegeben wird.** Die Sicherheitsmargen für die klinische Exposition sind prinzipiell eng. Die EMEA hat Bedenken in Hinsicht auf den langfristigen Einfluss von Strontiumranelat auf das Skelett.

Die kombinierten Effekte von Strontiumverteilung im Knochen und erhöhter Röntgenstrahlenabsorption im Vergleich zu Kalzium führt zu einer Erhöhung der Knochendichtemessung (BMD) durch duale Photonenröntgenabsorptiometrie (DXA). Vorliegende Daten lassen vermuten, dass etwa 50 % der gemessenen BMD-Änderungen nach drei Jahren Behandlung mit Strontiumranelat 2 g/Tag auf diese Faktoren zurückzuführen sind. Das muss bei der Auswertung von BMD-Veränderungen während einer Therapie mit Strontiumranelat in Betracht gezogen werden.

In Phase-III-Studien war die Erhöhung der gemessenen BMD vom Ausgangswert mit Strontiumranelat etwa 4 % pro Jahr in der Lendenwirbelsäule und 2 % pro Jahr am Schenkelhals und erreichte 13 % bis 15 % beziehungsweise 5 % bis 6 % nach drei Jahren abhängig von der jeweiligen Studie. Der Wert einer Knochendichtemessung als Therapiemonitoring bei Patienten, die Strontiumranelat einnehmen, ist unklar, da die Werte nicht mit denen der zugelassenen antiresorptiv oder anabol wirkenden Arzneimittel verglichen werden können. Strontium beeinflusst die kolorimetrischen Messmethoden von Kalzium in Blut und Harn. Daher sollte in der Praxis die Methode der induktiv-gekoppelten Plasma-Atomemissionsspektrometrie oder die der Atomabsorptionsspektrometrie angewandt werden, um genaue Kalziumwerte in Blut und Harn zu erhalten.

Im Zusammenhang mit der pharmakologischen Wirkungsweise von Strontiumranelat wurde eine leichte Abnahme der Kalzium- und Parathormon-(PTH-)Serumspiegel, eine Erhöhung des Phosphats im Blut und der gesamten alkalischen Phosphatase beobachtet, ohne dass jedoch klinische Auswirkungen festgestellt wurden.

Insgesamt unterschieden sich die Raten der unerwünschten Ereignisse unter Strontiumranelat nicht von Placebo, die unerwünschten Ereignisse waren meist leicht und vorübergehend. Die häufigsten unerwünschten Ereignisse waren Übelkeit und Diarrhoe.

Thromboseraten betragen 3,3 % unter Strontiumranelat gegenüber 2,2 % unter Placebo, Differenz 1,1 % (0,4; 1,9). In Phase-III-Studien war die über fünf Jahre beobachtete jährliche Inzidenz venöser Thromboembolien (VTE) bei mit Strontiumranelat behandelten Patientinnen etwa 0,7 % mit einem relativen Risiko von 1,4 (95%-CI = [1,0 ; 2,0]) im Vergleich zu Placebo, OR = 1,5 (1,1; 2,1). Für pulmonale Embolien war das Risiko vergleichbar, OR = 1,7 (1,0; 3,1), darunter führten sechs unter Strontiumranelat und drei unter Placebo zum Tod. Die erhöhten Raten von Embolien, Thrombosen und Stenosen wurden auch in der Untergruppe der Patienten, die gleichzeitig mit oralen Antikoagulanzen beziehungsweise Thrombozytenaggregationshemmern behandelt wurden, gesehen. Die Behandlung mit Strontiumranelat führt zu einer 50 %-Erhöhung des jährlichen Risikos von VTE, die bereits im ersten Jahr auftritt und danach unverändert bleibt. Eine spezielle Risikogruppe konnte nicht identifiziert werden.

Störungen des Nervensystems wurden mit einer höheren Häufigkeit bei Patientinnen, die mit Strontiumranelat behandelt wurden, berichtet als unter Placebo:

Bewusstseinsstörungen (2,6 % vs. 2,1 %),  
Gedächtnisschwund (2,5 % vs. 2,0 %) und  
Krampfanfälle (0,4 % vs. 0,1 %). Die Ursache ist unbekannt.

## Anlage 2 – Strontiumranelat / BAnz 29.08.2013 B1 – Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

---

Vorübergehend auftretende Erhöhungen (> 3facher Wert der Obergrenze des Normbereiches) der Kreatinkinase-(CK-)Aktivität (muskuloskelettale Fraktion) wurden in 1,4 % beziehungsweise 0,6 % der Strontiumranelat- beziehungsweise Placebogruppen berichtet. Der Anstieg betrug unter Strontiumranelat 31,3 +/-80,8 IU/l versus 13,1 +/-46,6 IU/l unter Placebo. Es besteht eine klare Dosiswirkungsbeziehung zwischen Strontiumranelat und CK-Erhöhung. Muskuläre Symptome wurden von 5 bis 6 % der Patienten berichtet. Der dahinter liegende pathophysiologische Mechanismus ist unklar. In den meisten Fällen normalisierten sich diese Werte ohne eine Änderung der Therapie. Die europäische Zulassungsbehörde sieht einen klaren Einfluss von Strontiumranelat auf die Muskelzellintegrität, deren klinische Wertigkeit unklar ist und in Pharmakovigilanzbeobachtungen geklärt werden soll.

Übersicht aller aktuell gültigen Therapiehinweise des G-BA nach Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie

Wirkstoff	Beschluss vom	veröffentlicht im Rundschreiben der KV Thüringen
Adalimumab	21.11.2006	3/2008
Aliskiren	17.12.2009	4/2010
Atypische Neuroleptika	13.05.2002	7/2002
Azathioprin	03.05.2001	10/2001
Becaplermin	10.04.2000	
Botulinumtoxin A und B	21.09.2004	2/2005
Celecoxib	24.03.2003	11/2003
Cilostazol	21.07.2011	10/2011
Erythropoese – stimulierende Wirkstoffe (zur Behandlung der symptomatischen Anämie bei Tumorpatienten, die eine Chemotherapie erhalten)	17.06.2010	4/2010
Erythropoese – stimulierende Wirkstoffe (zur Behandlung der symptomatischen renalen Anämie)	23.06.2011	10/2011
Etanercept	10.12.1999	
Exenatide	19.06.2008/ 16.10.2008	
Ezetimib	17.12.1999	04/2010
Imiglucerase	01.12.2003	6/2004
Infliximab bei Morbus Crohn	16.10.2000	8/2002
Infliximab bei Rheumatoider Arthritis	26.02.2002	8/2002
Inhalierbares, kurzwirkames Humaninsulin (Exubera®)*	17.10.2006	1/2007
Leflunomid	16.08.2007/ 15.05.2008	9/2008
Montelukast	19.01.2012	6/2012
Natalizumab	16.10.2009	4/2009
Omalizumab	20.12.2007/ 11.11.2010	4/2008 3/2011
Oseltamivir	24.03.2003	
Palivizumab	19.06.2008	12/2008
Pimecrolimus	04.09.2003	
Prasugrel	17.06.2010	9/2010
Raloxifen	16.02.2000	
Repaglinid	10.12.1999	
Sitagliptin	10.04.2008	8/2008
Somatropin Wachstumshormon	12.09.1996	

\* inzwischen vom Markt genommen

### Anlage 3 – Übersicht aller aktuell gültigen Therapiehinweise des G-BA nach Anlage IV der AM-RL

Wirkstoff	Beschluss vom	veröffentlicht im Rundschreiben der KV Thüringen
Strontiumranelat	15.05.2008/ 18.09.2008 geändert am 30.08.2013	12/2008  9/2013
Tacrolimus	04.09.2003	10/2007
Teriparatid	21.11.2006	4/2007
Tibolon	26.02.2002	8/2002
Vildagliptin	18.12.2008	5/2009
Zanamivir	16.02.2000	

Die entsprechenden Beschlüsse können Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) (Informations-Archiv – Richtlinien – Arzneimittel – Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung – Anlagen – Anlage IV: Therapiehinweise gemäß § 92 Abs. 2 Satz 7 SGB V) nachlesen. Einzelne Beschlüsse schicken wir Ihnen auch gerne zu.

## Anlage 4 – Übersicht zu den bisher erschienenen Ausgaben Wirkstoff AKTUELL.

Wirkstoff (Handelsname)	Wirkstoff AKTUELL Ausgabe	Stand	Rundschreiben
<b>Agomelatin</b> (Valdoxan®)	5/2010	April 2010	6/2010
<b>Aliskiren</b> (Rasilez®)	1/2008	Februar 2008	3/2008
<b>Allergenpräparat aus Gräserpollen von Wiesenlieschgras</b> zur sublingualen Anwendung (Grazax®)	7/2008	September 2008	12/2008
<b>Amlodipin/Valsartan</b> (Exforge®)	2/2009	November 2008	1/2009
<b>Aripiprazol</b> (Abilify®)	3/2010	November 2009	5/2010
<b>Aromatasehemmer der 3. Generation, Anastrozol</b> (Arimidex®), <b>Exemestan</b> (Aromasin®), <b>Letrozol</b> (Femara®)	8/2007	November 2007	12/2007
<b>Atomoxetin</b> (Strattera® Hartkapseln)	4/2005	September 2005	1/2006
<b>Biologische DMARDs</b>	7/2010	August 2010	11/2010
<b>Budesonid/Formoterol</b> (Symbicort® Turbohaler® Pulver zur Inhalation)	4/2009	März 2009	5/2009
<b>Capsaicin kutanes Pflaster</b>	8/2010	August 2010	12/2010
<b>Dabigatranetexilat</b> (Pradaxa® 110 mg Hartkapseln; Pradaxa® 75 mg Hartkapseln)	1/2010	Oktober 2009	2/2010
<b>Dabigatranetexilat bei nicht valvulärem Vorhofflimmern</b>	1/2013	Januar 2013	3/2013
<b>Darifenacin</b> (Emselex® 7,5 mg/15 mg Retardtabletten)	2/2008	April 2008	5/2008
<b>Deferasirox</b> (Exjade®)	5/2008	August 2008	10/2008
<b>Denosumab</b>	3/2011	Januar 2011	5/2011
<b>Dronedaron</b>	4/2012	September 2012	11/2012
<b>Duloxetine</b> (Cymbalta®)	3/2009	Januar 2009	2/2009
<b>Eplerenon</b> (Inspra®)	6/2008	August 2008	12/2008
<b>Eslicarbazepinacetat</b>	5/2012	November 2012	1/2013
<b>Esomeprazol</b> (Nexium mups 20 mg®, Nexium mups 40 mg®)	2/2006	Juli 2006	9/2006
<b>Etanercept</b> (Enbrel®) bei rheumatoider Arthritis	4/2006	August 2006	11/2006
<b>Exenatide</b> (Byetta®)	6/2007	August 2007	10/2007
<b>Ezetimib</b> (Ezetrol®)	1/2003	August 2003, Preisinformation aktualisiert 2005	
<b>Fentanyl</b> (Durogesic® SMAT, SMAT 12 µg/h)	9/2007	Oktober 2007	12/2007
<b>Fondaparinux</b> (Arixtra®)	6/2010	Juni 2010	8/2010 12/2010
<b>Granulozyten koloniestimulierende Faktoren</b> <b>Filgrastim</b> (Neupogen®; Granulokine; Biograstim®; Ratiograstim; Filgrastim Hexal) <b>Lenograstim</b> (Granocyte® 13/34 Mio. IE) <b>Pegfilgrastim</b> (Neulasta®)	5/2009	Mai 2009	12/2009

## Anlage 4 – Übersicht zu den bisher erschienenen Ausgaben Wirkstoff AKTUELL.

Wirkstoff (Handelsname)	Wirkstoff AKTUELL Ausgabe	Stand	Rundschreiben
<b>Indacaterol</b>	5/2011	Mai 2011	7/2011
<b>Infliximab</b> (Remicade®) bei rheumatoider Arthritis	3/2006	August 2006	10/2006
<b>Levocetirizin</b> (Xusal®)	1/2004	Januar 2004	
<b>Liraglutid</b>	1/2011	November 2010	1/2011
<b>Moxifloxacin</b> (Avalox® Filmtabletten)	3/2005	Juni 2005	
<b>Natalizumab</b> (Tysabri®)	2007	Mai 2007	
<b>Nikotinsäure</b> (Niaspan®)	1/2006	Mai 2006	6/2006
<b>Oseltamivir</b> (Tamiflu®), <b>Zanamivir</b> (Relenza®)	1/2007	Februar 2007	12/2009 (nach erfolgter Ergänzung)
<b>Oxycodon/Naloxon</b>	6/2012	November 2012	1/2013
<b>Pantoprazol</b> (Pantozol® 20 mg, 40 mg; Rifun® 20 mg, 40 mg)	3/2007	April 2007	6/2007
<b>Pimecrolimus</b> (Elidel®); <b>Tacrolimus</b> (Protopic®)	7/2007	Dezember 2007	1/2008
<b>Pregabalin</b> (Lyrica® Hartkapseln)	2/2007	März 2007	5/2007
<b>Quetiapin</b> (Seroquel®)	5/2006	November 2006	12/2006
<b>Ranolazin</b>	2/2011	Dezember 2010	5/2011
<b>Rationale Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen Atemwege</b>	1/2012	Dezember 2011	2/2012
<b>Rationale Antibiotikatherapie bei Infektionen der unteren Atemwege</b>	3/2013	März 2013	5/2013
<b>Rationale Antibiotikatherapie bei Harnwegsinfektionen</b>	2/2012	März 2012	6/2012
<b>Rivaroxaban</b> (Xarelto®)	2/2010	Dezember 2009	2/2010
<b>Rivastigmin</b> (Exelon® transdermales Pflaster)	4/2010	Januar 2010	
<b>Roflumilast</b> (Daxas®)	6/2011	Juni 2011	8/2011
<b>Rotigotin</b> (Neupro® 2, 4, 6, 8 mg/24 h)	4/2007	Mai 2007	6/2007
<b>Sevelamer</b> (Renagel®)	2/2005	Juni 2005	
<b>Silodosin</b> (Urorec®)	4/2011	Februar 2011	5/2011
<b>Sitagliptin</b> (Januvia®)	10/2007	November 2007	12/2007
<b>Strontiumranelat</b> (Protelos®)	1/2009	November 2008	
<b>Tapentadol</b>	3/2012	Juni 2012	8/2012
<b>Tigecyclin</b> (Tygacil®)	5/2007	Juni 2007	7/2007
<b>Urologische Spasmolytika – Anticholinergika</b>	4/2013	Juli 2013	9/2013
<b>Valdecoxib</b> (Bextra®)	2/2004	August 2004	
<b>Venlafaxin</b> (Trevilor® Tabletten 37,5 mg; Trevilor® retard)	3/2008	April 2008	6/2008
<b>Zoledronsäure</b> (Aclasta® 5 mg Infusionslösung)	4/2008	Juli 2008	9/2008



Ausgabe 4/2013

# Wirkstoff AKTUELL

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



## Urologische Spasmolytika Anticholinergika

Zu den Reizsymptomen des unteren Harntrakts („Überaktive Blase“) gehören: Blasenhypersensitivität („sensorische Urge“), Detrusorüberaktivität („motorische Urge“) und hyperbare Blase („low compliance bladder“). Die Behandlung der idiopathischen Formen folgt den Regeln einer Stufentherapie.

Nach frustraner Verhaltenstherapie und Biofeedback-Methoden können neurotrope und myotrope Spasmolytika eingesetzt werden.

In der Regel gilt für diese Medikamente eine enge Wirkung-Nebenwirkung-Korrelation. Hinsichtlich der Symptomverbesserung zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Wirkstoffen. Daher können und sollen primär die älteren, kostengünstigen Wirkstoffe eingesetzt werden. Da die Wirkung der zur Verfügung stehenden Anticholinergika gegenüber Placebo relativ gering ist, sollte eine Therapie über längere Zeit nur bei eindeutig positiver Wirkung erfolgen, um Patienten/innen nicht unnötigen Nebenwirkungen auszusetzen. Bei Auftreten von nicht tolerablen Nebenwirkungen (z. B. Mundtrockenheit) können als therapeutischer Versuch andere Vertreter der Wirkstoffgruppe eingesetzt werden. Belege für eine systematische Überlegenheit der neueren Wirkstoffe fehlen jedoch.

### Indikation

Syndrom der überaktiven Blase

### Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise (1–6)

- Bei den Symptomen einer überaktiven Blase (OAB) geht die Diagnostik in der allgemeinärztlichen Praxis jeder Therapie und Entscheidung zu speziellen, invasiven oder kostspieligen Untersuchungen voran. Abhängig vom Ergebnis der hausärztlichen Untersuchung sollte eine fachärztliche Vorstellung folgen (Urologe, Gynäkologe). Das Ziel der fachärztlichen Untersuchung ist die Unterscheidung der idiopathischen Form der OAB von symptomatischen (sekundären) Reizzuständen der Blase. Ätiologisch relevante Faktoren für Reizsymptome sind Harnwegsinfekte, anatomische Anomalien, Fremdkörper, Tumoren, eine infravesikale Obstruktion und neurologische Krankheitsbilder. Die Sicherung der klinischen Verdachtsdiagnose erfolgt durch eine Blasendruckmessung, wobei zu beachten ist, dass > 30 % aller Patienten/innen Mischformen der Inkontinenz aufweisen.
- Erst wenn konservative Behandlungsmaßnahmen wie Wahrnehmungsschulung, Training des Trinkverhaltens, Miktions- und Beckenbodentraining bei der überaktiven Blase keinen Behandlungserfolg zeigen oder aufgrund der Patientencompliance nicht erfolgversprechend erscheinen, sollte eine spezifische Pharmakotherapie erfolgen.
- In erster Linie sollten Anticholinergika bei der symptomatischen medikamentösen Therapie der überaktiven Blase eingesetzt werden. Dies gilt auch dann, wenn urodynamisch das OAB-Syndrom mit anderen Harninkontinenzformen kombiniert auftritt.
- Es liegt keine hinreichende Evidenz dafür vor, dass bestimmte Anticholinergika den anderen hinsichtlich der Verbesserung der OAB überlegen sind. Gleiches gilt für die Nebenwirkungen oder die Verbesserung der Lebensqualität. Mittel der ersten Wahl sind die älteren, kostengünstigen Anticholinergika. Andere Anticholinergika gelten als Mittel der zweiten Wahl (Reserve) und sollten nur in Ausnahmesituationen eingesetzt werden.
- Eine langfristige Behandlung (> 3 Monate) der OAB mit Anticholinergika sollte nur bei eindeutiger Verbesserung der klinischen Symptomatik erfolgen, um Patienten nicht unnötigerweise unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) auszusetzen.
- Die für die Anticholinergika typischen UAW wie Mundtrockenheit, Obstipation und Tachykardie sowie Harnverhalt und Verschlechterung eines Glaukoms treten bei allen Wirkstoffen auf. Darreichungen in re-

tardierter Form oder als einmal tägliche Gabe zeigen geringere Raten an Mundtrockenheit, die Therapieab-

bruchraten unterscheiden sich aber nicht.

**Kosten**

Anticholinergika				
Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben (mg) <sup>1</sup>	Dosis (mg/Tag) <sup>2</sup>	Kosten für 1 Monat [€] <sup>3</sup>
Darifenacin	Emselex® 7,5 mg, 15 mg Retardtabletten	7,5	7,5 – 15	43,19 – 47,40
Fesoterodinfumarat	Toviaz® 4 mg, 8 mg Retardtabletten	4	4 – 8	35,19 – 38,58
Oxybutyninhydrochlorid	Dridase® 5 mg Tabletten	15	7,5 – 20	12,07 – 32,18
Oxybutyninhydrochlorid	Generikum, 5 mg Tabletten	15	7,5 – 20	10,11 – 23,07
Propiverinhydrochlorid	Mictonorm Uno® 30 mg, 45 mg Hartkapseln mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30	30 – 45	35,48 – 49,93
Propiverinhydrochlorid	Mictonorm® 15 mg überzogene Tabletten	30	30 – 45	33,48 – 50,22
Propiverinhydrochlorid	Generikum, 15 mg Filmtabletten	30	30 – 45	28,94 – 43,41
Solifenacinsuccinat	Vesicare® 5 mg, 10 mg Filmtabletten <sup>4</sup>	5	5 – 10	29,35 – 46,65
Trospiumchlorid	Spasmex® 30 mg TC Filmtabletten;	40	30 – 45	17,44 – 26,16
	Spasmolyt® 30 mg teilbare Filmtabletten			14,06 – 21,09
Trospiumchlorid	Generikum, 30 mg Tabletten	40	30 – 45	16,28 – 24,41
Trospiumchlorid	Urivesc® 60 mg Retardkapseln	40	60	19,09
Tolterodin(R,R)-tartrat	Detrusitol® 1 mg, 2 mg Filmtabletten	4	2 – 4	38,60 – 41,11
Tolterodin(R,R)-tartrat	Generikum, 1 mg, 2 mg Filmtabletten	4	2 – 4	29,33 – 30,47
Tolterodin(R,R)-tartrat	Tolterodin Pfizer retard® 2 mg, 4 mg Hartkapseln	4	2 – 4	29,12 – 34,73
Tolterodin(R,R)-tartrat	Generikum, 4 mg Hartkapseln retardiert	4	4	34,73

Stand Lauertaxe: 15.07.2013;

<sup>1</sup>nach (7) für orale Darreichungsformen; <sup>2</sup>Dosierung gemäß Fachinformation; <sup>3</sup>Kostenberechnung anhand des kostengünstigsten Präparates einschließlich Import; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt; die Kostenangaben beziehen sich auf die niedrigste und höchste angegebene Dosierung und bezeichnen keine Kostenspanne; <sup>4</sup>kostengünstiger Import des Originalpräparates Vesikur®.

## Wirkungsweise (8–16)

Zahlreiche Anticholinergika sind für die Behandlung der OAB zugelassen. Sie hemmen Muskarin-Rezeptoren, von denen fünf verschiedene Typen bekannt sind (M1 bis M5). Anticholinergika reduzieren die Überaktivität des Detrusors. Alle Wirkstoffe weisen die typischen anticholinergen Nebenwirkungen auf. Die Hemmung muskarinischer Rezeptoren in anderen Organen verursacht die bekannten Effekte wie z. B. Mundtrockenheit, Trockenheit der Augen, Obstipation, Schläfrigkeit oder Verwirrungszustände, Visusstörungen sowie eine Zunahme der Herzfrequenz. Rezeptorantagonisten mit höherer Selektivität für M3-Rezeptoren wurden mit dem Ziel einer günstigeren Wirkung-Nebenwirkung-Relation entwickelt. Allerdings finden sich M3-Rezeptoren auch in den Speicheldrüsen und im Darm. Somit unterscheiden sich die Wirkstoffe hinsichtlich ihrer Rezeptor-Selektivität. Hinsichtlich ihrer klinischen Effektivität sind sie jedoch vergleichbar.

### Darifenacin

Darifenacin ist ein Muskarin-M3-Rezeptor-Antagonist, der die Muskarinrezeptoren am Detrusor blockiert. Die Bioverfügbarkeit beträgt 15–19 %. Darifenacin wird in der Darmwand und in der Leber über CYP3A4 und CYP2D6 metabolisiert. Die Halbwertszeit (HWZ) beträgt 13–19 Stunden. Die Metaboliten von Darifenacin werden im Verhältnis 60:40 über Urin und Fäzes ausgeschieden.

### Fesoterodin

Fesoterodin ist ein Muskarinrezeptor-Antagonist, der durch Plasmaesterasen zu seinem primär aktiven Metaboliten, 5-Hydroxymethyltolterodin (5-HMT), hydrolysiert wird. Die Bioverfügbarkeit des aktiven Metaboliten beträgt 52 %. Die HWZ des aktiven Metaboliten liegt bei ca. 7–9 Stunden. Fesoterodin wird zu 16 % als 5-HMT über die Nieren ausgeschieden, der größere Teil von 5-HMT wird über die Leber metabolisiert.

### Oxybutynin

Oxybutyninhydrochlorid hat eine direkte anticholinerge und spasmolytische Wirkung auf die glatte Muskulatur der Harnblase. Die Bioverfügbarkeit ist aufgrund eines ausgeprägten First-Pass-Metabolismus gering und liegt bei

2–11 %. Die HWZ beträgt sowohl für den Wirkstoff als auch für den aktiven Metaboliten 2–3 Stunden. Die Ausscheidung erfolgt vorwiegend nach Verstoffwechslung in der Leber. Die entstandenen Metaboliten werden mit dem Urin eliminiert.

### Propiverinhydrochlorid

Propiverinhydrochlorid führt zur muskulotropen Spasmodolyse durch Hemmung des Kalzium-Einstroms und Modulation des intrazellulären Kalziums in der glatten Muskulatur der Harnblase. Die Bioverfügbarkeit beträgt 40,5 %. Der Abbau von Propiverinhydrochlorid erfolgt über intestinale und hepatische Enzyme, die Ausscheidung zu 60 % über den Urin und zu 21 % über die Fäzes. Die HWZ liegt bei 4 Stunden.

### Solifenacin

Solifenacin ist ein kompetitiver muskarinerges Rezeptorantagonist mit geringer M3-Rezeptor-Selektivität, der die Kontraktion des Detrusormuskels abschwächt. Die Bioverfügbarkeit beträgt 88 %. Die HWZ beträgt 50–55 Stunden, die Metabolisierung erfolgt vorwiegend über die Leber. Solifenacin und seine Metaboliten werden zu 70 % renal eliminiert, 23 % der Dosis werden fäkal ausgeschieden.

### Tolterodin

Tolterodin ist ein spezifischer Muskarinrezeptor-Antagonist, der die Detrusorkontraktionen hemmt. Der 5-Hydroxymethyl-Metabolit von Tolterodin gleicht in seiner pharmakologischen Wirkung der Ausgangssubstanz. Die Bioverfügbarkeit liegt zwischen 17 % und 65 %. Die HWZ beträgt 2–10 Stunden. Es wird überwiegend in der Leber metabolisiert. Die Elimination erfolgt zu 77 % renal und zu 17 % über die Fäzes.

### Trospiumchlorid

Trospiumchlorid besitzt eine Affinität zu den M1-, M2- und M3-Rezeptoren. Trospiumchlorid vermindert den Tonus der glatten Muskeln im Bereich des Magen-Darm- und des Urogenitaltraktes. Die HWZ beträgt bei oraler Verabreichung durchschnittlich 5–18 Stunden. Trospiumchlorid wird vorwiegend unverändert renal ausgeschieden.

## Wirksamkeit (8–15)

### Darifenacin

In einer Studie mit 561 Patienten mit seit mindestens sechs Monaten bekannten Symptomen einer OAB erhielten die Patienten entweder 3,75 mg, 7,5 mg oder 15 mg Darifenacin oder Placebo über zwölf Wochen. Primärer Endpunkt war die Anzahl der Inkontinenzepisoden pro Woche (Medianwerte). Diese wurden unter Placebo von 16,6 auf 9,0, unter 3,75 mg Darifenacin täglich von 16,0 auf 7,4, unter 7,5 mg täglich von 16,3 auf 7,3 und unter 15 mg täglich von 17,0 auf 6,6 gesenkt. Die mediane Differenz der Inkontinenzepisoden zu Placebo war nur unter 7,5 mg und 15 mg statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ).

### Fesoterodin

In einer randomisierten doppelblinden Phase-III-Studie wurde Fesoterodin 4 mg und 8 mg täglich im Vergleich zu Placebo über 12 Wochen an 836 Patienten (76 %) untersucht. Primärer Endpunkt war die Anzahl der Miktionen/24 h (Ausgangswert 12,4). In der Placebogruppe lag die Abnahme bei durchschnittlich 1,08, unter 4 mg Fesoterodin bei 1,61 ( $p = 0,032$ ) bzw. 8 mg Fesoterodin bei 2,09 ( $p < 0,001$ ).

### Oxybutynin

In einer randomisierten und kontrollierten, multizentrischen, doppelblind durchgeführten Studie mit 154 Patienten

wurde Oxybutynin gegen eine Referenzsubstanz (Propanthelin) und Placebo geprüft. Nach vier Wochen hatte sich das mittlere Blasen­volumen bei der ersten unwillkürlichen Detrusorkon­traktion unter Oxybutynin im Vergleich zu Placebo signifikant erhöht (+51,07 ml vs. -9,7 ml,  $p = 0,026$ ).

### Propiverinhydrochlorid

In einer randomisierten Doppelblindstudie erhielten 366 Patienten mit Urge-Inkontinenz Propiverinhydrochlorid 15 mg dreimal täglich, Oxybutynin zweimal 5 mg pro Tag oder Placebo über vier Wochen. Bei der Zystometrie zeigte sich unter den Verumsubstanzen eine vergleichbare Zunahme der maximalen Blasenkapazität ohne vermehrte Restharnbildung. Unter Propiverinhydrochlorid besserte sich der Gaudenz-Urge-Score und die Beschwerden nahmen – ähnlich wie in der Oxybutynin-Gruppe – signifikant ab.

### Solifenacin

In einer Phase-III-Studie erhielten 1077 Teilnehmer entweder Placebo, 5 mg oder 10 mg Solifenacin einmal täglich oder zweimal täglich 2 mg Tolterodin über zwölf Wochen. Vergleichlich mit Placebo (-1,41; -32,7 %) ging die Zahl der

Drangepisoden unter Solifenacin 5 mg (-2,85; -51,9 %) und 10 mg (-3,07; -54,7 %;  $p < 0,001$ ) signifikant zurück, aber nicht unter Tolterodin (-2,05; -37,9 %).

### Tolterodin

In einer randomisierten doppelblinden placebokontrollierten Studie nahm die Anzahl der Inkontinenzereignisse/Woche (primärer Endpunkt) unter der Behandlung mit 1 x täglich 4 mg Tolterodin ( $n = 507$ ) um 11,8 und unter Placebo um 6,9 Ereignisse ( $p < 0,001$ ) ab.

### Trospiumchlorid

In einer Phase-III-Studie mit 564 Patienten (Trospium  $n = 280$ ; Placebo  $n = 284$ ) zeigten die Patienten mit OAB, die Trospiumchlorid erhielten, eine Verbesserung in beiden primären Endpunkten. Die durchschnittlichen täglichen Blasenentleerungen (Ausgangswert 13) wurden nach 12 Wochen unter der Behandlung mit Trospiumchlorid auf 10,3 vs. 11,1 unter Placebo reduziert ( $p < 0,001$ ). Die Zahl der täglichen Episoden der Dranginkontinenz (Ausgangswert 4) nahm nach 12 Wochen Behandlung unter Trospiumchlorid auf 1,7 vs. 2,4 unter Placebo ab ( $p < 0,001$ ).

## Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen (8–15)\*

Mundtrockenheit, Erhöhung des Augeninnendrucks, Glaukomanfall bei Engwinkelglaukom, Akkommodationsstörungen, Mydriasis, Lichtscheu, Tachykardie, Hemmung

der Schweißsekretion, Obstipation, Miktionsbeschwerden, Nausea, Dyspnoe, Halluzinationen, Hautausschlag, Juckreiz, Urtikaria, gastroösophagealer Reflux

## Wechselwirkungen

Keine gleichzeitige Anwendung von CYP3A4-Induktoren wie Carbamazepin, Rifampicin, Phenobarbital, Phenytoin und Johanniskraut. Gleichzeitige Gabe von starken Hem-

mern des CYP3A4 (Ketokonazol oder Makrolidantibiotika) führt zum Anstieg der aktiven Metaboliten.

## Kontraindikationen/Anwendungsbeschränkungen

Engwinkelglaukom, subvesikale organische Harnabflussstörungen, Megakolon, mechanische Stenosen im Bereich von Magen und Darm, chronisch-entzündliche Darmer-

krankungen, Leberfunktionsstörungen, Myasthenia gravis, Schwangerschaft und Stillzeit, Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.

## Literatur

1. European Association of Urology: Guidelines on Urinary Incontinence: [http://www.uroweb.org/gls/pdf/18\\_Urinary\\_Incontinence\\_LR.pdf](http://www.uroweb.org/gls/pdf/18_Urinary_Incontinence_LR.pdf). Stand: Februar 2012. Zuletzt geprüft: 15. Juli 2013.
2. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: Leitlinie Überaktive Blase: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-0071\\_S2k\\_Ueberaktive\\_Blase.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-0071_S2k_Ueberaktive_Blase.pdf). Stand: Juni 2010. Zuletzt geprüft: 15. Juli 2013.
3. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie - Harninkontinenz: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/084-001\\_S2\\_Harninkontinenz\\_09-2009\\_09-2014.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/084-001_S2_Harninkontinenz_09-2009_09-2014.pdf). Stand: September 2009. Zuletzt geprüft: 15. Juli 2013.
4. National Institute for Clinical Excellence: Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG40fullguideline.pdf>. Stand: Oktober 2006. Zuletzt geprüft: 15. Juli 2013.
5. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL et al.: Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *J Urol* 2012; 188: 2455-2463.
6. Madhuvrata P, Cody JD, Ellis G et al.: Which anticholinergic drug for overactive bladder symptoms in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 1: CD005429.
7. GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO): Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2013. Berlin: DIMDI, 2013.
8. Fricke U, Klaus W (bis 2010), Fricke U, Beck T (ab 2012) (Hrsg.): Neue Arzneimittel: Fakten und Bewertungen von 1987 bis 2009 zugelassene Arzneimittel. Band 1 - 20, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 2013.
9. Astellas Pharma: Fachinformation "Vesikur® 5 mg/10 mg Filmtabletten". Stand: Januar 2013.
10. Pfizer: Fachinformation "Toviaz®". Stand: Oktober 2012.
11. Pfleger: Fachinformation "Spasmex® 30 mg TC Filmtabletten". Stand: Oktober 2012.
12. Bayer: Fachinformation "Emselex® 15 mg Retardtabletten". Stand: Januar 2012.
13. Sanofi Aventis: Fachinformation "Dridase® Filmtabletten". Stand: September 2010.
14. Pfizer: Fachinformation "Detrusitol® retard 4 mg Hartkapsel". Stand: September 2012.
15. Apogepha: Fachinformation "Mictonorm Uno® 30 mg". Stand: April 2012.
16. Hedge SS: Muscarinic receptors in the bladder: from basic research to therapeutics. *Br J Pharmacol* 2008; 147: S80-S87.

\* Die Informationen zu Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Weitere Informationen sind der Fachinformation zu entnehmen.

© Wirkstoff AKTUELL ist eine Information der KBV in Kooperation mit der ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche-Krankenpflege-Richtlinien) vom 21. Februar 2013**

Im Leistungsverzeichnis wird nach Nummer 16. folgende Nummer 16a. eingefügt:

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
16a.	<p>Infusionen, s. c.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Legen, Anhängen, Wechseln sowie abschließendes Entfernen einer ärztlichverordneten s. c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution</li> <li>– Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge</li> <li>– Überprüfung der Injektionsstelle beim Anlegen, Wechseln oder Entfernen der Infusion auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung</li> </ul>	<p>Auf der Verordnung ist der Infusionstyp, die Menge und die Dauer der Infusion anzugeben.</p> <p><b>Indikation:</b> Mittelschwere Exsikkose bei negativer Flüssigkeitsbilanz (bei akuter Erkrankung oder Verschlimmerung der Erkrankung z. B. bei Fieber, Diarrhoe), mit einhergehendem Unvermögen oralen Ausgleichs und potenzieller Reversibilität insbesondere bei geriatrischen Patienten.</p> <p><b>Als Kontraindikationen sind insbesondere zu beachten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Schwere Dehydratation</li> <li>– Dekompensierte Herzinsuffizienz</li> <li>– Dekompensierte Niereninsuffizienz</li> <li>– Koagulopathien</li> <li>– Kreislaufschock</li> <li>– Langfristiger Flüssigkeitsbedarf</li> <li>– Finale Sterbephase</li> <li>– zur ausschließlichen Erleichterung der Pflege</li> <li>– Ungenügende Durchführbarkeit aufgrund der Compliance des Patienten/der Patientin oder der häuslichen Bedingungen in Bezug auf die Infusionstherapie</li> </ul>	Bis zu 7 Tage

Bitte beachten Sie dazu den Beitrag auf **Seite 7** dieses Rundschreibens.



**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche-Krankenpflege-Richtlinien) vom 15. Februar 2005**

„Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen“ wird nach Nummer 27 die folgende Nummer 27 a eingefügt.

Wichtiger Hinweis:

Diese Leistungen können ausschließlich verordnet werden von:

- Fachärzten für Nervenheilkunde
- Fachärzten für Psychiatrie
- Fachärzten für Neurologie
- Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin
- Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
<b>27a.</b>	<p><b>Psychiatrische Krankenpflege</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Erarbeiten</b> der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau)</li> <li>– <b>Durchführen</b> von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen</li> <li>– <b>Entwickeln</b> kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)</li> </ul>	<p><b>Nur verordnungsfähig bei</b></p> <p>F00.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)</p> <p>F01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn</p> <p>F01.1 Multiinfarkt-Demenz</p> <p>F01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz</p> <p>F02.0 Demenz bei Pick-Krankheit</p> <p>F02.1 Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit</p> <p>F02.2 Demenz bei Chorea Huntington</p> <p>F02.3 Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom</p> <p>F02.4 Demenz bei HIV-Krankheit</p> <p>F02.8 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern</p> <p>F04.- Organischem amnestischen Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt</p> <p>F06.0 Organischer Halluzinose</p> <p>F06.1 Organischer katatonen Störung</p> <p>F06.2 Organischer wahnhafter Störung</p> <p>F06.3 Organischer affektiver Störung</p> <p>F06.4 Organischer Angststörung</p> <p>F06.5 Organischer dissoziativer Störung</p> <p>F06.6 Organischer emotional labiler Störung</p> <p>F07.0 Organischer Persönlichkeitsstörung</p> <p>F07.1 Postenzephalitisches Syndrom</p> <p>F07.2 Organischem Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma</p> <p>F20.- Schizophrenie</p> <p>F21.- Schizotyper Störung</p> <p>F22.- Anhaltender wahnhafter Störung</p> <p>F24.- Induzierter wahnhafter Störung</p> <p>F25.- Schizoaffektiver Störung</p> <p>F30.- Manischer Episode</p> <p>F31.- Bipolarer affektiver Störung mit Ausnahme von: F31.7—F31.9</p> <p>F32.- Depressiver Episode mit Ausnahme von: F32.0, F32.1 und F32.9</p> <p>F33.- Rezidivierender depressiver Störung mit Ausnahme von: F33.0, F33.1, F33.4, F33.8 und F33.9</p>	<p>bis zu 4 Monate bis zu 14 Einheiten pro Woche (abnehmende Frequenz)</p> <p>Der Krankenkasse ist der Behandlungsplan vorzulegen.</p>

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
27a.		<p>F41.0 Panikstörung, auch wenn sie auf sozialen Phobien beruht</p> <p>F41.1 Generalisierter Angststörung</p> <p><b>wenn</b>  daraus resultierend eine oder mehrere der folgenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in einem Maß vorliegen, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbstständig bewältigt oder koordiniert werden kann und das Krankheitsbild durch Medikamentengaben allein nicht ausreichend therapiert werden kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Störungen des Antriebs oder der Ausdauer oder der Belastbarkeit in Verbindung mit der Unfähigkeit der Tagesstrukturierung oder der Einschränkung des planenden Denkens oder des Realitätsbezugs</li> <li>– <b>Einbußen bei</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– der Kontaktfähigkeit,</li> <li>– den kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung problemlösendes Denken,</li> <li>– dem Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik,</li> <li>– dem Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen.</li> </ul> </li> </ul>	

**Anlage 7 – 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 (gültig bis 31.12.2013)	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 7 – 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 (gültig bis 31.12.2013)	81401	
Debeka BKK	47410	
Die Continentale BKK	02422	+
E.ON BKK	31418	
energie-BKK	09450	+
ESSO BKK	02413	+
G&V BKK (Sitz in Metzingen) (gültig bis 31.12.2013)	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: 4. Quartal 2013, Änderungen gegenüber dem 3. 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 7 – Übersicht der teilnehmenden stationären Einrichtungen am IV-Vertrag „Hallo Baby“  
in Thüringen**

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

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

Quelle: BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte  
Stand: 4. Quartal 2013



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

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

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

Betriebskrankenkasse	VKNR
BKK S-H	01417
BKK Technoform	08425
BKK Textilgruppe Hof	65424
BKK VBU	72421
BKK VDN	18544
BKK VerbundPlus	62461
BKK VICTORIA – D.A.S.	24430
BKK Vital	49409
BKK vor Ort	18405
BKK Voralb HELLER*LEUZE*TRAUB	61493
BKK Werra-Meissner	42420
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK Würth	61487
BKK ZF & Partner	47434
Brandenburgische BKK (gekündigt zum 31.12.2013)	81401
Daimler BKK	61491
Debeka BKK	47410
Die Continentale BKK	02422
E.ON Betriebskrankenkasse	31418
energie-BKK	09450
ESSO BKK	02413
G&V BKK (gekündigt zum 31.12.2013)	62418
Heimat Krankenkasse	19418
HYPOVEREINSBANK BKK	63405
mhplus BKK	61421
Novitas BKK	02407
pronova BKK	49402
R+v BKK	45405
Salus BKK	40410
Schwenninger BKK	58434
SECURVITA BKK	02406
Shell BKK/LIFE	02409
SKD BKK	67412
Südzucker-BKK	52405
TUI BKK	09452
Vaillant BKK	37431
Vereinigte BKK	40418
WMF Betriebskrankenkasse	61477

Stand: 4. Quartal 2013, Änderungen gegenüber dem 3. Quartal 2013 sind rot gekennzeichnet.

## Anlage 9 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

Betriebskrankenkasse	VKNR
BKK 24	09416
BKK B. Braun Melsungen	42401
<b>BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI</b>	<b>25408</b>
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Herkules	42419
BKK Linde	45411
BKK Miele	19473
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
BKK VerbundPlus	62461
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK ZF & Partner	47434
<b>Brandenburgische BKK</b>	<b>81401</b>
Debeka BKK	47410
energie-BKK	09450
Heimat Krankenkasse	19418
mhplus BKK	61421
Novitas BKK	02407
R+V BKK	45405
SKD BKK	67412
WMF Betriebskrankenkasse	61477

Stand: 4. Quartal 2013, Änderungen gegenüber dem 3. Quartal 2013 sind **rot** gekennzeichnet.