



Editorial

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – Ärzte am Start in eine neue Welt

Ihre Fachinformationen

▪ Abrechnung/Honorarverteilung	
Anpassung der individuellen Punktzahlvolumina	1
Änderungen des EBM zum 01.10.2013	1
Ergänzende Hinweise zu den Änderungen im EBM zum 01.10.2013	1
Zuständigkeit bei der Bestimmung von Laborparametern	2
Zusatzaufwand bei Jugendarbeitsschutzuntersuchungen für hessische Jugendliche	3
▪ Verordnung und Wirtschaftlichkeit	
Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie	4
Wirkstoff AKTUELL zu Rasagilin	4
Genehmungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls	5
▪ Sicherstellung	
Zulassung von Jobsharing-Praxen nur noch zu Quartalsbeginn	5
▪ Qualitätssicherung	
Kein Ringversuch für Schwangerschaftstests	6
▪ Verträge	
Einheitlicher Bundesmantelvertrag trat zum 01.10.2013 in Kraft	6
Vertrag über eine erweiterte Diabetes-Vorsorge mit der AOK PLUS	7
▪ Alles was Recht ist	
Delegation ärztlicher Leistungen	9
Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag	9
▪ Informationen	
Ihre Teilnahme an der Befragung zum Praxispanel ist wichtiger denn je!	10
Patienteninformation zur Gripeschutzimpfung	10
Informationen des RKI zu Erkrankungsfällen durch das Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus	10

Terminkalender

Qualitätszirkel „Kinderärzte und Kinderpsychotherapeuten in Mühlhausen“	11
Qualitätszirkel „Interdisziplinäre kollegiale Fallsupervision 2“	11
Thüringer Tag der Allgemeinmedizin in Jena	11
Asthma bronchiale – schwere Verlaufsform oder Fehldiagnose	11
Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen	12
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	15

Anlagen

- Anlage 1 – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V
- Anlage 2 – Wirkstoff AKTUELL zu Rasagilin (Ausgabe 5/2013)
- Anlage 3 – Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sowie bei langfristigem Heilmittelbedarf

Beilagen

- Patienteninformation zur Gripeschutzimpfung (Kopiervorlage!)
- Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

verantwortlich: Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer

Redaktion: Babette Landmann

Telefon: 03643 559-0

Telefax: 03643 559-191

Internet: www.kvt.de

E-Mail: info@kvt.de

Druck: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – Ärzte am Start in eine neue Welt

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

aus der Neuordnung der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor durch das Versorgungsstrukturgesetz (§ 116b SGB V) erwuchs die schwierige Aufgabe für die gemeinsame Selbstverwaltung, einen neuen sektorübergreifenden Versorgungsbereich miteinander fair regeln zu müssen. Nun ist es fast soweit: seit einem halben Jahr ist der allgemeine Paragrafenteil der ASV-Richtlinie¹ fertig und im Dezember 2013 wird die erste krankheitsbezogen konkretisierte Anlage dazu die Werkstatt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verlassen. In Thüringen hat sich ein Erweiterter Landesausschuss konstituiert, in welchem die Vertreter von Kassenärztliche Vereinigung, Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen ab dem Frühjahr 2014 die Anzeigen von teilnahmewilligen Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und Kliniken prüfen werden. Anders als in der vertragsärztlichen Versorgung gilt dann: „Wer es kann, der darf“, ohne Bedarfsplanung und ohne Budgetierung. Anders als im Krankenhaus gilt dann: „Wer es darf, hat Name und Facharztstatus“, ohne institutionelle Anonymität und ohne qualitätsunabhängige DRG. Alle Beteiligten werden gemeinsam Neuland betreten!

Um das Ausgabenrisiko der Krankenkassen zu begrenzen, ist die ASV auf seltene Krankheiten, schwere Krankheitsverläufe und hochspezialisierte Leistungen beschränkt worden. Der G-BA wird in diesem Jahr zuerst die Richtlinie für Tuberkulose fertigstellen, unmittelbar danach folgt jene für gastrointestinale Tumoren. Auf der weiteren Agenda stehen gynäkologische Tumoren, rheumatologische Erkrankungen und die schwere Herzinsuffizienz (NYHA 3-4). Es wird fachliche und strukturelle Anforderungen an die Teamleitung der ASV, an das sogenannte Kernteam und an weitere hinzuzuziehende Ärzte geben. Die entscheidende Neuerung besteht in der Verpflichtung, über die Sektorengrenzen

hinweg Vertragspartnerschaften zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern aufzubauen. Das Kernteam muss auch am Tätigkeitsort der Teamleitung Sprechstunden anbieten, die Abstände innerhalb einer Leistungskooperation sollen 30 Minuten Fahrzeit nicht überschreiten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen ist für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von ihrem Sicherstellungsauftrag entlastet. Natürlich werden wir unseren teilnehmenden Mitgliedern die ASV-Abrechnung anbieten, die niemand sonst professioneller und preisgünstiger abwickeln kann.

Unsere Gesamtvergütung muss gesetzeskonform um Leistungen der ASV bereinigt werden, wozu ich Ihnen einen wichtigen Satz aus dem § 116b SGB V zitieren möchte: „Die Bereinigung darf nicht zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen.“ (Absatz 6, Satz 14). Mit der schrittweisen Ausgliederung der hochspezialisiert krankenhäusnah ambulant zu versorgenden Fälle aus der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung wird sich ein Zielkonflikt entspannen, der zunehmend unser budgetiertes Vergütungssystem belastet.

Die Gewährleistung der Grundversorgung ist und bleibt die Kernaufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung in unserer Welt des vertragsärztlichen Sektors.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr



Dr. med. Thomas Schröter
2. Vorsitzender

¹ www.g-ba.de/downloads/62-492-743/ASV-RL_2013-03-21.pdf

Abrechnung/Honorarverteilung

Anpassung der individuellen Punktzahlvolumina

Mit Wirkung zum 01.10.2013 wurde der Orientierungspunktwert auf 10,0 Cent erhöht.

Infolge der bundesweiten Verhandlungen wurde mit den Krankenkassen eine Kostenneutralität vereinbart, so dass die Bewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) insofern angepasst wurden, als dass diese mit dem Faktor 0,35363 multipliziert und kaufmännisch gerundet wurden.

Um eine gleiche Datenbasis im Rahmen des individuellen Punktzahlvolumens (IPV) zu erreichen, wird entsprechend § 8 Abs. 5 sowie § 9 Abs. 7 des Honorarverteilungsmaßstabes der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen das IPV des Vorjahresquartals ebenfalls mit dem Faktor 0,35363 multipliziert und kaufmännisch ohne Nachkommastelle gerundet. Vor diesem Hintergrund wird das IPV den veränderten Bewertungen des EBM angepasst.

Ihre Ansprechpartnerinnen der Abteilung Abrechnungsorganisation:

- Elke Kula, Telefon 03643 559-406
- Bettina Helferich, Telefon 03643 559-511
- Marina Müller, Telefon 03643 559-512

Änderungen des EBM zum 01.10.2013

Im Deutschen Ärzteblatt, Heft 40 vom 04.10.2013, wurden weitere Änderungen des EBM zum 01.10.2013 veröffentlicht. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um folgende Änderungen:

- Für die Bildung des Punktzahlvolumens für Gesprächsleistungen nach der Gebührenordnungsposition 03230 bzw. 04230 sowie für die Berechnung der Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags nach der Gebührenordnungsposition 03040 bzw. 04040 konkretisiert der Beschluss die Zählung der relevanten Behandlungsfälle.

Den genauen Wortlaut der EBM-Änderungen entnehmen Sie bitte dem o. g. Deutschen Ärzteblatt.

Darüber hinaus wurden weitere Änderungen als Beschluss auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de bekannt gegeben. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um folgende Änderungen:

- Die Berechnungsfähigkeit der Vorhaltepauschale (GOP 03040 bzw. 04040) sowie der Chronikerpauschalen (GOP 03220 und 03221 bzw. 04220 und 04221) sind neben Leistungen, die nicht zum grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsauftrag zählen, im Behandlungsfall ausgeschlossen. Diese Abrechnungsbestimmung findet keine Anwendung, wenn diese Ausschluss-Leistungen im Behandlungsfall von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereichs erbracht werden. Die Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 wurden dahingehend angepasst.

Diese Änderungen werden voraussichtlich in einem der kommenden Deutschen Ärzteblätter veröffentlicht.

Ergänzende Hinweise zu den Änderungen im EBM zum 01.10.2013

Folgende Hinweise zu den neuen Regelungen sind zu beachten:

- Wir haben bisher darauf hingewiesen, dass eine Doppelabrechnung von palliativmedizinischen Leistungen der Kapitel 3 und 4 und von SAPV-Leistungen zu vermeiden ist. Diese Gefahr einer Doppelabrechnung betrifft nur den Arzt als Person. In der hausärztlichen Versorgung ist es grundsätzlich kein Problem, die palliativmedizinische Versorgung gemeinsam mit der SAPV-Betreuung abzurechnen. **Die Verordnung der SAPV als additive Teilversorgung, zusätzlich zur eigenen hausärztlichen Betreuung, ist also möglich – auch zeitgleich.**

- Die „3 aus 4 Quartale-Regelung“ als Abrechnungsvoraussetzung der Chronikerpauschalen wird folgendermaßen umgesetzt:
 - Als Zeitraum werden das aktuelle Quartal und die drei davor liegenden Quartale herangezogen, ähnlich der Krankheitsfall-Regelung.
 - Die drei Kontaktquartale in den vier Quartalen müssen in derselben Praxis erfolgt sein.
 - Für den Fall, dass Patienten ihren Hausarzt wechseln, wurden bundeseinheitlich kodierte Zusatznummern festgelegt: 03220H, 03221H, 04220H und 04221H. Mit diesen Zusatznummern wird gekennzeichnet, dass die Mindestanzahl an quartalsweisen Kontakten in den letzten vier Quartalen beim anderen Hausarzt erfolgt ist. In diesen Fällen wird die zutreffende Chronikerpauschale mit der H-Kennzeichnung abgerechnet.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen verwenden vielfältige Buchstabenkennungen bei den Versichertenpauschalen, um die vielen Auf- und Abschlagsregelungen im EBM umsetzen zu können. Haus- und Kinderärzte rechnen Versichertenpauschalen **grundsätzlich ohne** Buchstabenkennungen ab!
- Lediglich **fachärztlich tätige Kinderärzte** (mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung) kennzeichnen wie bisher die Versichertenpauschale mit dem Zusatz „F“, wenn sie bei dem betreffenden Patienten fachärztlich tätig wurden. Diese F-Kennzeichnung erfolgt nicht durch die KV!
- Die Vorhaltepauschale wird durch die KV zugesetzt. Einzelne Praxen möchten diese jedoch selbst abrechnen. Das ist kein Problem und kann so erfolgen.

Zuständigkeit bei der Bestimmung von Laborparametern

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten bei der Behandlung der Patienten nimmt einen hohen Stellenwert ein. Dies schließt u. a. die kollegiale Absprache ein, wer die Bestimmung von Laborparametern veranlasst. Zum Wohle der Patienten und unter Wahrung der rechtlichen Rahmenbedingungen sollte eine Abstimmung zwischen dem fachärztlich behandelnden Arzt mit dem betreuenden Hausarzt erfolgen, wer die fortlaufenden Laborkontrollen veranlasst bzw. durchführt, sofern aus medizinischen Gründen nicht die Notwendigkeit sowohl einer Behandlung durch den Hausarzt wie den Facharzt in enger zeitlicher Abfolge besteht.

Grundsätzlich kann jeder Vertragsarzt durch Überweisung an einen anderen Vertragsarzt die Durchführung erforderlicher diagnostischer Maßnahmen veranlassen. Der Ablauf der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Fachärzten bei der gemeinsamen Behandlung von Patienten bzw. zur Abstimmung über die jeweilige Therapie ist nicht bezogen auf alle Einzelheiten und möglichen Fallkonstellationen durch vertragliche Bestimmungen oder andere Normierungen geregelt.

Dabei sollte bei der interdisziplinären Zusammenarbeit berücksichtigt werden, dass die Laborparameter sowohl für die hausärztliche als auch für die fachärztliche Betreuung der Patienten wichtig sind. Ein auf Überweisung tätiger Facharzt, z. B. ein Rheumatologe oder ein ermächtigter Arzt, darf zur Überprüfung einer Indikation oder Durchführung einer Therapie Laborparameter selbst bestimmen (lassen).

Für die Bestimmung von **Laborparametern bei radiologischen Untersuchungen** bestehen **eindeutige Vorgaben** für die Radiologen, die häufig kontroverse Reaktionen bei Radiologen und überweisenden Ärzten auslösen. Letztendlich geht es darum, dass Radiologen die Bestimmung von Laborparametern selbst durchführen bzw. veranlassen dürfen. Die Regelungen im Bundesmantelvertrag und im EBM zur Beantwortung dieser Problematik sind eindeutig. Jeder Vertragsarzt – und hierzu zählen auch Radiologen sowie ermächtigte Ärzte – kann durch Überweisung an einen anderen Vertragsarzt die Durchführung erforderlicher diagnostischer (und therapeutischer) Maßnahmen veranlassen. Dies bedeutet, dass auch ein Radiologe zur Rechtfertigung einer Indikation Laborparameter selbst bestimmen (lassen) darf. Dies gilt auch, wenn der Radiologe selbst auf Überweisung tätig wird.

Der zur Untersuchung überweisende Fach- bzw. Hausarzt stellt dazu eine ursprüngliche Indikation. Diese Indikation hat der Radiologe zu überprüfen, um die sogenannte rechtfertigende Indikation zu stellen. Diese rechtfertigende Indikation ist Voraussetzung für die unmittelbare Anwendung von Röntgenstrahlung am Menschen zum Zwecke der Heilbehandlung. Auch wenn der zum Radiologen überweisende Arzt bereits eine Anforderung formuliert hat, obliegt es dem Radiologen, selbst die rechtfertigende Indikation zu stellen (gemäß § 23 Absatz 1 Satz 3 Röntgenverordnung).

Bei Untersuchungen mit jodhaltigem Kontrastmittel erfordert das Stellen der rechtfertigenden Indikation die Berücksichtigung von Laborwerten. Der Radiologe selbst ist deshalb der Veranlasser der Laboruntersuchung.

Eine Verpflichtung von Vertragsärzten zur Veranlassung oder Bestimmung von Laborparametern stellvertretend für den Radiologen besteht nicht. Zur Eingrenzung von Doppelbestimmungen sollten jedoch selbstverständlich bereits vorliegende aktuelle Befunde der Überweisung beigefügt werden.

Zusatzaufwand bei Jugendarbeitsschutzuntersuchungen für hessische Jugendliche

Jugendarbeitsschutzuntersuchungen (JAS-Untersuchungen) werden gemäß § 32 ff. Jugendarbeitsschutzgesetz entsprechend des Hauptwohnsitzes der Jugendlichen vom jeweiligen Bundesland vergütet. Daher wurden in der Regel die entsprechenden Untersuchungsberechtigungsscheine im Original direkt bei der jeweiligen zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Vergütung eingereicht.

Diese Vorgehensweise bleibt grundsätzlich so bestehen. Jedoch wurde zum 01.01.2012 im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) festgelegt, dass die Abrechnung der JAS-Untersuchungen nur noch elektronisch eingereicht werden können, auch von nicht hessischen Ärzten. Infolgedessen werden seitens der KVH JAS-Untersuchungen durch Thüringer Ärzte nur unter folgenden Voraussetzungen akzeptiert:

- Der Thüringer Vertragsarzt muss sich eine hessische Betriebsstättennummer (BSNR) von der KVH erteilen lassen.
- Für diese BSNR ist eine separate Quartalsabrechnung für die KVH zu erstellen.
- Diese separate Abrechnungsdatei ist online zu übertragen, wofür ein Onlinezugang bei der KVH beantragt werden muss und auch Zusatzkosten für den Arzt entstehen.

Aufgrund des hohen organisatorischen und finanziellen Mehraufwands empfiehlt die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT), in Hessen wohnende Jugendliche bezüglich JAS-Untersuchungen künftig an hessische Vertragsärzte zu verweisen.

Im Bereich der KVT hat sich am bisherigen Prozedere der JAS-Abrechnung nichts geändert, die Untersuchungsbelege werden im Original zur Abrechnung eingereicht.

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 Allgemein- mediziner Praktische Ärzte	Kinderärzte Internisten Allgemein- mediziner Praktische Ärzte	Gynäkologen HNO-Ärzte Orthopäden Physikal. Med. Urologen	Neurologen Nervenärzte Psychiater Psychotherap. Augenärzte Hautärzte Notfälle/ Einricht., MVZ	ermächtigte Ärzte Fachchemiker Humangenetik Laborärzte Laborgemein- schaften Pathologen HNO-Ärzte	Belegärzte Chirurgen Radiologen Nuklearmediz. Dialyseärzte Dialyse-Einr. MKG Neurochirurgen Anästhesisten

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

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

▪ Frühe Nutzenbewertung – Anlage XII der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Bei neu eingeführten und bei bereits länger auf dem Markt befindlichen Wirkstoffen bewertet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Nutzen von erstattungsfähigen Arzneimitteln. Hierbei wird insbesondere der Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie bewertet und es werden Hinweise zur wirtschaftlichen Ordnungsweise gegeben. Kürzlich hat der G-BA nachfolgende Beschlüsse im Rahmen der frühen Nutzenbewertung gefasst und in die Anlage XII der AM-RL aufgenommen:

- Colestilan (BindRen®)
- Pertuzumab (Perjeta®)
- Saxagliptin (Onglyza®)
- Saxagliptin/Metformin (Komboglyze®)
- Sitagliptin (Januvia®/Xelevia®)
- Sitagliptin/Metformin (Janumet®/Velmetia®)
- Vildagliptin (Galvus®/Jalra®/Xiliarx®)
- Vildagliptin/Metformin (Eucreas®/Icandra®/Zomarist®).

Eine Zusammenfassung dieser und aller bisher gefassten Beschlüsse finden Sie in **Anlage 1** dieses Rundschreibens. Den vollständigen Text einschließlich der tragenden Gründe finden Sie im jeweiligen Beschluss des G-BA unter www.g-ba.de.

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 zu Rasagilin

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

Das Informationsblatt „Wirkstoff AKTUELL“ zu Rasagilin, Ausgabe 5/2013, erhalten Sie in **Anlage 2** dieses Rundschreibens. Die aktuelle Version sowie alle bisherigen Informationsblätter finden Sie auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/publikationen/116.html bzw. www.kbv.de/ais.

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

Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls

Gemäß § 8 Abs. 4 der Heilmittel-Richtlinie (HM-RL) des G-BA können die Krankenkassen auf die Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls verzichten. In **Anlage 3** erhalten Sie eine aktualisierte Übersicht der Krankenkassen, die den Genehmigungsvorbehalt ausgesetzt haben. Bitte beachten Sie, dass verschiedene Krankenkassen nur bei einigen Indikationen auf die Genehmigung verzichten. Mit diesem Genehmigungsverzicht sind die verordnenden Ärzte nicht vom Gebot der Wirtschaftlichkeit entbunden (gemäß § 9 der HM-RL). **Auf eine nachträgliche Überprüfung der Wirtschaftlichkeit bzw. medizinischen Notwendigkeit wird seitens der Krankenkassen nicht verzichtet.**

Verordnungen für Erkrankungen mit langfristigem Behandlungsbedarf erfolgen grundsätzlich außerhalb des Regelfalls gemäß § 8 Abs. 5 der HM-RL. Die hierzu zählenden Diagnosen wurden zuletzt in der Broschüre „Anerkennung von Praxisbesonderheiten und langfristigem Therapiebedarf“ (dunkelblau unterlegt) veröffentlicht. Ein Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren ist für die Versicherten mit diesen Diagnosen grundsätzlich nicht notwendig.

Weiterhin gilt:

- Bei allen Verordnungen außerhalb des Regelfalls ist zwingend eine medizinische Begründung auf dem Formular anzugeben, auch wenn die Krankenkasse auf den Genehmigungsvorbehalt verzichtet.
- Bei fehlender Begründung werden die Therapeuten Sie um entsprechende Ergänzung bitten, da kassen-seitig die Vergütung der unvollständigen Verordnungen abgelehnt werden kann.
- Bei diesen Verordnungen kann maximal die notwendige Behandlungsmenge für zwölf Wochen veranlasst werden. Nach diesem Intervall ist eine Vorstellung des Patienten beim Vertragsarzt für die Ausstellung einer Folgeverordnung zwingend notwendig.

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

Sicherstellung

Zulassung von Jobsharing-Praxen nur noch zu Quartalsbeginn

Vertragsärzte, die in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich gemeinschaftlich mit einem anderen Vertragsarzt aus dem gleichen Fachgebiet ihre Tätigkeit ausüben wollen (sogenannte Jobsharing-Praxen), sind gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichtet, eine Erklärung abzugeben, die beinhaltet, den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich zu überschreiten.

Im Wege der Zulassung einer solchen Jobsharing-Praxis hat der Zulassungsausschuss zur Beschränkung des Praxisumfanges quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina festzusetzen. Diese Festsetzung ist vom Gesetzgeber vorgesehen und als Leistungsbeschränkung (Obergrenze) für die Abrechnung der Berufsausübungsgemeinschaft zwingend erforderlich.

Der Zulassungsausschuss wird ab dem 01.01.2014 die Zulassung von Jobsharing-Praxen nur noch zu Beginn eines Quartals gewähren. Dies gilt für alle Neuanstellungen oder Nachbesetzungen, die im Zusammenhang mit der Festlegung eines Gesamtpunktzahlvolumens bestehen. Die Praxen nur noch zu Quartalsbeginn zuzulassen, führt zu einer deutlichen Vereinfachung der Abrechnungsvorgänge seitens der Kassenärztlichen Vereinigung, da die Abrechnung der ärztlichen Leistungen prinzipiell auf dem Quartalsprinzip beruht.

Beabsichtigen Sie zukünftig eine Jobsharing-Praxis zu eröffnen, bitten wir Sie, diese Regelung zu beachten und den Antrag rechtzeitig, d. h. ca. sechs Wochen vor Sitzungstermin, beim Zulassungsausschuss zu stellen.

Ihre Ansprechpartnerin: Heidrun Becher, Telefon 03643 559-733

Qualitätssicherung

Kein Ringversuch für Schwangerschaftstests

Im Deutschen Ärzteblatt, Heft 39 vom 27. September 2013, Seite A 1822, wurde der Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer veröffentlicht, dass in der Tabelle B 2.2 (Externe Qualitätssicherung [Ringversuche]) in Abschnitt B 2 – Qualitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen – der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen die Position „Schwangerschaftstest“ gestrichen wird. Damit ist der Schwangerschaftstest nicht ringversuchspflichtig.

Ihre Ansprechpartnerin: Claudia Wündsch, Telefon 03643 559-714

Verträge

Einheitlicher Bundesmantelvertrag trat zum 01.10.2013 in Kraft

Seit 01.10.2013 gibt es einen einheitlichen Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä). Dieser gilt für alle Kasernenarten und löst den Bundesmantelvertrag – Ärzte und den Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen ab. Nachfolgend die wichtigsten Änderungen:

1. Arztgruppenübergreifende Anstellung

Das bisher für Arztpraxen geltende Verbot der arztgruppenübergreifenden Anstellung von Ärzten, die nur auf Überweisung tätig werden oder überweisungsgebundene Leistungen durchführen, wird aufgehoben (§ 14a Abs. 2 BMV-Ä).

Damit können sich künftig Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin in Praxen anstellen lassen. Arztpraxen sind somit hinsichtlich der arztgruppenübergreifenden Anstellung mit Medizinischen Versorgungszentren gleichgestellt.

Beispiel: Ein Pathologe kann als angestellter Arzt in einer chirurgischen Praxis arbeiten. Umgekehrt kann ein Pathologe nun auch einen Chirurgen anstellen.

2. Selbstzahler

Die Bestimmung aus § 128 Abs. 5a SGB V wurde übernommen – Vertragsärzte dürfen ihre Versicherten nicht beeinflussen, anstelle einer zustehenden GKV-Leistung eine privatärztliche Versorgung zu wählen.

3. Formlose Anfragen

Für formlose Anfragen bei Ärzten verwenden die Krankenkassen zukünftig ein Rahmenformular, aus diesem sich auch die Rechtsgrundlage der Anfragen ergibt – zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten in Bezug auf Schweigepflicht und Datenschutz. Ebenso sind Hinweise zur Vergütung enthalten, die die Ärzte im Rahmen der Abgabe von Gutachten oder Bescheinigungen mit gutachterlicher Stellungnahme erhalten.

4. Bonushefte

Das Ausfüllen eines Bonusheftes im Zusammenhang mit der Bestätigung von gesundheitsbewusstem Verhalten eines Versicherten gehört zur vertragsärztlichen Versorgung. Erfolgt Durchführung und Dokumentation der Leistungen (nach §§ 20, 25 und 26 SGB V) im selben Quartal, besteht kein Anspruch des Arztes auf gesonderte Vergütung – erst wenn der Versicherte sein Bonusheft in einem späteren Quartal vorlegt, stellt dies keine vertragsärztliche Leistung dar und kann privat liquidiert werden (§ 36 Abs. 7 BMV-Ä).

5. Eingeschränkter Leistungsanspruch

Versicherte, die auf Grund fehlender Beitragszahlungen einen eingeschränkten Leistungsanspruch haben, erhalten von ihrer Krankenkasse (nach Einzug der Krankenversichertenkarte) als Nachweis das Vordruckmuster 85. Der Vertragsarzt bestimmt dann den Umfang der notwendigen Behandlung (§ 19 Abs. 4 BMV-Ä).

6. Ungültige Versichertenkarten

Die Krankenkassen sind weiterhin verpflichtet, ungültige Krankenversichertenkarten/elektronische Gesundheitskarten einzuziehen. Der Arzt kann bei einer unzulässigen Verwendung nur dann von der Krankenkasse in Regress genommen werden, wenn dieser die unzulässige Verwendung auf Grund des Alters, des Geschlechts oder des Bildes hätte erkennen können.

Bitte beachten Sie! Die Anlagen des bisherigen Bundesmantelvertrages – Ärzte und – Ärzte/Ersatzkassen gelten weiterhin bis zur Aufnahme in den neuen BMV-Ä.

Der BMV-Ärzte ist unter www.kbv.de/rechtsquellen/2310.html einsehbar.

Ihre Ansprechpartner in der Hauptabteilung

- Vertragswesen, Telefon 03643 559-131
- Abrechnung, Telefon 03643 559-401

Vertrag über eine erweiterte Diabetes-Vorsorge mit der AOK PLUS

Zwischen der AOK PLUS und der KVT wurde ein Vertrag über eine erweiterte Diabetes-Vorsorge „Check-up PLUS“ als Bestandteil des Gesamtvertrages abgeschlossen. **Der Vertrag tritt zum 01.11.2013 in Kraft.**

Wesentliche Eckpunkte des Vertrages sind:

1. Ziele des Vertrages

Im Rahmen der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung „Check-up 35“ wird den AOK PLUS-Versicherten zusätzlich eine erweiterte Diabetes-Vorsorge „Check-up PLUS“ zur frühzeitigen Identifikation des Risikos bzw. der Erkrankung eines Diabetes mellitus angeboten. Durch diese frühzeitige Erkennung sollen den betreffenden Versicherten Wege aufgezeigt bzw. angeboten werden (z. B. Prävention, ärztliche Behandlung, Arzneimitteltherapie, Schulungen u. Ä.), die zu einer Krankheitsverzögerung bzw. -verhinderung beitragen können. Weiterhin soll durch diese Vorsorge eine enge Verknüpfung mit den bereits bestehenden Strukturen (Primär- und Sekundärpräventionsangebote der AOK PLUS sowie Disease-Management-Programme) gesichert werden.

2. Geltungsbereich

Räumlicher Geltungsbereich ist der Freistaat Thüringen (Region der KVT).

3. Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte (gemäß § 3 des Vertrages)

Der Vertrag gilt für:

- alle in der Region der KVT zugelassenen Ärzte, die zur Durchführung der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732 EBM) gemäß § 25 Abs. 1 SGB V berechtigt sind.

Sofern die Durchführung eines oGTT notwendig ist und der vorgenannte Arzt die Untersuchung nicht selbst durchführt, gilt dieser Vertrag auch für

- thüringische diabetologische Schwerpunktpraxen (auf Überweisung),
- Fachärzte für Laboratoriumsmedizin/Laborgemeinschaften/Vertragsärzte mit entsprechender Laborausstattung (auf Überweisung).

4. Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten (gemäß § 4 des Vertrages)

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK PLUS ab Vollendung des 35. Lebensjahres bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres, alle zwei Kalenderjahre.

5. Leistungsumfang und Pflichten (gemäß § 5 sowie Anlagen 1 und 2 des Vertrages)

Die durchzuführenden Leistungen sowie die Steuerung in Präventionsangebote/Versorgungsprogramme sind in § 3 sowie Anlage 2 des Vertrages detailliert beschrieben.

Die erweiterte Diabetes-Vorsorge wird im direkten zeitlichen Zusammenhang mit der Durchführung der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung „Check-up 35“ angeboten und durchgeführt. Zusätzliche Aufgaben im Rahmen des „Check-up PLUS“ sind gemäß Anlage 1 u. a. das Ausfüllen des „Check-up PLUS Fragebogens“ (inkl. Abrissgutschein). Der ausgefüllte Fragebogen ist der Patientenakte beizufügen, den Abrissgutschein erhält der Versicherte zur Vorlage bei der AOK PLUS. Anhand der medizinischen Parameter hat eine gezielte Steuerung der betreffenden Versicherten in die bestehenden Präventionsangebote der AOK PLUS bzw. in die Versorgungsprogramme DMP zu erfolgen.

6. Vergütung und Abrechnung (gemäß § 6 sowie Anlage 3 des Vertrages)

Die teilnehmenden Ärzte erhalten zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM), nachstehend aufgeführte Vergütungspauschalen, die außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von der AOK PLUS gezahlt werden. Die Abrechnung der vertraglich vereinbarten Leistungen erfolgt gegenüber der KVT im Rahmen der Quartalsabrechnung.

Anlage 3 des Vertrages:

Leistungsbeschreibung	Abr.-Nrn.	Vergütung
1. Für Vertragsärzte gemäß § 3 Abs. 1 abrechenbare Pauschalen:		
Bestimmung des Tailenumfangs und Dokumentation im Check-up PLUS Fragebogen inkl. Ermittlung des Gesamtpunktwertes des Fragebogens	99380	4,50 €
Empfehlung Primärpräventionsangebote mittels Abrissgutschein Check-up PLUS Fragebogen	99381	4,50 €
Durchführung 75g oGTT (inkl. Sachkosten für 75 g Glukose in ungelöster Substanz und Dokumentation der drei Messwerte) ¹⁾ <i>Die notwendigen Sachkosten sind mit dieser Vergütung abgegolten. Ein Bezug der Testsubstanz gemäß Sprechstundenbedarfsvereinbarung oder eine Verordnung zu Lasten der Versicherten ist nicht zulässig.</i>	99382	16,35 €
Die Prämienzahlung erfolgt, wenn das Primärpräventionsangebot empfohlen wurde und der Versicherte sich bei der AOK PLUS einen Kursgutschein abholt. Durch den Arzt ist keine Abrechnung erforderlich. Die KVT setzt anhand der Datenerlieferung durch die AOK PLUS diese Abr.-Nr. automatisch zu. Die Vergütung wird mit der nächstmöglichen Quartalsabrechnung gezahlt.	99383	5,50 €
2. Für Vertragsärzte gemäß § 3 Abs. 1 und 3 abrechenbare Pauschalen:		
Bestimmung des SKW/GFR	99384	0,32 €
Laborbestimmung des Glukosewertes innerhalb des oGTT ²⁾ (drei Tests à 0,25 €)	99385	0,75 €

^{1), 2)} Zu beachten sind die Abrechnungsausschlüsse sowie die Ausfüllhinweise bei Überweisungen.

Der vollständige Vertragstext steht Ihnen auf dem Internetportal der KVT unter www.kvt.de (Rubrik: Mitglieder → Verträge → Check-up PLUS) bzw. der AOK PLUS unter www.aok-gesundheitspartner.de zur Verfügung.

Ihre Ansprechpartnerinnen bei Fragen

- zum Vertragsinhalt: Claudia Prohl, Telefon 03643 559-133
Elisabeth Ensslen, Telefon 03643 559-135
- zur Abrechnung: Claudia Richter, Telefon 03643 559-456
Britta Rudolph, Telefon 03643 559-480

Alles was Recht ist

Delegation ärztlicher Leistungen

Der Praxisalltag ist ohne Delegation ärztlicher Leistungen kaum vorstellbar. Die Frage, welche Aufgaben Ärzte an ihre Praxismitarbeiter delegieren dürfen, sorgte in der Vergangenheit immer wieder für Diskussionen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen haben nun eine **Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V** als Anlage zum Bundesmantelvertrag – Ärzte geschlossen, welche am 01.10.2013 in Kraft trat. Damit soll mehr Rechtssicherheit darüber geschaffen werden, welche Tätigkeiten unter welchen Anforderungen an nichtärztliches Personal delegiert werden dürfen.

Die Vereinbarung führt in einem Anhang beispielhaft auf, bei welchen Tätigkeiten nichtärztliche Mitarbeiter ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Diese Beschreibungen sind nicht abschließend; sie sollen vielmehr der Orientierung dienen.

Der Vertragsarzt entscheidet, ob und an wen er eine Leistung delegiert. Wie bisher bleibt es bei dem Grundsatz, dass der Arzt sogenannte höchstpersönliche Leistungen nicht delegieren darf. Dazu gehören insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten. Des Weiteren muss zwischen dem nichtärztlichen Mitarbeiter und dem delegierenden Vertragsarzt ein dienstvertragliches Verhältnis (Arbeitsvertrag) bestehen. Ferner hat der Vertragsarzt sicherzustellen, dass der Mitarbeiter aufgrund seiner beruflichen Qualifikation oder allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnisse für die Erbringung der delegierten Leistungen geeignet ist. Er hat ihn zur selbständigen Durchführung der zu delegierenden Leistungen anzuleiten und regelmäßig zu überwachen.

Die vollständige Vereinbarung, einschließlich dem Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen als Anhang zur Vereinbarung, können Sie einsehen unter www.kbv.de/rechtsquellen/43973.html.

Ihre Ansprechpartnerin: Ass. jur. Sabine Zollweg, Telefon 03643 559-144

Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

Frage 1:

Was ist unter dem Begriff einer Nachhaftungsversicherung zu verstehen?

Es handelt sich hierbei um eine Versicherung, bei welcher das Versicherungsunternehmen seinen Versicherten über die Laufzeit des Versicherungsvertrages hinaus schützt, da es nicht unwahrscheinlich ist, dass ein Schaden erst Jahre nach der ärztlichen Tätigkeit eintritt. Die Nachhaftungsversicherung kann für einen beliebigen Zeitraum abgeschlossen werden. Für die nicht operativ tätigen Ärzte wird eine Versicherungszeit zwischen drei bis fünf Jahren und für die operativ tätigen Ärzte von fünf bis sieben Jahren empfohlen.

Frage 2:

Ist der Vertragsarzt verpflichtet, nach Beendigung seiner ärztlichen Tätigkeit eine Nachhaftungsversicherung abzuschließen?

Nein. Die Verpflichtung, sich gegen Haftpflichtansprüche zu versichern, bezieht sich nur auf die berufliche Tätigkeit, welche besondere Haftpflichtrisiken mit sich bringen kann. Nach Beendigung der ärztlichen Tätigkeit kann es im Hinblick auf eine im Bereich der Arzthaftung zum Teil langfristige und schleichende Schadensentwicklung angezeigt sein, eine Nachhaftungsversicherung abzuschließen. Maßgeblich ist insoweit jedoch das eigene Sicherungsbedürfnis des Arztes.

Frage 3:

Warum genügt im Schadensfall eine reine Berufshaftpflichtversicherung nicht?

Im Einzelfall kommt es darauf an, worauf die abgeschlossene Berufshaftpflichtversicherung hinsichtlich des Eintritts des Versicherungsfalles abstellt. Tritt der Versicherungsfall mit dem ärztlichen Fehlverhalten ein, so gewährt der Versicherer vollen Versicherungsschutz, selbst dann wenn der Schaden erst nach Vertragsablauf

eingetreten ist. Sofern die Berufshaftpflichtversicherung jedoch auf den Zeitpunkt des Schadenseintrittes abstellt, ist der Abschluss einer Nachhaftungsversicherung sinnvoll, da nach Ablauf der Berufshaftpflichtversicherung der eintretende Schaden nicht mehr abgesichert ist. Im Zweifelsfall sollte dahingehend der konkrete Versicherungsvertrag überprüft werden.

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

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

Informationen

Ihre Teilnahme an der Befragung zum Praxispanel ist wichtiger denn je!

Das Zi-Praxis-Panel (ZiPP) geht in diesem Jahr unter dem Motto „ZiPP zählt!“ in die dritte Runde. Die bundesweite repräsentative Erhebung zur Wirtschaftssituation in niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen ist ein wichtiger Prüfstein bei der Berechnung des Orientierungswertes sowie für die Vereinbarung des regionalen Punktwertes. Mit dem ZiPP legt die Ärzteschaft erstmals eine Datenbasis vor, die eine längsschnittliche Darstellung der Kosten, Umsätze und Überschüsse von Arztpraxen ermöglicht.

Bei der Befragung werden einerseits die bisherigen Teilnehmer gebeten, ihre Angaben von 2011 zu aktualisieren, andererseits neue befragt. Die auf Dauer angelegte Längsschnitterhebung strebt einen Informationsbestand von etwa 7.000 Praxen an. Damit dies gelingt, wurden im Juli 2012 die 6.200 Praxen, die sich bereits in den Vorjahren beteiligt hatten, sowie weitere 29.000 als Zufallsstichprobe angeschrieben.

Bitte beteiligen Sie sich und leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Vergütungsgrundlagen. Das Zi-Praxis-Panel wird von den Berufsverbänden und von den Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützt.

Patienteninformation zur Gripeschutzimpfung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat zum Thema Gripeschutzimpfung eine Patienteninformation erstellt. Diese steht Ihnen als Kopiervorlage zur Verfügung (siehe Beilage).

Das Plakat zu diesem Thema kann ebenfalls bei der KBV angefordert werden. Für Ihre Bestellung nutzen Sie bitte die E-Mail-Adresse versand@kbv.de.

Auch das Video zur Gripeschutzimpfung wurde aktualisiert und kann unter www.kv-on.de/html/680.php angesehen werden.

Informationen des RKI zu Erkrankungsfällen durch das Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus

Das Robert Koch-Institut informiert über den aktuellen Sachstand zu Erkrankungen durch das neuartige bekannt gewordene Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV). Klinisch präsentieren sich nachgewiesene Fälle (seit Sommer 2012) zu Beginn mit einer akut beginnenden, grippeähnlichen Erkrankung, die im Verlauf der ersten Woche häufig in eine Pneumonie und später teilweise in ein akutes Atemnotsyndrom übergeht. Patienten mit chronischen Vorerkrankungen, wie z. B. Diabetes, Krebserkrankung oder Immunsuppression, hatten die schwersten Verläufe, etwa 50 % der der Weltgesundheitsorganisation gemeldeten Fälle starben.

Die Informationen, die Falldefinition und Hinweise zur Labordiagnostik finden Sie auf dem Internetportal der KVT unter www.kvt.de – „Aktuelle Meldungen“.

Qualitätszirkel „Kinderärzte und Kinderpsychotherapeuten in Mühlhausen“

Herr Dipl.-Psych. Univ. Harald Eberst-Hartmann lädt im Rahmen des neugegründeten Qualitätszirkels „Kinderärzte und Kinderpsychotherapeuten in Mühlhausen“ alle interessierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur ersten Zirkelsitzung und zum gemeinsamen Erfahrungsaustausch ein.

Termin: **12.11.2013, 19:00 Uhr**

Ort: Praxis von Dipl.-Psych. Univ. Harald Eberst-Hartmann, Erfurter Straße 4 in 99974 Mühlhausen

Qualitätszirkel „Interdisziplinäre kollegiale Fallsupervision 2“

Zum nächsten Qualitätszirkel „Interdisziplinäre kollegiale Fallsupervision 2“ laden die Moderatorinnen Dipl.-Psychologin Elke Stechbarth und Dipl.-Psychologin Karin Huhn interessierte Vertragsärzte und Psychotherapeuten ein.

Termin: **27.11.2013, 16:30 Uhr**

Ort: Praxis von Frau Dipl.-Psych. Karin Huhn, Friedensstraße 2 in 98646 Hildburghausen

Thüringer Tag der Allgemeinmedizin in Jena

„Kollegen treffen Kollegen“ – unter diesem Motto findet **Samstag, den 16.11.2013** zum dritten Mal der „Thüringer Tag der Allgemeinmedizin“ (TTdA) in Jena statt. Auch in diesem Jahr werden interaktive Workshops mit praxisrelevanten Themen für die hausärztliche Tätigkeit angeboten. An der guten hausärztlichen medizinischen Begleitung der Patienten ist das gesamte Praxisteam beteiligt. So richten sich mehrere Workshops an die hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte und einige Workshops an die Praxismitarbeiterinnen.

Prof. Dr. Michael Linden, Leiter der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin Berlin, hält nach der Mittagspause einen Gastvortrag zum Thema: „Gesundes Leiden: Z-Codes“.

Im Rahmen des TTdA werden erneut Akkreditierungen für Thüringer Lehrarztpraxen überreicht. In den Pausen ist für Verpflegung gesorgt, und es gibt ausreichend Möglichkeiten für den Austausch mit Kollegen und Referenten.

Weitere Informationen finden Sie unter www.allgemeinmedizin.uni-jena.de

Asthma bronchiale – schwere Verlaufsform oder Fehldiagnose

Termin: **27.11.2013, 18:30 Uhr**

Ort: Facharztzentrum üBAG, Gustav-König-Str. 17, 96515 Sonneberg

Gebühr: keine

Zertifizierung: bei der Landesärztekammer Thüringen beantragt

Anmeldung: Julia Dressel (Facharztzentrum üBAG in Sonneberg)

Telefon: 03675 8944-59; Telefax: 03675 8944-54

E-Mail: j.dressel@faz-sonneberg.de

Diese Fortbildungsveranstaltung ist eine **anerkannte DMP-Veranstaltung der KVT** und wird organisiert von den MEDINOS Kliniken und dem Ärztenetz Sonneberg e. V.

Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 06.11.2013, 15:00–18:00 Uhr	Der diabetische Fuß – Früherkennung und richtige Frühbehandlung	Hon.-Prof. Dr. med. habil. Harald Schmechel, Internist/Diabetologe/Hypertensiologe DHL, Erfurt	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 06.11.2013, 15:00–18:00 Uhr	Diabetes-Schulungskurs für Praxispersonal, Teil 1 (unabhängig vom DMP)	Dr. med. Silke Haschen, Fachärztin für Innere Medizin in Diabetologischer Schwerpunktpraxis, Erfurt	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 06.11.2013, 16:30–18:45 Uhr	Englisch für Praxispersonal Der Kurs umfasst 10 Termine à drei Unterrichtsstunden und findet immer im wöchentlichen Rhythmus mittwochs von 16:30 bis 18:45 Uhr statt (nicht an Feiertagen bzw. in den Ferien).	Corneliu Stephan Caporani, geboren in Bridgeport Connecticut (USA), Geschäftsführer Business English Training & Services, Jena	Praxispersonal 79,50 € für den gesamten Lehrgang
Mittwoch, 06.11.2013, 19:00–21:15 Uhr	Englisch für Ärzte Der Kurs umfasst 10 Termine à 3 Unterrichtsstunden und findet immer im wöchentlichen Rhythmus mittwochs von 19:00 bis 21:15 Uhr statt (nicht an Feiertagen bzw. in den Ferien).	Corneliu Stephan Caporani, geb. in Bridgeport Connecticut (USA), Geschäftsführer Business English Training & Services, Jena	Vertragsärzte, Psychotherapeuten 95,00 € für den gesamten Lehrgang
Mittwoch, 06.11.2013, 15:00–19:00 Uhr	Excel 2010 (Grundkurs)	Dipl.-Math. oec. Stephan Büchner, Mitarbeiter der Stabsstelle Kostenträger/Statistik der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 06.11.2013, 15:00–18:00 Uhr	Rechtliche Aspekte für Praxispersonal in der Patientenbetreuung	Ass. jur. Sabine Zollweg, Mitarbeiterin Justitiariat der KVT, Weimar	Praxispersonal 45,00 €
Freitag, 08.11.2013, 13:00–19:00 Uhr	Bausteine einer reibungslosen Praxisorganisation 7 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Institut salus medici, Berlin	Ärzte, Praxisangestellte und ganze Teams 80,00 €
Freitag, 08.11.2013, 13:00–19:00 Uhr	Besser telefonieren (Aufbaukurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainee, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €
Samstag, 09.11.2013, 09:00–11:30 Uhr	Der Honorarbescheid 3 Punkte, Kategorie A	Christina König, Abteilungsleiterin der Abteilung Honorare/Widersprüche der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherapeuten Kostenfrei
Samstag, 09.11.2013, 09:00–12:00 Uhr	Niederlassungsseminar zur Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung 4 Punkte, Kategorie A	Bettina Pfeiffer, Mitarbeiterin der Abteilung Verordnungsberatung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Samstag, 09.11.2013, 09:00–15:00 Uhr	Rhetoriktraining – Der Ton macht die Musik und der Körper sagt immer die Wahrheit	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainee, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €
Mittwoch, 13.11.2013, 15:00–18:00 Uhr	Schweigepflicht, Datenschutz und digitale Archivierung in der Arztpraxis 3 Punkte, Kategorie A	Ass. jur. Nicole Frank, Mitarbeiterin Justitiariat und Datenschutzbeauftragte der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal 45,00 €

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 13.11.2013, 14:00–19:00 Uhr	Verordnung von Heilmitteln, Häuslicher Krankenpflege, Rehasport/ Funktionstraining, Krankentransport usw., Teil 2 7 Punkte, Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 13.11.2013, 15:00–19:00 Uhr	Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anhand von Fallbeispielen einschließlich Lernzielkontrolle 16 Punkte, Kategorie H	Dr. med. habil. Rainer Lundershausen Dr. med. Susanne Knoth Dr. med. Dirk Macher	Vertragsärzte Kostenfrei
Freitag, 15.11.2013, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Neueinsteiger – fachärztlicher Versorgungsbereich 5 Punkte, Kategorie C	Steffen Göhring, Leiter der Abteilung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Freitag, 15.11.2013, 15:00–19:00 Uhr	NLP: Effektiver Weg zur Veränderung 5 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 20.11.2013, 15:00–19:00 Uhr	Autogenes Training nach Schultz (Grundstufe)	Denise Pfeufer, Gesundheits- und Entspannungspädagogin, Breitenbach	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 20.11.2013, 15:00–19:00 Uhr	Veranstaltung ist ausgebucht! Buchhaltung in der Arztpraxis – Grundlage betriebswirtschaftlicher Praxisführung (Grundkurs) 7 Punkte, Kategorie C	Dipl.-Ök. Sabina Surrey, Gotha	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 20.11.2013, 15:00–18:00 Uhr	IGeLn hält gesund	Christel Mellenthin, QM-Beraterin (DGQ)/QEP-Trainerin, H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal 45,00 €
Freitag, 22.11.2013, 13:00–19:00 Uhr	Praxismitarbeiter moderieren Teambesprechungen	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Institut salus medici, Berlin	Praxispersonal 80,00 €
Freitag, 22.11.2013, 15:00–19:00 Uhr	Seminar zum Beratungsprogramm des Praxispersonals – Großmutter's altbewährte Hausmittel neu entdeckt (Workshop), Teil 2	Birgit Maria Lotze, Naturheilkundliche Ernährungsberaterin, Kneipp-Beraterin, Bad Frankenhausen	Praxispersonal 50,00 € inkl. 5,00 € Materialkosten
Mittwoch, 27.11.2013, 15:00–18:00 Uhr	Burnout – 8 Wege aus der Falle 4 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Institut salus medici, Berlin	Vertragsärzte, Psychotherapeuten 45,00 €
Mittwoch, 27.11.2013, 15:00–18:00 Uhr	Kinder- und Erwachsenenimpfung	Dr. med. Anke Möckel, Leiterin der Abteilung Verordnungsberatung der KVT, Weimar	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 27.11.2013, 15:00–19:00 Uhr	Management der Emotionen 5 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Ärzte und Praxismitarbeiter mit Personalverantwortung 45,00 €
Mittwoch, 27.11.2013, 15:00–18:00 Uhr	Praxisübergabe in zulassungsbeschränkten Gebieten 3 Punkte, Kategorie A	Ronald Runge, Gruppenleiter Zulassung/Arztregister und betriebswirtschaftlicher Betreuer der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherapeuten Kostenfrei

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 27.11.2013, 15:00–18:00 Uhr	Informationsveranstaltung zu den Vertragsänderungen DMP – Zertifizierung wurde beantragt Anmeldung über das Formular in der Beilage (Gelbes Blatt)	N. N.	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 27.11.2013, 15:00–18:00 Uhr	Recht für Psychotherapeuten leicht gemacht 5 Punkte, Kategorie C1	Ass. jur. Bettina Jäger-Siemon, Justitiarin und Leiterin der Rechts- abteilung der KVT, Weimar	Psychotherapeuten Kostenfrei
Freitag, 29.11.2013, 13:00–19:00 Uhr	Grundlagen des Projektmanage- ments	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Team- leiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal 80,00 €
Freitag, 29.11.2013, 13:30–18:00 Uhr	QM-Beauftragte in der Praxis	Andrea Wolf, Praxismanagerin/ QEP-Trainerin/Qualitätsbeauftragte und interne Auditorin (DGQ), H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt	Praxispersonal 45,00 €
Freitag, 29.11.2013, 15:00–18:00 Uhr	Einstiegsseminar zur Leistungsab- rechnung für Ärzte (Neueinsteiger) 4 Punkte, Kategorie A	Liane Barthel, Mitarbeiterin der Abteilung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 04.12.2013, 15:00–18:00 Uhr	Arztrecht leicht gemacht 3 Punkte, Kategorie A	Ass. jur. Bettina Jäger-Siemon, Justitiarin und Leiterin der Rechts- abteilung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 04.12.2013, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Praxispersonal – hausärztlicher Versorgungsbereich	Steffen Göhring, Leiter der Abtei- lung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Praxispersonal Kostenfrei
Mittwoch, 04.12.2013, 15:00–19:00 Uhr	Excel/Word 2010 (Aufbaukurs)	Dipl.-Math. oec. Stephan Büchner, Mitarbeiter der Stabsstelle Kosten- träger/Statistik der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 04.12.2013, 15:00–19:00 Uhr	Zeit- und Selbstmanagement für Praxispersonal	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Institut salus medici, Berlin	Praxispersonal 45,00 €
Freitag, 06.12.2013, 15:00–18:00 Uhr	Informationsveranstaltung zu den Vertragsänderungen DMP – Zertifizierung wurde beantragt Anmeldung über das Formular in der Beilage (Gelbes Blatt)	N. N.	Vertragsärzte Kostenfrei
Freitag, 06.12.2013, 13:00–19:00 Uhr	Konflikt- und Beschwerdemanage- ment (Grundkurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Traine- rin, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €
Freitag, 06.12.2013, 13:00–19:00 Uhr	Nicht entweder, sondern sowohl als auch – Orientierungshilfen in der Beratung	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Team- leiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal 80,00 €
Samstag, 07.12.2013, 09:00–11:30 Uhr	Der Honorarbescheid 3 Punkte, Kategorie A	Christina König, Abteilungsleiterin der Abteilung Honorare/Widersprü- che der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherapeuten Kostenfrei
Mittwoch, 11.12.2013, 14:00–18:00 Uhr	Arbeitsschutz 5 Punkte, Kategorie A	Katja Saalfrank, Praxismanagement und -beratung, Selbitz	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 11.12.2013, 15:00–19:00 Uhr	Finanzbuchhaltung – Soll und Haben fest im Griff (Aufbaukurs) 7 Punkte, Kategorie C	Dipl.-Ök. Sabina Surrey, Gotha	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal 45,00 €

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 11.12.2013, 15:00–19:00 Uhr	Sag nicht „Ja“, wenn Du „Nein“ denkst	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Institut salus medici, Berlin	Praxispersonal 45,00 €
Freitag, 13.12.2013, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Praxispersonal – fachärztlicher Versorgungsbereich	Steffen Göhring, Leiter der Abtei- lung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Praxispersonal Kostenfrei
Mittwoch, 18.12.2013, 15:00–18:00 Uhr	Diabetes-Schulungskurs für Praxis- personal, Teil 2 (unabhängig vom DMP)	Dr. med. Silke Haschen, Fachärztin für Innere Medizin in Diabetolo- gischer Schwerpunktpraxis, Erfurt	Praxispersonal 45,00 €

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. 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

▪ 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, und aus Sicht der Juristin 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

▪ 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

▪ **EKG-Kurs mit praktischen Übungen** (mit Zusatzteil für das Praxispersonal)

Termin: 14.03. – 15.03.2014, 08:00 bis 18.15 Uhr, 08:00 bis 15.30 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dr. med. Jana Boer, Erfurt
Gebühr: Bitte erfragen!
Zertifizierung: 25 Punkte, Kategorie C

Praxispersonal

▪ **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
Leitung: Sandra Guttstein, Erfurt
Gebühr: 50 €

▪ **Hygienemanagement in der Arztpraxis**

1. Gesetzliche Grundlagen der Hygiene
2. Grundlagen der Hygiene: Desinfektionsmittel; Flächen-, Schnell- und Wischdesinfektion
3. Personalhygiene
4. Aufbereitung von Medizinprodukten

Termin: 04.12.2013, 15:00 bis 19:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Frank Cebulla, Jena
Gebühr: 40 €

▪ **EKG-Kurs für Praxispersonal mit praktischen Übungen**

Termin: 11.01.2014, 09:00 bis 14:00 Uhr
Ort: Ursulinenkloster Erfurt, Trommsdorffstraße 29, 99084 Erfurt
Leitung: Sandra Guttstein, Erfurt
Gebühr: 60 €

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*	Zweckmäßige Vergleichstherapie*
Abirateronacetat (Zytiga®) 29.03.2012 04.07.2013	a), b) Kombinationstherapie mit Prednison oder Prednison bei metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom c) in Kombination mit Prednison oder Prednison zur Behandlung des metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinoms mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf der Erkrankung nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist.	a) Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen für Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient sind und für die eine erneute Behandlung mit Docetaxel nicht mehr in Frage kommt. b) Zusatznutzen gilt als nicht belegt** für Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient sind, grundsätzlich aber noch für eine Docetaxel-haltige Chemotherapie in Frage kommen c) Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen.	a) palliative Behandlung mit bspw. Prednison sowie Best-supportive-care* b) Docetaxel in Kombination mit Prednison oder Prednison c) abwartendes Vorgehen unter Beibehaltung der bestehenden konventionellen Androgendeprivation
Acildiniumbromid (Bretaris Genuair®, Eklira Genuair®) 21.03.2013	Bronchodilatatorische Dauertherapie bei Erwachsenen mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)	Zusatznutzen ist nicht belegt.	basierend auf dem Stufenschema der Nationalen Versorgungsleitlinie COPD - ab Therapiestufe II – langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (Formoterol, Salmeterol) und/oder langwirksame Anticholinergika (Thiotropiumbromid), - ab Therapiestufe III/IV – wie Therapiestufe II und zusätzlich inhalative Corticosteroide
Afilbercept (Eylea®) 06.06.13	Neovasculäre (feuchte) altersabhängige Makuladegeneration	Zusatznutzen ist nicht belegt.	Ranibizumab
Afilbercept (Zaltrap®) 15.08.13	Metastiertes kolorektales Karzinom (Erwachsene, in Komb. mit einer Chemotherapie – Irinotecan/5-Fluorouracil/Folsäure) das unter oder nach einem Oxaliplatin-haltigen Regime fortgeschritten ist	Hinweis für einen geringen Zusatznutzen	Kombinationschemotherapie aus Irinotecan/5-Fluorouracil/Folsäure

Anlage 1 – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*	Zweckmäßige Vergleichstherapie*
Aliskiren/ Amlodipin (Rasilamo®) 03.05.2012 derzeit außer Handel	Essentielle Hypertonie	Zusatznutzen nicht belegt**	Kombination aus ACE-Hemmer und Calciumantagonist*
Apixaban (Eliquis®) 07.06.2012 20.06.2013	a) Prophylaxe venöser Thromboembolien nach elektiven Hüft- oder Kniegelenkersatzoperationen b) zur Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei Patienten mit nichtvalvulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren, wie Schlaganfall oder transitöser ischämischer Attacke in der Anamnese, Alter ≥ 75 Jahre, Hypertonie, Diabetes mellitus, symptomatische Herzinsuffizienz.	a) Hinweis für einen geringen Zusatznutzen bei elektiven Hüftgelenkersatzoperationen, kein Beleg für einen Zusatznutzen bei elektiven Kniegelenkersatzoperationen b) Hinweis für einen geringen Zusatznutzen	a) niedermolekulare Heparine, die für die gleiche Indikation zugelassen sind (z. B. Enoxaparin) b) Vitamin-K-Antagonisten
Axitinib (Inlyta®) 21.03.2013 Beschluss ist befristet bis 21. März 2017	Fortgeschrittenes Nierenzellkarzinom nach Versagen von vorangegangener Therapie mit Sunitinib oder einem Zytokin	a) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt nach vorangegangener Therapie mit Sunitinib, b) Hinweis für einen geringen Zusatznutzen nach vorangegangener Therapie mit einem Zytokin	a) Everolimus b) Sorafenib
Azilsartan medoxomil (Edarbi®) 15.03.2012	Essentielle Hypertonie bei Erwachsenen	Zusatznutzen gilt als nicht belegt** Eingliederung in die entsprechende Festbetragsgruppe	Angiotensin-II-Antagonisten*
Belatacept (Nulojix®) 05.07.2012 befristet bis 05.07.2015	In Kombination mit Corticosteroiden und einer Mycophenolsäure zur Prophylaxe einer Transplantatabstoßung nach Nierentransplantation	Hinweis für einen geringen Zusatznutzen	Ciclosporin in Kombination mit Corticosteroiden und Mycophenolatmofetil
Belimumab (Benlysta®) 02.08.2012	Systemischer Lupus erythematoses (SLE): Zusatztherapie bei erwachsenen Patienten mit aktivem, Autoantikörper-positivem SLE, die trotz Standardtherapie eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen	Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen	optimierte Standardtherapie*

Anlage 1 – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*	Zweckmäßige Vergleichstherapie*
Boceprevir (Victrelis®) 01.03.2012	Chronische Hepatitis C-Infektion, Kombinationstherapie mit Peginterferon alfa und Ribavirin bei Patienten mit kompensierter Lebererkrankung	Hinweis auf einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen in Kombination mit Peginterferon plus Ribavirin für therapienaive und therapieerfahrene Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virusinfektion (Genotyp 1)	Peginterferon plus Ribavirin
Brentuximabvedotin (Adcetris®) 16.05.13	– Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem CD 30 pos. Hodgkin Lymphomen nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) oder nach mindestens zwei vorangegangenen Therapien, wenn eine ASCT oder eine Kombinationstherapie nicht in Frage kommen – Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem systemischen anaplastischen großzelligen Lymphom	Zusatznutzen nicht quantifizierbar	Da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Bromfenac (Yellow®) 24.02.2012	Behandlung postoperativer Entzündungen des Auges nach Kataraktextraktionen	Zusatznutzen gilt als nicht belegt**	Dexamethason Augentropfen
Cabazitaxel (Jevtana®) 29.03.2012	Hormonrefraktäres metastasiertes Prostatakarzinom, Kombinationstherapie mit Prednison oder Prednisolon	Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen für Patienten mit hormonrefraktärem, metastasiertem Prostatakarzinom, die während oder nach einer Docetaxelhaltigen Chemotherapie progredient sind und für die eine erneute Behandlung mit Docetaxel nicht mehr in Frage kommt.	palliative Behandlung mit bspw. Prednisolon sowie „Best supportive care“
Colestilan (BindRen®) 01.10.2013	Behandlung der Hyperphosphatämie bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung Stadium 5, die sich einer Hämodialyse oder Peritonealdialyse unterziehen	Zusatznutzen ist nicht belegt.	Kalziumhaltige Phosphatbinder (auch solche mit zusätzlich magnesiumhaltigen phosphatbindenden Wirkstoffen) oder Sevelamer oder Lanthancarboxonat
Crizotinib (Xalkori®) 02.05.2013 befristet bis 02.05.2015	Behandlung des vorbehandelten Anaplastische-Lymphom-Kinase-positiven, fortgeschrittenen nicht kleinzelligen Bronchialkarzinoms	a) Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen für Patienten, bei denen eine Chemotherapie angezeigt ist, b) Zusatznutzen ist nicht belegt für Patienten, bei denen eine Chemotherapie nicht angezeigt ist	a) Docetaxel oder Pemetrexed b) Best-Supportive-Care

Anlage 1 – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*	Zweckmäßige Vergleichstherapie*
Dapagliflozin (Forxiga®) 06.06.13	Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Monotherapie oder Zusatztherapie zu anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln einschließlich Insulin	Ein Zusatznutzen ist bei keinem der Einsatzgebiete belegt. a) Monotherapie b) Kombinationstherapie mit Metformin c) Kombinationstherapie mit anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln d) Kombinationstherapie mit Insulin	a) Sulfonylharnstoff b) Sulfonylharnstoff plus Metformin c) Sulfonylharnstoff plus Metformin d) Metformin plus Humaninsulin
Decitabin (Dacogen®) 02.05.2013	Behandlung von Patienten ab 65 Jahren mit akuter myeloischer Leukämie, für die eine Standard-Induktionstherapie nicht in Frage kommt	Geringer Zusatznutzen	Da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Emtricitabin, Rilpivirin, Tenofovirdisoproxil (Eviplera®) 05.07.2012	Behandlung von Infektionen mit HIV-1 bei antiretroviral nicht vorbehandelten Patienten mit einer Viruslast von ≤ 100.000 RNA-Kopien/ml	Beleg für einen geringen Zusatznutzen	Efavirenz in Kombination mit zwei Nukleosid-/Nukleotidanaloga
Eribulin (Halaven®) 19.04.2012 befristet bis 19.04.2014	Lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Mammakarzinom – unter bestimmten Bedingungen	a) Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen bei Patientinnen, die nicht mehr mit Taxanen oder Anthrazyklinen behandelt werden können b) Anhaltspunkt für einen geringeren Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie bei Patientinnen, die für eine erneute anthrazyklin- oder taxanhaltige Behandlung in Frage kommen	a) Patientenindividuelle Monotherapie mit Capecitabin oder Vinorelbin b) Patientenindividuelle taxan- oder anthrazyklinhaltige Chemotherapie
Extrakt aus Cannabis sativa (Sativex®) 21.06.2012 befristet bis 21.06.2015	Bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Spastik aufgrund von Multipler Sklerose, die nicht angemessen auf eine andere Arzneimitteltherapie angesprochen haben und die eine erhebliche Verbesserung während eines Anfangstherapieversuchs aufzeigen	Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen (Wirkstoffkombination aus Delta-9-Tetrahydrocannabinol und Cannabidiol)	mindestens zwei vorangegangene Therapieversuche mit verschiedenen oralen Spasmolytika, davon mindestens ein Arzneimittel mit Baclofen oder Tizanidin
Fampridin (Fampyra®) 02.08.2012	Multiple Sklerose (MS): Verbesserung der Gehfähigkeit bei erwachsenen Patienten mit Gehbehinderung	Zusatznutzen gilt als nicht belegt**	Physiotherapie zur Verbesserung der Gehfähigkeit unter der Voraussetzung einer optimierten MS-Standardtherapie (einschl. symptomat. Therapie mit ggf. Spasmolytika)

Anlage 1 – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*	Zweckmäßige Vergleichstherapie*
Fidaxomicin (Difclir) 04.07.2013	Behandlung von Clostridium-difficile-Infektionen/ Clostridium-difficile-assoziiertes Diarrhö	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.** bei mildem Krankheitsverlauf • Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen bei schwerem oder rekurrentem Krankheitsverlauf 	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol • Vancomycin
Fingolimod (Gilenya®) 21.06.2012 befristet bis 29.03.2015	Hochaktive schubförmig-remittierend verlaufende Multiple Sklerose (RRMS)	<ul style="list-style-type: none"> a) Zusatznutzen ist nicht belegt für Patienten, die nicht auf Interferon angesprochen haben b) Zusatznutzen ist nicht belegt für Patienten mit hochaktiver RRMS, die noch keine ausreichende Therapie mit Interferon erhalten haben c) Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen für Patienten mit rasch fortschreitender schwerer RRMS 	<ul style="list-style-type: none"> a) Glatirameracetat b) Interferon-beta (1a oder 1b) c) Interferon-beta (1a oder 1b)
Ingenolmebutat (Picato®) 04.07.2013	Topische Behandlung von nichthyperkeratotischen, nichthypertröpfchen Aktinischen Keratosen bei Erwachsenen	Zusatznutzen ist nicht belegt.**	Diclofenac-Hyaluronsäure Gel (3 %) oder 5-Fluorouracil in der topischen Anwendung oder (chirurgische) Kryotherapie bei der Behandlung von Einzelläsionen
Ipilimumab (Yervoy®) 02.08.2012 befristet bis 02.08.2017	Fortgeschrittenes Melanom (nicht resezierbar oder metastasiert) bei Erwachsenen, die zuvor bereits eine Therapie erhalten haben	Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen	Best-Supportive-Care
Linagliptin (Trajenta®) 21.02.2013 derzeit außer Handel	a) Diabetes mellitus Typ 2 als Mono- oder Kombinationstherapie b) Diabetes mellitus Typ 2 – Anwendung in Kombination mit Insulin mit oder ohne Metformin	<ul style="list-style-type: none"> a) Zusatznutzen gilt als nicht belegt b) Zusatznutzen gilt als nicht belegt** 	<ul style="list-style-type: none"> a) Sulfonylharnstoff oder Sulfonylharnstoff + Metformin oder Metformin + Humaninsulin b) Humaninsulin plus Metformin
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	<ul style="list-style-type: none"> a) Add-on Kombinationstherapie mit Metformin: Zusatznutzen ist nicht belegt. b) Add-on Zweifach-Kombination mit einem oralen Antidiabetikum (außer Metformin): Zusatznutzen ist nicht belegt. c) Add-on Dreifach-Kombination mit oralen Antidiabetika: ein Zusatznutzen gilt als nicht belegt.** d) Add-on Kombination mit einem Basalinsulin: Zusatznutzen ist nicht belegt. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Sulfonylharnstoff plus Metformin b) Metformin plus Sulfonylharnstoff c) Metformin plus Humaninsulin (ggf. Therapie nur mit Humaninsulin, wenn Metformin nicht ausreichend wirksam ist) d) Metformin plus Humaninsulin

Anlage 1 – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*	Zweckmäßige Vergleichstherapie*
Microbielle Collagena- se aus Clostridium histolyticum (Xiapex®) 19.04.2012	Behandlung einer Dupuytren'schen Kontraktur bei Patienten mit einem tastbaren Strang	Zusatznutzen gilt als nicht belegt**	– im Stadium N – keine Therapie – in höheren Stadien entsprechende operative Interventionen*
Pasireotid (Signifor®) 06.12.2012	Erwachsene Patienten mit Morbus Cushing, für die ein chirurgischer Eingriff keine Option ist	geringer Zusatznutzen	Da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt
Perampanel (Fycompa®) 07.03.2013	Zusatztherapie fokaler Anfälle bei Epilepsiepatienten ab 12 Jahre	Der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie ist nicht belegt.	Lamotrigen. In den Fällen in denen Lamotrigen als Monotherapie angewandt wird, stellt Topiramat als Zusatztherapie die zweckmäßige Vergleichstherapie dar.
Pertuzumab (Perjeta®) 01.10.2013 befristet bis 01.10.2018	In Kombination mit Trastuzumab und Docetaxel bei erwachsenen Patienten mit HER2-positivem metastasiertem oder lokal rezidivierendem, inoperablem Brustkrebs, die zuvor noch keine anti-HER2-Therapie oder Chemotherapie erhalten haben	a) HER2-positiver metastasierter Brustkrebs – Patienten mit viszeraler Metastasierung Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen b) HER2-positiver metastasierter Brustkrebs – Patienten mit nicht-viszeraler Metastasierung Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. c) Patienten mit HER2-positivem lokal rezidivierendem, inoperablem Brustkrebs Ein Zusatznutzen gilt als nicht belegt**.	a) Trastuzumab in Kombination mit einem Taxan (Paclitaxel, Docetaxel) b) Trastuzumab in Kombination mit einem Taxan (Paclitaxel, Docetaxel) c) Strahlentherapie
Pirfenidon (Esbriet®) 15.03.2012	leichte bis mittelschwere idiopathische pulmonale Fibrose bei Erwachsenen	Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen	Da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt („Orphan drug“), gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt
Pixantron (Pixuvri®) 16.05.13	Patienten mit rezidivierten oder therapieresistenten aggressiven Non-Hodgkin-B-Zell-Lymphomen	Zusatznutzen ist nicht belegt	patientenindividuell festgelegte Therapie unter Berücksichtigung des deutschen Zulassungsstatus
Regadenoson (Rapiscan®) 29.03.2012	Diagnostikum; pharmakologischer Stressauslöser für Myokardperfusionsaufnahmen	Zusatznutzen gilt als nicht belegt**	Adenosin

Anlage 1 – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*	Zweckmäßige Vergleichstherapie*
Retigabin (Trobalt®) 03.05.2012 derzeit außer Handel	Zusatztherapie für fokale Anfälle bei Erwachsenen mit Epilepsie	Zusatznutzen gilt als nicht belegt**	Lamotrigin, Lamotrigin + Topiramat
Rilpivirin (Edurant®) 05.07.2012	In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von Infektionen mit HIV-1 bei antiretroviral nicht vorbehandelten Patienten mit einer Viruslast von ≤ 100.000 RNA-Kopien/ml	Beleg für einen geringen Zusatznutzen	Efavirenz in Kombination mit zwei Nukleosid-/Nukleotidanaloga
Ruxolitinib (Jakavi®) 07.03.2013	Behandlung krankheitsbedingter Splenomegalie und Symptomen der Myelofibrose	Geringer Zusatznutzen	Da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Saxagliptin (Onglyza®) 01.10.2013 befristet bis 01.10.2015	Erwachsene mit Typ-2-Diabetes mellitus, nur in Kombination mit anderen Antidiabetika, wenn diese alleine den Blutzucker nicht ausreichend kontrollieren als a) orale Zweifach-Kombination mit Metformin b) orale Zweifach-Kombination mit einem Sulfonylharnstoff c) orale Dreifach-Kombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff d) Kombinationstherapie mit Insulin	a) Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen b) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. c) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. d) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.	a) Metformin plus Sulfonylharnstoff (Glibenclamid, Glimepirid) b) Humaninsulin plus Sulfonylharnstoff (Glibenclamid, Glimepirid) c) Humaninsulin plus Metformin d) Humaninsulin plus Metformin
Saxagliptin/Metformin (Komboglyze®) 02.05.2013 befristet bis 02.05.2015 01.10.2013	Diabetes mellitus Typ II bei Erwachsenen a) wenn Metformin allein nicht ausreichend ist b) in Kombination mit Insulin c) in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff, wenn sowohl Metformin als auch ein Sulfonylharnstoff nicht ausreichend sind	a) Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen b) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. c) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.	a) Sulfonylharnstoff (Glibenclamid, Glimepirid) plus Metformin b) Metformin plus Humaninsulin (ggf. nur Humaninsulin) c) Metformin plus Humaninsulin (ggf. nur Humaninsulin)

Anlage 1 – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*	Zweckmäßige Vergleichstherapie*
Sitagliptin (Januvia®/Xelvia®) 01.10.2013 befristet bis 01.10.2015	Erwachsene mit Typ-2-Diabetes mellitus a) Monotherapie, wenn Metformin nicht geeignet ist b) orale Zweifach-Kombination mit Metformin, wenn Metformin-Monotherapie nicht ausreichend ist c) orale Zweifach-Kombination mit einem Sulfonylharnstoff, wenn die höchste verträgliche Dosis einzelner Sulfonylharnstofftherapie nicht ausreichend ist und Metformin nicht geeignet ist d) orale Dreifach-Kombination mit einem Sulfonylharnstoff und Metformin, wenn eine Zweifach-Kombination (Sulfonylharnstoff + Metformin) nicht ausreichend ist e) Kombinationstherapie mit Insulin (mit oder ohne Metformin)	a) Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen b) Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen c) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. d) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. e) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.	a) Sulfonylharnstoff (Glibenclamid oder Glimepirid) b) Sulfonylharnstoff plus Metformin c) Humaninsulin plus Sulfonylharnstoff (ggf. nur Humaninsulin) d) Humaninsulin plus Metformin (ggf. nur Humaninsulin) e) Humaninsulin plus Metformin (ggf. nur Humaninsulin)
Sitagliptin/Metformin (Janumet®/Velmetia®) 01.10.2013 befristet bis 01.10.2015	Diabetes mellitus Typ II bei Erwachsenen a) wenn Metformin allein nicht ausreichend ist b) in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff, wenn sowohl Metformin als auch ein Sulfonylharnstoff nicht ausreichend sind c) in Kombination mit Insulin	a) Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen b) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. c) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.	a) Metformin plus Sulfonylharnstoff (Glibenclamid, Glimepirid) b) Metformin plus Humaninsulin (ggf. nur Humaninsulin) c) Metformin plus Humaninsulin (ggf. nur Humaninsulin)
Tafamidis Meglumine (Vyndaqel®) 07.06.2012	Behandlung der Transthyretin-Amyloidose mit symptomatischer Polyneuropathie im Stadium 1, um die Einschränkung der peripheren neurologischen Funktionsfähigkeit zu verzögern	Geringer Zusatznutzen	Da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Tegafur/Gimeracil/Oteracil (Teysono®) 20.12.2012	Fortgeschrittener Magenkrebs bei Erwachsenen, Gabe in Kombination mit Cisplatin	Zusatznutzen gilt als nicht belegt**	Cisplatin in Kombination mit 5-Fluorouracil oder mit Capecitabin
Telaprevir (Incivo®) 29.03.2012	Chronische Hepatitis C-Infektion, Kombinationstherapie mit Peginterferon alfa und Ribavirin bei Patienten mit kompensierter Lebererkrankung (einschließlich Zirrhose)	Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen in Kombination mit Peginterferon plus Ribavirin für therapienaive und therapieerfahrene Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virusinfektion (Genotyp 1)	Peginterferon plus Ribavirin.

Anlage 1 – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*	Zweckmäßige Vergleichstherapie*
Ticagrelor (Brilique®) 12.01.2012	Prävention artherothrombotischer Ereignisse bei akutem Koronarsyndrom	<p>a) Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen bei instabiler Angina pectoris und NSTEMI</p> <p>b) kein Zusatznutzen bei Myokardinfarkt mit ST-Strickenhebung (STEMI)</p> <p>c) nicht quantifizierbarer Zusatznutzen bei STEMI bei Patienten mit PCI, hier nur für Patienten ≥ 75 Jahre, die nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung nicht für eine Therapie mit Prasugrel + ASS in Frage kommen und Patienten mit TIA oder ischämischen Schlaganfall in der Anamnese</p> <p>d) kein Zusatznutzen bei Myokardinfarkt mit STEMI aortokoronare Bypass-Operation</p>	<p>a) Clopidogrel + ASS</p> <p>b) Clopidogrel + ASS</p> <p>c) Prasugrel + ASS</p> <p>d) ASS</p>
Vandetanib (Caprelsa®) 05.09.2013 befristet bis 05.09.2016	Aggressives und symptomatisch mediäres Schilddrüsenkarzinom bei Patienten mit nicht resektabler, lokal fortgeschrittener oder metastasierter Erkrankung	<p>Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen</p>	Best-Supportive-Care
Vemurafenib (Zelboraf®) 06.09.2012 befristet bis 06.09.2013	Monotherapie bei Patienten mit BRAF-V600 Mutation-positivem nicht resezierbarem oder metastasierendem Melanom	<p>Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen</p>	Dacarbazin

Anlage 1 – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*	Zweckmäßige Vergleichstherapie*
Vildagliptin (Galvus®/Jalra®/ Xilitax®) 01.10.2013	Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus a) Monotherapie, wenn Metformin nicht geeignet ist b) orale Zweifach-Kombination mit Metformin, wenn Metformin-Monotherapie nicht ausreichend ist c) orale Zweifach-Kombination mit einem Sulfonylharnstoff, wenn die höchste vertragene Dosis einer Sulfonylharnstofftherapie nicht ausreichend ist und Metformin nicht geeignet ist d) orale Dreifach-Kombination mit einem Sulfonylharnstoff und Metformin, wenn eine Zweifach-Kombination (Sulfonylharnstoff + Metformin) nicht ausreichend ist e) Kombinationstherapie mit Insulin (mit oder ohne Metformin)	a) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. b) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. c) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. d) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. e) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.	a) Sulfonylharnstoff (Glibenclamid oder Glimepirid) b) Sulfonylharnstoff plus Metformin c) Humaninsulin plus Sulfonylharnstoff (ggf. nur Humaninsulin) d) Humaninsulin plus Metformin (ggf. nur Humaninsulin) e) Humaninsulin plus Metformin (ggf. nur Humaninsulin)
Vildagliptin/Metformin (Eucreas®/Icandra®/ Zomarist®) 01.10.2013	Diabetes mellitus Typ II bei Erwachsenen a) wenn Metformin allein nicht ausreichend ist b) in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff, wenn sowohl Metformin als auch ein Sulfonylharnstoff nicht ausreichend sind c) in Kombination mit Insulin	a) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. b) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. c) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.	a) Metformin plus Sulfonylharnstoff (Glibenclamid, Glimepirid) b) Metformin plus Humaninsulin (ggf. nur Humaninsulin) c) Metformin plus Humaninsulin (ggf. nur Humaninsulin)

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

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

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.

Stand: 01.10.2013



Ausgabe 5/2013

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)



Rasagilin

Mit der Einleitung einer pharmakologischen Therapie des idiopathischen Parkinson-Syndroms (IPS) sollte direkt nach der Diagnosestellung begonnen werden, wenn eine alltagsrelevante motorische Einschränkung vorliegt. Die Therapiestrategie orientiert sich am Alter des Patienten unter Berücksichtigung der Komorbidität, der Schwere der Symptome sowie des Wirkungs- und Nebenwirkungsprofils des Arzneimittels. Monoaminoxidase(MAO)-B-Hemmer können bei der frühzeitigen Therapie eines IPS mit geringgradig ausgeprägten Symptomen eine Alternative zu Dopaminrezeptoragonisten oder Levodopa sein. Sie können möglicherweise den Einsatz von Levodopa und somit das Auftreten motorischer Spätkomplikationen verzögern. MAO-B-Hemmer sind für die Monotherapie des IPS zugelassen, in der Wirkstärke jedoch Levodopa und Dopaminrezeptoragonisten unterlegen. Bei der Initialbehandlung des IPS sollte die Verordnung von MAO-B-Hemmern auf die Situationen beschränkt bleiben, in denen das Ziel einer Verzögerung oder Begrenzung des Einsatzes von Levodopa erreichbar ist (z. B. junge Patienten, solange die Nebenwirkungen gering bleiben).

Die Arzneimitteltherapie von Wirkungsfluktuationen richtet sich nach der individuellen Situation des Patienten. Bei jungen, ansonsten gesunden Patienten sollte zunächst eine Erhöhung der Dosierung des Dopaminrezeptoragonisten erwogen werden. Bei älteren und/oder multimorbiden Patienten, die bislang mit Levodopa behandelt wurden, kann die zusätzliche Gabe eines MAO-B-Hemmers (Selegilin oder Rasagilin) eine Alternative sein. Die Behandlung von Wirkungsfluktuationen, insbesondere des On-off-Phänomens, sollte nur durch einen in der Behandlung des IPS fachkundigen Arztes erfolgen.

Relevante Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit sind für die beiden verfügbaren MAO-B-Hemmer nicht belegt. Die unter Selegilin beschriebenen kardiovaskulären Nebenwirkungen treten auch unter Rasagilin auf. Direkte Vergleiche zwischen Rasagilin und dem kostengünstigeren Selegilin liegen bisher nicht vor. Langfristige neuroprotektive Wirkungen von Rasagilin sind nicht belegt. Die Food and Drug Administration (FDA) der USA lehnte einen Antrag auf Erweiterung der Zulassung als Neuroprotektivum wegen unzureichender Evidenz im Oktober 2011 ab.

Indikation

Behandlung der idiopathischen Parkinson-Krankheit als Monotherapie (ohne Levodopa) oder als Zusatztherapie (mit Levodopa) bei Patienten mit End-of-dose-Fluktuationen.

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise (1–4)

Arzneimitteltherapie des idiopathischen Parkinson-Syndroms

- Zur Initialbehandlung des IPS können Levodopa oder Dopaminrezeptoragonisten (DA) eingesetzt werden, bei gering ausgeprägten Symptomen auch MAO-B-Hemmer. Levodopa ist besser wirksam. Es gibt Hinweise darauf, dass DA ein geringeres Risiko für das Auftreten motorischer Spätkomplikationen haben.
- Die Monotherapie mit einem nonergolinen DA ist Mittel der ersten Wahl zur Initialbehandlung des IPS bei Patienten mit frühem Erkrankungsbeginn (< 70 Jahre) und ohne wesentliche Komorbidität. Es stehen die oralen nonergolinen DA Piribedil, Pramipexol und Ropinirol sowie Rotigotin in transdermaler Pflasterapplikation zur Verfügung. Aufgrund der interindividuell variierenden Wirksamkeit und Verträglichkeit gibt es keine Empfehlung für einen bestimmten Wirkstoff. Erst bei einer nicht zufriedenstellenden Wirksamkeit oder nicht tolerierbaren Nebenwirkungen der nonergolinen DA sollten Levodopa oder auch ergoline DA eingesetzt werden. Bei der Verordnung von ergolinen DA ist das erhöhte Fibrosierisiko (kardiale Valvulopathie, pleuropulmonale und retroperitoneale Fibrosen) zu beachten. Sie werden zur Neueinstellung nicht mehr empfohlen.
- Bei mangelnder Wirksamkeit einer ausreichend dosierten dopaminergen Therapie sollte immer die Diagnose überprüft und an ein atypisches Parkinson-Syndrom (insbesondere Multisystematrophie (MSA) oder progressive supranukleäre Blickparese (PSP)) gedacht werden.
- Die Monotherapie mit Levodopa ist Mittel der ersten Wahl zur Initialbehandlung der idiopathischen Parkinson-Erkrankung bei Patienten mit spätem Erkrankungsbeginn (> 70 Jahre) oder bei multimorbiden Patienten.
- Bei geringgradig ausgeprägten Symptomen eines IPS, die noch nicht der Kontrolle durch Levodopa oder eines DA bedürfen, kann die Therapieeinleitung mit einem MAO-B-Hemmer erfolgen. Er kann den Einsatz von Levodopa und somit das Risiko motorischer Komplikationen verzögern, bringt aber keine Vorteile im

Vergleich zu DA. Relevante Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit sind für die beiden verfügbaren MAO-B-Hemmer Selegilin und Rasagilin nicht belegt. Direkte Vergleiche liegen nicht vor. Die bisher für Rasagilin vorliegenden Studienergebnisse liefern allenfalls für die frühe Behandlungsphase Hinweise, aber keine gesicherten Belege für eine neuroprotektive Wirkung (Verzögerung des Fortschreitens des IPS). Unter der Therapie mit Rasagilin traten in den Zulassungsstudien Melanome der Haut häufiger auf als unter Placebo.

- Es besteht keine Indikation für den Einsatz von Catechol-O-Methyltransferase (COMT)-Hemmern bei Levodopa-Ersteinstellung oder bei Patienten mit stabiler Levodopa-Antwort.

Arzneimitteltherapie der Wirkungsfluktuationen

- Ziel der Therapie von Wirkungsfluktuationen ist die Wiederherstellung einer möglichst kontinuierlichen Stimulation dopaminergere Rezeptoren.
- Die Wahl der Therapiestrategie richtet sich nach der individuellen Situation des Patienten. Maßgebliche Faktoren sind das biologische Alter und die Komorbidität.
- Bei jungen, ansonsten gesunden Patienten sollte, solange die Nebenwirkungen gering bleiben, vor dem Einsatz einer Polypharmakotherapie zunächst eine Erhöhung der DA-Dosierung erwogen werden.
- Bei älteren und/oder multimorbiden Patienten, die bislang mit Levodopa behandelt wurden, können, wenn andere Maßnahmen ohne Erfolg waren, der COMT-Hemmer Entacapon oder die MAO-B-Hemmer Rasagilin oder Selegilin (Cave: kardiovaskuläre Nebenwirkungen wie orthostatische Hypotonie, Angina pectoris) hinzugefügt werden. Unterschiede zwischen Selegilin und Rasagilin sowie zwischen Entacapon und Rasagilin hinsichtlich der Wirksamkeit sind nicht belegt. DA können auch bei älteren Patienten eingesetzt werden. Allerdings ist Vorsicht geboten, da DA bei Patienten mit kognitiver Leistungseinschränkung oder Demenz zu vermehrten neuropsychiatrischen Nebenwirkungen (z. B. Halluzinationen) führen können.

Wirkungsweise (5)

Rasagilin ist ein selektiver, irreversibler Hemmer der Monoaminoxidase B (MAO-B), einem der enzymatischen Abbauwege von Dopamin und anderen Monoaminen. Daraus resultiert ein Anstieg der extrazellulären Dopaminspiegel im Striatum. Rasagilin erreicht maximale Plasmakonzentrationen nach 0,5 Stunden. Die Bioverfügbarkeit liegt

bei 36 %, die Metabolisierung erfolgt vorwiegend über die Leber. Die Metabolite sind pharmakologisch nicht aktiv. Die Halbwertszeit beträgt bei Patienten mit Morbus Parkinson 1,3 Stunden. Rasagilin wird zu ca. 60 % über den Harn und zu ca. 20 % über die Faeces eliminiert.

Wirksamkeit

Monotherapie

In der randomisierten, doppelblinden TEMPO-Studie (TVP-1012 in Early Monotherapy for Parkinson disease Outpatients) wurden 404 Probanden mit einer erstmals diagnostizierten Parkinson-Krankheit, die bisher noch keine dopaminerge Behandlung erhielten, mit Rasagilin oder Placebo behandelt. Über 26 Wochen wurde den Studienteilnehmern entweder Placebo oder Rasagilin in einer Tagesdosis von 1 mg oder 2 mg verabreicht. Primärer Endpunkt war eine Veränderung der Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS). Nach 26 Wochen waren die Werte unter Rasagilin 1 mg um 4,20 Punkte (95 % Konfidenzintervall [CI] –5,66 bis –2,73; $p < 0,001$) und unter Rasagilin 2 mg um 3,56 Punkte (95 % CI –5,04 bis –2,08; $p < 0,001$) gegenüber denjenigen in der Placebogruppe niedriger (4;6).

Zusatztherapie

In der PRESTO-Studie (Parkinson's Rasagiline: Efficacy and Safety in the Treatment of 'Off') erhielten 427 mit Levodopa oder weiteren Arzneimitteln (DA, Entacapon, Amantadin) behandelte Patienten über 26 Wochen zusätzlich Rasagilin (0,5 mg oder 1 mg täglich) oder Placebo. Primärer Endpunkt in der Studie war der Einfluss der Behandlung auf die tägliche Off-Zeit. Im Vergleich zu Placebo wurde die Dauer der Off-Zeit unter Rasagilin 0,5 mg durchschnittlich um 0,49 Stunden (95 % CI –0,91 bis –0,08; $p = 0,02$) und unter Rasagilin 1 mg um 0,94 Stunden (95 % CI –1,36 bis –0,51; $p < 0,001$) reduziert (4;7).

In der doppelblinden, randomisierten LARGO-Studie (Lasting effect in Adjunct therapy with Rasagiline Given Once daily) wurde an 687 mit Levodopa behandelten Parkinson-Patienten über 18 Wochen der Einfluss von Rasagilin (1 mg täglich) auf die Off-Zeiten im Vergleich zu Entacapon und zu Placebo geprüft. Primärer Endpunkt war die Veränderung der durchschnittli-

chen täglichen Off-Zeit zwischen Ausgangswert und Ende der Behandlungsperiode. Rasagilin bzw. Entacapon reduzierten signifikant die Off-Zeit im Vergleich zu Placebo um 0,78 Stunden (95 % CI –1,18 bis –0,39; $p = 0,0001$) bzw. 0,8 Stunden (95 % CI –1,20 bis –0,41; $p < 0,0001$) (4;8).

Early-Start

In der doppelblinden, randomisierten, placebokontrollierten Parallelgruppen-Studie ADAGIO (Attenuation of Disease Progression with Azilect Given Once-daily) wurde untersucht, ob die Parkinson-Erkrankung durch frühzeitige Behandlung mit Rasagilin langsamer fortschreitet. Eingeschlossen wurden 1176 Patienten (durchschnittlich 62,2 Jahre alt, Stadium I oder II nach HOEHN und YAHR (9)). Die Studie wurde in zwei Phasen über jeweils 36 Wochen durchgeführt. In Phase I wurden die Patienten vier Studiengruppen zugeordnet: Sie erhielten 1 mg oder 2 mg Rasagilin täglich (Early-Start-Gruppe) oder jeweils korrespondierend Placebo. In der Phase II nahmen die Patienten der Early-Start-Gruppe weiterhin 1 mg bzw. 2 mg Rasagilin bis zur Woche 72. Die Patienten der Placebogruppen erhielten im Anschluss an die 36-wöchige Placebophase ebenfalls 1 mg bzw. 2 mg Rasagilin bis zur Woche 72 (Delayed-Start-Gruppe). Eine Progressionsverzögerung (gemessen an der UPDRS-Veränderung) galt als belegt, wenn in den Early-Start-Gruppen drei primäre, aufeinander aufbauende Endpunkte erfüllt wurden: 1. Endpunkt: Zwischen Woche 12 und 36 musste die Progression der Erkrankung unter Rasagilin geringer sein als unter Placebo; 2. Endpunkt: Nach 72 Wochen mussten sie sich gegenüber dem Ausgangswert in den Early-Start-Gruppen weniger verschlechtert haben als in der Delayed-Start-Gruppe; 3. Endpunkt: Zwischen Woche 48 und 72 durften die Beschwerden in den Early-Start-Gruppen nicht stärker zunehmen als in der Delayed-Start-Gruppe. Der frühe Beginn der Behandlung

(early start) mit 1 mg Rasagilin täglich erfüllte alle drei Endpunkte: 1. in dem Zeitraum Woche 12 bis Woche 36 fiel die Zunahme des UPDRS-Scores signifikant geringer aus als in der Placebogruppe ($0,09 \pm 0,02$ vs. $0,14 \pm 0,01$ Punkte; $p = 0,01$); 2. nach 72 Wochen war die Early-Start-Gruppe der Delayed-Start-Gruppe ebenfalls statistisch signifikant überlegen (Zunahme UPDRS-Score $2,82 \pm 0,53$ vs. $4,50 \pm 0,56$ Punkte; $p = 0,02$). 3. In der Early-Start-Gruppe nahm der UPDRS-Score zwischen Woche 48 und Woche 72 nicht mehr als in der Delayed-Start-Gruppe zu ($0,00 \pm 0,02$; $p < 0,001$).

Die Early-Start-Gruppe mit der Dosierung von 2 mg Rasagilin zeigte beim 1. Endpunkt im Vergleich zu Placebo ebenfalls eine geringere Zunahme des UPDRS-Score ($0,07 \pm 0,02$ vs. $0,14 \pm 0,01$ Punkte; $p < 0,001$). Beim 2. Endpunkt am Ende der Behandlungsphase ließ sich kein signifikanter Unterschied im UPDRS-Score feststellen ($3,47 \pm 0,50$ vs. $3,11 \pm 0,50$; $p = 0,60$) (10). Die fehlende Reproduzierbarkeit des Effektes durch die höhere Dosis war u. a. ein Grund für die FDA, den Antrag auf Erweiterung der Zulassung als Neuroprotektivum abzulehnen.

Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen (4;11)*

□ Kontraindikationen

- Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile.
- Gleichzeitige Behandlung mit anderen MAO-Hemmern (einschließlich nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel und Naturheilmittel, z. B. Johanniskraut) oder Pethidin (Risiko einer nicht selektiven MAO-Hemmung, die zu hypertonen Krisen führen kann). Zwischen dem Absetzen von Rasagilin und der Einleitung einer Behandlung mit MAO-Hemmern oder Pethidin müssen mindestens 14 Tage liegen.
- Rasagilin ist bei Patienten mit stark eingeschränkter Leberfunktion kontraindiziert.

□ Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen

- Die gleichzeitige Anwendung von Rasagilin und Fluoxetin oder Fluvoxamin sollte vermieden werden. Ein Zeitraum von mindestens fünf Wochen sollte zwischen dem Absetzen von Fluoxetin und der Einleitung der Behandlung mit Rasagilin eingehalten werden. Mindestens 14 Tage sollten zwischen dem Absetzen von Rasagilin und dem Beginn einer Behandlung mit Fluoxetin oder Fluvoxamin liegen.
- Die gleichzeitige Anwendung von Rasagilin und Dextromethorphan oder Sympathomimetika, die in schleimhautabschwellenden Arzneimitteln zur nasalen und oralen Anwendung enthalten sind, oder mit Arzneimitteln gegen Erkältungen, die Ephedrin oder Pseudoephedrin enthalten, wird nicht empfohlen.

- Während des klinischen Entwicklungsprogramms traten im Zusammenhang mit der Gabe von Rasagilin Melanome auf. Die erhobenen Daten deuten darauf hin, dass die Parkinson-Krankheit und nicht irgendein spezielles Arzneimittel mit einem erhöhten Hautkrebsrisiko (nicht ausschließlich Melanome) verbunden ist. Jede verdächtige Hautläsion sollte von einem Facharzt untersucht werden.

□ Wechselwirkungen

- Bei gleichzeitiger Anwendung mit SSRI, SNRI, trizyklischen/tetrazyklischen Antidepressiva und MAO-Hemmern sind schwere unerwünschte Wirkungen berichtet worden. Daher sollte Rasagilin mit Antidepressiva nur mit Vorsicht angewendet werden.
- Bei gleichzeitiger Anwendung von Rasagilin und Ciprofloxacin (einem CYP1A2-Hemmer) nimmt die AUC („area under the curve“) von Rasagilin um 83 % zu. Die gleichzeitige Gabe von Rasagilin und Theophyllin (einem CYP1A2-Substrat) hatte keinen Einfluss auf die Pharmakokinetik dieser beiden Substanzen. Starke CYP1A2-Hemmer sollten zusammen mit Rasagilin mit Vorsicht angewendet werden.
- Bei Patienten, die rauchen, besteht das Risiko einer Verminderung der Plasmaspiegel von Rasagilin infolge Induktion von CYP1A2.
- Rasagilin kann risikolos ohne Einschränkung der Aufnahme von Tyramin mit der Nahrung angewendet werden.

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

Nebenwirkungen	
sehr häufig (≥ 1/10)	Monotherapie: Kopfschmerzen. Kombinationstherapie: Dyskinesie.
häufig (≥ 1/100, < 1/10)	Monotherapie: Grippe, Hautkarzinom, Leukopenie, allergische Reaktion, Depression, Halluzinationen, Konjunktivitis, Schwindel, Angina pectoris, Rhinitis, Blähungen, Dermatitis, Muskelschmerzen, Nackenschmerzen, Arthritis, Harndrang. Kombinationstherapie: verminderter Appetit, Halluzinationen, anomale Träume, Dystonie, Karpaltunnelsyndrom, Gleichgewichtsstörung, orthostatische Hypotonie, Bauchschmerzen, Obstipation, Übelkeit und Erbrechen, Mundtrockenheit, Hautausschlag, Arthralgie, Nackenschmerzen, Gewichtsverlust, Stürze.
gelegentlich (≥ 1/1000, < 1/100)	Monotherapie: verminderter Appetit, apoplektischer Insult. Kombinationstherapie: Hautmelanom, Verwirrungszustände, apoplektischer Insult, Angina pectoris.

Hinweise zu besonderen Patientengruppen	
Ältere Patienten	Keine Dosisanpassung erforderlich.
Kinder und Jugendliche	Nicht zugelassen.
Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion	Keine Dosisanpassung erforderlich.
Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion	Kontraindiziert bei Patienten mit stark eingeschränkter Leberfunktion. Bei Patienten mit mittelschwer eingeschränkter Leberfunktion möglichst nicht einsetzen. Vorsicht bei der Einleitung bei Patienten mit leicht eingeschränkter Leberfunktion geboten. Bei Patienten, deren eingeschränkte Leberfunktion von einer leichten zu einer mittelschweren Form fortschreitet, ist Rasagilin abzusetzen.
Anwendung bei Schwangeren und Stillenden	Keine Anwendung während der Schwangerschaft und der Stillzeit.

Kosten

Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben (mg) ¹	Dosis (mg/Tag) ²	Kosten pro Jahr [€] ^{3,4}
Monoaminoxidase(MAO)-B-Hemmer				
Rasagilin	Azilect® 1 mg Tabletten	1	1	1530,99
Selegilinhydrochlorid	Antiparkin® 5 mg Tabletten	5	10	295,43
Selegilinhydrochlorid	Generikum, 10 mg Tabletten	5	10	271,09
Levodopa/Dopadecarboxylasehemmer				
Levodopa/Benserazid	Madopar® 125 mg Hartkapseln	600 ⁵	400/100	358,72 ⁶
Levodopa/Benserazid	Generikum, 100 mg/25 mg Tabletten	600 ⁵	400/100	359,60
Levodopa/Carbidopa	Nacom® 100 mg/25 mg Tabletten	600 ⁵	400/100	263,53
Levodopa/Carbidopa	Generikum, 100 mg/25 mg Tabletten	600 ⁵	400/100	198,63
Nonergoline Dopaminrezeptoragonisten				
Ropinirol	Requip® 1 mg Filmtabletten, Requip-Modutab® 8 mg Retardtabletten	6	9 – 24	2403,92 – 5594,15
Ropinirol	Generikum, 1 mg Filmtabletten, 8 mg Retardtabletten	6	9 – 24	1086,01 – 4735,09
Pramipexol (Base)	Sifrol® 0,35 mg Tabletten, Mirapexin® 0,7 mg Tabletten ⁸	2,5 ⁷	1,05 – 2,1	2056,30 – 3106,62
Pramipexol (Base)	Generikum, 0,35 mg, 0,7 mg Tabletten	2,5 ⁷	1,05 – 2,1	354,01 – 398,03
Piribedil	Clarium® 50 mg Retardtabletten	200	150 – 250	2830,68 – 4717,81
	Trivastal® 50 mg Retardtabletten ⁸			2599,58 – 4332,64
Rotigotin	Neupro® 4 mg/24 h, 8 mg/24 h transdermales Pflaster	6 ⁹	4 – 8 ¹⁰	2678,32 – 3237,42

Ergoline Dopaminrezeptoragonisten				
Bromocriptin	Parlodel® 2,5 mg Tabletten ⁸ , Pravidel® 10 mg Hartkapseln	40	7,5 – 30	473,26 – 2508,43
Bromocriptin	Generikum, 2,5 mg Tabletten, 10 mg Hartkapseln	40	7,5 – 30	476,43 – 1725,94
Cabergolin	Cabaseril® 1 mg, 2 mg Tabletten	3	3 – 6	2090,36 – 3576,82
	Cabaser® 1 mg, 2 mg Tabletten ⁸			1991,26 – 3576,82
Cabergolin	Generikum, 3 mg Tabletten	3	3 – 6	1519,12 – 3038,24
α-Dihydroergocryptinmesilat	Almirid-Cripar® 20 mg Tabletten	–	60 – 120	1893,36 – 3786,73
Lisuridhydrogenmaleat	Dopergin® 0,2 mg, 0,5 mg Tabletten	1,3	1,2 – 3	1085,36 – 3196,30
Pergolid	Generikum, 0,25 mg, 1 mg Tabletten	3	1,5 – 3	1240,20 – 2443,60
Catechol-O-Methyltransferase(COMT)-Hemmer				
Levodopa/Carbidopa/ Entacapon	Stalevo® 200 mg/50 mg/200 mg, 100 mg/25 mg/200 mg, 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabletten	450 ⁵	400/100/400	893,30
			400/100/800	1807,04
			400/100/1600	3578,95
Entacapon ¹¹	Comtess® 200 mg Filmtabletten	1000	400	823,22
			800	1646,44
			1600	3292,88
Tolcapon ¹¹	Tasmar® 100 mg Filmtabletten	450	300 – 600	1767,66 – 3535,32
N-Methyl-D-Aspartat(NMDA)-Antagonisten				
Amantadin	PK-Merz® Filmtabletten 100 mg	200	200 – 400 ¹²	140,01 – 280,03
Amantadin	Generikum, 200 mg Tabletten	200	200 – 400 ¹²	80,01 – 160,02

Stand Lauertaxe: 01.09.2013

¹Nach (12) für orale Darreichungsformen; ²Dosierung gemäß Fachinformation, adaptiert nach Angaben zur Erhaltungsdosis der Leitlinie Parkinson-Syndrome (1); ³Kostenberechnung anhand des kostengünstigsten Präparates einschließlich Import; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt; ⁴zusätzliche Kosten für Levodopa/Dopadecarboxylasehemmer bei Kombinationstherapie wurden nicht berücksichtigt; ⁵bezogen auf Levodopa; ⁶preisgünstiger Import; ⁷bezogen auf Hydrochlorid (Salz); ⁸preisgünstiger Import des Originalpräparates; ⁹transdermales Pflaster; ¹⁰bezogen auf die Rotigotin-Freisetzung pro 24 Stunden; ¹¹darf nur in Kombination mit Levodopa/Dopadecarboxylasehemmer angewendet werden, regelmäßige Leberwertkontrollen vorgeschrieben; ¹²Tageshöchstdosis: 600 mg. Weitere Angaben zu Dosierungen sind den Fachinformationen sowie der Äquivalenztabelle der Leitlinie Parkinson-Syndrome (1) zu entnehmen. Die Kostendarstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Leitlinien: Parkinson-Syndrome – Diagnostik und Therapie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 030-010. Stand: September 2012.
2. SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network): Diagnosis and pharmacological management of Parkinson's disease. January 2010; No. 113.
3. Caslake R, Macleod A, Ives N et al.: Monoamine oxidase B inhibitors versus other dopaminergic agents in early Parkinson's disease. Cochrane Database Syst Rev 2009; CD006661.
4. EMA: Azilect®: Europäischer Beurteilungsbericht (EPAR) (scientific discussion): http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Scientific_Discussion/human/000574/WC500030046.pdf. Stand: 11. August 2006. Zuletzt geprüft: 23. Juli 2013.
5. Fricke U, Klaus W: Neue Arzneimittel: Fakten und Bewertungen von 2004 bis 2006 zugelassenen Arzneimitteln. Band 17, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 2008.
6. The Parkinson Study Group: A controlled trial of rasagiline in early Parkinson disease: the TEMPO Study. Arch Neurol 2002; 59: 1937-1943.
7. The Parkinson Study Group: A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. Arch Neurol 2005; 62: 241-248.
8. Rascol O, Brooks DJ, Melamed E et al.: Rasagiline as an adjunct to levodopa in patients with Parkinson's disease and motor fluctuations (LARGO, Lasting effect in Adjunct therapy with Rasagiline Given Once daily, study): a randomised, double-blind, parallel-group trial. Lancet 2005; 365: 947-954.
9. Goetz CG, Poewe W, Rascol O et al.: Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations. Mov Disord 2004; 19: 1020-1028
10. Olanow CW, Hauser RA, Jankovic J et al.: A randomized, double-blind, placebo-controlled, delayed start study to assess rasagiline as a disease modifying therapy in Parkinson's disease (the ADAGIO study): rationale, design, and baseline characteristics. Mov Disord 2008; 23: 2194-2201.
11. Teva Pharma GmbH: Fachinformation "Azilect®". Stand: Dezember 2011.
12. 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.

Anlage 3 – Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sowie bei langfristigem Heilmittelbedarf

Alle genannten Krankenkassen haben auf den Genehmigungsvorbehalt nach § 8 Abs. 4 Heilmittel-Richtlinie verzichtet. Hier ist auch ein Antrags-/Genehmigungsverfahren für Erkrankte mit langfristigem Behandlungsbedarf (§ 8 Abs. 5 HM-RL) grundsätzlich entbehrlich. Daher wurde in der Darstellung auf eine weitergehende Differenzierung verzichtet.

Krankenkasse/Kassenverband	Verordnungen außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 4 HM-RL)
Actimonda Krankenkasse	Genehmigung notwendig
AOK PLUS	auf Widerruf
AOK Bayern	auf Widerruf
AOK Hessen, f. d. Indikationen: EX4, ZN1, ZN2, AT3, LY2, LY3	auf Widerruf
Bahn BKK	auf Widerruf
BIG direkt gesund	auf Widerruf
BKK advita	auf Widerruf
Bosch BKK	auf Widerruf
BKK Daimler	auf Widerruf
Deutsche BKK	auf Widerruf
BKK Deutsche Bank	auf Widerruf
BKK Diakonie	auf Widerruf
Energie BKK	31.12.2013
BKK Gildemeister Seidensticker	auf Widerruf
BKK HypoVereinsbank	auf Widerruf
BKK Merck	auf Widerruf
BKK Mobil Oil	auf Widerruf
BKK der MTU Friedrichshafen (IK 107835333)	auf Widerruf
BKK Publik	30.09.2013
BKK RWE (VKNR 09409)	auf Widerruf
BKK Salzgitter	30.09.2013
BKK Technoform	auf Widerruf – nur für Logopädie und die Indikationsschlüssel: LY2, LY3, AT3, ZN1, ZN2, EX4, WS2
BKK Thüringer Energieversorgung	auf Widerruf
BKK VDN	auf Widerruf
BKK Verkehrsbau Union	30.06.2014
BKK Victoria-D.A.S.	auf Widerruf
BKK vor Ort	auf Widerruf
BKK Vorwerk	auf Widerruf
BKK Wirtschaft und Finanzen	auf Widerruf
BKK Würth	auf Widerruf
IKK classic	auf Widerruf

Anlage 3 – Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sowie bei langfristigem Heilmittelbedarf

Krankenkasse/Kassenverband	Verordnungen außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 4 HM-RL)
IKK Südwest	auf Widerruf
Knappschaft	auf Widerruf
mh plus Betriebskrankenkasse	auf Widerruf
R + V BKK	auf Widerruf
Postbeamtenkrankenkasse	auf Widerruf
Salus BKK	auf Widerruf
Schwenninger BKK	auf Widerruf
Securvita Krankenkasse	auf Widerruf
Siemens Betriebskrankenkasse (SBK)	auf Widerruf
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau	auf Widerruf
TUI BKK	30.09.2013
Vaillant BKK	auf Widerruf
VdeK/AEV (Ersatzkassen)	auf Widerruf

Stand: Oktober 2013

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