



Editorial

Nur gemeinsam sind wir stark!

Amtliche Bekanntmachung

Honorarverteilungsmaßstab (HVM) gemäß § 87 b SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) mit Wirkung ab 1. Oktober 2013 (Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 6. November 2013)
Änderungen/Ergänzungen zum 1. Januar 2014

Ihre Fachinformationen

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
 - Abrechnungs-Sammelerklärung für die kommende Quartalsabrechnung 1
 - Änderungen des EBM zum 01.10.2013 1
 - Ergänzende Hinweise zu den Änderungen im EBM zum 01.10.2013 1
 - Änderung des ICD-10 GM für das Jahr 2014 2
 - Gültigkeit von Überweisungsscheinen 2
- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
 - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 3
 - Tollwutimpfstoff – bei Lieferengpass auf Notfall-Depot zurückgreifen 5
- **Verträge**
 - Vertrag über die ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr 5
- **Finanzen und Organisation**
 - Rechenschaftsbericht über die Verwendung der Haushaltsmittel für das Haushaltsjahr 2012 6
 - Termine der Abschlagszahlungen und der Restzahlungen des Jahres 2014 7
 - SEPA-Umstellung bereits jetzt erfolgreich abgeschlossen 8
- **Alles was Recht ist**
 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit Rechten und Pflichten 9
 - Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag 10
- **Ärztliche Selbstverwaltung**
 - Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen vom 06.11.2013 11

Terminkalender

Termine zur Abrechnungsannahme für das 4. Quartal 2013	16
Zentrales Weiterbildungsseminar der Mitteldeutschen Gesellschaft für Katathymes Bilderleben und imaginative Verfahren in der Psychotherapie und Psychologie e.V.	16
Fortbildungskalender der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen	17
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	18

Anlagen

- Anlage 1 – Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte, Stand: 13.11.2013
- Anlage 2 – Beschluss des G-BA über eine Änderung der AM-RL: Anlage VI – Off-Label-Use
Hydroxycarbamid bei chronischer myelomonozytärer Leukämie
- Anlage 3 – Beschluss des G-BA über eine Änderung der AM-RL: Anlage VI – Off-Label-Use
Imiquimod zur Behandlung analer Dysplasien als Präkanzerosen bei HIV

Verordnungstipps

Hinweise zum Off-Label-Use unter Beachtung der Arzneimittel-Richtlinie

Beilagen

- Abrechnungs-Sammelerklärung
- 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

Nur gemeinsam sind wir stark!

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

wenn Sie mit Sorge auf die gegenwärtigen Vorgänge im Selbstverwaltungssystem schauen, in dem Sie tätig sind, kann ich Sie gut verstehen. Dringen doch aus geschlossenen Sitzungen der Vertreterversammlungen auf Bundesebene zeitnah – man möchte fast sagen à la NSA „in Echtzeit“ – detaillierte Berichte über alle Meinungsäußerungen, Abstimmungen und gemutmaßten Absichten dieser oder jener Gruppe an die Öffentlichkeit. Den Hausärzten in der KBV-Vertreterversammlung werden Spaltungsbestrebungen vorgeworfen.

Wahr ist, dass die Hausärzte in der KBV-Vertreterversammlung am 08.11.2013 eine Erklärung abgegeben haben, in der sie sich zu einer einheitlichen KV bekennen. Das wurde nicht medial vermarktet, weil es nicht in das Szenario gepasst hätte, was in den Medien dargestellt wurde.

Sie können sich sicher sein, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass wir, Haus- und Fachärzte, in der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen für ein gemeinsames KV-System stehen. Wir leben im Alltag und in unserer Vertreterversammlung (VV) ein kollegiales Miteinander.

Anlässlich unserer VV-Klausurtagung im September 2013 bekräftigte ich das im Zusammenhang mit dem, von der KBV vorgegebenen Beschluss der endgültigen Trennung der Vergütungsbereiche in den hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag im Rahmen der Honorarverteilung.

„Was mir besonders wichtig ist, ist, dass aufgrund dieser noch deutlicheren Honorartrennung nicht die Trennung der Haus- und Fachärzte in völlig autarke Bereiche eingeleitet wird. Ich glaube immer noch daran, dass eine einheitliche KV unsere stärkste Interessenvertretung und unser stärkstes politisches Instrument ist, um gegenüber Krankenkassen und Politik mit einer gemeinsamen Sprache zu sprechen und Gehör zu erlangen. Auch wenn wir unterschiedlicher Meinung sind, auch wenn wir teilweise unterschiedliche Inte-

ressen vertreten, dürfen wir uns als Ärzte nicht spalten lassen. Wir brauchen einander in der alltäglichen Zusammenarbeit und diese funktioniert im innerärztlichen Miteinander auch sehr gut. Wir brauchen einander in der standespolitischen Vertretung, weil ich weiß, nur gemeinsam sind wir stark.“¹

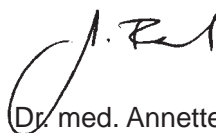
„Divide et impera“ ist ein altbekannter Spruch und eine bekannte Strategie, die nur denen nützt, die spalten, um es im Anschluss mit kleineren, leichter zu manipulierenden Gruppen zu tun haben.

Besonders vor dem Hintergrund der Koalitionsverhandlungen mit der anschließenden Regierungsbildung ist die Selbstverwaltung gefragt, um ihre Vorschläge für die weitere Gestaltung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems einzubringen. Da sind persönliche Machtbestrebungen und Partikularinteressen fehl am Platz.

Wir als Vorstand der KV haben Kontakt zu allen Bundestagsabgeordneten Thüringens, der Ministerpräsidentin und unserer Gesundheitsministerin aufgenommen, um unsere Vorschläge und Forderungen an die zukünftige Regierungspolitik zu artikulieren. Unser Ziel ist und bleibt die Sicherstellung der ambulanten, qualitativ hochwertigen Versorgung der Thüringer Bevölkerung.

Dafür setzen wir unsere Kraft gemeinsam ein.

Ihre



Dr. med. Annette Rommel

1. Vorsitzende

¹ aus dem Bericht des Vorstandes anlässlich der 14. Sitzung der Vertreterversammlung der KVT am 07.09.2013

Amtliche Bekanntmachung

Honorarverteilungsmaßstab (HVM) gemäß § 87 b SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) mit Wirkung ab 1. Oktober 2013 (Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 6. November 2013)

Änderungen/Ergänzungen des HVM zum 1. Januar 2014 vorbehaltlich der Benehmensherstellung mit den Krankenkassen

Im § 8 Abs. 3 wird ein neuer Absatz g) eingeführt. Die Bezeichnung der nachfolgenden Buchstaben ändert sich entsprechend.

Änderungen/Ergänzungen zum 1. Januar 2014

Änderung § 8 – Hausärztliches Vergütungsvolumen

...

Abs. (3) Von diesen verbleibenden Honorarvolumen werden unter Berücksichtigung der Abs. (1) und (2) folgende Vorwegabzüge vorgenommen:

...

g) Für die Vergütung der versorgungsbereichsspezifischen Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages gemäß § 73 Abs. 1 SGB V (GOP 03040 und 04040 EBM). Die Vergütung der versorgungsbereichsspezifischen Vorhaltepauschale erfolgt mit den Preisen der Eurogebührenordnung.

...

ausgefertigt am: 6. November 2013

gezeichnet: (Dienstsiegel)
Dr. med. Andreas Jordan
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Abrechnung/Honorarverteilung

Achtung!

Abrechnungs-Sammelerklärung für die kommende Quartalsabrechnung

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

Änderungen des EBM zum 01.10.2013

Im Deutschen Ärzteblatt, Heft 42 vom 18.10.2013 wurden weitere Änderungen des EBM zum 01.10.2013 veröffentlicht. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um Folgendes:

- Aufnahme einer Regelung im Kapitel der Humangenetik (Kapitel 11), wonach die Arztpraxis, die auf Überweisung kurativ-ambulante Auftragsleistungen nach den **GOP 11310 bis 11322 oder des Abschnitts 11.4** EBM durchführt, der überweisenden Arztpraxis zum Zeitpunkt der abgeschlossenen Untersuchung die erbrachten GOP sowie die Höhe der Kosten nach EBM getrennt nach Leistungen der Abschnitte 11.3 und 11.4 EBM mitzuteilen hat. Im Falle der Weiterüberweisung eines Auftrages oder eines Teilauftrages hat jede weiterüberweisende Arztpraxis dem vorhergehenden Überweiser die v. g. Angaben sowohl über die selbst erbrachten Leistungen als auch über die Leistungen mitzuteilen, die ihr von der Arztpraxis gemeldet wurden, an die sie weiterüberwiesen hat.
- Aufnahme einer ähnlichen Regelung bezogen auf die **Laborleistungen im Kapitel 32**, wonach die Arztpraxis, die auf Überweisung kurativ-ambulante Auftragsleistungen des Kapitels 32 EBM durchführt, der überweisenden Arztpraxis zum Zeitpunkt der abgeschlossenen Untersuchung die erbrachten GOP sowie die Höhe der Kosten nach EBM getrennt nach Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM mitzuteilen hat. Dies gilt sinngemäß auch für die Mitteilung der Kosten über die in einer Laborgemeinschaft veranlassten Leistungen an den Veranlasser. Im Falle der Weiterüberweisung eines Auftrages oder eines Teilauftrages hat jede weiterüberweisende Arztpraxis dem vorhergehenden Überweiser die v. g. Angaben sowohl über die selbst erbrachten Leistungen als auch über die Leistungen mitzuteilen, die ihr von der Arztpraxis gemeldet wurden, an die sie weiterüberwiesen hat.
- Veröffentlichung des im vergangenen Rundschreiben bereits angekündigten Beschlusses zur Anpassung bei den **Abrechnungsausschlüssen bezüglich Vorhalte- und Chronikerpauschalen**. Die Berechnungsfähigkeit der Vorhaltepauschale (GOP 03040 bzw. 04040) sowie der Chronikerpauschalen (GOP 03220 und 03221 bzw. 04220 und 04221) ist neben den in den jeweiligen Anmerkungen aufgeführten 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.

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

Ergänzende Hinweise zu den Änderungen im EBM zum 01.10.2013

1. Pauschale für die Vorhaltung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG)

Die sogenannte PFG ist von der betreffenden Arztpraxis in den berechtigten Fällen zusätzlich zur jeweiligen Grundpauschale abzurechnen. Ausgeschlossen sind die PFG im Behandlungsfall gegen alle Leistungen, die im Anhang 3 zum EBM in der ersten Spalte mit einem Stern gekennzeichnet sind.

2. Gesprächsleistungen im Haus- und Kinderarztbereich

Die Gesprächsleistungen nach GOP 03230 und 04230 sind entsprechend des Leistungstextes auch für das Gespräch mit der Bezugsperson berechnungsfähig. Dabei ist zu beachten, dass die geforderte reine Mindestgesprächsdauer von 10 Minuten (selbstverständlich) erfüllt sein muss. Darüber hinaus ist zu beachten, dass diese **Beratungsleistungen** gemäß Punkt 4.3.1 der Allgemeinen

Bestimmungen des EBM **nicht telefonisch** erfolgen können. Es muss ein persönliches Gespräch mit dem Patienten oder der Bezugsperson erfolgen.

3. Chronikerpauschalen im Haus- und Kinderarztbereich

Einige Patienten wechseln von der privaten Krankenversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung und sind nach der EBM-Definition Chroniker. Da die Abrechnung jedoch bisher nicht über die Kassenärztliche Vereinigung erfolgte, werden bei Vorliegen aller Abrechnungsvoraussetzungen die Chronikerpauschalen mit dem Zusatzbuchstaben H (analog Hausarztwechsel) abgerechnet.

Änderung des ICD-10 GM für das Jahr 2014

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat die endgültige Fassung der ICD-10-GM Version 2014 und die Aktualisierungsübersicht auf seinen Internetseiten veröffentlicht (www.dimdi.de).

Die Änderungen sind in den Aktualisierungen der Praxisverwaltungssysteme vorhanden. Entsprechende Buchversionen sind im Fachhandel erhältlich.

Gültigkeit von Überweisungsscheinen

In den Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung als Anlage des Bundesmantelvertrages – Ärzte ist zur Gültigkeit von Überweisungsscheinen Folgendes geregelt:

„Beginnt der auf Überweisung tätig werdende Arzt seine Behandlung erst im Folgequartal, kann der ausgestellte Überweisungsschein verwendet werden, sofern der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung eine gültige Krankenversichertenkarte vorweisen kann.“

Somit gilt ein Überweisungsschein im Quartal des Ausstellungsdatums **oder** im darauf folgenden Quartal.

Wichtig!

Ein Überweisungsschein kann nur für **ein Abrechnungsquartal** verwendet werden. Insbesondere bei Ärzten, die nur auf Überweisung tätig werden dürfen, ist bei Behandlung über das Quartalsende hinaus ein weiterer Überweisungsschein notwendig.

Ihre Ansprechpartner für alle Themen der Leistungsabrechnung:

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

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

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

▪ Medizinprodukte – Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat folgende Neuaufnahmen in Anlage V beschlossen:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
MOVICOL® Junior aromafrei	Für Kinder im Alter von 2 bis 11 Jahren zur Behandlung von Obstipation, für Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren zur Behandlung von Koprostase	27.01.2016
VISMED®	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid)	15.01.2017
VISMED® MULTI	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid)	15.01.2017

Die Neuaufnahmen traten mit Wirkung zum 17.10.2013 (VISMED®, VISMED® MULTI) und 01.11.2013 (MOVICOL®) in Kraft.

Der G-BA hat folgende Änderungen in Anlage V beschlossen:

Produktbezeichnung	Befristung der Verordnungsfähigkeit	Inkrafttreten des Beschlusses
Healon®	01.11.2016	16.10.2013
HEALON5®	01.11.2016	16.10.2013
HEALON GV®	01.11.2016	16.10.2013
PARI NaCl Inhalationslösung	12.11.2018	13.11.2013

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

Medizinprodukte mit arzneimittelähnlichem Charakter sind nur noch dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ordnungsfähig, wenn sie in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie gelistet sind. Das gilt auch für Verordnungen im Sprechstundenbedarf. Die derzeit bei bestimmten Indikationen ordnungsfähigen Medizinprodukte finden Sie in **Anlage 1** dieses Rundschreibens oder im Internet unter www.g-ba.de.

▪ Off-Label-Use (Anlage VI der AM-RL)

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

Ausnahme ist eine Verordnung im Off-Label-Use nach Anlage VI Teil A der Arzneimittel-Richtlinie möglich. Neu aufgenommen wurden „Hydroxycarbamid bei chronischer myelomonozytärer Leukämie“ und „Imiquimod zur Behandlung analer Dysplasien als Präkanzerosen bei HIV“. Die vollständigen Texte der Bekanntmachungen finden Sie in den **Anlagen 2 und 3** dieses Rundschreibens. Bitte beachten Sie, dass nicht alle Hersteller ihre Zustimmung für den Einsatz bei diesen Indikationen erteilt haben. Die Bekanntmachungen enthalten eine Auflistung der ordnungsfähigen Präparate. Die Beschlüsse traten am 16.10.2013 in Kraft.

In den **Verordnungstipps dieses Rundschreibens (letztes Blatt)** finden Sie eine **Übersicht aller in Anlage VI gelisteten Wirkstoffe und wichtige Hinweise zur Verordnung außerhalb der Zulassung.**

▪ Frühe Nutzenbewertung – Anlage XII der AM-RL

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

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*
Bosutinib (Bosulif®) 17.10.2013 befristet bis 15.10.2018	Behandlung von Erwachsenen mit Philadelphia-Chromosom-positiver chronischer myeloischer Leukämie in der chronischen Phase, akzelerierten Phase und in der Blastenkrise, die mit mindestens einem Tyrosinkinaseinhibitor vorbehandelt wurden und bei denen Imatinib, Nilotinib und Dasatinib nicht als geeignete Behandlungsoption angesehen werden.	Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen; da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Linaclotid (Constella®) 17.10.2013	Symptomatische Behandlung des mittelschweren bis schweren Reizdarmsyndroms mit Obstipation bei Erwachsenen	Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. Zweckmäßige Vergleichstherapie: Ernährungsumstellung entsprechend ärztlicher Beratung sowie symptomorientierte Behandlung (Obstipation, Blähungen, Krämpfe, Schmerzen)
Ocriplasmin (Jetrea®) 17.10.2013 befristet bis 15.10.2018	Behandlung der vitreomakulären Traktion bei Erwachsenen, auch im Zusammenhang mit einem Makulaloch $\leq 400 \mu\text{m}$	a) Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen bei leichter Symptomatik; zweckmäßige Vergleichstherapie: beobachtendes Abwarten b) Zusatznutzen gilt als nicht belegt** bei schwerer Symptomatik; zweckmäßige Vergleichstherapie: Parsplana-Vitrektomie

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

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

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

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

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

Tollwutimpfstoff – bei Lieferengpass auf Notfall-Depot zurückgreifen

Die Bundesärztekammer wies im Deutschen Ärzteblatt 39/2013 vom 29.09.2013 darauf hin, dass derzeit Engpässe bei der Impfstoffversorgung mit Tollwut-Impfstoffen in der Bundesrepublik bestehen. Dadurch kann es vorkommen, dass der Impfstoff nicht über die normalen Lieferketten der Apotheken beziehbar ist.

Für die Notfallversorgung von Patienten nach Tierkontakt/-biss wird von den Landesapothekerkammern jedoch Impfstoff in einem Notfall-Depot zur postexpositionellen Impfung gegen Tollwut vorgehalten. Um die Notfallversorgung dieser Patienten aus dem Notfall-Depot sicher zu stellen, kann der behandelnde Arzt ggf. den **Vermerk „Postexpositionsprophylaxe bei Tierbiss/-kontakt“ auf der Verordnung anbringen**. Diese Information ist Voraussetzung dafür, dass der Impfstoff aus dem Notfall-Depot zur Verfügung gestellt wird.

Die postexpositionellen Impfungen sind eine Leistung der GKV, werden jedoch nicht separat abgerechnet und vergütet. Sie sind, wie auch die Tetanusimpfung im Verletzungsfall, Bestandteil der Wundversorgung und damit abgegolten. Der Tollwutimpfstoff sowie das Immunglobulin werden auf den Namen des Patienten verordnet.

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

Verträge

Vertrag über die ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) teilte uns mit, dass der auf Bundesebene abgeschlossene Vertrag geändert wurde. Dazu wurde ein 15. Nachtrag **mit Wirkung zum 01.10.2013** vereinbart. Die Änderungen betreffen im Wesentlichen redaktionelle Anpassungen sowie die Vereinfachung von Laborleistungen im Überweisungsverfahren (Einfügung des § 3 Absatz 7).

Künftig ist die Beauftragung von Laborleistungen für mehrere Heilfürsorgeberechtigte auch als Sammelauftrag möglich, wenn die Bundeswehr mit den zivilen Laboreinrichtungen die Nutzung besonderer Anforderungsscheine vereinbart hat.

Die redaktionellen Änderungen sind:

- Der Begriff der Wehrbereichsverwaltung wurde durch den Begriff „Bundesamt für Personalmanagement der Bundeswehr“ ersetzt.
- Die alleinige Anschrift der für Leistungsabrechnungen zuständigen Stelle der Bundeswehr ist (vgl. Anlage zu § 2 Absatz 3) das:

„Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr
Referat I 2.3.5
Prötzeler Chaussee 25
15344 Strausberg“.

Die aktuelle Fassung des Vertrages über die ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr sowie der 15. Nachtrag des Bundeswehrvertrages sind im Internetportal der KBV unter

www.kbv.de/rechtsquellen/2330.html

hinterlegt.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Finanzen und Organisation

Rechenschaftsbericht über die Verwendung der Haushaltsmittel für das Haushaltsjahr 2012

Aufgrund des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) ist die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT) gemäß § 78 Abs. 3 in Verbindung mit § 305b SGB V angehalten, „...in hervorgehobener Weise und gebotener Ausführlichkeit jährlich über die Verwendung ihrer Mittel Rechenschaft abzulegen ...“.

Aus diesem Grund werden für das Haushaltsjahr 2012 die unten dargestellten Daten veröffentlicht, wobei das Haushaltsjahr 2012 die abgerechneten Quartale 4/2011 bis 3/2012 beinhaltet und den Zeitraum 01.01. bis 31.12.2012 betrifft:

1. Abrechnungsdaten	2012	2011
Honorarvolumen der bereichseigenen Ärzte und nichtärztlichen Psychotherapeuten	992.796.758 €	879.261.143 €
Anzahl der abrechnenden Ärzte und nichtärztlichen Psychotherapeuten	4.033	3.992
Abrechnungsfälle der bereichseigenen Ärzte und nichtärztlichen Psychotherapeuten	17.380.873	17.230.813
2. Haushaltsdaten		
Aufwand gesamt	24.693.564,77 €	24.219.904,70 €
davon		
Personalaufwand gesamt	15.761.515,11 €	15.716.289,29 €
Sachaufwand	3.612.771,01 €	3.302.023,18 €
Aufwand für Sicherstellungsmaßnahmen	1.110.811,84 €	984.923,55 €
Sonstiger Aufwand	4.208.466,81 €	5.201.592,31 €
Verwaltungskostenumlage	21.244.035,82 €	19.041.676,55 €
Sonstige Erträge	3.457.373,18 €	4.893.991,38 €
Jahresergebnis	7.844,23 €	-284.236,77 €
Investitionen	2.564.294,99 €	168.828,64 €
3. Sonstige Daten		
Verwaltungskostenumlagesatz in %		
konv. Abrechn. LE	3,90 %	3,49 %
EDV-Abrechner	2,15 %	2,15 %
Dialyse-Sachkosten	2,15 %	0,50 %
Sicherstellungsumlage	0,10 %	0,10 %
Stellenplan (Anzahl der Stellen)	268,93	266,79
Bilanzsumme	341.605.126,87 €	343.141.874,37 €

Erläuterungen:**1. Abrechnungsdaten**

Das Honorarvolumen des 4. Quartals 2011 bis zum 3. Quartal 2012, welches an die Thüringer Vertragsärzte und Psychotherapeuten ausgeschüttet wurde, verzeichnete einen Anstieg von ca. 11,43 % gegenüber dem Vorjahr. Anzumerken ist dabei, dass die Einnahmen aus der Praxisgebühr, die im Jahr 2004 erstmals erhoben werden mussten, in dem ausgewiesenen größtenteils budgetierten Honorarvolumen enthalten sind. Die Abrechnungsfälle stiegen gegenüber dem Vorjahr um ca. 0,86 %.

2. Haushaltsdaten

Der Gesamtaufwand erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr um ca. 1,95 %. Dies trifft anteilig für alle Kontengruppen zu. Die Erhebung einer separaten Umlage in Höhe von 0,1 % des Bruttohonorarvolumens zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung blieb im Jahr 2012 weiterhin notwendig. Die Einnahmen aus der Verwaltungskostenumlage erhöhten sich um ca. 11,57 % gegenüber dem Vorjahr. Die Steigerung resultiert aus der Erhöhung der Gesamtvergütung auf der Grundlage der Gesamtverträge für das Jahr 2012 und aus der Einnahme für Verwaltungskostenumlage des Rettungsdienstes.

Bei den sonstigen Erträgen handelt es sich z. B. um Kostenbeiträge der Krankenkassen an die gemeinsamen Selbstverwaltungen der Zulassungs- und Prüfungsausschüsse, Kapitalerträge und Mieteinnahmen. Diese sonstigen Erträge verringerten sich gegenüber dem Vorjahr um ca. 29,36 %. Ursächlich dafür sind die gesunkenen Einnahmen aus Kapitalerträgen und eine geringere Verwaltungskostenrückerstattung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Das Wirtschaftsjahr 2012 konnte mit einem Überschuss in Höhe von TEUR 7,8 abgeschlossen werden. Dieser Überschuss wird dem Sonderposten für Sicherstellungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt.

Die Investitionen erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr um ca. 1.418,9 %. Das resultiert u. a. aus den Aufwendungen für die Neuverkabelung des IT-Netzes in der KVT und dem Umbau der Klimaanlage für das Rechenzentrum der KVT.

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 06.11.2013 den Haushalt für das Geschäftsjahr 2014 einstimmig beschlossen. Danach ergeben sich die folgenden Verwaltungskostensätze:

Verwaltungskostenumlage für die Abrechnung ärztlicher Leistungen mittels KV-Safenet	2,10 %
Verwaltungskostenumlage für die Abrechnung ärztlicher Leistungen mittels Online-Übertragung	2,20 %
Verwaltungskostenumlage für die konventionelle Abrechnung ärztlicher Leistungen	3,90 %
Verwaltungskostenumlage für die Abrechnung ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst	1,50 %
Umlage für den Sonderposten für Sicherstellungsmaßnahmen	0,10 %

Ihre Ansprechpartner: Sven Auerswald, Telefon 03643 559-196
Jörg. R. Mertz, Telefon 03643 559-290

Termine der Abschlagszahlungen und der Restzahlungen des Jahres 2014

Folgende Termine werden für die Abschlagszahlungen des Jahres 2014 festgelegt:

Abschlagszahlung für	Datum der Bankbelastung
Dezember 2013	6. Januar 2014
Januar 2014	6. Februar 2014
Februar 2014	6. März 2014
März 2014	4. April 2014
April 2014	6. Mai 2014

Abschlagszahlung für	Datum der Bankbelastung
Mai 2014	6. Juni 2014
Juni 2014	4. Juli 2014
Juli 2014	6. August 2014
August 2014	5. September 2014
September 2014	6. Oktober 2014
Oktober 2014	6. November 2014
November 2014	5. Dezember 2014

Die Restzahlungen werden für folgende Kalenderwochen geplant:

Restzahlung für	Kalenderwoche
3. Quartal 2013	5. Kalenderwoche 2014
4. Quartal 2013	18. Kalenderwoche 2014
1. Quartal 2014	30. Kalenderwoche 2014
2. Quartal 2014	44. Kalenderwoche 2014

Die Formel zur Berechnung der Abschlagszahlungen für das Jahr 2014 wird wie folgt festgelegt:

Bruttohonorar der letzten vier Quartale
geteilt durch 16 (entspricht 25 % des Quartalshonorars)

Grundsätzlich erfolgt eine individuelle Anpassung der Abschlagszahlung in Sonderfällen, z. B. bei Krankheit, Überzahlungen, oder wenn eine abweichende Kontinuität in der Höhe der Bruttohonorare vorliegt.

Ihre Ansprechpartnerin: Karin Otschkai, Telefon 03643 559-240

SEPA-Umstellung bereits jetzt erfolgreich abgeschlossen

Ab dem 01.02.2014 müssen alle Geldbewegungen nach dem SEPA-Verfahren erfolgen. SEPA steht für „Single Euro Payments Area“ und bezeichnet den einheitlichen Zahlungsverkehrsraum aller 28 Staaten der EU sowie Island, Lichtenstein, Monaco, Norwegen und der Schweiz.

Die Umstellung auf SEPA in der KVT wurde mit entsprechenden Maßnahmen geplant und alle Kontoinformationen sind um IBAN (International Bank Account Number) und BIC (Bank Identifier Code) erweitert worden.

Die KVT hat es dahingehend geregelt, dass alle Mitglieder eine bequeme, vollautomatische Umstellung ohne zusätzlichen Verwaltungsaufwand haben. Mit der Überweisung der Restzahlung für das 2. Quartal 2013 (in der 43. Kalenderwoche) wurde die Umstellung auf das SEPA-Verfahren erfolgreich abgeschlossen. Auf Ihrem Honorarkontoauszug finden Sie statt der bisher üblichen Kontonummer und der Bankleitzahl den Ausweis der 22-stelligen IBAN.

Diese Umstellung gilt selbstverständlich auch für alle Zahlungsabwicklungen, die Sie in Ihrer Praxis durchzuführen haben. Zu den näheren Modalitäten sollten Sie sich mit Ihrer Hausbank abstimmen. Für weitere Informationen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Karin Otschkai, Telefon 03643 559-240
Waltraud Kühn, Telefon 03643 559-241

Alles was Recht ist

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit Rechten und Pflichten

Die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist mit zahlreichen Rechten und Pflichten verbunden. Die nachfolgenden Ausführungen sollen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Rechte und Pflichten im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung geben.

▪ Vertragsärztliche Pflichten

Insbesondere die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Systems der vertragsärztlichen Versorgung erfordert es, dass die an ihr Teilnehmenden an gewisse vertragsärztliche Pflichten gebunden sind. Solche Pflichten ergeben sich z. B. aus dem Gesetz, der Satzung, aus Verträgen über die vertragsärztliche Versorgung, aus Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und aus der Rechtsprechung.

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst u. a. die ärztliche Behandlungspflicht der gesetzlich Krankenversicherten, die wiederum mit einem entsprechenden umfassenden Leistungsanspruch des Versicherten korrespondiert. Die Behandlungsleistungen sind als Sachleistung, d. h. für den GKV-Patienten, gänzlich kostenfrei zu erbringen. Vertragsärztliche Leistungen dürfen nicht von Zuzahlungen abhängig gemacht werden, die die gesetzlichen Vorschriften nicht vorsehen.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes darf ein Vertragsarzt die Behandlung eines gesetzlich Krankenversicherten nur in begründeten Fällen ablehnen. Gründe für die Ablehnung einer Behandlung können eine Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient sein oder eine besondere – durch Verweisung der Patienten an andere Vertragsärzte kompensierbare – Überlastungssituation des Vertragsarztes.

Eine weitere Pflicht stellt die Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet dar. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes müssen die wesentlichen Leistungen des Fachgebietes im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angeboten und erbracht werden. Dabei handelt es sich um solche Leistungen, die vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sind, für die der Einheitliche Bewertungsmaßstab eine Gebührenposition vorsieht und für die der Arzt die fachlichen, persönlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen für die Erbringung im System der vertragsärztlichen Versorgung erfüllt. Ergänzend ist auf das ärztliche Berufsrecht in Gestalt der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern zurückzugreifen, die mit ihren Definitionen die Inhalte der jeweiligen Fachgebiete bestimmen und die Fachgebiete voneinander abgrenzen.

Darüber hinaus ist das Gebot peinlich genauer Abrechnung der zu vergütenden Leistungen eine der Grundpflichten der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden. Leistungen dürfen nicht abgerechnet werden, die der Arzt entweder nicht oder nicht vollständig oder – sofern sie sein Tätigwerden voraussetzen – nicht selbst erbracht hat.

Weitere wichtige vertragsärztliche Pflichten sind die Teilnahme am organisierten Notdienst, das Gebot der persönlichen Leistungserbringung und die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.

▪ Vertragsärztliche Rechte

Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung begründet aber nicht nur Pflichten, sondern auch Rechte, so vor allem das Recht zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit verbunden ist der Vergütungsanspruch in Form der Teilnahme an der Honorarverteilung. Dieser Anspruch garantiert jedem an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden die Auszahlung seines Honorars entsprechend den jeweils geltenden Regelungen der Honorarvereinbarungen, die zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen gemeinsam geschlossen werden.

Weiterhin besteht das Recht, an der Selbstverwaltung gestaltend mitzuwirken. Hierzu gehört insbesondere das Wahlrecht zur Vertreterversammlung der KVT sowie das Recht, sich in die Vertreterversammlung der KVT wählen zu lassen.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur Beschäftigung Dritter und zur Vertretung. So ist es zum Beispiel zulässig, Ärzte anzustellen, sich vertreten zu lassen, Assistenten zu beschäftigen und einzelne Tätigkeiten zu delegieren. Auch Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter, die der an der vertragsärztlichen Versorgung

Teilnehmende, der genehmigte Assistent oder ein angestellter Arzt anordnet und fachlich überwacht, werden der ärztlichen Behandlung zugerechnet, wenn der nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist. Zu beachten ist jeweils, dass die gesetzlichen Grundlagen – vor allem der Bundesmantelvertrag – Ärzte und die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte – bei der Ausübung des Rechtes zur Beschäftigung Dritter und zur Vertretung eingehalten werden müssen.

Fazit:

Die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist nicht nur mit vertragsärztlichen Pflichten verbunden, sondern auch mit Rechten, insbesondere auf Teilnahme an der Honorarverteilung und auf Behandlung der Vielzahl gesetzlich Krankenkversicherter.

Ihre Ansprechpartnerin: Ass. jur. Agnes Ehrismann-Maywald, Telefon 03643 559-142

Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

Frage 1:

Gibt es eine Pflicht, Hausbesuche durchzuführen und wem obliegt diese Pflicht?

Ja. Mit der Übernahme der Behandlung verpflichtet sich der Arzt, soweit erforderlich, Hausbesuche durchzuführen. Vorrangig ist die Besuchsbehandlung Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Aber auch der in die Behandlung eingebundene Facharzt kann zur Durchführung eines Hausbesuchs verpflichtet sein, insbesondere wenn der Besuch wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet notwendig ist.

Frage 2:

Wann muss ein Hausbesuch durchgeführt werden?

Wenn dem Patienten aus gesundheitlichen Gründen das Aufsuchen der Arztpraxis nicht möglich oder zumutbar ist.

Frage 3:

Darf ein Hausbesuch abgelehnt werden?

Ein Hausbesuch darf nur aus schwerwiegenden Gründen abgelehnt werden, z. B. wegen der dringenden Behandlung anderer Patienten. In diesem Fall muss der Arzt jedoch für anderweitige Hilfe Sorge tragen.

Frage 4:

Kann der niedergelassene Arzt die Neuaufnahme von Patienten derart beschränken, dass eine Aufnahme nur erfolgt, wenn der Patient auf Hausbesuche verzichtet?

Nein. Eine derartige Einschränkung ist nicht zulässig. Mit der Übernahme der Behandlung (Abschluss des Behandlungsvertrages) übernimmt der Arzt die Behandlung uneingeschränkt.

Frage 5:

Gibt es eine räumliche Grenze (Entfernung zum Patienten), bis zu welcher Hausbesuche durchgeführt werden müssen?

Gemäß § 17 Abs. 4 BMV-Ärzte können Besuche außerhalb des üblichen Praxisbereiches abgelehnt werden, solange es sich nicht um einen dringenden Fall handelt und ein Vertragsarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Kranken liegt, nicht zu erreichen ist. Eine absolute, d. h. feststehende Grenze, welche den üblichen Praxisbereich bestimmt, gibt es nicht. Die Bestimmung des üblichen Praxisbereiches ist im Einzelfall vorzunehmen und abhängig von verschiedenen Faktoren, z. B. Lage der Praxis (städtischer bzw. ländlicher Bereich), Entfernung zur nächsten Arztpraxis.

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

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

Ärztliche Selbstverwaltung

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen vom 06.11.2013

▪ Berichte des Vorsitzenden der Vertreterversammlung und des Vorstandes

In den Berichten wurde auf die Koalitionsverhandlungen zwischen CDU/CSU und SPD eingegangen. Die zum Zeitpunkt der Vertreterversammlung vorliegenden Informationen deuteten an, dass ein primäres Ziel der Koalitionäre auf Bundesebene die erneute Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung ist. Eine erneute Pflegereform sowie das Thema Wartezeiten auf Arzttermine stehen auch auf der politischen Agenda. Neben den Koalitionsverhandlungen wurde über die Ergebnisse der Honorarverhandlungen auf Bundesebene für das Jahr 2014, über die erfolgten EBM-Änderungen im haus- und fachärztlichen Bereich, über die Initiative der LAVA¹-KVen, über die Öffentlichkeitskampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“, über die IT-Strategie der KBV sowie den Verhandlungsergebnissen der DMP-Weiterentwicklung berichtet.

Unter diesem Tagesordnungspunkt wurde der Geschäftsführer Sicherstellung, Herr Matthias Zenker, verabschiedet. Ihm wurde von den Mitgliedern der Vertreterversammlung, dem Vorstand und dem Hauptgeschäftsführer für seine langjährige und erfolgreiche Tätigkeit in der KVT gedankt. Herr Zenker verlässt zum Jahreswechsel die KV, um ab 01.02.2014 als Hauptgeschäftsführer in der Landesärztekammer tätig zu werden. Ihm wurde für diese Tätigkeit alles Gute und viel Erfolg gewünscht.

▪ Weiterentwicklung des Honorarverteilungsmaßstabes

Zunächst beschäftigte sich die Vertreterversammlung unter diesem Tagesordnungspunkt mit dem nicht erfolgten Benehmen durch die Krankenkassen zu den letzten Änderungen der Honorarverteilung. Diese beziehen sich auf die Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 07.09.2013. Die Regelungen erfolgten im Wesentlichen auf Vorgaben der KBV.

Dies betraf neue Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens von haus- und fachärztlicher Versorgung, die Vorgaben zur Vergütung der Leistungen der Humangenetik und die Vorgaben zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung.

Die Krankenkassen erteilten nicht ihr vollständiges Benehmen und kritisierten insbesondere Regelungen zur Quotierung der Leistungen für das genetische Labor. Daneben gab es seitens der Krankenkassen redaktionelle Änderungswünsche im Bereich der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung.

Mit folgendem Beschluss setzte sich die Vertreterversammlung über das nicht erteilte Benehmen der Krankenkassen hinweg:

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung nimmt das Schreiben der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen vom 18.10.2013 bzgl. der Benehmensherstellung zur Honorarverteilung gemäß § 87 b Abs. 1 SGB V ab 01.10.2013 zur Kenntnis und setzt sich über die Einwände der Krankenkassen hinweg.

Der Beschluss ergeht einstimmig.

Daneben beschäftigte sich die Vertreterversammlung unter dem Tagesordnungspunkt mit einer Stützung der Vergütung der versorgungsbereichsspezifischen Vorhaltepauschale im hausärztlichen Versorgungsbereich.

Die Grundstrukturen in der hausärztlichen Versorgung sind bisher mit der Versichertenpauschale abgegolten. Künftig erfolgt dies separat. Jeder Hausarzt erhält eine Pauschale für die Vorhaltung hausärztlich notwendiger Strukturen. Sie wird in der Regel einmal im Behandlungsfall neben der Versichertenpauschale gewährt und bei der Quartalsabrechnung durch die KVT automatisch zugesetzt. Mit der Regelung zu einem Vorwegabzug soll sichergestellt werden, dass im hausärztlichen Versorgungsbereich diese Vorhaltepauschale immer zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet wird.

1 LAVA = Länderübergreifender Angemessener Versorgungsanspruch

Die Vertreterversammlung fasste hierzu folgenden Beschluss:

BESCHLUSS

Die Vergütungen der versorgungsbereichsspezifischen Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages gemäß § 73 Abs. 1 SGB V (GOP 03040 und 04040 EBM) werden im Rahmen des hausärztlichen Vergütungsvolumens mittels eines Vorwegabzuges mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

Die Vertreterversammlung beschließt nachfolgende HVM-Änderung mit Wirkung ab 01. Januar 2014:

Änderung § 8 – Hausärztliches Vergütungsvolumen

...

Abs. (3) Von diesen verbleibenden Honorarvolumen werden unter Berücksichtigung der Abs. (1) und (2) folgende Vorwegabzüge vorgenommen:

...

neu g) Für die Vergütung der versorgungsbereichsspezifischen Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages gemäß § 73 Abs. 1 SGB V (GOP 03040 und 04040 EBM). Die Vergütung der versorgungsbereichsspezifischen Vorhaltepauschale erfolgt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

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

▪ **Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung**

In der Vertreterversammlung am 07.09.2013 wurde eine neue Sprechstundenrichtlinie besprochen. Bestandteil dieser neuen Sprechstundenrichtlinie ist in § 4 Abs. 1, dass Montag bis Freitag täglich Sprechstunden abzuhalten sind.

Diese Regelung existierte bereits in der alten Sprechstundenrichtlinie. Da es aber eine Vielzahl von Praxen bzw. Ärzten und Psychotherapeuten gibt, die aufgrund ihres Zulassungsstatus lediglich ein Viertel Versorgungsauftrag besitzen und auch nur geringe Wochenstundenzahlen erfüllen, war die Frage, inwieweit nicht auf Antrag von dieser Regelung abgewichen werden kann. Dies dahingehend, dass Sprechstunden nicht jeden Tag vorgehalten werden müssen, sondern die geringen Stundenzahlen auch an einzelnen Tagen erfüllt werden können. Die Sprechstundenrichtlinie wird im nächsten Rundschreiben 12/2013 amtlich bekannt gemacht.

Die Vertreterversammlung stimmte mit folgenden Beschluss dieser Vorgehensweise zu:

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt, in die Sprechstundenrichtlinie § 4 Abs. 3 neu aufzunehmen.

§ 4 Abs. 3 neu:

Auf Antrag kann im begründeten Einzelfall von der Verteilung der Sprechstunden abgewichen werden. Über den Antrag entscheidet der Vorstand.

Der Beschluss ergeht mit 26 Ja-Stimmen und 1 Stimmenthaltung.

Ebenfalls in der Vertreterversammlung am 07.09.2013 wurden Änderungen an der Notdienstordnung vorgenommen. Diese waren im Wesentlichen die verpflichtende Einführung eines Hintergrunddienstes in allen Notdienstbereichen, damit eine Besetzung möglich ist, wenn kurzfristig der diensthabende Arzt ausfällt, die Verpflichtung auch im Fahrdienst am Standort des Fahrdienstes während der Dienstzeit zu verweilen sowie eine einheitliche Notdienstumlage für die Kosten im Notdienst für alle Notdienstbereiche.

In der Vertreterversammlung wurden folgende Ergänzungen zur Notdienstordnung besprochen und vorgenommen:

Der Dienstbeginn am Montag, Dienstag und Donnerstag soll von 19.00 Uhr auf 18.00 Uhr vorverlegt werden.

Das heißt, die Notdienstzeiten verlängern sich pro Woche um drei Stunden. Dies folgt der Begründung, dass insbesondere in den Zeiten zwischen 18.00 Uhr und 19.00 Uhr die Erreichbarkeit für Patienten verbessert werden müsse. Daneben sprach sich die Vertreterversammlung dafür aus, die verpflichtende Einführung von Hintergrunddiensten wieder aufzuheben. Vielmehr soll es in die regionale Hoheit der Notdienstbereiche gegeben werden, wie der Hintergrunddienst abgesichert werden kann. Auch wurde besprochen und verändert, dass beim Hintergrunddienst und bei den speziellen fachärztlichen Notdiensten der Arzt jeweils in der Regel innerhalb von 60 Minuten am Standort einzutreffen hat. Vorher waren dies 30 Minuten. Die Regelungen treten ab dem 2. Quartal 2014 in Kraft. Die Notdienstordnung wird im nächsten Rundschreiben 12/2013 amtlich bekannt gemacht.

Die Beschlüsse hierzu lauteten wie folgt im Einzelnen:

BESCHLUSS

Auf Empfehlung des Beratenden Fachausschusses für die hausärztliche Versorgung beschließt die Vertreterversammlung die Erweiterung der Zeiten des ärztlichen Notdienstes am Montag, Dienstag und Donnerstag um eine Stunde, also von 18.00 Uhr bis 7.00 Uhr des Folgetages (bisher 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr des Folgetages).

Der Beschluss ergeht mit 17 Ja-Stimmen, 9 Nein-Stimmen.

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt, in der Notdienstordnung den § 5 Abs. 5 wie folgt zu ändern:

Zur Absicherung des Notdienstes richtet der Vorstand grundsätzlich Hintergrunddienste ein. Abweichende Regelungen in den einzelnen Notdienstbereichen bedürfen der Zustimmung des Vorstandes.

Der Beschluss ergeht mit 25 Ja-Stimmen, 1 Nein-Stimme und 1 Stimmenthaltung.

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt, in der Notdienstordnung den § 6 Abs. 5 und Abs. 6 wie folgt zu ändern:

5. Hintergrunddienst (allgemeiner Notdienst)

Der Arzt, der zum Hintergrunddienst eingeteilt ist, wird durch den ausfallenden Arzt, der regionalen Leitstelle/ Vermittlungsstelle, durch den Notdienstbeauftragten oder die KVT über die eingetretene Dienstverpflichtung informiert. Der Arzt hat sich in der Regel innerhalb von 60 Minuten am jeweiligen Notdienststandort einzufinden.

6. Spezielle fachärztliche Notdienste (Rufbereitschaft)

Der Arzt hat sich entsprechend der Terminvereinbarung mit dem Patienten in der Regel innerhalb von **60** Minuten am Praxisort einzufinden.

Der Beschluss ergeht mit 26 Ja-Stimmen und 1 Stimmenthaltung.

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt, in der Notdienstordnung den § 6 Abs. 4 wie folgt zu ändern:

Ist an einzelnen Tagen kein Arzt im Sitzdienst eingeteilt, übernimmt der Arzt im Fahrdienst zusätzlich die Behandlung der Patienten, die sich in der Notdienstzentrale eingefunden haben. Die unter Punkt 2 genannte Regelung zum Sitzdienst gilt im Falle der Durchführung eines Hausbesuches nicht.

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

▪ Förderung der Weiterbildung

Die Vertreterversammlung beschäftigte sich traditionell im Rahmen der Haushaltsvertreterversammlung mit der Verlängerung der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Verlängerung der Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung in Thüringen.

Im hausärztlichen Versorgungsbereich werden 88 und im fachärztlichen Versorgungsbereich werden 88 Stellen für ambulante Weiterbildungsabschnitte mit bis zu 2.000,00 € pro Monat gefördert. Im hausärztlichen Versorgungsbereich erfolgt eine zusätzliche Finanzierung durch die Krankenkassen. Daneben erfolgt im Bereich der Augenheilkunde eine Vollfinanzierung für 12 Stellen für die ambulanten Weiterbildungsabschnitte alleinig durch die KV.

Die Beschlüsse hierzu lauten im Einzelnen wie folgt:

BESCHLUSS

Auf Empfehlung des Vorstandes der KVT beschließt die Vertreterversammlung, der Verlängerung der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung vom 01.01.2014 bis zum 31.12.2014 zuzustimmen. Im Übrigen gelten die Durchführungsbestimmungen der KVT zur Beantragung von Fördermitteln im Rahmen der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin oder Innere und Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Praxis weiter.

Damit müssten für das Jahr 2014 finanzielle Mittel für bis zu 88 Ärzte in Weiterbildung mit einem monatlichen Förderbetrag in Höhe von 2.000,00 € (1.750,00 € Förderung und 250,00 € zur Förderung in unterversorgten bzw. in absehbarer Zeit drohend unterversorgten Gebieten) zur Verfügung gestellt werden.

Der Beschluss ergeht einstimmig.

BESCHLUSS

Auf Empfehlung des Vorstandes der KVT beschließt die Vertreterversammlung, der Verlängerung der Vereinbarung zur Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung in Thüringen vom 01.01.2014 bis zum 31.12.2014 zuzustimmen.

1. Die Durchführungsbestimmungen der KVT zur Beantragung von Fördermitteln im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung in der vertragsärztlichen Praxis gelten weiter.
2. Der Vorbehalt (Teil B Punkt 9) in den Durchführungsbestimmungen zur Beantragung von Fördermitteln im Rahmen der augenärztlichen Weiterbildung und der zusätzlichen finanziellen Stützung der rein konservativ tätigen Augenärzte wurde vom Vorstand in der Sitzung am 05.06.2013 aufgehoben. Darüber hinaus gelten die Durchführungsbestimmungen weiter.

Damit müssten für das Jahr 2014 finanzielle Mittel für bis zu 88 Ärzte in Weiterbildung mit einem monatlichen Förderbetrag in Höhe von 2.000,00 € (1.750,00 € Förderung und 250,00 € zur Förderung in unterversorgten bzw. in absehbarer Zeit drohend unterversorgten Gebieten) zur Verfügung gestellt werden.

Für die zusätzliche Förderung der Weiterbildung im Fachgebiet Augenheilkunde müsste für das Jahr 2014 für bis zu 12 Ärzte in Weiterbildung ein zusätzlicher monatlicher Förderbetrag in Höhe von 1.750,00 € zur Verfügung gestellt werden.

Der Beschluss ergeht einstimmig.

Daneben befasste sich die Vertreterversammlung mit einer Innovation im Bereich der Sicherstellungsmaßnahmen. So informierte der Vorstand über die Idee, am Studiendekanat der Friedrich-Schiller-Universität Jena eine Koordinierungsstelle bzw. einen Ärzte-Scout für Thüringen einzuführen. Dieser soll nicht nur die Studierenden im Bereich des neigungsorientierten Studiums auf die ambulante vertragsärztliche Versorgung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich vorbereiten, sondern er soll vielmehr auch Verbindungen zwischen tätigen Kollegen, ihre Tätigkeit beendenden Kollegen und dem ärztlichen Nachwuchs herbeiführen. Neben der vielfachen Zuständigkeit von Krankenkassen, Landesärztekammern, Kassenärztlichen

Vereinigungen, Koordinierungsstellen und weiteren Zuständigen im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung soll diese Stelle eine koordinierende Funktion besitzen, die ein Anlaufpunkt insbesondere für junge ärztliche Kollegen sein soll.

Die Vertreterversammlung unterstützte diese Idee mit folgendem Beschluss:

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung der KVT beschließt zur Förderung der ambulanten Weiterbildung in verschiedenen Fachgebieten sowie zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung die Einrichtung einer „koordinierenden Stelle“ am Universitätsklinikum Jena und deren anteilige Finanzierung durch die KVT.

Der Beschluss ergeht mit 19 Ja-Stimmen, 2 Nein-Stimmen und 6 Stimmenthaltungen.

▪ Einführung einer Gebührensatzung

Die Vertreterversammlung beschäftigte sich mit der Überlegung, die Verwaltungsverfahren durch eine Gebührenbelegung zu reduzieren. Hintergrund ist die Idee, für all die Widersprüche, die nicht erfolgversprechend sein können und nicht erfolgversprechend sind, eine Gebühr zu erheben. Eine Gebühr in Höhe von 100,00 € soll in diesen Fällen gezahlt werden, wenn der Widerspruch des Arztes oder des Psychotherapeuten durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen abgelehnt wird. Nach intensiver Diskussion zu dem Thema überwog das Interesse, durch die Gebühr von 100,00 € das vielfache Einlegen von Formwidersprüchen, die inhaltlich nicht begründet sind und auch nicht zum Erfolg führen, zu verhindern. Die Gebühr soll erst für die Widersprüche fällig werden, die nach dem Erlass der Gebührensatzung eingelegt worden sind. Die Vertreterversammlung sprach sich letztendlich für die Schaffung einer Gebührensatzung aus und fasste folgenden Beschluss:

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt eine Gebührensatzung, die eine Gebührenerhebung für erfolglose Widerspruchsverfahren beinhaltet.

Der Beschluss ergeht mit 16 Ja-Stimmen, 7 Nein-Stimmen und 4 Stimmenthaltungen.

Im geschlossenen Teil beschäftigte sich die Vertreterversammlung mit dem Jahresabschluss 2012 sowie der Vorstellung und Beschlussfassung des Verwaltungs- und Investitionshaushaltes für das Jahr 2014. Hierzu wird separat berichtet.

Die nächste Sitzung der Vertreterversammlung findet am 05.03.2014, 14.00 Uhr statt.

Termine zur Abrechnungsannahme für das 4. Quartal 2013

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

01.01.2014 bis 10.01.2014

Einreichungen vor dem 01.01.2014 sind ohne Weiteres möglich und müssen der KVT nicht gemeldet werden. Bitte beachten Sie jedoch, dass bei Einreichungen vor den o. g. Terminen der vollständige Betrieb des Portals nicht rund um die Uhr gewährleistet werden kann.

Ihre Ansprechpartner zum **KVT OnlinePortal (KVTOP)**: Sven Dickert, Telefon 03643 559-109
Mandy Seitz, Telefon 03643 559-115

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

Donnerstag und Freitag: 02.01.2014 und 03.01.2014 08:00 – 17:00 Uhr
Montag bis Mittwoch: 06.01.2014 bis 08.01.2014 08:00 – 17:00 Uhr

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

Achtung!

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

Ihre Ansprechpartnerin bei Verlängerung der Abgabefrist:

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

Zentrales Weiterbildungsseminar der Mitteldeutschen Gesellschaft für Katathymes Bilderleben und imaginative Verfahren in der Psychotherapie und Psychologie e.V.

Wann? 16.01.2013 bis 19.01.2013

Wo? Parkhotel Schloss Meisdorf, Allee 5, 06463 Meisdorf/Harz, Telefon 034743 980

Zielgruppe: Hausärzte, Internisten und Psychologische Psychotherapeuten

Organisatorische Fragen beantwortet Ihnen Ines Samuel vom MGKB e.V. und ihre Kontaktdaten lauten

Adresse: Ludwig-Wucherer-Str. 56 in 06108 Halle (Saale)
Telefon: 0345 2902817 (Montag: 16:30 – 19:00 Uhr)
Telefax: 0345 4789961
E-Mail: mgkb.ev@email.de
Internet: www.mgkb.net oder www.mgkb.org

Fortbildungskalender der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
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	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	Veranstaltung ist ausgebucht. 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 Ha- ben fest im Griff (Aufbaukurs) 7 Punkte, Kategorie C	Dipl.-Ök. Sabina Surrey, Gotha	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal 45,00 €
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 – fachärztli- cher 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 Diabetologi- scher Schwerpunktpraxis, Erfurt	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 15.01.2014, 14:00–19:00 Uhr	Arzneimittelregressprophylaxe – nicht verordnungsfähige Medi- kamente unter besonderer Berück- sichtigung der Arzneimittel-Richtlinie	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verord- nungs- und Wirtschaftlichkeitsbera- tung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 15.01.2014, 15:00–18:00 Uhr	Kinder- und Erwachsenenimpfung	Dr. med. Anke Möckel, Leiterin der Abteilung Verordnungsberatung der KVT, Weimar	Praxispersonal Kostenfrei

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

▪ **Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung gemäß § 7 Abs. 3 und § 23 Abs. 2 Nr. 2a GenDG**

Refresherkurs und Wissenstest (Theorie): 08.01.2014, 12:00 bis 18:30 Uhr

Kurs Praktisch-kommunikativer Teil: 15.01.2014, 12:00 bis 18:30 Uhr

Ort: Institut für Humangenetik, Kollegiengasse 10, 07743 Jena

Leitung: Dr. med. Isolde Schreyer, Jena

Gebühr: 100 € (Theorie), 120 € (Praxis)

Zertifizierung: je 9 Punkte, Kategorie A

▪ **Psychosomatische Grundversorgung**

Teil 1 31.01.2014 – 01.02.2014

Teil 2 11.07.2014 – 12.07.2014

Teil 3 10.10.2014 – 11.10.2014

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Dr. med. Margit Venner, Jena

Gebühr: 660 €

Zertifizierung: 50 Punkte, Kategorie H

▪ **Praxisseminar zum Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Typ-2-Diabetes, die nicht Insulin spritzen**

Termin: 05.02.2014, 14:00 Uhr, bis 07.02.2014, 22:00 Uhr

Ort: Universitätsklinikum Jena, Bachstraße 18, 07743 Jena

Leitung: Prof. Dr. med. Ulrich Alfons Müller, Jena

Gebühr: 250 €

Zertifizierung: 10 Punkte, Kategorie C

▪ **Suchtmedizinische Grundversorgung Baustein I – VI**

Kompaktkurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

Baustein I: Grundlagen 1 und 2

Baustein II: Alkohol, Tabak

Baustein III: Medikamente

Baustein IV: Illegale Drogen

Baustein V: Motivierende Gesprächsführung, praktische Umsetzung

Baustein VI: Wahlthema

Termin: 10.02.2014, 09:00 Uhr, bis 15.02.2014, 14:00 Uhr

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Dr. med. Katharina Schoett, Mühlhausen

Gebühr: 600 €

Zertifizierung: 50 Punkte, Kategorie H

▪ **Klinische Elektroenzephalographie im Kindes- und Erwachsenenalter**

Teil 1 – Einführung

Termin: 01.03.2014, 09:30 Uhr, bis 02.03.2014, 13:00 Uhr
Zertifizierung: 18 Punkte, Kategorie C

Teil 2 – Praxis und Klinik

Termin: 01.11.2014, 09:30 Uhr, bis 02.11.2014, 13:00 Uhr
Zertifizierung: 17 Punkte, Kategorie C

Ort: Hotel Frauenberger, Max-Alvary-Straße 11, 99891 Tabarz
Leitung: Doz. Dr. med. habil. Reinhard Both, Jena
Gebühr: je 250 €

▪ **Kompaktkurs Notfallmedizin zur Anerkennung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin**

Termin: 14.03.2014 bis 22.03.2014
Ort: Weimarahalle, UNESCO-Platz 1, 99423 Weimar
Leitung: Dr. med. Jens Reichel, Jena
Gebühr: gebührenpflichtig
Zertifizierung: 80 Punkte, Kategorie H

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

Termin: 14.03.2014, 08:00 bis 18:15 Uhr, 15.03.2014, 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

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

- Unfallchirurgie
- Psychiatrie – mit Schwerpunkt Burnout
- Schmerztherapie

Termin: 11.04.2014, 14:30 bis 19:15 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dr. med. Bernhard Blüher, Altenburg
Gebühr: 120 €
Zertifizierung: 8 Punkte, Kategorie C

▪ **Drogennotfälle**

- Einführung
- Einteilung nach pharmakologischen und klinischen Kriterien
- Darstellung der Substanzen/Substanzgruppen („downer, upper, allrounder“)
- Therapieoptionen für den Notfall
- Diskussion (Fallbesprechung)
- Drogenexperte/Landeskriminalamt

Termin: 04.06.2014, 16:00 bis 19:00 Uhr
Ort: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar
Leitung: PD Dr. med. Michael Kretzschmar, Gera
Gebühr: 45 €
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

▪ Intensivkurs Allgemeinmedizin

Zielgruppe: Allgemeinmediziner und zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung

Termin: 15.05.2014, 09:00 Uhr, bis 17.05.2014, 15:30 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dipl.-Med. Silke Vonau, Nahetal
Gebühr: 300 €
Zertifizierung: 32 Punkte, Kategorie C

Praxispersonal

▪ Notfallseminar für Praxispersonal

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

Termin: 05.02.2014, 17:00 bis 21:00 Uhr
Ort: MVZ FA-Zentrum Kaffeetrichter, Schillerstraße 25, 99096 Erfurt
Leitung: Dr. med. Eberhard Müller, Erfurt
Gebühr: 40 €

▪ Intensivkurs für Medizinische Fachangestellte

Modul 1: Organspende, Hygienemanagement, rechtliche Fragen, Praxisorganisation, Abrechnung, Hilfsmittelverordnung
Modul 2: Impfen, Arzneimittelkunde, wichtige Leitsymptome, Notfälle in der Praxis, Wundversorgung, Präanalytik, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes

Termine: 28.02.2014 – 01.03.2014 (Modul 1)
14.03.2014 – 15.03.2014 (Modul 2)
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena (Modul 1)
Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (Modul 2)
Leitung: Dr. med. Helke Leder, Jena, Doreen Stedry, Greiz
Gebühr: 400 €

▪ Injektionstechniken

- intrakutane Injektion
- subkutane Injektion
- intramuskuläre Injektion
- intravenöse Injektion und Punktion

Termin: 12.03.2014, 16:00 bis 19:00 Uhr
Ort: Ursulinenkloster Erfurt, Trommsdorffstraße 29, 99084 Erfurt

Termin: 26.03.2014, 15:00 bis 18:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Doreen Stedry, Greiz
Gebühr: je 40 €

▪ EKG-Kurs für Praxispersonal mit praktischen Übungen einschließlich Belastungs-EKG im Rahmen des EKG-Kurses für Ärzte

EKG für Praxispersonal: 14.03.2014, 08:00 bis 15:00 Uhr
Belastungs-EKG: 15.03.2014, 09:00 bis 12:00 Uhr

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dr. med. Jana Boer, Erfurt
Gebühr: Bitte erfragen!

Anlage V zum Abschnitt J der Arzneimittel-Richtlinie

Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
1xklysm salinisch	Zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnostischen Eingriffen; nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern.	keine
AMO™ ENDOSOL™	Für intraokulare und topische Spülungen des Auges bei chirurgischen Prozeduren und für diagnostische und therapeutische Maßnahmen.	1. November 2015
Ampuwa® für Spülzwecke	- Zur Anfeuchtung von Tamponaden und Verbänden, - Zur Atemluftbefeuchtung nur zur Anwendung in geschlossenen Systemen in medizinisch notwendigen Fällen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.	7. Juni 2017
Amvisc™	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt	14. Oktober 2015
Amvisc™ Plus	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt	14. Oktober 2015
Aqua B. Braun	- zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen - zur Spülung von Wunden und Verbrennungen - zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden - zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern - zur mechanischen Augenspülung	7. Mai 2018
Bausch & Lomb Balanced Salt Solution	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	14. Oktober 2015
BSS DISTRA-SOL	Zur Spülung der Vorderkammer während Kataraktoperationen und anderen intraokularen Eingriffen	5. Januar 2015

BSS NL250/NL500	Zur Spülung des chirurgischen intra- oder extraokularen Operationsbereiches	11. März 2015
BSS PLUS® (Alcon Pharma GmbH)	Als intraokulare Spüllösung bei chirurgischen Eingriffen im Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist.	9. April 2017
BSS® STERILE SPÜLLÖSUNG (Alcon Pharma GmbH)	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	9. April 2017
Dimet®20	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall	keine
Dk-line®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluzierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperaum.	14. Oktober 2015
Dr. Deppe EndoStar®-Lavage	Darmreinigung zur Vorbereitung einer Darmspiegelung bei Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr.	10. Juni 2012
DuoVisc®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraocularlinse.	9. April 2017
EtoPril®	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.	keine
EyE-Lotion BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	21. Dezember 2013
Freka-Clyss®	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (mit Ausnahme von Säuglingen und Kleinkindern) und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien.	7. Juni 2017

Freka Drainjet® NaCl 0,9 %	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darmtrakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden.	6. Juni 2018
Freka Drainjet® Purisolet SM verdünnt	Intra- und postoperative Blasenspülung bei urologischen Eingriffen.	6. Juni 2018
Globance® Lavage	Zur Behandlung vor diagnostischen Eingriffen bei Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.	7. Juni 2012
Globance® Lavage Apfel	Zur Behandlung vor diagnostischen Eingriffen bei Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.	7. Juni 2012
Healon®	Für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen	1. November 2016
HEALON5®	Viskoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen am vorderen Augenabschnitt	1. November 2016
HEALON GV®	Viscoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen am vorderen Augenabschnitt.	1. November 2016
HSO®	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.	15. März 2015
HSO® PLUS	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.	15. März 2015
HYLO®-GEL	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen (trockenes Auge Grad 2), Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.	5. März 2014
IsoFree	Als isotone Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	17. März 2017
Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango)	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	12. September 2018

Jacutin® Pedicul Fluid	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.	keine
Klistier Fresenius	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (mit Ausnahme von Säuglingen und Kleinkindern) und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien.	7. Juni 2017
Lubricano® Steriles Gel	Zur Anwendung bei Patienten mit Katheterisierung.	13. Januar 2014
Macrogol 1 A Pharma®	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	30. November 2015
Macrogol AbZ	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	11. Juli 2016

<p>Macrogol AL</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	<p>27. März 2012</p>
<p>Macrogol-CT Abführpulver</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	<p>11. Juli 2016</p>
<p>Macrogol dura®</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase;</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	<p>14. April 2018</p>
<p>Macrogol HEXAL®</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	<p>30. November 2015</p>

<p>Macrogol-ratiopharm®</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	<p>11. Juli 2016</p>
<p>Macrogol Sandoz®</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	<p>30. November 2015</p>
<p>Macrogol STADA®</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	<p>27. März 2012</p>
<p>Macrogol TAD®</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	<p>25. November 2017</p>

Medicoforum Laxativ	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase;</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	11. Mai 2018
Mosquito® med LäuseShampoo	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.	Keine
MucoClear® 6 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem 6. Lebensjahr.	15. August 2017
MOVICOL®	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	27. Januar 2016
MOVICOL® flüssig Orange	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	27. Januar 2016
MOVICOL® Junior aromafrei	Für Kinder im Alter von 2 bis 11 Jahren zur Behandlung von Obstipation, für Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren zur Behandlung von Koprostase.	27. Januar 2016

MOVICOL® Junior Schoko	Für Kinder im Alter von 2 bis 11 Jahren zur Behandlung der Obstipation.	27. Januar 2016
NaCl 0,9 % B. Braun	<ul style="list-style-type: none"> - zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen - zur Spülung von Wunden und Verbrennungen - zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden - zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Kathetern - zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen - zur mechanischen Augenspülung 	7. Mai 2018
NaCl 0,9 % Fresenius Kabi	<p>Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darmtrakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden;</p> <p>jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.</p>	7. Juni 2017
Nebusal™ 7 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ≥ 6 Jahre.	10. Februar 2015
NYDA®	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.	6. Dezember 2017
OcuCoat®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	14. Oktober 2015
Oculentis BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	29. August 2015
Okta-line™	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.	14. Oktober 2015
Oxane® 1300	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.	14. Oktober 2015

Oxane® 5700	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.	14. Oktober 2015
Pädiasalin® Inhalationslösung	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	17. März 2017
Paranix® ohne Nissenkamm	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung bei Kopflausbefall.	Keine
PARI NaCl Inhalationslösung	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	12. November 2018
Pe-Ha-Luron® 1.0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes	30. April 2014
Pe-Ha-Visco (2,0 %)	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	4. Mai 2014
polyvisc® 2,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	27. Januar 2016
polysol®	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	27. Januar 2016
ProVisc®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse (IOL)	9. April 2017
PURI CLEAR	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	29. November 2013
Purisole® SM verdünnt	Intra- und postoperative Blasenspülung bei urologischen Eingriffen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.	7. Juni 2017

Ringer B. Braun	<ul style="list-style-type: none"> - zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen - zur Spülung von Wunden und Verbrennungen - zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen 	7. Mai 2018
Ringer Fresenius Spüllösung	<p>Zum Freispülen des Operationsgebietes und zum Feuchthalten des Gewebes,</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur Wundspülung bei äußeren Traumen und Verbrennungen, - zur Spülung bei diagnostischen Untersuchungen; - zum Befeuchten von Wunden und Verbänden <p>jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.</p>	7. Juni 2017
Saliva natura	Zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.	keine
Sentol®	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	27. Januar 2016
Serag BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	9. Juni 2015
Serumwerk-Augenspüllösung BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	21. Dezember 2013
VISCOAT®	Zur Anwendung bei ophthalmologischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt, insbesondere bei Kataraktextraktion und Intraokularlinsen-Implantation.	9. April 2017
Visco HYAL 1.0	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	29. August 2015
Visco HYAL 1.4+	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	29. August 2015
VISMED®	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid)	15. Januar 2017
VISMED® MULTI	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid)	15. Januar 2017
Z-HYALIN®	Zur Unterstützung intraokularer Eingriffe am vorderen Augenabschnitt bei Katarakt-Operationen.	1. Mai 2016

Beschluss



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage VI - Off-Label-Use Hydroxycarbamid bei chronischer myelomonozytärer Leukämie

Vom 18. Juli 2013

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Juli 2013 beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Dezember 2008 / 22. Januar 2009 (BAnz. Nr. 49a vom 31. März 2009), zuletzt geändert am 15. August 2013 (BAnz AT 04.10.2013 B3), wie folgt zu ändern:

I. Die Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie wird im Teil A wie folgt ergänzt:

„XIV. Hydroxycarbamid bei chronischer myelomonozytärer Leukämie

1. Hinweise zur Anwendung von Hydroxycarbamid bei chronischer myelomonozytärer Leukämie gemäß § 30 Absatz 2 AM-RL
 - a) Nicht zugelassenes Anwendungsgebiet (Off-Label-Indikation):

Patienten/innen mit einer chronischen myelomonozytären Leukämie (CMML), definiert nach der FAB-Klassifikation mit einer Monozytose $> 1.000/\mu\text{l}$ im Blut und einem Blastenanteil im Knochenmark $< 30\%$, bei denen eine Indikation für eine zytostatische Therapie besteht (siehe „Spezielle Patientengruppe“) oder bei Patienten mit CMML nach Übergang in eine akute myeloische Leukämie (AML, Blastenanteil im Knochenmark $\geq 30\%$), die eine Kontraindikation für eine aggressive Induktionschemotherapie mit einem konventionellen AML-Protokoll aufweisen.
 - b) Behandlungsziel:

Palliative Therapie zur Überlebenszeitverlängerung
 - c) Folgende Wirkstoffe sind zugelassen:

Für eine Untergruppe der CMML-Patienten/innen ist 5-Azacitidine zugelassen:
Patienten, die nicht für eine Behandlung mit allogener Stammzelltransplantation geeignet sind und eine CMML mit $10 - 29\%$ Knochenmarkblasten ohne myeloproliferative Störung aufweisen.
 - d) Spezielle Patientengruppe:

CMML-Patienten/innen, bei denen eine Indikation zur zytostatischen Chemotherapie besteht.

Eine Indikation zur zytostatischen Chemotherapie besteht in der Regel, wenn zwei der folgenden Merkmale vorliegen:

- Leukozyten $> 16.000/\mu\text{l}$, Hämoglobin $< 10 \text{ g/dl}$, Thrombozyten $< 100.000/\mu\text{l}$, Blasten im Knochenmark $> 5 \%$, Splenomegalie $> 5 \text{ cm}$ unterhalb Rippenbogen

und / oder wenn eines der folgenden Merkmale vorliegt:

- zytologisch oder histologisch nachgewiesene Beteiligung anderer Organe als Milz, Leber und Lymphknoten, histologisch gesicherte Hautbeteiligung, zytologisch gesicherter Befall bei Pleura- / Perikarderguss oder Aszites.

Diese Merkmale sichern, dass keine Niedrigrisikopatienten therapiert werden. Nach heutigem Kenntnisstand sind zudem erhöhter Laktatdehydrogenase-Wert und ungünstiger Karyotyp als weitere Risikomerkmale zu nennen.

e) Patienten, die nicht behandelt werden sollten:

Patienten mit Leukozyten $< 5.000/\mu\text{l}$, sofern keine zytologisch oder histologisch nachgewiesene therapiebedürftige Organbeteiligung vorliegt (siehe „Spezielle Patientengruppe“).

f) Dosierung:

Initiale Dosis: 2 x 500 mg Hydroxycarbamid per os täglich.

Bei viszeraler Beteiligung, drohendem oder bereits erfolgten AML-Übergang: initiale Dosis 2 x 1.000 mg Hydroxycarbamid per os täglich.

Die weitere Dosierung soll dem Leukozytenverlauf angepasst werden. Es sollen Leukozytenwerte zwischen $5.000/\mu\text{l}$ und $10.000/\mu\text{l}$ angestrebt werden. In den Dosierungsempfehlungen der Phase 3-Studie von Wattel et al. (1996) wurde als maximale Tagesdosis 2 x 2 g angegeben.

Bei ausgeprägter Granulo- und/oder Thrombozytopenie sind engmaschige Blutbildkontrollen erforderlich und rechtzeitig eine Dosisreduktion von Hydroxycarbamid bzw. supportive Maßnahmen wie Antibiotikaprophylaxe und/oder Thrombozytentransfusionen in Erwägung zu ziehen.

g) Behandlungsdauer:

Es handelt sich um eine orale Dauertherapie, die so lange fortgeführt wird, wie die CMML ausreichend kontrolliert werden kann.

h) Wann sollte die Behandlung abgebrochen werden?

Die Hydroxycarbamidtherapie soll abgebrochen werden, wenn auch bei der maximal tolerablen Dosis eine ausreichende Kontrolle der Leukozytose oder der Organinfiltration nicht (mehr) erreicht werden kann.

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

Insbesondere bei ausgeprägter Leukozytose muss mit der Entwicklung eines Tumorlysesyndroms gerechnet werden. Deshalb sind entsprechende Vorsichtsmaßnahmen zu ergreifen, eine ausreichende Diurese ist zu gewährleisten und ggf. die Gabe von Allopurinol in Betracht zu ziehen.

Häufige Nebenwirkungen sind Granulozytopenie, Anämie, Thrombozytopenie und Hautreaktionen.

Die Fachinformation ist unbedingt zu beachten.

j) Weitere Besonderheiten

Die Behandlung soll von einem Facharzt/ einer Fachärztin für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie durchgeführt werden.

k) Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmers:

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

1 A Pharma GmbH, axicorp Pharma GmbH, EMRAmed Arzneimittel GmbH, EurimPharm Arzneimittel GmbH, Hexal AG und medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH.

Nicht verordnungsfähig sind in diesem Zusammenhang die Hydroxycarbamid-haltigen Arzneimittel der Firmen *A.C.A. Müller ADAG Pharma AG, Addmedica, ADL Pharma GmbH, BERAGENA Arzneimittel GmbH, Bristol-Myers Squibb GmbH, CC-Pharma GmbH, kohlpharma GmbH, Medicopharm AG und Pharma Westen GmbH*, da keine entsprechende Erklärung vorliegt.

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

entfällt“

II. Die Änderung tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

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

Berlin, den 18. Juli 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Beschluss



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage VI - Off-Label-Use Imiquimod zur Behandlung analer Dysplasien als Präkanzerosen bei HIV

Vom 18. Juli 2013

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Juli 2013 beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Dezember 2008 / 22. Januar 2009 (BAnz. Nr. 49a vom 31. März 2009), zuletzt geändert am 15. August 2013 (BAnz AT 04.10.2013 B3), wie folgt zu ändern:

- I. Die Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie wird im Teil A wie folgt ergänzt:
 - „XV. Imiquimod zur Behandlung analer Dysplasien als Präkanzerosen bei HIV
 1. Hinweise zur Anwendung von Imiquimod zur Behandlung analer Dysplasien als Präkanzerosen bei HIV gemäß § 30 Abs. 2 AM-RL
 - a) Nicht zugelassenes Anwendungsgebiet (Off-Label-Indikation):

Imiquimod zur Behandlung hochgradiger analer intraepithelialer Dysplasien (AIN) als Präkanzerosen bei HIV-infizierten Personen unter antiretroviraler Therapie.
 - b) Behandlungsziel:

Rückbildung oder „Downgrading“ der AIN
 - c) Folgende Wirkstoffe sind zugelassen:

Es sind im Geltungsbereich des AMG keine Arzneimittel zur Behandlung analer Dysplasien als Präkanzerosen bei HIV zugelassen.
 - d) Spezielle Patientengruppe:

Nachweis einer HIV-Infektion bei den Patienten, unabhängig vom Virusload und der aktuellen CD4-Zellzahl. Keine Einschränkungen hinsichtlich der beteiligten HPV-8 Typen oder opportunistischer Infektionen.
 - e) Patienten, die nicht behandelt werden sollten:

Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Imiquimod.
 - f) Dosierung:

½ Sacht Imiquimod-Creme 5% topisch 3x pro Woche; bei starken lokalen Reizungen Aussetzen für mehrere Tage bis zum Abklingen der Reizung.
 - g) Behandlungsdauer:

BAnz AT 15.10.2013 B4

Behandlungsdauer mind. 16 Wochen, bei Nicht-Ansprechen Fortführung für weitere 16 Wochen.

h) Wann sollte die Behandlung abgebrochen werden?

Die Behandlung ist nach 32 Wochen Therapie zu beenden, wenn kein Therapieerfolg beobachtet wird.

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

Sind nicht bekannt.

j) Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmers:

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

axicorp Pharma GmbH, EMRAmed Arzneimittel GmbH, EurimPharm Arzneimittel GmbH, MEDA Pharma GmbH & Co. KG und Pharma Gerke GmbH.

Nicht verordnungsfähig sind in diesem Zusammenhang die Imiquimod-haltigen Arzneimittel der Firmen BERAGENA Arzneimittel GmbH, CC-Pharma GmbH, kohlpharma GmbH, Laboratoires 3M, Medicopharm AG und Pharma Westen GmbH, da keine entsprechende Erklärung vorliegt.

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

entfällt“

II. Die Änderung tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

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

Berlin, den 18. Juli 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Hinweise zum Off-Label-Use unter Beachtung der Arzneimittel-Richtlinie

Arzneimittel dürfen grundsätzlich nur für diejenigen Indikationen eingesetzt werden, für die sie in Deutschland bzw. europaweit eine Zulassung besitzen. Diese in der Fachinformation angegebenen Indikationen inklusive der Dosierungen sind zu beachten. Eine Verordnung von Medikamenten außerhalb der zugelassenen Indikation (Off-Label-Use) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist grundsätzlich ausgeschlossen, es besteht die Gefahr einer Regressforderung seitens der Krankenkassen.

In der Arzneimittel-Richtlinie soll der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen, welche der bewerteten Arzneimittel in den nicht zugelassenen Anwendungsgebieten verordnungsfähig sind. Nach Anlage VI, **Teil A** sind derzeit unter Beachtung der dazu gegebenen Hinweise und Voraussetzungen im Off-Label-Use nachfolgende Wirkstoffe (teilweise nur Präparate bestimmter Hersteller) **verordnungsfähig**:

- I. unbesetzt
- II. unbesetzt
- III. Carboplatin-haltige Arzneimittel bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom – Kombinationstherapie
- IV. Dinatriumcromoglycat-haltige Arzneimittel (oral) bei systemischer Mastozytose
- V. Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter
- VI. Anwendung von Fludarabin bei anderen als in der Zulassung genannten niedrig bzw. intermediär malignen B-Non-Hodgkin-Lymphomen als chronische lymphatische Leukämie
- VII. Etoposid bei Ewing-Tumoren in verschiedenen Kombinationen
- VIII. Doxorubicin beim Merkelzellkarzinom
- IX. Verapamil zur Prophylaxe des Clusterkopfschmerzes
- X. Clostridium botulinum Toxin Typ A bei Spasmodischer Dystonie
- XI. Irinotecan bei kleinzelligem Bronchial-Karzinom, extensive Disease
- XII. Intravenöse Immunglobuline bei Polymyositis (Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf) und bei Dermatomyositis im Erwachsenenalter (Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf)
- XIII. 5-Fluorouracil in Kombination mit Mitomycin und Bestrahlung bei Analkarzinom
- XIV. Hydroxycarbamid bei chronischer myelomonozytärer Leukämie
- XV. Imiquimod zur Behandlung analer Dysplasien als Präkanzerosen bei HIV

Die Anlage VI, Teil B führt die im Off-Label-Use ausgeschlossenen Arzneimittel auf. Nach **Teil B** sind im Off-label-use **nicht verordnungsfähig**:

- I. unbesetzt
- II. Inhalatives Interleukin-2 (Proleukin®) zur Therapie des Nierenzellkarzinoms
- III. Interleukin-2 in der systemischen Anwendung beim metastasierten malignen Melanom
- IV. Gemcitabin in der Monotherapie beim Mammakarzinom der Frau
- V. Octreotid beim hepatozellulären Karzinom
- VI. Amantadin bei der Multiplen Sklerose zur Behandlung der Fatigue
- VII. Valproinsäure für die Migräneprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen
- VIII. Dapson in der Monotherapie zur Behandlung der Pneumocystis carinii
- IX. Aldesleukin (auch als Adjuvans) bei HIV/AIDS
- X. Intravenöse Immunglobuline bei HIV/AIDS im Erwachsenenalter (auch als Adjuvans)
- XI. Doxorubicin bei Gliomrezidiv
- XII. Etoposid bei (Weichteil-)Sarkomen des Erwachsenen in Kombination mit Carboplatin

Bevor der Arzt ein Arzneimittel außerhalb der Zulassung zu Lasten der GKV verordnet, muss er – soweit das Medikament nicht in Anlage VI, Teil A der Arzneimittel-Richtlinie gelistet ist – prüfen, ob die von der Rechtsprechung formulierten Voraussetzungen für seine Verordnung gegeben sind.

Mit dem Urteil vom 19.03.2002 hat das Bundessozialgericht (BSG) folgende kumulative Voraussetzungen aufgestellt, die eine Leistungspflicht der GKV begründen:

- **schwerwiegende** (lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende) **Erkrankung und**
- **keine andere Therapie verfügbar und**
- aufgrund der Datenlage besteht **begründete Aussicht**, dass mit dem betreffenden Präparat ein **Behandlungserfolg** (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann.

Die Anwendung muss jedoch hierbei medizinisch-fachlich **unumstritten** sein. Sofern die vom BSG aufgestellten Voraussetzungen nicht gegeben sind, scheidet eine Verordnung zu Lasten der GKV auf Arzneimittel-Rezept (Muster 16) aus.

Aufgrund der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 06.12.2005 hat das BSG u. a. in seiner Entscheidung vom 04.04.2006 bei Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung seine Rechtsprechung weiter angepasst. Unter anderem wurde die hohe Hürde der dritten Voraussetzung zum Off-Label-Use insofern gesenkt, als bei der Behandlung einer **lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheit** die Therapie eine auf Indizien gestützte nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bieten muss.

In diesem Sonderfall einer notstandsähnlichen Situation kann die Krankenkasse auch dann zur Kostenübernahme verpflichtet sein, wenn das Medikament Off-Label oder sogar ganz ohne eine in Deutschland gültige Zulassung eingesetzt werden soll. Eine denkbare notstandsähnliche Situation stellt einen Einzelfall einer Ausnahmesituation dar und kann auch nur als solcher geprüft und bewertet werden.

Im Beschluss vom 31.05.2006 äußert sich das BSG zur Frage, wie sich der Vertragsarzt im Falle eines Off-Label-Use zu verhalten hat und gibt folgende Empfehlung ab:

Im Falle eines Off-Label-Use kann der Arzt für die Verordnung von Arzneimitteln, die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse ausgeschlossen sind, eine Privatverordnung ausfertigen. Der Patient muss sich dann um Kostenerstattung bei seiner Krankenkasse bemühen.

Bei medizinisch-fachlich umstrittenem Off-label-Use kann der Arzt auch zunächst die Auffassung der Krankenkasse als Kostenträger einholen und im Ablehnungsfall dem Patienten ein Privatrezept ausstellen.

Ermöglicht der Vertragsarzt indessen eine entsprechende Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse nicht, sondern stellt er ohne vorherige Rückfrage bei dieser eine vertragsärztliche Verordnung aus und löst der Patient diese in der Apotheke ein, so sind damit die Arzneikosten angefallen, die die Krankenkasse beim verordnenden Arzt regressieren darf.

Für die Verordnung im Rahmen des Off-Label-Use sollte der Vertragsarzt unbedingt die schriftlichem Zustimmung der jeweiligen Krankenkasse einholen. Ansonsten setze er sich, nach dem Urteil des BSG vom 20.03.2013, der Gefahr eines Regresses aus.

Wenn sich der Arzt auf eine telefonische Auskunft verlassen will, dann sollte er auf alle Fälle Tag und Uhrzeit des Telefonats, den Namen des Mitarbeiters und dessen Funktion innerhalb der Krankenkasse notieren. Darüber hinaus sollte der genaue Inhalt des Telefonats protokolliert werden, da eine mündliche Zusage wohl nur dann Vertrauensschutz begründet, wenn ein für das Leistungsrecht der Krankenkasse zuständiger Mitarbeiter in Kenntnis der Problematik die Aussage macht, dass im konkreten Fall das fragliche Medikament zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden kann. Ein üblicher Spruch, dass die Krankenkasse die Kosten aller notwendigen Medikamente übernimmt, begründet mit Sicherheit keinen Vertrauensschutz für den verordnenden Arzt.

Unabhängig von o. g. Ausführungen sind bei Durchführung eines Off-Label-Use unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten diverse weitere Vorgaben zu beachten. So muss der Arzt den Patienten darüber aufklären, dass die Verordnung grundsätzlich nicht zu Lasten der GKV zulässig ist und er die Möglichkeit hat, das Medikament (prinzipiell oder im Falle einer Arztanfrage bei der Krankenkasse im Ablehnungsfall) auf eigene Kosten zu erhalten (Privatliquidation). Außerdem muss der Arzt den Patienten sowohl über die noch fehlende Zulassung als auch über die möglichen Risiken des im Off-Label-Use verordneten Medikaments aufklären. Nach den Urteilen des Bundesgerichtshofs vom 27.03.2007 und 17.04.2007 hat der Arzt dem Patienten darüber hinaus unmissverständlich zu verdeutlichen, dass der Off-Label-Use die Möglichkeit unbekannter Risiken birgt.

Der Patient muss in die Lage versetzt werden, für sich sorgfältig abzuwägen, ob er sich nach der herkömmlichen Methode mit bekannten Risiken oder im Off-Label-Use unter Berücksichtigung der in Aussicht gestellten Vorteile und der noch nicht in jeder Hinsicht bekannten Gefahren behandeln lassen möchte.¹

Bei der Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikation muss der Arzt den Patienten entsprechend aufklären. Er handelt auf eigene Verantwortung und mit erweiterter Begründungs- und Dokumentationspflicht in der Patientenakte.

¹ siehe auch Artikel Off-Label-Use, Haftungsrisiken und Haftungsprophylaxe von M. Andreas in ArztRecht 11/2007