



## Editorial

Wartezeiten auf einen Facharzttermin in Thüringen: kein unlösbares Problem!

## Ihre Fachinformationen

▪ <b>Abrechnung/Honorarverteilung</b>	
Weitere Änderungen des EBM beschlossen	1
▪ <b>Verordnung und Wirtschaftlichkeit</b>	
LANR-bezogene Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel 2014	2
Wirtschaftlichkeitsziele nach Arzneimittelvereinbarung 2014 in Thüringen	3
Änderung der Arzneimittel-Richtlinie	4
Wirkstoff AKTUELL zu Ivabradin und Asenapin	5
Vorteile bei Verordnungen ohne Aut-idem-Kreuz	5
Impfung gegen Rotaviren jetzt GKV-Leistung	6
Praxisinformationen zu Heilmittelausgaben jetzt auch unter KVTOP	6
Verbandwechsel bei suprapubischem Blasenkatheter – Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie	6
▪ <b>Ärztlicher Notdienst</b>	
Neuer Zugang für das Dienstplanportal Notdienst	7
▪ <b>Qualitätssicherung</b>	
Gutes Kodieren der Diagnosen in der vertragsärztlichen Versorgung	8
▪ <b>Disease-Management-Programme</b>	
DMP-Informationsveranstaltungen zu den neuen Verträgen	8
Informationen zu den einzelnen DMP-Verträgen und den neuen Qualitätsboni	9
Berichte der Gemeinsamen Einrichtung	11
▪ <b>Verträge</b>	
Änderungsvereinbarung zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger	13
Erweiterung des Vertrages zur Durchführung einer Patientenbegleitung mit der Bosch BKK	13
▪ <b>Alles was Recht ist</b>	
Verletzung vertragsärztlicher Pflichten – Disziplinarverfahren	15
Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag	16

## ■ Informationen

Patiententelefon, Patientenanfragen und -beschwerden	18
Thüringer Gesundheitsmesse auf der Messe Erfurt	18
Neue Befragungsrunde beginnt am 10. Februar bundesweit	20

## Terminkalender

---

Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena	20
9. Geraer Symposium „Ambulante Chirurgie“	20
Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen	21
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	24

## Anlagen

---

Anlage 1 – Wirkstoff AKTUELL zu Ivabradin (6/2013)	
Anlage 2 – Wirkstoff AKTUELL zu Asenapin (7/2013)	
Anlage 3 – Vereinbarung nach § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V zur Berücksichtigung von Vorab-Praxisbesonderheiten nach § 106 Abs. 5a SGB V	
Anlage 4 – Leistungsbeschreibung über eine Änderung der Richtlinie über die Versorgung von häuslicher Krankenpflege	
Anlage 5 – Anmeldeformular für die Informationsveranstaltung zu den Vertragsänderungen DMP	
Anlage 6 – Bekanntgabe der Änderungsvereinbarung zum Vertrag gem. § 34 Abs. 3 SGB VII	

## Beilagen

---

Praxisinformationen der KBV: Unfallversicherung	
Durchgangsarztbericht (Formular F 1000)	
Flyer zu den 10. Mitteldeutschen Fortbildungstagen in Leipzig	
10 Flyer und ein Plakat zur Gesundheitsmesse in Erfurt	
Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)	
Sachwortverzeichnis für die Rundschreiben 1 bis 12/2013 einschl. Inhaltsverzeichnis der Verordnung und Wirtschaftlichkeit	

---

## 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:	<a href="http://www.kvt.de">www.kvt.de</a>
E-Mail:	<a href="mailto:info@kvt.de">info@kvt.de</a>
Druck:	Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

## Wartezeiten auf einen Facharzttermin in Thüringen: kein unlösbares Problem!

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

wer mit einer Überweisung in Thüringen zum Facharzt kommt, erhält den nächsten freien Termin angeboten. Gutes Terminmanagement ist so angelegt, dass für Notfälle und für kollektional erbetene Dringlichkeitsvorstellungen in der Sprechstunde Luft bleibt. Wegen des hohen Behandlungsbedarfes einer im Bundesvergleich relativ älteren und kränkeren Bevölkerung bei relativ geringerer Arztdichte bestehen in vielen Thüringer Facharztpraxen lange Wartezeiten auf einen Termin.

Die niedergelassenen und ambulant angestellten Fachärzte könnten insgesamt mehr Patienten versorgen, wenn Sie nicht häufig neben ihrer Vertragsarztpraxis weiteren Tätigkeiten nachgehen würden, die besser vergütet werden als die Arbeit im GKV-Budget. Bei gedeckeltem Kassenhonorar führt Mehrarbeit zu sinkenden Preisen bei steigenden Kosten, das kann sich niemand leisten. Das politische Motiv des Gesetzgebers für das Budget ist dasselbe wie für die gesetzliche Begrenzung der Niederlassungsfreiheit: Kostendämpfung durch reduzierte Angebotskapazitäten. Daraus ergibt sich logisch, dass eine Verkürzung der Wartezeiten nur durch eine Lockerung des Budgets mit finanziellem Aufwand der Krankenkassen erreicht werden kann. Aus zusätzlich bereitgestelltem Geld der GKV würden sich Kapazitätsreserven im System zielgenau und rationell heben lassen, ohne dass Neuzulassungen über den Bedarfsplan hinaus oder Ausweitungen ambulanter Krankenhaustätigkeit notwendig wären. Deswegen verhandeln wir mit den gesetzlichen Krankenkassen über die Ausbudgetierung von konkreten Leistungen, deren Sicherstellung in

Thüringen problematisch zu werden droht. Auch die neue Regierung wird nicht daran vorbeikommen, dass eine wünschenswerte Verbesserung der Versorgung Geld kostet.<sup>1</sup>

Die 2013 durchgeführte repräsentative Befragung der Versicherten durch das FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH ergab für Thüringen, dass 45 % der ambulant behandelten GKV-Patienten bei ihrem letzten Arztbesuch sofort einen Termin bekamen bzw. maximal drei Tage auf einen Arzttermin warten mussten und 81 % der Thüringer Befragten mit der Terminvergabe zufrieden waren.

Unsere Beratenden Fachausschüsse für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung werden in Kürze darüber beraten, ob und wie eine Kennzeichnung der medizinischen Dringlichkeit auf Überweisungsscheinen als flächendeckende Kommunikationsvereinbarung zwischen den Versorgungsbereichen eingeführt werden könnte.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



Dr. med. Thomas Schröter

2. Vorsitzender

---

<sup>1</sup> siehe Pressemitteilung der KVT vom 12.11.2013 zur Koalitionsvereinbarung auf Rückseite des Editorials

# Pressemitteilung

Weimar, 12.11.2013

## **Wartezeiten-Luxus: Untaugliche Idee für Mangelverwaltung im Facharztsektor**

### **Thüringer Ärzte und Psychotherapeuten fordern mehr Wertschätzung ihrer Arbeit durch Politiker**

Mit Sorge verfolgen die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) die Koalitionsverhandlungen zur Gesundheitspolitik. In einigen Regionen aufgetretene Schwierigkeiten von Patienten, einen Termin beim Augenarzt zu bekommen, hatten für Schlagzeilen gesorgt. Auch in anderen Fachgebieten der ambulanten Grundversorgung gibt es relativ weniger Ärzte pro Einwohner bei einem höheren Alter und einer höheren Krankheitslast der Bevölkerung gegenüber dem Bundesdurchschnitt. Daher müssen die Praxen in Thüringen Tag und Nacht ein Drittel mehr Patienten versorgen als in den Bundesländern, aus denen die meisten Gesundheitspolitiker der Koalition kommen.

„Die Vorstellung, demografisch bedingte Engpässe in der medizinischen Versorgung mit einer gesetzlichen Festlegung von Wartezeiten lösen zu können, zeugt von Unkenntnis der Problemursachen“, sagt Dr. med. Annette Rommel, 1. Vorsitzende der KVT. „Die Hausärzte stellen viele Überweisungen zu Fachärzten aus, bei denen ganz unterschiedliche Dringlichkeiten vorliegen. Die Berücksichtigung der Dringlichkeit in der Rangfolge der Terminvergabe ist ein Thema, an dem wir Ärzte innerhalb unserer Gremien arbeiten. Es wäre bedauerlich, wenn mit der neuen Koalition eine Misstrauenskultur gegenüber der ärztlichen Selbstverwaltung in die Gesundheitspolitik zurückkehren würde.“

Auch Dr. med. Thomas Schröter, fachärztlich tätiger Internist und 2. Vorsitzender, sieht in den bekannt gewordenen Koalitionsplänen einen Ausdruck mangelnder Wertschätzung für die teilweise am Rand ihrer Kräfte arbeitenden niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in seiner KV. „Die Krankenhäuser unserer Region kämpfen ebenfalls mit einem Facharztmangel, sie sind durch Medizinische Versorgungszentren bereits stärker als anderenorts mit dem ambulanten Sektor verzahnt. In allen Strukturen fehlen die Mittel, um die Nachfrage nach qualifizierter Facharztmedizin ohne lange Wartezeiten zu befriedigen und mehr Nachwuchs weiterzubilden.“, erläutert Schröter und leitet daraus ab: „Die Politik sollte bestehende Budgetzwänge lockern, damit zusätzliche Kapazitäten finanziert werden können. Bei derzeit 75 % Honorarquote der Fachärzte noch mehr Leistung aus dem überlasteten System pressen zu wollen, wird nicht funktionieren.“

Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

Telefon: 03643 559-190  
Telefax: 03643 559-191

E-Mail: [info@kvt.de](mailto:info@kvt.de)  
Internet: [www.kvt.de](http://www.kvt.de)

## Abrechnung/Honorarverteilung

### Weitere Änderungen des EBM beschlossen

Am 18.12.2013 wurden weitere Änderungen des EBM im (Erweiterten) Bewertungsausschuss beschlossen. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um folgende Änderungen:

1. Änderungen im Haus- und Kinderarztbereich **zum 01.10.2013**
    - Haus- und Kinderärzte erhalten im Vertretungsfall zusätzlich zur hälftigen Versichertenpauschale eine hälftige Vorhaltepauschale nach GOP 03040/04040. Nach der alten Regelung war das ausgeschlossen. Auch diese hälftige Vorhaltepauschale wird von der KV zugesetzt.
    - Die Anmerkung im EBM zum ausführlichen Gespräch (GOP 03230/04230), dass bei Nebeneinanderberechnung der Versichertenpauschale und des ausführlichen Gesprächs eine gewisse Mindestdauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit Voraussetzung für die Berechnung der GOP 03230/04230 ist, wird gestrichen.
  2. Änderung im Hausarztbereich **zum 01.01.2014**
    - Die Berechnung der GOP 03362 setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten nach der GOP 03360 voraus. Die Diagnostik im Vorfeld kann also auch von einem anderen Arzt erbracht worden sein, darf aber nicht länger als vier Quartale zurückliegen.
  3. Änderungen im Kinderarztbereich **zum 01.04.2014**
    - Die Chronikerpauschalen nach GOP 04220/04221 sind im Behandlungsfall u. a. nicht neben Leistungen der Kapitel 4.4 und 4.5 (Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin oder Pädiatrische Zusatzweiterbildung) berechnungsfähig.
  4. Neuaufnahme der GOP 01771 **zum 01.01.2014**
    - als Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 01770 bei der Ultraschalluntersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie im 2. Trimenon gemäß Anlage 1a der Mutterschafts-Richtlinien
- Wichtiger Hinweis:**  
Diese Leistung ist seit 01.01.2014 ausschließlich nach EBM abzurechnen. Die Abrechnung der bisher gültigen GOP 99127 und 99128 oder entsprechende Privatliquidationen sind seit 01.01.2014 nicht mehr möglich.
5. Änderungen bei der Knochendichtemessung **zum 01.01.2014**
    - Es erfolgt die Neuaufnahme der GOP 34601 für die erweiterte Indikation bei der Knochendichtemessung.
    - Beide osteodensitometrischen Untersuchungen nach den GOP 34600 und 34601 erfolgen mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometrie). **Die Erbringung der CT-gestützten Osteodensitometrie als Photonenabsorptions-Technik erfüllt nicht mehr den Leistungsinhalt!**
  6. Neuaufnahme und Entfernung einzelner OPS aus dem Anhang 2 des EBM **zum 01.04.2014**
    - Erstmals erfolgt die jährliche Anpassung des Anhang 2 zum EBM nicht zum 01.01. dieses Jahres, sondern zum 01.04.2014.
    - Die Änderungen sind in der GO-Stammdatei für das 2. Quartal 2014 enthalten und stehen im Internetportal der KVT zur Verfügung ([www.kvt.de](http://www.kvt.de) unter der Rubrik: Mitglieder → Abrechnung u. Honorar → Leistungsabrechnung → EBM).
  7. Änderung der Bewertung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) **zum 01.01.2014**

Bis zum Erstellungsdatum dieses Rundschreibens erfolgte noch keine Veröffentlichung der Beschlüsse im Deutschen Ärzteblatt. Wir gehen davon aus, dass die Änderungen in einem der kommenden Deutschen Ärzteblätter bekannt gegeben werden. Die Beschlüsse sind auf dem Internetportal des Instituts des Bewertungsausschusses [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) abrufbar.

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 Kölbl App. 444
Kinderärzte Internisten Allgemein- mediziner Praktische Ärzte	Kinderärzte Internisten Allgemein- mediziner Praktische Ärzte	Gynäkologen HNO-Ärzte Orthopäden Physikal. Med. Urologen	Neurologen Nervenärzte Psychiater Psychotherap. Augenärzte Hautärzte Notfälle/ Einricht., MVZ	ermächtigte Ärzte Fachchemiker Humangenetik Laborärzte Laborgemein- schaften Pathologen HNO-Ärzte	Belegärzte Chirurgen Radiologen Nuklearmediz. Dialyseärzte Dialyse-Einr. MKG Neurochirurgen Anästhesisten

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

## Verordnung und Wirtschaftlichkeit

### LANR-bezogene Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel 2014

Mit dem Sonderrundschreiben 1/2013, welches Ihnen per Post zum Jahresende 2013 zugesandt wurde, gab die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT) die Richtgrößen Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel für 2014 bekannt (siehe auch [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Mitglieder → Publikationen → Rundschreiben Archiv → Jahr 2013).

**Neu ab dem Verordnungsjahr 2014 ist, dass diese Richtgrößen auch für die in den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) angestellten Ärzte sowie bei Vertragsärzten angestellten Ärzte gelten.** Lediglich für ermächtigte Ärzte haben diese Richtgrößen nach wie vor keine Relevanz.

Die Richtgrößen gelten wie bisher pro Quartal, aber nunmehr pro fachgruppenbezogenen kurativ-ambulanten Behandlungsfall, d. h. die jeweilige Richtgröße steht für denselben Fall mehrerer Ärzte der gleichen Fachgruppe einer Betriebsstätte pro Quartal einmal zur Verfügung.

Die KVT und die Krankenkassen haben sich erstmals ab dem Verordnungsjahr 2014 auf LANR-bezogene Richtgrößenprüfungen verständigt. Die Bewertung der Wirtschaftlichkeit durch die Prüfungsgremien wird deshalb nicht mehr betriebsstättenbezogen, sondern durch Betrachtung der Vertragsärzte der gleichen Fachgruppe (fachgruppenbezogen) innerhalb einer Betriebsstätte vorgenommen.

#### Beispiel:

Die Prüfungsgremien ermitteln die Überschreitungen in einem aus zwei Orthopäden und einem Allgemeinmediziner bestehenden MVZ getrennt für die Fachgruppe der Orthopäden und die Fachgruppe Allgemeinmedizin. Sie legen nur für diejenige Fachgruppe, die das Richtgrößenvolumen (Soll) nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten noch überschreitet, einen Regress auch unter Berücksichtigung der Regelung „Beratung vor Regress“ fest.

Die entsprechenden Richtgrößenvereinbarungen werden nach Abschluss der Unterschriftenverfahren in den nächsten Rundschreiben veröffentlicht.

Ihre Ansprechpartner: Thomas Kaiser, Telefon 03643 559-771  
Vera Otto, Telefon 03643 559-774  
Dr. Urs Kuhn, Telefon 03643 559-767

## Wirtschaftlichkeitsziele nach Arzneimittelvereinbarung 2014 in Thüringen

Die Arzneimittelvereinbarung gemäß § 84 SGB V für 2014 zwischen der KVT und den Verbänden der Krankenkassen sieht für Thüringen nachfolgende Wirtschaftlichkeitsziele vor. Diese Ziele gelten thüringenweit.

### ▪ Wirtschaftlichkeitsziele mit Zielquoten

Für folgende zehn Ziele (mit Teilzielen) wurden auf Basis der Rahmenvorgaben auf Bundesebene für 2014 Mindestquoten für Leitsubstanzen/Präferenzsubstanzen festgelegt. Vergleichend dargestellt sind die Istwerte für Thüringen (1. Halbjahr 2013).

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz	Mindest-Zielwert auf Basis von DDD*	Istwert KVT 1. Halbjahr 2013**
1a	HMG-CoA-Reduktasehemmer	Simvastatin und Pravastatin	87,0 %	83,6 %
1b	HMG-CoA-Reduktasehemmer und ezetimibhaltige Arzneimittel (einschließlich Kombinationen)	nicht ezetimibhaltige Arzneimittel einschließlich Kombinationen	95,0 %	94,7 %
2	Selektive Betablocker	Bisoprolol und Metoprolol	88,0 %	83,3 %
3	Alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung der BPH	Tamsulosin	85,0 %	82,2 %
4	Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren	Citalopram und Sertralin	74,0 %	72,7 %
5	Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose	Alendronsäure und Risedronsäure	80,0 %	72,8 %
6a	ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren	Enalapril, Lisinopril und Ramipril	75,0 %	67,7 %
6b	ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren in Kombination mit Diuretika bzw. Calcium-Antagonisten	Enalapril, Lisinopril und Ramipril jeweils mit Diuretikum/HCT bzw. Amlodipin und Nitrendipin	45,0 %	31,7 %
7	Calcium-Antagonisten	Amlodipin und Nitrendipin	81,0 %	78,1 %
8	Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer	Amitriptylin und Doxepin	52,0 %	43,8 %
9	Antidiabetika exklusive Insuline	Nicht-GLP-1-Analoga	97,9 %	96,8 %
10a	Opioide (orale und transdermale Darreichungsformen)	orale Darreichungsformen	52,0 %	48,6 %
10b	orale Opioide WHO III	orale Opioide (WHO III) ohne Tapentadol und Oxycodon-Kombinationen	80,0 %	66,8 %

\* Anmerkung: Die Mindestquoten beziehen sich auf die verordneten DDD (defined daily doses = Standard-Tagestherapiedosen nach WHO, modifiziert nach DIMDI/WIdO). Wirkstoffe, deren DDD-Kosten ebenso niedrig sind (KV-Jahresdurchschnitt), sollen den Leit-/Präferenzsubstanzen gleichgestellt werden (siehe § 2 der Arzneimittelvereinbarung 2014). Hierüber kann jedoch erst nach Vorliegen entsprechender Daten befunden werden (daher in ausgewiesenen Istwerten unberücksichtigt).

\*\* Istwerte nach Angaben aus Rahmenvorgaben 2014

Aus diesen Gruppen sollten – sofern indikationsgerecht und medizinisch möglich – im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots bevorzugt die jeweiligen Leitsubstanzen bzw. Präferenzsubstanzen verordnet werden, da diese in der Regel ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen.

▪ **Folgen einer Einhaltung der Zielquoten für die einzelne Praxis**

Die KVT erreichte mit der derzeit gültigen Prüfvereinbarung (§ 7 Abs. 1), dass die **gesamten Verordnungskosten** derjenigen Indikationsgruppen/Arzneimittelgruppen, bei denen die Zielquoten (siehe Tabelle) individuell erreicht bzw. eingehalten werden, von der Prüfungsstelle grundsätzlich bereits in der Vorabprüfung aus dem Arzneimittel-Verordnungsvolumen (Ist-Volumen) herausgerechnet, d. h. abgezogen werden. Hierbei wird prinzipiell jedes Ziel einzeln betrachtet. Bei den Kombinationszielen (1a/b, 6a/b und 10a/b) müssen jedoch beide Teilziele erfüllt sein, damit das jeweilige Gesamtziel als erreicht angesehen wird.

Nur wenn begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen, z. B. durch Mengenausweitung zum Zwecke der Zielerreichung, bestehen, wird dieser Abzug nicht vorgenommen.

Somit kann durch Erreichen von einer oder mehrerer Leitsubstanz-/Präferenzquote(n) eine Überschreitung des Richtgrößenvolumens vermindert und ggf. einem Regress vorgebeugt werden.

▪ **Weitere Informationen der Vertragsärzte**

Die zeitnahen Informationen der Ärzte über ihr Ordnungsverhalten erfolgt wie bisher durch die KVT:

1. mittels Arzneimittel-Trendmeldung und erweiterter Ordnungsberichte der KVT für alle Ärzte bzw. Arztpraxen mit Richtgrößen. Hierin enthalten sind auch Zielquotenberichte für die thüringenspezifischen Wirtschaftlichkeitsziele.
2. mittels arztbezogener GKV-Arzneimittel-Frühinformation für Vertragsärzte nach § 84 Abs. 5 SGB V (GAmSi-Arzt). Die GAmSi-Berichte (der Krankenkassen) sind für alle Vertragsärzte bei der KV Thüringen hinterlegt und können (nunmehr als ausschließlich vorgesehener Bezugsweg) vom Arzt elektronisch abgerufen werden (in KVTOP).

Individuelle Erläuterungen zu den Wirtschaftlichkeitszielen für 2014 erhalten Sie durch u. g. Ansprechpartner und auf Wunsch auch gern persönlich nach Terminabsprache (Telefon 03643 559-762) bei uns im Haus.

Ihre Ansprechpartner: Dr. Editha Kniepert, Telefon 03643 559-760  
 Dr. Urs Dieter Kuhn, Telefon 03643 559-767  
 Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763

**Änderung der Arzneimittel-Richtlinie**

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

Bei neu eingeführten Wirkstoffen bewertet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Nutzen von erstattungsfähigen Arzneimitteln. Hierbei wird insbesondere der Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie bewertet und es werden Hinweise zur wirtschaftlichen Ordnungsweise gegeben. Kürzlich hat der G-BA einen weiteren Beschluss im Rahmen der frühen Nutzenbewertung gefasst und in die Anlage XII der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen.

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*
Nepafenac (Nevanac®) 19.12.2013	Behandlung postoperativer Schmerz- und Entzündungszustände bei Kataraktoperationen sowie zur Verminderung des Risikos postoperativer Makulaödeme in Zusammenhang mit Kataraktoperationen bei Diabetikern	<b>Zusatznutzen gilt als nicht belegt.**</b> Zweckmäßige Vergleichstherapie: Diclofenac Augentropfen

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

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

Dem Beschluss folgen Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Hersteller über den Erstattungsbetrag. Sollte nach sechs Monaten keine Einigung erzielt worden sein, wird das Schiedsamt innerhalb von drei weiteren Monaten entscheiden.

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

## Wirkstoff AKTUELL zu Ivabradin und Asenapin

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

In den **Anlagen 1** und **2** dieses Rundschreibens erhalten Sie die Informationsblätter „Wirkstoff AKTUELL“ Ausgabe 6/2013 zu Ivabradin und Ausgabe 7/2013 zu Asenapin. Diese aktuellen Ausgaben finden Sie, wie alle bisherigen Informationsblätter, auf den Internetseiten der KBV unter [www.kbv.de/publikationen/116.html](http://www.kbv.de/publikationen/116.html) bzw. [www.kbv.de/ais](http://www.kbv.de/ais).

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

## Vorteile bei Verordnungen ohne Aut-idem-Kreuz

Bisher geht auch bei der Verordnung von rabattbegünstigten Arzneimitteln oder Substitutionen nach der Aut-idem-Regelung stets der tatsächliche Bruttopreis des abgegebenen Arzneimittels in das Richtgrößenvolumen des Vertragsarztes ein. Insbesondere die Apotheken-Abgabe z. T. teurerer Rabattarzneimittel als das verordnete führen zu Intransparenz und Bedenken zur Steuerbarkeit der Verordnungskosten.

Um dieses Problem zu lösen, schloss die **KVT mit der AOK PLUS** eine „Vereinbarung nach § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V zur Berücksichtigung von Vorab-Praxisbesonderheiten nach § 106 Abs. 5a SGB V“ (siehe **Anlage 3**). Damit trägt die AOK PLUS die wirtschaftliche Verantwortung dafür, dass der tatsächlich wirksame Nettopreis des rabattierten Arzneimittels grundsätzlich nicht ungünstiger ist als der Nettopreis des preisgünstigsten austauschbaren Generikums.

Im Ergebnis werden für AOK PLUS-Patienten bei Abgabe eines Rabattarzneimittels, z. B. durch

- Verordnung des rabattbegünstigten Arzneimittels,
- Möglichkeit der Aut-idem-Substitution (d. h. kein Kreuz) oder
- Wirkstoffverordnung

stets nur die Kosten des preisgünstigsten austauschbaren Generikums in die Verordnungskosten der Praxis eingehen sowie von der Prüfungsstelle erfasst werden.

Gemeinsam sollen alle Möglichkeiten genutzt werden, den Anteil rabattbegünstigter Arzneimittel und damit die Wirtschaftlichkeit zu steigern. **Die Verordnung eines konkreten Arzneimittels mit Ausschluss der Aut-idem-Substitution soll auf medizinisch begründete Fälle beschränkt werden.** Diese können sich ergeben aus

- **patientenbezogenen Gründen** (z. B. Unverträglichkeit einzelner Inhaltsstoffe, spezifische Applikationsform, Compliance) oder
- **wirkstoffbezogenen pharmakologischen Gründen** (z. B. unterschiedliche Bioverfügbarkeit).

Auch bei der **Techniker Krankenkasse (TK)** wird durch die TK-Preisgarantie den verordnenden Ärzten in der Wirtschaftlichkeitsprüfung nur der Preis des günstigsten, auf dem Markt verfügbaren Arzneimittels bei Verordnung des TK-Rabattarzneimittels, einer Wirkstoffverordnung oder einer Verordnung ohne Substitutionsverbot angerechnet.

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

### Impfung gegen Rotaviren jetzt GKV-Leistung

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aufnahme der Impfung gegen Rotaviren ist zum 20.12.2013 in Kraft getreten. Damit ist die Grundimmunisierung gegen Rotaviren im Alter von zwei und drei (sowie ggf. im Alter von vier) Monaten eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

**Der Bezug der Impfstoffe erfolgt über den Sprechstundenbedarf, zu Lasten der AOK PLUS.** Für die Abrechnung und Dokumentation stehen die GOP 89127A (erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie) und 89127B (letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation) zur Verfügung. Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung und auch die Impfvereinbarung werden entsprechend angepasst. Die Impfung gegen Rotaviren werden wie die anderen Einfachimpfungen mit 6,00 € pro orale Gabe vergütet. Die Änderungsvereinbarungen befinden sich derzeit im Unterschriftenverfahren. Weitere Informationen erhalten Sie in den nächsten Rundschreiben der KVT.

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

### Praxisinformationen zu Heilmittelausgaben jetzt auch unter KVTOP

Alle vertragsärztlichen Praxen, die Heilmittel verordnen, erhalten quartalsweise Informationen zu den veranlassten Heilmittelkosten. Diese Daten werden der KVT von den Krankenkassen mit derzeit **ca. einem Jahr Zeitverzug** zur Verfügung gestellt. Unter Einbeziehung der Fallzahlen wird für jede Praxis auch die Ausschöpfung oder ggf. Überschreitung des Richtgrößenvolumens dargestellt.

Darüber hinaus wird das **GKV-Heilmittel-Informationssystem (GKV-HIS)** als weiteres Instrument der Kostenüberwachung von Seiten der Krankenkassen erstellt und allen Vertragsärzten in ihrem Online-Postfach im Mitgliederportal KVTOP beginnend mit dem 1. Quartal 2013 übermittelt. Sie können hiermit die Verteilung der Verordnungen und der Kosten in den einzelnen Bereichen der Heilmittel (Physiotherapie, Podologie, Logopädie und Ergotherapie) erkennen und erhalten einen Überblick über die umsatzstärksten Heilmittel Ihrer Praxis. Zusätzlich wird ein Vergleich zur Fachgruppe hergestellt.

Auf die Qualität dieser Daten und die Zeitverzögerungen hat die KVT keinen Einfluss. Bitte informieren Sie uns schriftlich, per Telefax oder per E-Mail, wenn Sie erhebliche Abweichungen von Ihrer eigenen Datenerfassung feststellen. Gern können Sie auch weiterhin unser Angebot zur Ordnungsberatung mit detaillierteren Informationen nutzen.

Wie bisher erhalten Sie unter dem **Mitgliederportal KVTOP** – Zugang nur mit personengebundenen Passwort – die arztbezogene GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (Arzt-GAmSi) sowie die wichtigen Nachrichten zur wirtschaftlichen Verordnung für den Vertragsarzt.

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

### Verbandwechsel bei suprapubischem Blasenkatheter – Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie

**Am 13.12.2013 trat ein Beschluss des G-BA zur Änderung der Richtlinie für die häusliche Krankenpflege** in Kraft, der die Verordnungsfähigkeit des Verbandwechsels bei suprapubischen Blasenkathetern einschränkt. Die Entscheidung wurde mit dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand begründet. So empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Urologie, dass im häuslichen Bereich bei reizfreier Austrittsstelle auf eine Abde-

ckung verzichtet werden kann, wenn Patient bzw. Pflegekraft mit dem Umgang mit einem suprapubischen Blasenkatheter vertraut sind. Für Patienten mit einer leichten entzündlichen Reaktion bzw. mit Sekretbildung wird hingegen eine Abdeckung empfohlen (siehe tragende Gründe zum Beschluss).

Der Verbandwechsel bei einem suprapubischen Blasenkatheter einschließlich

- Pflasterverband und Reinigung des Katheters,
- Desinfektion der Wunde,
- ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente

ist verordnungsfähig

- nach Neuanlage des Katheters (bis zu 14 Tage) oder
- bei Entzündungen mit Läsionen der Haut an der Katheteraustrittsstelle.

Ausnahmen gelten für die Verordnung bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen (beispielsweise von Gedächtnis, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Orientierung oder bei psychomotorischer Unruhe). Hier kann die Abdeckung verordnet werden, wenn damit verhindert wird, dass sich der Patient verletzt oder den Katheter beschädigt. Die geänderte Leistungsbeschreibung finden Sie in **Anlage 4** des Rundschreibens.

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

## Ärztlicher Notdienst

### Neuer Zugang für das Dienstplanportal Notdienst

Für das Dienstplanportal Notdienst in Thüringen hat die KVT einen neuen Zugangsweg geschaffen. Sie erreichen das Dienstplanportal über folgenden Hyperlink:

<https://www.kvt.de/nd>

Zum Einloggen verwenden Sie bitte Ihre Zugangsdaten vom Mitgliederportal KVTOP.

Sie haben noch keine Zugangsdaten zum KVTOP? Dann kontaktieren Sie bitte Silke Jensen:

- Telefon 03643 559-232 oder
- Telefax 03643 559-291.

Außerdem können Sie sich unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Mitglieder → Beratungsservice von A bis Z → O → Online Portal der KVT einen „Antrag auf Nutzung von Onlinediensten/Einwilligungserklärung“ herunterladen und Ihren persönlichen Zugang zum Dienst **KVT Online Portal** beantragen.

Das Dienstplanportal für den ärztlichen Notdienst bietet aktuell folgende Möglichkeiten für Ärzte:

- persönliche Kommunikationsdaten und -wege bearbeiten,
- Dienstpläne für den Notdienst einsehen, drucken oder als Datei herunterladen,
- in der Vertreterliste einen Vertreter finden,
- Dokumente zum Notdienst einsehen und herunterladen,
- Urlaubs- und Abwesenheitszeiten erfassen.

Eine Anleitung zum Dienstplanportal finden Sie nach dem Einloggen unter dem Menüpunkt „System“ → „Anleitung“.

Sie haben Fragen zur Nutzung des Dienstplanportals? Dann wenden Sie sich an

- Anika Noa, Telefon 03643 559-738
- Kathleen Reisenweber, Telefon 03643 559-721

## Qualitätssicherung

### Gutes Kodieren der Diagnosen in der vertragsärztlichen Versorgung

Erneut möchten wir auf die Bedeutsamkeit der **genauen Diagnosenverschlüsselung nach ICD-10-GM** hinweisen. Die nach ICD-10 kodierten Behandlungsdiagnosen sind Grundlage für die Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA). Das Institut ermittelt hierüber die Veränderungen der Morbiditätsstruktur in einem KV-Bereich. KV-Bereiche, in denen eine genaue Kodierung der Diagnosen stattfindet, können die Morbidität besser abbilden und nachweisen. Thüringen hat z. B. für 2014 die dritthöchste Veränderungsrate (1,8067 %). Das wiederum hat unmittelbaren Einfluss auf die regionalen Vergütungsverhandlungen.

**Wichtig ist:** Je genauer die Diagnosenverschlüsselung in einem KV-Bereich durchgeführt wurde, umso stärker kann die Steigerungsrate der Morbidität gewichtet werden. **Daraus folgt:** In den Verhandlungen kann die KVT einen höheren morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf geltend machen. Darüber hinaus dienen vollständige und präzise Diagnoseangaben im Verordnungsbereich nicht nur der Dokumentation, sondern sie können Prüfmaßnahmen verhindern und wichtige Argumente im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen liefern.

Auch in diesem Jahr können wir Ihnen die **für 2014 aktualisierten Facharzt-Thesauren** zur Verfügung stellen. Für folgende Fachgruppen liegt die Version 2014 vor und kann auf Abruf in der KVT unter der Telefonnummer 03643 559-759 abgefordert werden:

- Hausarzt-Thesaurus
- Chirurgie,
- Dermatologie,
- Gynäkologie,
- HNO-Heilkunde,
- Innere Medizin,
- Neurologie,
- Ophthalmologie,
- Orthopädie/Unfallchirurgie,
- Pädiatrie, Psychiatrie,
- Psychosomatik/ärztliche Psychotherapie,
- Psychologische Psychotherapie sowie
- Urologie

Ihre Ansprechpartnerin: Kathrin Darnstedt, Telefon 03643 559-759

## Disease-Management-Programme

### DMP-Informationsveranstaltungen zu den neuen Verträgen

Schwerpunkte der Veranstaltungen liegen auf folgenden Themen:

- Orientierung an leitliniengerechter Behandlung nach aktuellem medizinischen Sachstand und aktuellen medizinischen Erkenntnissen
- Abrechnung der DMP-Leistungen und der vergütungsrelevanten Qualitätsziele und in diesem Zusammenhang korrekte Dokumentation

Diese Veranstaltungen werden über die Landesärztekammer zertifiziert und gleichzeitig als jährliche Fortbildungsveranstaltung für alle DMP-Programme anerkannt. Es sind folgende Termine vorgesehen:

**26.02.2014, 07.03.2014 und 26.03.2014**

jeweils von 15:00 bis 18:00 Uhr in den Räumen der KVT.

Für Ihre Anmeldung können Sie das Formular in **Anlage 5** ausfüllen und per Telefax über die Nummer 03643 559-291 an die KVT schicken.

## Informationen zu den einzelnen DMP-Verträgen und den neuen Qualitätsboni

Bereits im letzten Rundschreiben 12/2013 informierten wir Sie über die neuen DMP-Vergütungsverträge unter der Rubrik „Abrechnung/Honorarverteilung“. Die bis 31.12.2013 geltenden Abrechnungspositionen (außer DMP Brustkrebs) sind mit den neuen DMP-Vergütungsverträgen nicht mehr gültig. Die Änderungen in dieser Form sind nicht mehr gültig. Die geplanten Änderungen bedingen keine Korrektur der bisherigen Abrechnung.

### ■ Änderungen in der 1. Versorgungsebene

Folgende Abrechnungspositionen sind **ab 01.01.2014** abrechenbar:

Beschreibung	neu ab 01.01.2014	
Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der TE/EWE und vertragsgemäße Übermittlung dieser an die Datenstelle sowie die Erstellung der Erstdokumentation und vertragsgemäße Übermittlung dieser an die Datenstelle.	DM1 99530	25,00 €
	DM2 99550	25,00 €
	KHK 99590	25,00 €
	Asthma 99410A	25,00 €
	COPD 99410C	25,00 €
Kontinuierliche Beratung und Betreuung des Versicherten entsprechend der jeweiligen „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme“ (siehe entsprechende DMP-Vertragsanlage) sowie die Erstellung der Folgedokumentation entsprechend der „Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz“ (siehe entsprechende DMP-Vertragsanlage) bzw. Ausprägung des Erkrankungsbildes und vertragsgemäße Übermittlung dieser an die Datenstelle.	DM1 99531	20,00 €
	DM2 99551	20,00 €
	KHK 99591	20,00 €
	Asthma 99411A	20,00 €
	COPD 99411C	20,00 €

**NEU!** Mit der Zusammenfassung der Abrechnungspositionen werden die Abrechnungen vereinfacht.

### ■ Qualitätsboni für den koordinierenden DMP-Arzt

- Über alle teilnehmenden DMP-Versicherten wird ein Thüringer Referenzwert (Durchschnittswert) bei folgenden in der Tabelle aufgeführten Qualitätszielen für das Kalenderjahr gebildet.
- Die Vergütung der Qualitätsziele für den einzelnen koordinierenden Vertragsarzt ist dann von der Bildung eines arztbezogenen Durchschnittswertes über seine teilnehmenden DMP-Versicherten abhängig.
- Sollte der arztbezogene Durchschnittswert besser als der Thüringer Referenzwert sein, erhält der Arzt je eingeschriebenem Versicherten im jeweiligen DMP einen Qualitätsbonus.

Die Auszahlung erfolgt mit der 1. Quartalsabrechnung des Folgejahres.

DMP	Beschreibung
Asthma	Messung des Peak-Flow-Wertes – mindestens einmal jährlich
COPD	Vermeidung der stationären Aufenthalte aufgrund von COPD-Symptomatik (Im Kalenderjahr soll die Anzahl der „stationären Notfallmäßigen Behandlungen wegen COPD-Symptomatik“ – je Folgedokumentation – so gering wie möglich sein.)
DM1	Der versichertenindividuelle HbA1c-Wert ist erreicht, dieser Wert soll gehalten werden. (Im Kalenderjahr ist mindestens in zwei Folgedokumentationen bei Parameter „Zielvereinbarung HbA1c“ die Ausprägung „Aktuellen Wert“ = „halten“ angegeben.)
DM2	Der versichertenindividuelle HbA1c-Wert ist erreicht, dieser Wert soll gehalten werden. (Im Kalenderjahr ist mindestens in zwei Folgedokumentationen bei Parameter „Zielvereinbarung HbA1c“ die Ausprägung „Aktuellen Wert“ = „halten“ angegeben.)
KHK	Bei Angina pectoris (typisch oder atypisch) erfolgt eine Überweisung an einen qualifizierten Vertragsarzt. (Alle Versicherten – bzw. eine möglichst hohe Anzahl von Versicherten – mit Angina pectoris – typisch oder atypisch – sollen zum qualifizierten Vertragsarzt der zweiten Versorgungsebene überwiesen werden.)

Folgende Qualitätsziele waren von 2010 bis zum 31.12.2013 für die koordinierenden Ärzte abrechenbar. Diese sind zwar nicht mehr vergütungsrelevant, jedoch sind diese weiterhin Bestandteil der Qualitätssicherungsanlage, welche Sie gemäß der Vertragsinhalte beachten müssen:

- Überprüfung Inhalationstechnik für Asthma bronchiale und COPD
- Vollständige jährliche Fußuntersuchung mit Erhebung des „Pulsstatus“ und „Sensibilitätsprüfung“ für DM1 und DM2
- Überweisung an die zweite Versorgungsebene bei auffälligem Fußstatus für DM2
- Verordnung von Medikamenten entsprechend der RSAV, bezogen auf Thrombozytenaggregationshemmer und Betablocker sowie HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statin) für KHK
- Serum-Elektrolyte sind bestimmt bei Versicherten mit einer Herzinsuffizienz bei KHK

### ▪ Änderungen in der 2. Versorgungsebene

Vereinfachung ab 01.01.2014: Folgende Abrechnungspositionen sind für die 2. Versorgungsebene im DMP ab 01.01.2014 abrechenbar. Die bis 31.12.2013 geltenden Abrechnungspositionen sind nicht mehr gültig.

Beschreibung	neu ab 01.01.2014	
Zeitnahe Terminvergabe für die vom koordinierenden Vertragsarzt überwiesenen Patienten der speziellen Risikogruppen, deren Mitbehandlung sowie ein Befundbericht an den überweisenden koordinierenden Vertragsarzt. Einmal je Behandlungsfall abrechenbar.	DM1 99532	45,00 €
	DM2 99552	35,00 €
	KHK 99594	15,00 €
	Asthma 99419A	15,00 €
	COPD 99419C	15,00 €
Augenarztpauschale: Zeitnahe Terminvergabe für die vom koordinierenden Vertragsarzt überwiesenen Patienten zur Augenuntersuchung und ophthalmologische Kontrolle sowie ein Befundbericht an den überweisenden koordinierenden Vertragsarzt. Einmal kalenderjährlich abrechenbar.	DM1 99539	7,00 €
	DM2 99560	7,00 €

Da der Vertrag noch nicht unterzeichnet worden ist, wir aber davon ausgehen, dass dieser rückwirkend zum 01.01.2014 in Kraft treten wird, ist eine Abrechnung der „neuen“ Ziffern möglich.

Damit eine korrekte Abrechnung auch funktioniert, sind Sie in der Pflicht u. a. Folgendes zu beachten:

- **fristgerechte Übermittlung der Dokumentationen an die Datenstelle, bitte beachten Sie hierbei Ihre angegebenen Zeitintervalle der Dokumentation**
- **die Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung (TE/EWE) Ihrer Patienten zeitnah an die Datenstelle verschicken, bitte nicht die TE/EWE sammeln**
- **Selbstüberprüfung der übermittelten Dokumentationen an die Datenstelle anhand der Arzt-Informations-Briefe**
- **Überweisung von dem koordinierenden Arzt zum jeweils qualifizierten Facharzt mit eindeutiger DMP-Kennzeichnung auf Überweisungsschein**

### Achtung!

Bitte alle Informationsschreiben der Krankenkassen gut aufbewahren.

Grundsätzlich gilt: Die Krankenkasse des Versicherten ist laut Vertrag verpflichtet, sowohl den Versicherten als auch den gewählten koordinierenden Arzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm zu informieren.

Alle Aufgaben und Pflichten können Sie in den jeweiligen DMP-Verträgen unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Mitglieder → DMP nachlesen.

Ihre Ansprechpartnerin: Kathrin Darnstedt, Telefon 03643 559-759

## Berichte der Gemeinsamen Einrichtung

Zu den Aufgaben der am DMP teilnehmenden Vertragsärzte gehört auch die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen, welche in der jeweiligen Qualitätssicherungsanlage zum Kernvertrag geregelt sind. Die Ergebnisse dieser Qualitätsmaßnahmen können Sie in Ihrem persönlichen Feedbackbericht zu den einzelnen DMP einsehen. Nachfolgende Hinweise sollen Sie bei der Steigerung der Ergebnisse der Qualitätsziele helfen und Dokumentationsfehlern vorbeugen. Ziel ist eine kontinuierliche Verbesserung der jeweiligen Berichte der Gemeinsamen Einrichtung.

### ▪ DMP Diabetes mellitus Typ 2

Qualitätsziele	Hinweise
Augenarztuntersuchung Mindestens 90 % der Patienten mit einer augenärztlichen Untersuchung in den letzten 12 Monaten	Hier möchten wir Sie auf DMP-Kennzeichnung auf der Überweisung sowie auf die Rückmeldung des Augenarztes hinweisen. Sobald der Augenarzttermin wahrgenommen ist, vermerken Sie dies bitte auf der Dokumentation.
Mindestens 75 % der Patienten mit Mitbehandlung durch eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus	Bei auffälligem Fußstatus nach Wagner 2–5 oder Armstrong C/D muss eine Mitbehandlung einer spezialisierten Einrichtung erfolgen. Bitte prüfen Sie innerhalb der Praxisabläufe, dass eine Mitbehandlung veranlasst, durchgeführt und dokumentiert wird.
Höchstens 10 % der Patienten, mit einem HbA1c-Wert von $\geq 8,5$ %	Wir wissen, dass hier viele Faktoren eine Rolle spielen. Bitte analysieren Sie dieses Ziel in der Praxis.
Verordnung eines Thrombozytenaggregationshemmers bei mindestens 80 % aller Patienten mit Makroangiopathie	Wir möchten Sie aber darauf hinweisen, dass bei allen eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt, die Medikamente verordnet werden sollen. Sollten Sie die TAH nicht verordnen, da eine Kontraindikation vorliegt, so sollten Sie dieses auch in der Dokumentation vermerken (Verordnung „nein“ + Kontraindikation „ja“).
Hoher Anteil von Patienten, die den individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreicht haben	Den Zielwert legen Sie fest und streben diesen an. Sollte der individuell vereinbarte HbA1c-Zielwert erreicht worden sein, ist dieses zu dokumentieren.
Teilnahme von mindestens 85 % der Patienten an der empfohlenen Diabetes-Schulung innerhalb von vier Quartalen nach der Verordnung	Eine Aufstellung mit allen schulungsberechtigten Ärzten können Sie gerne bei uns abfordern. Wichtig ist, dass wenn Sie dem Patienten eine Schulung empfohlen haben, diese auch durchgeführt wird und auf der Dokumentation auch gekennzeichnet wird.
Teilnahme von mindestens 85 % der Patienten an der empfohlenen Hypertonie-Schulung innerhalb von vier Quartalen nach der Verordnung	

### ▪ DMP KHK

Qualitätsziele	Hinweis
Verordnung eines ACE-Hemmers bei mindestens 80 % aller Patienten mit Herzinsuffizienz	Sollten Sie hier die ACE-Hemmer nicht verordnen da eine Kontraindikation vorliegt, so sollten Sie dieses auch in der Dokumentation vermerken (Verordnung „nein“ + Kontraindikation „ja“).
Hoher Anteil von Patienten mit Überweisung bzw. Einweisung bei neu aufgetretener typischer oder atypischer Angina-pectoris-Symptomatik	Bitte darauf achten, dass die eingeschriebenen Patienten mit einer erstmals dokumentierten oder nach einem symptomfreien Intervall (mindestens zwei Dokumentationen) erneut dokumentierten Angina-pectoris-Symptomatik zum Facharzt überwiesen werden müssen und dieses auch in der Dokumentation zu verzeichnen ist.

Qualitätsziele	Hinweis
Hoher Anteil von Patienten mit Überweisung bzw. Einweisung bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz	Alle eingeschriebenen Patienten mit einer erstmals dokumentierten oder nach einem symptomfreien Intervall (mindestens zwei Dokumentationen) erneut dokumentierten Herzinsuffizienz müssen zum Facharzt überwiesen und dies in der Dokumentation gekennzeichnet werden.
Verordnung eines ACE-Hemmers bei mindestens 80 % aller Patienten	Sollten Sie die Medikamente bei einem Patienten mit Herzinsuffizienz nicht verordnen, da eine Kontraindikation vorliegt, so sollten Sie dieses auch in der Dokumentation vermerken (Verordnung „nein“ + Kontraindikation „ja“).
Verordnung eines Betablockers bei mindestens 80 % aller Patienten	
Hoher Anteil von Patienten mit Bestimmung der Serum-Elektrolyte	Bei Patienten, die eine Herzinsuffizienz haben, ist die Serum-Elektrolyte zu bestimmen und auch in der Dokumentation zu kennzeichnen.

▪ **DMP Asthma bronchiale und COPD**

Qualitätsziele	Hinweis
Mindestens 90 % der Patienten setzen einen schriftlichen Selbstmanagementplan ein.	Ein schriftlicher Selbstmanagementplan für den Patienten sieht auch die Versorgungsleitlinie vor. Das sollte von Ihnen unbedingt erstellt, beachtet und dementsprechend in der Dokumentation vermerkt werden.
Bei mindestens 90 % der Patienten wird die Inhalationstechnik im Dokumentationszeitraum überprüft.	Ein Ablaufschema können Sie bei uns abfordern. Bitte achten Sie darauf, die Überprüfung durchzuführen und zu dokumentieren.
Mindestens 90 % der Patienten, die bei Beginn der Verordnung systemischer Glukokortikosteroide in der vorhergehenden Dokumentation zum Facharzt überwiesen wurden	Wichtiger Hinweis: Dieses Qualitätsziel ist in Ihrem Feedback-Bericht Asthma bronchiale 2012 nicht ausgewertet worden. Eine Facharztüberweisung mit Beginn einer Verordnung systemischer Glukokortikosteroide muss im Asthma bronchiale sowie im COPD erfolgen und dokumentiert werden.

▪ **DMP Diabetes mellitus Typ 1**

Qualitätsziel	Hinweis
Mindestens 75 % der Patienten mit Mitbehandlung durch eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus	Die Fachärzte, die die Betreuung der Patienten selbst übernehmen und gleichzeitig als spezialisierte Fußambulanz tätig sind, machen auch das Kreuz in der Dokumentation „Überweisung an eine spezialisierte Fußambulanz“, da dieses der tatsächlichen Situation entspricht.
Höchstens 10 % der Patienten, mit einem HbA1c-Wert von $\geq 8,5$ %	Wir wissen, dass hier viele Faktoren eine Rolle spielen. Bitte analysieren Sie dieses Ziel in der Praxis, um ggf. Verbesserung anzustreben.
Hoher Anteil von Patienten, die den individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreicht haben	Den Zielwert legen Sie fest und streben diesen an. Sollte der individuell vereinbarte HbA1c-Zielwert erreicht worden sein, ist dieses zu dokumentieren.
Mindestens 90 % aller Patienten mit Bestimmung der Albumin-Ausscheidungsrate in den letzten 12 Monaten	Auch hier ist auf die entsprechende Dokumentation in Ihrer Praxis zu achten, sobald die Albumin-Ausscheidungsrate bestimmt worden ist.

Qualitätsziel	Hinweis
Mindestens 90 % aller Patienten mit Prüfung der Sensibilität in den letzten 12 Monaten Mindestens 90 % aller Patienten mit Erhebung des peripheren Pulsstatus in den letzten 12 Monaten Mindestens 90 % aller Patienten mit Erhebung des Fußstatus in den letzten 12 Monaten	Wenn Sie die Prüfung/Erhebung durchgeführt haben, vergessen Sie bitte nicht, dies in der Dokumentation anzugeben.
Verordnung eines Thrombozytenaggregationshemmers bei mindestens 80 % aller Patienten mit Makroangiopathie	Bitte beachten Sie, dass bei allen eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt, die Medikamente verordnet werden sollen. Sollten Sie die TAH nicht verordnen, da eine Kontraindikation vorliegt, so sollten Sie diesen auch in der Dokumentation vermerken (Verordnung „nein“ + Kontraindikation „ja“)
Mindestens 90 % aller Patienten mit Teilnahme an einer Diabetes-Schulung Mindestens 90 % aller Patienten mit Teilnahme an einer Hypertonie-Schulung	Eine Aufstellung mit allen schulungsberechtigten Ärzten können Sie gerne bei uns abfordern. Wichtig ist, dass wenn Sie dem Patienten eine Schulung empfohlen haben, diese auch durchgeführt wird und auf der Dokumentation auch gekennzeichnet wird.

Ihre Ansprechpartnerin: Kathrin Darnstedt, Telefon 03643 559-759

## Verträge

### Änderungsvereinbarung zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Im Deutschen Ärzteblatt vom 06.01.2014, Heft 1-2 auf Seite A-47, wurde die Änderungsvereinbarung zum Vertrag gemäß § 34 Abs. 3 SGB VII mit Wirkung zum 01.01.2014 veröffentlicht.

Die Änderungen beziehen sich auf die Regelung des Verletzungsarten- und Schwerstverletzungsartenverfahrens nach § 37 Absätze 1 und 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, siehe **Anlage 6** dieses Rundschreibens.

Die KBV hat uns zur Behandlung von Unfallverletzten ein Informationsblatt zur Verfügung gestellt. Diese Praxisinformation sowie den geänderten Durchgangsarztbericht (Formular F 1000) sind im Anhang dieses Rundschreibens beigelegt.

Die Änderungsvereinbarung sowie den vollständigen Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger finden Sie im Internet unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) → Rechtsquellen → Sonstige Kostenträger.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

### Erweiterung des Vertrages zur Durchführung einer Patientenbegleitung mit der Bosch BKK

Der seit 01.01.2012 bestehende Vertrag zur Durchführung einer Patientenbegleitung zwischen der KVT und der Bosch BKK wurde mit Wirkung zum 01.01.2014 um zusätzliche Leistungen erweitert. Vor diesem Hintergrund können ab dem o. g. Datum

- Psychotherapeuten mittels Beitrittserklärung (Anlage 12 des Vertrages) an der akutpsychotherapeutischen Versorgung und
- Orthopäden mittels Beitrittserklärung (Anlage 14 des Vertrages) an der Versorgung bei unspezifischem Rückenschmerz

im Rahmen des o. g. Vertrages teilnehmen.

## Ihre Fachinformationen

Die neuen Leistungen sind von den teilnehmenden Psychotherapeuten/Orthopäden, wie in gewohnter Weise, kalendervierteljährlich über die KVT abzurechnen. Die Abrechnung erfolgt unter Angabe der nachfolgend aufgeführten Abrechnungsnummern.

Abr.-Nr.	Leistung und Legende	Honorar
<b>Akutpsychotherapeutische Versorgung</b>		
99220	Zuschlag zur EBM-Ziffer 35140 (Biographische Anamnese) Einmal je Krankheitsfall	40,00 €
99221	Kooperationszuschlag • Befundaustausch (sofern der Patient dem nicht widerspricht) mit – dem Hausarzt – am Fall beteiligten Fachärzten (insbesondere Psychiater und bei Rückenschmerz Orthopäden) – dem fachlichen Koordinator für psychische Erkrankungen  • Informationsaustausch mit der Patientenbegleitung, insbesondere mit dem Ziel der Wiedereingliederung  Einmal im Quartal, jedoch maximal für drei Quartale	25,00 €
99222	Zuschlag zur EBM-Ziffer 35150 (Probatorische Sitzung) Einmal je Sitzung, jedoch maximal für fünf Sitzungen	40,00 €
99223	Zuschlag zu den EBM-Ziffern 35200 (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) 35220 (Verhaltenstherapie)  Einmal je Sitzung, jedoch maximal für zehn Sitzungen	25,00 €
<b>Versorgung bei unspezifischem Rückenschmerz</b>		
99224	Ausführliches Erstgespräch bzw. Abschlussgespräch (Mindestdauer 30 Minuten), jeweils ein Gespräch  Einmal je Krankheitsfall	50,00 €
99225	Ausführliches Beratungsgespräch (Mindestdauer 20 Minuten)  Maximal zweimal je Krankheitsfall	35,00 €
99226	Kommunikationspauschale • Befundaustausch mit – dem Hausarzt – am Fall beteiligten Fachärzten (insbesondere Psychiater und Psychotherapeuten) – den fachlichen Koordinatoren für orthopädische und psychische Erkrankungen • Informationsaustausch mit der Patientenbegleitung, insbesondere mit dem Ziel der Wiedereingliederung  Einmal im Quartal, jedoch maximal zweimal je Krankheitsfall	25,00 €

Abr.-Nr.	Leistung und Legende	Honorar
99227	Manuelle Medizin/Osteopathie (Mindestdauer 30 Minuten), wenn die Leistung für die Behandlung des Rückenschmerzes in dem Fall angezeigt ist. Voraussetzung für die Erbringung ist das Vorliegen einer vom BVOU anerkannten Zusatzqualifikation. Hat ein teilnehmender Orthopäde nicht diese Qualifikation, so überweist er den Patienten an einen Kollegen mit der Qualifikation.  Einmal je Sitzung, jedoch maximal sechsmal je Krankheitsfall	45,00 €

Der vollständige Vertragstext, inklusive aller Anlagen, ist im Internet unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Mitglieder → Verträge → P → Patientenbegleitung → BOSCH BKK veröffentlicht.

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

## Alles was Recht ist

### Verletzung vertragsärztlicher Pflichten – Disziplinarverfahren

Die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist mit zahlreichen Rechten und Pflichten verbunden. Die nachfolgenden Ausführungen sollen Sie darüber informieren, welche Konsequenzen die Verletzung vertragsärztlicher Pflichten haben kann.

#### ▪ Abgrenzung Disziplinarverfahren – Zulassungsentziehungsverfahren

Besteht der Verdacht, dass ein Vertragsarzt gegen seine Pflichten verstoßen hat, so kommt v. a. die Durchführung eines Disziplinarverfahrens in Betracht. Voraussetzung hierfür ist, dass die Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten schuldhaft begangen worden ist. Das heißt, sie muss dem Betreffenden subjektiv vorwerfbar sein. Hat ein Vertragsarzt seine Pflichten so schwerwiegend (gröblich) verletzt, dass er zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht mehr geeignet ist, ist nach den Vorgaben des Gesetzes die Zulassung zu entziehen. Dies ist dann der Fall, wenn durch die Pflichtverletzung das Vertrauen der vertragsärztlichen Institutionen in die ordnungsgemäße Behandlung der Versicherten und die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen durch den Vertragsarzt so gestört ist, dass ihnen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt nicht mehr zugemutet werden kann. Im Gegensatz zu einem Disziplinarverfahren kommt es bei einem Zulassungsentziehungsverfahren nicht darauf an, ob der Vertragsarzt schuldhaft gehandelt hat. Eine Zulassungsentziehung ist nur dann gerechtfertigt, wenn ein geringeres Mittel nicht als ausreichend angesehen werden kann, den Arzt nachhaltig zur Erfüllung seiner vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten, z. B. im Rahmen eines Disziplinarverfahrens. Die häufigste Form der Reaktion auf eine vertragsärztliche Pflichtverletzung ist demnach ein Disziplinarverfahren.

#### ▪ Gang des Disziplinarverfahrens

Der Gang des Disziplinarverfahrens und die formellen Voraussetzungen sind in der Disziplinarordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) als Bestandteil der Satzung der KVT geregelt.

Danach hat die KVT zunächst im Rahmen sogenannter Vorermittlungen das betreffende Mitglied zu den erhobenen Anschuldigungen anzuhören. Danach muss entschieden werden, ob aufgrund der Stellungnahme des Mitglieds die Einleitung eines Disziplinarverfahrens erfolgen soll. Liegt eine subjektiv vorwerfbare Pflichtverletzung nahe, so stellt der Vorstand der KVT bei dem Disziplinarausschuss der KVT einen Antrag auf Einleitung eines Disziplinarverfahrens. Hierüber ist das betroffene Mitglied zu informieren.

Über den Antrag entscheidet der Disziplinarausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen. Dieser besteht aus drei Mitgliedern, von denen zwei Mitglieder der KVT sind und ein Mitglied die Befähigung zum Richteramt besitzt. Die Mitglieder sind unabhängig und an Weisungen nicht gebunden. Erscheint die Durchführung eines Disziplinarverfahrens erforderlich, so eröffnet der Vorsitzende des Disziplinarausschusses das Verfahren durch einen Eröffnungsbeschluss. Dieser wird dem betreffenden Mitglied mit der Aufforderung zur Stellungnahme innerhalb einer angemessenen Frist übersandt.

Der Vorsitzende des Disziplinausschusses bestimmt den Gang und den Umfang der weiteren Untersuchungen. Hierbei sind nicht nur die belastenden, sondern auch die das Mitglied entlastenden Tatsachen und die für die Bemessung der Disziplinarmaßnahme erheblichen Umstände zu ermitteln.

Nach Abschluss der erforderlichen Ermittlungen bestimmt der Vorsitzende des Disziplinausschusses den Termin zur mündlichen Verhandlung und bereitet diese vor. Zu der Verhandlung ist das betroffene Mitglied sowie eventuell weitere erforderliche Personen, wie Zeugen und Sachverständige, zu laden.

### ▪ Entscheidung des Disziplinausschusses

Stellt der Disziplinausschuss fest, dass eine vertragsärztliche Pflichtverletzung nicht vorliegt oder eine solche nicht nachgewiesen werden kann, so ist das Verfahren einzustellen.

Kommt der Disziplinausschuss zu dem Ergebnis, dass die Schuld des Mitgliedes gering ist oder dass die Folgen der Verfehlung unbedeutend sind oder dass gegenüber einer wegen der selben Tat ausgesprochenen gerichtlichen Strafe für ein Disziplinarverfahren kein Bedürfnis besteht, so kann der Disziplinausschuss das Verfahren ebenfalls einstellen.

Das Verfahren kann auch mit Zustimmung des betroffenen Mitgliedes vorläufig gegen die Erfüllung von Auflagen eingestellt werden, wenn diese geeignet sind, das Interesse an der Verfolgung der Verfehlung zu beseitigen und die Schwere der Schuld nicht entgegensteht.

Stellt der Disziplinausschuss eine schuldhafte Verletzung vertragsärztlicher Pflichten fest, so können als Disziplinarmaßnahmen folgende Sanktionen ausgesprochen werden:

- Verwarnung,
- Verweis,
- Geldbuße bis 10.000 €,
- Anordnung des Ruhens der Zulassung oder der vertragsärztlichen Beteiligung bis zu zwei Jahren.

Das Ergebnis des Disziplinarverfahrens ist in einem Beschluss niederzulegen, der dem betroffenen Mitglied zuzustellen ist. Dieses hat die Möglichkeit gegen den Beschluss zu klagen.

### Fazit:

Die Verletzung vertragsärztlicher Pflichten kann unterschiedliche Folgen haben. Zum Einen kann die Durchführung eines Disziplinarverfahrens in Betracht kommen, wenn der Verdacht einer schuldhaften Pflichtverletzung besteht. Liegt eine gröbliche Pflichtverletzung vor, die dazu führt, dass das Vertrauen der vertragsärztlichen Institutionen in die ordnungsgemäße Behandlung der Versicherten und die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch den Vertragsarzt so gestört ist, dass ihnen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt nicht mehr zugemutet werden kann, hat dies ein Verfahren auf Zulassungsentziehung durch den Zulassungsausschuss zur Folge.

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

## Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

### Frage 1:

Darf ein Vertragsarzt Verordnungen für einen Patienten ausstellen, der sich in stationärer Krankenhausbehandlung befindet?

Nein. Nach den gesetzlichen Regelungen (Sozialgesetzbuch Fünf und Krankenhausentgeltgesetz) umfasst die Krankenhausbehandlung auch die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Weil die Krankenhausbehandlung eine umfassende Gesamtleistung ist, ist allein das Krankenhaus während des stationären Aufenthaltes für die medizinische Versorgung des Patienten zuständig. Während dieser Zeit dürfen Vertragsärzte und Vertragsärztinnen daher dem Versicherten insbesondere keine Arzneimittel verordnen.

### Frage 2:

Dürfen Vertragsärzte ärztliche Leistungen und Verordnungen bei interkurrenten Erkrankungen, während ambulanter Vorsorgeleistungen oder während eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes tätigen?

Ja, wenn die ärztliche Leistung oder die Verordnung nicht mit dem Heilbehandlungsleiden im Zusammenhang steht. Ist die ärztliche Leistung oder die Verordnung im Zusammenhang mit dem Heilbehandlungsleiden zu sehen, dürfen sie nicht im Rahmen der ambulanten Versorgung erbracht werden (§ 2 Abs. 2 Nr. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

**Vorsicht!** Beim Kostenträger Deutsche Rentenversicherung trägt allerdings die Rehabilitationseinrichtung grundsätzlich die Kosten für die vollständige medizinische Versorgung. Diese umfasst in der Regel auch die vollständige Versorgung mit Arzneimitteln, unabhängig davon, ob ein Zusammenhang mit dem Behandlungsleiden besteht oder nicht. Ausnahmen kann es hier z. B. bei Notfällen oder sehr teuren Arzneimitteln geben. Hierzu verweisen wir auf den Artikel „Arzneimittelversorgung während eines Rehabilitationsaufenthaltes“ auf Seite 5 des Rundschreibens 8/2013.

#### Frage 3:

Gehört die Dialyse auch zu den Leistungen des Krankenhauses?

Nein. Eine Dialyse gehört nicht zu den Krankenhausleistungen, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht (§ 2 Abs. 2 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz).

#### Frage 4:

Was passiert, wenn Verordnungen während eines stationären Aufenthaltes durch Vertragsärzte getätigt werden oder während eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes für Leistungen, die mit dem Heilbehandlungsleiden im Zusammenhang stehen?

Die betreffenden Krankenkassen können bei den Prüfungseinrichtungen der Wirtschaftlichkeit einen Antrag auf „Feststellung eines sonstigen Schadens“ bzw. Einzelfallprüfung stellen. Der verordnende Vertragsarzt hat den Schaden, der sich aus der unzulässigen Verordnung ergibt, der betreffenden Krankenkasse zu erstatten.

#### Frage 5:

Wie kann sich der Vertragsarzt davor schützen, wegen eines „sonstigen Schadens“ zur Verantwortung gezogen zu werden, der den Krankenkassen dadurch entsteht, dass zu Unrecht eine Verordnung während eines stationären Aufenthaltes erfolgte?

Bei der Ausstellung einer Verordnung besteht für den Vertragsarzt eine gesteigerte Verpflichtung zu prüfen, ob sich der Patient nicht in stationärer Behandlung befindet. Dies gilt umso mehr, wenn die Verordnung für einen Patienten getätigt wird und kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet, z. B. wenn dem Vertragsarzt der Zustand aus der laufenden regelmäßigen Behandlung bekannt ist und ein Angehöriger das Rezept in der Vertragsarztpraxis abholt. Da dem Patienten bzw. seinen Angehörigen regelmäßig nicht bekannt ist, dass eine Verordnung während eines stationären Aufenthaltes unzulässig ist, kann der Vertragsarzt daher nicht darauf vertrauen, dass die Angehörigen des Versicherten von sich aus offenbaren, dass ein stationärer Aufenthalt bevorsteht oder gerade stattfindet. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, nachzuweisen, dass eine entsprechende Nachfrage bei demjenigen, der das Rezept abholt, erfolgt ist. Dies kann ggf. durch entsprechende Dokumentation in der Patientenakte geschehen, oder aber – besser noch – durch schriftliche Bestätigung desjenigen, der das Rezept abholt, dahingehend, dass sich der Patient nicht in stationärer Behandlung befindet.

Empfehlenswert ist es auch, auf die betreffende Sachlage, beispielsweise durch Praxisaushänge oder Informationen hinzuweisen, dass Verordnungen durch Vertragsärzte während eines stationären Aufenthaltes unzulässig sind und der Arzt, sollte er dies dennoch tun, den daraus entstehenden Schaden gegenüber den Krankenkassen zu zahlen hat.

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

Weitere Antworten auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag finden Sie unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Mitglieder → Recht → Fragen und Antworten.

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

## Informationen

### Patiententelefon, Patientenanfragen und -beschwerden

Im Juni 2013 wurde in der KVT ein Patiententelefon mit der Rufnummer 03643 8084222 eingerichtet, um die zahlreichen Anrufe der Patienten durch entsprechende Sprechzeiten, Montag bis Freitag von 10:00 Uhr bis 12:00 Uhr und Donnerstag zusätzlich von 14:00 Uhr bis 16:00 Uhr, zu bündeln.

Fast 1.000 Anrufe wurden nach Einführung des Patiententelephons bis Ende des Jahres 2013 angenommen. In den meisten Fällen ist es der KVT gelungen, befriedend zu wirken und Ärger auszuräumen. Ein wichtiger Aspekt hierbei war, die Anfragenden auf die vorgegebenen gesetzlichen Regelungen des Vertragsarztrechtes für die Bewertung der verschiedenen Sachverhalte hinzuweisen. Konnte keine telefonische Klärung herbeigeführt werden, wurde der Anfragende aufgefordert, sich schriftlich an die KVT zu wenden. In letzter Zeit wurde die KVT vermehrt gebeten, bei der Findung eines Arztes Unterstützung zu geben.

Im letzten Jahr gingen über 400 schriftliche Patientenanfragen und Beschwerden bei der KVT ein und wurden bearbeitet. Circa 15 Prozent davon wurden durch die Krankenkassen für ihre Versicherten eingereicht. Zehn Beschwerden übernahm zuständigkeithalber die Landesärztekammer Thüringen (LÄK). Etwa eben so viele übergab uns die LÄK zur Bearbeitung. Zum ärztlichen Bereitschaftsdienst lagen 20 Beschwerden vor. 74 Verordnungsanfragen wurden bearbeitet, 23 hatten die Herausgabe von Patientenunterlagen bzw. das Einsichtsrecht in die Patientenakte zum Inhalt. Über das Praxismanagement bezüglich Terminvergabe oder lange Wartezeit trotz Termin beschwerten sich 32 Patienten. Über 40 Patienten baten auf schriftlichem Weg um Unterstützung bei der Findung eines Arztes.

Bei den restlichen Beschwerden waren die Patienten der Auffassung, dass ihr Arzt die ihm obliegenden vertragsärztlichen Pflichten nach ihrer Ansicht nicht eingehalten hatte.

Beschwerdethemen waren u. a. nicht durchgeführte Hausbesuche, Ablehnung der weiteren Behandlung, Privatliquidation von GKV-Leistungen, nicht nachvollziehbare Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und Regelungen im EBM. Aber es erreichten uns auch Beschwerden von Patienten, die generell um die Zukunft der ambulanten medizinischen Versorgung bangen.

Viele Patienten waren für die Unterstützung der KVT im Dschungel der Gesetze und Regelungen dankbar. In den meisten Fällen lag kein Fehlverhalten seitens der Vertragsärzte vor. Die Mehrzahl der Vorwürfe konnte entkräftet werden. Nur wenige Praxen mussten auf ein Fehlverhalten hingewiesen werden.

Bei der Bearbeitung wurden unsere Mitglieder immer miteinbezogen. Vielen Dank an dieser Stelle für die kooperative Zusammenarbeit und Unterstützung.

Ihre Ansprechpartnerin: Marion Letetzki, Telefon 03643 559-728

### Thüringer Gesundheitsmesse auf der Messe Erfurt

Die Thüringer Gesundheitsmesse findet am 15. und 16. März 2014 auf der Messe Erfurt statt. Alle Informationen finden Sie unter [www.thueringer-gesundheitsmesse.de](http://www.thueringer-gesundheitsmesse.de).

Die KVT ist in die Organisation dieser Messe eingebunden. Diese Plattform nutzt die KVT, um die Besucher rund um das Thema Gesundheit zu beraten und zur Eigenverantwortung für den Erhalt der Gesundheit zu motivieren. Die KVT wird den Stand 1 G 66 betreuen. Dazu erhalten wir Unterstützung von Erfurter Ärztinnen. Diesem Rundschreiben können Sie 10 Messeflyer und ein Plakat für Ihre Praxis entnehmen. Wir würden uns freuen, wenn Sie Ihre Patienten über unsere Angebote informieren würden und wir Ihre Patienten und auch Sie an unserem Stand begrüßen könnten.

Die Vorträge am Sonntag, gehalten von unseren Mitgliedern, runden unser Angebot im Rahmen der Thüringer Gesundheitsmesse ab. Auch dazu sind Sie und Ihre Patienten herzlich eingeladen.

- 10:30 Uhr: Herz-Kreislauf – Kann ich Demenz vorbeugen?  
Dr. med. Jana Boer, Fachärztin Innere Medizin, SP Kardiologie, Erfurt

- 11:15 Uhr: Aktuelle Möglichkeiten der naturkundlichen Schmerz- und Rheumatherapie  
Dr. med. Ralf Oettmeier, Praktischer Arzt, ZB spezielle Schmerztherapie, Chirotherapie, Akupunktur, Homöopathie und Naturheilverfahren, Greiz
- 12:00 Uhr: Altwerden und Psyche – Was steht uns bevor?  
Prof. Dr. med. habil. Diethard Müller, FA Neurologie und Psychiatrie, Ilmenau
- 12:45 Uhr: Mammographie-Screening: Zehn Jahre Brustkrebs-Früherkennung  
Dr. med. Jörg Buse, FA Diagnostische Radiologie, Bad Langensalza, Programmverantwortlicher Arzt Thüringen Nord-West, Erfurt

Darüber hinaus möchten wir die Gesundheitsmesse 2014 zum Anlass nehmen, um die Thüringer Bevölkerung nicht nur an unserem Stand auf die Angebote des Landessportbundes Thüringen aufmerksam zu machen. Wir bitten Sie bei der Motivation zur Bewegung um Ihre Unterstützung, indem Sie das „Rezept für Bewegung“ bei der Gesundheitsberatung miteinbeziehen.

Sie geben damit der Empfehlung „Sie sollten sich mehr bewegen!“ schriftlich Ausdruck und weisen Ihre Patienten ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen auf Gesundheitssportangebote der Vereine hin.

Unter [www.sportprogesundheit.de](http://www.sportprogesundheit.de) sind wohnortnahe Angebote abrufbar und ab März 2014 stehen Falbblätter mit SPORT PRO GESUNDHEIT-Angeboten für alle Kreise und Städte bereit. Die Patienten gehen mit dem „Rezept für Bewegung“ zur selbstgewählten Übungsstunde und können dreimal kostenfrei teilnehmen. Danach werden Kurs- oder Vereinsgebühren fällig.

Folgende Materialien können beim Landessportbund Thüringen (LSB) kostenfrei bestellt werden:

- Rezept für Bewegung – DIN A5-Block à 20 Rezepte
- Flyer SPORT PRO GESUNDHEIT-Angebote für Ihre Stadt oder Ihren Kreis
- Plakate DIN A4 oder A3



Ihre Ansprechpartnerin beim LSB und vor Ort zur Gesundheitsmesse:

- Kerstin Lang, Telefon 0361 3405435, E-Mail: [k.lang@lsb-thueringen.de](mailto:k.lang@lsb-thueringen.de)

Ihre Ansprechpartnerin in der KVT: Marion Letetzki, Telefon 03643 559-728

## Neue Befragungsrunde beginnt am 10. Februar bundesweit



Etwa 11.000 niedergelassene Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten wurden zu ihrer beruflichen Situation befragt, um ein realistisches Stimmungsbild zu erhalten. Nun wird der „ÄrzteMonitor“ wiederholt.

„Ärzten macht ihre Arbeit Spaß“ – das war das wichtigste Ergebnis des „ÄrzteMonitors“ im Jahr 2012.

Der Ärztemonitor ist gemeinsam von KBV und NAV-Virchowbund beauftragt worden. Mehr Informationen können Sie in der aktuellen Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes vom 17.01.2014 auf Seite A 62 sowie auf der Internetseite der KBV ([www.kbv.de/44242.html](http://www.kbv.de/44242.html)) nachlesen.

## Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena

Die nächste Veranstaltung der Arzneimittelkommission des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena findet gemeinsam mit allen interessierten **niedergelassenen Vertragsärzten** und Apothekern **am 26.02.2014, um 17:15 Uhr** statt.

Thema: **Komplementärmedizin in der Onkologie**

Referentin: Doreen Jaenichen, Klinik für Innere Medizin II des UKJ, Ambulanz für Naturheilkunde und Integrative Onkologie

Ort: im Klinikum 2000, Seminarraum 3, Erlanger Allee 101, Jena-Lobeda Ost

Leitung/

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

Auskunft/

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

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

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

## 9. Geraer Symposium „Ambulante Chirurgie“

Thema: Arthrose – Pathophysiologie, Radiologie, Arthritis, Medikamente, Heilfasten, Strahlentherapie, Ganzheitliche Medizin, Sport, Schmerztherapie, Injektionen, Arthroskopie, Knorpelersatz, Gelenkerhalt, Arthrodesen, TEP-Probleme

Termin: **Sonnabend, 08.03.2014, 09:00 – 15:30 Uhr**

Ort: Kommunikationszentrum der Sparkasse Gera-Greiz, Schloßstraße 24, 07545 Gera

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. med. Matthias Hager,

Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera, Schmelzhüttenstraße 4, 07545 Gera

Anmeldung:

Telefon: 0365 8301560

Telefax: 0365 8301561

E-Mail: [chirurgieverein-gera@gmx.de](mailto:chirurgieverein-gera@gmx.de)

Flyer: [www.gp.chirurgie-gera.de/Home/Aktuelles/aktuelles.html](http://www.gp.chirurgie-gera.de/Home/Aktuelles/aktuelles.html)

Veranstalter:

Verein zur Förderung der Ambulanten Chirurgie e. V.

c/o Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera, Schmelzhüttenstraße 4, 07545 Gera

Die Zertifizierung für diese Veranstaltung wurde bei der Landesärztekammer Thüringen beantragt.

## Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 05.02.2014, 13:00–19:00 Uhr	Änderungen und Neuerungen QEP 7 Punkte, Kategorie A	Andrea Wolf, Praxismanagerin/ QEP-Trainerin/Qualitätsbeauftragte und interne Auditorin (DGQ), H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal  120,00 €
Mittwoch, 05.02.2014, 15:00–19:00 Uhr	Word 2010 (Grundkurs)	Dipl.-Math. oec. Stephan Büchner, Mitarbeiter der Stabsstelle Kosten- träger/Statistik der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal  45,00 €
Mittwoch, 05.02.2014, 15:00–19:00 Uhr	Zeitmanagement in vier Stunden oder Die Uhr tickt ...	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Team- leiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal  45,00 €
Freitag, 07.02.2014, 13:00–19:00 Uhr	Burnoutprophylaxe für Praxispersonal	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Institut salus medici, Berlin	Praxispersonal  80,00 €
Freitag, 07.02.2014, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Praxispersonal – hausärztlicher Versorgungsbereich	Steffen Göhring, Leiter der HA Ab- rechnung der KVT, Weimar	Praxispersonal  Kostenfrei
<del>Freitag, 07.02.2014, 13:00–17:30 Uhr</del>  Freitag, 14.03.2014, 13:00–17:30 Uhr	<del>Terminverschiebung</del> QEP komplett Aufbaukurs – QEP 2010 in vier Modulen einge- führt <del>Freitag, 07.02.14, 13:00–17:30 Uhr</del> Freitag, 14.03.14, 13:00–17:30 Uhr Freitag, 09.05.14, 13:00–17:30 Uhr Freitag, 20.06.14, 13:00–17:30 Uhr jeweils 7 Punkte, Kategorie C	Dr. med. Christa Glückert, lizenzier- te QEP-Trainerin, Nürnberg	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal  350,00 € für gesam- ten Lehrgang
Samstag, 08.02.2014, 09:00–12:00 Uhr	Niederlassungsseminar zur Verordnungs- und Wirtschaftlich- keitsberatung  4 Punkte, Kategorie A	Bettina Pfeiffer, Mitarbeiterin der Abteilung Verordnungsberatung der KVT, Weimar	Vertragsärzte  Kostenfrei
Mittwoch, 12.02.2014, 14:00–18:00 Uhr	Arbeitsschutz  5 Punkte, Kategorie A	Katja Saalfrank, Praxismanagement und -beratung, Selbitz	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal  45,00 €
Mittwoch, 12.02.2014, 15:00–18:00 Uhr	Einstiegsseminar zur Leistungsab- rechnung für Ärzte (Neueinsteiger)  4 Punkte, Kategorie A	Liane Barthel, Mitarbeiterin der Abteilung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Vertragsärzte  Kostenfrei
Mittwoch, 12.02.2014, 15:00–19:00 Uhr	Sag nicht „Ja“, wenn Du „Nein“ denkst	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Institut salus medici, Berlin	Praxispersonal  45,00 €

## Terminkalender

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 26.02.2014, 15:00–19:00 Uhr	<b>Veranstaltung ausgebucht</b> Buchhaltung in der Arztpraxis – Grundlage betriebswirtschaftlicher Praxisführung (Grundkurs)  7 Punkte, Kategorie C	Dipl.-Ök. Sabina Surrey, Gotha	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal  45,00 €
Mittwoch, 26.02.2014, 15:00–18:00 Uhr	<b>Informationsveranstaltung</b> zu den Vertragsänderungen <b>DMP</b> weitere Termine: 07.03.2014 und 26.03.2014 4 Punkte, Kategorie A	Referenten werden noch bekannt gegeben	Vertragsärzte  Kostenfrei
Mittwoch, 26.02.2014, 19:00–21:15 Uhr	Englisch für Ärzte  Der Kurs umfasst 10 Termine à 3 Unterrichtsstunden und findet immer im wöchentlichen Rhythmus mittwochs von 19:00 bis 21:15 Uhr statt (nicht an Feiertagen).	Corneliu Stephan Caporani, ge- boren in Bridgeport Connecticut (USA), Geschäftsführer Business English Training & Services, Jena	Vertragsärzte, Psychotherapeuten  95,00 €
Mittwoch, 26.02.2014, 16:30–18:45 Uhr	Englisch für Praxispersonal  Der Kurs umfasst 10 Termine à drei Unterrichtsstunden und findet immer im wöchentlichen Rhythmus mittwochs von 16:30 bis 18:45 Uhr statt (nicht an Feiertagen).	Corneliu Stephan Caporani, ge- boren in Bridgeport Connecticut (USA), Geschäftsführer Business English Training & Services, Jena	Praxispersonal  79,50 €
Mittwoch, 26.02.2014, 13:00–19:00 Uhr	Kooperation richtig gestalten  8 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Institut salus medici, Berlin	Vertragsärzte, Psychotherapeuten  80,00 €
Mittwoch, 26.02.2014, 15:00–19:00 Uhr	Management der Emotionen  5 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Team- leiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal  45,00 €
Freitag, 28.02.2014, 13:00–19:00 Uhr	Der gute Ton am Telefon – Erfolgreiches Telefonieren in der Arztpraxis (Grundkurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal  80,00 €
Samstag, 01.03.2014, 09:00–15:00 Uhr	Konflikt- und Beschwerdemanage- ment (Grundkurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal  80,00 €
Mittwoch, 05.03.2014, 13:00–19:00 Uhr	Bausteine einer reibungslosen Praxisorganisation  7 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Institut salus medici, Berlin	Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal  80,00 €
Mittwoch, 05.03.2014, 15:00–17:30 Uhr	Der Honorarbescheid  3 Punkte, Kategorie A	Christina König, Abteilungsleiterin der Abteilung Honorare/Widersprü- che der KVT, Weimar	Vertragsärzte, Psychotherapeuten  Kostenfrei
Mittwoch, 05.03.2014, 15:00–19:00 Uhr	Die Schwere leichter machen – Eigene Ressourcen entdecken	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Team- leiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal  45,00 €

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 05.03.2014, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Fortgeschrittene – fachärztlicher Versorgungsbereich  5 Punkte, Kategorie C	Steffen Göhring, Leiter der HA Abrechnung der KVT, Weimar	Vertragsärzte  Kostenfrei
Freitag, 07.03.2014, 15:00–18:00 Uhr	Informationsveranstaltung zu den Vertragsänderungen DMP  4 Punkte, Kategorie A	Referenten werden noch bekannt gegeben	Vertragsärzte  Kostenfrei
Samstag, 08.03.2014, 09:00–16:00 Uhr	Praxismanager weitere Termine: Samstag, 22.03.2014 Samstag, 12.04.2014 Samstag, 10.05.2014 Samstag, 24.05.2014 jeweils 09:00–16:00 Uhr	Christel Mellenthin, QM-Beraterin (DGQ)/QEP-Trainerin, H+M Health- care Management GmbH, Erfurt	Praxispersonal  755,00 € für gesam- ten Lehrgang inkl. 75,00 € für Prüfung
Mittwoch, 12.03.2014, 15:00–18:00 Uhr	Diabetes-Schulungskurs für Praxis- personal, Teil 1 (unabhängig vom DMP)	Dr. med. Silke Haschen, Fachärztin für Innere Medizin in Diabetologi- scher Schwerpunktpraxis, Erfurt	Praxispersonal  45,00 €
Mittwoch, 12.03.2014, 15:00–19:00 Uhr	Gedächtnistraining für Praxispersonal	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Team- leiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal  45,00 €
Freitag, 14.03.2014, 13:00–17:30 Uhr	QEP komplett Aufbaukurs – QEP 2010 in vier Modulen einge- führt  <u>weitere Termine:</u> Freitag, 09.05.14, 13:00–17:30 Uhr Freitag, 20.06.14, 13:00–17:30 Uhr Freitag, 18.07.14, 13:00–17:30 Uhr  jeweils 7 Punkte, Kategorie C	Referenten werden noch bekannt gegeben	Vertragsärzte  Kostenfrei
Samstag, 15.03.2014, 09:00–17:00 Uhr	Verordnung von Arznei-, Verband-, Hilfs- und Heilmitteln, Sprechstun- denbedarf, Häuslicher Kranken- pflege, Reha/Funktionstraining, Krankentransport usw., Teil 1 und 2  8 Punkte, Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der HA Ordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KVT, Weimar	Vertragsärzte  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](http://www.kvt.de). Bitte senden Sie uns das Formular per Telefax an 03643 559-291 oder buchen Sie Ihr Seminar einfach online über unseren Fortbildungskalender.

### Kinderbetreuungsangebot

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

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

## Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen

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

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

Anmeldung/Auskunft: Postfach 100740, 07740 Jena

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

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

#### ▪ **Klinische Elektroenzephalographie im Kindes- und Erwachsenenalter Teil 1 – Einführung und praktische Übungen**

Termin: 01.03.2014, 09:30 Uhr, bis 02.03.2014, 13:00 Uhr

Ort: Hotel Frauenberger, Max-Alvary-Straße 11, 99891 Tabarz

Leitung: Doz. Dr. med. habil. Reinhard Both, Jena

Gebühr: 250 € pro Teil

Zertifizierung: 18 Punkte, Kategorie C

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

– Grundlagen der EKG-Auswertung

– Reizbildungsstörungen

– Reizleitungsstörungen

– Erregungsrückbildungsstörungen

– Infarkt-EKG

– Vorhof- und Kammerhypertrophie

– Belastungs-EKG

– Schrittmacher-EKG

– praktische Übungen in der Gruppe

Termine: Arzt: 14.03.2014, 08:00 Uhr, bis 15.03.2014, 18:00 Uhr

Praxispersonal: EKG-Grundkurs am 14.03.2014; Ergometrie am 15.03.2014

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Dr. med. Jana Boer, Erfurt

Gebühr: Ärzte: 200 € für Freitag und Samstag

Praxispersonal: 80 € am Freitag, 60 € am Samstag, 120 € für Freitag und Samstag

Zertifizierung: 25 Punkte, Kategorie C

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

Termin: 14.03.2014, 08:30 Uhr, bis 22.03.2014, 19:00 Uhr

Ort: Weimarhalle, UNESCO-Platz 1, 99423 Weimar

Leitung: Dr. med. Jens Reichel, Jena

Gebühr: 750 €

Zertifizierung: 80 Punkte, Kategorie H

#### ▪ **Psychosomatische Grundversorgung**

Teil 1: 14.03. – 15.03.2014

Teil 2: 27.06. – 28.06.2014

Teil 3: 19.09. – 20.09.2014

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Dr. med. Antje Habenicht, Jena, Dr. phil. Karla Beyer, Erlangen

Gebühr: 660 €

Zertifizierung: 50 Punkte, Kategorie H

▪ **Akademie der Landesärztekammer Thüringen, Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Jena**  
**22. Medizinisch-Juristisches Kolloquium „Aufklärung – Patientenrechtegesetz“**

- Das Patientenrechtegesetz – Neues zur Aufklärung?  
Referent: RA Dr. jur. Jörg Heberer, München
- Die ärztliche Aufklärungspflicht im Spannungsfeld der täglichen Praxis – Grundlagen, Pitfalls, Fallberichte. Referent: Dr. med. Ricarda Arnold, Jena
- Falldiskussionen

Termin: 19.03.2014, 15:00 bis 19:00 Uhr  
 Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena  
 Leitung: Dr. med. Ricarda Arnold, Jena  
 Kosten: gebührenfrei  
 Zertifizierung: 5 Punkte, Kategorie A

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

- Allgemeines zur ärztlichen Begutachtung, Dr. med. Bernhard Blüher, Landratsamt Altenburg
- Betreuungsrecht, NN
- Aspekte des Richters zu psychiatrischen Gutachten und Schmerzgutachten, Richter Fritz Keller, Landessozialgericht Erfurt
- Fallstricke bei der Betreuungsbegutachtung, Dr. med. Hans Amlacher, Sachverständigenbüro Bremsnitz
- Begutachtung von Patienten mit chronischen Schmerzen, Dr. med. Beate Gruner, Psychosomatische Praxis Weimar
- Differenzierte Begutachtung depressiver Zustandsbilder, Dr. med. Hans Amlacher, Sachverständigenbüro Bremsnitz

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

▪ **Intensivkurs Allgemeinmedizin für Allgemeinmediziner und zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung**

- Notfallmedizin, Behandlung akuter Erkrankungen, Dipl.-Med. Silke Vonau, Hinternah
- Borreliose, FSME, Influenza, Pneumonien, Dorothea Stula, Weimar
- Leichenschau, Dr. med. Ricarda Arnold, Jena
- Rechtsgrundlagen zur Verordnung, Dr. med. habil. Editha Kniepert, Weimar
- Prophylaxe, Lars Wolter, Steinheid
- Infektionskrankheiten/Meldepflichtige Krankheiten, Lars Wolter, Steinheid
- Was ist vor Operationen hinsichtlich bestehender Medikation zu beachten? Lars Wolter, Steinheid
- Chronische Krankheiten – Wundbehandlung, Dr. med. Christine Zollmann, Jena
- Chronische Krankheiten – Diabetes, Hypoglykämie, Dr. med. Cosima Schramm, Jena
- Chronische Krankheiten – Koronare Herzkrankheit, Hypertonie, Dr. med. Alexander Winkler, Jena
- COPD/Asthma, Dr. med. Alexander Winkler, Jena
- Osteoporose, Dipl.-Med. Silke Vonau

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

### ▪ Strukturierte curriculare Fortbildung Geriatrische Grundversorgung

Teil 1: 25.06. – 28.06.2014 Erfurt, Kaisersaal  
Teil 2: 05.11. – 08.11.2014 Jena, Landesärztekammer  
Ort: Kaisersaal, Futterstraße 15/16, 99084 Erfurt  
Leitung: Dr. med. Joachim Zeeh, Meiningen  
Gebühr: 600 €  
Zertifizierung: 60 Punkte, Kategorie H

### Praxispersonal

#### ▪ Notfallseminar für Praxispersonal

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

#### ▪ Intensivkurs für Medizinische Fachangestellte

Modul 1 (28.02. – 01.03.2014):

– Organspende, Hilfsmittelverordnung, Hygienemanagement, Rechtliche Fragen, Praxisorganisation, Abrechnung

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Modul 2 (14.03. – 15.03.2014):

– Impfen, Arzneimittelkunde, Wichtige Leitsymptome, Notfälle in der Praxis, Wundversorgung, Präanalytik, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetestherapie in der hausärztlichen Praxis, Neues und Wichtiges zur Blutzuckermessung

Ort: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar  
Leitung: Dr. med. Helke Leder, Gera, Doreen Stedry, Greiz  
Gebühr: 400 € (Buchung einzelner Module möglich)

#### ▪ Injektionstechniken

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 €

#### ▪ Harnanalyse - Tipps, Tricks und Hinweise

Termin: 09.04.2014, 15:00 bis 17:30 Uhr  
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena  
Leitung: Manuela Kindervater, Jena  
Gebühr: 30 €

# Wirkstoff AKTUELL

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



## Ivabradin

Ivabradin hemmt den Schrittmacherstrom ( $I_f$ ) im Sinusknoten des Herzens.  $I_f$  wird über hyperpolarisations-aktivierte, von zyklischen Nukleotiden abhängige Ionenkanäle, die sogenannten „Funny Channels“, reguliert. Die  $I_f$ -Hemmung führt zur Verlangsamung der diastolischen Depolarisation des Sinusknotens und nachfolgend zu einer Reduktion der belastungsabhängigen Herzfrequenz um 5–10 Schläge pro Minute. Hierdurch wird eine Verringerung des myokardialen Sauerstoffverbrauchs erreicht.

### Koronare Herzkrankheit

In der Zulassungsstudie an Patienten mit stabiler Koronarer Herzkrankheit (KHK) zeigte Ivabradin in der Gesamtpopulation weder bei dem kombinierten primären Endpunkt (kardiovaskulärer Tod, Krankenhausaufnahme wegen Myokardinfarkt oder Verschlechterung der Herzinsuffizienz) noch bei den sekundären Endpunkten einen signifikanten Vorteil gegenüber Placebo. Zur medikamentösen Langzeitprophylaxe von Angina pectoris können Betarezeptorenblocker, Kalziumantagonisten oder Nitrate eingesetzt werden. Mittel der Wahl sind Betarezeptorenblocker. Ivabradin kann bei Unverträglichkeit von Betarezeptorenblockern oder bei Komorbiditäten, die eine Anwendung von Betarezeptorenblockern verbieten (z. B. allergisches Asthma bronchiale), eine Alternative sein.

### Herzinsuffizienz

In der Zulassungsstudie an Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (HF), reduzierter linksventrikulärer Auswurfleistung und Ruheherzfrequenzen  $> 70/\text{min}$  zeigte Ivabradin eine Risikoreduktion im primären kombinierten Endpunkt aus kardiovaskulärer Mortalität und Krankenhausaufnahme wegen Verschlechterung der Herzinsuffizienz. Die als sekundärer Endpunkt erfasste Gesamtmortalität wurde nicht signifikant beeinflusst.

Zugelassen wurde Ivabradin nur für Patienten mit einer Herzfrequenz  $\geq 75/\text{min}$ . In dieser Subgruppe zeigte sich unter Ivabradin eine Reduktion der kardiovaskulären Mortalität. Diese Beobachtung ist aber Ergebnis einer Post-hoc-Analyse einer nicht prädefinierten Subgruppe und daher allenfalls hypothesenbildend.

Mittel der Wahl bei der Pharmakotherapie der chronischen Herzinsuffizienz ist die Kombination eines ACE-Hemmers (bei Unverträglichkeit von ACE-Hemmern alternativ  $AT_1$ -Antagonisten) mit einem Betarezeptorenblocker und stadienabhängig die Gabe von Aldosteronrezeptorblockern. Mit dem Ziel einer Senkung der HF-Hospitalisierungsrate sollte Ivabradin nur bei Patienten mit Sinusrhythmus und einer linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF)  $\leq 35\%$  eingesetzt werden, wenn die Herzfrequenz trotz Betarezeptorblockade bei  $\geq 75/\text{min}$  liegt oder wenn Betarezeptorenblocker nicht vertragen werden.

Neben den unten aufgezählten Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln sind bei der Verordnung von Ivabradin die hohen Kosten zu beachten.

## Indikation

### Behandlung der koronaren Herzkrankheit

Symptomatische Behandlung der chronischen stabilen Angina pectoris bei Erwachsenen mit koronarer Herzkrankheit und normalem Sinusrhythmus.

Ivabradin ist indiziert:

- bei Erwachsenen mit einer Unverträglichkeit für Betarezeptorenblocker, oder bei denen Betarezeptorenblocker kontraindiziert sind, oder
- in Kombination mit Betarezeptorenblockern bei Patienten, die mit einer optimalen Betarezeptorenblockerdosis unzureichend eingestellt sind und deren Herzfrequenz  $> 60$  Schläge pro Minute ist.

### Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz

Ivabradin ist indiziert bei chronischer Herzinsuffizienz der NYHA-Klasse II bis IV mit systolischer Dysfunktion, bei Patienten im Sinusrhythmus mit einer Herzfrequenz  $\geq 75$  Schläge pro Minute, in Kombination mit Standardtherapie einschließlich Betarezeptorenblocker oder wenn Betarezeptorenblocker kontraindiziert sind oder eine Unverträglichkeit vorliegt.

## Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

### Koronare Herzkrankheit (1–4)

- Zur medikamentösen Langzeitprophylaxe von Angina-pectoris-Anfällen stehen Betarezeptorenblocker, Kalziumantagonisten und Nitrate zur Verfügung.
- Betarezeptorenblocker sind Mittel der ersten Wahl, da für sie – im Gegensatz zu den anderen Wirkstoffen – neben der günstigen Beeinflussung von pektanginösen Beschwerden und Belastungstoleranz auch eine sekundärpräventive Wirksamkeit nachgewiesen ist. Sie senken den kardialen Sauerstoffbedarf durch Hemmung der Katecholaminwirkung auf Herzfrequenz, Kontraktilität und Blutdruck.
- Alle Patienten nach Myokardinfarkt mit Linksherzinsuffizienz sollen aufgrund der nachgewiesenen Senkung von Morbidität und Sterblichkeit mit einem ACE-Hemmer behandelt werden. Bei Unverträglichkeit von ACE-Hemmern sollten  $AT_1$ -Antagonisten eingesetzt werden.
- Kalziumantagonisten sind Mittel der 2. Wahl zur symptomatischen Behandlung der Angina pectoris.
- Patienten mit stabiler Angina pectoris sollten über ein schnell wirkendes Glyceroltrinitrat zur Kupierung akuter Anfälle verfügen.
- Eine Prognoseverbesserung bei Patienten mit KHK ist weder für Ivabradin noch für das in einer früheren Ausgabe von Wirkstoff Aktuell besprochene Ranolazin nachgewiesen – weder als Alternative zu den etablierten Wirkstoffen noch als Ergänzungstherapie.
- Ivabradin kann bei Unverträglichkeit von Betarezeptorenblockern oder bei Komorbiditäten, die eine Behandlung mit Betarezeptorenblockern verbieten, als Reservemittel zur Behandlung der Angina pectoris eingesetzt werden.

### Chronische systolische Herzinsuffizienz (5–9)

- Jede systolische Myokardinsuffizienz stellt unabhängig von den subjektiven Beschwerden und dem NYHA-Stadium eine pharmakotherapeutische Behandlungsindikation dar.
- Bei Patienten mit systolischer Myokardinsuffizienz ist die Kombination von ACE-Hemmern und Betarezeptorenblockern zur Senkung der Hospitalisierungsrate und des Risikos eines vorzeitigen Todes indiziert.
- Die zusätzliche Gabe eines Aldosteronrezeptorantagonisten wird bei allen Patienten mit persistierenden Symptomen (NYHA-Klasse II–IV) und einer EF  $\leq 35\%$  zur Senkung der Hospitalisierungsrate und des Risikos eines vorzeitigen Todes empfohlen.
- Die Gabe von Digoxin oder Digitoxin kann bei symptomatischen Patienten mit einer LVEF  $\leq 45\%$  zur Senkung der Hospitalisierungsrate in Erwägung gezogen werden. Die potentiell erheblichen Nebenwirkungen und die enge therapeutische Breite sind zu beachten. Deshalb sollen grundsätzlich nur niedrige Dosierungen verordnet werden.
- Ivabradin sollte nur in folgenden Fällen zur Senkung der HF-Hospitalisierungsrate eingesetzt werden:
  - bei Patienten mit Sinusrhythmus, einer EF  $\leq 35\%$  und einer Herzfrequenz  $\geq 75/\text{min}$  trotz adäquater Betarezeptorenblocker-Therapie
  - bei Patienten mit Unverträglichkeit oder Kontraindikation von Betarezeptorenblockern
- Bei Unverträglichkeit von ACE-Hemmern (z. B. Husten) oder Aldosteronrezeptorantagonisten können  $AT_1$ -Antagonisten eine Alternative sein.

## Wirkungsweise (3;9;10)

Ivabradin hemmt selektiv und spezifisch den Ionenstrom im „Funny Channel“ ( $I_f$ -Inhibitor) im Sinusknoten des Herzens. Dies führt zur Verlangsamung der diastolischen Depolarisation des Sinusknotens mit konsekutiver Reduktion der Herzfrequenz um 5–10 Schläge pro Minute unter Belastung. Durch die Senkung der Herzfrequenz wird der myokardiale Sauerstoffverbrauch gesenkt.

Ivabradin wird schnell und fast vollständig nach oraler Einnahme resorbiert. Der maximale Plasmaspiegel ist bei nüchternem Zustand nach ca. einer Stunde erreicht. Die absolute Bioverfügbarkeit der Filmtabletten liegt aufgrund des First-Pass-Effekts im Darm und in der Leber bei ca. 40 %. Ivabradin wird weitgehend in der Leber und im Darm durch Oxidation über das Cytochrom P450 3A4 (CYP3A4) me-

tabolisiert. Die Elimination der Metaboliten erfolgt über Faeces und Urin.

Ivabradin kann auch Effekte auf den Netzhautstrom  $I_h$  haben, welcher dem  $I_f$ -Strom des Sinusknotens stark ähnelt.  $I_h$  ist an der temporären Auflösung des visuellen Systems beteiligt, indem die Antwort der Netzhaut auf helle Lichtreize verkürzt wird. Unter Trigger-Bedingungen (z. B. schnelle Lichtstärkenänderungen) ist die partielle Hemmung des  $I_h$ -Kanals durch Ivabradin Ursache der lichtbedingten Symptome, die gelegentlich von Patienten berichtet werden. Diese werden von Patienten als vorübergehend verstärkte Helligkeit in einem begrenzten Bereich des Gesichtsfeldes beschrieben.

## Wirksamkeit (3;4;7;9;10)

## Koronare Herzkrankheit

In einer randomisierten, doppelblinden Studie (BEAUTIFUL) wurden 10.917 Patienten im mittleren Alter von 65,2 Jahren, einer mindestens über 3 Monate stabilen KHK und einer eingeschränkten LVEF (< 40 %) untersucht. Die Patienten erhielten täglich 2 x 5 mg bis 2 x 7,5 mg Ivabradin

oder Placebo. Die Basisbehandlung wurde fortgeführt. In der Gesamtpopulation konnte bei keinem der Endpunkte ein signifikanter Vorteil von Ivabradin gegenüber Placebo gezeigt werden.

	Ivabradin n = 5479	Placebo n = 5438	HR* (95 % CI**)	p-Wert
<i>Primärer kombinierter Endpunkt:</i>				
kardiovaskulärer Tod, Krankenhausaufnahme wegen Myokardinfarkt oder Verschlechterung der Herzinsuffizienz	844 (15,4 %)	832 (15,3 %)	1,00 (0,91–1,10)	0,94
<i>Sekundäre Endpunkte:</i>				
Gesamtmortalität	572 (10,4 %)	547 (10,1 %)	1,04 (0,92–1,16)	0,55
kardiovaskulärer Tod	469 (8,6 %)	435 (8,0 %)	1,07 (0,94–1,22)	0,32
Krankenhausaufnahme wegen Herzinsuffizienz	426 (7,8 %)	427 (7,9 %)	0,99 (0,86–1,13)	0,85
Krankenhausaufnahme wegen Myokardinfarkt	199 (3,6 %)	226 (4,2 %)	0,87 (0,72–1,06)	0,16
koronare Revaskularisation	155 (2,8 %)	186 (3,4 %)	0,83 (0,67–1,02)	0,078

\*Hazard Ratio, \*\*Konfidenzintervall

## Chronische Herzinsuffizienz

In einer randomisierten, doppelblinden Studie (SHIFT) wurden 6505 Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz ( $\geq 4$  Wochen) der NYHA-Klasse II–IV, mit reduzierter LVEF ( $\leq 35$  %) und einer Ruhedfrequenz von  $\geq 70$  Schläge pro Minute untersucht. Die Patienten erhielten randomi-

siert zweimal täglich 7,5 mg Ivabradin oder Placebo. Die Studie zeigte eine statistisch signifikante Reduktion des kombinierten primären Endpunkts (kardiovaskuläre Mortalität oder Krankenhausaufnahme wegen Verschlechterung der Herzinsuffizienz) um 4,2 %.

	Ivabradin n = 3241	Placebo n = 3264	HR* (95 % CI**)	p-Wert
<i>Primärer kombinierter Endpunkt:</i>				
kardiovaskulärer Tod, Krankenhausaufnahme wegen Verschlechterung der Herzinsuffizienz	793 (24,47 %)	937 (28,71 %)	0,82 (0,75–0,90)	< 0,0001
<i>Sekundäre Endpunkte:</i>				
Gesamtmortalität	503 (15,52 %)	552 (16,91 %)	0,90 (0,80–1,02)	0,092
Tod aufgrund von Herzinsuffizienz	113 (3,49 %)	151 (4,63 %)	0,74 (0,58–0,94)	0,014
Krankenhausaufnahme aus jeglichen Gründen	1231 (37,98 %)	1356 (41,54 %)	0,89 (0,82–0,96)	0,003
Krankenhausaufnahme aus kardiovaskulären Gründen	977 (30,15 %)	1122 (34,38 %)	0,85 (0,78–0,92)	0,0002

\*Hazard Ratio, \*\*Konfidenzintervall

Kosten				
Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben <sup>1</sup> [mg]	Dosis (mg/Tag) <sup>2</sup>	Kosten pro Jahr [€] <sup>3</sup>
Ivabradin	Procoralan® 5 mg, 7,5 mg Filmtabletten	10	10 – 15	797,26 <sup>4</sup>
Ranolazin	Ranexa® 375 mg, 750 mg Retardtabletten	1500	750 – 1500	812,42 <sup>5</sup>
<b>Betarezeptorenblocker</b>				
Bisoprololhemifumarat	Generikum, 5 mg, 10 mg Tabletten	10	5	42,81
			10	49,28
			20	98,55
Metoprololsuccinat	Generikum, 23,75 mg, 190 mg Retardtabletten	150 <sup>6</sup>	23,75 – 190	39,42 – 59,60
Metoprololtartrat	Generikum, 50 mg <sup>7</sup> , 200 mg Retardtabletten	150 <sup>6</sup>	50 – 200	52,27 – 57,01
<b>Kalziumantagonisten</b>				
Amlodipin	Generikum, 5 mg, 10 mg Tabletten	5	5 – 10	37,85 – 38,80
Verapamil	Generikum, 40 mg Filmtabletten, 240 mg Retardtabletten <sup>8</sup>	240	120 – 480	125,05 – 179,58
<b>Isosorbiddinitrat</b>				
Isosorbiddinitrat	Generikum, 40 mg, 80 mg Retardkapseln <sup>9</sup>	60	40 – 160	52,09 – 130,96
<b>ACE-Hemmer</b>				
Enalaprilmaleat	Generikum, 2,5 mg, 20 mg Tabletten	10 <sup>10</sup>	2,5 – 40	38,29 – 76,07
Lisinopril	Generikum, 2,5 mg, 5 mg, 30 mg Tabletten	10	2,5 – 35	38,29 – 98,08
Ramipril	Generikum, 2,5 mg, 10 mg Tabletten	2,5	1,25 – 10	19,49 – 44,86
<b>AT<sub>1</sub>-Antagonisten</b>				
Candesartancilexetil	Generikum, 4 mg, 32 mg Tabletten	8 <sup>11</sup>	4 – 32	50,02 – 91,47
<b>Aldosteronrezeptorantagonisten</b>				
Eplerenon	Inspra® 25 mg, 50 mg Filmtabletten	50	25 – 50	25 mg: 922,72
				50 mg: 901,18
Spironolacton <sup>12</sup>	Generikum, 25 mg Tabletten	75	25 <sup>13</sup>	52,60
<b>Diuretika</b>				
Torasemid	Generikum, 5 mg, 20 mg Tabletten	15	5 – 20	45,22 – 60,37
Furosemid	Generikum, 40 mg, 80 mg Tabletten	40	40 – 160	43,07 – 108,70
Hydrochlorothiazid	Generikum, 25 mg, 50 mg Tabletten	25	25 – 100	51,21 – 121,91
Chlortalidon	Hygroton 25 mg, 50 mg Tabletten	25	25 – 200	53,76 – 238,86

Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben <sup>1</sup> [mg]	Dosis (mg/Tag) <sup>2</sup>	Kosten pro Jahr [€] <sup>3</sup>
<b>Herzglykoside</b>				
Digitoxin	Digimerck® pico 0,05 mg Digimerck® 0,1 mg <sup>14</sup>	0,1	0,05	44,75 25,44
	Generikum, 0,07 mg		0,07	47,56
	Digimerck® 0,1 mg <sup>14</sup>		0,1	50,88
	Tabletten			
Digoxin	Generikum 0,125 mg Lanicor® / Generikum 0,25 mg	0,25	0,125	48,22 26,61
	Lanicor® / Generikum 0,25 mg		0,25	53,22
	Generikum 0,125 mg Tabletten		0,375	144,65
Metildigoxin	Lanitop® mite 0,05 mg <sup>15</sup> Lanitop® 0,1 mg <sup>15</sup>	0,2	0,05	45,00 25,77
	Lanitop® E 0,15 mg <sup>15</sup>		0,15	69,52
	Lanitop® E 0,15 mg <sup>15</sup>		0,3	139,05
	Tabletten			
β-Acetyldigoxin	Generikum, 0,2 mg Tabletten	0,5	0,2 – 0,3	41,61 – 62,41

Stand Lauertaxe: 01.11.2013

<sup>1</sup>nach (11) für orale Darreichungsform; <sup>2</sup>Dosierung gemäß Fachinformation; <sup>3</sup>Kostenberechnung bezogen auf die Tagesdosis der Fachinformation anhand des kostengünstigsten Präparates einschließlich Import; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt; <sup>4</sup>die Kosten für die berechneten Wirkstärken 10 mg und 15 mg sind gleich; <sup>5</sup>die Kosten für die berechneten Wirkstärken 375 mg und 750 mg sind gleich; <sup>6</sup>Metoprolol; <sup>7</sup>50 mg Wirkstärke auch in nicht-retardierter Form vorhanden; <sup>8</sup>Wirkstärke 240 mg nur in retardierter Form vorhanden; <sup>9</sup>nicht-retardierte Tabletten auch in den Wirkstärken 10, 20 und 40 mg vorhanden; <sup>10</sup>Enalapril; <sup>11</sup>Candesartan; <sup>12</sup>der deutlich preisgünstigere Aldosteronantagonist Spironolacton ist in Deutschland für Patienten mit sekundärem Hyperaldosteronismus, jedoch nicht – wie in den USA – für die Herzinsuffizienz zugelassen. Spironolacton wird in der aktuellen ESC-Guideline zur Therapie der Herzinsuffizienz empfohlen; <sup>13</sup>nach (6); <sup>14</sup>kostengünstiger Import, teureres Generikum vorhanden; <sup>15</sup>bezogen auf Metildigoxin Propan-2-on.

Weitere Angaben zu Dosierungen und Indikationen sind den Fachinformationen zu entnehmen.

Die Kostendarstellung zeigt nur anhand eines Vertreters bzw. etablierter Arzneimittel der Wirkstoffklasse einen Kostenvergleich und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

## Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen (3;9;10)\*

### ☐ Kontraindikationen

- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile
- Ruheherzfrequenz < 60/min vor Behandlung
- kardiogener Schock
- akuter Myokardinfarkt
- schwere Hypotonie (< 90/50 mmHg)
- schwere Leberinsuffizienz
- Sick-Sinus-Syndrom
- sinuatrialer Block
- instabile oder akute Herzinsuffizienz
- Herzschrittmacher-Abhängigkeit (Herzfrequenz wird ausschließlich durch den Schrittmacher erzeugt)
- instabile Angina pectoris
- AV-Block 3. Grades

- Anwendung von starken Cytochrom-P450-3A4-Hemmern wie Antimykotika vom Azoltyp (Ketoconazol, Itraconazol), Makrolidantibiotika (Clarithromycin, Erythromycin per os, Josamycin, Telithromycin), HIV-Proteaseinhibitoren (Nelfinavir, Ritonavir) und Nefazodon
- Schwangerschaft, Stillzeit

### ☐ Interaktionen

#### Pharmakodynamische Wechselwirkungen

Von folgenden Kombinationen wird abgeraten:

- QT-verlängernde Arzneimittel
  - kardiovaskuläre QT-verlängernde Arzneimittel (z. B. Chinidin, Disopyramid, Bepridil, Sotalol, Ibutilid, Amiodaron)
  - nicht kardiovaskuläre QT-verlängernde Arzneimittel (z. B. Pimozid, Ziprasidon, Serintindol, Mefloquin, Halofantrin, Pentamidin, Cisaprid, intravenös applizierbares Erythromycin)

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

Folgende Kombinationen erfordern besondere Vorsichtsmaßnahmen:

- Kaliumspiegel-senkende Diuretika (Thiazide und Schleifendiuretika): Eine Hypokaliämie kann das Risiko für Arrhythmien erhöhen. Da Ivabradin eine Bradykardie verursachen kann, ist die daraus resultierende Kombination von Hypokaliämie und Bradykardie ein prädisponierender Faktor für das Auftreten von schweren Arrhythmien, insbesondere bei Patienten mit langem QT-Syndrom, unabhängig davon ob dieses erblich bedingt oder arzneimittelinduziert ist.

### Pharmakokinetische Wechselwirkungen

Von folgenden Kombinationen wird abgeraten:

- mäßig starke CYP3A4-Hemmer
  - Spezifische Interaktionsstudien bei gesunden Freiwilligen und Patienten haben gezeigt, dass die Kombination von Ivabradin mit den herzfrequenzsenkenden Wirkstoffen Diltiazem oder Verapamil zu einer Erhöhung der Ivabradin-Exposition und einer zusätzlichen Herzfrequenzsenkung um 5 Schläge pro Minute führte. Die gleichzeitige Einnahme von Ivabradin mit diesen Arzneimitteln wird nicht empfohlen.

Folgende Kombinationen erfordern besondere Vorsichtsmaßnahmen:

- mäßig starke CYP3A4-Hemmer
  - Die gleichzeitige Einnahme von Ivabradin mit anderen mäßig starken CYP3A4-Hemmern (z. B. Fluconazol) kann bei einer Anfangsdosierung von 2,5 mg zweimal täglich und einer Ruheherzfrequenz von über 60 Schlägen pro Minute unter Überwachung der Herzfrequenz in Betracht gezogen werden.
- Grapefruitsaft
  - Bei gleichzeitiger Einnahme mit Grapefruitsaft wurde die Ivabradin-Exposition um das Zweifache erhöht. Daher sollte der Genuss von Grapefruitsaft während der Behandlung mit Ivabradin eingeschränkt werden.
- CYP3A4-Induktoren
  - CYP3A4-Induktoren (z. B. Rifampicin, Barbiturate, Phenytoin, Hypericum perforatum [Johanniskraut]) können die Ivabradin-Exposition und -Wirksamkeit herabsetzen. Die gleichzeitige Einnahme von CYP3A4-induzierenden Arzneimitteln kann möglicherweise eine Anpassung der Ivabradin-Dosis erforderlich machen. Die Kombination von Ivabradin 10 mg zweimal täglich mit Johanniskraut bewirkte eine Reduktion der Ivabradin-AUC (area under the curve) um die Hälfte. Die Einnahme von Johanniskraut sollte während der Behandlung mit Ivabradin eingeschränkt werden.

### □ Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen

- Ivabradin beeinflusst die retinale Funktion. Derzeit gibt es keinen Nachweis eines toxischen Effektes von Ivabradin auf die Retina, aber Auswirkungen einer Langzeitbehandlung mit Ivabradin über ein Jahr hinaus auf die retinale Funktion sind gegenwärtig nicht bekannt. Ein Therapieabbruch sollte erwogen werden, falls eine unerwartete Verschlechterung der visuellen Funktion auftritt. Bei Patienten mit Retinitis pigmentosa ist Vorsicht angebracht.
- Ivabradin wird nicht empfohlen bei Patienten mit Vorhofflimmern oder anderen Herzrhythmusstörungen, die die Funktion des Sinusknotens störend beeinflussen.
- Ivabradin wird nicht empfohlen bei Patienten mit AV-Block 2. Grades.
- Ivabradin darf nicht eingesetzt werden bei Patienten, die vor der Behandlung eine Herzfrequenz von unter 60 Schlägen pro Minute in Ruhe haben.
- Die gleichzeitige Anwendung von Ivabradin mit herzfrequenzsenkenden Kalziumantagonisten wie Verapamil oder Diltiazem wird nicht empfohlen.
- Eine Herzinsuffizienz muss stabil sein, bevor eine Behandlung mit Ivabradin in Betracht gezogen werden kann. Ivabradin sollte bei Patienten mit Herzinsuffizienz der NYHA-Klasse IV nur mit Vorsicht unter gut kontrollierten Bedingungen angewendet werden.
- Die Anwendung von Ivabradin unmittelbar nach einem Schlaganfall wird nicht empfohlen.
- Die Anwendung von Ivabradin bei Patienten mit angeborenem QT-Syndrom oder solchen, die mit QT-verlängernden Arzneimitteln behandelt werden, sollte vermieden werden. Eine Reduktion der Herzfrequenz durch Ivabradin kann eine QT-Verlängerung verstärken, was schwere Arrhythmien, insbesondere Torsade de pointes, zur Folge haben kann.
- Die größere Empfindlichkeit von Frauen gegenüber QT-Zeit verlängernden Pharmaka sollte berücksichtigt werden (12).

Nebenwirkungen	
sehr häufig (≥ 1/10)	lichtbedingte visuelle Symptome (Phosphene)
häufig (≥ 1/100, < 1/10)	Kopfschmerz, im Allgemeinen während des ersten Behandlungsmonats Schwindel (möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie), verschwommenes Sehen, Bradykardie, unkontrollierter Blutdruck
gelegentlich (≥ 1/1000, < 1/100)	Eosinophilie, Hyperurikämie, Synkope (möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie), Vertigo, Palpitationen, supraventrikuläre Extrasystolen, Hypotonie (möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie), Dyspnoe, Übelkeit, Verstopfung, Diarrhoe, Angioödem, Ausschlag, Muskelkrämpfe, Asthenie (möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie), Erschöpfung (möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie), erhöhte Kreatininwerte im Blut, Verlängerung des QT-Intervalls im EKG
selten (≥ 1/10.000, < 1/1000)	Erythem, Pruritus, Urtikaria, Unwohlsein (möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie)
sehr selten (< 1/10.000)	Vorhofflimmern, AV-Block 2. Grades, AV-Block 3. Grades, Sick-Sinus-Syndrom

Hinweise zu besonderen Patientengruppen	
Ältere Patienten	Bei Patienten im Alter von 75 Jahren und älter sollte eine geringere Anfangsdosis vor einer schrittweisen Erhöhung in Betracht gezogen werden (zweimal täglich 2,5 mg, d. h. zweimal täglich eine halbe 5 mg Tablette).
Kinder und Jugendliche	Keine Zulassung für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.
Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion	Eine Dosisanpassung bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion und einer Kreatinin-Clearance über 15 ml/min ist nicht erforderlich. Es liegen keine Daten bei Patienten mit einer Kreatinin-Clearance unter 15 ml/min vor. Ivabradin sollte daher bei dieser Patientengruppe mit Vorsicht angewendet werden.
Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion	Eine Dosisanpassung bei Patienten mit leichter Leberfunktionsstörung ist nicht erforderlich. Vorsicht ist geboten, wenn Ivabradin von Patienten mit mäßiger Leberfunktionsstörung eingenommen wird. Ivabradin ist kontraindiziert bei Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung, da keine Daten für diese Patientengruppe vorliegen und mit einem starken Anstieg des Wirkstoffspiegels zu rechnen ist.
Anwendung bei Schwangeren und Stillenden	Kontraindiziert.

### Literatur

1. Fox K, Garcia MA, Ardissino D et al.: Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2006; 27: 1341-1381.
2. Scottish Medicines Consortium: Advice Ivabradine (Procoralan®): [http://www.scottishmedicines.org.uk/files/ivabradine\\_Procoralan\\_319\\_06.pdf](http://www.scottishmedicines.org.uk/files/ivabradine_Procoralan_319_06.pdf). Date Advice Published: 08.09.2006. Zuletzt geprüft: 22. Oktober 2013.
3. EMA: Procoralan®: European Public Assessment Report (EPAR): [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_-\\_Scientific\\_Discussion/human/000597/WC500043587.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Scientific_Discussion/human/000597/WC500043587.pdf). Stand: 04. November 2005. Zuletzt geprüft: 22. Oktober 2013.
4. Fox K, Ford I, Steg PG et al.: Ivabradine for patients with stable coronary artery disease and left-ventricular systolic dysfunction (BEAUTIFUL): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2008; 372: 807-816.
5. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD et al.: ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2012; 33: 1787-1847.
6. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie: Pocket-Leitlinien: Herzinsuffizienz Update 2012: [http://leitlinien.dgk.org/files/2013\\_Pocket-Leitlinien\\_Herzinsuffizienz\\_Update\\_2012\\_Internet.pdf](http://leitlinien.dgk.org/files/2013_Pocket-Leitlinien_Herzinsuffizienz_Update_2012_Internet.pdf). Zuletzt geprüft: 22. Oktober 2013.
7. Swedberg K, Komajda M, Bohm M et al.: Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study. *Lancet* 2010; 376: 875-885.
8. Scottish Medicines Consortium: Advice Ivabradine (Procoralan®): [http://www.scottishmedicines.org.uk/files/advice/ivabradine\\_Procoralan.pdf](http://www.scottishmedicines.org.uk/files/advice/ivabradine_Procoralan.pdf). Date Advice Published: 07.09.2012. Zuletzt geprüft: 22. Oktober 2013.
9. EMA: Procoralan®: European Public Assessment Report (EPAR): [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_-\\_Assessment\\_Report\\_-\\_Variation/human/000597/WC500124542.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Assessment_Report_-_Variation/human/000597/WC500124542.pdf). Stand: 16. März 2012. Zuletzt geprüft: 22. Oktober 2013.
10. Servier Deutschland GmbH: Fachinformation "Procoralan®". Stand: Oktober 2012.
11. GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO): Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2013. Berlin: DIMDI, 2013.
12. Regitz-Zagrosek V, Schubert C, Krüger S: [Sex differences in cardiovascular drug targeting]. *Internist (Berl)* 2008; 49: 1383-1390.

KBV

# Wirkstoff AKTUELL

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



## Asenapin

Asenapin ist kein Mittel der ersten Wahl bei der medikamentösen Behandlung manischer Episoden einer Bipolar-I-Störung. Auf der Basis der vorliegenden Daten hat es keinen Zusatznutzen gegenüber den anderen in der Indikation zugelassenen atypischen Neuroleptika.

### Indikation

Behandlung mäßiger bis schwerer manischer Episoden einer Bipolar-I-Störung bei Erwachsenen.

### Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise (1–5)

- Bei einer bipolaren Störung (manisch-depressive Erkrankung) unterscheidet man zwischen einer bipolaren Störung Typ I (Manien und Depressionen) und einer bipolaren Störung Typ II (Depressionen und Hypomanien, v. a. im Anschluss an depressive Phasen). Kennzeichnend für eine manische Episode sind u. a. Antriebssteigerung, gehobene oder gereizte Stimmung, Rededrang, reduzierte soziale Hemmungen, vermindertes Schlafbedürfnis, überhöhte Selbsteinschätzung, Risikoverhalten und gesteigerte Libido. Bei hypomanischen Episoden sind die Symptome weniger stark ausgeprägt, so dass es nicht zu schweren Beeinträchtigungen kommt.
- Primäre medikamentöse Behandlungsstrategie ist die pharmakologische Monotherapie. Erst bei Nichtansprechen sollte eine Wirkstoffkombination eingesetzt werden. Die Auswahlkriterien sollten sich an den unterschiedlichen Nebenwirkungsprofilen, dem Bedarf nach einem sedierenden oder nichtsedierenden Wirkstoff und der Eignung zur Einleitung einer Phasenprophylaxe orientieren.
- Mittel der ersten Wahl zur Monotherapie manischer Episoden der Bipolar-I-Störung sind atypische Neuroleptika (v. a. Risperidon und Olanzapin) sowie die Stimmungsstabilisierer Lithium und, wenn dieses kontraindiziert ist oder nicht vertragen wird, Valproinsäure.
- Wegen der Latenz des Wirkeintritts und der fehlenden Sedierung ist eine Lithium-Monotherapie vor allem für leichte und mittelschwere manische Episoden geeignet. Zu beachten sind die ausschließlich orale Verfügbarkeit, die Erfordernis von Blutkontrollen vor und während der Behandlung, sowie der enge Dosisbereich. Für eine Lithiumbehandlung spricht, dass nach Abklingen der Manie hiermit die Phasenprophylaxe durchgeführt werden kann, da Lithium das einzige ohne Einschränkungen zur Phasenprophylaxe zugelassene Pharmakon ist.
- Zugelassen zur Therapie der manischen Episoden einer Bipolar-I-Störung sind Aripiprazol, Asenapin, Lithium, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon und Ziprasidon und mit starken Einschränkungen Valproinsäure. Eine Überlegenheit eines atypischen Neuroleptikums gegenüber einem anderen konnte bisher nicht gezeigt werden.
- Das sehr gut wirksame typische Neuroleptikum Haloperidol sollte aufgrund der hohen Rate an extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen nur in niedrigen bis mittleren Dosen und nur in der Kurzzeittherapie oder in Notfallsituationen eingesetzt werden.
- Asenapin ist zwar zur Monotherapie mäßiger bis schwerer manischer Episoden einer

Bipolar-I-Störung zugelassen, Daten zur Langzeitbehandlung liegen aber bisher nur aus einer Studie vor. Eine Empfehlung zur Verordnung kann zurzeit aufgrund des weder gegenüber Olanzapin noch gegenüber den anderen zugelassenen atypischen Neuroleptika nachgewiesenen Zusatznutzens nicht gegeben werden. Nur bei Kontraindikationen und Unverträglichkeiten anderer Wirkstoffe oder Wirkungslosigkeit dieser Substanzen sollte ein Behandlungsversuch in Erwägung gezogen werden.

Inwieweit die Applikationsform einer Sublingualtablette Vorteile bei Patienten mit Schluckstörungen mit sich bringt, ist nicht belegt. Es ist zu beachten, dass Asenapin eine sehr geringe systemische Bioverfügbar-

keit von weniger als 2 % besitzt, wenn die Sublingualtablette geschluckt wird. Nur bei Beachtung der sublingualen Anwendung beträgt die systemische Bioverfügbarkeit 35 %. Da unmittelbare Nahrungsaufnahme nach erfolgter Einnahme die Bioverfügbarkeit herabsetzt, soll der Patient etwa zehn Minuten nach der Gabe weder essen noch trinken. Systematische Erkenntnisse, wie gut manische Patienten imstande sind, diese Vorgabe einzuhalten, liegen nicht vor. Wegen der unsicheren Bioverfügbarkeit und damit wirksamen Dosis wird die Therapie im ambulanten Bereich wenig steuerbar. Eine Verordnung von Asenapin erhöht die Kosten um bis zum 30-Fachen gegenüber anderen atypischen Neuroleptika.

### Wirkungsweise (6;7)

Der Wirkmechanismus ist nicht geklärt. Es wird vermutet, dass die antagonistische Aktivität an den D2- und 5-HT2A-Rezeptoren der Wirkung zugrunde liegt. Aktivitäten an anderen Rezeptoren wie bei-

spielsweise 5-HT1A-, 5-HT1B-, 5-HT2C-, 5-HT6-, 5-HT7-, D3- und  $\alpha$ 2-adrenergen Rezeptoren tragen möglicherweise ebenfalls zu den klinischen Wirkungen von Asenapin bei.

### Wirksamkeit (8–11)

Für die Zulassung zur Behandlung akuter Manien wurden insgesamt drei Studien zur Monotherapie vorgelegt, darunter zwei Studien, in denen randomisiert und doppelblind sowohl gegen Placebo als auch gegen Verum kontrolliert wurde (ARES 3A, ARES 3B). Zusammengefasst konnte zwar eine Überlegenheit von Asenapin gegenüber Placebo, nicht aber gegenüber Olanzapin nachgewiesen werden.

Patienten mit einer manischen oder gemischten Episode einer Bipolar-I-Störung (DSM-IV-Kriterien) ohne Rapid Cycling in der Anamnese und  $\geq 20$  Punkten in der Young Mania Rating Scale (YMRS) erhielten Asenapin 5–10 mg zweimal täglich, Olanzapin 5–20 mg einmal täglich oder Placebo. Primärer Endpunkt war die mittlere Veränderung gegenüber Baseline im YMRS nach 21 Tagen oder 12 Wochen.

**Tabelle 1.** Primärer Endpunkt: mittlere Veränderung gegenüber Baseline im YMRS\*

	n	YMRS Baseline	mittlere Veränderung YMRS Baseline zu Endpunkt	p-Wert (vs. Placebo)
<b>Monotherapie</b>				
<b>ARES 3A</b>				
Asenapin	183	29,4	-11,5 (0,8)	< 0,007
Placebo	94	28,3	-7,8 (1,1)	
Olanzapin	203	29,7	-14,6 (0,8)	< 0,0001
<b>ARES 3B</b>				
Asenapin	189	28,3	-10,8 (0,8)	< 0,0001
Placebo	103	29,0	5,5 (1,0)	
Olanzapin	188	28,6	-12,6 (0,8)	< 0,0001
<b>ARES 9</b>				
Asenapin	175	29,0	-20,1 (10,7)	nicht berichtet
Olanzapin	222	28,8	-21,3 (9,6)	

\*am Tag 21 bei den Studien ARES 3A, ARES 3B sowie nach 12 Wochen bei der Studie ARES 9

In den Studien ARES 3A/3B brachen 4,1 %/6,7 % im Placeboarm, 3,4 %/4,2 % im Olanzapinarm und 9,2 %/10,3 % im Asenapinarm die Studie wegen eines (schwerwiegenden) unerwünschten Ereignisses (SAE/AE) ab.

Patienten, die bis zum Ende in den Studien behandelt wurden, konnten an einer 9-wöchigen, doppelblinden,

Olanzapin-kontrollierten Verlängerungsstudie (ARES 9) teilnehmen. Unter Olanzapin lag der YMRS-Summenscore nach 12 Wochen um 3,1 (95 % Konfidenzintervall: 3,6–4,7) niedriger als unter Asenapin und weniger Patienten hatten wegen SAE/AE abgebrochen.

**Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen (6–8)\***

**□ Kontraindikationen**

- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile

**□ Warnhinweise**

- nicht empfohlen bei demenzassoziierter Psychose
- Absetzen bei Symptomen des malignen neuroleptischen Syndroms
- Vorsicht bei epileptischen Anfällen, Herz-Kreislauf- und zerebrovaskulären Erkrankungen, verlängerter QT-Zeit in der Familienanamnese, Kombination mit QT-Zeit verlängernden Arzneimitteln

**□ Wechselwirkungen**

- Vorsicht bei der Anwendung des CYP1A2-Inhibitors Fluvoxamin, der zu erhöhten Asenapin-Plasmaspiegeln führt.
- Vorsicht bei der Anwendung von Paroxetin (Substrat als auch Inhibitor von CYP2D6). Bei gleichzeitiger Gabe mit Asenapin wurde der Paroxetin-Plasmaspiegel auf das Zweifache erhöht.
- Asenapin kann die Wirkungen einiger Antihypertonika verstärken und die Wirkung von Levodopa und Dopaminagonisten antagonisieren.

Nebenwirkungen	
sehr häufig (≥ 1/10)	Angst, Somnolenz
häufig (≥ 1/100, < 1/10)	Appetitsteigerung, Gewichtszunahme, Dystonie, Akathisie, Dyskinesie, Parkinsonismus, Sedierung, Schwindel, Geschmacksstörung, orale Hypästhesie, erhöhte GPT, Muskelrigidität, Ermüdung
gelegentlich (≥ 1/1000, < 1/100)	Hyperglykämie, Synkope, Krampfanfall, extrapyramidale Störung, Dysarthrie, Sinusbradykardie, Schenkelblock, QT-Verlängerung, (orthostatische) Hypotonie, geschwollene Zunge, Dysphagie, Glossodynie, orale Parästhesie, sexuelle Funktionsstörung, Amenorrhö
selten (≥ 1/10.000, < 1/1000)	Neutropenie, malignes neuroleptisches Syndrom, Lungenembolie, Rhabdomyolyse, Gynäkomastie, Galaktorrhö

Hinweise zu besonderen Patientengruppen	
Ältere Patienten	Anwendung mit Vorsicht. Daten zur Wirksamkeit bei Patienten ab 65 Jahren sind nur in begrenztem Umfang verfügbar.
Kinder und Jugendliche	Nicht zugelassen.
Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion	Keine Dosisanpassung erforderlich. Stark eingeschränkte Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance < 15 ml/min): Es liegen keine Erfahrungen vor.
Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion	Leicht eingeschränkte Leberfunktion: Keine Dosisanpassung erforderlich. Mäßig eingeschränkte Leberfunktion (Child-Pugh Klasse B): Die Möglichkeit eines erhöhten Asenapin-Plasmaspiegels kann nicht ausgeschlossen werden. Es ist Vorsicht geboten. Stark eingeschränkte Leberfunktion (Child-Pugh Klasse C): Es wurde eine siebenfache Erhöhung der Exposition gegenüber Asenapin beobachtet. Wird bei dieser Patientengruppe nicht empfohlen.
Anwendung bei Schwangeren und Stillenden	Keine ausreichenden Erfahrungen bei Schwangeren. Darf nicht angewendet werden, es sei denn, es ist zwingend erforderlich und der mögliche Nutzen überwiegt das mögliche Risiko für das ungeborene Kind. Es ist nicht bekannt, ob Asenapin oder seine Metaboliten beim Menschen in die Muttermilch übergehen. Es wird empfohlen, während der Anwendung nicht zu stillen.

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

Kosten

Atypische Neuroleptika				
Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben <sup>1</sup> (mg)	Dosis (mg/Tag) <sup>2</sup>	Kosten für 4 Wochen [€] <sup>3</sup>
Asenapin	Sycrest® 5 mg Sublingualtabletten	20	10 – 20	190,88 <sup>4</sup>
Aripiprazol	Abilify® 10 mg Tabletten	15	20	339,48
	Schmelztabletten			394,45
Olanzapin	Generikum, 15 mg Filmtabletten, Schmelztabletten	10	15	41,75
Quetiapin	Generikum, 300 mg Filmtabletten	400	600	36,05
Risperidon	Generikum, 4 mg Filmtabletten	5	4	6,86
	Schmelztabletten			18,74
Ziprasidon	Generikum, 60 mg Hartkapseln	80	120	96,33
Typische Antipsychotika				
Haloperidol	Generikum, 5 mg Tabletten	8	5	4,75
Antikonvulsiva				
Natrium-Valproat	Generikum, 500 mg Retardtabletten	1500	1500	13,68
Stimmungsstabilisierer				
Lithium	Quilonorm® retard <sup>5</sup> 450 mg <sup>6</sup> (12,2 mmol) Retardtabletten	24 mmol	900 <sup>6</sup> (24,4 mmol)	13,32

Stand Lauertaxe: 15.11.2013

<sup>1</sup>nach (12) für orale Darreichungsformen; <sup>2</sup>Dosierung gemäß Fachinformation; <sup>3</sup>Kostenberechnung bezogen auf die Tagesdosierung der Fachinformation anhand des kostengünstigsten Präparates einschließlich Import; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt; <sup>4</sup>die Kosten für die berechneten Wirkstärken 10 mg und 20 mg sind gleich; <sup>5</sup>Import des Originalpräparates Quilonum® retard; <sup>6</sup>Lithiumcarbonat.

Neben den dargestellten oralen Applikationsformen stehen noch weitere orale sowie parenterale Applikationsformen zur Verfügung. Weitere Angaben zu Dosierungen sind den Fachinformationen zu entnehmen. Die Kostendarstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde: S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen - Langversion 1.6: [http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2013/08/S3\\_Leitlinie-Bipolar\\_V1\\_6.pdf](http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2013/08/S3_Leitlinie-Bipolar_V1_6.pdf). Stand: Juni 2013. Zuletzt geprüft: 18. November 2013.
2. Benkert O, Hippus H: Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 9. Aufl., Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2013.
3. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM et al.: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. World J Biol Psychiatry 2013; 14: 154-219.
4. Scottish Medicines Consortium: Advice Asenapin (Sycrest®): [http://www.scottishmedicines.org.uk/SMC\\_Advice/Advice/762\\_12\\_asenapine\\_Sycrest/asenapine\\_Sycrest](http://www.scottishmedicines.org.uk/SMC_Advice/Advice/762_12_asenapine_Sycrest/asenapine_Sycrest). Date Advice Published: 10 February 2012. Zuletzt geprüft: 18. November 2013.
5. Cipriani A, Barbui C, Salanti G et al.: Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet 2011; 378: 1306-1315.
6. Lundbeck GmbH und MSD Sharp & Dohme GmbH: Fachinformation "Sycrest® 5 mg Sublingualtabletten". Stand: Februar 2013.
7. Lundbeck GmbH und MSD Sharp & Dohme GmbH: Fachinformation "Sycrest® 10 mg Sublingualtabletten". Stand: Februar 2013.
8. EMA: Sycrest®: Europäischer Beurteilungsbericht (EPAR): [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_-\\_Public\\_assessment\\_report/human/001177/WC500096898.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Public_assessment_report/human/001177/WC500096898.pdf). Stand: 22. September 2010. Zuletzt geprüft: 18. November 2013.
9. McIntyre RS, Cohen M, Zhao J et al.: Asenapine in the treatment of acute mania in bipolar I disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Affect Disord 2010; 122: 27-38.
10. McIntyre RS, Cohen M, Zhao J et al.: A 3-week, randomized, placebo-controlled trial of asenapine in the treatment of acute mania in bipolar mania and mixed states. Bipolar Disord 2009; 11: 673-686.
11. McIntyre RS, Cohen M, Zhao J et al.: Asenapine versus olanzapine in acute mania: a double-blind extension study. Bipolar Disord 2009; 11: 815-826.
12. GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiO): Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2013. Berlin: DIMDI, 2013.

**Vereinbarung nach § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V  
zur Berücksichtigung von Vorab-  
Praxisbesonderheiten  
nach § 106 Abs. 5a SGB V**

*zwischen der*

**Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen**

(nachstehend KV Thüringen genannt)

*und*

**AOK PLUS - Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen.**  
vertreten durch den Vorstand,  
dieser hier vertreten durch Frau Andrea Epkes

(nachstehend AOK PLUS genannt)

## **Präambel**

Die AOK PLUS und die KV Thüringen sind bestrebt, den Verordnungsanteil rabattierter Arzneimittel (gemäß § 130a Abs. 8 SGB V) zu erhöhen und damit die Wirtschaftlichkeit der Versorgung (gemäß § 12 SGB V) zu verbessern. Gleichzeitig sind sich die Vertragspartner einig, dass durch die Verordnung rabattierter Arzneimittel dem Vertragsarzt kein wirtschaftlicher Nachteil und bürokratischer Mehraufwand entstehen soll.

Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V haben derzeit keinen Einfluss auf den ausgewiesenen Bruttopreis eines Arzneimittels (§ 300 SGB V). Im Ergebnis kann es daher sein, dass der ausgewiesene Bruttopreis des rabattierten Arzneimittels größer sein kann als der Bruttopreis des preisgünstigsten austauschbaren Generikums. Der den Krankenkassen zustehende Rabatt wird erst im Nettopreis wirksam. Die AOK PLUS trägt die wirtschaftliche Verantwortung dafür, dass der Nettopreis des rabattierten Arzneimittels grundsätzlich günstiger ist als der Nettopreis des preisgünstigsten austauschbaren Generikums.

## **§ 1 Zielvereinbarung**

Zusätzlich zu der Arzneimittelvereinbarungen des Jahres 2013 gemäß § 84 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V vereinbaren die KV Thüringen und die AOK PLUS nach § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V über die Regelungen der Arzneimittelvereinbarung hinaus folgendes Ziel. Der Anteil der verordneten bzw. abgegebenen rabattierten Arzneimittel gemäß § 130a Abs. 8 SGB V soll einen möglichst hohen Wert erreichen.

## **§ 2 Zielumsetzung**

Die KV Thüringen und AOK PLUS wirken mit geeigneten Maßnahmen auf eine Wirkstoffverordnung anstelle der Verordnung von Handelsnamen oder die Verordnung mit Handelsnamen ohne Berücksichtigung von aut idem oder die konkrete Verordnung des rabattierten Arzneimittels hin. Nur in medizinisch begründeten Fällen soll eine konkrete Arzneimittelverordnung mit aut-idem-Kreuz (Ausschluss der Substitutionsmöglichkeit) erfolgen.

Dies dient der Gewährleistung, dass gemäß den gesetzlichen Regelungen des § 129 SGB V durch die Apotheke ein rabattiertes Arzneimittel und in lediglich medizinisch notwendigen Fällen das tatsächlich verordnete Arzneimittel dem Versicherten der AOK PLUS zur Verfügung gestellt wird.

## **§ 3 Vorab anerkannte Praxisbesonderheiten**

- (1) Zwischen den Vertragspartnern wird die entsprechend §§ 1 und 2 vorgenommene Verordnung der rabattierten Arzneimittel als zweckmäßig und wirtschaftlich angesehen. Damit ist dies von der Prüfungsstelle vor der Einleitung eines Prüfverfahrens vorab zu berücksichtigen (vgl. § 106 Abs. 5a Satz 12 SGB V nebst Gesetzesbegründung).
- (2) Bereits in der Vorabprüfung, welche nach § 106 Abs. 5a SGB V i. V. m. § 7 Abs. 1 der Prüfvereinbarung<sup>1</sup> auf Basis von Bruttopreisen erfolgt, soll die positive Differenz zwischen dem Bruttopreis des rabattierten Arzneimittels bei Abgabe und dem Bruttopreis des preisgünstigsten austauschbaren Generikums als Praxisbesonderheit gelten.

---

<sup>1</sup>Prüfvereinbarung nach § 106 SGB V zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkrankenkassen in Thüringen

Diese Differenz wird bei der Ermittlung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens für zu Lasten der AOK PLUS verordnete bzw. abgegebene rabattierte Arzneimittel vorab anerkannt und im Prüfverfahren berücksichtigt.

- (3) Die KV Thüringen beantragt im Auftrag des jeweiligen Leistungserbringers die Berücksichtigung dieser Praxisbesonderheit gem. § 106 Abs. 5a Satz 8 SGB V gegenüber der Prüfungsstelle zur weiteren Veranlassung. Mit Information der Prüfungsstelle über diese Vereinbarung seitens der KV Thüringen gilt dies als Antrag des jeweiligen Leistungserbringers auf Vorab-Berücksichtigung dieser Praxisbesonderheit.
- (4) Die AOK PLUS übermittelt hierzu der Prüfungsstelle die notwendigen Daten für die Verordnungen ab dem 1. Januar 2013. Die Übermittlung erfolgt bis spätestens 31. Juli 2014 für die Verordnungen des Jahres 2013 im Rahmen der Datenlieferung für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Punkt 1. Die Prüfungsstelle wird durch die AOK PLUS auch im Namen der KV Thüringen aufgefordert, die berechneten Differenzbeträge je BSNR bzw. LANR/Prüfgruppe zeitnah an die Vertragspartner zu übermitteln.
- (5) Bei der Berechnung eines möglichen Regresses ist immer der Nettopreis des tatsächlich verordneten bzw. abgegebenen Arzneimittels entsprechend der Prüfungsvereinbarung zu verwenden.
- (6) Die Umsetzung dieser Vereinbarung führt weder zu einer Bereinigung des Netto-Ausgabenvolumens bzw. des Brutto-Ausgabenvolumens für Arznei- und Verbandmittel der KV Thüringen noch zu einer Bereinigung des individuellen Richtgrößenvolumens (Soll) des Arztes bzw. der Betriebsstätte.

Dresden, den 10.12. 2013

Weimar, den 17.12.2013

gez.  
AOK PLUS

gez.  
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen



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

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
22.	<p><b>Katheter, Versorgung eines suprapubischen</b></p> <p>Verbandwechsel der Katheteraustrittsstelle einschließlich Pflasterverband und einschließlich Reinigung des Katheters, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nach Neuanlage</li> <li>- bei Entzündungen mit Läsionen der Haut an der Katheteraustrittsstelle.</li> </ul>	<p>siehe Ausscheidung (Nr. 2)</p> <p>siehe Stomabehandlung (Nr. 28)</p> <p>Das Abklemmen des Dauerkatheterschlauchs zur Erhaltung und Steigerung des Blasenkapazität ist Bestandteil der Leistung.</p> <p>Die Abdeckung oder der Wechsel der Abdeckung ist auch ohne Entzündungen mit Läsionen der Haut verordnungsfähig, wenn damit insbesondere durch erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen (z. B. Kognition, Gedächtnis, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Orientierung, psychomotorische Unruhe) bedingte gesundheitsgefährdende Handlungen des Patienten an der Katheteraustrittsstelle oder dem Katheter wirksam verhindert werden können. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p>	<p>nach Neuanlage für bis zu 14 Tage</p>



## Antwort per Fax an 03643 559-291

oder per Post:           Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
                              Hauptabteilung Finanzen und Organisation  
                              Zum Hospitalgraben 8  
                              99425 Weimar

oder per E-Mail:       fortbildung@kvt.de

## Informationsveranstaltung zu den Vertragsänderungen DMP

- Überweisungsleitlinie
- neue Qualitätsziele
- Vergütungsstruktur

Veranstaltungsort:    KV Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar  
Zielgruppe:           Vertragsärzte  
Teilnahmegebühr:    Kostenfrei inkl. Handouts, Zertifikat und Catering

Bitte melden Sie sich an, da die Teilnehmerzahl begrenzt ist. Die Erfassung erfolgt in der Reihenfolge der eingehenden Anmeldungen. Eine Anmeldebestätigung versenden wir nicht.

### Den gewünschten Termin bitte ankreuzen:

- Mittwoch, den 26.02.2014 von 15:00 bis 18:00 Uhr
- Freitag, den 07.03.2014 von 15:00 bis 18:00 Uhr
- Mittwoch, den 26.03.2014 von 15:00 bis 18:00 Uhr

### Teilnehmer (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):

.....  
Titel, Vorname, Nachname

.....  
Titel, Vorname, Nachname

.....  
Titel, Vorname, Nachname

.....  
Ort, Datum

.....  
Vertragsarztstempel, Unterschrift



BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

## Änderungsvereinbarung zum Vertrag gem. § 34 Abs. 3 SGB VII

zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV), Berlin, dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV), Kassel, [ab 1. Januar 2013: Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)] – einerseits – und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin, – andererseits – über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger)

gültig ab 1. Januar 2011

1. § 37 Absätze 1 und 3 werden wie folgt gefasst (Änderungen in **Rot**):

*§ 37 Verletzungsartenverfahren und Schwerstverletzungsartenverfahren*

- (1) In Fällen, in denen eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis (siehe Anhang 1) vorliegt, hat der behandelnde Arzt dafür zu sorgen, dass der Unfallverletzte unverzüglich in ein von den Landesverbänden der DGUV am Verletzungsartenverfahren (VAV) beteiligtes Krankenhaus überwiesen wird. Bei Vorliegen einer in den Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis mit „(S)“ gekennzeichneten Verletzungen erfolgt die Überweisung nach Satz 1 in ein von den Landesverbänden der DGUV am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) beteiligtes Krankenhaus.
- (3) Eine Überweisung nach Absatz 1 Satz 1 ist in den in den Erläuterungen zu Nummer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses mit einem „(V)“ gekennzeichneten Fällen dann nicht erforderlich, wenn es sich bei dem behandelnden Arzt um einen Handchirurgen handelt, der an der Behandlung Unfallverletzter von einem Landesverband der DGUV beteiligt ist. In den in den Erläuterungen zu Nummer 8 mit einem „(S)“ gekennzeichneten Fällen braucht eine Überweisung nach Abs. 1 dann nicht zu erfolgen, wenn die Behandlung in einer von den Landesverbänden der DGUV beteiligten handchirurgischen Spezialeinrichtung erfolgt. Im Übrigen bleiben die Verlegungspflichten nach Abs. 1 unberührt.

2. Die Änderungen treten am 1. 01. 2014 in Kraft und werden veröffentlicht.

Berlin/Kassel, den 28. 10. 2013

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R



## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Unfallversicherung

Januar 2014

### Nach dem Arbeitsunfall zum Vertragsarzt – Was bei der Behandlung zu beachten ist

Über eine Million Arbeits- und Wegeunfälle ereignen sich jedes Jahr in Deutschland. Vertragsärzte sind häufig erste Anlaufstelle, wenn Arbeitnehmer einen Unfall am Arbeitsplatz oder auf dem Weg erleiden. Deshalb ist es gut zu wissen, wie die medizinische Versorgung der Verletzten geregelt ist und was Ärzte dabei beachten sollten. Wesentliche Punkte haben wir für Sie in dieser Praxisinformation zusammengestellt.

#### Ein Fall für die Unfallversicherung

Die medizinische Versorgung nach einem Arbeits- oder Wegeunfall gehört nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist Sache der gesetzlichen Unfallversicherung. Sie wird aus Beiträgen der Arbeitgeber finanziert und hat die Aufgabe, Arbeitnehmer und ihre Familien vor den Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zu schützen.

Dabei unterscheidet sich das System zum Teil deutlich von dem der gesetzlichen Krankenversicherung. So ist zwar jeder Vertragsarzt verpflichtet, Unfallverletzte zu behandeln. Aber die Koordination der weiteren Betreuung sowie die spezialisierte Heilbehandlung dürfen nur Durchgangsarzte übernehmen, die von der Unfallversicherung dafür eingesetzt werden.

Die gesetzliche Grundlage für die unfallmedizinische Versorgung bildet das Sozialgesetzbuch VII. Näheres zur ambulanten Behandlung regelt der Vertrag zur Durchführung und Vergütung der Heilbehandlung (kurz: Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger), den die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der Sozialversicherung der Landwirtschaft abgeschlossen hat.

#### Vertragsarzt oder Durchgangsarzt – wer macht was?

**Vertragsärzte:** Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte dürfen Patienten nach einem Arbeits- oder Wegeunfall behandeln. Sie übernehmen in der Regel die erste ärztliche Versorgung (Erstversorgung) und bei leichteren Verletzungen die weitere allgemeine Heilbehandlung, sofern der Durchgangsarzt diese veranlasst.

**Durchgangsarzte** koordinieren die weitere Versorgung. Sie entscheiden, ob eine allgemeine Heilbehandlung beim behandelnden Arzt durchgeführt werden soll oder wegen der Art oder Schwere der Verletzung eine besondere Heilbehandlung erforderlich ist. Letztere führen sie in der Regel durch. In Fällen der allgemeinen Heilbehandlung überwachen Durchgangsarzte den Heilungsverlauf durch Nachschau.

Arbeitsunfälle fallen nicht in den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung

Vieles ist anders

Grundlage ist das SGB VII

Vertragsärzte sind verpflichtet, Unfallverletzte zu behandeln

Besondere Heilbehandlung dürfen nur Durchgangsarzte durchführen



## Thema: Unfallversicherung

Durchgangsärzte werden von den Landesverbänden der DGUV per Verwaltungsakt beteiligt. Sie müssen neben der fachlichen Befähigung spezielle personelle, apparative und räumliche Anforderungen erfüllen. So müssen Durchgangsärzte zum Führen der Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie berechtigt und unfallchirurgisch tätig sein. Sie sind ferner verpflichtet, am sogenannten Dale-UV, einem elektronischen Datenaustausch- und Abrechnungsverfahren, teilzunehmen.

### Versorgung durch den Vertragsarzt

Die Behandlung kurz nach dem Unfall erfolgt oft durch einen Vertragsarzt, der nicht Durchgangsarzt ist. Sie umfasst alle ärztlichen Maßnahmen, die das „sofort Notwendige“ nicht überschreiten. Der behandelnde Arzt darf auch Medikamente verordnen, die im Zusammenhang mit der unfallbedingten Versorgung stehen, zum Beispiel Schmerzmittel.

### Durchgangsarzt – ja oder nein?

Der Arzt hält den Patienten an, unverzüglich einen Durchgangsarzt aufzusuchen. Dies ist immer dann erforderlich, wenn

- der Patient über den Tag des Unfalls arbeitsunfähig ist und/oder
- die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich länger als eine Woche beträgt und/oder
- der Patient bestimmte Heil- und Hilfsmittel benötigt.

Nicht so bei einer isolierten Augen-, oder HNO-Verletzung: In diesen Fällen überweist der Arzt den Patienten unmittelbar an einen Facharzt.

Bei besonderen Verletzungen wie schweren, komplizierten Arm- oder Beinbrüchen erfolgt eine Überweisung an ein Krankenhaus, das am Verletzungs- bzw. Schwerstverletzungsverfahren der Unfallversicherung beteiligt ist. Diese Verletzungen sind in dem Vertragsartenverzeichnis aufgelistet (Anlage zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger). Andere Verletzungen, die stationärer Versorgung bedürfen, können in Krankenhäusern mit Durchgangsärzten behandelt werden.

**Unfallmeldung:** Der Arzt erstellt spätestens am Werktag nach der Erstbehandlung eine „Ärztliche Unfallmeldung“ nach Formtext F 1050, wenn keine Vorstellung bei einem Durchgangsarzt erfolgt. In diesem Fall erhält er eine Gebühr nach Nr. 125 UV-GOÄ. Anderenfalls dokumentiert er auf dem Formblatt „Ärztliche Unfallmeldung“ den Grund, weshalb er den Patienten an den Durchgangsarzt überweist. Dieses Formblatt kann zugleich als Abrechnungsfeld verwendet werden.

**Überweisung:** Für die Überweisung zum Durchgangsarzt erhält der Arzt eine Gebühr nach Nr. 145 UV-GOÄ.

### Durchgangsarzt entscheidet über weiteren Behandlungsverlauf

Nach der Erstbehandlung entscheidet der Durchgangsarzt über den weiteren Therapieverlauf. Er legt fest, ob eine allgemeine oder eine besondere Heilbehandlung erforderlich ist. Leitet er eine besondere unfallmedizinische Behandlung ein, darf grundsätzlich nur er diese durchführen. Dabei kann er zur

Besondere Anforderungen an D-Ärzte

Erstversorgung umfasst das „sofort Notwendige“

Vorstellung beim Durchgangsarzt ist Pflicht

Bei Augen- oder HNO-Verletzung zum Facharzt

Bei besonderen Verletzungen Überweisung an ein Krankenhaus

Arzt erstattet Unfallmeldung, wenn keine Konsultation des D-Arztes erfolgt

Gebühr für Überweisung

D-Arzt koordiniert weitere Behandlung



## Thema: Unfallversicherung

Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung andere Fachärzte hinzuziehen. Für eine allgemeine Heilbehandlung kann er den Patienten an dessen behandelnden Arzt überweisen.

Als **allgemeine Heilbehandlung** wird die ärztliche Versorgung einer Unfallverletzung bezeichnet, die nach Art oder Schwere weder eines besonderen personellen, apparativ-technischen Aufwandes noch einer spezifischen unfallmedizinischen Qualifikation des Arztes bedarf (s. Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger). Zur allgemeinen Heilbehandlung gehört auch abrechnungstechnisch die Erstversorgung durch den Vertragsarzt.

Als **besondere Heilbehandlung** wird die fachärztliche Behandlung einer Unfallverletzung bezeichnet, die wegen Art oder Schwere besondere unfallmedizinische Qualifikation verlangt (s. Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger). Die Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte gibt die Unfallversicherung vor. Zur Einleitung einer besonderen Heilbehandlung sind nur berechtigt der Unfallversicherungsträger und der Durchgangsarzt sowie in besonderen Fällen der Handchirurg.

### Abrechnung und Vergütung: Feste Preise für alle Leistungen

Die Ärzte rechnen ihre Leistungen direkt mit dem Unfallversicherungsträger ab (nicht über die KV). Die Rechnungslegung sollte grundsätzlich nach Abschluss der Behandlung erfolgen.

Grundlage für die Abrechnung bildet ein eigenes Gebühren- und Leistungsverzeichnis (UV-GOÄ), das die KBV und die Unfallversicherung als Anlage zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger vereinbart haben. Es weist alle Leistungen mit den jeweiligen Preisen aus, die im Rahmen einer unfallmedizinischen Behandlung abgerechnet werden dürfen. Dabei gibt es jeweils einen Vergütungssatz für die allgemeine und die besondere Heilbehandlung.

Das Gebührenverzeichnis ist an die private Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angelehnt. So wird jede Leistung einzeln abgerechnet und zu einem festen Preis vergütet – ohne Mengenbegrenzung. Im Unterschied zur GOÄ gibt es allerdings keine Steigerungssätze.

Auch die erste ärztliche Versorgung des Patienten gehört zur unfallmedizinischen Behandlung. Handelt es sich nach den Ausführungen des Patienten bei der Verletzung um die Folge eines Arbeits- oder Wegeunfalls, rechnet der Arzt seine Leistungen mit der Unfallversicherung ab. Dabei gelten die Vergütungssätze der allgemeinen Heilbehandlung.

Doch kein Arbeitsunfall – was dann? Der Arzt muss nicht befürchten, dass die Unfallversicherung seine Rechnung ablehnt, sollte der Unfall doch nicht als Arbeitsunfall anerkannt werden. Für solche Fälle gibt es einen internen Ausgleich zwischen den Unfallkassen und den gesetzlichen Kassen. Dieser umfasst auch die Kosten für Medikamente, die eventuell verordnet wurden.

### Vordrucke für Abrechnung, Berichte und Verordnungen

Die Unfallversicherung hat eine Reihe von Vordrucken (Formtexte) für die Berichterstattung und Abrechnung entwickelt. Auch für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln durch die Durchgangsarzte gibt es spezielle Formulare. Auf dem Formtext F1050 erfolgt zum Beispiel die ärztliche Unfallmeldung.

Kann jeder Vertragsarzt durchführen

Kann nur ein Durchgangsarzt durchführen

Abrechnung nicht über die KV

Eigene Gebührenordnung in Anlehnung an GOÄ

Feste Preise für alle Leistungen

Erstversorgung: Vergütungssätze der allgemeinen Heilbehandlung

Eigene Formulare für Abrechnung und Berichte



## Thema: Unfallversicherung

Dieses Formblatt kann zugleich als Abrechnungsformular verwendet werden. Die Vordrucke können auf der Internetseite der Unfallversicherung heruntergeladen werden: [www.dguv.de](http://www.dguv.de) (Startseite/Ärzte und Krankenhäuser/Formtexte für Ärzte). Außerdem können sie bei den Landesverbänden der DGUV oder den Kassenärztlichen Vereinigungen bestellt werden.

### Verordnung von Arzneimitteln auf Muster 16

Die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln erfolgt auf einem Kassenrezept – dem für den vertragsärztlichen Bereich geltenden Ordnungsblatt (Muster 16). Auf dem Rezept sind anzugeben: der Unfallversicherungsträger, der Unfalltag und der Unfallbetrieb. Durch die Kennzeichnung „Arbeitsunfall“ und den Freivermerk wird deutlich, dass der Unfallverletzte keine Kostenanteile trägt. Gleichwohl gilt auch im Bereich der Unfallversicherung die Festbetragsregelung (Paragrafen 29 SGB VII und 35 SGB V). Verordnet der Arzt ein Arzneimittel auf Wunsch des Versicherten, das über den Festbetrag hinausgeht, ohne dass es dafür eine medizinische Begründung gibt, muss der Verletzte die Mehrkosten selbst tragen.

Alle Vordrucke unter:  
[www.dguv.de](http://www.dguv.de)

Arbeitsunfall auf Rezept kennzeichnen

Festbetragsregelung beachten

### Informationen auf einen Blick

- Jeder Vertragsarzt ist verpflichtet, Verletzte nach einem Arbeits- oder Wegeunfall zu behandeln.
- Durchgangsärzte koordinieren die weitere Behandlung und übernehmen die besondere unfallmedizinische Heilbehandlung.
- Ärzte rechnen ihre Leistungen direkt mit der Unfallversicherung ab, nicht über die KV.
- Die Vergütung erfolgt zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung, eigenes Leistungs- und Gebührenverzeichnis UV-GOÄ.
- Es gibt gesonderte Vordrucke für Abrechnung und Berichte wie die ärztliche Unfallmeldung.

### Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung ist neben der Kranken- und Rentenversicherung Teil der Sozialversicherung. Sie finanziert sich allein aus den Beiträgen der Arbeitgeber und schützt den Arbeitnehmer und seine Familie vor den Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Ihre Aufgabe ist es, die Gesundheit der Versicherten nach einem Unfall mit allen geeigneten Mitteln möglichst vollständig wiederherzustellen. Darunter fallen auch Schülerunfälle oder Unfälle von Personen, die im Interesse des Gemeinwohls tätig werden. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) – der Spitzenverband der Berufsgenossenschaften und die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand – hat dazu ein flächendeckendes Netzwerk von spezialisierten Ärzten sowie Unfall- und Rehabilitationskliniken aufgebaut.

### Mehr Informationen

Vertrag Ärzte/Unfallversicherung und UV-Gebührenordnung: [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

Mehr zur gesetzlichen Unfallversicherung: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)

Links

# Durchgangsarztbericht

- UV-Träger -

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger		Eingetroffen am		Uhrzeit	
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)	
Beschäftigt als		Seit		Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen	
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)					
Vollständige Anschrift des Versicherten			Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
1 Unfalltag	Uhrzeit	Beginn der Arbeitszeit	Uhr	Ende der Arbeitszeit	Uhr
2 Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist <input type="checkbox"/> bei nicht ausreichendem Platz, hier ankreuzen					
3 Verhalten des Versicherten nach dem Unfall					
4.1 Art der ersten (nicht durchgangsarztl.) Versorgung			4.2 Erstmals behandelt am		
			durch		
5 Befund Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche Anzeichen? Blutentnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
<input type="checkbox"/> bei nicht ausreichendem Platz, hier ankreuzen					
6 Röntgenergebnis <input type="checkbox"/> bei nicht ausreichendem Platz, hier ankreuzen					
7 Erstdiagnose (Änderungen/Konkretisierungen <u>unverzüglich</u> nachmelden)				ICD 10	
				ICPM	
				AO-Klassifikation	
8 Art der Erstversorgung (durch den D-Arzt)					
9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können					
10 Sprechen Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls? *					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil					
* Wenn ja, ist keine Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchzuführen und dem Versicherten eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhändigen.					
11 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird?					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil					
12 Art der Heilbehandlung					
<input type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil	
<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt		<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär			
<input type="checkbox"/> durch mich		Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungs-/Schwerstverletzungsartenverzeichnis vor?			
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, VAV nach Ziffer _____			
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, SAV nach Ziffer _____			
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit			14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?		
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig.			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird:		
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig ab:					
<input type="checkbox"/> voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab:					
<input type="checkbox"/> voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig					
15 Nachschau ist erforderlich, <b>sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte</b> , am _____ ; bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben.					
16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses					
Datum		Unterschrift des Durchgangsarztes		Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes	

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

Weitere Ausführungen des D-Arztes

<b>Ergänzungsberichte nicht vergessen!</b>	
F 1002 Kopfverletzungen F 1004 Knieverletzungen	F 1006 Stromunfälle F 1008 schwere Verbrennungen

**Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

<b>Mitteilung an den behandelnden Arzt</b>
Sie erhalten meinen Bericht. Bitte stellen Sie den Patienten spätestens zum vorgesehenen Nachschautermin (siehe Nr. 15) wieder bei mir vor, wenn er bis dahin nicht wieder arbeitsfähig oder noch behandlungsbedürftig ist.

**Rechnung** Nur abrechnen, wenn keine Weiterbehandlung durch Sie vorgesehen ist. Ansonsten Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

Berichtsgebühr	nach Nr. 132	UV-GOÄ	_____	EUR		
Ergänzungsbericht	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR	<b>Besondere Kosten</b>	
Ärztliche Leistung	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____
			_____	EUR		_____
Tetanus-Hyperimmun-Globulin			_____	EUR		_____
Aktive Immunisierung (Tetanol-Tetatoxoid)			_____	EUR	_____	
Summe Besondere Kosten			_____	EUR	_____	
Porto			_____	EUR	_____	
zusammen			=====	EUR	_____	

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK - Bankverbindung -

**Verteiler**  
 Unfallversicherungsträger  
 Behandelnder Arzt  
 Eigenbedarf  
 Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei Familienversicherten