



Editorial

Nach Bundessozialgericht-Urteil: Bundespolitik gefordert

Eilnachricht

Einigung über Honorarerhöhung

Amtliche Bekanntmachung

Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2014 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen

Ihre Fachinformationen

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
 - Individuelle Punktzahlvolumina bzw. zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 1
 - Abrechnungs-Sammelerklärung für die kommende Quartalsabrechnung 1
 - Kennzeichnung von Heimbesuchen 1
 - Abrechnung von Wegepauschalen im Notdienst 1
 - Leistungen im Auftrag anderer Ärzte 2
- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
 - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 2
- **Verträge**
 - Honorarvereinbarung für das Jahr 2014 5
 - Anpassung des Hautscreening-Vertrages mit der Bosch BKK 5
- **Gesundheitstelematik in der Arztpraxis**
 - Das KV-SafeNet*: Ihre Arztpraxis für die Zukunft bestens gerüstet (2. Teil) 5
- **Alles was Recht ist**
 - Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag 6
- **Informationen**
 - Fünf Jahre Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung in Thüringen 7
- **Aus der Region**
 - Kennen Sie „Weimars Gute Nachbarn“? – Beratung und Vermittlung der Ehrenamtlichen für alleinlebende Senioren 8

Terminkalender

Therapiesymposium 2014 der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	9
Informationsveranstaltung der Koordinierungsstelle für Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und Interessierte: „Von der Weiterbildung in die Praxis“	9
Termine zur Abrechnungsannahme für das 3. Quartal 2014	10
Sitzung des Qualitätszirkels „Sektorenübergreifende/onkologische Thoraxkonferenz“	10
Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen	11
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	13

Anlagen

- Anlage 1 – Durchschnittliche Punktzahlvolumina (PVZ) und Fallzahlen des Vorjahresquartals pro Fachgruppe sowie die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nach § 13 HVM
- Anlage 2 – Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage VI – Off-Label-Use
- Anlage 3 – Therapiesymposium 2014 der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Beilagen

- Formular „Abrechnungs-Sammelerklärung“
- Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)
- Einladung zum „Ball der Freien Berufe“ am 15.11.2014 im Kaisersaal, Erfurt
- Flyer zum „Praxis- und Medizin-Management“ (berufsbegleitend studieren)

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

verantwortlich: Dr. med. Annette Rommel, 1. Vorsitzende

Redaktion: Babette Landmann, Stabsstelle Kommunikation/Politik

Telefon: 03643 559-0

Telefax: 03643 559-191

Internet: www.kvt.de

E-Mail: info@kvt.de

Druck: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

Nach Bundessozialgericht-Urteil: Bundespolitik gefordert

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

es gibt kein Sommerloch. Sie merken das in Ihren Praxen, denn die Versorgung der älteren und chronisch kranken Patienten in Thüringen ist nicht saisonabhängig. Sie muss von uns Thüringer Ärzten das ganze Jahr über in hoher Qualität abgesichert werden. Auch im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung und in der Politik werden Aktivitäten entfaltet und Entscheidungen getroffen, die nicht an eine Sommerpause glauben lassen.

So hatte der für das Vertragsarztrecht zuständige 6. Senat des Bundessozialgerichtes (BSG) am 13.08.2014 eine maßgebliche Entscheidung über die notwendige Höhe des ambulanten Behandlungsbedarfes auf der Grundlage der Morbidität der Bevölkerung und damit der Vereinbarung der Gesamtvergütung durch die Vertragspartner in den Regionen zu treffen. Das BSG hatte über den Revisionsantrag der KV Sachsen-Anhalt gegen ein Urteil des LSG Sachsen-Anhalt zu entscheiden. Das LSG hatte aufgrund einer Klage der Krankenkassen einen Schiedsspruch aufgehoben. Dieser Schiedsspruch vom Dezember 2012 sah vor, dass die von den Krankenkassen mit festen Preisen zu vergütende Menge ärztlicher Leistungen für Versicherte in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2013/2014 und 2015 jeweils um 4 % ansteigen sollte. Eine solche Anpassung der Leistungsmenge um insgesamt 12 % war als notwendig erachtet worden, um der Alters- und Krankheitsstruktur der Versicherten in Sachsen-Anhalt gerecht werden zu können.

Die Krankenkassen vertraten die Auffassung, das Schiedsamt habe nicht das Recht gehabt, die Anpassung des Behandlungsbedarfes vorzunehmen. Dieser Auffassung hat sich nun auch das BSG angeschlossen. Die Vereinbarungen der Gesamtvergütung durch die Vertragspartner dürfen lt. BSG nicht losgelöst von der Höhe der für das Vorjahr gezahlten Vergütung festgesetzt werden, auch wenn diese Grundlage im Vergleich mit anderen KV-Bezirken unter Berücksichtigung der Morbidität im Vorjahr zu gering gewesen ist. Maßgebend ist vielmehr die Änderung der Morbiditätsstruktur gegenüber dem Vorjahr. Die Veränderung der Morbiditätsstruktur ist nach § 87a Abs. 1, Satz 3 SGB V jeweils jahresbezogen auf der Grundlage einer „gewichteten Zusammenfassung vertragsärztlicher Behandlungsdiagnosen einerseits sowie demografischer Kriterien (Alter und Geschlecht) andererseits“ zu vereinbaren.

Das BSG hat demnach entschieden, dass eine sachgerechte Bestimmung des Behandlungsbedarfes in den Regionen aufgrund einer hohen Morbiditätslast und damit die Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen nicht stattfinden kann. Der Gesetzgeber hatte 2007 beabsichtigt, diese Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen zu realisieren. Dies ist jedoch gescheitert. Das BSG konstatierte, dass die ursprüngliche Absicht des Gesetzgebers so nicht ins Gesetz geschrieben wurde.

Jetzt ist die Politik gefragt! Im Gesetz muss eine eindeutige Regelung geschaffen werden, die es erlaubt, die notwendigen Mittel für die ambulante medizinische Behandlung in den Regionen für die kommenden Jahre sicherzustellen. Nur dann können wir unserer Aufgabe der flächendeckenden ambulanten Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit hoher Krankheitslast gerecht werden. Nur so werden wir auch medizinischen Nachwuchs gewinnen, wenn Ärzte nicht mehr das Risiko tragen, das Krankenversicherungen naturgemäß tragen müssen.

Wir als KV Thüringen vertraten in den Verhandlungen mit den Krankenkassen zur Gesamtvergütung in den letzten zwei Jahren auch die, vom BSG jetzt als nicht gesetzeskonform angesehene, Notwendigkeit der Sockelanpassung der Vergütung unter Berücksichtigung unserer Morbiditätsstruktur. Wir konnten für 2013 in einem Vergleich vor dem Landesschiedsamt eine Steigerung der Gesamtvergütung um 6,99 % erreichen. In diesem Jahr fällt das Schiedsamt die Entscheidung. Insgesamt haben wir dadurch im Bundesvergleich eine der höchsten Steigerungen der Gesamtvergütung für 2013/2014 erreicht und das mit Sockelwirksamkeit und letztendlich Rechtssicherheit.

Trotzdem halten wir die gesetzliche Änderung zur Zukunftssicherung der ambulanten Versorgung für dringend erforderlich und sind über diese Thematik seit zwei Jahren parteienübergreifend mit Politikern auf Landes- und Bundesebene im Gespräch.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre



Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende



GEMEINSAME PRESSEMITTEILUNG

Einigung über Honorarerhöhung

Berlin, 27.08.2014: Heute haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband über die Weiterentwicklung der Vergütung niedergelassener Ärzte im Jahr 2015 geeinigt.

Die Vergütung der niedergelassenen Ärzte wird im kommenden Jahr aufgrund der heutigen Entscheidungen um rund 800 Millionen Euro steigen.

Ein Schwerpunkt wurde auf die Förderung der allgemeinen fachärztlichen Leistungen gelegt. So entfallen 132 Millionen Euro der Gesamtsumme auf die Erhöhung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung. Ebenfalls ein besonderes Augenmerk wurde auf die Förderung im hausärztlichen Bereich gelegt. 132 Millionen Euro werden insbesondere für die Finanzierung von Leistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten und hier vor allem für Hausbesuche vorgesehen. Der größere Teil der Honorarerhöhung verteilt sich auf alle niedergelassenen Ärzte über die Erhöhung des Orientierungspunktwertes um 1,4 % auf 10,27 Cent.

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes: „Hier haben die Selbstverwaltungspartner gemeinsam eine gute Lösung gefunden. Besonders freue ich mich darüber, dass es neben der allgemeinen Honorarerhöhung eine Förderung der für viele kranke Menschen so wichtigen Hausbesuche gibt. Mit Blick auf die langfristige Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist dieses Verhandlungspaket gerade noch vertretbar.“

Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erklärte: „Wir begrüßen es, dass wir als gemeinsame Selbstverwaltung eine Lösung gefunden haben. Wichtig ist für uns vor allem die Förderung der hausärztlichen und fachärztlichen Grundversorgung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, was den Einstieg in feste Preise darstellt.“

Kontakt:

Pressestelle GKV-Spitzenverband: Florian Lanz, Tel: 030 206288-4200

Pressestelle KBV: Dr. Roland Stahl, Tel: 030 400052201



Amtliche Bekanntmachung

Auf der Grundlage des Schiedsspruchs vom 13.05.2014 und den Regelungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) insbesondere der §§ 87 bis 87c SGB V sowie den Beschlüssen/Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses

wird die

Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2014

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand
hier vertreten durch den
Vorsitzenden des Vorstandes
Herr Rainer Striebel,
- BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4, 30171 Hannover,
- IKK classic,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
- Knappschaft, Regionaldirektion 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,
geschlossen.

Inhalt

Teil 1: Allgemeine Grundsätze

Teil 2: Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

Teil 3: Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

1. Protokollnotiz - Ergänzende Regelungen zur Honorarverteilung
2. Protokollnotiz - Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V

Anlagen

Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2014

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

Anlagen 3 a – f Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

Anlage 4 Sachkostenformular

Teil 1 Allgemeine Grundsätze

Präambel

- (1) Auf der Basis der Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) und die Änderungen des zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) sowie der tangierenden Beschlüsse/Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vereinbaren die oben genannten Vertragspartner (auf der Grundlage des Schiedsspruches vom 13.05.2014) nachfolgende Vergütungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung. Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung ersetzt die kassenverbandsspezifischen – zumeist als Anlage 1 zu den Gesamtverträgen nach § 83 SGB V – Vergütungsregelungen.
- (2) Die Gesamtverträge nach § 83 SGB V sind gesondert anzupassen.
- (3) Weitere Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses für das Jahr 2014 werden durch den Schiedsspruch vom 13.05.2014 nicht tangiert und sind entsprechend umzusetzen.

§ 1 Geltungsdauer

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2014 in Kraft und endet am 31.12.2014, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 2 Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Der mit dem Vergleich vom 24.05.2013 insgesamt festgelegte Behandlungsbedarf stellt den angemessenen medizinisch notwendigen Behandlungsbedarf des Jahres 2013 als Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach den jeweils geltenden rechtlichen Regelungen dar. Für die Zukunft werden zur Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund der Morbiditätsstruktur ausschließlich jahresbezogene Veränderungsdaten herangezogen. Gesetzesänderungen, Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses und BSG-Entscheidungen zu den einschlägigen gesetzlichen Regelungen sind zu berücksichtigen.

§ 3 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vereinbarungsabschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen unberührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame oder durchführbare Regelung vereinbart werden, deren Wirkungen der Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

Teil 2

Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

§ 1

Festlegung des regionalen Punktwertes in Thüringen

- (1) Der regionale Punktwert in Thüringen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V wird in Höhe des - durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) in seiner 37. Sitzung am 25. September 2013 zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2014 - festgelegten Orientierungswertes vereinbart.
- (2) Der regionale Punktwert beträgt demnach 10,13 €-Cent.

§ 2

Regionale Euro-Gebührenordnung

- (1) Die Höhe der Vergütungen für in Punkten bewertete Leistungen des EBM ergibt sich grundsätzlich aus der Multiplikation des Punktwertes nach § 1 und der jeweiligen Leistungsbewertung in Punkten.
- (2) Die Preise für in Punkten bewertete Leistungen werden in einer regionalen Euro-Gebührenordnung abgebildet.
- (3) In Euro ausgewiesene Leistungen sollen grundsätzlich in der im EBM festgelegten Höhe vergütet werden.
- (4) Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (EGV) werden grundsätzlich nach den Preisen der regionalen Gebührenordnung vergütet.
- (5) Sofern zwischen den Partnern der Gesamtverträge Leistungen vereinbart werden, welche nicht im EBM enthalten sind, werden diese Leistungen mit den jeweils vereinbarten Preisen vergütet. Die Preise werden als besondere regionale Gebührenordnungspositionen in die regionale Euro-Gebührenordnung einbezogen.

§ 3

Bekanntmachung

Die KV Thüringen gibt die regionale Euro-Gebührenordnung öffentlich bekannt.

Teil 3 Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

§ 1 Grundsätze

Die Gesamtvergütung wird mit Wirkung für die jeweiligen Krankenkassen und deren Versicherten einschließlich des nach § 264 Abs. 2 bis 6 SGB V berechtigten Personenkreises mit Wohnort in Thüringen vereinbart.

§ 2 Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

- (1) Rechtsgrundlage für die Ermittlung der MGV ist § 87a Abs. 3 i. V. m. Abs. 4 SGB V.
- (2) Die MGV je Krankenkasse wird gemäß **Anlage 1** wie folgt ermittelt:
 - a) „Grundlage der Vereinbarung der Behandlungsbedarfe sind die gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V vereinbarten und um selektivvertragliche Leistungen bereinigten Behandlungsbedarfe des Vorjahresquartals für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Thüringen. Hierfür sind die Daten der jeweils geltenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses (KASSRG87aMGV_SUM) maßgebend. Dazu werden im Vorfeld die Versichertenzahlen sowie der Behandlungsbedarf quartalsweise bilateral zwischen der KV Thüringen und den Krankenkassenverbänden abgestimmt. Aufgrund der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 304. Sitzung erfolgten Anhebung des Orientierungswertes von 3,5363 Cent auf 10 Cent zum 1. Oktober 2013 ist für die ersten drei Quartale des Jahres 2013 der abweichende thüringenspezifische Faktor von 0,35048 anzuwenden.“
 - b) Der Behandlungsbedarf je Vorjahresquartal nach Buchstabe a) wird bereinigt um
 - Leistungen der rheumatologischen Versorgung (GOP 13700, 13701)
 - Aufwandspauschale der ambulanten Behandlung der Wachkomapatienten (Abr.-Nr. 99210)auf Grundlage der Bruttoleistungsmenge des Vorjahresquartals.
 - c) Der Behandlungsbedarf nach Buchstabe b) wird zusätzlich bis 30.06.2014 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung um
 - die nephrologischen Leistungen gemäß Abschnitt 13.3.6 EBM und die pädiatrischen nephrologischen Leistungen gemäß Abschnitt 4.5.4 EBM sowie die pädiatrischen Versichertenpauschalen GOP 04110, 04111, 04112, 04120, 04121, 04122 (wenn in dem selben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden)auf der Grundlage der Bruttoleistungsmenge des Vorjahresquartals bereinigt.
 - d) *Dies ergibt den angepassten Behandlungsbedarf über alle Krankenkassen des jeweiligen Vorjahresquartals (2013).*
 - e) Der jeweilige kassenspezifische Anteil am angepassten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals aller Krankenkassen wird ermittelt auf der Grundlage der im Vorjahresquartal für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort in Thüringen

abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_IK) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV angehören) im Verhältnis zu den für Versicherte aller Krankenkassen mit Wohnort in Thüringen im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA_SUM) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV angehören). Leistungen der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (NVI) werden nach den Satzarten ARZTRG87aNVI abgezogen.

f) Der kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal ergibt sich aus der Multiplikation des angepassten Behandlungsbedarfs gemäß Buchstabe d) und dem kassenspezifischen prozentualen Anteil gemäß Buchstabe e).

g) Dieser kassenspezifische Aufsatzwert wird korrigiert um:

- die Veränderung der kassenspezifischen Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal,
- die durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten für alle Selektivverträge im Vorjahresquartal multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenanzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal.

h) Dies ergibt den korrigierten kassenspezifischen Aufsatzwert je Abrechnungsquartal.

i) Der korrigierte kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal wird weiterentwickelt. Die jeweils auf den korrigierten kassenspezifischen Aufsatzwert bezogenen Steigerungen ergeben sich aus

- der Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V in Höhe von 1,5707 v. H.,
- der Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung in Höhe von 0,6013 v. H. gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung,
- der Förderung von Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs in Höhe von 0,54 v. H. auf der Grundlage von § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V, die Inhalt von Teil 3, § 2a Abs. 3 dieser Vereinbarung sind.

Die einzelnen Bestandteile der Steigerungen werden zu dem kassenspezifischen Aufsatzwert nach *h)* addiert.

Weiterhin wird der korrigierte kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal bereinigt um die Differenz zwischen Neueinschreibern und Rückkehrern für die gültigen Selektivverträge im Abrechnungsquartal.

j) Daraus ergibt sich der endgültige kassenspezifische Aufsatzwert (Behandlungsbedarf) für das jeweilige Abrechnungsquartal.

(3) Die kassenspezifische MGV je Quartal ergibt sich aus der Multiplikation des endgültigen kassenspezifischen Aufsatzwertes (Behandlungsbedarf) je Abrechnungsquartal mit dem Punktwert in Höhe von 10,13 €-Cent.

(4) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter kassen-

spezifischer Aufsatzwert entsprechend des Beschlusses der 288. Sitzung des Bewertungsausschusses ermittelt.

- (5) Sofern Versicherte einer Krankenkasse ihren Wohnsitz im Ausland haben und diese in der Meldung der Versichertenzahlen enthalten sind, erfolgt die Abrechnung dieser Versicherten analog den übrigen Versicherten, d. h., dass in die Summe der Versicherten die Wohnausländer hinzuzurechnen sind.
- (6) Bei Krankenkassen, für die aus dem Jahr 2013 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2014 vorliegen und für die im Jahr 2014 erstmals Versicherte und Leistungsbedarf in Thüringen festgestellt werden, werden die vertragsärztlichen Leistungen, welche nach dieser Vereinbarung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind, für einen Zeitraum von maximal 4 Quartalen mit dem nach dieser Vereinbarung geltenden Punktwert für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter Anwendung der kassenartenindividuellen durchschnittlichen Abstaffelungsquote vergütet.

§ 2a Förderungswürdige Leistungen

- (1) Aufgrund der besonderen vertragsärztlichen Versorgungssituation werden folgende Leistungen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V aus der MGV gefördert:
 - Hausbesuche/Praxispersonal (GOP 40870 und 40872),
 - augenärztliche Strukturpauschale (GOP 06225),
 - Leistungen der Pflegeheimversorgung (GOP 01410H, 01411H, 01412H, 01413H und 01415),
 - kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit neurologischer oder psychiatrischer Erkrankung in Heimen (GOP 16231 und 21231),
 - Versorgung von Patienten mit Harnableitungen in der häuslichen Pflege, in Heimen oder Wachkomaabteilungen (GOP 02321 bis 02323),
 - neurologisches Gespräch (GOP 16220),
 - psychiatrisches und kinder-/jugendpsychiatrisches Gespräch (GOP 21220 und 14220),
 - Polysomnographie (GOP 30901).
- (2) Soweit es sich um in Punkten bewertete Leistungen gemäß Abs. 1 handelt, werden diese mit einem Punktwertzuschlag in Höhe von 1,41 €-Cent auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 dieser Vereinbarung vergütet. Bei - in Euro bewerteten – Leistungen gemäß Abs. 1 wird ein Zuschlag in Höhe von 15 v. H. auf den Euro-Betrag gezahlt. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „T“ zu kennzeichnen.
- (3) Die gemäß Teil 3, § 2 Abs. 2 i) 3. Strich zusätzlich für das Jahr 2014 bereit gestellten Mittel in Höhe von 0,54 v. H. werden zweckgebunden zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung verwendet und sollen zu einer Verbesserung der Versorgung in diesem Versorgungsbereich beitragen. Die Förderung erfolgt in Form eines Punktwertzuschlages auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 Abs. 2 für die Pauschalen fachärztliche Grundversorgung.
Hierunter zählen folgende Leistungen:
 - Anästhesiologie (GOP 05220),
 - Augenheilkunde (GOP 06220),
 - Chirurgie (GOP 07220),
 - Gynäkologie (GOP 08220),

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie (GOP 09220, 20220),
- Dermatologie (GOP 10220),
- Innere Medizin ohne Schwerpunkt (GOP 13220),
- Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie (GOP 14214),
- Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie (GOP 16215, 21218),
- Orthopädie (GOP 18220),
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (GOP 22216),
- Psychotherapie (ärztliche und psychologische) sowie Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie (GOP 23216),
- Urologie (GOP 26220),
- Physikalische und Rehabilitative Medizin (GOP 27220).

Der Punktwertzuschlag ergibt sich quartalsweise aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen dividiert durch die Punktmengen aus den Leistungsanforderungen der Pauschalen fachärztliche Grundversorgung. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „T“ zu kennzeichnen. Aufgrund des Abschlusses des Honorarvertrages im Juli 2014 erfolgt die Kennzeichnung jedoch erst ab dem II. Quartal 2014.

- (4) Neben dem Ausweis des Gesamtförderungsbetrages im Formblatt 3 im Vorgang 970 übermittelt die KV Thüringen für die unter Abs. 1 und 3 aufgeführten Leistungen quartalsweise je Krankenkasse die Höhe der jeweiligen Förderungsbeträge je Leistung.
- (5) Zur Transparenz der Wirkungen der zusätzlichen Steigerung für 2014 in Höhe von 0,54 v. H. gemäß Abs. 3, welche zur Verbesserung der fachärztlichen Grundversorgung beitragen soll, übermittelt die KV Thüringen den Krankenkassenverbänden quartalsweise über alle Kassenarten die Aufteilung des Vergütungsvolumens nach Abs. 3 sowie die Höhe des jeweiligen Punktwertzuschlages für die Pauschalen fachärztliche Grundversorgung. Dabei sind für die betroffenen Fachgruppen – jeweils durchschnittlich je Arzt - die Förderungsbeträge und die Honorare der vertragsärztlichen Tätigkeit darzustellen.

§ 3

Nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf

Eine Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2014 erfolgt gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 312. Sitzung.

§ 4

Vergütung außerhalb der MGV

Die Leistungen der **Anlage 2** (Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung), **Anlage 3** (Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen) und der **Anlagen 3 a – 3 f** (Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen) werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet und bis zur Ebene 6 im Formblatt 3 ausgewiesen.

§ 5

Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen

Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V sind auf die MGV gemäß § 2 anzurechnen. Die konkrete Umsetzung erfolgt bilateral zwischen der KV Thüringen und der jeweiligen Krankenkasse.

**§ 6
Abschlagszahlungen**

- (1) Vorbehaltlich der endgültigen Abrechnung leisten die Krankenkassen nach Anforderung durch die KV Thüringen bis zum zweiten Banktag (Wertstellung) des Folgemonats für den vorangegangenen Monat eine Abschlagszahlung in Höhe von 30 v. H. der vorläufigen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal des jeweiligen Vorjahresquartals zuzüglich 4,012 v. H. für das 2. Halbjahr 2014 unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Versichertenzahlen je Krankenkasse.
- (2) Die Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen auf die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu zahlenden Leistungsanteile und Sachkosten (inkl. auf kassenartenübergreifende oder kassenartenindividuelle regionale Vereinbarungen entfallende Honorierungen und Kostenerstattungen) wird auf 30 v. H. des jeweiligen Vorjahresquartals (Leistungsbedarf lt. regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro) festgelegt.
- (3) Für Krankenkassen, bei denen die Abforderung den Betrag von 2.000 Euro nicht übersteigt, erfolgt keine Abforderung von Abschlagszahlungen.

**§ 7
Quartalsbezogene Endabrechnung**

- (1) Durch die KV Thüringen erfolgt eine quartalsbezogene kassenindividuelle Endabrechnung für die tatsächlich erbrachten vertragsärztlichen Leistungen für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.
- (2) Durch die Krankenkassen zu viel geleistete Abschlagszahlungen sind den jeweiligen Krankenkassen innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen zurückzuzahlen.
- (3) Die Restzahlungen sind innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der rechnungsbegründenden Unterlagen (Rechnungsbrief mit Ausweisung der quartalsbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 2 Abs. 3 sowie die vertragsgemäß erstellten Formblätter 3 für bereichseigene Ärzte, bereichsfremde Ärzte sowie bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, DTA Einzelfallnachweis, Anlagen zu den Gut- und Lastschriften) bei den Krankenkassen von diesen zu begleichen.
- (4) Für die Abrechnung der Leistungen gelten die jeweils aktuellen Formblatt-3-Inhaltsbeschreibungen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 24.07.2014

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

gez. Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

1. Protokollnotiz

Grundsätze für das Verfahren der Benehmensherstellung

In Umsetzung der Benehmensherstellung zur Honorarverteilung gemäß § 87b SGB V vereinbaren die Partner der Gesamtverträge in Thüringen folgende Verfahrensgrundsätze:

- (1) Um den Thüringer Krankenkassenverbänden ausreichend Zeit für die Benehmensherstellung zur Honorarverteilung zur Verfügung zu stellen, übermittelt die KV Thüringen den Krankenkassenverbänden rechtzeitig vor der Beschlussfassung den angedachten Honorarverteilungsmaßstab. Grundsätzlich wird dabei eine Frist von 4 Wochen als angemessen angesehen.
- (2) Mit der Übermittlung der Unterlagen ist den Krankenkassenverbänden die Möglichkeit eines Erörterungstermins anzubieten, der bei Bedarf genutzt werden kann.

2. Protokollnotiz

Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V

- (1) Solange durch den Bewertungsausschuss keine Abrechnungsgrundlagen im EBM zur Mehrkostenregelung bei Intraokularlinsen (IOL) gemäß § 33 Abs. 9 SGB V geschaffen werden, findet nachfolgendes Abrechnungsverfahren Anwendung.
- (2) Sofern im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen ambulanten Katarakt-Operation eine nicht indizierte Sonder-IOL auf Wunsch des Patienten implantiert wird, erstellt der Vertragsarzt eine gesonderte Rechnung an den Versicherten. Hierbei sind die vertragsärztlichen Leistungen auf der Basis des EBM sowie die vertraglich vereinbarten Sachkosten für Linsenimplantate analog einer medizinisch notwendigen Katarakt-Operation in Abzug zu bringen.
- (3) Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen sowie der vertraglich vereinbarten Linsenpreise erfolgt durch den Vertragsarzt über die KV Thüringen. Bei der Abrechnung sind die Leistungen und die Pseudo-GOP für die Linsen mit einem „S“ zu kennzeichnen.
- (4) Die über die o. g. Leistungen gemäß Abs. 3 hinausgehenden Mehrkosten der Linse sowie zusätzliche ärztliche Leistungen, welche ausschließlich durch Implantation der Sonderlinse notwendig werden, können entsprechend der abzuschließenden schriftlichen Vereinbarung (§ 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 3 BMV-Ä) privat gegenüber den Versicherten liquidiert werden.
- (5) Diese Regelung gilt ab 01.04.2014.

**- Anlage 1 -
Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie
der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
je Quartal 2014**

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

Die Berechnungen erfolgen kassenspezifisch.

Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

(1) Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden nicht in die MGV einbezogen und sind daher von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten. Soweit es sich um in Punkten bewertete Leistungen handelt, werden diese mit dem gemäß Teil 2, § 1 anzuwendenden regionalen Punktwert vergütet.

1	Belegärztliche Leistungen	Kapitel 36 EBM sowie GOP 13311, 17370 und GOP 08410 bis 08416 bei belegärztlicher Erbringung sowie belegärztliche Begleitleistungen gemäß der Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung) in der jeweils gültigen Fassung
2	Ambulante Operationen	Kapitel 31 EBM sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431
3	Prävention	Abschnitte 1.7.1, 1.7.2 (sowie GOP 32880 bis 32882), 1.7.3 und GOP 40850, 40852 sowie 1.7.4 EBM
4	Durchführung von Vakuumbiopsien	GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855
5	Strahlentherapie	Kapitel 25 EBM und GOP 40840 und 40841
6	Phototherapeutische Keratektomie	GOP 31362, 31734, 31735 und 40680
7	Künstliche Befruchtung	GOP 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 11330 bis 11334, 11351, 11352, 11354, 11360, 11361, 11370 bis 11372, 11380, 11390, 11391, 11395, 11396, 11400, 11401, 11403, 11404, 11410 bis 11412, 11420 bis 11422, 11430 bis 11434, 11440 bis 11443, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660, 32781, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822

Die Leistungen der künstlichen Befruchtung werden von der KV Thüringen mit „X“ gekennzeichnet. Die mit einem „X“ versehenen Leistungen werden mit dem 50 %igen Punktzahlvolumen der GOP des EBM im Formblatt 3 ausgewiesen.

8	Substitutionsbehandlung und Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger	GOP 01950 bis 01952 sowie GOP 01955 und 01956
9	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V	GOP 01425 und 01426
10	ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	Abschnitt 40.18 EBM GOP 40870 und 40872
11	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	Abschnitt 30.10 EBM GOP 30920, 30922 und 30924
12	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese/ Apherese bei rheumatoider Arthritis	Abschnitt 13.3.6 EBM GOP 13620 - 13622
13	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	Abschnitt 32.2.8 EBM GOP 32880, 32881, 32882
14	Dialysesachkosten	Abschnitt 40.14 EBM
15	Balneophototherapie	Abschnitt 10.3 EBM GOP 10350
16	Varicella-Zoster-Virus Antikörper-Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung	Abschnitt 1.7.5 EBM GOP 01833
17	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikations-Therapie von Trägern mit MRSA	Abschnitt 87.8 EBM GOP 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782 und 86784 bis 31.03.2014 Abschnitt 30.12 EBM GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956 ab 01.04.2014
18	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	Abschnitt 35.2 EBM für alle Arztgruppen sowie GOP 35150 (Zusatz Großbuchst. „P“ oder „Q“) für genannte Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V
19	Schmerztherapeutische Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte	Abschnitt 30.7 EBM GOP 30700 (Zusatz Großbuchst. „S“, „X“, „Y“ oder „Z“), GOP 30702, 30704, 30706, 30708 (Zusatz Großbuchst. „S“)
20	Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bereichseigener Ärzte	GOP 05330, 05331, 05350 (Zusatz Großbuchst. „Z“)
21	Leistungen der spezifischen Immuntherapie	GOP 30130 und 30131

- | | | |
|----|--|---|
| 22 | Kinderpneumologische Leistungen | GOP 04530 bis 04537 |
| 23 | Nephrologie und Dialyse | Abschnitt 13.3.6 EBM ohne GOP 13620 bis 13622 |
| 24 | Pädiatrische Nephrologie und Dialyse | Abschnitt 4.5.4 EBM sowie die GOP 04000, 04010, 04040 und 04230 wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnittes 4.5.4 des EBM abgerechnet werden |
| 25 | Neuropsychologische Therapie | Abschnitt 30.11 EBM GOP 30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935 (sowie die Höchstwertregelung nach 30936 sowie 30937 gemäß Codiertabelle) |
| 26 | Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus (HIV-Resistenztestung) | Abschnitt 32.3 EBM GOP 32821 und 32822 |
| 27 | Screening auf Gestationsdiabetes | GOP 01776, 01777 und 01812 |
| 28 | Leistungen der rheumatologischen Versorgung | GOP 13700, 13701 |
| 29 | Osteodensitometrie | GOP 34601 |
| 30 | Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms | GOP 04528, 04529, 13425, 13426 (gültig ab 01.07.2014) |
| 31 | Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe | GOP 06334, 06335, 31371, 31372, 31373, 36371, 36372 und 36373 (gültig ab 01.10.2014) |
- (2) Die KV Thüringen übermittelt quartalsweise den Vertragspartnern eine Aufstellung der Ärzte mit entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen der Nrn. 8, 10 bis 12 sowie der Nrn. 15, 17 – 19, 25, 29, 30 und 31 nach Abs. 1 in maschinenlesbarer Form (csv-Format). Ergänzend zu Nr. 19 teilt die KV Thüringen quartalsweise den Vertragspartnern mit, welche ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Ärzte eine Genehmigung auf Fallzahlerhöhung (mit Anzahl) erhalten haben.

Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen

	Abr.-Nr.	Pauschale
Aufwandspauschale für ambulante Behandlung von Wachkomapatienten je Behandlungsfall	99210	150,00 €
Sachkosten Cergem	99250	52,87 €
Sachkosten für Linsenimplantate bei Kataraktoperationen		
für PMMA-Linsen	99401	120,00 €
für Silicon-Implantate	99402	150,00 €
für Acryl-Implantate	99403	180,00 €
für Hyaluronsäure-Präparate	99404	40,00 €
für Methylzellulose-Präparate	99405	12,00 €
Sachkosten für LDL-Apherese	99700	1.022,58 €
Sachkosten für suprapubische Katheter	99920	22,00 €
Sachkosten für doppelumige Ovarial-Biopsienadeln	99921	55,10 €
Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung (Das Nähere regeln die Vertragspartner in einer Ergänzungsvereinbarung.)	88895	
Onkologie-Vereinbarung		
Versorgungsebene Eins		
Behandlung florider Hämoblastosen	96500	15,00 €
Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie, Zusatzangaben erforderlich	96501	15,00 €
Intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie	96502	20,00 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie	96507	10,00 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden	96508	25,00 €
Versorgungsebene Zwei		
Intravasale zytostatische Tumorthherapie, Zusatzangaben erforderlich	96503	160,00 €
Behandlung einer laboratoriumsmed. oder histologisch/ zytologisch gesicherten onkologischen Systemerkrankung	96504	15,00 €
Orale zytostatische Chemotherapie, Zusatzangaben erforderlich	96505	60,00 €
Gabe von Bluttransfusionen oder Gabe von Thrombozytenkonzentraten	96506	40,00 €

Wegepauschalen		Abr.-Nr.	Pauschale
Entfernungsradius bis 2 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97301	3,60 €
Entfernungsradius über 2 bis 5 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97302	7,00 €
Entfernungsradius über 5 bis 10 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97303	10,20 €
Entfernungsradius über 10 bis 15 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97304	13,00 €
Entfernungsradius über 15 bis 20 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97305	16,00 €
Entfernungsradius über 20 bis 25 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97306	19,00 €
Entfernungsradius über 25 bis 30 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97307	22,00 €
Entfernungsradius über 30 bis 35 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97308	25,00 €
Entfernungsradius über 35 km am Tage	7.00 bis 19.00 Uhr	97309	28,00 €
Entfernungsradius bis 2 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97321	8,60 €
Entfernungsradius über 2 bis 5 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97322	12,00 €
Entfernungsradius über 5 bis 10 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97323	15,20 €
Entfernungsradius über 10 bis 15 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97324	18,00 €
Entfernungsradius über 15 bis 20 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97325	21,00 €
Entfernungsradius über 20 bis 25 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97326	24,00 €
Entfernungsradius über 25 bis 30 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97327	27,00 €
Entfernungsradius über 30 bis 35 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97328	30,00 €
Entfernungsradius über 35 km in der Nacht	19.00 bis 7.00 Uhr	97329	33,00 €

Wegepauschalen im Rahmen des organisierten Notdienstes werden bei der Abrechnung durch die KV Thüringen mit dem Großbuchstaben „N“ gesondert gekennzeichnet.

Sonderregelungen Pauschalen für Notfallambulanzen

	Abr.-Nr.	Pauschale
Sprechstundenbedarfspauschale für Notfallambulanzen nicht ermächtigter Krankenhäuser	99905	1,38 €
Kostenpauschale für Gilchristverband von Notfallambulanzen nicht ermächtigter Krankenhäuser	99906	58,29 €
Kostenpauschale für Rucksackverband von Notfallambulanzen nicht ermächtigter Krankenhäuser	99907	38,99 €

Die Vergütung der Impfleistungen gemäß § 20d SGB V ist Bestandteil der aktuellen Impfvereinbarung.

Abrechnung von Sachkosten gegen Vorlage der Rechnung (siehe § 44 Abs. 6 BMV-Ä)

(1) Sachkosten,

- die nicht unter die entsprechende Allgemeine Bestimmung des EBM (= mit Gebühr abgegolten) fallen,
- nicht als Sprechstundenbedarf laut Sprechstundenbedarfsvereinbarung bezogen werden können,
- nicht als Arznei-, Heil- und Hilfsmittel auf den Namen des Patienten verordnet werden können und
- auf die keine gesonderte Vergütungsvereinbarung (z. B. Pauschale) zutrifft,

sind gegenüber der KV Thüringen versichertenbezogen unter Beifügung der Originalrechnung (mit Stempel und Unterschrift des Arztes) als rechnungsbegründende Unterlage gesondert abrechenbar. Sofern aus Gründen der Wirtschaftlichkeit Mehrfachpackungen bezogen wurden, ist bei erstmaliger anteiliger Abrechnung durch den Vertragsarzt die Originalrechnung mit einer versichertenbezogenen Auflistung einzureichen. Bei jeder weiteren anteiligen Abrechnung der bereits eingereichten Originalrechnung ist jeweils eine Kopie der Rechnung mit einer versichertenbezogenen Auflistung vorzulegen.

(2) Folgende Sachkosten sind direkt über die zuständige Krankenkasse abzurechnen, sofern es sich um vertragsärztliche Leistungen handelt, insbesondere:

- Herzschrittmacher,
- Herniennetze,
- Tränenangsröhrchen/Hydrogel Plug (Form Fit),
- Implantate im Rahmen von chirurgischen Eingriffen (Knochen- und Gelenkchirurgie) gemäß Anhang 2 EBM, Abschnitte 2.21 bis 2.22.8.,
- medikamentenbeschichtete Stents,
- Portsysteme,
- Untersuchungskapsel bei Durchführung einer Kapselendoskopie gemäß GOP 04528, 13425.

Diese Sachkosten sind versichertenbezogen bei der zuständigen Krankenkasse mittels Sachkostenformular (**Anlage 4**) und der Originalrechnung (mit Stempel und Unterschrift des Arztes) in Rechnung zu stellen.

Abtretungserklärungen an Hersteller bzw. Lieferanten sind möglich. Dazu ist auf dem Sachkostenformular der entsprechende Abschnitt auszufüllen.

- (3) Der Vertragsarzt wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus.
- (4) Aus den eingereichten Rechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten und die Artikelbezeichnung bzw. Artikelnummer hervorgehen.
- (5) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % weiterzugeben.
- (6) Der Vertragsarzt bestätigt dies durch seine Unterschrift gegenüber der rechnungsbegleichenden Stelle.

- (7) Die Ausweisung der nach Abs. 1 abgerechneten Sachkosten erfolgt im Formblatt-3 unter Kontenart 400/Kapitel 87 – Zusatzleistungen/Abschnitt 1 - Kosten gemäß Allgemeiner Bestimmungen 7.3. Zusätzlich übermittelt die KV Thüringen für das jeweilige Quartal als rechnungsbegründende Unterlagen einzelfallbezogene Nachweise sowie die dazugehörigen Rechnungen (Einzelrechnung als Originalrechnung, Sammelrechnungen als Rechnungskopien).

Anlage 3 a Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

AOK PLUS

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Arztanfragen der AOK PLUS

	Abr.-Nr.	Vergütung
Pauschale für Kopien je Seite	99500	0,15 €
Abgrenzung der Leistungszuständigkeit bei verordneten Leistungen Arbeitsunfall/Berufskrankheit	99503	4,00 €
Heilbehandlung/Versorgungskrankengeld nach BVG	99504	7,50 €
Abgrenzung der Leistungszuständigkeit bei ärztlicher Behandlung	99505	7,50 €
Abgrenzung Leistungszuständigkeit bei Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfall/Berufskrankheit	99506	4,00 €
Übermittlung von Behandlungsunterlagen/Dokumentationen zzgl. 99500	99507	4,00 €
Anfrage zum Unfallereignis	99508	4,00 €
Anfrage zu Leistungen und Folgen im Zusammenhang mit einem Unfallereignis	99509	7,50 €
Anfrage zur Einschätzung des Spätfolgerisikos mit einem Unfallereignis	99510	7,50 €
Verordnung eines Bewegungstrainers	99511	2,00 €
Verordnung eines Hilfsmittels	99512	4,00 €
Verordnung eines Hilfsmittel zur Schlafapnoe-Behandlung zzgl. 99500	99517	7,50 €
Anforderung von Unterlagen zur Vorlage beim MDK zzgl. 99500	99523	4,00 €
Ärztlicher Befundbericht zu medizinischen Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation (A3 beidseitig) zzgl. 99500	99524	7,50 €

1.2 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der AOK PLUS abzurechnen.

2. Leistungen, die in anderen Verträgen/Vereinbarungen geregelt sind:

Bei den unter 2 aufgeführten Leistungen handelt es sich lediglich um eine vervollständigende Aufstellung. Die vertraglichen Grundlagen bilden die jeweiligen Vereinbarungen (z. B. Laufzeiten und Vergütungshöhen) und bleiben von dieser Aufstellung unberührt.

2.1 Hautscreening – gültig ab 01.10.2013

2.1.1. Für Versicherte ab dem Alter von 14 Jahren bis zum Alter von 34 Jahren

	Abr.-Nr.	Vergütung
Kostenpauschale für die Hautkrebsvorsorge	99191	26,00 €
Kostenpauschale für eine ggf. erforderliche Auflichtmikroskopie , sofern diese in derselben Behandlung wie die Abrechnungsnummer 99191 erbracht wurde	99191A	7,00 €

2.1.2. Für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren

Kostenpauschale für eine ggf. erforderliche Auflichtmikroskopie , sofern diese in derselben Behandlung wie eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß der Gebührenordnungsposition 01745 EBM erbracht wurde	99191B	7,00 €
---	---------------	---------------

2.2 Information über Sekundärprävention gemäß Vertrag

- Ärztliche Beratung, Information und Befürwortung der Maßnahme

	Abr.-Nr.	Vergütung
Programm „Herz-Kreislauf“	99008H	4,50 €
Programm „Rücken“	99008R	4,50 €
Programm „Metabolisches Syndrom“	99008M	4,50 €
Programm „Erährungsberatung“	99008E	4,50 €

- Abschlussuntersuchung des Arztes

	Abr.-Nr.	Vergütung
Programm „Herz-Kreislauf“	99006H	10,50 €
Programm „Rücken“	99006R	10,50 €
Programm „Metabolisches Syndrom“	99006M	10,50 €
Programm „Ernährungsberatung“	99006E	10,50 €

2.3 Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U10, U11, J2) gemäß Vertrag

	Abr.-Nr.	Vergütung
Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U10	99041	50,00 €
Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U11	99042	50,00 €
Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der J2	99043	50,00 €

2.4 Erweiterte Diabetes-Vorsorge im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Check-up 35 („Check-up PLUS“) – gültig ab 01.11.2013

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

¹⁾ Zu beachten sind die Abrechnungsausschlüsse sowie die Ausfüllhinweise bei Überweisungen.

2. Für Vertragsärzte gemäß § 3 Abs. 1 und 3 abrechenbare Pauschalen:		
Bestimmung des SKW/GFR	99384	0,32 €
Laborbestimmung des Glukosewertes innerhalb des oGTT ²⁾ (drei Tests à 0,25 EUR)	99385	0,75 €

²⁾Zu beachten sind die Abrechnungsausschlüsse sowie die Ausfüllhinweise bei Überweisungen.

Anlage 3 b

Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Thüringen
--

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen BKK abzurechnen.

**Anlage 3 c
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen**

IKK classic

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen IKK abzurechnen.

1.2 Schulung von Diabetikern außerhalb des DMP

	Abr.-Nr.	Vergütung
Schulung der Diabetiker	97215	6,14 €
Schulungsmaterial	98015	9,40 €

Anlage 3 d
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

vdek, Landesvertretung Thüringen

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen Ersatzkasse abzurechnen.

**Anlage 3 e
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen**

Knappschaft

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der Knappschaft abzurechnen.

Anlage 3 f
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen

**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse**

1. Leistungen, die nicht durch andere Vereinbarungen geregelt sind:

1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Auf Nachweis direkt mit der SVLFG abzurechnen.

Anlage 4 Sachkostenformular

↑ Platz für den Ausdruck der Patientendaten

Sachkostenformular (Medizinprodukte) im Zusammenhang mit vertragsärztlichen Leistungen

OPS			
ICD			
EBM-Positionen			
Datum der Leistungserbringung			
Produktbezeichnung und Produktname	Anzahl in Stück*	Volumen in ml*	Hersteller

* = ggf. Durchschnittswert für den einzelnen Behandlungs-/Krankheitsfall eintragen

Unfallfolgen * Arbeitsunfall * BVG *

* = ggf. anzukreuzen

Hinweis: Verordnungsfähige Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sind auf Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt) zu verordnen.

Erklärung: Es werden nur die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung gestellt. Ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % werden an die Krankenkasse weitergegeben.

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Abtretungserklärung: Hiermit trete ich meine Abrechnungsansprüche gegen die Krankenkasse an den Hersteller der verwendeten Medizinprodukte ab. Meine Haftung nach Vertragsarztrecht für die Richtigkeit der geltend gemachten Kosten bleibt durch die Rechnungslegung über einen Hersteller bzw. Lieferanten unberührt.

Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Leistungen im Auftrag anderer Ärzte

Sind Ärzte verpflichtet, Leistungen zu erbringen oder zu veranlassen, die von anderen Ärzten gewünscht werden?

Aus dieser Frage leiten sich zwei Sachverhalte ab:

1. Wer veranlasst notwendige Leistungen?
2. Werden Leistungskomplexe gesplittet?

1. Veranlassung notwendiger Leistungen

Die Frage, wer Leistungen veranlasst, lässt sich relativ leicht klären. Stellt ein Arzt im Zusammenhang mit seinen Untersuchungen fest, dass weitere von ihm selbst nicht erbringbare ärztliche Leistungen erforderlich werden, so sind diese gemäß den Regelungen der Bundesmantelverträge durch Überweisung (Muster 6 bzw. Muster 10 oder 10A der Vordruckvereinbarung) zu veranlassen, und zwar direkt.

Beispiel: Ein Arzt ist der Meinung, dass ein Laborparameter zu bestimmen ist. Dieser Parameter kann entweder vom Arzt selbst bestimmt oder per Überweisung (Muster 10 oder 10A) der Laborpraxis oder Laborgemeinschaft in Auftrag gegeben werden. Einen weiteren Arzt zur Veranlassung dieser Leistungen hinzuzuziehen ist unnötig, zumal dieser die Notwendigkeit dann nicht selbst feststellt.

2. Leistungssplittung

Der EBM enthält Leistungskomplexe, die aus mehreren Teilleistungen bestehen. Rechnet eine Praxis diesen Komplex ab, müssen die geforderten obligaten Leistungen erbracht worden sein. Im Einzelfall notwendige fakultative Leistungsinhalte sind dabei selbst zu erbringen. In keinem Fall darf die Praxis fakultative Leistungen an Dritte überweisen bzw. von Dritten die Erbringung verlangen, da die Vergütung dieser Teilleistungen bereits in dem Leistungskomplex enthalten ist. Andernfalls käme es zu einer Doppelabrechnung. Beispiele: Gerinnungswerte bei Koloskopien oder LZ-EKG-Auswertungen bei den Zusatzpauschalen Kardiologie.

Ihre Ansprechpartnerinnen für alle Themen der Leistungsabrechnung:

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

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

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

▪ Off-Label-Use – Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

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

Ausnahmsweise ist eine Verordnung im Off-Label-Use nach Anlage VI Teil A der AM-RL möglich. Neu aufgenommen wurden **Cotrimoxazol (Trimethoprim/Sulfamethoxazol) zur Prophylaxe von Pneumocystis-Pneumonien und zur Prophylaxe von Toxoplasmose-Enzephalitis** bei HIV-Patienten mit entsprechender Befundsituation.

Die vollständigen Texte der Bekanntmachungen finden Sie in **Anlage 2** dieses Rundschreibens. Bitte beachten Sie, dass nicht alle Hersteller der entsprechenden Arzneimittel ihre Zustimmung für den Einsatz bei der jeweiligen Indikation erteilt haben. Die Bekanntmachungen enthalten eine Auflistung der verordnungsfähigen Präparate. Die Beschlüsse traten am 30.07.2014 in Kraft.

▪ Frühe Nutzenbewertung – Anlage XII der AM-RL

Bei **neu eingeführten Wirkstoffen** bewertet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Nutzen von erstattungsfähigen Arzneimitteln. Hierbei wird insbesondere der Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie bewertet und es werden Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise 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*
Dapagliflozin/ Metformin (Xigduo®) 07.08.2014	Diabetes mellitus Typ 2 – wenn Metformin allein den Blutzucker nicht ausreichend senkt – in Kombination mit anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln einschließlich Insulin	Ein Zusatznutzen ist bei keinem der nachfolgenden Einsatzgebiete belegt : a) Kombinationstherapie mit Metformin zweckmäßige Vergleichstherapie, z. V. Sulfonylharnstoff plus Metformin b) Kombinationstherapie mit anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln, z. V. Humaninsulin plus Metformin c) Kombinationstherapie mit Insulin, z. V. Humaninsulin plus Metformin
Dolutegravir (Tivicay®) 07.08.2014	Behandlung von HIV-Infektion in Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln	a) therapienaive Erwachsene, z. V. Efavirenz plus zwei Nukleosid-/Nukleotidanaloga – Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen b) therapienaive Jugendliche (ab 12 Jahren), z. V. Efavirenz plus Abacavir plus Lamivudin – Zusatznutzen ist nicht belegt c) antiretroviral vorbehandelte Erwachsene (Integrase-Inhibitor wäre erste Therapieoption), z. V. Raltegravir plus individuelle Backbone-Therapie (abhängig von Vortherapie, Therapieversagen und -wechsel) – Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen d) antiretroviral vorbehandelte Erwachsene (Integrase-Inhibitor wäre nachrangige Therapieoption) – Zusatznutzen ist nicht belegt e) antiretroviral vorbehandelte Jugendliche (ab 12 Jahren) – Zusatznutzen ist nicht belegt Zweckmäßige Vergleichstherapie für d) und e): individuelle antiretrovirale Therapie, abhängig von Vortherapie, Therapiewechsel und -versagen
Macitentan (Opsumit®) 17.07.2014	Langzeitbehandlung der pulmonalen, arteriellen Hypertonie als Mono- oder Kombinationstherapie	Geringer Zusatznutzen , da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*
Olodaterol (Striverdi®) 17.07.2014	Bronchodilatator zur Dauerbehandlung bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung	Zusatznutzen gilt als nicht belegt** Eingruppierung in die Festbetragsgruppe „Beta2-Sympathomimetika, inhalativ oral, Gruppe 1“
Sofosbuvir (Sovaldi®) 17.07.2014 befristet bis 15.07.2016	Behandlung der chronischen Hepatitis C bei Erwachsenen in Kombination mit anderen Arzneimitteln Einsatz gemäß G-BA-Beschluss: a) – c) in Kombination mit Peginterferon alfa plus Ribavirin d) – f) in Kombination mit Ribavirin g) – i) in Kombination mit Peginterferon alfa plus Ribavirin	a) therapienaive Patienten ohne Zirrhose mit chronischer Hepatitis-C-Infektion (cHCV-Infektion) Genotyp 1 – Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen b) therapienaive Patienten mit Zirrhose mit cHCV-Infektion Genotyp 1 – Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen c) therapieerfahrene Patienten mit cHCV-Infektion Genotyp 1 – ein Zusatznutzen ist nicht belegt** d) therapienaive Patienten mit cHCV-Infektion Genotyp 2 – Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen e) therapieerfahrene Patienten mit cHCV-Infektion Genotyp 2 – Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen f) therapienaive und therapieerfahrene Patienten mit cHCV-Infektion Genotyp 3 – Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen g) therapienaive und therapieerfahrene Patienten mit cHCV-Infektion Genotyp 3 – Zusatznutzen ist nicht belegt** h) therapienaive und therapieerfahrene Patienten mit cHCV-Infektion Genotyp 4, 5 und 6 – Zusatznutzen ist nicht belegt** i) therapienaive und therapieerfahrene Patienten mit cHCV-Infektion Genotyp 1–6 und HIV-Koinfektion – Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen Zweckmäßige Vergleichstherapien: a) Peginterferon alfa plus Ribavirin plus Boceprevir oder Telaprevir a) – i) Peginterferon alfa plus Ribavirin

* 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.

Eine Schnellübersicht zur Verordnung von Arzneimitteln bietet die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf ihrer Internetseite www.arzneimittel-infoservice.de unter der Rubrik „Arzneimittel-Richtlinie“.

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

Verträge

Honorarvereinbarung für das Jahr 2014

Die Honorarvereinbarung für das Jahr 2014 wurde nach mehreren Verhandlungen auf der Grundlage des Schiedsspruchs vom 13.05.2014 erstellt und jetzt von allen Vertragspartnern unterzeichnet. Sie finden die Honorarvereinbarung unter der Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Rundschreiben.

Wesentliche Punkte der Vereinbarung sind:

- Der Punktwert beträgt 10,13 €-Ct.
- Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) wird um insgesamt 4,012 % gesteigert.
- Zusätzlich zu den bereits geförderten Leistungen aus dem vergangenen Jahr (siehe § 2a der Honorarvereinbarung) werden im Jahr 2014 die Pauschalen der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) in Höhe von 0,54 % der MGV gefördert.

Wir konnten erreichen, dass neben den bereits 2013 ausgedeckelten Leistungen (siehe Anlage 2 Nr. 18 – 22 der Honorarvereinbarung) weitere Leistungen außerbudgetär vergütet werden:

- Leistungen der rheumatologischen Versorgung (GOP 13700, 13701)
- Aufwandspauschale der ambulanten Behandlung der Wachkomapatienten (Abr.-Nr. 99210)

Ihre Ansprechpartner in der Hauptabteilung

- Vertragswesen, Telefon 03643 559-131
- Abrechnung, Telefon 03643 559-471

Anpassung des Hautscreening-Vertrages mit der Bosch BKK

Der seit 01.10.2013 gültige Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der KV Thüringen und der Bosch BKK (nach § 73c SGB V) wurde im Zuge der Beanstandung seitens des Bundesversicherungsamtes (BVA) mit Wirkung **zum 01.08.2014 angepasst**.

Die Anpassung betrifft im Wesentlichen die Aufnahme einer Teilnahmeerklärung (Anlage 2 des Vertrages) für den Arzt. Vor diesem Hintergrund müssen Ärzte ab dem 01.08.2014 ihre Teilnahme am Vertrag gegenüber der KV Thüringen schriftlich erklären. Die KV Thüringen prüft die Teilnahmevoraussetzungen und teilt dem Arzt das Ergebnis der Prüfung schriftlich mit.

Für Ärzte, die bisher ohne Teilnahmeerklärung Leistungen nach diesem Vertrag abgerechnet haben, wurde eine Übergangsregelung getroffen. Über diese Regelung wurden die entsprechenden Ärzte gesondert informiert.

Die 2. Protokollnotiz und die Teilnahmeerklärung sind auf der Internetseite der KV Thüringen unter www.kvt.de → [Arzt/Psychoth.](#) → [Verträge](#) → [H](#) → [Hautscreening](#) → [Bosch BKK Hautscreening](#) veröffentlicht.

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Gesundheitstelematik in der Arztpraxis

Das KV-SafeNet*: Ihre Arztpraxis für die Zukunft bestens gerüstet (2. Teil)

Antworten auf Ihre Fragen zur Onlineannahme Ihrer Quartalsabrechnung

Das Mitglieder-Onlineportal **KVTOP** ist sowohl im KV-WebNet (gesichertes Internet) als auch im **Sicheren Netz** der KVen (**SNK**) zu erreichen. Ab 30.06.2015 fällt der Zugang über das Internet weg und das Mitglieder-Onlineportal KVTOP ist ausschließlich über das SNK zu erreichen.

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

Kann ich in meiner Arztpraxis die Praxis-EDV ohne Internetzugang nutzen?

Viele Mitglieder verwenden **KVTOP** bisher ausschließlich außerhalb Ihrer Arztpraxis. Dahinter verbirgt sich die berechtigte Skepsis, das eigene Praxisnetz an das Internet anzuschließen. KV-SafeNet* ist allerdings **kein Internet-Anschluss**. Sie verwenden zwar die selben Programme, Protokolle und oft sogar das selbe Kabel; der Unterschied liegt jedoch bei den verwendeten Adressen.

SNK-Adressen wie <https://kvtop.kvt.kv-safenet.de/> sind im Internet nicht erreichbar und somit ist auch der Praxis-PC nicht mit dem Internet verbunden, wenn Sie in Ihrer Praxis das KV-SafeNet* nutzen. Das SNK ist mehr als eine technische Lösung. Hinter dem SNK steht eine organisatorische Struktur, welche sich sehr von der im Internet unterscheidet.

Das SNK besteht aus einer geschlossenen Benutzergruppe. Jeder Teilnehmer ist registriert und mit den jeweiligen Arztregistern in den jeweiligen KV-Bereichen abgeglichen. Das SNK hat eine **hierarchische Struktur** ausgehend von <http://portal.kv-safenet.de/>. Auf dieser Seite sind alle Dienste im SNK verzeichnet, deshalb kann man im SNK auf Suchmaschinen verzichten.

Kann mit dem SNK auch eine E-Mail geschrieben werden?

Mit KV-Connect steht ein E-Mail-Dienst im SNK zur Verfügung, mit dem eine **echte Ende-zu-Ende-Verschlüsselung** Ihrer Nachrichten umgesetzt ist. Das ist wichtig, wenn besonders schützenswerte gesundheits- und personenbezogene Daten ausgetauscht werden sollen. Selbstverständlich erreichen Sie über KV-Connect nur Mitglieder, welche selbst an KV-Connect angeschlossen sind. Dafür gibt es – dank der organisatorischen Struktur im SNK – ein komplettes Adressbuch. Sie können also leicht selbst überprüfen, ob ein Empfänger bereits über KV-Connect erreichbar ist.

Was ist die 1-Click-Abrechnung?

Verglichen mit unserem Mitglieder-Onlineportal **KVTOP** geht die 1-Click-Abrechnung noch einen komfortablen Schritt weiter. Sie können direkt aus Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS/AIS) KV-Connect-Nachrichten an uns versenden, u. a. auch Ihre Quartalsabrechnung und Dokumentationen. So kann die Doppelerfassung von Patienten- und Stammdaten in Ihrem PVS und in unseren Dokumentations-Portalen vermieden werden. Selbstverständlich bleibt die 1-Click-Abrechnung optional und Sie können weiterhin

- die Quartalsabrechnung und abrechnungsbegleitenden Dokumentationen über KVTOP und
- die Dokumentationen zur Qualitätssicherung über das eDoku-Portal der KBV

im **Sicheren Netz der KVen** (SNK) abgeben.

Ihre Ansprechpartner zum Thema Gesundheitstelematik:

- Torsten Olschewski, Telefon 03643 559-104
- Sven Dickert, Telefon 03643 559-109

Alles was Recht ist

Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

Frage 1:

Immer wieder versuchen Vertreter von Krankenkassen, Vertragsärzte hinsichtlich der Codierung von Diagnosen zu beeinflussen. Besteht eine Verpflichtung, den Codierungsvorschlägen der Krankenkassen Folge zu leisten?

Nein, nach dem Gesetz (§ 295 Abs. 1 SGB V) ist es die Pflicht der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen, Diagnosen zu verschlüsseln. Krankenkassen haben oft ein eigenes Interesse an der Diagnoseverschlüsselung, jedoch haben sie nicht das Recht, den verschlüsselnden Arzt zu verpflichten, eine andere Codierung vorzunehmen.

Frage 2:

Warum ist eine richtige Codierung so wichtig?

Die verschlüsselten Behandlungsdiagnosen sind u. a. eine Grundlage zur Bemessung der Morbiditätsstruktur der Patienten. Die Morbiditätsstruktur wiederum stellt eine wesentliche Ausgangsgröße für die Vereinbarung der Gesamtvergütung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen dar. Darüber hinaus bemessen sich die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen u. a. auf der Grundlage der Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten. **Auch im Zusammenhang mit der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln ist auf die indikationsgerechte ICD-10-Codierung zu achten, vor allem im Hinblick auf mögliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen.**

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 im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → [Arzt/Psychoth.](#) → [Recht](#) → [Antworten auf Fragen aus dem Praxisalltag.](#)

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

Informationen

Fünf Jahre Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung in Thüringen



Eine Erfolgsbilanz und sieben neue Stipendiaten – darauf konnte am 22.07.2014 die Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung in Thüringen verweisen.

Fünf Jahre nach ihrer Errichtung durch die Kassenärztliche Vereinigung und das Land Thüringen zog die Stiftung in Erfurt Bilanz. Um die Ergebnisse der Arbeit an einem Beispiel zu verdeutlichen, wurden die Medien zum „Stiftungsgeburtstag“ in die Praxis des Erfurter Haus- und Sportarztes Dr. med. Mark Schmidt eingeladen.

- [Ein ehemaliger Stipendiat und eine aktuelle Stipendiatin in einer Praxis](#)

Dr. Schmidt hatte zu den ersten Ärzten in Weiterbildung gehört, die von der Stiftung monatlich 250 Euro Stipendium bekamen. Im Gegenzug hatte er sich verpflichtet, nach seinem Abschluss vier Jahre in der ambulanten Versorgung in Thüringen zu arbeiten. So wie er sind inzwischen elf weitere junge Ärzte im Land niedergelassen: in Gera, Nordhausen, Heringen, Bad Klosterlausnitz, Eisfeld, Jena, Weimar, Tabarz, Mühlhausen und Schwarzta.

Heute hat die Stiftung – die am Jubiläumstag Zugelassenen eingerechnet – insgesamt 118 Stipendiaten: 113 künftige Fachärzte für Allgemeinmedizin, fünf für Augenheilkunde. Eine der aktuellen Stipendiatinnen war beim Stiftungsjubiläum dabei: Dr. med. Jeanin Brückner ist derzeit als Ärztin in Weiterbildung in der Praxis von Dr. Schmidt tätig.

- [Dipl.-Med. Feldmann und Dr. med. Rommel würdigen Beitrag der Stiftung zur Sicherstellung](#)

Dipl.-Med. Regina Feldmann, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, und die 1. Vorsitzende des Vorstandes der KV Thüringen, Dr. med. Annette Rommel, würdigten den Beitrag der Stiftung zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Thüringen. Frau Feldmann erinnerte an die Skepsis, die der Idee zunächst entgegengeschlagen war: „Gemeinsam mit Hauptgeschäftsführer Sven Auerswald haben wir der damaligen Thüringer Gesundheitsministerin Christine Lieberknecht die ersten zehn Stipendien buchstäblich abringen müssen“, sagte Feldmann. Heute diene die Stiftung als Vorbild für eine ähnliche Idee auf Bundesebene. Außerdem sei sie ein starker Partner für die Nachwuchs-Kampagne „Lass Dich nieder!“

Frau Dr. Rommel verwies auf die gewachsene Förderpalette: „Die Stiftung bietet heute praktisch ein Komplettpaket mit Fördermöglichkeiten vom Studium bis zum Berufseinstieg und zur Niederlassung an“, sagte die KV-Vorsitzende. An Bedeutung gewinnen dabei laut Rommel vor allem die Eigeneinrichtungen. In den Stiftungspraxen können junge Ärzte zunächst angestellt werden, um die Arbeit in freier Niederlassung kennenzulernen. Später können sie die Praxis dann selbst übernehmen.

▪ Neue Stipendiaten, neue Stiftungspraxen

Am Nachmittag des 22.07.2014 beriet der Stiftungsbeirat. Geschäftsführer Jörg Mertz legte dem Gremium sieben neue Stipendienanträge vor. Der Beirat stimmte allen zu. Herr Mertz hob hervor, dass sich immer mehr Ärzte in Weiterbildung sehr früh für eine künftige ambulante Arbeit in Thüringen entscheiden. Einige der Stipendiaten könnten daher den Höchstfördersatz von 60 mal 250 Euro nahezu ausschöpfen. Außerdem berichtete der Geschäftsführer darüber, dass am 01.10.2014 eine neue Stiftungspraxis in Gera eröffnet wird. Zwei weitere sind im kommenden Jahr in Waltershausen und Gotha geplant.

Alle Informationen zur Stiftung unter www.savth.de.

Aus der Region

Kennen Sie „Weimars Gute Nachbarn“? – Beratung und Vermittlung der Ehrenamtlichen für alleinlebende Senioren

„Weimars Gute Nachbarn“ sind Männer und Frauen unterschiedlichen Alters, die alleinlebenden Senioren Zeit spenden. Unsere Ehrenamtlichen besuchen „ihre“ Senioren regelmäßig zwei Stunden pro Woche zu Hause. Diese Besuchsdienste werden nach den Bedürfnissen der Senioren gestaltet: Spaziergänge, Vorlesen, Erzählen, kreativ sein, Begleitung zu Veranstaltungen oder Behörden. Als „Lohn“ für ihr Engagement bekommen sie ein Lächeln, ein Dankeschön und eine Ausbildung zum Seniorenbegleiter.

„**Weimars Gute Nachbarn**“ ist eine Einrichtung der **Bürgerstiftung Weimar**. In unserem Büro koordinieren wir die Anfragen, beraten und vermitteln die Ehrenamtlichen. Gute Kontakte und ein vertrauensvolles Netzwerk vor Ort sind uns sehr wichtig, z. B. mit Wohnungsunternehmen, Sozialen Trägern und Beratungsstellen.

Wir würden uns freuen, wenn wir die Thüringer Hausärzte stärker in dieses Netzwerk einbinden könnten. Sie können uns unterstützen, in dem Sie **Informationsflyer in Ihrer Praxis auslegen**. So können Sie mithelfen, dass wir mehr alleinlebende Senioren erreichen und damit die Lebensqualität der Senioren verbessern können.

Bitte sprechen Sie uns an!

Adresse: Teichgasse 12a, 99423 Weimar,
Telefon: 03643 818247,
E-Mail: gute.nachbarn@buergerstiftung-weimar.de
Internet: www.weimars-gute-nachbarn.de

Therapiesymposium 2014 der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Erneut ist es der KV Thüringen gemeinsam mit der Landesärztekammer gelungen, Vertreter der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu einem Therapiesymposium für alle Thüringer Ärzte zu gewinnen. Hierzu möchten wir Sie herzlich **am 13.09.2014 von 10:00 bis 13:00 Uhr nach Weimar** einladen.

Folgende Themen werden durch **firmenneutrale Fachreferenten** dargestellt:

- zweckmäßige Osteoporosetherapie,
- Arzneimitteltherapiesicherheit,
- neue Arzneimittel.

Die AkdÄ ist ein wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer (BÄK), welcher seit mehr als 50 Jahren die BÄK und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in allen Fragen der Arzneimittelbehandlung und -sicherheit berät. Eine hohe Bedeutung kommt der AkdÄ in der unabhängigen, methodischen Erarbeitung qualifizierter Leitlinien und Therapieempfehlungen zu. Diese stellen eine solide Plattform der gesicherten, therapeutischen Kenntnisse dar.

Bitte nutzen Sie diese Veranstaltung zu Ihrer eigenen Information sowie zu Fragen und Problemdiskussionen im Zusammenhang mit der Verordnung von Arzneimitteln. Die Veranstaltung wurde mit **drei Fortbildungspunkten der Kategorie A** von der Landesärztekammer Thüringen zertifiziert. Um eine **Anmeldung** zu dieser Veranstaltung wird gebeten. Das Programm einschließlich Anmeldeformular finden Sie in **Anlage 3** dieses Rundschreibens.

Ihre Ansprechpartnerin: Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-763

Informationsveranstaltung der Koordinierungsstelle
für Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und Interessierte

„Von der Weiterbildung in die Praxis“

Veranstaltungstermin: Mittwoch, den 26. November 2014, 14:00 – 17:00 Uhr

Veranstaltungsort: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Themen:

- Gestaltungsmöglichkeiten bei der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin
- Wege in die ambulante Praxistätigkeit
- Fördermöglichkeiten in Thüringen

Veranstalter:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen,
Landesärztekammer Thüringen,
Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen

Parallel zur Informationsveranstaltung gibt es einen Info-Markt für Ihre aktuellen Fragen. Hierbei stehen Ihnen Referenten aus den Institutionen und Krankenhäusern für persönliche Gespräche zur Verfügung. Für einen kleinen Imbiss ist gesorgt.

Informationen zur Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin unter www.hausarzt-werden-in-thueringen.de.

Termine zur Abrechnungsannahme für das 3. Quartal 2014

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

01.10. bis 10.10.2014

Einreichungen vor dem 01.10.2014 sind möglich und müssen der KV Thüringen nicht gemeldet werden. Bitte beachten Sie jedoch, dass bei Einreichungen vor den o. g. Terminen der vollständige Betrieb des Portals nicht rund um die Uhr gewährleistet werden kann.

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

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

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

Mittwoch und Donnerstag: 01.10.2014 und 02.10.2014 08:00 – 17:00 Uhr
Montag bis Mittwoch: 06.10.2014 bis 08.10.2014 08:00 – 17:00 Uhr

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

Achtung! Zu einer kompletten Quartalsabrechnung gehören die **Abrechnungs-Sammelerklärung** sowie die **Fallzusammenstellung/Fallstatistik**. Bitte beachten Sie, dass auch die Papierunterlagen zeitnah in die KV Thüringen geschickt werden.

Ansprechpartner bei Verlängerung der Abgabefrist:

Katrin Kießling, Telefon: 03643 559-422
Telefax: 03643 559-491, -499
E-Mail: abrechnung@kvt.de

Sitzung des Qualitätszirkels „Sektorenübergreifende/onkologische Thoraxkonferenz“

Für den Qualitätszirkel 189qz/07 „Sektorenübergreifende/onkologische Thoraxkonferenz“ wird für den Monat September folgender Sitzungstermin bekanntgegeben:

Datum/Uhrzeit	Inhalt	Ort
17.09.2014, 18:30 Uhr	DMP-Fortbildung Asthma/COPD	Facharztzentrum Sonneberg Gustav-König-Str. 17, 6515 Sonneberg

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Frau Julia Dressel, Telefonnummer: 03675 89440.

Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 03.09.2014, 15:00–19:00 Uhr	Veranstaltung ausgebucht! Fit am Empfang: Der erste Eindruck zählt	Mechthild Wick, Personaltraining/ Coaching, Zert. Systemischer Coach, Stressmanagement- und Mentaltrainerin, Unterschwanin- gen	Praxispersonal 45,00 €
Freitag, 05.09.2014, 13:00–19:00 Uhr	Rhetoriktraining – Der Ton macht die Musik und Der Körper sagt immer die Wahrheit	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €
Samstag, 06.09.2014, 09:00–15:00 Uhr	Konflikt- und Beschwerdemanagement (Grundkurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €
Mittwoch, 10.09.2014, 13:00–17:30 Uhr	QEP komplett Aufbaukurs – QEP 2010 in vier Modulen eingeführt (1. Workshop) Weitere Termine: Freitag, 24.10.2014, 13:00–17:30 Uhr Freitag, 05.12.2014, 13:00–17:30 Uhr Freitag, 16.01.2015, 13:00–17:30 Uhr 7 Punkte, Kategorie C (pro Termin)	Dr. med. Christa Glückert, lizen- zierte QEP-Trainerin, Nürnberg	Praxispersonal, Psychotherapeu- ten, Vertragsärzte 350,00 € für alle Termine
Mittwoch, 10.09.2014, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Praxispersonal – hausärztli- cher Versorgungsbereich	Steffen Göhring, Leiter der Haupt- abteilung Abrechnung der KV Thüringen	Praxispersonal Kostenfrei
Mittwoch, 10.09.2014, 15:00–18:00 Uhr	Kinder- und Erwachsenenimpfung	Dr. med. Anke Möckel, Leiterin der Gruppe Verordnungsberatung der KV Thüringen	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 17.09.2014, 14:00–19:00 Uhr	Verordnungsmanagement in der ver- tragsärztlichen Praxis für Praxisperso- nal (Aufbaukurs – nur nach Teilnahme am Grundkurs)	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der HA Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KV Thüringen	Praxispersonal Kostenfrei
Mittwoch, 17.09.2014, 15:00–18:00 Uhr	Recht für Psychotherapeuten leicht gemacht 4 Punkte, Kategorie C1	Ass. jur. Bettina Jäger-Siemon, Leiterin der Rechtsabteilung der KV Thüringen	Psychotherapeuten Kostenfrei
Mittwoch, 17.09.2014, 15:00–19:00 Uhr	Sag nicht „Ja“, wenn Du „Nein“ denkst	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 24.09.2014, 14:00–18:00 Uhr	Leistungen der Vorsorge und Rehabili- tation in der gesetzlichen Krankenversi- cherung und Rentenversicherung 5 Punkte, Kategorie A	Verona Becker, Deutsche Ren- tenversicherung Mitteldeutsch- land, Halle/S. Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der HA Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KV Thüringen Prof. Dr. med. Egbert Seidel, Hufeland-Klinikum Erfurt Dr. med. Aribert Spiegler, MDK Thüringen	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 24.09.2014, 14:00–18:00 Uhr	Veranstaltung ausgebucht! Arbeitssicherheit und Brandschutz in der Arztpraxis 5 Punkte, Kategorie A	Katja Saalfrank, Praxismanage- ment und -beratung, Selbitz	Praxispersonal, Psychotherapeu- ten, Vertragsärzte 45,00 €

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 24.09.2014, 15:00–18:00 Uhr Mittwoch, 17.09.2014, 15:00–18:00 Uhr	Terminverschiebung! Recht für Psychotherapeuten leicht gemacht 4 Punkte, Kategorie C1	Ass. jur. Bettina Jäger-Siemon, Leiterin der Rechtsabteilung der KV Thüringen	Psychotherapeuten Kostenfrei
Freitag, 26.09.2014, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Praxispersonal – fachärztlicher Versorgungsbereich	Steffen Göhring, Leiter der HA Abrechnung der KV Thüringen	Praxispersonal Kostenfrei
Freitag, 26.09.2014, 15:00–19:00 Uhr	Progressive Muskelentspannung nach Jacobson	Denise Pfeufer, Gesundheits- und Entspannungspädagogin, Breitenbach	Praxispersonal, Psychotherapeu- ten, Vertragsärzte 45,00 €
Samstag, 27.09.2014, 09:00–16:00 Uhr	Praxismanager – Patientenorientierte Kommunikation Weitere Termine: Samstag, 25.10.2014, 09:00–16:00 Uhr Samstag, 08.11.2014, 09:00–16:00 Uhr Samstag, 22.11.2014, 09:00–16:00 Uhr Samstag, 06.12.2014, 09:00–16:00 Uhr	Christel Mellenthin, QM-Beraterin (DGQ)/QEP-Trainerin, H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt	Praxispersonal 755,00 € für alle Termine
Mittwoch, 01.10.2014, 15:00–18:00 Uhr	Burnout – 8 Wege aus der Falle 4 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin	Psychotherapeu- ten, Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 01.10.2014, 15:00–17:30 Uhr	Der Honorarbescheid 3 Punkte, Kategorie A	Christina König, Leiterin der Ab- teilung Honorare/Widersprüche der KV Thüringen	Psychotherapeu- ten, Vertragsärzte Kostenfrei
Samstag, 11.10.2014, 09:00–15:30 Uhr	Gemeinsamer Praxistag für Existenzgründer und Praxisabgeber der KV Thüringen und der apoBank, Filiale Thüringen – Existenzgründer 4 Punkte, Kategorie A	Referenten der KV Thüringen und der apoBank	Psychotherapeu- ten, Vertragsärzte 45,00 €
Samstag, 11.10.2014, 09:45–15:30 Uhr	Gemeinsamer Praxistag für Existenzgründer und Praxisabgeber der KV Thüringen und der apoBank, Filiale Thüringen – Praxisabgeber 2 Punkte, Kategorie A	Referenten der KV Thüringen und der apoBank	Psychotherapeu- ten, Vertragsärzte 45,00 €

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

Kinderbetreuungsangebot

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Kinder während eines Seminars von erfahrenem Fachpersonal betreuen zu lassen.

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

Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen

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

Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen

Anmeldung/Auskunft: Postfach 100740, 07740 Jena

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

Telefax: 03641 614-149

E-Mail: akademie@laek-thueringen.de

▪ **Fortbildungstag Laboratoriumsmedizin: Multiresistente Keime (Diagnostik, Therapie, Hygiene) – was tun?**

- Grundlagen und Labordiagnostik von Multiresistenzen bei gramnegativen Erregern (MRGN), AOR PD Dr. Jürgen Rödel
- Klinische Bedeutung und Möglichkeiten der Therapie bei MRGN, Dr. med. Christiane Forstner, Jena
- Krankenhaushygienische Maßnahmen bei Nachweis von MRGN, Dr. med. Helke Dobermann, Jena
- Beiträge vom örtlichen Gesundheitsamt, Dr. med. Elisabeth Schüler, Erfurt

Termin: 06.09.2014, 09:00 bis 13:00 Uhr

Ort: Augustinerkloster, Augustinerstraße 10, 99084 Erfurt

Leitung: Dr. med. habil. Hans-Jürgen Wolff, Arnstadt

Gebühren: gebührenfrei

Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

▪ **Versorgung chronifizierungsgefährdeter bzw. bereits chronifizierter Schmerzpatienten**

- Ein (interaktives) Seminar für alle interessierten Fachbereiche

Ist-Situation in der Versorgung chronischer Schmerzpatienten

- Versorgungszahlen chronischer Schmerzpatienten in Thüringen – Vorstellung einer Studie
- Prästationäres Screening im ambulanten Umfeld
- Stationäres multidisziplinäres Assessment bei chronischen Schmerzpatienten

Zielkonflikte chronischer Patienten

- Rentenanträge, Anträge zum GdB, Vermittelbarkeit im Arbeitsamt und sozialmedizinische Leistungsbeurteilungen nach Reha

Stationäre multimodale Schmerztherapie

- Ergebnisse bei hochchronischen Schmerzpatienten
- Daten zum Follow-up

Termin: 10.09.2014, 17:00 bis 19:00 Uhr

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Dr. med. Johannes Friedrich Lutz, Bad Berka

Gebühr: gebührenfrei

Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

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

Refresherkurs + Wissenstest

Termin: 17.09.2014, 12:00 bis 18:30 Uhr

Ort: Institut für Humangenetik, Kollegiengasse 10, 07743 Jena

Leitung: Dr. med. Isolde Schreyer, Jena

Gebühr: 100 €

Zertifizierung: 9 Punkte, Kategorie A

▪ **Diabetes mellitus – Neues zu frühen Signalen und individueller Therapie**

Termin: 01.10.2014, 17:00 bis 19:30 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Prof. Dr. med. Günter Stein, Jena
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

▪ **Seminarreihe Arzt und Recht „Ärztliche Leichenschau und Totenschein“ – alles Praktische und Wissenswerte der Leichenschau für klinisch und ambulant tätige Ärzte**

- Praktisches Vorgehen bei der Leichenschau
- Ausstellen des Totenscheins
- Gesetzliche Meldepflichten
- Kommunikation mit Angehörigen, Bestattern und Ermittlungsorganen
- Arten der Sektion
- Wie geht es nach der Leichenschau weiter?
- Auskunftspflichten gegenüber den Ermittlungsorganen
- Darstellung häufiger Befunde und Fallstricke

Termin: 29.10.2014, 15:00 bis 17:30 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dr. med. Ricarda Arnold, Jena
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

Fortbildung für Praxispersonal:

▪ **Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche/-r Praxisassistent/-in“ theoretische Fortbildung (gesamt 200 Stunden) nach § 87 Abs. 2b, Satz 5 SGB V**

(Buchung einzelner Abschnitte als allgemeine Fortbildung ist möglich)

Veranstaltung in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und dem Hausärzterverband Thüringen e. V.

▪ **Notfallmanagement**

Termin: 29.10.2014, 08:30 bis 16:00 Uhr
Ort: MVZ FA-Zentrum Kaffeetrichter, Schillerstraße 25, 99096 Erfurt
Leitung: Dr. med. Eberhard Müller, Erfurt
Gebühr: 100 €

▪ **Medizinische Dokumentation/Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien**

Termin: 08.11.2014, 09:00 bis 15:00 Uhr
Ort: KV Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar
Leitung: Christiane Maaß, Weimar
Gebühr: 60 €

▪ **Wundpflege und Wundversorgung**

Termin: 28.11.2014, 09:00 bis 18:00 Uhr
Ort: REHA aktiv 2000, Platanenstraße 2, 07747 Jena
Leitung: Silke Lange, Jena
Gebühr: 80 €

▪ **Ernährungsmedizin**

Termin: 16.01.2015, 13:00 Uhr, bis 17.01.2015, 14:30 Uhr
Ort: MEDIAN Ilmtalklinik Bad Berka, Turmweg 2a, 99438 Bad Berka
Leitung: Stefanie Brettschneider, Buchfart, Jana Hoffmann, Ilmtal
Gebühr: 160 €

▪ **Versorgung und Betreuung von Onkologie- und Palliativpatienten (Abschnitt B Teil 3)**

Termin: 19.02.2015, 16:00 Uhr, bis 20.02.2015, 16:30 Uhr
Ort: KV Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar
Leitung: Berit Sayer, Jena
Gebühr: 120 €

▪ **Palliativmedizinische Zusammenarbeit und Koordination (Abschnitt B Teil 4)**

Termin: 21.02.2015, 09:00 bis 16:00 Uhr
Ort: KV Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar
Leitung: Ilka Jope, Weimar
Gebühr: 80 €

▪ **Inhalatoren und Spirometrie**

Termin: 24.04.2015, 16:00 bis 18:30 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Cindy Stark, Greiz
Gebühr: 30 €

Anlage 1 – Durchschnittliche Punktzahlvolumina (PVZ) und Fallzahlen des Vorjahresquartals pro Fachgruppe sowie die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nach § 13 HVM

Durchschnittliche Punktzahlvolumina (PZV) und Fallzahlen des Vorjahresquartals pro Fachgruppe als Grundlage für die Vergütungsregelung nach §§ 8, 9 HVM

für das Quartal 2/2014

Fachgruppe	durchschnittl. PZV	durchschnittl. relevante Fallzahl
Hausärzte	487.007	999
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	433.160	951
Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie	97.709	258
Fachärzte für Augenheilkunde	538.580	1.639
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	350.531	894
Fachärzte für Frauenheilkunde	299.463	1.044
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	510.422	1.278
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	365.381	1.549
Fachärzte für Humangenetik	683.417	329
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	598.825	1.158
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13300 bis 13311 EBM)	738.402	942
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13400 bis 13431 EBM)	436.875	847
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Hämato-/Onkologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13500 bis 13502 EBM)	838.646	751
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13550 bis 13561 EBM)	1.010.474	1.381
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13650 bis 13670 EBM)	1.069.375	1.651
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13700 bis 13701 EBM)	295.877	835
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13600 bis 13621 EBM)	68.413	248
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	439.695	340
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	28.972	176
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte, mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie (GOP 35200 bis 35225 EBM)	583.480	975

Anlage 1 – Durchschnittliche Punktzahlvolumina und Fallzahlen des Vorjahresquartals pro Fachgruppe sowie die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nach § 13 HVM

Fachgruppe	durchschnittl. PZV	durchschnittl. relevante Fallzahl
Fachärzte für Nuklearmedizin	673.001	735
Fachärzte für Orthopädie	543.367	1.369
Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Radiologie	1.410.431	1.761
Fachärzte für Urologie	448.968	1.324
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	346.418	537
Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM	145.985	271
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	487.459	1.151
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin	12.029	534
Fachärzte für Strahlentherapie	42.802	108

Stand: 18.08.2014

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen nach § 13 HVM
für das Quartal 2/2014

Fachgruppe	Kapazitätsgrenzen in Minuten
ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	3.301
psychologische Psychotherapeuten	3.150
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	3.336
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	5.719

Stand: 18.08.2014



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage VI – Off-Label-Use Cotrimoxazol zur Prophylaxe von Pneumocystis- Pneumonien

Vom 17. April 2014

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. April 2014 beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Dezember 2008 / 22. Januar 2009 (BAnz. Nr. 49a vom 31. März 2009), zuletzt geändert am 19. Juni 2014 BAnz AT 08.07.2014 B2, wie folgt zu ändern:

I. Der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie wird in Teil A eine Ziffer XXIII wie folgt eingefügt:

„XXIII. Cotrimoxazol (Trimethoprim / Sulfamethoxazol) zur Prophylaxe von Pneumocystis-Pneumonien

1. Hinweise zur Anwendung von Cotrimoxazol (Trimethoprim / Sulfamethoxazol) zur Prophylaxe von Pneumocystis-Pneumonien gemäß § 30 Abs. 2 AM-RL

- a) Nicht zugelassenes Anwendungsgebiet (Off-Label-Indikation):
Primär- und Sekundärprophylaxe der Pneumocystis-jirovecii-Pneumonie (PjP) bei Patienten mit <200 CD4-Lymphozyten/ μ l
- b) Behandlungsziel:
Verhinderung einer Pneumocystis-Pneumonie
- c) Welche Wirkstoffe sind für die entsprechende Indikation zugelassen?
Pentamidin zur Inhalation
- d) Spezielle Patientengruppe:
Alle HIV-Patienten mit $CD4 < 200/\mu$ l (oder $<14\%$) ohne bisherige PjP und alle Patienten mit Zustand nach PjP als Sekundärprophylaxe
- e) Patienten, die nicht behandelt werden sollen:
Patienten mit Cotrimoxazol- Unverträglichkeit im Sinn einer allergischen Reaktion
- f) Dosierung:
Für Erwachsene: 80mg/400mg oral einmal täglich oder 160mg/800mg dreimal wöchentlich (z.B. Montag / Mittwoch / Freitag).
- g) Behandlungsdauer:
Behandlung bis die CD4-Zellen wenigstens 3 Monate lang oberhalb von 200/ μ l stabil sind.
- h) Wann sollte die Behandlung abgebrochen werden?
 - a) wenn eine Unverträglichkeit auftritt (Exanthem, Leukopenie)
 - b) wenn die CD4-Zellen wenigstens 3 Monate lang oberhalb von 200/ μ l stabil sind

BAnz AT 29.07.2014 B2

- i) Nebenwirkungen/Wechselwirkungen im Off-Label-Use, wenn diese über die zugelassene Fachinformation hinausgehen oder dort nicht erwähnt sind:
Entfällt.
Nach der Berufsordnung der Ärzte sind Verdachtsfälle von Nebenwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) bzw. der zuständigen Bundesoberbehörde zu melden. Dies gilt auch für Arzneimittel, die im Off-Label-Use eingesetzt werden. Auch für Patienten besteht die Möglichkeit, Nebenwirkungen direkt an die Bundesoberbehörden zu melden.
- j) Weitere Besonderheiten:
Entfällt.
- k) Zustimmung der pharmazeutischen Unternehmer:
Die folgenden pharmazeutischen Unternehmer haben für ihre Cotrimoxazol-haltigen Arzneimittel eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:
1 A Pharma GmbH, ALIUD Pharma GmbH, Berlin Chemie AG, Fair-Med Healthcare GmbH und Stadapharm GmbH.
Nicht verordnungsfähig sind in diesem Zusammenhang die Cotrimoxazol-haltigen Arzneimittel der Aspen Pharma Trading Limited International Financial Services Centre, CT Arzneimittel GmbH, Dr. R. Pflieger Chemische Fabrik GmbH, Euro OTC Pharma GmbH, Hexal Aktiengesellschaft, MEDA Pharma GmbH & Co. KG, ratiopharm GmbH, Sandoz Pharmaceuticals GmbH, sigapharm GmbH und T&D Pharma GmbH, da keine entsprechende Erklärung vorliegt.

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

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

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

Berlin, den 17. April 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): VI – Off-Label-Use Cotrimoxazol zur Prophylaxe der Toxoplasmose- Enzephalitis

Vom 17. April 2014

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. April 2014 beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Dezember 2008 / 22. Januar 2009 (BAnz. Nr. 49a vom 31. März 2009), zuletzt geändert am 19. Juni 2014 BAnz AT 08.07.2014 B2, wie folgt zu ändern:

- I. Der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie wird in Teil A eine Ziffer XXIV wie folgt angefügt:
„XXIV. Cotrimoxazol (Trimethoprim / Sulfamethoxazol) zur Prophylaxe der Toxoplasmose-Enzephalitis
1. Hinweise zur Anwendung von Cotrimoxazol (Trimethoprim / Sulfamethoxazol) zur Prophylaxe der Toxoplasmose-Enzephalitis gemäß § 30 Abs. 2 AM-RL
 - a) Nicht zugelassenes Anwendungsgebiet (Off-Label-Indikation):
Primärprophylaxe der Toxoplasmose-Enzephalitis (TE) bei Patienten mit <100 CD4-Lymphozyten/ μ l
 - b) Behandlungsziel:
Verhinderung einer TE
 - c) Welche Wirkstoffe sind für die entsprechende Indikation zugelassen?
keine
 - d) Spezielle Patientengruppe:
alle HIV-Patienten mit $CD4 < 100/\mu$ l (oder $<14\%$) ohne bisherige TE, insbesondere Toxoplasma gondii – seropositive Patienten
 - e) Patienten, die nicht behandelt werden sollen:
Patienten mit Cotrimoxazol- Unverträglichkeit im Sinn einer allergischen Reaktion. Bei seronegativen Patienten kann die TE Prophylaxe entfallen, da es sich bei der TE um eine Reaktivierung nach durchgemachter Serokonversion handelt.
 - f) Dosierung:
Für Erwachsene: 80mg/400mg oral einmal täglich oder 160mg/800mg dreimal wöchentlich (z.B. Montag / Mittwoch / Freitag).
 - g) Behandlungsdauer:
Behandlung bis die CD4-Zellen wenigstens 3 Monate lang oberhalb von $200/\mu$ l stabil sind.

BAnz AT 29.07.2014 B1

- h) Wann sollte die Behandlung abgebrochen werden?
a) wenn eine Unverträglichkeit auftritt (Exanthem, Leukopenie)
b) wenn die CD4-Zellen wenigstens 3 Monate lang oberhalb von 200/µl stabil sind
- i) Nebenwirkungen/Wechselwirkungen im Off-Label-Use, wenn diese über die zugelassene Fachinformation hinausgehen oder dort nicht erwähnt sind:
Entfällt.
Nach der Berufsordnung der Ärzte sind Verdachtsfälle von Nebenwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) bzw. der zuständigen Bundesoberbehörde zu melden. Dies gilt auch für Arzneimittel, die im Off-Label-Use eingesetzt werden. Auch für Patienten besteht die Möglichkeit, Nebenwirkungen direkt an die Bundesoberbehörden zu melden.
- j) Weitere Besonderheiten:
Entfällt.
- k) Zustimmung der pharmazeutischen Unternehmer:
Die folgenden pharmazeutischen Unternehmer haben für ihre Cotrimoxazol-haltigen Arzneimittel eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:
1 A Pharma GmbH, ALIUD Pharma GmbH, Berlin Chemie AG, Fair-Med Healthcare GmbH und Stadapharm GmbH.
Nicht verordnungsfähig sind in diesem Zusammenhang die Cotrimoxazol-haltigen Arzneimittel der Aspen Pharma Trading Limited International Financial Services Centre, CT Arzneimittel GmbH, Dr. R. Pflieger Chemische Fabrik GmbH, Euro OTC Pharma GmbH, Hexal Aktiengesellschaft, MEDA Pharma GmbH & Co. KG, ratiopharm GmbH, Sandoz Pharmaceuticals GmbH, sigapharm GmbH und T&D Pharma GmbH, da keine entsprechende Erklärung vorliegt.

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

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

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

Berlin, den 17. April 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Fortbildungsveranstaltung der AkdÄ in Kooperation mit der Landesärztekammer Thüringen und der KV Thüringen

Termin: Samstag, den 13. September 2014
10.00–13.00 Uhr
Tagungsort: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
Teilnahmegebühr: Kostenlos
Als Fortbildungsveranstaltung anerkannt
(mit 3 Punkten zertifiziert)
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. W.-D. Ludwig
Dr. med. K. Bräutigam
Auskunft: Karoline Luzar
Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
Tel.: 030 400456-518, Fax: 030 400456-555

Verzeichnis der Referenten

Prof. Dr. med. Hans Christian Kasperk
Facharzt für Innere Medizin, Heidelberg
Mitglied der AkdÄ
Dr. med. Amin-Farid Aly
Arzt mit Zusatzbezeichnung Medizinische Informatik, Berlin
AkdÄ
Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe
Facharzt für Pharmakologie, Heidelberg
Mitglied der AkdÄ
Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig
Facharzt für Innere Medizin (Hämatologie und internistische Onkologie,
Transfusionsmedizin), Berlin
Vorsitzender der AkdÄ

Wissenschaftliches Programm

Moderation: W.-D. Ludwig
10.00–10.15 Uhr Begrüßung
10.15–11.00 Uhr* Zweckmäßige Osteoporosetherapie
H. C. Kasperk
11.00–11.45 Uhr* Arzneimitteltherapiesicherheit:
Fallbeispiele, Lösungsansätze und Ausblick
A.-F. Aly
11.45–12.15 Uhr Pause
12.15–13.00 Uhr* Neue Arzneimittel 2013/2014 –
eine kritische Bewertung
U. Schwabe

* inkl. 15 Minuten Diskussionszeit

Für Ihren Terminkalender

Samstag, 13. September 2014
10.00–13.00 Uhr
Kassenärztliche Vereinigung
Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

**Fortbildungs-
veranstaltung
2014**

Absender

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

An der Fortbildungsveranstaltung 2014,
Samstag, den 13. September 2014
in Weimar, nehme ich teil.

Datum _____ Unterschrift _____

oder per Fax an: 030 400456-555

Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft

z. Hd. Frau K. Luzar

Postfach 12 08 64

10598 Berlin



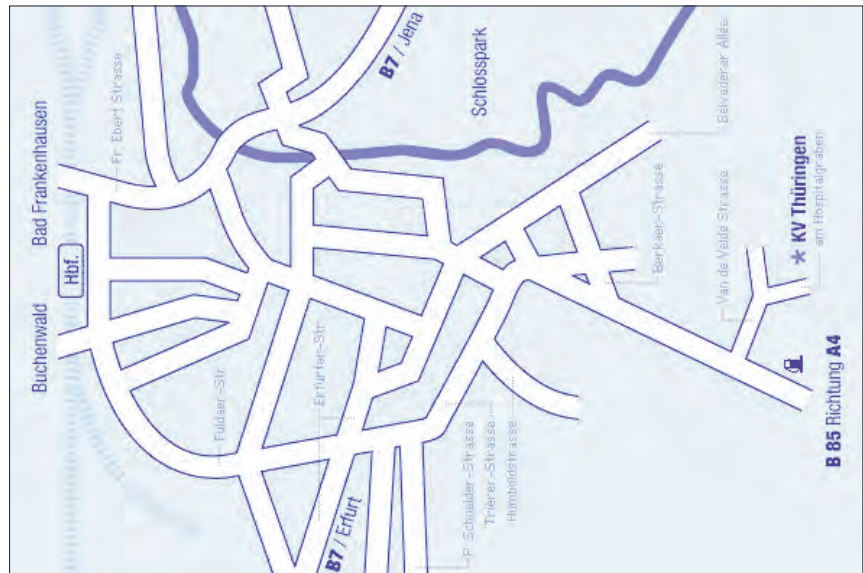


**Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft**
Fachausschuss der Bundesärztekammer

Geschäftsstelle
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel.: 030 400456-500
Fax: 030 400456-555
sekretariat@akdae.de
www.akdae.de

Fortbildungsveranstaltung 2014 in Weimar

Anfahrtskizze



Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkDÄ) ist ein wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer (BÄK).

40 ordentliche und ca. 130 außerordentliche ehrenamtlich arbeitende Mitglieder aus allen Bereichen der Medizin bilden die Kommission. Mitglieder aus Pharmazie, Pharmakökonomie, Biometrie und Medizinrecht ergänzen die medizinische Expertise. Aus den Reihen der ordentlichen Mitglieder wird ein fünfköpfiger Vorstand gewählt.

Die Geschäftsstelle mit derzeit 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern setzt die Beschlüsse des Vorstandes um und koordiniert die Arbeit der AkDÄ. Sie befindet sich im Haus der Bundesärztekammer in Berlin.

Die AkDÄ blickt auf eine lange Tradition zurück – eine Vorgängerorganisation wurde bereits 1911 gegründet. Seit 1952 besteht sie in ihrer jetzigen Form als Fachausschuss der Bundesärztekammer.

Aufgrund der häufig interessengeleiteten Informationsflut, der sich Ärztinnen und Ärzte in Deutschland in ihrem Praxis- und Klinikalltag gegenübersehen, legt die AkDÄ bei der Erarbeitung ihrer Produkte größten Wert auf die Unabhängigkeit der einbezogenen Mitglieder.

**Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft**
Fachausschuss der Bundesärztekammer



gemeinsam mit der
Landesärztekammer Thüringen und der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

**Fortbildungs-
veranstaltung
2014**

Samstag, den 13.09.2014
in Weimar
10.00–13.00 Uhr

Wissenschaftliche Leitung
Prof. Dr. med. W.-D. Ludwig
Dr. med. K. Bräutigam