



Editorial

Amtliche Bekanntmachung

Anpassungen in den Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V mit Wirkung ab 1. Oktober 2013

Ihre Fachinformationen

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
 - Auswertung der Quartalsabrechnung 4/2013 1
 - Kennzeichnung dringender Überweisungen 1
 - Zusetzung der PFG durch die KVT 2
 - Zwischeninformation zum EBM-Kapitel 87.8 – MRSA 2
 - Umgang mit alten Krankenversichertenkarten 2
 - Hinweise zur DMP-Abrechnung 2
- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
 - Arznei- und Heilmittelvereinbarung sowie Vereinbarungen zu Richtgrößen 2014 4
 - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 4
 - Heparin für Portspülungen nicht mehr im Sprechstundenbedarf 5
 - Wirkstoff AKTUELL zu Ustekinumab 6
 - Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie 6
- **Sicherstellung**
 - Fördermaßnahmen über den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Thüringen für das Jahr 2014 7
- **Ärztlicher Notdienst**
 - Novellierung der Notdienstordnung – Notdienstzeiten 9
- **Qualitätssicherung**
 - Rückmeldungen an den überweisenden Arzt bei Therapieaufnahme durch den Psychotherapeuten 10
- **Verträge**
 - Beitritt der Novitas BKK zum Homöopathievertrag mit der SECURVITA BKK 10
 - Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – Anhebung der Vergütung für Gutachten 10
 - Übersicht der an dem IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden BKKn und teilnehmenden stationären Einrichtungen 11
 - Hausarztzentrierte Versorgung – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn 11
 - Vertrag „Starke Kids Thüringen“ – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn 11
- **Alles was Recht ist**
 - Neue Regelungen in den AU-Richtlinien: Arbeitsunfähigkeit von arbeitslosen Schwangeren und Patienten nach einer Organ- und Gewebespende 11
 - Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag 12

- **Ärztliche Selbstverwaltung**
 - Gemeinsame Sitzung der Beratenden Fachausschüsse für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung am 05.02.2014 13
 - Vertreterversammlung der KVT vom 05.03.2014 14
- **Informationen**
 - Hygiene online testen – KBV bietet neuen Praxischeck an 18

Terminkalender

Termine zur Abrechnungsannahme für das 1. Quartal 2014	19
Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena	19
Sitzungen des Qualitätszirkels „Kardiologie“ im Jahr 2014	20
Fortbildungsveranstaltungen der KVT	20
Tuberkulose Tagung in Weimar – Frühjahrstagung des Landesverbandes Thüringen der Pneumologen	22
Notdienstseminar in Halle (Saale)	22
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	23

Kunst in der KVT

Natur und Konstruktion – Gemälde und Papierarbeiten – von Wolf Bertram Becker

Aktuelle Verordnungstipps

Fragen und Antworten zum Umgang mit Rezepten zur Arzneimittelversorgung

Anlagen

- Anlage 1a – Arzneimittel-Vereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2014
- Anlage 1b – Richtgrößen-Vereinbarung/Arzneimittel für das Jahr 2014
- Anlage 2a – Heilmittel-Vereinbarung nach § 84 Abs. 8 i. V. m. Abs. 1 SGB V für das Jahr 2014
- Anlage 2b – Richtgrößen-Vereinbarung/Heilmittel für das Jahr 2014
- Anlage 3 – Wirkstoff AKTUELL zu Ustekinumab
- Anlage 4 – Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL): Umsetzung der STIKO-Empfehlungen
- Anlage 5 – 2. Nachtrag zur Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten in Thüringen vom 19.06.2012 (Impfvereinbarung)
- Anlage 6 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen
- Anlage 7 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen
- Anlage 8 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

Beilagen

Formular "Therapieaufnahme/Befundbericht/Therapiebeendigung/Therapieabbruch"
 Fortbildungskalender der KVT für das 2. Quartal 2014
 Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
 Zum Hospitalgraben 8
 99425 Weimar

verantwortlich: Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer

Redaktion: Babette Landmann

Telefon: 03643 559-0

Telefax: 03643 559-191

Internet: www.kvt.de

E-Mail: info@kvt.de

Druck: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

Generation Y

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

von der Veranstaltung „KBV kontrovers“ wurde kürzlich der Generationswechsel in der ambulanten Versorgung thematisiert. Eine berufspolitisch aktive Hausärztin und ein eingetragener Hausarzt, beide als Vertreter der Jahrgänge vor 1970 („Generation X“), saßen auf dem Podium einer Pöllerin und einem Weiterbildungsassistenten gegenüber, die nach 1980 geboren wurden und die Mentalität der sogenannten Generation Y verkörperten. Das Arztbild im KBV-Imagefilm¹ „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ wurde von den älteren Kollegen bestätigt: „Wenn die Sprechstunde zu Ende ist und noch Patienten warten, schaue ich nicht auf die Uhr und mache gern die nötigen Überstunden“ erklärte Frau X. Frau Y und Herr Y erwiderten: „Wir sind auch gern 100 % Arzt, an 5 Wochentagen für 8 Stunden“. Sie stellten sich damit hinter ein anderes, durch einen Video-Spot der Bundesvertretung der Medizinstudierenden² vermitteltes Berufsbild.

Die Thüringer Zulassungsstatistik belegt, dass der Anteil von Anstellungen gegenüber freien Niederlassungen bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen stark zunimmt. Im aktuellen Quartal betraf dies 23 von 45 Sitzen, der Anteil angestellter Ärzte als Nachfolger betrug bei Hausärzten 65 %, bei Fachärzten 43 % und bei Psychotherapeuten 25 %. Die zur Selbstausschreibung bereite Arztgeneration wird in den nächsten Jahren zur Minderheit und zudem älter, so dass sich eine rückläufige Versorgungsleistung je Bestandspraxis vorhersehen lässt. Neben den heute dominierenden Klinik-MVZ werden andere Arbeitgeber für angestellte Ärzte im ambulanten Bereich eine zunehmende Rolle spielen, z. B. unternehmerisch aktive Vertrags-

ärzte, Stiftungspraxen, Eigeneinrichtungen der KV und von Kommunen.

Die Selbstverwaltung muss auf diesen Trend reagieren, langfristig werden Anpassungen von der Bedarfsplanung bis hin zur Notdienstordnung zu diskutieren sein. Die teilweise kritischen Reaktionen auf die Verringerung der Präsenzpflichtzeit von 48 auf 45 Wochenstunden in Thüringen durch Beschluss der Vertreterversammlung zeigen, dass die hohe Verausgabungsbereitschaft unserer Mitglieder derzeit noch eine verlässliche Basis für die Sicherstellung der Versorgung ist. Aber wir werden nach meiner Überzeugung in den nächsten Jahren die 40-Stunden-Woche einführen müssen, um dem ärztlichen Nachwuchs die Arbeitsbedingungen zu bieten, die zur Entscheidung für Thüringen und für die ambulante Tätigkeit nötig sein werden.

Die Botschaft muss lauten: Willkommen, liebe Generation Y! Wir freuen uns auf Euch, auch wenn Ihr andere Einstellungen mitbringt als wir Älteren sie haben. Wer sich nicht niederlassen mag, kann auch im ambulanten Bereich gern angestellt tätig werden. Praxisabgeber und Stellensucher können sich dazu bei uns beraten lassen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Thomas Schröter
2. Vorsitzender

¹ www.ihre-aerzte.de/kampagne/tv-spot.html

² www.youtube.com/watch?v=AuO5zmKHfql

Amtliche Bekanntmachung

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat am 11. März 2014 Anpassungen in den Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V mit Wirkung ab 1. Oktober 2013 vorgenommen.

Die Änderungen betreffen zum einen die angepassten Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung (Teil B) und die angepassten Vorgaben zur Ermittlung der Grundbeträge für das genetische Labor (Teil G) und für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (Teil H).

Die Vorgaben gelten rückwirkend ab dem 4. Quartal 2013.

Die Vorgaben der KBV sind Bestandteil des HVM der KVT. Die Anpassungen werden als Anhang zur Anlage 3 Bestandteil des HVM der KVT.

Anhang zur Anlage 3

Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V

Kassenärztliche Bundesvereinigung

**Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG)**

**mit Wirkung zum 23. September 2011 bis zum 31. Dezember 2012
verlängert und geändert durch Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung vom 21. November 2012, 16. Mai 2013, 25. Juni 2013,
1. Juli 2013 und 11. März 2014
mit Wirkung vom 1. Oktober 2013**

-
- Teil A** Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V
(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2013)
- Teil B** Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})
(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 11. März 2014)
- Teil C** Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 21. November 2012)
- Teil D** Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen
(Stand: Beschluss des Vorstandes am 15. Dezember 2011)
- Teil E** Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen
(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2013)
- Teil F** Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2013)
- Teil G** Vorgaben zur Vergütung technischer Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor)
(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 11. März 2014)
- Teil H** Vorgabe zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 11. März 2014)

**Anpassung der Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG)**

mit Wirkung ab 1. Oktober 2013

Änderung des Teils B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Teil B

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

**Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens
für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung**

beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013¹

1. Definition von Kategorien der Trennungsbeträge je Versicherten und Vorwegabzüge

Diese Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sieht die Bildung verschiedener **Grundbeträge je Versicherten** sowie **bedarfsabhängige Vorwegabzüge** und die Art deren Bestimmung – sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind – verpflichtend vor:

- 1.1 Vorwegabzüge** sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung **bedarfsabhängig** aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bildende Vergütungsvolumina, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag „Labor“ oder Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ zu bilden sind.

¹ Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

1.2 Grundbeträge sind je **Versicherten** zu bildende Beträge, die für laboratoriumsmedizinische Leistungen (Grundbetrag „Labor“), den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) sowie für den haus- (hausärztlicher Grundbetrag) und fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) **verpflichtend** bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt.

1.3 Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge sind je **Versicherten verpflichtend** im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik gemäß KBV-Vorgaben, Teil G (Grundbetrag „genetisches Labor“) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß KBV-Vorgaben, Teil H (Grundbetrag „PFG“) zu bilden sind. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus fachärztlichen Finanzmitteln. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.

Damit sind die zu bildenden Vergütungsbereiche abschließend beschrieben.

Festlegung der Ausgangswerte für die Grundbeträge (Zeitraum 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014)

2. Erstmalige Bestimmung der Höhe und Feststellung der Ausgangswerte und Grundbeträge

2.1 Feststellung der Ausgangswerte für die Grundbeträge

Die Ausgangswerte für die Bildung der **Grundbeträge „Labor“** und **„ärztlicher Bereitschaftsdienst“** in einem Abrechnungsquartal stellen die gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B unter Berücksichtigung der im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten Anzahl der Versicherten bestimmten Vorwegabzüge für laboratoriumsmedizinische Leistungen (TVG₂ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 18.) und den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst (TVG₃ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 19.) dar.

Die Ausgangswerte für die Bildung der **haus- und fachärztlichen Grundbeträge** in einem Abrechnungsquartal sind das gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B auf Basis der von den Krankenkassen tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen bestimmte hausärztliche Verteilungsvolumen ($VV_{HÄ}$ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 22.) und das fachärztliche Verteilungsvolumen ($VV_{FÄ}$ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 23.) jeweils zzgl. des Anteils der im Vorjahresquartal vor Trennung in den Versorgungsbereichen gebildeten Rückstellungen in Höhe des Betrages, der nach den im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktoren auf den Versorgungsbereich entfällt. Ggf. gebildete versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen sind Bestandteil des jeweiligen Verteilungsvolumens. Zusätzlich sind im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Quartale 1/2014 bis 3/2014 die Finanzmittel aus der Erhöhung des bereinigten Behandlungsbedarfs zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung² sowie in 3/2014 der

² Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs mit Wirkung zum 18. Dezember 2012

quartalweise bereitgestellte Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung in Abzug zu bringen.

Es werden zudem in jedem Abrechnungsquartal die **versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge für „genetisches Labor“ und „PFG“** verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildet. Die Bestimmung der Ausgangswerte erfolgt für den Grundbetrag „genetisches Labor“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil G, wobei die Finanzmittel für den Grundbetrag „genetisches Labor“ dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zu entnehmen sind, und für den Grundbetrag „PFG“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil H.

2.2 Korrektur der Ausgangswerte der Grundbeträge im aktuellen Abrechnungsquartal

2.2.1 Es ist folgende Korrektur bezogen auf die Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen vorzunehmen:

Übersteigt der im 4. Quartal 2012 für die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen gebildete Vorwegabzug „Psychotherapie“ gemäß Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im 4. Quartal 2010 gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (4. Quartal 2012) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreitet der im 4. Quartal 2012 an die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen gebildete Vorwegabzug „Psychotherapie“ gemäß Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im 4. Quartal 2010 gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (4. Quartal 2012) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Übersteigt im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckelungsvolumen³ der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b

³ Das Ausdeckelungsvolumen ist der für das jeweilige Quartal (1/2013 bis 3/2013) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil A, *Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs und zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen sowie Empfehlungen zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013* in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, Nr. 2.2.1 ermittelte abziehende Behandlungsbedarf multipliziert mit dem für das Jahr

Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsdaten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreitet im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckungsvolumen¹ der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsdaten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

2.2.2 Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 eingespart werden, sind nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen Grundbetrag und dem versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag „PFG“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil H zuzuführen. Der Ausgangswert für den Grundbetrag „Labor“ wird entsprechend verringert.

2.2.3 Für das 4. Quartal 2013 ist der Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag um den Anteil an dem je KV-Bezirk bereitgestellten Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung zu erhöhen, der gemäß dem im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallen ist.

Im 4. Quartal 2013 ist dieser dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführte Betrag von den Steigerungen nach 3.1 und 3.2 ausgenommen.

2.2.4 Für die Bereitstellung von Finanzmitteln für den Grundbetrag „PFG“ auf Basis der auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden nachfolgend genannten Zuwächse des Jahres 2013 ist der Ausgangswert des fachärztlichen Versorgungsbereichs für das 1. bis 3. Quartal 2014 um die gesamten Finanzmittel zu reduzieren, die sich aus der quartalsweisen Anwendung der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und gegebenenfalls nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V im jeweiligen Quartal des Jahres

¹2013 regional vereinbarten Punktwert. Für den Fall, dass die Ausdeckung nicht in allen Quartalen erfolgte, ist in diesen analog das Verfahren, wie für das 4. Quartal beschrieben, anzuwenden.

2013 ergeben haben.

- 2.3** Die gemäß 2.1. und 2.2. festgelegten Ausgangswerte für die Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals werden, mit Ausnahme der Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“, für die die Regelungen in Teil G bzw. Teil H gelten, durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich versichertenbezogene Grundbeträge ergeben.

Anpassung der Grundbeträge

3. Fortschreibung der Grundbeträge

Nach der Ermittlung der Grundbeträge für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß 2. erfolgt die Fortschreibung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge sowie der Grundbeträge „Labor“ und „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ nach folgendem Verfahren.

Für die Fortschreibung der Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ gelten die Regelungen in Teil G bzw. Teil H.

- 3.1** Die Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie der haus- und fachärztliche Grundbetrag des aktuellen Abrechnungsquartals werden unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und einer gegebenenfalls zusätzlich erfolgten Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V gesteigert. Die Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V ist vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2013 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag anzuwenden. Die Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nicht auf den Grundbetrag „Labor“ anzuwenden.

Gegebenenfalls zusätzlich erfolgte Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V werden nicht auf den Grundbetrag „Labor“ angewendet, es sei denn, gesamtvertragliche Regelungen stehen dem entgegen.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist bei den Grundbeträgen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie dem haus- und fachärztliche Grundbetrag entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

Im 4. Quartal 2013 sind diese Fortschreibungen nicht auf die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 anzuwenden.

- 3.2** Zusätzliche spezifische Veränderungen der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie des haus- und fachärztliche Grundbetrags des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den jeweiligen Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V. Diese Regelung ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 31. Dezember 2013 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag anzuwenden, ausgenommen gesamtvertraglich für bestimmte Verwendungen vereinbarte Steigerungen bzw. Beträge.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist bei den Grundbeträgen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie dem haus- und fachärztliche Grundbetrag entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

Im 4. Quartal 2013 ist diese Fortschreibung nicht auf die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 anzuwenden.

- 3.3** Der Betrag aus der Multiplikation der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

- 3.4** Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „genetisches Labor“ wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Ab dem 1. Oktober 2014 wird der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „PFG“ dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

- 3.5** Für das 1. bis 4. Quartal 2014 ist der hausärztliche Grundbetrag um die Hälfte des Betrags basiswirksam zu erhöhen, der sich quartalweise aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung⁴ ergibt, dividiert durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden.

Diese Finanzmittel sind im 1. bis 4. Quartal 2014 von den Anpassungen in 3.1 und 3.2 ausgenommen.

- 3.6** Aus der Multiplikation der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie des haus- und fachärztlichen Grundbetrags mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina. Für die Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ gelten die Regelungen in Teil G bzw. Teil H.

Bei der Bildung des hausärztlichen Vergütungsvolumen im 4. Quartal 2013 werden die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 abweichend von der Regelung im vorherigen Absatz mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten Anzahl der Versicherten multipliziert.

- 3.7** In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus dem bzw. in den jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags in der Höhe der gemäß dem gesamtvertraglich vereinbarten Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckelungen oder der Addition aufgrund von Eindeckelung bleiben die

⁴ Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 319. Sitzung am 18. Dezember 2013 zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 314. Sitzung am 29. August 2013, Teil A, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 18. Dezember 2013

Bereinigungen in den Ausgangswerten gemäß 8. der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

4. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Soweit die Summe der gemäß 2. bis 3. sowie gemäß KBV-Vorgaben, Teil G und Teil H gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge, die die gemäß 6. ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend den Anteilen der gemäß 2. bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags dem jeweiligen Grundbetrag zugeführt oder entnommen.

5. Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen

Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Vergütungsvolumina der haus- und fachärztlichen Grundbeträge mit Ausnahme der nachfolgenden Regelung nicht anzupassen:

5.1 Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten haben, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags.

5.2 Für Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind basiswirksam die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 infolge des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung vom 27. und 28. August 2008 aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrags zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags zuzuführen.

6. Ermittlung von Vorwegabzügen für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Bereitstellung der benötigten Vergütungsvolumen für Vorwegabzüge gemäß 1.1 erfolgt aus dem jeweiligen Vergütungsvolumen des betroffenen Grundbetrags.

Ausgleich von Unter- und Überschüssen

7. Ausgleich von Unter- und Überschüssen in Bezug auf die Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „ärztlicher Bereitschaftsdienst“, „genetisches Labor“ und „PFG“

Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- und Überschüsse in Bezug auf die gemäß 2. bis 6. abschließend bestimmten Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ festgestellt werden, werden diese wie nachfolgend dargestellt angepasst und die dafür notwendigen Finanzmittel wie folgt bereitgestellt:

- 7.1** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses gemäß KBV-Vorgaben, Teil E, Nr. 3.5 erfolgt nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Labor“ sowie den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.2** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ erfolgt entsprechend der Anzahl der Vertragsärzte entsprechend in den jeweiligen Versorgungsbereichen im Abrechnungsquartal der Zahlung gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 11.). Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie in den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.3** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „genetisches Labor“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „genetisches Labor“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.4** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „PFG“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „PFG“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.

Darüber hinausgehende Anpassungen dürfen nicht durchgeführt werden.

**Festlegung der Ausgangswerte für die Grundbeträge
(Zeitraum ab 1. Oktober 2014)**

8. Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge

Ab dem 1. Oktober 2014 bilden die Grundbeträge nach 3. bis 6. im Vorjahresquartal die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem

Vorjahresquartal, die gemäß den Ziffern 3.7 und 7 nicht basiswirksam sind, entsprechend nicht zu berücksichtigen. Auf der Basis dieser Ausgangswerte werden in jedem aktuellen Abrechnungsquartal die entsprechenden Grundbeträge gemäß den Verfahren gemäß 3. bis 6. festgelegt.

9. Überprüfung der Umsetzung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird zeitnah, jedoch spätestens 6 Monate nach Ablauf des entsprechenden Quartals im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis zum 30. September 2014, die Umsetzung dieser Vorgaben in den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe der Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die hierfür erforderlichen Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung.

Anmerkungen:

- 1. Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine wissenschaftlich evaluierten Indikatoren zur Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bekannt. Sobald diese vorliegen, werden diese Vorgaben entsprechend angepasst.*
- 2. Bis zum 30. September 2015 ist zu überprüfen, ob der Grundbetrag „Labor“ anteilig in den hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag überführt werden kann.*

**Anpassung der Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG)**

mit Wirkung ab 1. Oktober 2013

**Änderung des Teils G der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die
Kassenärztlichen Vereinigungen**

Teil G

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

**Vorgaben zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik
(genetisches Labor)**

beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013¹

Die Vergütung der Leistungen der Humangenetik (GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM), erfolgt – sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu vergüten sind – wie folgt: Jede Kassenärztliche Vereinigung bildet jeweils einen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag „genetisches Labor“ (aus Finanzmitteln des fachärztlichen Versorgungsbereichs), aus dem das Vergütungsvolumen für bereichseigene Versicherte für genetisches Labor bestimmt wird.

Für die Vergütung der Leistungen des genetischen Labors (GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) wird durch die Kassenärztliche Vereinigung der Grundbetrag „genetisches Labor“ und das Vergütungsvolumen wie folgt ermittelt.

Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe des Vergütungsvolumens des Grundbetrages „genetisches Labor“ werden entsprechend berücksichtigt.

¹ Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

1. Erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes und des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014)

1.1 Für die erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes für den Grundbetrag „genetisches Labor“ werden im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 die folgenden Werte auf Basis des jeweiligen Vorjahresquartals bestimmt:

- die zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die Leistungen des genetischen Labors (GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) und
- der für die Behandlung und Untersuchung bereichseigener Versicherter angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung multipliziert mit dem Faktor 0,85.

Als Ausgangswert für den Grundbetrag „genetisches Labor“ ist im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 der kleinere der beiden Werte zu verwenden.

1.2 Im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 ist eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und im Zeitraum vom 1. Quartal 2014 bis 3. Quartal 2014 die vereinbarte Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB sowie zusätzliche spezifische Steigerungen aufgrund der entsprechend für Leistungen des Grundbetrags „genetisches Labor“ vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V zu berücksichtigen.

1.3 Aus der Division des gemäß 1.1 und 1.2 bestimmten Ausgangswertes durch die im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten ergibt sich je Abrechnungsquartal der Grundbetrag „genetisches Labor“.

1.4 Aus der Multiplikation des Grundbetrags „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

2. Regelhafte Bestimmung des Ausgangswertes und Bildung des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (ab dem Quartal 4/2014)

2.1 Nach der erstmaligen Bestimmung des Grundbetrags und des Vergütungsvolumens „genetisches Labor“ im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 gemäß 1. erfolgt ab dem 4. Quartal 2014 die Bestimmung durch Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ des Vorjahresquartals mittels Multiplikation mit der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB. Für den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese zu berücksichtigen.

2.2 Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „genetisches Labor“ für das aktuelle Abrechnungsquartal ergeben sich aufgrund der entsprechend für Leistungen dieses Grundbetrags vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.

2.3 Aus der Multiplikation des Grundbetrages „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

Anmerkung:

Die gemäß Nr. 1.1 für die Leistungen des genetischen Labors zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entspricht dem diesen Bereich zugeordneten Honorar abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Vertragsärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen dieses Bereichs bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Vertragsärzte.

**Anpassung der Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG)**

mit Wirkung ab 1. Oktober 2013

Änderung des Teils H der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Teil H

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgabe zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“

beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013¹

1. Erstmalige Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „PFG“ (Zeitraum 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014)

Für die erstmalige quartalsweise Bestimmung des versichertenbezogenen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) werden vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 die folgenden Finanzmittel verwendet:

- 1.1 Für den Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 wird die Höhe des auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteils an dem je KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des Jahres 2013 bereitgestellten Betrags gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des

¹ Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

bereinigten Behandlungsbedarfs in seiner 295. Sitzung² verwendet. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.

- 1.2 Die Höhe des je KV-Bezirk quartalweise bereitgestellten Betrags gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung³. Für das 3. Quartal 2014 ist der Betrag des 3. Quartals 2013 zu verwenden. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- 1.3 Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 eingespart werden, soweit sie gemäß Teil B (gültig ab dem 1. Oktober 2013), Nr. 2.2.2 dem Grundbetrag „PFG“ zugeführt werden. Der sich ergebende Betrag wird mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- 1.4 Aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich sind im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 die gesamten Finanzmittel, die sich aus der quartalsweisen Anwendung der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 und § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des Jahres 2013 auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des fachärztlichen Versorgungsbereichs ($VV_{FÄ}$ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 23 unter Abzug der Finanzmittel gemäß Teil B, 2.1, 2. Absatz, letzter Satz in der MGV-Abgrenzung des aktuellen Quartals ggf. zzgl. Rückstellungen unter Berücksichtigung der Korrekturen in Teil B, 2.2.1 und Teil B, 3.7) des jeweiligen Quartals des Jahres 2013 ergeben haben, zu verwenden. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals

² Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs mit Wirkung zum 18. Dezember 2012

³ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

multipliziert. Im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 wird dieser Betrag durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.

- 1.5 Es besteht die Möglichkeit, zusätzliche Finanzmittel aus gesamtvertraglichen Regelungen für die Bestimmung des Grundbetrags „PFG“ zu verwenden. Soweit diese Finanzmittel im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und nicht ausdrücklich für die Finanzierung der PFG vereinbart werden, erfolgt die Verwendung ausschließlich zu Lasten des fachärztlichen Grundbetrags.
- 1.6 Für das 1. bis 3. Quartal 2014 basiswirksam die Hälfte des Betrags, der sich quartalsweise aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung ergibt.

Das sich ergebene Vergütungsvolumen wird durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich der versichertenbezogene Grundbetrag „PFG“ ergibt.

2. Fortschreibung des Grundbetrags „PFG“ (ab 1. Oktober 2014)

Der Grundbetrag „PFG“ wird ab dem 1. Oktober 2014 nach dem folgenden Verfahren basiswirksam fortgeschrieben:

- 2.1 Der Grundbetrag „PFG“ des Vorjahresquartals wird unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V gesteigert. Für den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese zu berücksichtigen.
- 2.2 Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „PFG“ des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.
- 2.3 Das Vergütungsvolumen ergibt sich durch die Multiplikation des Grundbetrags „PFG“ mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendeten Anzahl der Versicherten.
- 2.4 Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe des Vergütungsvolumens des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „PFG“ werden entsprechend berücksichtigt.

3. Korrektur des Grundbetrags „PFG“ (Zeitraum 1. Oktober 2014 bis 31. Dezember 2014)

Für das 4. Quartal 2014 ist der Grundbetrag „PFG“ um die Hälfte des Betrags basiswirksam zu erhöhen, der sich aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung ergibt, dividiert durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden.

Diese Finanzmittel sind erst ab dem 1. Januar 2015 gemäß 2. fortzuschreiben.

Abrechnung/Honorarverteilung

Auswertung der Quartalsabrechnung 4/2013

Bei der Quartalsabrechnung 4/2013 kam es erwartungsgemäß zu einem erhöhten Klärungsbedarf in Folge der EBM-Änderungen **im Haus- und Kinderarztbereich** zum 01.10.2013. Hilfreich waren unsere Schulungsveranstaltungen sowie die weiteren Informationen im Vorfeld.

Nach Auswertung der vergangenen Quartalsabrechnung folgende Hinweise zur korrekten Abrechnung **im Haus- und Kinderarztbereich**:

- Die **Versichertenpauschalen** haben kaum Probleme bereitet und wurden in seltenen Fällen automatisch korrigiert. Fachärztlich tätige Kinderärzte müssen die F-Kennzeichnung bei den Versichertenpauschalen in den fachärztlich versorgten Fällen selbst vornehmen.
- Die Abrechnung der **Chronikerpauschale** setzt drei Arzt-Patienten-Kontakte in dieser Praxis in den vergangenen vier Quartalen, beginnend mit dem aktuellen Abrechnungsquartal, voraus. Das wird unsererseits geprüft und hat den meisten Klärungsbedarf verursacht. Soweit diese „3 aus 4 Quartale Voraussetzung“ nicht erfüllt ist, weil der Patient den Hausarzt gewechselt hat, wird die Chronikerpauschale mit dem Zusatz H abgerechnet.
- Das **problemorientierte Gespräch** ist nicht berechnungsfähig, wenn es telefonisch geführt wurde. Darüber hinaus ist die Regelung zu beachten, dass diese GOP 03230/04230 je vollendete 10 Minuten berechnet werden können. Telefonische Beratungen sind ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal nach GOP 01435 zu berechnen und andernfalls in der Versichertenpauschale enthalten.
- Die Leistungen der **hausärztlich-geriatrischen Versorgung** sind nur mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal berechnungsfähig. Die standardisierten Testverfahren des hausärztlich-geriatrischen Basisassessments sind an geeignetes nichtärztliches Praxispersonal delegierbar. Dabei stellt die abschließende Beurteilung und endgültige Diagnosestellung eine höchstpersönliche Leistung des Arztes dar. Die GOP 03360 ist also erst dann berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt, d. h. die ärztliche Beurteilung, erbracht wurde.
- Der EBM fordert bei Patienten unter 70 Jahren entsprechende ICD-Angaben bei Abrechnung der GOP 03360/03362.
- Der Betreuungskomplex nach GOP 03362 kann auch neben dem Basisassessment nach GOP 03360 abgerechnet werden.
- Wenn die GOP 03362 neben der Versichertenpauschale berechnet wird, ist in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig.
- Die Leistungen der **palliativmedizinischen Versorgung** sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten jeden Alters berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Diese Leistungen sind zusätzlich zur additiven Teilversorgung der SAPV möglich, d. h. eine gemeinsame Betreuung durch Hausarzt und SAPV-Team.

Kennzeichnung dringender Überweisungen

Die Beratenden Fachausschüsse der Haus- und Fachärzte der KVT haben eine Möglichkeit der Kennzeichnung akuter und dringender Terminvergaben vorgeschlagen. Diese einfache Art der Kennzeichnung soll bei Ausstellung sowie bei Annahme einer akuten oder dringenden Überweisung erfolgen. Bitte beachten Sie dazu weitere Hinweise auf **Seite 13** dieses Rundschreibens.

Dazu wurden folgende Pseudo-GOP generiert:

- 99999H: Zusatzaufwand als Überweiser für die Organisation einer bevorzugten fachärztlichen Versorgung wegen medizinischer Dringlichkeit
- 99999F: Behandlungsbeginn mit bevorzugtem Termin beim Facharzt auf Grund einer Dringlichkeitsüberweisung

Bitte nehmen Sie diese Kennzeichnungen sorgfältig vor.

Zusetzung der PFG durch die KVT

Der Vorstand der KVT hat beschlossen, dass ab der Quartalsabrechnung 1/2014 die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) nach den Regelungen des EBM von der KV zugesetzt wird. Sollten die betreffenden Fachgruppen dagegen die PFG selbst abrechnen wollen, ist das kein Problem und weiterhin möglich.

Zwischeninformation zum EBM-Kapitel 87.8 – MRSA

Die auf zwei Jahre begrenzte Vergütungsvereinbarung zum sogenannten MRSA-Screening läuft zum 31.03.2014 aus. Die KBV hat uns im Februar mitgeteilt, dass die Leistungen der MRSA-Vergütungsvereinbarung zum 01.04.2014 in die Regelversorgung übernommen und in einem eigenen Abschnitt im Kapitel 30 des EBM abgebildet werden sollen.

Leider liegen zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Rundschreibens die konkreten Beschlüsse des Bewertungsausschusses noch nicht vor. Wir gehen von einer mittlerweile schon zur Tradition gewordenen Beschlussfassung kurz vor Inkrafttreten der Regelungen aus. Am 25.03.2014 tagt der Bewertungsausschuss, so dass die Beschlussfassung voraussichtlich an diesem Tag vorgenommen wird. Sobald die entsprechenden Beschlüsse vorliegen, werden diese im Internetportal der KVT veröffentlicht.

Die KBV hat darauf hingewiesen, dass sich bei Übernahme der Regelungen in das Kapitel 30 des EBM natürlich die GOP ändern werden, es soll sich jedoch an der Grundphilosophie und den bisherigen Abrechnungsbestimmungen nichts ändern. Aus diesem Grund sehen wir diese unschöne Situation abrechnungstechnisch nicht kritisch. Im ungünstigsten Fall setzen wir die weiterhin verwendeten, dann alten, GOP 86770 ff. in die neuen GOP um.

Umgang mit alten Krankenversichertenkarten

Krankenversichertenkarten können weiterhin verwendet werden, soweit die Gültigkeit nicht abgelaufen ist!

Auch nach dem 01.01.2014 können Sie die alten Krankenversichertenkarten (KVK) verwenden. Da noch nicht alle Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte besitzen, bleibt den Patienten und den Arztpraxen nur die Möglichkeit, auf Basis der alten KVK Leistungen in Anspruch zu nehmen bzw. abzurechnen. Dies gilt analog für die auszustellenden Verordnungen und Bescheinigungen.

Hinweise zur DMP-Abrechnung

Im vergangenen Rundschreiben haben wir zu den neuen Vergütungsverträgen im DMP ausgeführt. Die ersten Informationsveranstaltungen fanden statt. Daraus ergeben sich nachfolgende Hinweise rund um DMP und Abrechnung:

1. Versorgungsebene – Betreuung und Dokumentation

- Die bisherigen Betreuungs- und Dokumentationsnummern wurden zusammengefasst, wobei für die neuen Pauschalen die bisherigen Abrechnungsnummern für Erst- und Folgedokumentation je DMP verwendet wurden. Somit kommen keine neuen Abrechnungsnummern hinzu, sondern es entfallen einige. Das erlaubt uns den Hinweis, dass Sie keine rückwärtigen Änderungen an der Quartalsabrechnung I/2014 vornehmen müssen. Obsolete Abrechnungsnummern werden durch uns korrigiert.
- Es gibt keine Ausschlüsse zwischen den Pauschalen der einzelnen DMP.
- Achten Sie bei Einschreibung des Patienten auf die zeitnahe Versendung der Erstdokumentation nach Versendung der Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung.
- Dokumentieren Sie regelmäßig, denn die jetzigen Koordinierungspauschalen beinhalten auch die Folgedokumentation. Beachten Sie, dass zwei Quartale ohne Folgedokumentation zur Ausschreibung des Patienten führen.
- Vermeiden Sie möglichst Mehrfachübermittlungen von Erst- und/oder Folgedokumentation für einen Patienten im Quartal.
- Versenden Sie die Dokumentationen regelmäßig im Quartal, z. B. einmal im Monat. Auf keinen Fall sollte alles am Quartalsende verschickt werden. Denn bei technischen Problemen könnte sich die Vergütung dieser Folgedokumentationen auf ein Quartal später verschieben.

Achten Sie auf die Rückmeldung oder noch wichtiger, auf das Fehlen der Rückmeldung der Datenstelle, denn diese muss **bis zum 10. des Folgemonats** der Praxis die Arztinformation über die eingegangenen Dokumentationen zusenden. Fehlende Rückmeldungen der Datenstelle bedeuten, dass keine Daten eingegangen sind!

DMP-Überweisungen zur 2. Versorgungsebene oder zum Augenarzt können nur durch den koordinierenden Arzt und nur für eingeschriebene Versicherte erfolgen. Darüber hinaus muss die qualifizierte Überweisung den Hinweis auf das jeweilige DMP und den Überweisungsgrund beinhalten. Alle weiteren Regelungen des Bundesmantelvertrages zum Überweisungsverfahren gelten natürlich auch bei DMP-Überweisungen.

1. Versorgungsebene – Qualitätsziele

- Die neuen Qualitätsziele werden nicht mehr wie bisher als Abrechnungsnummern abgerechnet. Vielmehr ist die Vergütung als Bonuszahlung für die anspruchsberechtigten Ärzte vorgesehen. Es wird kalenderjährlich eine Ermittlung der Zielerreichung auf Basis aller Dokumentationen erfolgen. Die Auszahlung der Qualitätsboni erfolgt dann nach Ablauf des Kalenderjahres mit dem Honorar des 1. Quartals des Folgejahres. Die notwendigen Korrekturen der Quartalsabrechnung 1/2014 nimmt die KVT vor.

2. Versorgungsebene – Mitbehandlungspauschalen der besonders qualifizierten Ärzte

- Die Mitbehandlungspauschalen wurden vereinheitlicht und vereinfacht. Es gibt je DMP eine quartalsweise Mitbehandlungspauschale für die 2. Versorgungsebene. Dabei verwenden wir die bisherigen Abrechnungsnummern weiter, so dass es auch hier abrechnungstechnisch nicht kritisch ist. Bei Bedarf wird die KVT die Abrechnung korrigieren.
- Bei Vorliegen der Überweisung aus der 1. Versorgungsebene ist die Mitbehandlungspauschale einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig. Es gibt keine Mengenbegrenzung im **Jahr**.

Für DMP DM2, KHK, Asthma und COPD gilt ab dem Jahr 2015: Für die Ärzte der 2. Versorgungsebene sind die Mitbehandlungspauschalen in den Fällen nicht mehr berechnungsfähig, in denen sie gleichzeitig für diese Patienten der koordinierende Arzt sind und die Pauschalen der 1. Versorgungsebene berechnet haben. Im Jahr 2014 ist dieser Abrechnungsausschluss außer Kraft gesetzt, wobei im 2. Halbjahr 2014 in diesen Behandlungsfällen die Bewertung der Abrechnungsnummern der 1. Versorgungsebene um 50 % abgesenkt wird.

Augenarztspauschale in den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

- War die Vergütung der DMP-Augenarztspauschalen bisher vage bzw. in den letzten Jahren gar nicht erfolgt, so wird zukünftig einmal je Kalenderjahr eine DMP-Augenuntersuchungspauschale je eingeschriebenen Patienten des DMP DM1 oder DM2 vergütet.
- Die Augenärzte sind auf korrekt ausgefüllte Überweisungsscheine angewiesen.

Ihre Ansprechpartner für alle Themen der Leistungsabrechnung:

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

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

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Arznei- und Heilmittelvereinbarung sowie Vereinbarungen zu Richtgrößen 2014

Als **Anlagen 1a/b und 2a/b** zu diesem Rundschreiben werden die Vereinbarungen zu den Arzneimittel- und Heilmittelvolumina und den entsprechenden Richtgrößen für das Jahr 2014 veröffentlicht. Ebenso finden Sie diese Vereinbarungen im Internetportal der KVT unter www.kvt.de → Arzt/Psychoth. → Verträge → Arzneimittelvereinbarung oder Heilmittelvereinbarung bzw. Richtgrößenvereinbarung.

Hinweise zu den Stoffgruppen der Zielvereinbarungen im Arzneimittelbereich sowie der LANR-bezogenen Richtgrößen konnten Sie bereits im Rundschreiben 1/2014 nachlesen. Die Richtgrößen wurden im Sonder-rundschreiben 1/2013 am 17.12.2013 amtlich bekannt gemacht.

Ihre Ansprechpartner: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763
Dr. Urs Dieter Kuhn, Telefon 03643 559-767
Thomas Kaiser, Telefon 03643 559-771

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

▪ **Verordnungsausschluss der Kombination Dipyridamol plus ASS – Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)**

Die Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der AM-RL wird um Nummer 53 wie folgt ergänzt:

Arzneimittel	Rechtliche Grundlagen und Hinweise
53. Dipyridamol in Kombination mit Acetylsalicylsäure	Verordnungsausschluss verschreibungspflichtiger Arzneimittel nach dieser Richtlinie. ^[3]

[3] Verordnungsausschluss nach dieser Richtlinie (§ 92 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGB V in Verbindung mit § 16 Abs. 1 und 2 AM-RL)

Dieser Beschluss tritt am 01.04.2014 in Kraft.

In den tragenden Gründen zum Beschluss führt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dazu Folgendes aus:

„Die Bewertung des IQWiG ... ergab für Dipyridamol plus ASS keinen Beleg dafür, dass die Kombinationsbehandlung mit Dipyridamol plus ASS einen Zusatznutzen gegenüber einer Monotherapie mit einem Thrombozytenaggregationshemmer (ASS oder Clopidogrel) hat. Dem fehlenden Zusatznutzen steht ein Beleg für einen größeren Schaden unter der Kombinationsbehandlung gegenüber. Dieser größere Schaden ergibt sich insbesondere aufgrund häufiger auftretender schwerwiegender Blutungen in der Langzeittherapie. In der Langzeittherapie gibt es darüber hinaus einen Beleg für häufigere Studienabbrüche wegen unerwünschter Ereignisse unter der Kombinationsbehandlung sowie für einen größeren Schaden bei der Gesamtrate unerwünschter Ereignisse gegenüber ASS.

Dies rechtfertigt die Schlussfolgerung, dass Dipyridamol plus ASS gegenüber der Monotherapie mit einem Thrombozytenaggregationshemmer (ASS oder Clopidogrel) als therapie relevant unterlegen und damit als unzweckmäßig einzustufen ist.“

▪ **Frühe Nutzenbewertung – Anlage XII der AM-RL**

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

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*
Colestilan (BindRen®) 01.10.2013 20.02.2014	Behandlung der Hyperphosphatämie bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung Stadium 5, die sich einer Hämodialyse oder Peritonealdialyse unterziehen	a) Patienten, für die eine Behandlung mit kalziumhaltigen Phosphatbindern geeignet ist: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.** Zweckmäßige Vergleichstherapie: Kalziumhaltige Phosphatbinder (auch solche mit zusätzlich magnesiumhaltigen phosphatbindenden Wirkstoffen) oder Sevelamer oder Lanthankarbonat b) Patienten, bei denen kalziumhaltige Phosphatbinder laut Fachinformation kontraindiziert sind: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt. Zweckmäßige Vergleichstherapie: Sevelamer oder Lanthankarbonat
Enzalutamid (Xtandi®) 20.02.2014	Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet.	Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen. Zweckmäßige Vergleichstherapie: Best-Supportive-Care (z. B. adäquate Schmerztherapie)
Pomalidomid (Imnovid®) 20.02.2014	In Kombination mit Dexamethason indiziert für die Behandlung des rezidierten oder refraktären multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten, die mindestens zwei vorausgegangene Therapien, darunter Lenalidomid und Bortezomib erhalten haben und unter der letzten Therapie eine Progression gezeigt haben.	Beträchtlicher Zusatznutzen , da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Vemurafenib (Zelboraf®) 06.09.2012 06.03.2014	Monotherapie bei Patienten mit BRAV-V600 Mutation-positivem nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom	Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen. Zweckmäßige Vergleichstherapie: Dacarbazin

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

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

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

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

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

Heparin für Portspülungen nicht mehr im Sprechstundenbedarf

Antikoagulantien sind für Notfälle unverzichtbar im Sprechstundenbedarf (SSB) und als solche auch verordnungsfähig. Weiterhin ist Heparin im Rahmen ambulanter Operationen nach der SSB-Vereinbarung zu verordnen. Diese Regelungen haben unverändert Bestand.

Ausgenommen hiervon ist (nach aktueller Mitteilung der AOK PLUS) jedoch das **Heparin** für Portspülungen. Für diese Fälle ist das Heparin nicht als SSB verordnungsfähig, sondern kann, wenn notwendig, **als Einzelverordnung auf den Namen des Patienten** bezogen werden.

Bitte beachten Sie diese Regelung, da sonst ab dem 2. Quartal 2014 Prüfungen der SSB-Verordnungen mit entsprechenden Rückforderungen von Seiten der AOK PLUS möglich sind.

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

Wirkstoff AKTUELL zu Ustekinumab

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 **Anlage 3** dieses Rundschreibens erhalten Sie das Informationsblatt „Wirkstoff AKTUELL“ Ausgabe 1/2014 zu Ustekinumab. Diese aktuelle Ausgabe finden Sie, wie alle bisherigen Informationsblätter, unter www.kbv.de/html/2951.php bzw. www.kbv.de/html/ais.php.

Im [Fortbildungsportal der KBV](#) haben Sie die Möglichkeit, [zertifizierte Fortbildungen zu den Arzneimitteln zu absolvieren und Fortbildungspunkte zu erhalten](#).

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

Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie

Zum 28.02.2014 trat ein G-BA-Beschluss zur Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) in Kraft. Damit erfolgt nun die Umsetzung der STIKO-Empfehlungen vom Juli 2013 bezüglich der neu formulierten Impfindikationen gegen Hepatitis B und die Anwendung des attenuierten Influenza-Lebendimpfstoffes (LAIV) bei Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren. Den vollständigen Text des Beschlusses finden Sie in **Anlage 4** dieses Rundschreibens.

Die bisherigen Indikationsgruppen für eine Hepatitis B-Impfung wurden von der STIKO durch eine vereinfachte Gruppeneinteilung ersetzt. Zu jeder Indikationsgruppe werden Beispiele für relevante Personen- bzw. Patientengruppen genannt, diese dienen der Orientierung, stellen jedoch keine abschließende Indikationsliste dar. In jedem Fall ist eine individuelle Risikobeurteilung erforderlich.

Auch die STIKO-Empfehlung zur Influenza-Impfung bei Kindern wurde in die SI-RL aufgenommen und konkretisiert. Die Empfehlung, dass für Kinder von zwei bis einschließlich sechs Jahren LAIV angewendet werden sollte, ist um die in der Fachinformation von LAIV genannten Kontraindikationen bzw. Warnhinweise eingeschränkt. Kinder und Jugendliche ab einem Alter von sieben bis einschließlich 17 Jahren sollten hingegen bei gegebener Indikation mit inaktiviertem Impfstoff geimpft werden. Denn die aktuelle Evidenz lässt keine präferentielle Empfehlung für LAIV in dieser Altersgruppe zu und dieser Impfstoff kann aufgrund der wesentlich höheren Kosten hier als nicht wirtschaftlich angesehen werden.

Über die seit 20.12.2013 neu in die SI-RL aufgenommene Standardimpfung gegen Rotaviren konnten Sie sich bereits im Rundschreiben 1/2014 auf Seite 6 informieren.

Die vollständige Richtlinie, alle Beschlüsse sowie die tragenden Gründe finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de). Die Dokumentationsnummern gemäß Anlage 2 der SI-RL sowie die entsprechende Vergütung entnehmen Sie bitte der **Anlage 5**.

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

Sicherstellung

Fördermaßnahmen über den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Thüringen für das Jahr 2014

Nachdem der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bereits in den letzten Jahren umfangreiche Förderpakete für niedergelassene und niederlassungswillige Ärzte beschlossen hat, wurden auch für das Jahr 2014 neue Beschlüsse gefasst.

Für den Mittelbereich Zeulenroda-Triebes wird für das Jahr 2014 im **hausärztlichen Versorgungsbereich** in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung festgestellt und folgende Fördermaßnahmen für das Jahr 2014 beschlossen:

1. Förderung von drei Praxisneugründungen mit 60.000 € (Investitionspauschale)
2. Förderung der Übernahme bestehender Vertragsarztsitze (Praxisübernahme) mit 60.000 € (Investitionspauschale)
3. Förderung von Zweigpraxen mit 15.000 € (Investitionspauschale)
4. Förderung bestehender Praxen über das durchschnittliche Aufgabealter hinaus mit 1.500 €/Quartal

Für nachfolgende Grundzentren wird zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf im **hausärztlichen Versorgungsbereich** gemäß § 100 Abs. 3 SGB V festgestellt und folgende Fördermaßnahmen für das Jahr 2014 beschlossen:

Mittelbereich Eisenach: Grundzentrum Mihla

Maßnahme:
Förderung einer Sonderbedarfszulassung nach § 36 Bedarfsplanungs-Richtlinie ggf. bei Öffnung einer Neuzulassung mit 60.000 € (Investitionspauschale)

Mittelbereich Gotha: Grundzentrum Friedrichroda

Maßnahmen:

1. Förderung von zwei Praxisneugründungen mit 60.000 € (Investitionspauschale)
2. Förderung von einer Zweigpraxis mit 15.000 € (Investitionspauschale)

Mittelbereich Heiligenstadt: Grundzentrum Schimberg (OT Ershausen)

Maßnahme:
Förderung von einer Zweigpraxis mit 15.000 € (Investitionspauschale)

Mittelbereich Hildburghausen: Grundzentrum Bad Colberg-Heldburg

Maßnahmen:

1. Förderung eine Sonderbedarfszulassung nach § 36 Bedarfsplanungs-Richtlinie ggf. bei Öffnung einer Neuzulassung mit 60.000 € (Investitionspauschale)
2. Förderung von einer Zweigpraxis mit 15.000 € (Investitionspauschale)

Mittelbereich Hildburghausen: Grundzentrum Themar

Maßnahmen:

1. Förderung einer Sonderbedarfszulassung nach § 36 Bedarfsplanungs-Richtlinie ggf. bei Öffnung eine Neuzulassung mit 60.000 € (Investitionspauschale)
2. Förderung von einer Zweigpraxis mit 15.000 € (Investitionspauschale)

Mittelbereich Ilmenau: Grundzentrum Gräfenroda

Maßnahmen:

1. Förderung von zwei Praxisneugründungen mit 60.000 € (Investitionspauschale)
2. Förderung von einer Zweigpraxis mit 15.000 € (Investitionspauschale)

Mittelbereich Ilmenau: Grundzentrum Großbreitenbach

Maßnahmen:

1. Förderung von zwei Praxisneugründungen mit 60.000 € (Investitionspauschale)
2. Förderung von einer Zweigpraxis mit 15.000 € (Investitionspauschale)

Mittelbereich Meiningen: Grundzentrum Römhild

Maßnahmen:

1. Förderung von einer Praxisneugründung mit 60.000 € (Investitionspauschale)
2. Förderung von einer Zweigpraxis mit 15.000 € (Investitionspauschale)

Mittelbereich Meiningen: Grundzentrum Wasungen

Maßnahmen:

1. Förderung von einer Praxisneugründung mit 60.000 € (Investitionspauschale)
2. Förderung von einer Zweigpraxis mit 15.000 € (Investitionspauschale)

Mittelbereich Rudolstadt-Saalfeld: Grundzentrum Probstzella

Maßnahmen:

1. Förderung einer Sonderbedarfszulassung nach § 36 Bedarfsplanungs-Richtlinie ggf. bei Öffnung einer Neuzulassung mit 60.000 € (Investitionspauschale)
2. Förderung von einer Zweigpraxis mit 15.000 € (Investitionspauschale)

Mittelbereich Schmalkalden: Grundzentrum Breitungen

Maßnahme:

Förderung von einer Zweigpraxis mit 15.000 € (Investitionspauschale)

Für alle vorgenannten Grundzentren gilt grundsätzlich die Förderung bestehender Praxen über das durchschnittliche Aufgabealter hinaus mit 1.500 €/Quartal und die Förderung der Übernahme bestehender Vertragsarztsitze (Praxisübernahme) mit 60.000 € (Investitionspauschale).

Für nachfolgende Mittelbereiche wird zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf **im fachärztlichen Versorgungsbereich** gemäß § 100 Abs. 3 SGB V festgestellt und folgende Fördermaßnahmen für das Jahr 2014 beschlossen:

Arztgruppe Augenheilkunde

Planungsbereich Gotha: Mittelbereich Gotha

Maßnahmen:

1. Förderung von vier Praxisneugründungen mit jeweils 60.000 € (Investitionspauschale)
2. Förderung von vier Zweigpraxen mit jeweils 15.000 € (Investitionspauschale)

Arztgruppe Nervenärzte

Planungsbereich Saale-Orla-Kreis: Mittelbereich Bad Lobenstein

Maßnahme:

Förderung von einer Zweigpraxis mit 15.000 € (Investitionspauschale)

Planungsbereich Saale-Orla-Kreis: Mittelbereich Schleiz

Maßnahme:

Förderung von einer Zweigpraxis mit 15.000 € (Investitionspauschale)

Die Fördermaßnahmen sind an Durchführungsbestimmungen gebunden. Einzelheiten zu den Durchführungsbestimmungen können in der Abteilung Sicherstellung erfragt werden.

Ihre Ansprechpartner: Mabel Kirchner, Telefon 03643 559-736
 Ronald Runge, Telefon 03643 559-732
 Peter Hedt, Telefon 03643 559-736

Ärztlicher Notdienst

Novellierung der Notdienstordnung – Notdienstzeiten

Ab 01.04.2014 tritt die novellierte Notdienstordnung in Kraft. Die Notdienstordnung wurde bereits im Rundschreiben 12/2013 veröffentlicht.

Wir weisen an dieser Stelle noch einmal auf die **geänderten Notdienstzeiten ab 01.04.2014** hin. Die Zeiten des ärztlichen Notdienstes wurden wie folgt festgelegt:

Montag, Dienstag, Donnerstag:	jeweils von 18.00 Uhr bis 7.00 Uhr des Folgetages
Mittwoch, Freitag:	jeweils von 13.00 Uhr bis 7.00 Uhr des Folgetages
Samstag, Sonntag, Feiertage, Brückentage sowie am 24.12. und 31.12.:	jeweils von 7.00 Uhr bis 7.00 Uhr des Folgetages

Soweit ein einzelner Tag (Brückentag) zwischen einem gesetzlichen Feiertag, dem 24.12. oder dem 31.12. und einem Wochenende liegt, ist dieser ganztägig als ärztlicher Notdienst analog den Notdienstzeiten am Samstag, Sonntag, Feiertag abzusichern. Dies betrifft im laufenden Jahr den 02. Mai und den 30. Mai.

Alle bestehenden Verträge mit externen Leistungserbringern wurden durch die KVT entsprechend angepasst.

Ihre Ansprechpartner zu Fragen der Notdienstordnung: Heidrun Becher, Telefon 03643 559-733
 Markus Vogel, Telefon 03643 559-739

Die für allgemein- und fachärztliche Notdienste gültigen Dienstzeiten können Sie im Dienstplanportal Notdienst – geschützter Onlinedienst der KVT – einsehen (<https://www.kvt.de/nd>).

Sie haben **Fragen zur Nutzung des Dienstplanportals**, sprechen Sie uns an:

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

Zur **Information Ihrer Patienten zum ärztlichen Notdienst** bieten wir Ihnen auch neue Informationsmedien an. Sie können diese auf unserem Internetportal einsehen:

www.kvt.de → Arzt/Psychoth. → Notdienst → Zum Herunterladen

und unter folgender Telefonnummer bei uns **bestellen**: 03643 559-231.

Qualitätssicherung

Rückmeldungen an den überweisenden Arzt bei Therapieaufnahme durch den Psychotherapeuten

Der Beratende Fachausschuss für Psychotherapie wurde erneut vom Beratenden Fachausschuss für Hausärzte darauf aufmerksam gemacht, dass trotz Information im KV-Rundschreiben 12/2011 in den meisten Fällen keine Rückmeldung an den überweisenden Arzt erfolgt. Die Informationen sind für den überweisenden Arzt, u. a. im Fall einer unumgänglichen Krankschreibung, von Relevanz.

Die Mitglieder des Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie appellieren deshalb abermals an alle psychotherapeutisch tätigen Kollegen, dem überweisenden Arzt eine kurze Mitteilung zukommen zu lassen. Zur schnelleren Handhabung können Sie das Formular „Therapieaufnahme/Befundbericht/Therapiebeendigung/Therapieabbruch“ in der **Beilage** dieses Rundschreibens verwenden.

Ihre Ansprechpartnerin der Geschäftsstelle Beratender Fachausschuss für Psychotherapie:
Bärbel Horn, Telefon 03643 559-714

Verträge

Beitritt der Novitas BKK zum Homöopathievertrag mit der SECURVITA BKK

Zum 01.04.2014 tritt die Novitas BKK (VKNR: 01407) dem bestehenden Homöopathievertrag zwischen der SECURVITA BKK und der KBV-AG-Vertragskoordinierung bei.

Die Anlage 2 „**Teilnahme- und Einverständniserklärung für Patienten**“ ist – wie bei allen BKKen – wie folgt zu beziehen:

- der Versicherte erhält das Formular von seiner BKK oder
- der Arzt kann das Formular entweder auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/7579.php herunterladen oder über die Formularausgabe der KVT (Telefon 03643 559-231) anfordern.

Ebenfalls ist nach Einschreibung des Patienten das Original dieser Teilnahmeerklärung vom Arzt quartalsweise an die KVT zu senden.

Eine erneute Abgabe der **Teilnahmeerklärung für bereits teilnehmende Ärzte** ist nicht erforderlich, da die Erklärung für alle beigetretenen BKKen gleichermaßen gültig ist.

Zusammenfassend sind folgende BKKen diesem Homöopathievertrag beigetreten: BKK Linde, Daimler BKK, BKK ESSANELLE, BKK 24, BKK Pfaff, BKK Herkules, actimonda krankenkasse, Hypovereinsbank BKK sowie ab 01.04.2014 Novitas BKK.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – Anhebung der Vergütung für Gutachten

Zum 01.04.2014 treten verschiedene Änderungen des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses (UV-GOÄ) in Kraft. Die Gebühren für Formulgutachten sowie Freie Gutachten, Teil B, VI. „Besondere Regelungen“ nach den Nrn. 146 bis 165 UV-GOÄ wurden laut Beschluss der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger (schriftliche Beschlussfassung) angehoben. Die Beschlüsse sind im Deutschen Ärzteblatt Heft 8 vom 21.02.2014, Seite A 322 veröffentlicht.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

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

Der BKK Landesverband Mitte teilte der KVT die am IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden Betriebskrankenkassen (inkl. der BKKn, die an der Zusatzvereinbarung Sonographie teilnehmen) sowie die Perinatalzentren/geburtshilflich-neonatologischen Schwerpunktkrankenhäuser für das 2. Quartal 2014 mit. Die Übersicht ist als **Anlage 6** diesem Rundschreiben beigefügt.

Ihre Ansprechpartnerinnen

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

Hausarztzentrierte Versorgung – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn

Im Rahmen des BKK Hausarztvertrages haben sich für das 2. Quartal 2014 gegenüber des 1. Quartals 2014 Änderungen bei der Liste der teilnehmenden BKKn ergeben (siehe **Anlage 7**).

Für die teilnehmenden Ärzte ist diese Liste bei der Einschreibung von Versicherten zu beachten, da für Versicherte von nicht teilnehmenden BKKn keine Vergütung gewährt wird.

Ihre Ansprechpartner

- in der ServiceStelle: Telefon 03643 559-742 oder -749
- für Vertragsfragen: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

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

Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen (BKKn) an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“ sind für das 2. Quartal 2014 in **Anlage 8** aufgeführt. Für die teilnehmenden Ärzte ist diese Liste bei der Einschreibung von Versicherten zu beachten, da für Versicherte von nicht teilnehmenden BKKn keine Vergütung gewährt wird.

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Alles was Recht ist

Neue Regelungen in den AU-Richtlinien: Arbeitsunfähigkeit von arbeitslosen Schwangeren und Patienten nach einer Organ- und Gewebespende

Die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien (AU-RL) wurden an einigen Stellen neu gefasst.

▪ Arbeitsunfähigkeit von arbeitslosen Schwangeren

Bislang war in den AU-RL geregelt, dass bei einem Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz keine Arbeitsunfähigkeit im Sinne der AU-RL vorliegt. Dies konnte zur Folge haben, dass arbeitslose Schwangere weder einen Anspruch auf Krankengeld noch einen Anspruch auf Arbeitslosengeld hatten, da sie in Folge des Beschäftigungsverbots dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung standen. Nunmehr wird davon ausgegangen, dass ein Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz nicht unmittelbar auf arbeitslose Schwangere übertragen werden kann, denn bei arbeitslosen Schwangeren ist eine fortdauernde Beschäftigung nicht gegeben.

Der Vertragsarzt hat deshalb festzustellen, ob sich das gesundheitliche Risikopotential nur auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit oder auf alle zumutbaren Beschäftigungen bezieht. Bezieht sich das Risiko auf alle Tätigkeiten und ist die Frau zudem nicht mehr in der Lage, mindestens 15 Stunden in der Woche eine leichte Tätigkeit auszuüben, so steht sie dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung. In diesem Fall kann von einer Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Dafür kann eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) ausgestellt werden.

▪ Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Organ- und Gewebespenden

Die AU-RL gilt nun auch für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit von Patienten aufgrund einer im Rahmen des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder einer im Rahmen des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blutstammzellen. Auch für diese Patienten kann künftig eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nach Muster 1 ausgestellt werden.

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

Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

Frage 1:

Gibt es eine Berichtspflicht von Arzt zu Arzt?

Ja, gemäß § 24 Abs. 6 des Bundesmantelvertrages-Ärzte hat der Vertragsarzt dem auf Überweisung tätig werdenden Vertragsarzt, soweit es für die Durchführung der Überweisung erforderlich ist, von den bisher erhobenen Befunden und/oder getroffenen Behandlungsmaßnahmen Kenntnis zu geben. Der auf Grund der Überweisung tätig gewordene Vertragsarzt hat seinerseits den erstbehandelnden Vertragsarzt über die von ihm erhobenen Befunde und Behandlungsmaßnahmen zu unterrichten, soweit es für die Weiterbehandlung durch den überweisenden Arzt erforderlich ist. Nimmt der Versicherte einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt unmittelbar in Anspruch, übermittelt dieser Facharzt mit Einverständnis des Versicherten die relevanten medizinischen Informationen an den vom Versicherten benannten Hausarzt.

Weitere Regelungen der Berichtspflicht ergeben sich aus § 73 Abs. 1b SGB V und den Allgemeinen Bestimmungen des EBM unter Punkt 2.1.4. Entsprechend der Regelungen im SGB V sind Hausärzte und sonstige Leistungserbringer, mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, welche widerruflich ist, berechtigt zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung den Versicherten betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Leistungserbringern zu erheben und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen zu verarbeiten und zu nutzen. Die nichthausärztlichen Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach seinem Hausarzt zu fragen und diesem mit Einwilligung des Versicherten die Patientendaten zu übermitteln.

Entsprechend den Allgemeinen Bestimmungen des EBM sind abschließend die Gebührenordnungspositionen aufgelistet, welche nur dann als vollständig erbracht gelten, wenn im Behandlungsfall mindestens ein Arztbericht entsprechend den GOP 01600 oder 01601 EBM erfolgt ist oder aber eine Befundkopie an den Hausarzt übermittelt wurde.

Frage 2:

Muss der Patient in die Übermittlung der Befunddaten ausdrücklich eingewilligt haben?

Ja, die Übermittlung von persönlichen Befunddaten soll nur mit Einwilligung des Patienten, welche widerruflich ist, erfolgen. In Ausnahmefällen ist eine konkludente (nicht ausdrücklich erklärte) Einwilligung zulässig, wenn der Patient in Folge einer Überweisung, bei dem auf Überweisung tätigen Arzt in Behandlung ist. Hierbei wird angenommen, dass er sich damit einverstanden erklärt, dass der überweisende Arzt ebenso die Befunddokumentation übermittelt bekommt.

Frage 3:

Unser Artikel im Thüringer Ärzteblatt, Ausgabe 1/2014, Seite 35 ff., zu dem Grundsatz der jederzeitigen Erreichbarkeit hat vermehrt die Frage aufgeworfen, ob die sogenannte Präsenzpflicht auch für Fachärzte gilt.

Ja, der Grundsatz jederzeit erreichbar sein zu müssen, außer zu den Zeiten, in denen der organisierte Notdienst eingerichtet ist oder zu Zeiten, während deren eine zulässige Vertretung vorliegt, gilt auch für Fachärzte.

Frage 4:

Wie beurteilt sich die Präsenzpflicht eines MVZ?

Das MVZ hat die Präsenzpflicht durch die bei ihm angestellten Ärzte/Psychologischen Psychotherapeuten der jeweiligen Arztgruppe unabhängig von der Zahl der beschäftigten Ärzte und unabhängig vom Umfang des Versorgungsauftrages sicherzustellen.

Frage 5:

Gilt die Präsenzpflicht auch für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten?

Ja, wobei auch hier gilt, dass die Präsenzpflicht sich auf die Zeiten bezieht, in denen kein organisierter ärztlicher Notdienst eingerichtet ist.

Frage 6

Gilt die Präsenzpflcht auch für Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten mit einem hälftigen Versorgungsauftrag?

Ja, die Präsenzpflcht gilt unabhängig vom Umfang des Versorgungsauftrages.

Frage 7:

Kann die Präsenzpflcht, d. h. die Pflicht der jederzeitigen Erreichbarkeit (außer zu den Zeiten des organisierten Notdienstes) auch durch Krankenhäuser wahrgenommen werden?

Nein, die Präsenzpflcht ist durch die im niedergelassenen Bereich tätigen Ärzte und Ärztinnen bzw. Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wahrzunehmen. Es besteht dahingehend keine Vertretungsmöglichkeit durch Krankenhäuser.

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

Weitere Antworten auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag finden Sie unter

www.kv-thueringen.de/mitglieder/recht/fragen_antworten.

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

Ärztliche Selbstverwaltung

Gemeinsame Sitzung der Beratenden Fachausschüsse für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung am 05.02.2014

Im Vorfeld der Sitzung der Vertreterversammlung am 05.03.2014 trafen sich am 05.02.2014 die Beratenden Fachausschüsse für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung zu einer gemeinsamen Beratung. Breiten Raum nahm bei diesem Treffen die Diskussion der Pläne der Bundesregierung zur Regelung der Wartezeiten auf einen Arzttermin ein und in diesem Zusammenhang auch die Möglichkeiten der Kennzeichnung von dringlichen Überweisungen. Im Ergebnis der Meinungsbildung trafen die Mitglieder der beiden Fachausschüsse folgende Feststellung:

Die Thüringer Hausärzte und Fachärzte regeln die Überweisung von akuten und dringlichen Krankheitsfällen durch innerärztliche Kommunikation.

Für die Regelversorgung müssen in Thüringen wegen der geringeren Arztdichte und höheren Krankheitslast der Bevölkerung längere Wartezeiten akzeptiert werden als im Bundesdurchschnitt.

Auf der Grundlage dieser Beschlussfassung verabschiedete die Vertreterversammlung in ihrer letzten Sitzung eine Resolution, mit der sie sich strikt gegen eine staatliche Terminregulierung ausspricht. Lesen Sie dazu den nachfolgenden Bericht der Vertreterversammlung der KVT.

Zeitnahe Termine auf Überweisung – Bitte den Mehraufwand aufschreiben!

Im Ergebnis der Beratung in den o. g. Fachausschüssen erweist es sich als sinnvoll, dass die innerärztliche Kommunikation bei Überweisungsfällen auf eine einheitliche Sprachregelung gestützt ist. Hinsichtlich der Dringlichkeit bedeutet das Wort „**akut**“, dass der Überweiser eine schnellstmögliche Weiterbehandlung für nötig hält. Das Wort „**dringlich**“ drückt aus, dass der Patient aus medizinischen Gründen einen zeitnahen, d. h. in die reguläre Warteliste beim Facharzt eingeschobenen, Termin benötigt. Diese differenzierte Beurteilung des Überweisers wird dem ausführenden Facharzt häufig im direkten Telefonat oder durch zusätzliche Informationen auf dem Überweisungsschein übermittelt. Der Facharzt nimmt den Patienten entsprechend früher dran. Um den fallbezogenen Mehraufwand beider Beteiligten für zukünftige Verhandlungen mit den Krankenkassen darstellen zu können, bittet die KVT ihre Mitglieder ab sofort um eine Dokumentation dieser Fälle in der Abrechnung. Dazu wurden folgende Pseudo-GOP generiert:

- 99999H: Zusatzaufwand als Überweiser für die Organisation einer bevorzugten fachärztlichen Versorgung wegen medizinischer Dringlichkeit
- 99999F: Behandlungsbeginn mit bevorzugtem Termin beim Facharzt auf Grund einer Dringlichkeitsüberweisung

Vertreterversammlung der KVT vom 05.03.2014

■ Berichte des Vorsitzenden der Vertreterversammlung und des Vorstandes

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung ging in seiner Begrüßungsrede besonders kritisch auf die 4-Wochengarantie für einen Facharzttermin ein. Dr. med. Andreas Jordan berichtete, dass sich der KV-Vorstand gemeinsam mit den Beratenden Fachausschüssen zu diesem Thema positioniert hat. Er schlug vor, dass die Vertreterversammlung mit einer Resolution den Standpunkt gegen die geplante staatliche Terminregulierung bekräftigt.

Der Vorstand ging in seinen Berichten insbesondere auf die in den letzten Wochen kontrovers und heftig diskutierte Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsbereichen und insbesondere innerhalb des KBV-Vorstandes ein. Mit der Wahl von Herrn Dr. Gassen zum neuen KBV-Vorsitzenden muss ein Neuanfang in der Zusammenarbeit des KBV-Vorstandes und der Arbeit der KBV-Vertreterversammlung begonnen werden, bekräftigte die 1. Vorsitzende.

Ein weiterer Schwerpunkt des Vorstandsberichtes war die EBM-Reform im haus- und fachärztlichen Bereich. Was den Hausarzt-EBM betrifft, so die 1. Vorsitzende, müssen zunächst einmal detaillierte Erkenntnisse aus der Abrechnung zusammengetragen werden, bevor über weitere Änderungen des Hausarzt-EBM beschlossen wird. Sie rechnet damit, dass weitere Änderungen im Hausarzt-EBM nicht vor dem 01.01.2015 zu erwarten sind. Hingegen bedarf es im fachärztlichen Bereich des EBM dringender Reformen. Der Veränderungsbedarf ist entsprechend hoch, aber aufgrund der Unterschiedlichkeit der Fachgruppen auch kompliziert. Der Vorstand wird sich auf der Bundesebene für eine zügige Bearbeitung der Thematik stark machen.

Im Weiteren ging der Vorstand in seinem Bericht auf die Vertragsänderungen zu den Disease-Management-Programmen, zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und zu den Ergebnissen der Verhandlung zum Arzneimittelausgabenvolumen und zum Heilmittelausgabenvolumen ein.

Einstimmig verabschiedete die Vertreterversammlung die Resolution, die sich strikt gegen eine staatliche Terminregulierung ausspricht.

Resolution

Die Vertreterversammlung spricht sich strikt gegen eine staatliche Terminregulierung aus.

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen spricht sich strikt gegen die im Koalitionsvertrag verankerte Termingarantie für Patienten von vier Wochen bei einer Überweisung zum Facharzt aus. Die Überweisung an Facharztpraxen funktioniert in Deutschland besser als anderswo. Aus der Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus dem Jahr 2013 geht hervor, dass zwei Drittel aller Patienten einen Facharzttermin innerhalb von drei Tagen erhalten. Eine institutionalisierte Regulierung von Patiententerminen trägt nicht zu einer Verbesserung der ambulanten Versorgung bei. Vorhandene Wartezeiten haben ihre wesentlichen Ursachen in der vorgegebenen Verknappung der ärztlichen Ressourcen durch die Budgetierung ärztlicher Leistungen.

Die Vertreterversammlung begrüßt den Beschluss der Beratenden Fachausschüsse für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung vom 5. Februar 2014, wonach die Thüringer Haus- und Fachärzte selbst die Überweisung von akuten und dringlichen Krankheitsfällen durch innerärztliche Kommunikation regeln. Dabei ist die medizinische Behandlungsbedürftigkeit immer der Maßstab für die Terminvergabe.

Im Rahmen der Diskussion um die Berichte des Vorstandes wurde zum Thema EBM-Reform nachfolgender Beschluss gefasst:

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand der KVT, für eine schnellstmögliche EBM-Reform, insbesondere im fachärztlichen Versorgungsbereich unter Einbeziehung der Berufsverbände, Sorge zu tragen und sich entsprechend beim Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und im AK KV zu positionieren.

Der Beschluss ergeht einstimmig.

Abschließend beschäftigte sich die Vertreterversammlung unter diesem Tagesordnungspunkt mit einem Antrag zur Unterstützung eines Konsenspapieres, welches auf der Vertreterversammlung der KBV am 28.02.2014 von einer großen Mehrheit beschlossen wurde.

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt, den von der Vertreterversammlung der KBV am 28. Februar 2014 verabschiedeten „10-Punkte-Konsens“ für eine ungeteilte KV, in der in den Organen und Gremien unabhängig von der Zugehörigkeit von Versorgungsebenen ein gleichberechtigter und respektvoller Umgang miteinander gelebt wird, zu unterstützen.

Der Beschluss ergeht mit 14 Ja-Stimmen, 8 Nein-Stimmen und 6 Stimmenthaltungen.

▪ **Stand der Honorarverhandlungen für das Jahr 2014**

Die 1. Vorsitzende berichtete der Vertreterversammlung über den aktuellen Stand der Honorarverhandlungen 2014. Nach zwei Verhandlungen hat die KVT am 17.12.2013 das Scheitern erklärt und das Landesschiedsamt angerufen. Neben der Berücksichtigung der Vorgaben des Bewertungsausschusses, wie z. B. die Festsetzung des regionalen Punktwertes in Höhe von 10,13 Cent, die morbiditätsbedingte Veränderungsrate und die Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung, fordert die KVT zusätzlich eine weitere Ausbudgetierung von haus- und fachärztlichen Leistungen, wie z. B. die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung, Leistungen der rheumatologischen Versorgung und die psychotherapeutischen Leistungen außerhalb des Kapitels 35.2 EBM. Auch Zuschläge auf den regionalen Punktwert, wie z. B. für ambulante Operationen, Mammographie, onkologische Betreuung etc., stehen auf der Verhandlungsagenda. Die KVT rechnet mit einer Schiedsamtsverhandlung im Laufe des Monats April 2014.

Die Vertreterversammlung nahm den Bericht zur Kenntnis und fasste folgenden Beschluss:

BESCHLUSS

1. Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand der KVT, den Vorstand der KBV und den Spitzenverband der Krankenkassen zu informieren, dass der effektiv vergütete Punktwert im Facharztbereich in Thüringen bei 1,92 Cent (2,6 Cent durchschnittlich bei einer Auszahlungsquote von 74 %) und im hausärztlichen Bereich bei 4,2 Cent (3,87 Cent bei 109,5 % Auszahlungsquote) liegt. Der abgeforderte Leistungsbedarf pro Facharzt ist im Vergleich zum hausärztlichen Bereich zumindest gleich, meistens jedoch deutlich höher, was zeigt, dass eine erhebliche Nachfrage nach fachärztlichen Leistungen besteht. Es wird gebeten, hierzu eine schriftliche Stellungnahme der Krankenkassenvertreter zu erwirken und nachzufragen, wie sie zukünftig fachärztliche ambulante Leistungen in Thüringen sicherstellen, vergüten und fördern wollen. Für die Fachärzte in Thüringen ist diese Situation unerträglich.
2. Zudem wird der Vorstand beauftragt, bei den künftigen Honorarverhandlungen den Schwerpunkt auf die Nachbesserung des Honorartopfes der Fachärzte zu legen.

Der Beschluss ergeht mit 14 Ja-Stimmen, 7 Nein-Stimmen und 3 Stimmenthaltungen.

▪ Abrechnungsergebnisse des 3. Quartals 2013

Die Vertreterversammlung beschäftigte sich mit den Abrechnungsergebnissen des 3. Quartals 2013. Neben der Darstellung über alle Fachgruppen wurde seitens des Vorstandes eine Sonderanalyse für die Fachgruppe der HNO-Ärzte vorgenommen. Infolge dieser Analyse hat der Vorstand für das 3. Quartal 2013 eine Sicherstellungsmaßnahme beschlossen, die von der Vertreterversammlung bestätigt werden muss.

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung bestätigt den Beschluss des Vorstandes, wonach eine Stützung der Fachgruppe der HNO-Ärzte insofern erfolgt, als dass die Systematik der Pauschale der fachärztlichen Grundversorgung für diese Fachgruppe für das 3. Quartal 2013 als Sicherstellungsmaßnahme vorgezogen wird. Die hieraus resultierenden Finanzmittel in Höhe von ca. 240.000,00 € werden dem Sonderposten für Sicherstellungsmaßnahmen entnommen.

Der Beschluss ergeht einstimmig.

▪ Weiterentwicklung des Honorarverteilungsmaßstabes

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 06.11.2013 beschlossen, dass im hausärztlichen Vergütungsbereich die Vergütung der versorgungsbereichsspezifischen Vorhaltepauschale (GOP 03040/04040 EBM) immer mit den Preisen der Eurogebührenordnung erfolgt. Im Rahmen der Benehmensherstellung mit den Krankenkassen haben die Krankenkassen schriftlich erklärt, das Benehmen zu dieser HVM-Änderung nicht herzustellen.

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung nimmt das Schreiben der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen vom 16.12.2013 bzgl. der Benehmensherstellung zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 1 SGB V ab 01.01.2014 zur Kenntnis und setzt sich über die Einwände der Krankenkassen hinweg.

Der Beschluss ergeht mit 2 Stimmenthaltungen.

Im Weiteren diskutierte die Vertreterversammlung die aktuellen Honorarverteilungsregelungen. Dabei fasste sie nachfolgenden Beschluss:

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung stellt fest, dass die Regelungen des geltenden Honorarverteilungsmaßstabes bezüglich der Zuschläge für Kooperationsformen nach § 10 HVM für fach- und schwerpunktgleiche BAG konsequent umgesetzt werden und auch für BAG aus Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzten für Neurologie und/oder Fachärzten für Psychiatrie gewährt werden.

Der Beschluss ergeht einstimmig.

▪ Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung – Vorstandsüberweisungen aus der Sitzung am 06.11.2013

Aus der Vertreterversammlung am 06.11.2013 sind zwei Vorstandsüberweisungen an den Vorstand zu Fragen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ergangen. Hierzu berichtete der Vorstand im Einzelnen zu den Fragen. Dabei ging es u. a. um die Frage der Befreiung von bestimmten Arztgruppen, wie z. B. Belegärzte, Dialyseeinrichtungen, ambulante Operateure als auch um Kolleginnen und Kollegen, die das 65. Lebensjahr erreicht haben. Nach intensiver Diskussion fasste die Vertreterversammlung folgenden Beschluss:

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt, die jetzige Notdienstordnung nicht zu ändern.

Der Beschluss ergeht mit 4 Stimmenthaltungen.

▪ **Information zum Verhandlungsstand Arzneimittelinitiative Sachsen/Thüringen**

Die Vertreterversammlung der KVT hat in ihrer Sitzung am 02.11.2011 im Rahmen einer Resolution das Zukunftskonzept zu einer Arzneimittelversorgung – damals noch ABDA-KBV-Konzept – begrüßt. Nach mehr als zwei Jahren Verhandlungen stehen die Vertragspartner dieses Modellvorhabens, nämlich die Apothekerverbände Sachsen und Thüringen, die KV Sachsen, die KVT und die AOK PLUS vor dem Vertragsabschluss.

Die Vertragspartner wollen mit dem vorliegenden Vertrag ein gemeinsames Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie zur Steigerung von Arzneimitteltherapiesicherheit und Therapietreue in der Arzneimittelversorgung in der abgestimmten Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker umsetzen. Ziel des Vertrages ist die Etablierung eines gemeinsam von Arzt und Apotheker umzusetzenden Betreuungskonzeptes, das im Wesentlichen aus den drei Bestandteilen Wirkstoffverordnung, einem wirkstoffbezogenen Medikationskatalog und einem Medikationsmanagement besteht. Damit verbunden werden sollen eine Reduktion von Arzneimittelrisiken, eine Steigerung der Therapietreue sowie eine Verbesserung der Versorgungsqualität bestimmter Versichertengruppen. Für die Ärzte ist die Teilnahme an diesem Modellvorhaben freiwillig. Der Vertrag soll zum 01.04.2014 in Kraft treten.

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung nimmt den Verhandlungsstand (Kernpunkte zum Modellvorhaben) zur „Arzneimittelinitiative Sachsen/Thüringen“ (ARMIN) zur Kenntnis und beauftragt den Vorstand, dieses Modellvorhaben zur Optimierung der Arzneimittelversorgung mit der AOK PLUS abzuschließen.

Der Beschluss ergeht mit 19 Ja-Stimmen, 3 Nein-Stimmen und 5 Stimmenthaltungen.

▪ **Einführung des elektronischen Honorarbescheides und Stand KV-SafeNet***

Der 2. Vorsitzende berichtete über die Einführung eines elektronischen Honorarbescheides als Bestandteil der IT-Strategie der KVT. Im Rahmen der Einführung geht es zunächst um eine Pilotphase zur Einführung eines solchen elektronischen Honorarbescheides. Hierfür werden freiwillige KV-Mitglieder gesucht, die sich an dieser Pilotphase aktiv beteiligen. Dieser Mehrwegdienst bettet sich in die IT-Strategie der KVT ein, die u. a. eine verpflichtende Einführung des KV-SafeNet* für alle Mitglieder bis zum 30.06.2015 vorsieht.

* Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

▪ **Praxisnetzrichtlinie der KVT**

Im April 2013 haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband über Versorgungsziele, Kriterien und Qualitätsanforderungen zur Anerkennung von Praxisnetzen geeinigt. Diese mündeten in Rahmenvorgaben zur Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V. Die KVT beabsichtigt, die Rahmenvorgaben der KBV als Bestandteil eigener Richtlinien voll inhaltlich zu übernehmen.

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt die Richtlinie der KVT zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V.

Der Beschluss ergeht mit 24 Ja-Stimmen und 3 Stimmenthaltungen.

Die nächste Sitzung der Vertreterversammlung findet am 11.06.2014 ab 14.00 Uhr statt.

Informationen

Hygiene online testen – KBV bietet neuen Praxischeck an

Hygiene ist ein wichtiger Baustein des Qualitätsmanagements. Die umfangreichen Hygienemaßnahmen im vertragsärztlichen Bereich dienen nicht nur der Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen, sondern schützen vor allem Patienten, Ärzte und Praxismitarbeiter vor der Übertragung von Krankheitserregern.

Hier setzt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dem neuen „Mein PraxisCheck“ zur Hygiene an: Ärzte und Psychotherapeuten können damit schnell herausfinden, wie gut sie die vielfältigen gesetzlichen Vorschriften, berufsrechtlichen Vorgaben und Empfehlungen des Robert Koch-Institutes umsetzen. Zudem erfahren sie umgehend, was sie noch optimieren können.

Jede Praxis kann den Selbsttest unkompliziert und kostenlos nutzen. Praxisteams können den Test auch gemeinsam durchführen. Ein einfacher Internetzugang genügt. Der Selbsttest steht auf der KBV-Website unter www.kbv.de/html/mein_praxischeck.php bereit. „Mein PraxisCheck“ funktioniert auch auf mobilen Geräten wie Tablet oder Smartphone.

■ Warum der Selbsttest entwickelt wurde

Die KBV hat den Selbsttest entwickelt, um Ärzten und Psychotherapeuten ein einfaches und zugleich nützliches Werkzeug für ihre Praxisführung zu bieten. „Mein PraxisCheck“ bietet einen kompakten Überblick über alle wichtigen Aspekte eines Themas und hilft dabei, das Wissen aufzufrischen.

Gestartet ist „Mein PraxisCheck“ mit einem Selbsttest für Informationssicherheit. Praxen können damit beispielsweise herausfinden, wie sicher sie mit sensiblen Patientendaten umgehen und wie sie ihre Praxisrechner vor Viren schützen. Seit dem Start am 2. November 2012 haben mehr als 6000 Ärzte, Psychotherapeuten und Praxisteams diesen Test genutzt.

Der neue Praxischeck widmet sich der Hygiene. Er umfasst alle hygienerelevanten Aspekte, zum Beispiel den Hygieneplan, die Desinfektion der Hände, die Instrumentenreinigung, Desinfektion, Sterilisation, meldepflichtige Krankheiten oder Infektionsschutz. Praxen erfahren, wie gut sie die Anforderungen umsetzen und wie sie sich noch verbessern können.

■ Wie der Selbsttest funktioniert

Für jede Frage sind jeweils vier Antworten vorgegeben. Nach jeder Antwort gibt es ein kurzes Feedback. Es enthält eine Bewertung der Antwort und Verbesserungsvorschläge. Am Testende besteht die Möglichkeit, die zusammengefassten Ergebnisse anzuschauen („Ihre Auswertung“). Der Ergebnisbericht enthält zudem Tipps und Hinweise zur Optimierung.

Wichtig zu wissen: „Mein PraxisCheck“ ist keine Prüfung. Die Selbstbewertung soll vielmehr aufzeigen, was bereits gut umgesetzt ist und wo noch Verbesserungspotential besteht.

Termine zur Abrechnungsannahme für das 1. Quartal 2014

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

01.04. bis 10.04.2014

Einreichungen vor dem 01.04.2014 sind möglich und müssen der KVT nicht gemeldet werden. Bitte beachten Sie jedoch, dass bei Einreichungen vor dem o. g. Termin der vollständige Betrieb des Portals nicht rund um die Uhr gewährleistet werden kann.

Ihre Ansprechpartner zum **KVT OnlinePortal** (KVTOP):

- Sven Dickert, Telefon 03643 559-109
- Mandy Seitz, Telefon 03643 559-115

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

Dienstag bis Freitag, und Montag,	01.04.2014 bis 04.04.2014 07.04.2014	08:00 – 17:00 Uhr 08:00 – 17:00 Uhr
--	---	--

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

Achtung!

Zu einer kompletten Quartalsabrechnung gehören auch die Abrechnungs-Sammelerklärung sowie die Fallzusammenstellung. Bitte beachten Sie, dass die Papierunterlagen zeitnah zu uns geschickt werden.

Ihre Ansprechpartnerin bei Verlängerung der Abgabefrist:

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

Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena

Die nächste Veranstaltung der Arzneimittelkommission des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena findet gemeinsam mit allen interessierten niedergelassenen Vertragsärzten und Apothekern **am 16.04.2014, um 17.15 Uhr** statt.

Thema: **Arzneimittel und Straßenverkehr**
 Referentin: PD Dr. Marion Hippus, Universitätsklinikum Jena
 Institut für Pharmakologie und Toxikologie
 Ort: im Klinikum 2000, Seminarraum 1, Erlanger Allee 101, Jena-Lobeda Ost
 Leitung/
 Moderation: PD Dr. rer. nat. habil. M. Hippus (Institut für Klinische Pharmakologie) und
 PD Dr. rer. nat. med. habil. M. Hartmann (Apotheke des Klinikums)
 Auskunft/
 Anmeldung: Apotheke des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena,
 PD Dr. rer. nat. med. habil. M. Hartmann, Telefon 03641 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

Sitzungen des Qualitätszirkels „Kardiologie“ im Jahr 2014

Für den Qualitätszirkel 08qz/95 „Kardiologie“ werden folgende Sitzungstermine bekanntgegeben:

Datum, Uhrzeit	Thema	Ort
18.06.2014, 18:00 Uhr	Arterielle Hypertonie. Was ist neu in den Guidelines?	Dorint Hotel Weimar Beethovenplatz 1-2, 99423 Weimar
24.09.2014, 18:00 Uhr	Update ESC 2014	Dorint Hotel Weimar Beethovenplatz 1-2, 99423 Weimar
26.11.2014, 18:00 Uhr	Interessantes aus der Rhythmologie	Dorint Hotel Weimar Beethovenplatz 1-2, 99423 Weimar

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Herrn Dr. med. Volker Gräfe, Telefon 03643 851430.

Fortbildungsveranstaltungen der KVT

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 09.04.2014, 15:00–19:00 Uhr	Seminar zum Beratungsprogramm des Praxispersonals – Großmutter altbewährte Hausmittel neu entdeckt (Workshop), Teil 1	Birgit Maria Lotze, Naturheilkundliche Ernährungsberaterin, Kneipp-Beraterin, Bad Frankenhausen	Praxispersonal 50,00 €
Mittwoch, 09.04.2014, 15:00–19:00 Uhr	Word 2010 (Grundkurs)	Dipl.-Math. oec. Stephan Büchner, Mitarbeiter der Abteilung Kostenträger/Statistik der KVT, Weimar	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 16.04.2014, 14:00–19:00 Uhr	Verordnungsmanagement in der vertragsärztlichen Praxis (Grundkurs)	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KVT, Weimar	Praxispersonal Kostenfrei
Mittwoch, 16.04.2014, 15:00–19:00 Uhr	Zeit- und Selbstmanagement für Praxispersonal	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 16.04.2014, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Praxispersonal – fachärztlicher Versorgungsbereich	Steffen Göhring, Leiter der Hauptabteilung Abrechnung der KVT, Weimar	Praxispersonal Kostenfrei
Mittwoch, 16.04.2014, 15:00–17:00 Uhr	Praxisübergabe in zulassungsbeschränkten Gebieten 3 Punkte, Kategorie A	Ronald Runge, Gruppenleiter Zulassung/Arztregister und betriebswirtschaftlicher Betreuer der KVT, Weimar	Psychotherapeuten, Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 07.05.2014, 13:00–19:00 Uhr	Nicht entweder, sondern sowohl als auch – Orientierungshilfen in der Beratung	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal 80,00 €
Mittwoch, 07.05.2014, 15:00–18:00 Uhr	Korruption verhindern, Kooperation fördern ... oder „Erhalten kleine Geschenke die Freundschaft“ Zertifizierung beantragt	Ass. jur. Bettina Jäger-Siemon, Justitiarin und Leiterin der Rechtsabteilung der KVT, Weimar Thomas Lindner, Facharzt für Innere Medizin (Nephrologie), Vorstandsmitglied MEZIS e. V.	Vertragsärzte Kostenfrei

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 07.05.2014, 15:00–18:00 Uhr 14.05.2014, 15:00–18:00 Uhr	Terminverschiebung Privatabrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	Ernst Diel, Leiter Grundsatzfragen, Ärztliche VerrechnungsStelle Büdingen GmbH	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 €
Samstag, 10.05.2014, 09:00–17:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Kommunikation und Gesprächsführung (C1)	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal 120,00 €
Samstag, 10.05.2014, 09:00–11:30 Uhr	Der Honorarbescheid 3 Punkte, Kategorie A	Christina König, Leiterin der Abteilung Honorare/Widersprüche der KVT, Weimar	Psychotherapeuten, Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 14.05.2014, 14:00–19:00 Uhr	Heilmittelregressprophylaxe 6 Punkte, Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 14.05.2014, 15:00–18:00 Uhr	Privatabrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	Ernst Diel, Leiter Grundsatzfragen, Ärztliche VerrechnungsStelle Büdingen GmbH	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 14.05.2014, 15:00–18:00 Uhr Freitag, 16.05.2014, 15:00–18:00 Uhr	Terminverschiebung EBM für Neueinsteiger – hausärztlicher Versorgungsbereich 5 Punkte, Kategorie C	Steffen Göhring, Leiter der Hauptabteilung Abrechnung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 14.05.2014, 15:00–19:00 Uhr	Seminar zum Beratungsprogramm des Praxispersonals – Großmutter altbewährte Hausmittel neu entdeckt (Workshop), Teil 2	Birgit Maria Lotze, Naturheilkundliche Ernährungsberaterin, Kneipp-Beraterin, Bad Frankenhausen	Praxispersonal 50,00 €
Mittwoch, 14.05.2014, 15:00–18:00 Uhr	Diabetes-Schulungskurs für Praxispersonal, Teil 2 (unabhängig vom DMP)	Dr. med. Silke Haschen, Fachärztin für Innere Medizin in Diabetologischer Schwerpunktpraxis, Erfurt	Praxispersonal 45,00 €

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

Kinderbetreuungsangebot

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Kinder während eines Seminars von erfahrener 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.

Tuberkulosekongress in Weimar – Frühjahrstagung des Landesverbandes Thüringen der Pneumologen

(unter Schirmherrschaft der Mitteldeutschen Gesellschaft für Pneumologie und Thoraxchirurgie)

Termin: 24.05.2014, 09:00 bis 13:00 Uhr
Tagungsort: Hotel Park Inn, Kastanienallee 1, 99438 Weimar

Vorträge zu pneumologischen Themen mit Schwerpunkt Tuberkulose

für Niedergelassene, Kliniker und Gesundheitsämter
anschließend Mitgliederversammlung des Pneumologenverbandes

Information und Anmeldung:

Petra Spicks, med info GmbH,
Hainenbachstr. 25,
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 94691-14,
Telefax: 07321 94691-40
E-Mail: P.Spicks@med-info-gmbh.de

Notdienstseminar in Halle (Saale)

Termin: **20. bis 22.06.2014 in Halle (Saale)**
Zertifizierung: **30 Fortbildungspunkte beantragt**

Sie lernen kompetent alle großen und kleinen Notfälle sicher zu behandeln: im Notdienst, in der Praxis, im Flugzeug, auf der Straße und in der Nachbarschaft. Das dreitägige Seminar wurde von einem Ärzteteam aus Heidelberg entwickelt. Es basiert auf der Erfahrung aus über 25.000 Patientenkontakten im Notdienst. Das gesamte Spektrum des Notdienstes wird darin 100% praxisbezogen vermittelt.

Themen:

- Akute Erkrankungen aus den Bereichen: Kardiologie, Neurologie, Pädiatrie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Psychiatrie, Urologie, Gynäkologie, HNO, Augenheilkunde, Dermatologie, Dyspnoe, Bauchschmerzen, Erbrechen, Diabetes, Niereninsuffizienz, Antibiotikatherapie, Schmerztherapie und Palliativmedizin, Ausstattung des Arztkoffers, Abrechnung, Fallstricke und Problemfälle
- Keine theoretische Lehrbuchmedizin, sondern praxisnah und effektiv
- Inkl. **Reanimationstraining** in Kleingruppen mit Defibrillation, Larynxtubus, Mega-Code-Training, Säuglingsreanimation, Fremdkörperaspiration beim Kind
- **Praktische Übungen:** Erstversorgung beim Unfall, Helmabnahme, Schienung, Vorgehen bei bewusstloser Person, i.v.-Zugänge legen, Impfung, Quaddeln, Untersuchung von Abdomen, Skelett, Neurologische Basisuntersuchung, Befreiungsmanöver bei Lagerungsschwindel u. v. m.
- Von Ärzten für Ärzte – Unabhängig und ohne Einflussnahme durch die Pharmaindustrie

Die Seminargebühr beträgt 480 €. Darin enthalten ist das dreitägige Seminar, der Reanimationskurs und die praktischen Übungen in Kleingruppen, ein ausführliches Skript aller Vorträge, Mittagessen, Zwischenmahlzeiten, Getränke und die Zertifizierung.

Informationen und Anmeldung sind möglich unter www.notdienstseminare.de

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

▪ **Update Knochen**

- Radiologische und laborchemische Untersuchungen bei der Betreuung von Osteoporose-Patienten, Referentin: PD Dr. med. Gabriele Lehmann, Jena
- Konventionelle und neue Bildgebung in der Diagnostik von Skeletterkrankungen, Referent: Dr. med. Alexander Pfeil, Jena
- Moderne Diagnostik und Therapie des sekundären Hyperparathyreoidismus, Referent: PD Dr. med. Martin Busch, Jena

Termin: 14.05.2014, 17:00 bis 19:00 Uhr

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Prof. Dr. med. Günter Stein, Jena

Gebühr: gebührenfrei

Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

▪ **3. Thüringer Gerinnungstag: Gerinnung – Wissensstand 2014**

- Aktuelles zum Management der venösen Thromboembolie, Referentin: Dr. med. Kristina Schilling, Jena
- Präoperative Gerinnungsuntersuchungen? – Indikation und Interpretationen, Referentin: Dr. med. Annelie Siegemund, Leipzig
- Orale Antikoagulanzen – Indikationsgerechter Einsatz der Medikation heute, Referentin: Dr. med. Ute Scholz, Leipzig
- Molekulargenetische Diagnostik bei Blutgerinnungsstörungen, Referent: PD Dr. med. Michael Steiner, Rostock
- Die postoperative unerwartete Blutung – Gerinnungsstörung?, Referentin: Dr. med. Sabine Ziemer, Berlin
- Neues zur Substitutionstherapie mit Gerinnungsfaktoren – lassen sich Wirkung und Halbwertszeit verlängern?, Referent: Dr. med. Karim Kentouche, Jena

Termin: 24.05.2014, 09:30 bis 14:30 Uhr

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: PD Dr. med. Günter Syrbe, Jena

Gebühr: gebührenfrei

Zertifizierung: 6 Punkte, Kategorie A

▪ **Professionelle Patientenkommunikation im modernen Klinik- und Praxisalltag**

- Die Arzt-Patienten-Beziehung
 - Zwei fremde Sprachen
 - Der Auftrag und das Ziel
 - Der Krankheits- und der Gesundheitsfokus
 - Patientenmotivation und Adhärenz
- besondere Gesprächssituationen:
- Modelle vorausschauender Kommunikation
 - Gespräche zur Diagnosestellung und zur Behandlungsplanung
 - Gespräche in akuten Krisen

- Telefongespräche
- Schwierige Patienten, alte Patienten
- Entscheidungssituation
- Entlastende und unterstützende Kommunikation in Klinik und Praxis
- Ihre Fragen

Termin: 24.05.2014, 10:00 bis 17:00 Uhr

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Berlin

Gebühr: 120 €

Zertifizierung: 10 Punkte, Kategorie C

▪ Suchtmedizinischer Fortbildungstag – Sucht im Alter

- aus Sicht des Geriaters: Suchtprobleme im Krankenhaus, Referent: Dr. med. Joachim Zeeh, Meiningen
- aus Sicht des Hausarztes: Behandlungskonzepte unter Berücksichtigung von Multimorbidität, Polymedikation und ärztlicher Verantwortung für die Folgen der Pharmakotherapie, Referent: Dr. med. Eberhard Schäfer, Erfurt
- aus Sicht des Apothekers: Rezepte, Apotheke – Was geht übern Tresen! Referent: Ronald Schreiber, Erfurt
- Suchttherapie mit Schwerpunkt Rehabilitation bei älteren Patienten, Referent: Christoph Kern, Bad Klosterlausnitz
- aus Sicht des Schmerztherapeuten/Palliativmediziners: Schmerztherapie mit dem Rücken zur Wand - Opiattherapie im Alter und ihre Folgen, Referentin: Dr. med. Sabine Sonntag-Koch, Erfurt

Termin: 14.06.2014, 09:00 bis 14:00 Uhr

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Dr. med. Katharina Schoett, Mühlhausen

Gebühr: gebührenfrei

Zertifizierung: 6 Punkte, Kategorie A

▪ Psychosomatik in der ärztlichen Praxis

Schwerpunkte: Essstörungen und chronische Erkrankungen mit psychogenetischem Anteil (u. a. Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa, Koronare Herzkrankheit und Diabetes mellitus)

Eigene Fälle können besprochen werden.

Termin: 25.06.2014, 14:00 bis 17:30 Uhr

Ort: Kaisersaal, Futterstraße 15/16, 99084 Erfurt

Leitung: Dr. med. Uwe Wutzler, Stadtroda, Dr. med. Beate Gruner, Weimar

Gebühr: 30 €

Zertifizierung: 5 Punkte, Kategorie C

▪ Update Hygiene – 2014

Anerkannt als Aktualisierungskurs für Hygienebeauftragte Ärzte und Krankenhaushygieniker laut Thüringer Hygieneverordnung

- Vancomycinresistente Enterokokken, Referent: PD Dr. Guido Werner, Wernigerode
- Antibiotika-Surveillance, Referent: Prof. Dr. rer. nat./med. habil. Michael Hartmann, Jena
- Krankenhaushygieniker/Hygienebeauftragter Arzt - Aufgaben, Rechte und Pflichten - Was ist hierzu im Infektionsschutzgesetz und in der Thüringer Medizinischen Hygieneverordnung hinterlegt? Referentin: Ute Binding-Rohm, Erfurt (angefragt)
- Neue KRINKO-Empfehlungen Neonatologie, Referent: Prof. Dr. med. Hans Proquitté, Jena
- Hygienische Aspekte bei der Versorgung von Patienten mit (offener) Tbc, Referentin: Prof. Dr. med. Margarete Borg-von Zepelin, Mühlhausen
- Perioperative Prophylaxe/Präemptive Therapie – Sinn und Unsinn, Referentin: Dr. med. Anne Moeser, Jena
- MRE-Screening – Vor- und Nachteile, Referent: Dr. med. Stephan Wydra, Jena

- Ausbruchmanagement, Referentin: PD Dr. med. habil. Dagmar Rimek, Bad Langensalza
- Aufbereitung von Endoskopen, Referent: Dr. med. Helke Dobermann, Jena
- Praxisbegehung durch Behörden, Referent: Frank Cebulla, Jena
- Arbeitsschutzmaßnahmen bei Beschäftigten im Gesundheitswesen, Referentin: Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker, Frankfurt am Main

Termin: 26.06.2014, 09:00 bis 16:00 Uhr
 Leitung: Dr. med. Ute Helke Dobermann, Jena, Prof. Dr. med. Margarete Borg-von Zepelin, Mühlhausen
 Ort: Kaisersaal, Futterstraße 15/16, 99084 Erfurt
 Gebühr: 50 €
 Zertifizierung: 8 Punkte, Kategorie A

▪ **Fit für den Notfall in der Praxis und im Notdienst**

Workshop und praktische Übungen (begrenzte Teilnehmerzahl)

Teil I: Workshop mit aktuellen Therapieempfehlungen

- Rechtsfragen, Referentin: Ass. jur. Katharina Kowalski, Jena
- Patientengefährdung vermeiden durch Erkennung von Warnsymptomen, Referent: Dr. med. Jens Reichel, Jena
- Schmerztherapie in der akuten Notfallsituation, Referent: Dr. med. Michael Walter, Meiningen
- Akute Luftnot, N.N.
- Akute Hypertension, Referent: Andreas Hochberg, Erfurt

Termin: 27.06.2014, 09:00 bis 12:45 Uhr
 Gebühr: 40 € (Workshop)
 Zertifizierung: 6 Punkte, Kategorie A

Teil II: Aktuelle Leitlinien zur Reanimation und praktische Übungen

- Empfehlungen der kardiopulmonalen Reanimation mit und ohne Hilfsmittel
- Vorhaltung von Notfallmedikamenten und – Materialien in der Praxis
- Training von Notfallsituationen

Termin: 27.06.2014, 13:15 bis 16:00 Uhr
 Gebühr: 80 € (prakt. Übungen sind nur in Kombination mit dem Workshop buchbar)
 Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie C

▪ **Reanimationskurs für niedergelassene Ärzte und Praxispersonal**

Termin: 02.07.2014 15:00 bis 19:00 Uhr
 Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
 Leitung: Dr. med. Jens Reichel, Jena
 Gebühr: 120 € (ein Arzt und eine MFA, jede weitere MFA 50 €)
 Zertifizierung: 7 Punkte, Kategorie C

Praxispersonal

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

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

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

▪ **Inhalatoren und Spirometrie**

anerkannt für das Fortbildungscurriculum „Nichtärztliche Praxisassistentin“

- Lungenfunktionsdiagnostik - Methoden
- Spirometrie, Indikationen, Kontraindikationen, Durchführung, Hygieneanforderungen
- Fehlermanagement
- Restriktion/Obstruktion
- Fallbeispiele
- Inhalieren/Inhalatoren
- Peak-Flow-Ampel

Termin: 20.06.2014, 16:00 bis 18:30 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Cindy Stark, Greiz
Gebühr: 30 €

▪ **Fortbildungscurriculum zur Versorgung von Patienten mit Trachealkanülen (30 Stunden, Teil 1)**

In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Berufsverband der HNO-Ärzte e. V., der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie e. V. und der Deutschen Akademie für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie

Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten

- Anatomie und Pathophysiologie der oberen Atemwege

Tracheotomie - Indikation/Komplikationen

- Operationstechniken kennen
- Indikationen zur Tracheotomie verstehen
- Folgen einer Tracheotomie wissen
- Komplikationen kennen

Trachealkanülen/Trachealkanülenmanagement (Teil 1)

- Trachealkanülenvarianten kennen
- Hygienemanagement wissen
- Handling des Kanülenwechsels durchführen (geblockt und ungeblockt)
- Besonderheiten beim beatmeten Patienten wissen

Termin: 25.06.2014, 13:00 bis 18:00 Uhr
Ort: Kaisersaal, Futterstraße 15/16, 99084 Erfurt
Leitung: Prof. Dr. med. Andreas Müller, Gera
Gebühr: 60 €

Natur und Konstruktion – Gemälde und Papierarbeiten – von Wolf Bertram Becker

Die Vernissage findet am 12. April 2014, 11:00 Uhr, im Foyer der KVT statt und bis zum 7. Juli 2014 ist diese Ausstellung zu besichtigen.

„Wolf Bertram Becker malt Ansichten – in konzentrierter Verdichtung fasst er Landschaften und Räume, Gebäude und Personen ins Auge. Diese Ansichten, farbstark und kraftvoll umgesetzt in breiten, kräftigen Strichen, werden im Atelier zu Einsichten in das Wesen des jeweiligen Motivs.

Die Farbe, in jedem Bild jeweils konzentriert auf wenige dominante Töne, unterstützt dabei die monumentale Wirkung. Denn es zeichnet Becker als Maler aus, dass er die unverwechselbaren Eigenschaften seiner Bildgegenstände erkennt und im Bild verdichtet. Aus dem Miteinander von Komposition, Malstruktur und Farbe tritt jeweils das Typische und Besondere des Motivs hervor.

Wolf Bertram Becker ist als Maler und Grafiker in Weimar tätig. Arbeitsaufenthalte führten ihn unter anderem in die USA, nach Russland, Marokko, Frankreich und immer wieder nach Italien. Stipendien und zahlreiche, auch überregionale Ausstellungen, belegen die weit reichende Anerkennung seines Schaffens. Arbeiten von Wolf Bertram Becker sind in privaten und öffentlichen Sammlungen im In- und Ausland vertreten.“

Dr. Angelika Steinmetz-Oppelland



Römische Terrasse (Öl auf Leinwand)

**Arzneimittelvereinbarung
nach § 84 Abs. 1 SGB V
für das Jahr 2014**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
- im Folgenden KV Thüringen genannt -

einerseits

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand
dieser hier vertreten durch
Frau Andrea Epkes

dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Frankfurter Straße 126
34121 Kassel

der Knappschaft
Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt/Main

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen,
Lucas-Cranach-Platz 2
99099 Erfurt

andererseits

Präambel

Grundlage für die nachfolgenden Regelungen sind die Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für das Jahr 2014 vom 26. September 2013.

Die Vertragspartner vereinbaren ein Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2014. Sie legen in gemeinsamer Verantwortung Wirtschaftlichkeitsziele sowie ein darauf ausgerichtetes Maßnahmenpaket für das Jahr 2014 fest.

Das Ziel besteht darin, im Jahr 2014 durch intensiviertes gemeinsames Handeln das vereinbarte Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel einzuhalten.

§ 1

Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2014

Das Ausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2014 wird inklusive der Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V auf den Betrag von **1.110.000.000,00 €** festgelegt. In diesem Ausgabenvolumen 2014 sind die Annahmen der Bundesebene zur Preisentwicklung gemäß Rahmenvorgaben in voller Höhe enthalten. Gesetzliche Rabatte, Abschläge und Zuzahlungen sind nicht enthalten.

§ 2

Steuerung der Arznei- und Verbandmittelausgaben im Jahr 2014

(1) Zielvereinbarung

Zur intensiven Steuerung der Arznei- und Verbandmittelausgaben 2014 einigen sich die Vertragspartner auf folgende 10 Zielgruppen:

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

* DDD = definierte Tagesdosen. Es gilt im Hinblick auf die ATC-Code- und DDD-Wert-Zuordnung die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Klassifikation (ATC-Wirkstoffklassifikation mit DDD-Angaben) in der jeweils gültigen Fassung. Nur im Ausnahmefall (z. B. bei sonst fehlender Zuordnung) oder wenn zwischen den Vertragspartnern entsprechend abgestimmt (siehe hierzu auch Anlage 1 dieser Vereinbarung) findet hilfsweise die entsprechende Klassifikation des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (gemäß Arzneimittel-Stammdatei des GKV-Arzneimittelindex) Anwendung.

Diese Mindestzielwerte gelten bei den Zielen 1a/b, 6a/b und 10a/b in der angegebenen Kombination.

Die Zielgruppendefinition erfolgt auf ATC-Basis gemäß **Anlage 1**.

Verordnungen von Wirkstoffen, deren mittlere DDD-bezogene Kosten nicht höher sind als die mittleren DDD-Kosten der jeweiligen Leitsubstanz/Präferenzsubstanz (jeweilige Jahresdurchschnitte in Thüringen) werden bei der Ermittlung der Zielerfüllung durch die Prüfungsstelle der Verordnung der Leitsubstanzen gleichgestellt.

(2) Maßnahmen zur Zielerreichung

1. Die Vertragspartner vereinbaren zur Erreichung der Ziele die Weiterentwicklung des Beratungskonzepts des Jahres 2011, auch auf der Basis der Beratungsauswertungen für 2012 und 2013.
2. Die Information aller Vertragsärzte über die Zielvereinbarung allgemein, die Ist-Situation sowie zu den Zielfeldern, die die Vertragspartner der Vereinbarung unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation vorrangig zu erreichen suchen, erfolgt durch die KV Thüringen. Hierzu gehören auch gemeinsame Empfehlungen auf der Grundlage von § 73 Abs. 8 SGB V über die wirtschaftliche Verordnungsweise.
3. Die zeitnahe (mindestens quartalsweise) Information der Ärzte - mit nennenswerten Verordnungen in den Zielbereichen - über ihr Verordnungsverhalten mittels GKV-Arzneimittel-Frühinformation für Vertragsärzte nach § 84 Abs. 5 SGB V (GAmSi-Arzt) erfolgt durch die KV Thüringen. Die Information der Vertragsärzte über das Erreichen der Ziele nach Absatz 1 kann mit Frühinformationsdaten der Krankenkassen auf Landesebene erfolgen.
4. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe zur kontinuierlichen Begleitung dieser Vereinbarung analysiert zeitnah die Ausgabenentwicklung und entwickelt Maßnahmen zur Erreichung der unter Abs. 1 genannten Ziele, auch gegenüber Arzneimittel und Verbandmittel abgebenden Stellen und erstellt das Beratungskonzept nach Nr. 1.
5. Die Beratungen werden von der KV Thüringen sowie von den Krankenkassen vorgenommen. Grundlage dafür sind Datenauswertungen der KV Thüringen nach § 300 Abs. 2 i. V. mit § 305 a SGB V. Den Krankenkassen werden hierfür keine Kosten in Rechnung gestellt. Näheres zur Durchführung und zum Inhalt der Beratungen enthält das Beratungskonzept nach Nr. 1. Die Kosten der Beratungstätigkeit (Arbeits- und Reisekosten des Beraters) trägt jeder Vertragspartner selbst.
6. Die KV Thüringen verpflichtet sich, die Ziele dieser Vereinbarung in Abstimmung mit der AOK PLUS in einer zur ARV-Schnittstelle der KBV konformen Datei fristgemäß (sofern realisierbar) an die KBV zu melden. Der Inhalt der Daten zur ARV-Schnittstelle ist inklusive der Regelungen zur Haftung in **Anlage 2** dieser Vereinbarung formuliert.
7. Als zusätzliches Steuerungsinstrument vereinbaren die Vertragspartner die Einbindung der Zielwerte nach Absatz 1 in die Richtgrößenprüfung. Das Nähere hierzu regelt die Prüfvereinbarung.

(3) Feststellung der Zielerreichung, Datengrundlage

1. Eine Bewertung zum Erfüllungsstand dieser Vereinbarung erfolgt nach Abschluss des Kalenderjahres 2014 durch die Vertragspartner gemeinsam. Die Zielerreichung wird auf Landesebene (KV-weit) festgestellt.
2. Die Ermittlung der Zielerfüllung erfolgt auf Basis der Verordnungsdaten der Krankenkassen gemäß § 13 Absatz 1 Vertrag Datenträgeraustausch (DTA) und darauf basierenden Auswertungen.

- 3 Die Zielvereinbarung gilt auf Landesebene als erfüllt, wenn die Ziele gemäß Abs. 1 erreicht sind.
4. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse erfolgt die Anpassung der Zielwerte im Folgejahr und/oder die Veränderung der vereinbarten Maßnahmen.

(4) Ergänzende Regelungen

1. Die Vertragspartner tragen gemeinsam Verantwortung für die gemäß Abs. 1 vereinbarten Ziele und die Umsetzung der Maßnahmen gemäß Abs. 2.
2. Die Krankenkassen werden die Versicherten und die KV Thüringen die Vertragsärzte über die Zielsetzung der vorliegenden Vereinbarung in Kenntnis setzen.

§ 3

Laufzeit und Anschlussvereinbarung

1. Die Vereinbarung gilt für den Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis 31. Dezember 2014.
2. Die Vertragspartner werden entsprechend den gesetzlichen Vorgaben rechtzeitig vor Ablauf der Vereinbarung Verhandlungen für die Folgezeit aufnehmen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 17.12.2013

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten
und Gartenbau (SVLFG)

gez. Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

Anlagen 1 und 2

Anlage 1

Definition der Zielgruppen gemäß § 2 Absatz 1 (nach ATC-Code*)

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
1a	HMG-CoA-Reduktasehemmer Simvastatin C10AA01 Lovastatin C10AA02 Pravastatin C10AA03 Fluvastatin C10AA04 Atorvastatin C10AA05 Cerivastatin C10AA06 Rosuvastatin C10AA07 Pitavastatin C10AA08	Simvastatin und Pravastatin Simvastatin C10AA01 Pravastatin C10AA03
1b	HMG-CoA-Reduktasehemmer und ezetimibhaltige Arzneimittel Simvastatin C10AA01 Lovastatin C10AA02 Pravastatin C10AA03 Fluvastatin C10AA04 Atorvastatin C10AA05 Cerivastatin C10AA06 Rosuvastatin C10AA07 Pitavastatin C10AA08 Ezetimib C10AX09 Simvastatin und Ezetimib C10BA02	nicht ezetimibhaltige Arzneimittel Simvastatin C10AA01 Lovastatin C10AA02 Pravastatin C10AA03 Fluvastatin C10AA04 Atorvastatin C10AA05 Cerivastatin C10AA06 Rosuvastatin C10AA07 Pitavastatin C10AA08
2	Selektive Betablocker Practolol C07AB01 Metoprolol C07AB02 Atenolol C07AB03 Acebutolol C07AB04 Betaxolol C07AB05 Bevantolol C07AB06 Bisoprolol C07AB07 Celiprolol C07AB08 Epanolol C07AB10 S-Atenolol C07AB11 Nebivolol C07AB12 Talinolol C07AB13	Bisoprolol und Metoprolol Metoprolol C07AB02 Bisoprolol C07AB07
3	Alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung der BPH Alfuzosin G04CA01 Tamsulosin G04CA02 Terazosin G04CA03 Silodosin G04CA04 Doxazosin G04CA05	Tamsulosin Tamsulosin G04CA02

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
4	<p>Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren</p> <p>Zimeldin N06AB02 Fluoxetin N06AB03 Citalopram N06AB04 Paroxetin N06AB05 Sertralin N06AB06 Fluvoxamin N06AB08 Escitalopram N06AB10</p>	<p>Citalopram und Sertralin</p> <p>Citalopram N06AB04 Sertralin N06AB06</p>
5	<p>Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose</p> <p>Etidronsäure M05BA01 Alendronsäure M05BA04 Ibandronsäure M05BA06 Risedronsäure M05BA07 Zoledronsäure M05BA08 (nur Standardaggregat Aclasta)</p>	<p>Alendronsäure und Risedronsäure</p> <p>Alendronsäure M05BA04 Risedronsäure M05BA07</p>
6a	<p>ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren</p> <p>Captopril C09AA01 Enalapril C09AA02 Lisinopril C09AA03 Perindopril C09AA04 Ramipril C09AA05 Quinapril C09AA06 Benazepril C09AA07 Cilazapril C09AA08 Fosinopril C09AA09 Trandolapril C09AA10 Spirapril C09AA11 Delapril C09AA12 Moexipril C09AA13 Temocapril C09AA14 Zofenopril C09AA15 Imidapril C09AA16 Losartan C09CA01 Eprosartan C09CA02 Valsartan C09CA03 Irbesartan C09CA04 Candesartan C09CA06 Telmisartan C09CA07 Olmesartan medoxomil C09CA08 Azilsartan medoxomil C09CA09 Aliskiren C09XA02</p>	<p>Enalapril, Lisinopril und Ramipril</p> <p>Enalapril C09AA02 Lisinopril C09AA03 Ramipril C09AA05</p>
6b	<p>ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren in Kombination mit Diuretika bzw. Calcium-Antagonisten</p> <p>Captopril und Diuretika C09BA01 Enalapril und Diuretika C09BA02</p>	<p>Enalapril, Lisinopril und Ramipril, jeweils mit Diuretikum/HCT bzw. Amlodipin und Nitrendipin</p> <p>Enalapril und Diuretika C09BA02 Lisinopril und Diuretika C09BA03</p>

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
	<p>Lisinopril und Diuretika C09BA03 Perindopril und Diuretika C09BA04 Ramipril und Diuretika C09BA05 Quinapril und Diuretika C09BA06 Benazepril und Diuretika C09BA07 Cilazapril und Diuretika C09BA08 Fosinopril und Diuretika C09BA09 Moexipril und Diuretika C09BA13 Zofenopril und Diuretika C09BA15 Ramipril und Hydrochlorothiazid C09BA25 Moexipril und Hydrochlorothiazid C09BA23 Enalapril und Lercanidipin C09BB02 Ramipril und Felodipin C09BB05 Enalapril und Nitrendipin C09BB06 Ramipril und Amlodipin C09BB07 (DDD nach WIdO) Trandolapril und Verapamil C09BB10 Delapril und Manidipin C09BB12 Losartan und Diuretika C09DA01 Eprosartan und Diuretika C09DA02 Valsartan und Diuretika C09DA03 Irbesartan und Diuretika C09DA04 Candesartan und Diuretika C09DA06 Telmisartan und Diuretika C09DA07 Olmesartan medoxomil und Diuretika C09DA08 Valsartan und Amlodipin C09DB01 Olmesartan medoxomil und Amlodipin C09DB02 Telmisartan und Amlodipin C09DB04 Valsartan, Amlodipin und Hydrochlorothiazid C09DX01 Olmesartan medoxomil, Amlodipin und Hydrochlorothiazid C09DX03 Aliskiren und Hydrochlorothiazid C09XA52</p>	<p>Ramipril und Hydrochlorothiazid C09BA25 Enalapril und Nitrendipin C09BB06 Ramipril und Amlodipin C09BB07 (DDD nach WIdO)</p>
7	<p>Calcium-Antagonisten</p> <p>Amlodipin C08CA01 Felodipin C08CA02 Isradipin C08CA03 Nicardipin C08CA04 Nifedipin C08CA05 Nimodipin C08CA06 Nisoldipin C08CA07 Nitrendipin C08CA08 Lacidipin C08CA09 Nilvadipin C08CA10 Manidipin C08CA11 Barnidipin C08CA12 Lercandipin C08CA13 Cilnidipin C08CA14</p>	<p>Amlodipin und Nitrendipin</p> <p>Amlodipin C08CA01 Nitrendipin C08CA08</p>

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
8	<p>Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer</p> <p>Desipramin N06AA01 Imipramin N06AA02 Imipraminoxid N06AA03 Clomipramin N06AA04 Opipramol N06AA05 Trimipramin N06AA06 Lofepramin N06AA07 Dibenzepin N06AA08 Amitriptylin N06AA09 Nortriptylin N06AA10 Protriptylin N06AA11 Doxepin N06AA12 Iprindol N06AA13 Melitracen N06AA14 Butriptylin N06AA15 Dosulepin N06AA16 Amoxapin N06AA17 Dimetacrin N06AA18 Maprotilin N06AA21 Amitriptylinoxid N06AA25</p>	<p>Amitriptylin und Doxepin</p> <p>Amitriptylin N06AA09 Doxepin N06AA12</p>
9	<p>Antidiabetika exklusive Insuline</p> <p>Phenformin A10BA01 Metformin A10BA02 Buformin A10BA03 Glibenclamid A10BB01 Chlorpropamid A10BB02 Tolbutamid A10BB03 Glibornurid A10BB04 Tolazamid A10BB05 Carbutamid A10BB06 Glipizid A10BB07 Gliquidon A10BB08 Gliclazid A10BB09 Glimepirid A10BB12 Acetohexamid A10BB31 Glymidin A10BC01 Acarbose A10BF01 Miglitol A10BF02 Troglitazon** A10BG01 Rosiglitazon** A10BG02 Pioglitazon** A10BG03 Sitagliptin A10BH01 Vildagliptin A10BH02 Saxagliptin A10BH03 Repaglinid A10BX02 Nateglinid A10BX03</p>	<p>Nicht-GLP1-Analoga (Wirkstoffe, die nicht zu den GLP1-Analoga zählen)</p> <p>Phenformin A10BA01 Metformin A10BA02 Buformin A10BA03 Glibenclamid A10BB01 Chlorpropamid A10BB02 Tolbutamid A10BB03 Glibornurid A10BB04 Tolazamid A10BB05 Carbutamid A10BB06 Glipizid A10BB07 Gliquidon A10BB08 Gliclazid A10BB09 Glimepirid A10BB12 Acetohexamid A10BB31 Glymidin A10BC01 Acarbose A10BF01 Miglitol A10BF02 Troglitazon** A10BG01 Rosiglitazon** A10BG02 Pioglitazon** A10BG03 Sitagliptin A10BH01 Vildagliptin A10BH02 Saxagliptin A10BH03 Repaglinid A10BX02 Nateglinid A10BX03</p>

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
	<p>Exenatid A10BX04 (parenterale DDD wird berücksichtigt; 1 DDD Depotinjektion (Bydureon) entspricht 0,286 mg) Benfluorex A10BX06 Liraglutid A10BX07 (parenterale DDD wird berücksichtigt) Mitiglinid A10BX08 Lixisenatid A10BX10 (ATC und DDD nach WIdO)</p>	<p>Benfluorex A10BX06 Mitiglinid A10BX08</p>
10a	<p>Opioide (orale und transdermale Darreichungsformen)</p> <p>orale Darreichungsformen: BEU, BTA, FTA, HKP, KAP, LOE, LSE, LUT, REK, RET, RGR, SMT, SUT, TAB, TRA, TRO</p> <p>transdermale Darreichungsform: PFL, PFT</p> <p>Morphin N02AA01 Hydromorphon N02AA03 Oxycodon, Kombinationen N02AA55 Oxycodon N02AA05 Pethidin N02AB02 Fentanyl N02AB03 Buprenorphin N02AE01 Tapentadol N02AX06</p>	<p>orale Darreichungsformen</p> <p>orale Darreichungsformen: BEU, BTA, FTA, HKP, KAP, LOE, LSE, LUT, REK, RET, RGR, SMT, SUT, TAB, TRA, TRO</p> <p>ATC-Codes siehe links</p>
10b	<p>orale Opioide WHO III</p> <p>nur orale Darreichungsformen: BEU, BTA, FTA, HKP, KAP, LOE, LSE, LUT, REK, RET, RGR, SMT, SUT, TAB, TRA, TRO</p> <p>Morphin N02AA01 Hydromorphon N02AA03 Oxycodon, Kombinationen N02AA55 Oxycodon N02AA05 Pethidin N02AB02 Fentanyl N02AB03 Buprenorphin N02AE01 Tapentadol N02AX06</p>	<p>orale Opioide (WHO III) ohne Tapentadol und Oxycodon-Kombinationen</p> <p>Darreichungsformen siehe links</p> <p>Morphin N02AA01 Hydromorphon N02AA03 Oxycodon N02AA05 Pethidin N02AB02 Fentanyl N02AB03 Buprenorphin N02AE01</p>

* Wirkstoff-Code gemäß anatomisch-therapeutisch-chemischer Klassifikation. Es gilt (im Hinblick auf die ATC-Code- und DDD-Wert-Zuordnung) die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Klassifikation (ATC-Wirkstoffklassifikation mit DDD-Angaben) in der jeweils gültigen Fassung. Nur im Ausnahmefall (z. B. bei sonst fehlender Zuordnung) oder wenn zwischen den Vertragspartnern entsprechend abgestimmt bzw. in dieser Anlage vermerkt findet hilfsweise die entsprechende Klassifikation des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (gemäß Arzneimittel-Stammdatei des GKV-Arzneimittelindex) Anwendung.

** Der Verordnungsausschluss von Glitazonen zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 nach Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten

Anlage 2

Inhalt der Daten zur ARV-Schnittstelle inklusive Regelungen zur Haftung

Der Inhalt der Daten [ARV-Stammdaten laut Vorgabe Datensatzbeschreibung ARV (Übermittlung von Inhalten der regionalen, kollektivvertraglichen Arzneimittelvereinbarungen) in der aktuell gültigen Version der KBV] gemäß der Anlage 1, die grundsätzlich quartalsweise an die KBV geliefert werden, wird zuvor durch die KV Thüringen erarbeitet, der AOK PLUS übermittelt und durch diese geprüft. Erforderliche Änderungen werden der KV Thüringen innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Erhalt der Daten schriftlich mitgeteilt. Werden innerhalb von 10 Arbeitstagen keine Änderungswünsche übermittelt oder wird der Einreichung nicht ausdrücklich widersprochen, so gilt die Zustimmung als erteilt. Anschließend erfolgt die Übermittlung durch die KV Thüringen an die KBV zur Veröffentlichung.

Aus der Bereitstellung der an die KBV übermittelten Daten resultierende Haftungsrisiken gegenüber Dritten werden von der KV Thüringen und der AOK PLUS hälftig entsprechend den gesetzlichen Regelungen übernommen. Eine solche Teilung gilt nicht, wenn die Ursache eindeutig bzw. im überwiegenden Maße einer Partei zuzuordnen ist.

**Vereinbarung
über die Festsetzung von Richtgrößen für
Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2014
(Richtgrößen-Vereinbarung/Arzneimittel)**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

- im Folgenden KV Thüringen genannt –

einerseits

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand
dieser hier vertreten durch
Frau Andrea Epkes

dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Frankfurter Straße 126
34121 Kassel

der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen
Lucas-Cranach-Platz 2
99099 Erfurt

andererseits

Präambel

Gegenstand der Vereinbarung ist die Festsetzung einheitlicher arztgruppenspezifischer Richtgrößen gemäß § 84 Abs. 6 SGB V für das Volumen der je Arzt einer Arztgruppe (Fachgruppe) innerhalb einer Betriebsstätte verordneten Arznei- und Verbandmittel zum Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V, die Information über veranlasste Ausgaben und das Verfahren bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens.

1. Bildung der Richtgrößen

1.1 Grundsätze zur Bildung der Richtgrößen

(1) Für die Bildung von Richtgrößen werden folgende Grundsätze festgelegt:

- Die Richtgrößen werden für Arznei- und Verbandmittel vereinbart.
- In den Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel ist der Sprechstundenbedarf enthalten.
- Die Richtgrößen werden einheitlich für alle Kassenarten und den Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen vereinbart.
- Die Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel werden nach folgenden Altersgruppen gegliedert:

Altersgruppe 1 (0 bis 15 Jahre)

Altersgruppe 2 (16 bis 49 Jahre)

Altersgruppe 3 (50 bis 64 Jahre)

Altersgruppe 4 (ab 65 Jahre)

Der Sprechstundenbedarf wird zu gleichen Teilen den Altersgruppen zugeordnet.

- (2) Die Richtgrößen gelten für die vertragsärztliche Tätigkeit niedergelassener Ärzte, der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angestellten Ärzte in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren und bei Vertragsärzten sowie Ärzte in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 SGB V, mit Ausnahme „Ermächtigte“ der in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen (nachfolgend Vertragsärzte genannt).
- (3) Die Richtgrößen werden für die in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen nach prozentualen Anteilen der Arztgruppen sowie der Altersgruppen an den Ergebnissen der arztbezogenen Erfassung der Arzneimittelausgaben und der fachgruppenbezogenen kurativ-ambulantem Behandlungsfälle des Jahres 2011 ermittelt.
- (4) Impfstoffe zur Prävention bleiben bei der Bildung von Richtgrößen unberücksichtigt.
- (5) Gesetzliche Zuzahlungen sowie Rabatte nach den §§ 130 und 130 a SGB V sind Bestandteile der Richtgrößen (Bruttoprinzip).

1.2 Ermittlung der Richtgrößen für das Jahr 2014

- (1) Die Ermittlung der Richtgrößen für das Jahr 2014 orientiert sich am vereinbarten Ausgabenvolumen gemäß § 1 der Arzneimittelvereinbarung 2014 in Höhe von **1.110.000.000,00 €**.

- (2) Für die Bildung der Richtgrößen ergibt sich ein Bruttoausgabenvolumen von **1.283.305.000,00 €**.
- (3) Aufgrund der Systemumstellung der Prüfung nach LANR-bezogenen Richtgrößen gemäß Pkt. 3 Abs. 1 werden für die Richtgrößen 2014 die arztbezogen erfassten Ausgaben und Fallzahlen des Jahres 2011 unter Berücksichtigung der Ausgaben der nicht in Anlage 1 genannten Arztgruppen des Jahres 2012 zugrunde gelegt. Die Kosten für die Wirkstoffe Ranibizumab und Pegaptanib sind nicht Bestandteil der Richtgröße.
- (4) Die in **Anlage 2** aufgeführten Richtgrößen ergeben sich jeweils aus der Division der nach Abs. 3 ermittelten arztgruppen- und altersgruppenbezogenen Ausgabenvolumina (einschließlich des Sprechstundenbedarfs) durch die Zahl der kurativ-ambulant behandelte Fälle der jeweiligen Arzt- und Altersgruppe.

1.3 Inkrafttreten und Bekanntgabe der Richtgrößen 2014

Die nach Punkt 1.2 ermittelten Richtgrößen sind durch die KV Thüringen mit Wirksamkeit zum 01.01.2014 bekannt zu machen.

2. Information über veranlasste Ausgaben

- (1) Zur kontinuierlichen Information übermitteln die Krankenkassen quartalsweise an die KV Thüringen ungeprüfte Verordnungsdaten zu den im Bereich der KV Thüringen veranlassten Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel
 - entsprechend den Altersgruppen gemäß Punkt 1.1 Abs. 1 sowie separaten Angaben zum Sprechstundenbedarf
 - jeweils mit der Summe der Bruttoausgaben, der Summe der Nettoausgaben und der Anzahl der Verordnungen
 - bis spätestens Ende der 12. Woche nach Ablauf eines Quartals.

Diese Verordnungsdaten werden als Summenwerte je Vertragsarzt sowie zum Zwecke der Einhaltung des vereinbarten Arzneimittelausgabenvolumens insgesamt über alle Vertragsärzte bereitgestellt.

- (2) Die KV Thüringen stellt die arztbezogenen Verordnungsdaten den Vertragsärzten sowie die dazugehörige Anzahl der fachgruppenbezogenen kurativ-ambulant behandelte Fälle in geeigneter Weise zur Verfügung.

3. Verfahren bei der Überschreitung des Richtgrößenvolumens

- (1) Das Verfahren der Richtgrößenprüfung ist Bestandteil der gemeinsamen Prüfvereinbarung.

Die Richtgrößenprüfung findet auf Ebene der LANR fachgruppenbezogen innerhalb einer Betriebsstätte einschließlich Nebenbetriebsstätten statt.

- (2) Die für die Vertragsärzte anzuwendenden Richtgrößen ergeben sich aus der Fachgruppen-Zuordnung der KV Thüringen gemäß Klassifikationsschema nach Anlage 1.
- (3) Die Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens wird auf der Grundlage der Gesamtkosten aller Vertragsärzte der gleichen Fachgruppe der Betriebsstätte einschließlich der Nebenbetriebsstätten für Arznei- und Verbandmittel sowie Sprechstundenbedarf (Ist) und dem Richtgrößenvolumen aller Vertragsärzte der gleichen Fachgruppe innerhalb einer Betriebsstätte einschließlich Nebenbetriebsstättenvolumen (Soll) vorgenommen.

Behandlungen desselben Versicherten durch Vertragsärzte derselben Fachgruppe in der Betriebsstätte und in einer oder mehreren Nebenbetriebsstätten werden gemäß BMV-Ä zu einem fachgruppenbezogenen Behandlungsfall zusammengeführt. Dabei ermittelt sich das fachgruppenbezogene Richtgrößenvolumen (Soll) wie folgt:

Fachgruppenbezogenes Richtgrößenvolumen (Soll) = Summe der Produkte aus der Richtgröße der jeweiligen Altersgruppe und der Gesamtzahl der fachgruppenbezogenen kurativ-ambulantem Behandlungsfälle der gleichen Altersgruppe innerhalb der gleichen Fachgruppe der Betriebsstätte (einschließlich der Nebenbetriebsstätte).

Dabei ist die Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens pro Fachgruppe einer Betriebsstätte einschließlich Nebenbetriebsstätten festzustellen. Es ist kein gesamthaftes Betriebsstättenvolumen (Soll) über alle in einer Betriebsstätte vorhandenen Fachgruppen zu bilden.

Die Information über die fachgruppenbezogene Überschreitung, die damit einhergehende Aufforderung zur Stellungnahme und die Prüfbescheide sind fachgruppenbezogen an die Betriebsstätte zu übermitteln.

- (4) Die Kosten für die Wirkstoffe Ranibizumab und Pegaptanib sind vor der Feststellung des Überschreitungsvolumens beim einzelnen Vertragsarzt der Fachgruppe Augenärzte in Abzug zu bringen.

4. Sonstige Regelungen

- (1) Soweit sich im Verlaufe des Jahres 2014 bei der Ermittlung des Ausgabenvolumens gem. Pkt. 1.2 Abs. 1 nachträgliche Änderungen ergeben, die die Anpassungsfaktoren der Rahmenvorgabe rückwirkend mit Geltung für das Ausgabenvolumen des Jahres 2014 betreffen, sind die Auswirkungen auf die Richtgrößen je Arzt- und Altersgruppe zu berechnen und bei der Ermittlung des fachgruppenbezogenen Richtgrößenvolumens der Betriebsstätte (Soll) entsprechend zu berücksichtigen, soweit dies die Rahmenvorgaben vorsehen.

Rückwirkende Erhöhungen der Richtgrößen werden analog den Rahmenvorgaben der Bundesebene vorgenommen. Über die Veränderung der Richtgrößen sind die Vertragsärzte und die Prüfungseinrichtungen in geeigneter Weise zu informieren.

- (2) Das Bruttoausgabenvolumen gemäß Punkt 1.2 Abs. 2 wird auf Grundlage des Ergebnisses des GKV-Spitzenverbandes der arztbezogenen Erfassung der Ausgaben gemäß § 84 Abs. 5 SGB V für das Jahr 2014 überprüft und ggf. rechnerisch korrigiert. Im Falle eines rechnerisch höheren Bruttoausgabenvolumens werden die Richtgrößen des Jahres 2014 entsprechend erhöht und erneut bekannt gegeben. Für das unter Punkt

1.2 Abs. 2 vereinbarte Bruttoausgabenvolumen 2014 kann höchstens das tatsächliche Bruttoausgabenvolumen des Jahres 2014 zu Grunde gelegt werden.

- (3) Die Vertragspartner kommen überein, dass vor dem Abschluss von Richtgrößen für das Folgejahr die bestehenden Regelungen dahingehend geprüft werden, inwieweit sie ihre Zweckbestimmung gem. § 84 Abs. 6 SGB V erfüllt haben. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse treffen die Vertragspartner entsprechende Veränderungen für die Folgevereinbarung.

5. Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2014 in Kraft und gilt bis 31.12.2014.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 17.12.2013

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte,
Landesvertretung Thüringen

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG)

gez. Knappschaft,
Regionaldirektion Frankfurt

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

Anlage 1

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für das Jahr 2014 (Richtgrößen-Vereinbarung Arzneimittel) zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen

Fachgruppen mit Arzneimittel-Richtgrößen

(gelten für niedergelassene Ärzte, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angestellte Ärzte in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren und bei Vertragsärzten sowie Ärzte in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 SGB V, jedoch nicht für Ermächtigte)

Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte

Anästhesisten

Augenärzte

Chirurgen

Frauenärzte

HNO-Ärzte

Hautärzte

fachärztliche Internisten / Lungenärzte

hausärztliche Internisten

Kinderärzte

Nervenärzte (inkl. Psychiater)

Orthopäden / Ärzte für physikalische Therapie

Urologen

Anlage 2

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für das Jahr 2014 (Richtgrößen-Vereinbarung Arzneimittel) zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen

Richtgrößen 2014

Arznei- und Verbandmittel

Fachgruppen*	Alters- gruppe 1 (0-15 Jahre)	Alters- gruppe 2 (16-49 Jahre)	Alters- gruppe 3 (50-64 Jahre)	Alters- gruppe 4 (ab 65 Jahre)
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	22,34	41,01	110,63	185,84
Anästhesisten	23,47	82,46	166,30	144,65
Augenärzte	3,71	13,43	20,67	26,05
Chirurgen	13,36	22,78	35,46	43,92
Frauenärzte	35,56	16,12	57,85	75,08
HNO-Ärzte	22,01	29,02	13,18	5,93
Hautärzte	30,97	61,23	72,16	48,95
fachärztliche Internisten / Lungenärzte	111,35	238,62	254,06	223,17
hausärztliche Internisten	20,89	77,91	159,20	199,86
Kinderärzte	38,77	68,57	68,70	111,91
Nervenärzte / Psychiater	63,15	359,67	260,87	260,43
Orthopäden/Ärzte für physikalische Therapie	3,41	14,41	19,95	33,63
Urologen	26,12	28,40	66,16	95,76

* (nur niedergelassene Ärzte, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angestellte Ärzte in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren und bei Vertragsärzten sowie Ärzte in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 SGB V, ohne Ermächtigte)

Heilmittel-Vereinbarung für das Jahr 2014 nach § 84 Abs. 8 i. V. m. Abs. 1 SGB V

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

einerseits

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand
dieser hier vertreten durch
Frau Andrea Epkes

dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Frankfurter Straße 126
34121 Kassel

der Knappschaft
Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

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

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

andererseits

Präambel

Gegenstand der Vereinbarung ist das Ausgabenvolumen für Heilmittel für das Jahr 2014 gemäß § 84 Abs.8 i. V. m. Abs. 1 SGB V.

§ 1 Grundlagen

- (1) Grundlage für die nachfolgenden Regelungen sind die Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 i. V. m. Abs. 8 SGB V des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2014 vom 30. September 2013 für die Heilmittelvereinbarung nach § 84 Abs. 8 SGB V.
- (2) Das Ziel besteht darin, im Jahr 2014 durch weiteres gemeinsames Handeln das vereinbarte Ausgabenvolumen für Heilmittel einzuhalten.

§ 2 Heilmittelvolumen

- (1) Das Netto-Ausgabenvolumen für Heilmittel für das Jahr 2014 beträgt **126.000.000 Euro**.
- (2) Das Ausgabenvolumen nach Abs. 1 ist Basis für die Weiterentwicklung des Ausgabenvolumens 2015.
- (3) Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dass Abweichungen zu den für das Jahr 2014 zugrunde gelegten Annahmen aus den Rahmenvorgaben 2014 gemäß Rahmenvorgaben 2015 in den Verhandlungen zur Heilmittel-Vereinbarung 2015 berücksichtigt werden.

§ 3 Steuerung der Heilmittelausgaben im Jahr 2014

Zur Steuerung der Ausgabenentwicklung vereinbaren die Vertragspartner die Einsetzung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe. Diese Arbeitsgruppe analysiert die Ausgabenentwicklung des Jahres 2014, ermittelt Wirtschaftlichkeitsreserven anhand von Beispielfällen und erarbeitet Informationen zur Gewährleistung ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Heilmittelverordnungen.

§ 4 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2014 in Kraft und gilt bis 31.12.2014.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 07.02.2014

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG)

gez. Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

**Vereinbarung
über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel für
das Jahr 2014
(Richtgrößen-Vereinbarung/Heilmittel)**

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
- im Folgenden KV Thüringen genannt -

einerseits

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand
dieser hier vertreten durch
Frau Andrea Epkes

dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Frankfurter Straße 126
34121 Kassel

der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt

und

den Ersatzkassen

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

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

andererseits

Präambel

Gegenstand der Vereinbarung ist die Festsetzung einheitlicher arztgruppenspezifischer Richtgrößen gemäß § 84 Abs. 8 SGB V für das Volumen der je Arzt einer Arztgruppe (Fachgruppe) innerhalb einer Betriebsstätte verordneten Heilmittel zum Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V, die Information über veranlasste Ausgaben und das Verfahren bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens.

1. Bildung der Richtgrößen

1.1 Grundsätze zur Bildung der Richtgrößen

- (1) Für die Bildung von Richtgrößen werden folgende Grundsätze festgelegt:
 - Die Richtgrößen werden für Heilmittel vereinbart.
 - Die Richtgrößen werden einheitlich für alle Kassenarten und den Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen vereinbart.
 - Die Richtgrößen für Heilmittel werden nach den Versichertengruppen Allgemeinversicherte (M + F) und Rentner (R) differenziert.
- (2) Die Richtgrößen gelten für die vertragsärztliche Tätigkeit niedergelassener Ärzte, der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angestellten Ärzte in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren und bei Vertragsärzten sowie Ärzte in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 SGB V, mit Ausnahme „Ermächtigte“, der in **Anlage 1** aufgeführten Arztgruppen (nachfolgend Vertragsärzte genannt).
- (3) Die Richtgrößen werden für die in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen nach prozentualen Anteilen der Arztgruppen sowie der Versichertengruppen an den Ergebnissen der arztbezogenen Erfassung der Heilmittelausgaben und der fachgruppenbezogenen kurativ-ambulanten Behandlungsfälle des Jahres 2011 ermittelt.
- (4) Gesetzliche Zuzahlungen sind Bestandteil der Richtgrößen (Bruttoprinzip).

1.2 Ermittlung der Richtgrößen für das Jahr 2014

- (1) Grundlage für die Festlegung der Richtgrößen des Jahres 2014 sind die Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 i. V. m. Abs. 8 SGB V des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2014 vom 30. September 2013 sowie die Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 i. V. m. Abs. 8 SGB V des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2013 vom 11. November 2012 für die Heilmittelvereinbarung nach § 84 Abs. 8 SGB V, insbesondere die gesetzliche Vorgabe, dass die auf Bundesebene vereinbarten Praxisbesonderheiten bei der Bildung der Richtgrößen zu berücksichtigen sind. Die Vertragspartner verständigen sich, wegen fehlender Datengrundlage von der geforderten Bereinigung des Heilmittelvolumens um das Verordnungsvolumen der auf Bundesebene vereinbarten Praxisbesonderheiten für die Bildung der Richtgrößen 2014 abzusehen und statt dessen die Richtgrößen wie nachfolgend beschrieben festzulegen.

- (2) Die Ermittlung der Richtgrößen für das Jahr 2014 orientiert sich an dem Netto-Ausgabenvolumen des Jahres 2012 in Höhe von 106.846.600 Euro.
- (3) Für die Bildung der Richtgrößen ergibt sich ein Brutto-Ausgabenvolumen von 118.418.087 Euro.
- (4) Aufgrund der Systemumstellung der Prüfung nach LANR-bezogenen Richtgrößen gemäß Punkt 3 Abs. 1 werden für die Richtgrößen 2014 die arztbezogen erfassten Ausgaben und Fallzahlen des Jahres 2011 unter Berücksichtigung der Ausgaben der nicht in Anlage 1 genannten Arztgruppen des Jahres 2011 zugrunde gelegt.
- (5) Die in **Anlage 2** aufgeführten Richtgrößen ergeben sich jeweils aus der Division der nach Abs. 3 ermittelten arztgruppen- und versichertengruppenbezogenen Ausgabenvolumina durch die Zahl der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle der jeweiligen Arzt- und Versichertengruppe.
- (6) Sobald die gesetzlich vorgeschriebene Bereinigung nach Absatz 1 im Rahmen der Festsetzung des Richtgrößenvolumens möglich ist, wird das Richtgrößenvolumen wieder aus dem Ausgabenvolumen für Heilmittel abgeleitet. Hierfür ist das unter § 2 Abs. 1 der jeweils aktuellen Heilmittel-Vereinbarung vereinbarte Netto-Ausgabenvolumen die Basis für die Ermittlung zukünftiger Richtgrößen unter Berücksichtigung der für das jeweilige Jahr geltenden Rahmenvorgaben sowie des sich aus der amtlichen Mitteilung des GKV-Spitzenverbandes ergebenden Umbasierungsfaktors.
- (7) Bei der Heilmittel-Richtgrößenprüfung des Jahres 2014 werden die auf Bundesebene festgelegten Praxisbesonderheiten im Rahmen der Vorabprüfung vollständig berücksichtigt.
- (8) Die Verordnungskosten resultierend aus den auf Bundesebene vereinbarten Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf (Anlage 2 zur Vereinbarung über Praxisbesonderheiten auf Bundesebene) sowie die Kosten für Verordnungen der nach § 32 Abs. 1a Satz 1 SGB V genehmigten Heilmittel unterliegen vollständig nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

1.3 Inkrafttreten und Bekanntgabe der Richtgrößen 2014

Die nach Punkt 1.2 vereinbarten Richtgrößen sind durch die KV Thüringen mit Wirksamkeit zum 01.01.2014 bekanntzumachen.

2. Information über veranlasste Ausgaben

- (1) Zur kontinuierlichen Information übermitteln die Krankenkassen quartalsweise an die KV Thüringen Verordnungsdaten zu den im Bereich der KV Thüringen veranlassten Ausgaben für Heilmittel
 - mit der Summe der Bruttoausgaben, der Summe der Nettoausgaben und der Anzahl der Verordnungen
 - nach den Versichertengruppen gemäß Punkt 1.1 Abs. 1
 - bis spätestens Ende des 7. Monats nach Ablauf eines Quartals.

Diese Verordnungsdaten werden als Summenwerte je Vertragsarzt und Heilmittelpositionsnummer sowie zum Zwecke der Einhaltung des vereinbarten Heilmittelausgabenvolumens insgesamt über alle Vertragsärzte bereitgestellt.

- (2) Die KV Thüringen stellt die arztbezogenen Verordnungsdaten den Vertragsärzten sowie die dazugehörige Anzahl der fachgruppenbezogenen kurativ-ambulanten Behandlungsfälle in geeigneter Weise zur Verfügung.

3. Verfahren bei der Überschreitung des Richtgrößenvolumens

- (1) Das Verfahren der Richtgrößenprüfung ist Bestandteil der gemeinsamen Prüfvereinbarung. Die Richtgrößenprüfung findet auf Ebene der LANR fachgruppenbezogen innerhalb einer Betriebsstätte einschließlich Nebenbetriebsstätten statt.
- (2) Die für die Vertragsärzte anzuwendenden Richtgrößen ergeben sich aus der Fachgruppen-Zuordnung der KV Thüringen gemäß Klassifikationsschema nach Anlage 1.
- (3) Die Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens wird auf der Grundlage der Gesamtkosten für Heilmittel aller Vertragsärzte der gleichen Fachgruppe der Betriebsstätte einschließlich der Nebenbetriebsstätte/n (Ist) und dem Richtgrößenvolumen aller Vertragsärzte der gleichen Fachgruppe innerhalb einer Betriebsstätte einschließlich des Volumens der Nebenbetriebsstätte/n (Soll) vorgenommen. Behandlungen desselben Versicherten durch Vertragsärzte derselben Fachgruppe in der Betriebsstätte und in einer oder mehreren Nebenbetriebsstätten werden gemäß BMV-Ä zu einem fachgruppenbezogenen Behandlungsfall zusammengeführt. Dabei ermittelt sich das fachgruppenbezogene Richtgrößenvolumen (Soll) wie folgt:

Fachgruppenbezogenes Richtgrößenvolumen (Soll) = Summe der Produkte aus der Richtgröße der jeweiligen Versichertengruppe und der Gesamtzahl der fachgruppenbezogenen kurativ-ambulanten Behandlungsfälle der gleichen Versichertengruppe innerhalb der gleichen Fachgruppe der Betriebsstätte (einschließlich der Nebenbetriebsstätte).

Dabei ist die Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens pro Fachgruppe einer Betriebsstätte einschließlich Nebenbetriebsstätte festzustellen. Es ist kein gesamthaftes Betriebsstättenvolumen (Soll) über alle in einer Betriebsstätte vorhandenen Fachgruppen zu bilden.

Die Information über die fachgruppenbezogene Überschreitung, die damit einhergehende Aufforderung zur Stellungnahme und die Prüfbescheide sind fachgruppenbezogen an die Betriebsstätte zu übermitteln.

4. Sonstige Regelungen

- (1) Die Vertragspartner kommen überein, dass vor dem Abschluss von Richtgrößen für das Folgejahr die bestehenden Regelungen dahingehend geprüft werden, inwieweit sie ihre Zweckbestimmung gem. § 84 Abs. 8 SGB V erfüllt haben. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse treffen die Vertragspartner entsprechende Veränderungen für die Folgevereinbarung.

5. Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2014 in Kraft und gilt bis 31.12.2014

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 17.12.2013

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten
und Gartenbau (SVLFG)

gez. Knappschaft,
Regionaldirektion Frankfurt

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

Anlage 1

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel für das Jahr 2014 (Richtgrößen-Vereinbarung Heilmittel) zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen

Fachgruppen mit Heilmittel-Richtgrößen

(gelten für niedergelassene Ärzte, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angestellte Ärzte in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren und bei Vertragsärzten sowie Ärzte in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 SGB V, jedoch nicht für Ermächtigte)

Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte
Anästhesisten
Chirurgen
Frauenärzte
HNO-Ärzte
Hautärzte
fachärztliche Internisten / Lungenärzte
hausärztliche Internisten
Kinderärzte
Nervenärzte (inkl. Psychiater)
Orthopäden/Ärzte für physikalische Therapie
Urologen

Anlage 2

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel für das Jahr 2014 (Richtgrößen-Vereinbarung Heilmittel) zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen

**Richtgrößen 2014
Heilmittel**

Fachgruppen*	Mitglieder und Familienversicherte ¹	Rentner ²
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	7,48 €	15,41 €
Anästhesisten	9,50 €	12,66 €
Chirurgen	14,53 €	21,29 €
Frauenärzte	1,01 €	7,41 €
HNO-Ärzte	4,66 €	3,08 €
Hautärzte	3,03 €	9,15 €
fachärztliche Internisten / Lungenärzte	2,41 €	3,69 €
hausärztliche Internisten	5,21 €	12,51 €
Kinderärzte	13,78 €	14,00 €
Nervenärzte / Psychiater	10,44 €	25,50 €
Orthopäden / Ärzte für physikalische Therapie	30,10 €	29,47 €
Urologen	0,76 €	0,65 €

* (gelten für niedergelassene Ärzte, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angestellte Ärzte in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren und bei Vertragsärzten sowie Ärzte in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 SGB V, jedoch nicht für Ermächtigte)

¹ Angaben pro fachgruppenbezogenen kurativ-ambulantem Behandlungsfall (brutto)

² Angaben pro fachgruppenbezogenen kurativ-ambulantem Behandlungsfall (brutto)



Ausgabe 1/2014

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)



Ustekinumab

Patienten mit Plaque-Psoriasis stehen nach Versagen einer topischen Behandlung und PUVA systemische Immunsuppressiva zur Verfügung. Als Arzneimittel für die systemische Therapie kommen zunächst Ciclosporin, Fumarsäureester und Methotrexat infrage. Ohne ausreichenden Therapieerfolg, bei Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen für die konventionellen systemischen Therapien ist eine Behandlung mit Biologika, zu denen Ustekinumab gehört, indiziert.

Indikation¹

Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen andere systemische Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat und PUVA (Psoralen Ultraviolett A) nicht angesprochen haben, kontraindiziert sind oder nicht vertragen wurden.

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise (1–6)

- Eine systemische Therapie der Plaque-Psoriasis ist ab einem PASI (Psoriasis Area and Severity Index) und/oder DLQI (Dermatology Life Quality Index) > 10 bzw. einem BSA (Body Surface Area) > 10 % indiziert. Therapieziel ist die bestmögliche Reduktion der Symptomatik und Steigerung der Lebensqualität (DLQI), wobei eine nachhaltige Wirkung bei akzeptablem Verträglichkeitsprofil und einer guten Anwendbarkeit angestrebt wird.
- Bei einem Einstieg in die systemische Therapie kommen mehrere Therapieoptionen nach Ausschluss von Kontraindikationen infrage: Ciclosporin, Fumarsäureester und Methotrexat.
- Ciclosporin und Methotrexat sind Mittel der Wahl, wenn ein rascherer Wirkeintritt notwendig ist oder wenn das Ansprechen und die Wirksamkeit unter Fumarsäureester unbefriedigend sind.
- Ciclosporin sollte möglichst nur intermediär zur akuten Intervention für maximal drei bis sechs Monate eingesetzt werden. Bei einer Langzeittherapie, spätestens nach ein bis zwei Jahren, ist vor allem wegen der Nephrotoxizität und der Blutdruckerhöhung und eines erhöhten Malignomrisikos, das bei allen systemischen Immunsuppressiva besteht, die Indikation zur Fortsetzung der Therapie kritisch zu überprüfen.
- Retinoide in niedriger Dosierung werden als Monotherapie bei Psoriasis vulgaris aufgrund mangelnder Wirksamkeit nicht empfohlen.
- Orale Kortikosteroide sollten für die Langzeitanwendung bei mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis nicht eingesetzt werden.
- Nach Ausschöpfen der konventionellen systemischen Therapieoptionen ohne ausreichenden Therapieerfolg oder bei Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen für die konventionellen systemischen Therapien ist eine Behandlung mit Biologika indiziert. Bei der Beurteilung des Therapieansprechens ist die unterschiedliche Dauer der Induktionsphase (12–16 Wochen) zu beachten. Wird nach der Induktionsphase kein PASI von mindestens 50 % erreicht, sollte eine individuelle Therapieoptimierung stattfinden. Bei nicht ausreichendem Therapieerfolg ist eine Umstellung auf ein anderes Biologikum in Erwägung zu ziehen.
- Als Biologika sind aufgrund der größeren Erfahrung zunächst die zur Behandlung der Psoriasis zugelassenen TNF- α -Antagonisten einzusetzen. Die Wirksamkeit von Etanercept ist in der Induktionsphase hinsichtlich der mittleren Ansprechrate geringer.
- Alternativ kann Ustekinumab der Zulassung entsprechend eingesetzt werden.
- Bei Patienten, die auf die Therapie mit Ustekinumab nach bis zu 28 Behandlungswochen nicht angesprochen haben, sollte die Behandlung beendet werden.
- Wie bei allen biologischen Immunsuppressiva ist bei einer Behandlung mit Ustekinumab das erhöhte Infektions- und Tumorrisiko zu berücksichtigen.
- Ustekinumab sollte wie alle anderen Biologika nur unter Aufsicht eines Arztes, der Erfahrung in der Diagnose und Behandlung der Psoriasis hat, angewendet werden.

¹ Ustekinumab ist auch zur Behandlung der aktiven psoriatischen Arthritis bei erwachsenen Patienten zugelassen.

Kosten

Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben (mg) ¹	Dosis ²	Kosten für 1 Jahr [€] ^{3,4,5}
Interleukininhibitor				
Ustekinumab	Stelara® 45 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze	0,54 ⁶	45 mg / 12 Wochen s.c. ⁷	23.459,80
Tumornekrosefaktor alpha(TNF-alpha)-Inhibitoren				
Adalimumab	Humira® 40 mg Injektionslösung im vorgefüllten Pen	2,9 ⁶	40 mg / 2 Wochen s.c.	22.817,11
Etanercept	Enbrel® 50 mg Injektionslösung in Fertigspritze	7 ⁶	50 mg / Woche s.c.	19.279,65
Infliximab	Remicade® 100 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung	3,75 ⁶	5 mg / kg / 8 Wochen i.v.	22.437,30 ^{8,9}
Calcineurininhibitor				
Ciclosporin	Generikum, 100 mg Weichkapseln	0,25 ^{6,10}	2,5 mg / kg / Tag p.o.	2331,47 ⁸
Antimetabolit				
Methotrexat	Lantarel® 2,5 mg, 7,5 mg Tabletten ¹¹	2,5 ¹⁰	15 mg / Woche p.o.	84,87
Methotrexat	Generikum, 2,5 mg, 7,5 mg, 15 mg Injektionslösung, Fertigspritze	–	15 mg / Woche s.c./i.m./i.v.	736,39 ¹²
Retinoide				
Acitretin (in Kombination mit MTX oder Etanercept) ¹³	Generikum, 5 mg Hartkapseln	35 ¹⁰	25 mg / Tag ¹⁴ p.o.	934,04 (+ MTX oder Etanercept)
Sonstige				
Fumarsäureester	Fumaderm® initial (30/67/5/3 mg), Fumaderm® (120/87/5/3 mg), magensaftresistente Tabletten	–	6 x 120/87/5/3 mg / Tag p.o. (≙ 3 x 2 Tabletten / Tag)	5485,25

Stand Laueraxe: 15.01.2014

¹Nach (7); ²Dosierung für Erhaltungstherapie gemäß Fachinformation (FI); ³Kostenberechnung bezogen auf die Tagesdosis der FI anhand des kostengünstigsten Präparates einschließlich Import; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt; ⁴Kostenberechnung für 1. Behandlungsjahr inkl. Einschleich-/Induktions-/Testphase und nachfolgender Erhaltungstherapie; ⁵zur besseren Vergleichbarkeit der Kosten wurden Therapiekosten für ein Jahr berechnet, das jedoch nicht die tatsächliche Therapiedauer widerspiegelt, die jeweilige Therapiedauer ist der FI zu entnehmen; ⁶parenteral; ⁷Dosis für Patienten ≤ 100 kg; Patienten > 100 kg: 90 mg / 12 Wochen; ⁸Berechnung für eine 70 kg schwere Person; ⁹Kosten für Spritzen, Nadeln und Infusionsbesteck nicht enthalten; ¹⁰oral; ¹¹teurere Generika vorhanden; ¹²Kosten für Infusionsbesteck nicht enthalten; ¹³nach (2) ¹⁴keine Langzeitbehandlung.

Weitere Angaben zu Dosierungen/Dosierungsschemata sind den Fachinformationen zu entnehmen. Die Kostendarstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Wirkungsweise (6;8;9)

Ustekinumab ist ein humaner monoklonaler IgG1k-Antikörper, der die Aktivität von Interleukin(IL)-12 und IL-23 hemmt. Es bindet mit hoher Affinität und Spezifität an der p40-Proteinuntereinheit beider Interleukine, wodurch diese daran gehindert werden, sich an ihr IL-12Rβ1-Rezeptorprotein, welches auf der Oberfläche von T-Zellen exprimiert wird, zu heften. Diese sind bei immunvermittelten Erkrankungen wie der Psoriasis überexprimiert und führen so über eine vermehrte T-Zell-Aktivierung zu einer gesteigerten

Sekretion inflammatorischer Zytokine wie TNF-α, IFN-γ, IL-17 und IL-22. Durch Ustekinumab wird die Immunzellaktivierung blockiert und die Entzündungsreaktion bei der Psoriasis unterbrochen. Die absolute Bioverfügbarkeit von Ustekinumab nach einer einzelnen subkutanen Verabreichung liegt bei Patienten mit Psoriasis bei 57 %. Die Plasmahalbwertszeit beträgt ca. zwei bis vier Wochen. Der genaue Stoffwechselweg (Metabolismus und Elimination) ist nicht bekannt.

Wirksamkeit (6;8–12)

In der randomisierten kontrollierten Doppelblindstudie PHOENIX 1 wurden insgesamt 766 Patienten mit einer Plaque-Psoriasis untersucht. Die Patienten erhielten in der ersten Phase zunächst Ustekinumab oder Placebo. Ustekinumab wurde initial und nach 4 Wochen in einer Dosis von 45 mg (n = 255) oder 90 mg (n = 256) appliziert; 255 Studienteilnehmer erhielten Placebo. In der zweiten Phase nach 12 Wochen erhielten alle Beteiligten Ustekinumab. Primärer Endpunkt für die Wirksamkeit war der Prozentsatz der Patienten, die nach 12 Wochen ein Ansprechen auf die Behandlung im Psoriasis Area and Severity Index (PASI-Verbesserung) von 75 % gegenüber dem Ausgangswert zeigten. In der Studie wurde ein PASI-75-Ansprechen nach 12 Wochen von 67 % unter 45 mg und von 66 % unter 90 mg im Vergleich zu 8 % unter Placebo beobachtet (p < 0,001 jeweils gegenüber Placebo) beobachtet.

In der randomisierten kontrollierten Doppelblindstudie PHOENIX 2 erhielten die Patienten entweder 45 mg Ustekinumab (n = 409), 90 mg Ustekinumab (n = 411) oder Placebo (n = 410). In der zweiten Phase nach 12 Wochen er-

hielten alle Beteiligten Ustekinumab. Primärer Endpunkt für die Wirksamkeit war der Prozentsatz der Patienten, die nach 12 Wochen ein Ansprechen auf die Behandlung im Psoriasis Area and Severity Index (PASI-Verbesserung) von 75 % gegenüber dem Ausgangswert zeigten. In der Studie wurde ein PASI-75-Ansprechen nach 12 Wochen von 67 % unter 45 mg und von 76 % unter 90 mg im Vergleich zu 4 % unter Placebo beobachtet (p < 0,001 jeweils gegenüber Placebo).

In der einfachblinden ACCEPT-Studie wurden Patienten mit Plaque-Psoriasis entweder mit Etanercept (n = 347) oder mit Ustekinumab behandelt. Die Behandlung mit Ustekinumab erfolgte mit 45 mg (n = 209) oder 90 mg (n = 347). Primärer Endpunkt für die Wirksamkeit war der Prozentsatz der Patienten, die nach 12 Wochen ein Ansprechen auf die Behandlung im Psoriasis Area and Severity Index (PASI-Verbesserung) von 75 % gegenüber dem Ausgangswert zeigten. Nach 12-wöchiger Behandlung wurde mit Ustekinumab häufiger ein PASI-75-Wert erreicht als mit Etanercept: 67 % unter Ustekinumab 45 mg und 74 % unter Ustekinumab 90 mg versus 57 % unter Etanercept (jeweils p < 0,001).

Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen (6;8;9)*

□ Kontraindikationen

- Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile
- klinisch relevante, aktive Infektion (z. B. aktive Tuberkulose)

□ Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen

Es wird nicht empfohlen, Lebendvirusimpfstoffe (wie z. B. Masern- oder Rötelnimpfstoffe) gleichzeitig mit Ustekinumab zu verabreichen. Vor einer Impfung mit Lebendviren oder lebenden Bakterien muss die Behandlung mit Ustekinumab nach der letzten Dosis für mindestens 15 Wochen unterbrochen gewesen sein und kann frühestens zwei Wochen nach der Impfung wie-

der aufgenommen werden. Patienten, die Ustekinumab erhalten, können gleichzeitig Impfungen mit inaktivierten oder Totimpfstoffen erhalten.

□ Wechselwirkungen

Es wurden keine Wechselwirkungsstudien am Menschen durchgeführt. In der populationspharmakokinetischen Analyse der Phase-III-Studien wurden die Auswirkungen der am häufigsten gleichzeitig bei Patienten mit Psoriasis angewendeten Arzneimittel (einschließlich Paracetamol, Ibuprofen, Acetylsalicylsäure, Metformin, Atorvastatin, Levothyroxin) auf die Pharmakokinetik von Ustekinumab untersucht. Es gab keine Hinweise auf eine Wechselwirkung mit diesen gleichzeitig verabreichten Arzneimitteln.

Nebenwirkungen	
häufig (≥ 1/100, < 1/10)	dentale Infektionen, Infektion der oberen Atemwege, Nasopharyngitis, Schwindel, Kopfschmerzen, oropharyngeale Schmerzen, Diarrhö, Nausea, Pruritus, Rückenschmerzen, Myalgie, Arthralgie, Müdigkeit, Erythem an der Injektionsstelle, Schmerzen an der Injektionsstelle
gelegentlich (≥ 1/1000, < 1/100)	Cellulitis, Herpes zoster, Virusinfektion der oberen Atemwege, Überempfindlichkeitsreaktionen (einschließlich Hautausschlag, Urtikaria), Depression, Fazialisparese, verstopfte Nase, pustulöse Psoriasis, Reaktionen an der Injektionsstelle (einschließlich Hämorrhagie, Hämatom, Verhärtung, Schwellung und Pruritus)
selten (≥ 1/10.000, < 1/1000)	schwere Überempfindlichkeitsreaktionen (einschließlich Anaphylaxie, Angioödem)

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

Hinweise zu besonderen Patientengruppen	
Ältere Patienten	Bei Patienten ab 65 Jahren ist keine Dosisanpassung erforderlich. Da es in der älteren Bevölkerung generell eine höhere Inzidenz für Infektionen gibt, soll bei der Behandlung von älteren Patienten mit Vorsicht vorgegangen werden.
Kinder und Jugendliche	Für Kinder und Jugendliche nicht zugelassen.
Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion	Es können keine Dosisempfehlungen abgegeben werden.
Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion	Es können keine Dosisempfehlungen abgegeben werden.
Anwendung bei Schwangeren und Stillenden	Die Anwendung ist zu vermeiden. Frauen im gebärfähigen Alter sollten während und bis zu 15 Wochen nach der Behandlung zuverlässige Verhütungsmethoden anwenden. Die Entscheidung, ob das Stillen während und bis zu 15 Wochen nach der Behandlung eingestellt oder die Therapie abgebrochen wird, muss unter Abwägung des Nutzens des Stillens für das Kind bzw. der Therapie für die Frau getroffen werden.

Literatur

1. Scottish Medicines Consortium: Advice Ustekinumab (Stelara®): http://www.scottishmedicines.org.uk/files/ustekinumab_Stelara_FINAL_January_2010_Amended_04.02.10_for_website.pdf. Date Advice Published: 15 January 2010. Zuletzt geprüft: 13. Januar 2014.
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: S-3 Leitlinie: Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-001I_S3_Psoriasis_vulgaris_Therapie_01.pdf. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 013/001; Stand: 2011. Zuletzt geprüft: 13. Januar 2014.
3. Pathirana D, Ormerod AD, Saiag P et al.: European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009; 23 Suppl 2: 1-70.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence: Ustekinumab for the treatment of adults with moderate to severe psoriasis: www.nice.org.uk/TA180. NICE technology appraisal guidance 180. Issued January 2010. Zuletzt geprüft: 13. Januar 2014.
5. von Kiedrowski R, Dirschka T, Kirchesch H et al.: Psoriasis vulgaris - ein praxisnaher Behandlungspfad. Der Deutsche Dermatologe 2011; Heft 9: 1-8.
6. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Stelara™ 45 mg Injektionslösung (Ustekinumab) - zur Behandlung der Plaque-Psoriasis bei erwachsenen Patienten: <http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/NA/index.html>. Neue Arzneimittel 2009-001 vom 18. März 2009.
7. GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO): Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2013. Berlin: DIMDI, 2013.
8. Janssen-Cilag International: Fachinformation "Stelara® 90 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze". Stand: September 2013.
9. Janssen-Cilag International: Fachinformation "Stelara® 45 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze". Stand: September 2013.
10. Griffiths CE, Strober BE, van de Kerkhof P et al.: Comparison of ustekinumab and etanercept for moderate-to-severe psoriasis. N Engl J Med 2010; 362: 118-128.
11. Leonardi CL, Kimball AB, Papp KA et al.: Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with psoriasis: 76-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 1). Lancet 2008; 371: 1665-1674.
12. Papp KA, Langley RG, Lebwohl M et al.: Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with psoriasis: 52-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 2). Lancet 2008; 371: 1675-1684.

Bundesministerium für Gesundheit

Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL): Umsetzung der STIKO-Empfehlungen August 2013

Vom 5. Dezember 2013

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 5. Dezember 2013 beschlossen, die Richtlinie über Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2007/18. Oktober 2007 (BANz. S. 8154), zuletzt geändert am 1. Oktober 2013 (BANz AT 19.12.2013 B3), wie folgt zu ändern:

I.

Die Tabelle in Anlage 1 zur Schutzimpfungs-Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. Die Zeile „Hepatitis B“ wird wie folgt gefasst:

Impfung gegen	Indikation	Hinweise zu den Schutzimpfungen	Anmerkungen
1	2	3	4
Hepatitis B (HB)	<p>Grundimmunisierung: Zur Grundimmunisierung Impfung im Alter von 2, 3 und 4 sowie im Alter von 11 bis 14 Monaten.</p> <p>Indikationsimpfung: Indikationsimpfung für</p> <p>1. Personen, bei denen wegen einer vorbestehenden oder zu erwartenden Immundefizienz bzw. -suppression oder wegen einer vorbestehenden Erkrankung ein schwerer Verlauf einer Hepatitis-B-Erkrankung zu erwarten ist, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> – HIV-Positive, – Hepatitis-C-Positive, – Dialysepatienten <p>2. Personen mit einem erhöhten nichtberuflichen Expositionsrisiko, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kontakt zu HBsAg-Trägern in Familie/Wohngemeinschaft, – Sexualverhalten mit hohem Infektionsrisiko, – i. v. Drogenkonsumenten, – Gefängnisinsassen, – ggf. Patienten psychiatrischer Einrichtungen 	<p>Bei monovalenter Anwendung bzw. bei Kombinationsimpfstoffen ohne Pertussiskomponente kann die Dosis im Alter von 3 Monaten entfallen.</p> <p>Kinder und Jugendliche, die einer Risikogruppe angehören, erhalten eine Wiederimpfung entsprechend den Regelungen in dieser Richtlinie.</p>	<p>Regelungen zur Immunprophylaxe Neugeborener HBsAg-positiver Mütter oder Mütter mit unbekanntem HBsAg-Status in den Mutterschafts-Richtlinien.</p> <p>Eine Wiederholungsimpfung 10 Jahre nach Impfung im Säuglingsalter ist derzeit für Kinder und Jugendliche nicht generell empfohlen.</p> <p>Für die in der Impfpflicht explizit genannten Risikogruppen sieht die STIKO einen Beleg für ein erhöhtes Expositionsrisiko oder eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen schweren Krankheitsverlauf.</p> <p>Die unter 1. und 2. angeführten Personengruppen haben nur exemplarischen Charakter und stellen keine abschließende Indikationsliste dar. In jedem Fall ist eine individuelle Risikobeurteilung erforderlich (siehe Epid. Bull. 36/37 2013).</p>

Anlage 4 – Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL): Umsetzung der STIKO-Empfehlungen

Impfung gegen	Indikation	Hinweise zu den Schutzimpfungen	Anmerkungen
1	2	3	4
	<p>Berufliche Indikationen: Personen mit einem erhöhten beruflichen Expositionsrisiko, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ersthelfer, – Polizisten, – Personal von Einrichtungen, in denen eine erhöhte Prävalenz von Hepatitis-B-Infizierten zu erwarten ist (z. B. Gefängnisse, Asylbewerberheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen) <p>Reiseindikation individuelle Gefährdungsbeurteilung erforderlich</p>	<p>Eine erhöhte berufliche Gefährdung durch Hepatitis B begründet in folgenden Bereichen keinen Leistungsanspruch gegenüber der GKV:</p> <p>Nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) besteht ein spezieller Anspruch gegen den Arbeitgeber aufgrund eines erhöhten beruflichen Risikos. Das ist in den folgenden in Teil 2 der ArbMedVV genannten Bereichen bei den aufgeführten Expositionsbedingungen der Fall:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einrichtungen zur medizinischen Untersuchung, Behandlung und Pflege von Menschen und Betreuung von Behinderten, einschließlich der Bereiche, die der Versorgung bzw. der Aufrechterhaltung dieser Einrichtungen dienen (Tätigkeiten, bei denen es regelmäßig und in größerem Umfang zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten, -ausscheidungen oder -gewebe kommen kann; insbesondere Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr oder Gefahr von Verspritzen und Aerosolbildung); 2. Notfall- und Rettungsdienste (Expositionsbedingungen wie vor); 3. Pathologie (Expositionsbedingungen wie vor); 4. Forschungseinrichtungen/ Laboratorien (regelmäßige Tätigkeiten mit Kontaktmöglichkeit zu infizierten Proben oder Verdachtsproben bzw. zu erregerhaltigen oder kontaminierten Gegenständen oder Materialien). <p>Für Reiseschutzimpfungen besteht kein Leistungsanspruch.</p>	<p>Für betriebliche Ersthelfer ist die Gefährdungsbeurteilung der Tätigkeit maßgeblich. Nach Bewertung des Ausschusses für biologische Arbeitsstoffe ist die Tätigkeit betrieblicher Ersthelfer in der Regel der Schutzstufe 1 zuzuordnen, für die keine Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge nach § 15 in Verbindung mit § 9 der Biostoffverordnung gelten.</p>

2. Die Zeile „Influenza“ wird wie folgt geändert:

- a) In Spalte 2 „Indikation“ werden unter „Indikationsimpfung“ und „Berufliche Indikationen“ jeweils die Wörter „ungeimpfte“ gestrichen.

Anlage 4 – Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL): Umsetzung der STIKO-Empfehlungen

b) In Spalte 3 „Hinweise zu den Schutzimpfungen“ werden zur „Indikationsimpfung“ folgende Angaben eingefügt:
 „Bei Kindern im Alter von 2 bis einschließlich 6 Jahren sollte ein attenuierter Influenza-Lebendimpfstoff (LAIV) bevorzugt angewendet werden.

Davon ausgenommen sind Kinder mit:

- klinischer Immunschwäche aufgrund von Erkrankungen oder infolge einer Therapie mit Immunsuppressiva (z. B. akute und chronische Leukämie, Lymphom, symptomatische HIV-Infektion, zelluläre Immundefekte und hochdosierte Kortikosteroid-Behandlung),
- schwerem Asthma oder
- akutem Giemen.

Kinder und Jugendliche ab einem Alter von 7 bis einschließlich 17 Jahren sollten bei gegebener Indikation mit inaktiviertem Impfstoff geimpft werden.“

II.

Die Tabelle in Anlage 2 zur Schutzimpfungs-Richtlinie wird in der Zeile zu Impfungen gegen Influenza nasal wie folgt gefasst:

Impfungen	Dokumentationsnummer*		
	erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	Auffrischungsimpfung
1	2	3	4
Influenza nasal – sonstige Indikationen: Kinder (24 Monate bis 6 Jahre)	89112 N		

III.

Die Änderungen treten am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

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

Berlin, den 5. Dezember 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende
Hecken

Anlage 5 – 2. Nachtrag zur Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten in Thüringen vom 19.06.2012 (Impfvereinbarung)

Anlage 2

Impfungen	Dokumentationsnummern gem. Anlage 2 zur Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)			Ver-gütung
	erste Dosen eines Impf-zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf-zyklus nach Fachinfor-mation	Auf-frischungs-impfung	
1-fach-Impfungen				
Diphtherie (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89100 A	89100 B	89100 R	6,00 €
Diphtherie Sonstige Indikationen	89101 A	89101 B	89101 R	
Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)	89102 A	89102 B	89102 R	6,00 €
Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung) Säuglinge und Kleinkinder	89103 A	89103 B		6,00 €
Haemophilus influenzae Typ b Sonstige Indikationen	89104 A	89104 B		
Hepatitis A	89105 A	89105 B	89105 R	6,00 €
Hepatitis B (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89106 A	89106 B		6,00 €
Hepatitis B Sonstige Indikationen	89107 A	89107 B	89107 R	
Hepatitis B Dialysepatienten	89108 A	89108 B	89108 R	
Humane Papillomaviren (HPV) Mädchen und weibliche Jugendliche 12-17 Jahre*	89110 A	89110 B		6,00 €
Influenza (Standardimpfung) Personen über 60 Jahre	89111			6,90 €
Influenza Sonstige Indikationen	89112			
Influenza nasal - sonstige Indikationen, außer schweres Asthma: Kinder und Jugendliche (24 Monate bis 17 Jahre)	89112 N			
Masern (Erwachsene)	89113			6,00 €
Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standard-impfung) Kinder	89114			6,00 €
Meningokokken Sonstige Indikationen	89115 A	89115 B	89115R**	
Pertussis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89116 A	89116 B	89116 R	6,00 €
Pertussis Sonstige Indikationen	89117 A	89117 B		
Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) - Kinder bis 24 Monate	89118 A	89118 B		6,00 €
Pneumokokken (Standardimpfung) - Personen über 60 Jahre	89119			
Pneumokokken - Kinder ab dem vollendeten 2. Lebensjahr, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chronischen Krankheit - Bei weiterbestehender Indikation (angeborene und erworbene Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, chronische Nierenkrankheiten/ nephrotisches Syndrom)	89120		89120 R	
Poliomyelitis (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89121 A	89121 B	89121 R	6,00 €
Poliomyelitis Sonstige Indikationen	89122 A	89122 B	89122R**	

Anlage 5 – 2. Nachtrag zur Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten in Thüringen vom 19.06.2012 (Impfvereinbarung)

Anlage 2

Impfungen	Dokumentationsnummern gem. Anlage 2 zur Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)			Ver-gütung
	erste Dosen eines Impf-zyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impf-zyklus nach Fachinfor-mation	Auf-frischungs-impfung	
Röteln (Erwachsene)	89123			6,00 €
Tetanus	89124 A	89124 B	89124 R	6,00 €
Varizellen (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre*	89125 A	89125 B		6,00 €
Varizellen Sonstige Indikationen	89126 A	89126 B		
Rotavirus (RV)	89127 A	89127 B		6,00 €
2-fach-Impfungen				
Diphtherie, Tetanus (DT)	89200 A	89200 B		9,00 €
Diphtherie, Tetanus (Td)	89201 A	89201 B	89201 R	9,00 €
Hepatitis A und Hepatitis B (HA – HB) Nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A <u>und</u> eine Hepatitis B Impfung	89202 A	89202 B		9,00 €
Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89203 A	89203 B		9,00 €
3-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)	89300 A	89300 B		10,50 €
Masern, Mumps, Röteln (MMR) Masern, Mumps, Röteln im Erwachsenenalter bei entsprechender bestehender Indikation	89301 A 89301	89301 B		12,00 €
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	89302		89302 R***	10,50 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	89303		89303 R***	10,50 €
4-fach-Impfungen				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)	89400		89400 R***	10,50 €
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	89401 A	89401 B		12,50 €
5-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaPIPV-Hib)	89500A	89500 B		11,50 €
6-fach-Impfung				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	89600 A	89600 B		18,50 €

* bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (letzter Tag vor dem 18. Geburtstag)

** keine routinemäßige Auffrischung

*** Anmerkungen zur Pertussis-Impfung in der Anlage 1 SI-RL beachten

Anlage 6 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen

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

Anlage 6 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen

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

Quelle: BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte

Stand: 2. Quartal 2014, Änderungen gegenüber dem 1. Quartal 2014 sind rot gekennzeichnet.

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

**Anlage 6 – Übersicht der teilnehmenden stationären Einrichtungen am IV-Vertrag „Hallo Baby“
in Thüringen**

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

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

Quelle: BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte
Stand: 2. Quartal 2014

Anlage 7 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen

Betriebskrankenkasse	VKNR
actimonda krankenkasse	21405
atlas BKK ahlmann	03407
Audi BKK	64414
BKK 24	09416
BKK Achenbach Buschhütten	18403
BKK advita	48412
BKK Aesculap	58430
BKK Akzo Nobel - Bayern -	67411
BKK B. Braun Melsungen	42401
BKK Beiersdorf AG	02402
BKK BJB	18415
BKK Braun-Gillette	40426
BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	25408
BKK der SIEMAG	18515
BKK der Thüringer Energievers.	89407
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Diakonie	19402
BKK Dürkopp Adler	19409
BKK Ernst & Young	42402
BKK EUREGIO	21407
BKK EWE	12407
BKK exklusiv	09402
BKK Faber-Castell & Partner	69405
BKK firmus	03412
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	19410
BKK Herford Minden Ravensberg	19479
BKK Herkules	42419
BKK IHV	45402
BKK KARL MAYER	40417
BKK KBA/West	67407
BKK KEVAG KOBLENZ	47419
BKK Krones	68404
BKK Linde	45411
BKK MAHLE	61435
BKK MEDICUS	95408
BKK Melitta Plus	19540
BKK MEM	90403
BKK Miele	19473
BKK Mobil Oil (gültig ab 01.04.2014, ehemals HYPOVEREINSBANK BKK)	09455/63405
BKK PFAFF	49417
BKK Pfalz	49411
BKK PHOENIX	02419
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
BKK Publik	07430
BKK Rieker.Ricosta.Weisser	58440
BKK RWE	09409
BKK Salzgitter	07417
BKK SBH	58435
BKK Scheufelen	61449

Anlage 7 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen

Betriebskrankenkasse	VKNR
BKK S-H	01417
BKK Technoform	08425
BKK Textilgruppe Hof	65424
BKK VBU	72421
BKK VDN	18544
BKK VerbundPlus	62461
BKK VICTORIA - D.A.S.	24430
BKK Vital	49409
BKK vor Ort	18405
BKK Voralb HELLER*LEUZE*TRAUB	61493
BKK Werra-Meissner	42420
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK Würth	61487
BKK ZF & Partner	47434
Daimler BKK	61491
Debeka BKK	47410
Die Continentale BKK	02422
E.ON Betriebskrankenkasse	31418
energie-BKK	09450
ESSO BKK	02413
G&V BKK (Kündigung zurückgezogen, rückwirkend zum 01.01.2014)	62418
Heimat Krankenkasse	19418
HYPOVEREINSBANK BKK (Fusion: aufnehmende Kasse BKK Mobil Oil)	63405
mhplus BKK	61421
Novitas BKK	02407
pronova BKK	49402
R+V BKK	45405
Salus BKK	40410
Schwenninger BKK	58434
SECURVITA BKK	02406
Shell BKK/LIFE	02409
SKD BKK	67412
Südzucker-BKK	52405
TUI BKK	09452
Vaillant BKK	37431
Vereinigte BKK	40418
WMF Betriebskrankenkasse	61477

Stand: 2. Quartal 2014, Änderungen gegenüber dem 1. Quartal 2014 sind rot gekennzeichnet.

Anlage 8 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

Betriebskrankenkasse	VKNR
BKK 24	09416
BKK B. Braun Melsungen	42401
BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	25408
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Herkules	42419
BKK Linde	45411
BKK Miele	19473
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
BKK Technoform (gültig ab 01.04.2014)	08425
BKK VerbundPlus	62461
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK ZF & Partner	47434
Brandenburgische BKK	81401
Debeka BKK	47410
energie-BKK	09450
Heimat Krankenkasse	19418
mhplus BKK	61421
Novitas BKK	02407
R+V BKK	45405
SKD BKK	67412
WMF Betriebskrankenkasse	61477

Stand: 2. Quartal 2014, Änderungen gegenüber dem 1. Quartal 2014 sind rot gekennzeichnet.

Fragen und Antworten zum Umgang mit Rezepten zur Arzneimittelversorgung

▪ Wer darf wessen Rezepte benutzen?

Die Rezepte (in Verbindung mit dem Vertragsarztstempel) sind grundsätzlich nur für den Berechtigten bestimmt.

Ausnahmen gelten für:

- **Angestellte Ärzte** benutzen Rezeptformulare und Vertragsarztstempel der Praxis bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), in denen zusätzlich der Name und die Facharztbezeichnung des Verordnenden enthalten ist. Zudem ist auch bei einheitlicher Betriebsstättennummer (BSNR) auf die Verwendung der eigenen individuellen Arztnummer (LANR) des Verordnenden im Personalfeld zu achten.
- **Genehmigte Ärzte in Weiterbildung, Sicherstellungsassistenten, Praxisassistenten sowie Praxisvertreter (in fremder Praxis)** benutzen ebenfalls die Rezepte der Praxis bzw. des MVZ. Sie unterzeichnen jedoch in Vertretung (i. V.) und verwenden die LANR und den Vertragsarztstempel des vertretenen Arztes. Name und Berufsbezeichnung („Arzt“, „Facharzt für ...“) des Verordnenden müssen auch hier erkennbar sein (ggf. Zusatzstempel).
- Partner in **Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) – einschließlich MVZ** – arbeiten in einer gemeinsamen Betriebsstätte und erhalten dazu die entsprechenden codierten Rezeptformulare und Vertragsarztstempel mit einheitlicher BSNR (ggf. Ausnahmen bei überörtlichen BAG). Auch hier müssen jedoch stets der Name und die Facharztbezeichnung des im Einzelfall Verordnenden kenntlich sein. Es ist auf die Verwendung der jeweiligen individuellen Arztnummer (LANR) des Verordnenden im Personalfeld zu achten.

Regelungen in Praxisgemeinschaften:

Hier besitzen die Ärzte eigenständige BSNR und Formulare wie bei Einzelpraxen.

Regelungen beim Einsatz eines Praxisverwesers:

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) kann die Weiterführung der Praxis eines verstorbenen Vertragsarztes durch einen anderen Arzt (Praxisverweser) bis zur Dauer von zwei Quartalen genehmigen. Sie informiert darüber die Krankenkassen. Praxisverweser erhalten durch die KV eine eigenständige BSNR und sind verpflichtet, ihre eigenen codierten Rezeptformulare mit dieser BSNR und ihren eigenen Vertragsarztstempel zu benutzen.

Grundsätzlich gelten die o. g. Regelungen auch für alle anderen Verordnungsmuster (z. B. für Heilmittel, Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege, Krankentransport usw.).

▪ Was ist bei Betäubungsmittel-Rezepten zu beachten?

Betäubungsmittelrezepte werden von der Bundesopiumstelle personenbezogen (arztbezogen) ausgegeben und sind nur zur jeweils eigenen (persönlichen) Verwendung bestimmt. Sie dürfen nur im Vertretungsfall (bei Krankheit, Urlaub oder anderweitiger Verhinderung) auf einen anderen Berechtigten übertragen werden, der bei der Ausfertigung einer Verschreibung vor seinem Namen den Vermerk in Vertretung (i. V.) angeben muss.

Dies gilt nicht bei Praxisverwesern. **Praxisverweser sind keine Praxisvertreter.** Bei Tod des Praxisinhabers ist es nicht gestattet, Betäubungsmittelrezepte mit dessen Codierung zu verwenden. Der Praxisverweser muss eigene Betäubungsmittelrezepte bei der Bundesopiumstelle beantragen.

Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften sind grundsätzlich bei der Benutzung von Betäubungsmittelrezepten selbst in eigener Person verantwortlich, d. h. der Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft hat somit seine eigenen Betäubungsmittelrezepte zu benutzen und eigene Verbleibsnachweise zu führen. Wenn bei der Ausfertigung von Betäubungsmittelrezepten der Vertragsarztstempel der Berufsausübungsgemeinschaft benutzt wird, ist der Name des jeweils verschreibenden Arztes deutlich zu kennzeichnen.

▪ Wie ist das Rezept zu kennzeichnen, wenn von einem Präparat mehr als eine N3 verordnet wird?

Um die Abgabe von mehr als der größten Packungsgröße (N3) eines Präparates in der Apotheke gewährleisten zu können, ist eine Kennzeichnung auf dem Rezept notwendig, da die Apotheken nicht gekennzeichnete Verordnungen (gemäß Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung) nicht beliefern dürfen. Hierfür bestehen folgende Möglichkeiten:

- Zusätzlich zur Stückzahl erfolgt die Angabe in Worten, z. B. „zweihundert Tabletten“.
- Hinter die Menge (Beispiel 200 Tab.) wird ein „!“ gesetzt.
- Vermerk: „Menge ärztlich begründet“.

Aber: Großpackungen mit einem Inhalt größer als N3 (Klinikpackungen) sind wie bisher keine Leistung der GKV im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 31 Abs. 4 SGB V).

▪ Wer haftet bei Rezeptverlust?

Die zur Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke und Stempel sind so sorgfältig aufzubewahren, dass eine mißbräuchliche Verwendung ausgeschlossen ist. Der **Vertragsarzt** haftet für schuldhafte Verletzung seiner Sorgfaltspflicht.

Mit der Übergabe des vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Rezeptes an den Patienten geht die Sorgfaltspflicht auf diesen über. Verliert der **Patient** ein Rezept oder ein per Rezept verordnetes Medikament, so haftet er auch für die Verletzung seiner Sorgfaltspflicht. Es ist keine erneute Verordnung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung zulässig. Eine Ersatzbeschaffung kann nur durch ein Privatrezept erfolgen.

Nach Übergabe des Rezeptes/Vordruckes an den **Leistungserbringer** (z. B. Apotheker, Physiotherapeut) haftet dieser bei Verlust oder mißbräuchlicher Verwendung. Eine Ersatzbeschaffung ist auch hier zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht zulässig.

▪ GKV-Rezept oder Privat-Rezept?

Nach § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) hat der Patient Anspruch auf Leistungen die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die **Leistungserbringer** nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

– GKV-Rezept

Fordert der Patient im Rahmen einer Arzneimitteltherapie, die (Weiter-) Verordnung eines bestimmten (z. B. kostenintensiven Originalpräparats) Präparates, anstelle dessen der Vertragsarzt gemäß Wirtschaftlichkeitsgebot ein kostengünstiges wirkstoffgleiches Arzneimittel verordnet, so ist folgendermaßen zu verfahren: Entsprechend der aktuellen gesetzlichen Vorgaben ist ein GKV-Rezept über ein Generikum auszustellen und der Austausch nach der Aut-idem-Regelung zuzulassen. Der Patient kann dann in der Apotheke das von ihm gewählte Präparat verlangen (**Patientenwahlrecht**). Dazu muss er zunächst das gewünschte Arzneimittel vollständig bezahlen und bei seiner Krankenkasse die Rechnung und die Rezeptkopie zur Erstattung einreichen. Die Krankenkasse wird ihm abzüglich der Zuzahlung und einer Verwaltungspauschale die Kosten für ein Rabattarzneimittel oder ein preiswertes Generikum erstatten.

– Privat-Rezept

Für die Verordnung von Arzneimitteln, die aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen oder für die Behandlung nicht notwendig sind, ist auf Verlangen des Patienten ein Privatrezept zu verwenden. **Auf diesem Privatrezept ist die Verwendung des Vertragsarztstempels unzulässig** (Bundesmantelvertrag Ärzte).

Aber auch andere Konstellationen, die das Ausstellen einer Privatverordnung auf ausdrücklichen, eigenen und freiwilligen Wunsch des Patienten erfordern, sind möglich. Zum Beispiel gewähren verschiedene Krankenkassen ihren Versicherten einen Bonus für Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen oder Verordnungen. Um sich diesen Bonus zu erhalten, fordern gesetzlich krankenversicherte Patienten unter Umständen die Ausstellung von Privatrezepten. Diesem Ansinnen kann entsprochen werden.

Der Patient ist vom verordnenden Arzt darüber aufzuklären, dass er die Kosten für diese „Wunschverordnungen“ selbst zu tragen hat und sollte dies bestätigen.