



Editorial

KV-System widersteht Spaltungsbestrebungen

Amtliche Bekanntmachung

Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab gemäß der Beschlüsse in der Vertreterversammlung am 06.09.2014 und Änderungen der Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V im Teil B

Ihre Fachinformationen

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
 - Kennzeichnung von Heimbisuchen 1
 - Ambulante Behandlung von Wachkomapatienten 1
 - Abrechnung der Chronikerpauschalen der Haus- und Kinderärzte 1
 - Palliativmedizinische Versorgung der Haus- und Kinderärzte 1
 - Änderungen beim Bedrucken des Personalienfeldes ab 01.10.2014 2
- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
 - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 3
 - Packungsgrößen bei Arzneimitteln 4
 - E-Mail-Adresse bei Verordnung rezeptpflichtiger Medizinprodukte 5
 - Neue Empfehlungen der Ständigen Impfkommission – noch keine GKV-Leistung 5
 - Hinweise zur Gripeschutzimpfung 6
- **Qualitätssicherung**
 - Neues „Qualitätszertifikat MRE-Netzwerk Jena“ 6
 - Neue Qualitätssicherungsvereinbarung – Intravitreale Medikamenteneingabe 7
- **Verträge**
 - Hautscreening-Vertrag mit dem BKK-Landesverband Mitte für Versicherte unter 35 Jahre 7
 - Neuer Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie mit der BAHN-BKK 8
 - Vorabinformation über den geänderten Kontrastmittelbezug ab 01.01.2015 10
 - Übersicht der an dem IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden BKKn und teilnehmenden stationären Einrichtungen 11
 - Hausarztzentrierte Versorgung – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn 11
 - Vertrag „Starke Kids Thüringen“ – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn 11
- **Alles was Recht ist**
 - Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag 11
 - Informationspflichten gegenüber ausländischen Patienten –Thüringer Patientenmobilitätsgesetz 13

- **Informationen**
 - Verdacht des Missbrauchs von Fentanyl und Tilidin comp. 13
 - Vorgehen und Zuständigkeiten bei Ebola-Verdachtsfällen 14
- **Ärztliche Selbstverwaltung**
 - 18. Vertreterversammlung der KV Thüringen: Selbstbewusstsein der Mitglieder stärken 15

Terminkalender

| | |
|---|----|
| Termine zur Abrechnungsannahme für das 3. Quartal 2014 | 18 |
| 16. Herbsttagung der Mitteldeutschen Gesellschaft für Pneumologie & Thoraxchirurgie | 18 |
| Fortbildungsveranstaltung vom MRE-Netzwerk Jena | 19 |
| Informationsveranstaltung der Koordinierungsstelle für Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und Interessierte | 19 |
| Biathlon: Meisterschaften der Ärzte, wo sonst die Weltklasse trainiert | 20 |
| Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen | 20 |
| Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen | 23 |

KUNST in der KV Thüringen

| | |
|---|----|
| Ich suche nicht – ich finde! Mit Licht zeichnen | 26 |
|---|----|

Anlagen

- Anlage 1 – Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage VI – Off-Label-Use
- Anlage 2 – Off-Label-Use von Arzneimitteln gemäß Arzneimittel-Richtlinie
- Anlage 3 – KBV-Informationen für die Praxis: Informationen und Hinweise zur saisonalen Influenza
- Anlage 4 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am Hautscreening-Vertrag in Thüringen
- Anlage 5 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen
- Anlage 6 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung
- Anlage 7 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

Beilagen

- Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)
- Fortbildungskalender der KV Thüringen für das 4. Quartal 2014

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

verantwortlich: Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer

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

KV-System widersteht Spaltungsbestrebungen

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

Cui bono – Wem würde es nützen, wenn unter dem Dach der Kassenärztlichen Vereinigung getrennte Verwaltungseinheiten für hausärztliche, fachärztliche und psychotherapeutische Belange eingerichtet würden? Gibt es überhaupt Entscheidungen der Selbstverwaltung, die ausschließlich einen Versorgungsbereich berühren und keine Auswirkungen auf die ambulante Versorgung insgesamt hätten? Eine diesbezügliche Vorgabe im Berliner Koalitionsvertrag hat sich als unvereinbar mit dem gültigen Sozialrecht erwiesen. Damit stand die Kassenärztliche Bundesvereinigung in diesem Jahr vor der Aufgabe, selbst eine Lösung zu entwickeln, wie innerhalb der Selbstverwaltung die Interessen von Minderheiten gewahrt bleiben.

Die Vertreterversammlung der KV Thüringen hatte sich bereits im Dezember 2013 zur Einheit des KV-Systems bekannt und auch in ihrer Herbstklausursitzung keinen aktuellen Handlungsbedarf für Strukturveränderungen gesehen. Eingriffe des Gesetzgebers in die Selbstbestimmung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten werden von uns abgelehnt. Der Thüringer Vorstand vertritt mit einem Arbeitskreis aus Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten in Berlin eine Position, die auf Abkehr vom tradierten Lagerdenken und auf ein intensiveres Zusammenwirken der gemeinsam im Kollektivvertrag tätigen Gruppen gerichtet ist.

Die KBV-Vertreterversammlung beschloss schließlich mit mehr als zwei Drittel der abgegebenen Stimmen die Einrichtung eines Ausschusses, der im Bedarfsfall Beschlusanträge daraufhin prüft,

ob eine rein hausärztliche oder rein fachärztliche Frage vorliegt und daher nur die Delegierten des betroffenen Versorgungsbereiches darüber abstimmen sollen. Ob dieser Ausschuss wirklich nötig ist, wird die Zukunft zeigen. Wichtig ist das starke öffentliche Signal an die Politik, dass unsere Selbstverwaltung handlungsfähig ist und sich von Separatisten in den eigenen Reihen nicht blockieren lässt. Der prominente Hauptredner unserer diesjährigen Medizinischen Fortbildungstage in Erfurt, der Vorsitzende Richter am Bundessozialgericht Prof. Wenner, hatte der Ärzteschaft ins Stammbuch geschrieben: „Das System hat sich seit 1913 als so wandlungsfähig erwiesen, dass es immer wieder gelungen ist, es zu modernisieren. An einem Punkt wäre für mich eine Grenze erreicht: Wenn die Vertragsärzte sich wirklich organisatorisch und inhaltlich in Hausärzte und Fachärzte aufteilen wollen, ist das System nicht mehr steuerbar.“ Seine mahnenden Worte haben offenbar Gehör gefunden: 56 Berufsverbände schlossen sich auf Bundesebene einer Resolution gegen die Teilung des KV-Systems und für die Beibehaltung einer demokratischen Repräsentanz der Versorgungsbereiche in den Vertreterversammlungen an.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr



Dr. med. Thomas Schröter
2. Vorsitzender der KV Thüringen

**Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b SGB V
der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT)
Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 6. September 2014**

Die Vertreterversammlung bestätigt folgende durch den Vorstand gemäß Präambel Abs. 2 des Honorarverteilungsmaßstabes getroffene Regelungen:

1. Im § 9 Abs. 6 des HVM wird das Fachgruppenkontingent 19 mit Wirkung ab 01.10.2014 wie folgt klargestellt:

„Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte, **deren psychotherapeutische Leistungen mehr als 50 % jedoch nicht mehr als 90 % ihrer ärztlichen Leistungen umfassen.**“

2. Finanzierung der geriatrischen, palliativmedizinischen und sozialpädiatrischen Versorgung

Der Vorstand beschließt mit Wirkung vom 1. Quartal 2014 bis einschließlich 3. Quartal 2014 die Nichtanwendung des letzten Satzes in § 8 Abs. 3 Pkt. f), wonach bei einer Überschreitung des Vergütungsvolumens eine Quotierung der Leistung erfolgt.

Über die Fortgeltung entscheidet der Vorstand jeweils nach Vorlage der Abrechnungsergebnisse.

Daraus resultierend werden die Gebührenordnungspositionen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung, der palliativmedizinischen sowie sozialpädiatrischen Versorgung gemäß EBM Abschnitte 3.2.4, 3.2.5, 4.2.4 und 4.2.5 mit dem regionalen Punktwert (Orientierungswert 10,13 Eurocent) vergütet.

3. Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltepauschalen – Vergütung

Der Vorstand beschließt die Aussetzung des § 8 Abs. 3 Pkt. g) mit Wirkung vom 1. Quartal 2014 bis einschließlich 3. Quartal 2014. Daraus resultierend wird der Leistungsbedarf durch die neu in den hausärztlichen EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen des hausärztlichen Versorgungsauftrages (GOP 03040 und 04040) im Rahmen des individuellen Punktzahlvolumens gemäß § 8 Abs. 5 vergütet.

Änderungen der Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V im Teil B:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband den Teil B der Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V geändert (siehe Anlage).

ausgefertigt am: 6. September 2014

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

Teil B

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

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

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

1. Definition von Kategorien der Trennungsbeträge je Versicherten und Vorwegabzüge

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

- 1.1 **Vorwegabzüge** sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung **bedarfsabhängig** aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bildende Vergütungsvolumina, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag „Labor“ oder Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ zu bilden sind.
- 1.2 **Grundbeträge** sind **je Versicherten** zu bildende Beträge, die für laboratoriumsmedizinische Leistungen (Grundbetrag „Labor“), den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) sowie für den haus- (hausärztlicher Grundbetrag) und fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) **verpflichtend** bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt.
- 1.3 **Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge** sind **je Versicherten** **verpflichtend** im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik gemäß KBV-Vorgaben, Teil G (Grundbetrag „genetisches Labor“) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß KBV-Vorgaben, Teil H (Grundbetrag „PFG“) zu bilden sind. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus fachärztlichen Finanzmitteln. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.

Damit sind die zu bildenden Vergütungsbereiche abschließend beschrieben.

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

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

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

2.1 Feststellung der Ausgangswerte für die Grundbeträge

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

Die Ausgangswerte für die Bildung der **haus- und fachärztlichen Grundbeträge** in einem Abrechnungsquartal sind das gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B auf Basis der von den Krankenkassen tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen bestimmte hausärztliche Verteilungsvolumen (VV_{HÄ} gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 22.) und das fachärztliche Verteilungsvolumen (VV_{FÄ} gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 23.) jeweils zzgl. des Anteils der im Vorjahresquartal vor Trennung in den Versorgungsbereichen gebildeten Rückstellungen in Höhe des Betrages, der nach den im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktoren auf den Versorgungsbereich entfällt. Ggf. gebildete versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen sind Bestandteil des jeweiligen Verteilungsvolumens. Zusätzlich sind im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Quartale 1/2014 bis 3/2014 die Finanzmittel aus der Erhöhung des bereinigten Behandlungsbedarfs zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung² sowie in 3/2014 der quartalweise bereitgestellte Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung in Abzug zu bringen.

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

2.2 Korrektur der Ausgangswerte der Grundbeträge im aktuellen Abrechnungsquartal

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

Übersteigt der im 4. Quartal 2012 für die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen gebildete Vorwegabzug

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

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

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

Übersteigt im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckelungsvolumen³ der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreitet im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckelungsvolumen¹ der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug

³ Das Ausdeckelungsvolumen ist der für das jeweilige Quartal (1/2013 bis 3/2013) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil A, *Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs und zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen sowie Empfehlungen zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013* in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, Nr. 2.2.1 ermittelte abzuziehende Behandlungsbedarf multipliziert mit dem für das Jahr 2013 regional vereinbarten Punktwert. Für den Fall, dass die Ausdeckelung nicht in allen Quartalen erfolgte, ist in diesen analog das Verfahren, wie für das 4. Quartal beschrieben, anzuwenden.

„Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsdaten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

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

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

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

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

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

Anpassung der Grundbeträge

3. Fortschreibung der Grundbeträge

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 3.7** In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus dem bzw. in den jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags in der Höhe der gemäß dem gesamtvertraglich vereinbarten Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckelungen oder der Addition aufgrund von Eindeckelung bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten gemäß 8. der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

4. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Soweit die Summe der gemäß 2. bis 3. sowie gemäß KBV-Vorgaben, Teil G und Teil H gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge, die die gemäß 6. ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend den Anteilen der gemäß Nr. 8 für die im Vorjahresquartal bestimmten Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge dem jeweiligen Grundbetrag zugeführt oder entnommen.

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

5. Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen

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

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

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

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

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

Ausgleich von Unter- und Überschüssen

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

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

7.1 Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses gemäß KBV-Vorgaben, Teil E, Nr. 3.5 erfolgt nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Labor“ sowie den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

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

Darüber hinausgehende Anpassungen dürfen nicht durchgeführt werden.

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

8. Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge

Ab dem 1. Oktober 2014 bilden die Grundbeträge nach 3. bis 6. im Vorjahresquartal die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Ziffern 3.7 und 7 nicht basiswirksam sind, entsprechend nicht zu berücksichtigen. Auf der Basis dieser Ausgangswerte werden in jedem aktuellen Abrechnungsquartal die entsprechenden Grundbeträge gemäß den Verfahren gemäß 3. bis 6. festgelegt.

9. Überprüfung der Umsetzung

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

Anmerkungen:

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

Abrechnung/Honorarverteilung

Kennzeichnung von Heimbisuchen

Die Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2014 – siehe amtliche Bekanntmachung im vergangenen Rundschreiben – enthält im Teil 3, § 2a Abs. 1 eine Regelung zur Förderung von Leistungen der Pflegeheimversorgung. In diesem Zusammenhang ist es vorgesehen, dass neben der bekannten Kennzeichnung der sogenannten Mitbesuche in Pflegeheimen (GOP 01413H) noch weitere Abrechnungspositionen für Besuche im Pflegeheim mit einem H zu kennzeichnen sind. Das betrifft die GOP 01410H, 01411H und 01412H. Anders ist es bei der GOP 01415: Da sie ausschließlich für Heimbisuche berechnungsfähig ist, benötigen wir hier keine H-Kennzeichnung.

Wenn Sie diesbezügliche Korrekturen der Quartalsabrechnungen I/2014 und II/2014 wünschen, schicken Sie die Korrekturen bitte schriftlich an die Abteilung Leistungsabrechnung der KV Thüringen. Eine quartalsweise Liste der Pflegeheimpatienten mit Name, Vorname, Geburtsdatum und Kassennummer reicht dafür aus.

Ambulante Behandlung von Wachkomapatienten

Die Anlage 3 der Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen für das Jahr 2014 enthält eine Pauschale für die ambulante Behandlung von Wachkomapatienten. Alle Ärzte, die Wachkomapatienten ambulant behandeln, können die zusätzliche Aufwandspauschale nach GOP 99210 in Höhe von 150,00 € je Wachkoma-Patient und Quartal abrechnen. Dabei ist auf die Angabe des korrekten ICD-Kodes G93.80 – Apallisches Syndrom – zu achten. Diese Pauschale ist neben den regulären Gebührenordnungspositionen des EBM berechnungsfähig und wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Abrechnung der Chronikerpauschalen der Haus- und Kinderärzte

Die Abrechnung der Chronikerpauschalen im Kapitel 3 und 4 des EBM unterliegen etlichen Durchführungsbestimmungen. Eine Grundvoraussetzung der Vergütung ist, dass der Patient in den letzten vier Quartalen – inkl. aktuellem Quartal – in mindestens drei Quartalen in dieser Praxis wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) behandelt wurde, davon in zwei Quartalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt. Der Zeitraum entspricht also dem des Krankheitsfalles nach Bundesmantelvertrag.

Wichtig ist auch die Kennzeichnung der Chronikerpauschale beim Haus-/Kinderarztwechsel mit dem Buchstabenzusatz „H“. Diese Kennzeichnung wird im ersten Quartal der Übernahme der Behandlung des Patienten vorgenommen.

Seit dem 01.07.2014 ist die GOP 03221/04221 als Zuschlag zur GOP 03220/04220 im EBM definiert. Wir werden das bei der kommenden Quartalsabrechnung prüfen und bei Bedarf fehlende GOP mit entsprechenden Hinweisen zusetzen. Optimal ist die Abrechnung beider GOP in der vorgesehenen Reihenfolge. Soweit keine Abrechnungsausschlüsse gegen andere GOP am Tag bestehen, sollte die GOP 03220/04220 am Tag des **ersten** persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts und die GOP 03221/04221 am Tag des **zweiten** persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts abgerechnet werden.

Palliativmedizinische Versorgung der Haus- und Kinderärzte

Die Gebührenordnungspositionen der palliativmedizinischen Versorgung im Kapitel 3 und 4 des EBM sind für die Behandlung von schmerzkranken und sterbenden Patienten jedes Alters berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.

Soweit die behandlungsrelevanten ICD-Kodes nicht ausreichend genug auf diese Umstände hinweisen, kann zusätzlich der ICD-Kode Z51.5 „Palliativbehandlung“ angegeben werden.

Änderungen beim Bedrucken des Personalienfeldes ab 01.10.2014

Mit der Umstellung der Datenhaltung von der Versichertenkarte (KVK) auf die Strukturen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ändern sich zum 01.10.2014 die Vorgaben zum Bedrucken des Personalienfeldes und in dieser Folge alle Formulare, die ein solches Feld enthalten.

Die äußeren Abmessungen des Personalienfeldes, die Anzahl der Zeilen und der Zeichenpositionen bleiben unverändert. Dies hat den **Vorteil**, dass die **alten Formulare auch über den 30.09.2014 hinaus aufgebraucht werden können**.

Diese Änderungen haben auch Auswirkungen auf die Vorgaben für die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme. Durch das frühzeitige Informieren der PVS-Anbieter seit Oktober 2013 und die laufende Rezertifizierung aller Praxisverwaltungssysteme durch die KBV-Prüfstelle kann von einer reibungslosen Umsetzung der Änderungen ausgegangen werden.

Musterbeispiel für das Bedrucken des Personalienfeldes ab 01.10.2014:

| | | |
|--|--|---|
| Länderkennzeichen obligat | Krankenkasse bzw. Kostenträger Testort-Musterkasse/SVA 00 | - WOP-Kennzeichen statt bisheriger VKNR - dient der Zuordnung zum KV-Bereich des Versicherten |
| | Name, Vorname des Versicherten Mustermann-Müller geb. am 20.10.25 Musterweg 6 D 12345 Musterhausen 12/15 | |
| | Kostenträgerkennung 101234567 Versicherten-Nr. A123456789 Status 5 8 6 1 | - ASV-Kennzeichen „1“, wenn ein ASV-Arzt unter Angabe der ASV-Teamnummer (statt BSNR) Formulare bedruckt |
| | Betriebsstätten-Nr. 123456789 Arzt-Nr. 123456499 Datum 01.10.14 | |
| - neue Bezeichnung „Kostenträgerkennung“ - entspricht dem bisherigen IK der Kasse - jetzt 9-stellig inkl. vorangestellter „10“ | Versichertenart: 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner | DMP-Kennzeichen: 1 = Diabetes mellitus Typ 2 2 = Brustkrebs 3 = Koronare Herzkrankheit 4 = Diabetes mellitus Typ 1 5 = Asthma bronchiale 6 = COPD |
| | Besondere Personengruppe: 4 = BSHG (Bundessozialhilfegesetz) § 264 SGB V 6 = BVG (Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges) 7 = SVA-Kennzeichnung für zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht - Personen mit Wohnsitz im Inland, Abrechnung nach Aufwand 8 = SVA-Kennzeichnung, pauschal | |

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

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 eine Zulassung besitzen (siehe aktuelle Fachinformation des jeweiligen Arzneimittels). 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 wurde hier „**Dapson + Pyrimethamin zur Prophylaxe der Toxoplasmose-Enzephalitis**“. Den vollständigen Text der Bekanntmachung finden Sie in **Anlage 1** dieses Rundschreibens. Bitte beachten Sie, dass nicht alle Hersteller der entsprechenden Arzneimittel ihre Zustimmung für den Einsatz bei dieser Indikation erteilt haben. Die Bekanntmachung enthält eine Auflistung der verordnungsfähigen Präparate. Der Beschluss trat am 22.08.2014 in Kraft.

Die Anlage VI, Teil B führt die im Off-Label-Use ausgeschlossenen Arzneimittel auf. Neu aufgenommen und damit **nicht verordnungsfähig** sind „**Atovaquon + Pyrimethamin zur Prophylaxe der Toxoplasmose-Enzephalitis**“ und „Venlafaxin bei neuropathischen Schmerzen“. Diese Beschlüsse traten am 22.08. und 10.09.2014 in Kraft.

Eine vollständige Auflistung aller derzeit im Off-Label-Use verordnungsfähigen bzw. ausgeschlossenen Arzneimittel und Indikationen finden Sie in **Anlage 2** dieses Rundschreibens.

▪ Frühe Nutzenbewertung – Anlage XII der AM-RL

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

| Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum | Zugelassenes Anwendungsgebiet* | Zusatznutzen* |
|---|--|---|
| Bedaquilin (Sirturo®) 21.08.2014 | Behandlung der multiresistenten Tuberkulose in Kombination mit anderen Wirkstoffen | Bewertungsverfahren wurde eingestellt, da die Packungsgröße nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig ist (siehe Seite 4). |
| Canagliflozin (Invokana®) 04.09.2014 | Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Monotherapie oder Zusatztherapie zu anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln einschließlich Insulin | Ein Zusatznutzen ist bei keinem der nachfolgenden Einsatzgebiete belegt** . a) Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit; b) zweckmäßige Vergleichstherapie (z. V.) Sulfonylharnstoff c) Kombinationstherapie mit Metformin; z. V. Sulfonylharnstoff plus Metformin d) Kombinationstherapie mit einem anderen blutzuckersenkenden Arzneimittel; z. V. Sulfonylharnstoff plus Metformin e) Kombinationstherapie mit mind. zwei anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln; z. V. Metformin plus Insulin f) Kombinationstherapie mit Insulin mit oder ohne orales Antidiabetikum; z. V. Metformin plus Humaninsulin |

* 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 Erstattungsbeiträge. 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.

▪ Enzalutamid als Praxisbesonderheit anerkannt

Ab dem 01.09.2014 ist Enzalutamid (Xtandi®) bundesweit als Praxisbesonderheit nach § 106 Abs. 5a SGB V anzuerkennen. Der Erstattungsvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Hersteller zufolge gilt die Anerkennung ab dem ersten Behandlungsfall bei der Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet. Für dieses Anwendungsgebiet hatte der G-BA im Februar diesen Jahres einen Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen festgestellt.

Zu beachten ist, dass die Einleitung und Überwachung der Behandlung nur durch in der Therapie von Patienten mit Prostatakarzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie durch Fachärzte für Urologie und weitere an der Onkologievereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen soll. Als Praxisbesonderheit anerkannt wird Enzalutamid nur bei Patienten mit einem ECOG-Leistungsstatus 0, 1 oder 2.

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

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

Packungsgrößen bei Arzneimitteln

Wie viele Tabletten darf eine Arzneimittel-Packung enthalten, wenn diese zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet und abgegeben werden soll?

Das ist in Deutschland in der Packungsgrößenverordnung geregelt. Das Kennzeichen (N1 – N3) entspricht der vorgesehenen Therapiedauer. Die Verordnung enthält Vorgaben für alle Stoffgruppen und Darreichungsformen. Packungen, deren Inhalte die jeweils größte Packungsgröße übersteigen, dürfen nicht zu Lasten der GKV abgegeben werden. **Für Arzneimittel, die vor dem 01.07.2013 in Verkehr gebracht wurden, gelten Übergangsregelungen!**

Das Kennzeichen wird bestimmt nach der Anzahl der einzelnen Anwendungseinheiten (z. B. Tabletten), die in der Packung enthalten sind:

| OP | Fertigarzneimittel-Packungen für | Behandlungsdauer von | max. Abweichung* |
|----|--|----------------------|------------------|
| N1 | Akuttherapie oder zur Therapieumstellung | 10 Tagen | ± 20 % |
| N2 | Dauertherapie, die einer besonderen ärztlichen Begleitung bedarf | 30 Tagen | ± 10 % |
| N3 | Dauertherapie | 100 Tagen | - 5 % |

* maximal mögliche Abweichung der Anzahl der Behandlungseinheiten

Ist der Inhalt für eine mehr als 100-tägige Anwendung ausreichend, kann keine Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen.

Beispiel:

Da Bedaquilin (Sirturo®) zurzeit nur in einer Packungsgröße von 188 Tabletten für eine Behandlungsdauer von 24 Wochen angeboten wird, ist **keine Verordnung dieser Packung zu Lasten der GKV** möglich. Wann der Hersteller eine verordnungsfähige Packungsgröße auf den Markt bringen wird, ist unklar. Die Erstbehandlung

der multiresistenten pulmonalen Tuberkulose erfolgt meist stationär. Da die gesamte Behandlungsdauer jedoch 24 Wochen beträgt, kann eine Folgeverordnung durch niedergelassene Ärzte notwendig werden. Es ist empfehlenswert, in diesem Fall eine individuelle Kostenübernahme der Privatverordnung bei der Krankenkasse des Patienten zu beantragen.

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

E-Mail-Adresse bei Verordnung rezeptpflichtiger Medizinprodukte

Ende Juli trat die neue Medizinprodukte-Abgabeverordnung in Kraft. Einige Änderungen betreffen die verschreibungspflichtigen Medizinprodukte. Neben Adresse und Telefon- oder Telefaxnummer des verschreibenden Arztes muss jetzt auch die E-Mail-Adresse auf dem Rezept angegeben werden. Es unterliegen allerdings nur wenige Medizinprodukte der Verschreibungspflicht (z. B. MOVICOL Junior aromafrei, ALLEVYN Ag Adhesive Verband, URGOTÜL S AG Wundgaze). Bei Verordnung anderer Medizinprodukte ist die Angabe der E-Mail-Adresse nicht erforderlich. Medizinprodukte, welche vom Arzt appliziert werden müssen (z. B. Intrauterin pessare), dürfen nur noch an Fachkreise abgegeben werden. Hier ist keine Angabe der E-Mail-Adresse erforderlich.

Im europäischen Ausland ist die Angabe der E-Mail-Adresse des Arztes auf dem Rezept auch bereits bei der Verordnung von Arzneimitteln verpflichtend. Möchten Patienten in Deutschland ausgestellte Rezepte im Ausland einlösen, muss hier auch die E-Mail-Adresse angegeben werden.

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

Neue Empfehlungen der Ständigen Impfkommission – noch keine GKV-Leistung

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat ihre diesjährigen Impfempfehlungen im Epidemiologischen Bulletin 34/2014 veröffentlicht. Im Wesentlichen wurden folgende Neuerungen aufgenommen:

▪ Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)

Das Impfalter wurde herabgesetzt. Die Impfung soll nun im Alter von **9 bis 13 bzw. 9 bis 14 Jahren** erfolgen, je nach verwendetem Impfstoff. Das Impfschema mit zwei Dosen im Abstand von sechs Monaten ist dabei nach Fachinformation zu beachten. Bei Nachholimpfung und Vervollständigung der Impfserie im Alter von > 13 bzw. > 14 Jahren oder bei einem Impfabstand von mehr als sechs Monaten zwischen der 1. und 2. Dosis ist eine 3. Dosis erforderlich. Ein Nachholen der Impfung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist weiterhin vorgesehen.

▪ Impfung gegen Pneumokokken

Die medizinischen Indikationen wurden hinsichtlich der Immundefekte bzw. Immunsuppression konkretisiert. Außerdem wurde bei den anatomischen und Fremdkörper-assoziierten Risiken für eine Pneumokokkenmeningitis das Cochlea-Implantat in der beispielhaften Aufzählung ergänzt.

Die vollständige Empfehlung der STIKO finden Sie in deren Internetportal unter www.stiko.de.

Achtung!

Für GKV-Patienten gelten die Neuerungen erst, wenn sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in die Schutzimpfungs-Richtlinie übernommen werden. Sie werden dazu erneut im Rundschreiben informiert.

▪ Impfausweise

Für den Bezug von Impfausweisen gibt es keine Vorgaben oder Regelungen. Dies ist über verschiedene Anbieter, wie z. B. Deutsches Grünes Kreuz e. V., möglich.

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

Hinweise zur Gripeschutzimpfung

Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Gripeschutzimpfung 2014/2015:

- Rabattverträge bestehen für
 - Vaxigrip® 2014/2015 Fertigspritzen mit Kanüle
 - Xanaflu® 2014/2015 Fertigspritzen ohne Kanüle
- Bei der Verordnung ist die Angabe der vollständigen Bezeichnung des Impfstoffes (inkl. Angabe mit bzw. ohne Kanüle) notwendig.
- Die Verordnung erfolgt als **Sprechstundenbedarf** (SSB) zu Lasten der AOK PLUS.
- In medizinisch begründeten Fällen können auch andere Impfstoffe ebenfalls über SSB verordnet werden.
- Wenn Sie Impfstoffe ohne Kanülen auswählen, können die Kanülen nicht als SSB verordnet werden, sondern sind nach den allgemeinen Bestimmungen des EBM mit dem Honorar abgegolten.
- Für Kinder vor dem 7. Geburtstag können die Impfstoffe nach medizinischen Gesichtspunkten ausgewählt werden.
 - Für diese Altersgruppe besteht kein Rabattvertrag.
 - Entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie soll im Alter von 2 bis 6 Jahren der attenuierte Influenza-Lebendimpfstoff (LAIV) bevorzugt werden (Kontraindikationen beachten).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt Informationsmaterial zur Gripeschutzimpfung zur Verfügung. In **Anlage 3** dieses Rundschreibens erhalten Sie die Informationen für die Praxis. Zusätzliche Informationen für die Patienten als Kopiervorlage im A4-Format sowie ein Plakat für Ihre Praxis finden Sie im Internetportal der KV Thüringen unter „Aktuelle Meldungen“ (pdf-Dateien). Das Plakat können Sie auch über die KBV bestellen.

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

Qualitätssicherung

Neues „Qualitätszertifikat MRE-Netzwerk Jena“

Die Arbeitsgruppe MRE-Netzwerk Jena führt das „Qualitätszertifikat MRE-Netzwerk Jena“ ein. In den vergangenen Jahren haben sich eine Vielzahl von MRSA/MRE-Netzwerken unter Koordination des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) gegründet. Auch in Thüringen wurde unter Regie des Thüringer Landesamtes für Verbraucherschutz (TLV) das „MRE-Netzwerk Thüringen“ gegründet, welches sich aus den lokalen Netzwerken der kreisfreien Städte und Landkreise zusammensetzt.

Ziel der Netzwerkarbeit ist es, die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens an einem runden Tisch zu vereinen, um gemeinsam Strategien zu entwickeln, die individuell und regional erforderlich sind, um die Weiterverbreitung von MRE einzudämmen.

In Jena arbeitet die Arbeitsgruppe „Lokales MRE-Netzwerk der Stadt Jena“ seit 2012 mit den lokal ansässigen Akteuren des Universitätsklinikums, den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, dem Rettungsdienst und den ortsansässigen Laboren zusammen. Die ersten Projektziele sind bereits mit einer erfolgreichen Kooperation mit der Mitteldeutschen Sepsisallianz (MSA) des Forschungs- und Behandlungszentrums für Sepsis und Sepsisfolgen (CSCC) am Universitätsklinikum Jena sowie die Implementierung regelmäßiger Fortbildungsveranstaltungen und Fallkonferenzen erreicht wurden.

Eine neue Herausforderung stellt die Einführung eines Qualitätszertifikates dar, welches bei erfolgreicher Umsetzung der von der Arbeitsgruppe festgelegte Qualitätskriterien von allen teilnehmenden Institutionen erworben werden kann. Die wesentlichen Inhalte beziehen sich auf Maßnahmen der Basishygiene, deren Umsetzung ein essentieller Faktor zur Verhinderung der Weiterverbreitung von Multiresistenten Erregern (MRE) darstellt. Ausführliche Informationen zu den Inhalten und Vergabemodalitäten des Qualitätszertifikates sowie der geplanten Veröffentlichung der erfolgreich teilnehmenden Einrichtungen erfolgen während der gemeinsamen **Fortbildungsveranstaltung des „MRE-Netzwerk Jena“ und der KV Thüringen am 22.10.2014 in Jena, Thüringer Universitäts- und Landesbibliothek** (siehe Terminkalender auf Seite 19 dieses Rundschreibens).

Im Rahmen der Veranstaltung besteht die Möglichkeit, das Zertifikat zur „Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Risikopatienten, MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten“ für die Abrechnung der Leistungen des Abschnittes 30.12 EBM zu erwerben.

Die Netzwerkmitglieder hoffen auf eine rege Teilnahme der ambulant tätigen Kollegen.

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

Neue Qualitätssicherungsvereinbarung – Intravitreale Medikamenteneingabe

Zum 01.10.2014 wurden die neuen Gebührenordnungspositionen zur Intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Zeitgleich ist eine Qualitätssicherungsvereinbarung für die neuen EBM-Leistungen in Kraft getreten.

Diese neue QS-Vereinbarung regelt für insgesamt sechs Indikationen die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die räumliche und apparativ-technische Ausstattung, die hygienischen Anforderungen und die Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Intravitrealen Medikamenteneingabe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Leistungen nach den GOP 31371, 31372, 31373, 36371, 36372 und 36373 des EBM).

Um einen möglichst reibungslosen Übergang von den derzeit bestehenden Regionalverträgen zur Intravitrealen Medikamenteneingabe gemäß EBM zu sichern, wurde eine Übergangsregelung geschaffen. So dürfen Augenärzte, die vor dem 01.10.2014 Leistungen der Intravitrealen Medikamenteneingabe zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung in einem Operationsraum erbracht haben, bis zur Entscheidung über ihren Antrag, längstens jedoch bis zum 31.03.2015 die entsprechenden EBM-Leistungen abrechnen, wenn sie bis zum 31.12.2014 eine Genehmigung bei der KV Thüringen beantragen. Die fachlichen, räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen der QS-Vereinbarung müssen aber in jedem Fall bis zum 31.12.2014 gegenüber der KV Thüringen nachgewiesen worden sein.

Ärzte, die nach Kenntnisstand der KV Thüringen bisher an regionalen Verträgen zur Leistungserbringung teilgenommen haben, wurden bereits von der Abteilung Qualitätssicherung schriftlich informiert.

Die QS-Vereinbarung, das Antragsformular und den Beratungsleitfaden finden Sie im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → [Arzt/Psychoth.](#) → [Beratungsservice A–Z](#) → [I](#) → [Intravitrealen Medikamenteneingabe](#).

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

Verträge

Hautscreening-Vertrag mit dem BKK-Landesverband Mitte für Versicherte unter 35 Jahre

Die KV Thüringen und der BKK-Landesverband Mitte haben einen Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens abgeschlossen. Dieser tritt **zum 01.10.2014** in Kraft.

Im Nachfolgenden die wesentlichen Bestandteile des Vertrages:

▪ **Anspruchsberechtigter Personenkreis (Vertrag § 2)**

- Anspruchsberechtigt sind alle zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der teilnehmenden Betriebskrankenkasse versicherten Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres (1 Tag vor dem 35. Geburtstag).
- Die zur Durchführung der Hautkrebsvorsorge berechtigten Vertragsärzte übermitteln die vom Patienten unterzeichnete Teilnahmeerklärung (Anlage 1 des Vertrages) an die zuständige Betriebskrankenkasse.

▪ **Teilnahmevoraussetzungen Ärzte (Vertrag § 3)**

Teilnehmen können Vertragsärzte im Bereich der KV Thüringen, die als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten zugelassen oder als angestellter Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in einem zuge-

lassenem Medizinischen Versorgungszentrum bzw. in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V oder bei einem Vertragsarzt tätig sind. Voraussetzung sind ferner:

- zertifizierte anerkannte Fortbildung für das Hautkrebscreening (gemäß der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL Abschnitt D. II. § 31 i. V. m. § 32),
- Abgabe der vollständig ausgefüllten Teilnahmeerklärung (Anlage 4 des Vertrages).

▪ **Abrechnung und Vergütung (Vertrag § 6)**

- pauschaler Betrag in Höhe von 26,00 € für das Hautscreening (Abr.-Nr.: 99203B)
- pauschaler Betrag in Höhe von 7,00 € für eine medizinisch erforderliche Auflichtmikroskopie (Abr.-Nr.: 99202B)

Die Abrechnung erfolgt unter der Angabe der behandlungsrelevanten Diagnose gemäß ICD-10-GM über die KV Thüringen. Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Aufstellung der am Vertrag teilnehmenden BKKn ist diesem Rundschreiben (**Anlage 4**) beigelegt und wird im Folgendem quartalsweise aktualisiert.

Der vollständige Vertragstext (inkl. Anlagen) ist im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → [Arzt/ Psychoth.](#) → [Verträge](#) → [H](#) → [Hautscreening](#) → [BKK LV Mitte](#) veröffentlicht.

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Neuer Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie mit der BAHN-BKK

Mit Wirkung **zum 01.10.2014** wurde in Anlehnung an die bereits bestehenden Verträge mit der KKH, Novitas BKK und BARMER GEK ein Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie zwischen der BAHN-BKK und der KV Thüringen abgeschlossen. Im Unterschied zu den bisherigen Verträgen sind die Vergütungen bei den Anästhesisten abweichend geregelt. Die wesentlichen Eckpunkte des Vertrages sind:

1. Gegenstand des Vertrages

Durchführung einer Tonsillotomie sowie die Durchführung etwaiger Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese und/oder Paukendrainage), einschließlich der erforderlichen Nachbehandlungen bei Kindern, die das siebente Lebensjahr noch nicht vollendet haben

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte (Vertrag § 3)

HNO-Ärzte mit der Genehmigung zum ambulanten Operieren, Anästhesisten und konservativ tätige HNO-Ärzte die ihre Teilnahme an dem Vertrag mittels Teilnahmeerklärung (Anlage 1 des Vertrages) gegenüber der KV Thüringen erklären

3. Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte (Vertrag § 4)

- Teilnahmevoraussetzung für alle teilnahmeberechtigten Ärzte ist die Vorlage der unterschriebenen Teilnahmeerklärung.
- Operativ tätige HNO-Ärzte müssen den Nachweis einer erfolgreichen Teilnahme an einem Laserschutzkurs und
- den Nachweis einer jährlichen sicherheitstechnischen Überprüfung/Gerätewartung, der zur Tonsillotomie benötigten Geräte, gegenüber der KV Thüringen erbringen.
- Die Durchführung der Tonsillotomie darf ausschließlich mit folgenden Geräten der HNO-Chirurgie durchgeführt werden: Lasergeräte (CO2-Laser, Diodenlaser, Nd: YAG Laser), Radiofrequenzgeräte und Coblationsgeräte.

4. Teilnahme der Versicherten (Vertrag § 6)

- Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung (Anlage 2 des Vertrages) durch den/die Sorgeberechtigten.
- Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der BAHN-BKK, die das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

5. Leistungen (Vertrag § 7)

- ein umfassendes Aufklärungsgespräch mit dem/den Sorgeberechtigten
- Einschreiben des Versicherten
- Durchführung einer Tonsillotomie sowie die Durchführung etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe
- Durchführung von drei postoperativen Nachbehandlungen, wobei die erste Nachbehandlung durch den operativ tätigen Arzt durchgeführt wird und die zweite sowie dritte Nachbehandlung auch von einem konservativ tätigen HNO-Arzt vorgenommen werden kann

6. Vergütung und Abrechnung (Vertrag § 8 und § 10)

- Die Abrechnung erfolgt quartalsweise gegenüber der KV Thüringen.
- Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

7. Leistungen und Fallpauschalen des Operateurs

| Abr.-Nr. | Leistungen Operateur | Preis in € |
|----------|---|------------|
| 99228N | Durchführung einer Tonsillotomie | 440,00 |
| 99229N | Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, einseitiger Eingriff | 475,00 |
| 99230N | Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese ohne Paukendrainage, einseitiger Eingriff | 458,00 |
| 99231N | Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, beidseitiger Eingriff | 490,00 |
| 99232N | Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese ohne Paukendrainage, beidseitiger Eingriff | 473,00 |
| 99233N | Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie | 550,00 |
| 99234N | Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, einseitiger Eingriff | 585,00 |
| 99235N | Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese ohne Paukendrainage, einseitiger Eingriff | 568,00 |
| 99236N | Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, beidseitiger Eingriff | 600,00 |
| 99237N | Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese ohne Paukendrainage, beidseitiger Eingriff | 583,00 |

Die Abrechnungsnummern 99228N bis 99237N sind ausschließlich von den an dem Vertrag teilnehmenden operativ tätigen HNO-Ärzten abzurechnen. In diesen Abrechnungsnummern ist ebenfalls der Aufwand für die 1. Postoperative Nachbehandlung enthalten.

8. Leistungen und Fallpauschalen des Anästhesisten

| Abr.Nr. | Leistung | Preis in € |
|---------|---|------------|
| 99238N | Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie | 209,00 |
| 99239N | Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit oder ohne Paukendrainage, einseitiger Eingriff | 318,00 |
| 99240N | Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit oder ohne Paukendrainage, beidseitiger Eingriff | 318,00 |
| 99241N | Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie | 209,00 |
| 99242N | Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit oder ohne Paukendrainage, einseitiger Eingriff | 318,00 |
| 99243N | Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit oder ohne Paukendrainage, beidseitiger Eingriff | 318,00 |

9. Leistungen und Fallpauschalen für postoperative Nachbehandlungen

| Abr.-Nr. | Leistung | Preis in € |
|----------|---|------------|
| 99244N | Durchführung der zweiten postoperativen Nachbehandlung eine Woche nach erfolgter Operation | 10,00 |
| 99245N | Durchführung der dritten postoperativen Nachbehandlung vier bis sechs Wochen nach erfolgter Operation | 10,00 |

Die Abrechnungsnummern 99244N und 99245N können von den an dem Vertrag teilnehmenden operativ tätigen HNO-Arzt oder alternativ von einem konservativ tätigen HNO-Arzt abgerechnet werden.

Der vollständige Vertragstext (inkl. Anlagen) ist im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → [Arzt/ Psychoth.](#) → [Verträge](#) → [T](#) → [Tonsillotomie](#) → [BAHN-BKK](#) einsehbar.

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Vorabinformation über den geänderten Kontrastmittelbezug ab 01.01.2015

Die Vertragspartner haben sich im Rahmen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung über Änderungen bei der Verordnung und den Bezug von Kontrastmitteln für bildgebende Verfahren (Kontrastmittelbezug gemäß Abschnitt IV. Punkt 8) verständigt. Dies betrifft den Kontrastmittelbezug für den Zeitraum bis 31.12.2014 bzw. ab 01.01.2015.

1. Bis 31.12.2014 ist die BARMER GEK Kostenträger für die verordneten Kontrastmittel in Thüringen. Auf Rezepten (Muster 16), die in diesem Zeitraum über Kontrastmittel ausgestellt werden, ist im **Kostenträgerfeld „BARMER GEK“** einzutragen. Die Einreichung der Kontrastmittelbestellungen ist noch bis 31.12.2014 mit der **internetbasierten elektronischen Plattform** über eine gesicherte Internetverbindung (HTTPS) zwischen der Praxis des Arztes und dem Lieferanten mithilfe der von der BARMER GEK zur Verfügung gestellten internetbasierten elektronischen Plattform (BARMER ONLINE BUSINESS; **BOB®SSB**) möglich. **Ab 01.01.2015 ist die Internetseite für Bestellungen gesperrt.**
2. **Mit Wirkung ab 01.01.2015** ist die AOK PLUS Kostenträger für den gesamten Sprechstundenbedarf in Thüringen, d. h. auch für die Kontrastmittel. Auf Rezepten (Muster 16) über Kontrastmittel, die ab 01.01.2015 ausgestellt werden, ist im **Kostenträgerfeld „AOK PLUS“** und im **Feld Kassen Nr. das Institutionskennzeichen (IK) 10 59 98 018** einzutragen.

Die Bestellung von Kontrastmitteln ab 01.01.2015 (Rezepte: ausgestellt mit Kostenträgerfeld „AOK PLUS“) werden weiterhin bei der BARMER GEK – da diese nach wie vor federführend für die Ausschreibung von Kontrastmitteln zuständig ist – eingereicht.

Die Anschrift lautet:

**BARMER GEK, Postfach 1122, 73501 Schwäbisch Gmünd
Telefon: 0800 33 20 60 99 39 56.**

Freiumschläge dazu werden durch die BARMER GEK zur Verfügung gestellt.

Die BARMER GEK stellt die Lieferung gemäß der vom Arzt getätigten **PZN-bezogenen Bestellung** in den entsprechenden Behältnissen (z. B. Flaschen, Einwegspritzen, Kartuschen) an den Arzt innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Eingang der Bestellung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnis sicher. Der Tag, an dem die Bestellung erteilt wird, sowie Samstag, Sonntag und bundesweit und/oder in Thüringen geltende gesetzliche Feiertage zählen bei der Berechnung nicht mit.

Abweichungen von der Bestellung sind nur nach Rücksprache mit dem Arzt und dessen Zustimmung möglich. Sofern der Arzt eine Reklamation wegen Fristablauf geltend machen möchte, kann er unmittelbar nach Ablauf der fünf Arbeitstage die BARMER GEK telefonisch einschalten:

Support-Hotline: 0800 33 20 60 99 39 56

Die BARMER GEK stellt die Belieferung der Praxis entsprechend der Anforderung binnen 48 Stunden nach erfolgter Reklamation sicher. Nach Ablauf dieser 48-Stunden-Frist ist der Arzt berechtigt, die Bestellung telefonisch bei der BARMER GEK (Support-Hotline) zu stornieren. Erst nach der Stornierung ist er hinsichtlich dieser Bestellung bei der Wahl seines Lieferanten frei. Eine Reklamation wegen falscher, beschädigter und/oder unvollständiger Lieferung hat der Arzt auf gleichem Wege unmittelbar nach Erhalt der Ware auszulösen.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

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

Der BKK Landesverband Mitte hat uns die am IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden Betriebskrankenkassen (inkl. der BKKn, die an der Zusatzvereinbarung Sonographie teilnehmen) sowie die Perinatalzentren/ geburtshilflich-neonatologischen Schwerpunktkrankenhäuser für das 4. Quartal 2014 mitgeteilt. Die Übersicht ist diesem Rundschreiben (**Anlage 5**) beigefügt.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Hausarztzentrierte Versorgung – aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn

Die im 4. Quartal 2014 an dem BKK-Hausarztvertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen (BKKn) sind in **Anlage 6** dieses Rundschreibens aufgeführt.

Wir möchten die teilnehmenden Ärzte darauf hinweisen, diese Liste bei der Einschreibung von Versicherten zu beachten, da für Versicherte von **nicht teilnehmenden BKKn** keine Vergütung gewährt werden kann.

Ihre Ansprechpartner

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

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

Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen (BKKn) an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“ sind für das 4. Quartal 2014 in **Anlage 7** dieses Rundschreibens aufgeführt.

Wir möchten die teilnehmenden Ärzte darauf hinweisen, diese Liste bei der Einschreibung von Versicherten zu beachten, da für Versicherte von **nicht teilnehmenden BKKn** keine Vergütung gewährt werden kann.

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Alles was Recht ist

Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

Frage 1:

Ist der Arzt berechtigt, bei Nichterscheinen des Patienten trotz fest vereinbarten Termins ein Ausfallhonorar zu fordern?

In der Regel nicht. Ein Ersatzanspruch kann nur in absoluten Ausnahmefällen durch den Arzt geltend gemacht werden. Anerkannt ist dies lediglich dann, wenn der Arzt aufgrund fester Terminvergabe bei Nichterscheinen des Patienten definitiv keinen Ersatzpatienten annehmen und keine anderen ärztlichen Leistungen ausführen konnte.

Frage 2:

Ist es von Bedeutung, ob der Patient schuldhaft den Termin nicht absagt?

JA. Nur wenn der Patient verschuldet den Termin nicht einhält, kann ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden. Versäumt der Patient den Termin unverschuldet (z. B. telefonische Nichterreichbarkeit der Praxis; Umstände, die der Patient nicht beeinflussen konnte), kann er nicht zum Schadenersatz/zur Entrichtung eines Ausfallhonorars herangezogen werden.

Frage 3:

Welche Rechtsgrundlage besteht für die Geltendmachung des Ausfallhonorars?

Die Rechtsgrundlage ergibt sich aus den §§ 630b, 615 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in Verbindung mit dem gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in Form eines Vergütungsanspruches oder aber gem. §§ 280, 282, 252 BGB in Form eines Schadenersatzanspruches.

Frage 4:

Ist ein Aushang in der Praxis bezüglich eines möglichen Ausfallhonorars ausreichend?

NEIN. Ein Aushang bzw. das Aushändigen eines Informationsflyers oder aber der Vermerk auf dem Terminzettel stellen lediglich einen Hinweis dar, den vereinbarten Termin zwingend einzuhalten, berechtigen den Arzt jedoch nicht, ein Ausfallhonorar geltend zu machen.

Frage 5:

Muss mit dem Patienten eine schriftliche Vereinbarung geschlossen werden, wenn ein Ausfallhonorar geltend gemacht werden soll?

JA. Mittels schriftlicher Vereinbarung, welche der Patient unterzeichnen muss, kann er zur Zahlung eines Ausfallhonorars verpflichtet werden.

Notwendiger Inhalt einer solchen schriftlichen Vereinbarung ist, dass auf den konkret einzuhaltenden Termin verwiesen wird mit der Bitte, diesen einzuhalten, da hierfür notwendige Geräte im benötigten Zeitraum ausschließlich für den konkreten Patienten vorgehalten werden und der Termin nicht an andere Patienten vergeben werden kann. Des Weiteren muss die Vereinbarung eine schriftliche und verbindliche Zusage des Patienten enthalten, sofern er den Termin nicht einhalten kann, binnen einer gewissen Zeit den Termin abzusagen. Die Art und Weise der Terminabsage soll verbindlich festgelegt werden. Zu empfehlen ist hierbei die Absage per Telefon. Letztlich muss auch auf die Folge der Nichteinhaltung des Termins hingewiesen werden. Die schriftliche Vereinbarung muss ebenfalls eine Entlastungsmöglichkeit für unverschuldetes Nichterscheinen des Patienten enthalten und mit Datum und Unterschrift des Patienten versehen werden.

Frage 6:

In welcher Höhe kann das Ausfallhonorar geltend gemacht werden?

Hinsichtlich der Höhe kommt es auf den Einzelfall an. In jedem Fall muss es sich um eine angemessene Vergütung handeln. Es kann eine Pauschale für die Ausfallzeit gefordert werden, in welcher die durch die Nichterbringung der für den konkreten Behandlungsfall vorgesehenen Leistungen und die tatsächlich erzielten Einsparungen berücksichtigt werden oder aber das konkrete Ausfallhonorar für den Leistungsausfall entsprechend der Gebührenordnungspositionen nach dem EBM.

Frage 7:

Bis wann kann der Patient spätestens den Termin absagen?

Der Zeitpunkt, bis zu welchem ein Termin abgesagt werden kann, hängt von den Besonderheiten der Praxis ab, sollte aber zwischen 24 und 48 Stunden betragen. Kürzere Fristen sollten für die Termine gelten, welche unmittelbar auf einen Feiertag oder ein Wochenende folgen.

Frage 8:

Welche Erfolgsaussichten hat der Arzt, gerichtlich einen Anspruch auf Zahlung eines Ausfallhonorars geltend zu machen?

In der Rechtsabteilung liegen diesbezüglich keine Erfahrungswerte vor, da es sich hierbei um einen zivilrechtlichen Anspruch handelt, welcher nicht vor den Sozialgerichten erstritten werden kann.

Hinzuweisen ist jedoch darauf, dass der Arzt verpflichtet ist, den konkreten Nachweis zu führen, dass er anstelle des Patienten, wegen dessen verspäteter Absage, keinen Ersatzpatient behandeln und auch sonst keine weiteren ärztlichen Leistungen erbringen konnte.

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

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

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

Informationspflichten gegenüber ausländischen Patienten – Thüringer Patientenmobilitätsgesetz

Im Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen 2014, Nr. 7 ist mit Wirkung zum 30.07.2014 das Thüringer Gesetz über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Thüringer Patientenmobilitätsgesetz – ThürPatMobG) bekannt gegeben worden. In Umsetzung einer Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Europäischen Rats dient dieses Gesetz vordergründig der Erleichterung des Zugangs zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten der europäischen Union.

In diesem Zusammenhang möchten wir Sie darauf hinweisen, dass für Sie als niedergelassene Vertragsärzte und Psychotherapeuten keine wesentliche Neuregelung vorliegt. Vielmehr handelt es sich um die Festbeschreibung von Rechten und Pflichten der Ärzteschaft, welche bereits normativ über bestehende gesetzliche Regelungen für Sie verpflichtend sind.

In § 3 des ThürPatMobG werden u. a. die Informationspflichten gegenüber den grenzüberschreitenden Patienten geregelt. Hiernach bleibt es dabei, dass der Vertragsarzt/Psychotherapeut bei der Aufklärung ausländischer Patienten hinsichtlich der medizinischen Behandlung sicherstellen muss, dass dieser die vorgenommene Aufklärung hinreichend verstanden hat. Zur Überwindung eventuell vorliegender Sprachbarrieren hat der Arzt eine sprachkundige Person hinzuzuziehen. Die Gefahr von Missverständnissen muss sicher ausgeschlossen sein. Hinzugezogen werden können sprachkundige Angehörige des Patienten, Praxismitarbeiter oder ein anerkannter Dolmetscher. Die anfallenden Kosten müssen durch den Patienten getragen werden. Eine schriftliche Aufklärung mittels eines in der Sprache des Patienten verfassten Aufklärungsbogens genügt dem Erfordernis der Aufklärungspflicht nicht.

Ihre Ansprechpartnerin: Ass. jur. Franziska Körting, Telefon 03643 559-146

Informationen

Verdacht des Missbrauchs von Fentanyl und Tilidin comp.

Aus aktuellem Anlass möchte die KV Thüringen auf folgende Fälle des Verdachts auf Medikamentenmissbrauch hinweisen und um erhöhte Aufmerksamkeit bitten.

▪ Verordnung von Fentanyl – Verdacht des Missbrauchs

Zurzeit erreichen uns vermehrt Anrufe unserer Mitglieder, die den Verdacht äußern, dass Versicherte versuchen, die Verordnung von Fentanyl zu erschleichen. Da es sich bei dem Präparat um ein Schmerzmittel mit hoher Abhängigkeitsgefahr handelt, bitten wir um erhöhte Aufmerksamkeit bei der Verordnung von Fentanyl, insbesondere in folgenden konkreten Fällen:

Im Bereich Eisfeld suchen zwei Patienten aus Coburg, versichert bei der AOK, Facharztpraxen auf und erbitten die Verordnung von Fentanyl im Vertretungsfall. Sie geben vor, bei einem Hausarzt in Behandlung zu sein und an einem Bandscheibenvorfall zu leiden. Der Hausarzt, der von den Versicherten angegeben wird, ist tatsächlich im Urlaub, so dass das Aufsuchen des verordnenden Arztes im Vertretungsfall zunächst nachvollziehbar erscheint. Ebenso glaubwürdig geben die Versicherten das Vorliegen eines Bandscheibenvorfalles bzw. eines starken Rückenleidens vor. Im Nachhinein stellte sich jedoch jeweils heraus, dass die Versicherten bei dem angegebenen Hausarzt nicht in Behandlung waren und von diesem auch kein Fentanyl verordnet worden war.

Ein weiteres Mitglied zeigte uns an, dass ein Mann aus Eisenach unter Vorlage einer Versichertenkarte der AOK mit ausländischem Akzent versucht habe, Fentanyl verordnet zu bekommen. Er gab an, aus Koblenz nach Thüringen gezogen zu sein. Sein in Koblenz behandelnder Hausarzt habe aufgrund von Kniebeschwerden Fentanyl-Pflaster verordnet. Im Nachhinein stellte sich heraus, dass der vom Versicherten angegebene Hausarzt den Versicherten nicht kennt und ihm auch nie Fentanyl-Pflaster verordnet hat. Ebenso wurde später bekannt, dass keine Versicherung mehr bestand.

Es besteht daher der dringende Verdacht, dass es sich um Versuche handelte, unter Vorspiegelung falscher Tatsachen die Verordnung von Fentanyl zu erreichen.

▪ **Verordnung von Tilidin comp. – Verdacht des Missbrauchs**

Außerdem möchten wir Sie darüber informieren, dass im Wartburgkreis ein männlicher Patient, versichert bei der AOK PLUS, innerhalb eines Quartals mehrere Hausärzte aufgesucht hat, um eine Verordnung des Medikaments Tilidin comp. zu erhalten. Tilidin comp. ist ein starkes Schmerzmittel mit Suchtgefahr. Es besteht daher der Verdacht des Medikamentenmissbrauchs in Folge einer Suchterkrankung.

Vorgehen und Zuständigkeiten bei Ebola-Verdachtsfällen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im August den Ebola-Ausbruch in Westafrika als „Gesundheitliche Notlage mit internationaler Tragweite“ bewertet. Es handelt sich bei dem Ausbruchsgeschehen in Westafrika um den bisher größten Ebola-Ausbruch, bei dem auch erstmals Fälle in größeren Städten und in Städten mit Flughafen aufgetreten sind. Zudem sind zum ersten Mal drei Länder betroffen, in denen Erkrankungen in vielen oder fast allen Provinzen auftreten. Die WHO hält es für möglich, dass bei diesem Ausbruchsgeschehen mehr als 20.000 Menschen erkranken könnten (Ebola Response Roadmap vom 28.8.2014). Der aktuelle Sachstand zur Zahl der Erkrankungen und Todesfälle und den betroffenen Regionen und Staaten sowie Maßnahmen ist bei der Weltgesundheitsorganisation unter www.who.int abrufbar.

Für das seuchenhygienische Management in Deutschland gibt es ein Netzwerk von Kompetenz- und Behandlungszentren (STAKOB), die auf den Umgang mit hoch kontagiösen, lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten spezialisiert sind und deren Geschäftsstelle beim Robert Koch-Institut angesiedelt ist. Für die Beratung in speziellen infektionsepidemiologischen Fragestellungen, z. B. der Besprechung möglicher Verdachtsfälle, steht im Robert Koch-Institut (RKI) für die Fachöffentlichkeit eine **24-stündige Rufbereitschaft** zur Verfügung, die über die Telefonzentrale erreichbar ist (siehe www.rki.de/DE/Content/InfAZ/E/Ebola/Ebola_node.html).

Die KV Thüringen hat zudem am 02.09. auf ihrer Internetseite ein Schreiben des Thüringer Ministeriums Soziales, Familie und Gesundheit zu diesem Thema und einen Verweis zur ständig aktualisierten Seite des Robert-Koch-Instituts veröffentlicht. Diese Veröffentlichungen finden Sie im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → Presse → Publikationen. **Die wichtigsten drei Merkblätter des Robert Koch-Instituts liegen ebenso auf den Internetseiten der KV Thüringen vor.**

Bei Fragen hierzu wenden Sie sich bitte an Ihr zuständiges Gesundheitsamt. Wenn Sie darüber hinaus Fragen zum weiteren Vorgehen haben bzw. Unterstützung benötigen, können Sie vor Ort mit Ihrem Regionalstellenleiter Kontakt aufnehmen. Die Regionalstellenvorsitzenden wurden von der KV Thüringen aktuell informiert und haben die drei Merkblätter zugeschickt bekommen.

Ihr Ansprechpartner der KV Thüringen:

– Veit Malolepsy, Leiter Stabsstelle Kommunikation/Politik, Telefon 03643 559-192

Ärztliche Selbstverwaltung

18. Vertreterversammlung der KV Thüringen: Selbstbewusstsein der Mitglieder stärken

Die Rolle der KV Thüringen als selbstbewusste Interessenvertretung ihrer Mitglieder stand im Mittelpunkt der Vertreterversammlung am 5. und 6. September in Weimar. In einer Klausurtagung am 5. September diskutierten die Vertreter dazu Ideen und mögliche Entwürfe für ein Leitbild der KV Thüringen, Fragen der Struktur der ärztlichen Selbstverwaltung und Anforderungen an die Geschäftsstelle. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. med. Andreas Jordan, fasste die Diskussionen anschließend im öffentlichen Teil der Vertreterversammlung am 6. September folgendermaßen zusammen: „Es muss darum gehen, das Selbstbewusstsein der Thüringer Vertragsärzte zu stärken, damit sie aktiv ihre gemeinsamen Interessen vertreten können. Die Vertreter waren sich darüber einig, dass die Mitglieder der KV Thüringen ihre Strukturfragen autonom entscheiden wollen und Eingriffe des Gesetzgebers in Fragen der berufspolitischen Selbstverwaltung ablehnen.“ Die in der Vertreterversammlung besprochenen Themen sollen nun mit Hilfe der Regionalstellen an der Basis weiter diskutiert werden.

Als Beleg dafür, wie wichtig eine selbstbewusste Interessenvertretung der Vertragsärzte ist, verwies Dr. Jordan auf den Auftritt von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe beim gesundheitspolitischen Stammtisch der CDU-Bundestagsabgeordneten Antje Tillmann Ende August in Erfurt. Dass sich der Minister in seiner Rede kaum auf die ambulante fachärztliche Versorgung bezogen hatte, habe viele Thüringer Vertragsärzte verärgert. Mit Blick auf das Ergebnis der bundesweiten Honorarverhandlungen für die ambulante ärztliche Versorgung verwies Dr. Jordan auf die Kritik vieler Fachverbände, aber auch auf die Chancen im Rahmen der bevorstehenden Honorarverhandlungen für Thüringen.

▪ Auch der Vorstand betont Notwendigkeit selbstbewusster Interessenvertretung

Auch der Vorstand der KV Thüringen betonte in seinem Bericht die Notwendigkeit einer selbstbewussten Vertretung der gemeinsamen Interessen aller Thüringer Vertragsärzte und Psychotherapeuten. Die 1. Vorsitzende des Vorstandes, Dr. med. Annette Rommel, verwies dabei auf zwei aktuelle politische Debatten: zum einen auf die notwendige Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Morbidität bei den jährlichen Honoraranpassungen, zum anderen auf die Themen „Terminservicestellen“ und „Öffnung der Krankenhäuser“ – diese werde die KV Thüringen weiter kritisch begleiten, brauche dafür aber die aktive Unterstützung der Mitglieder. Mit Blick auf das Ergebnis der bundesweiten Honorarverhandlungen nannte Dr. Rommel die Erhöhung des durchschnittlichen Orientierungswertes um 1,4 % – wörtlich – „nicht zufriedenstellend“, lobte aber die ausgehandelten extrabudgetären Zuschläge für die fachärztliche Grundversorgung und für nicht-ärztliche Praxisassistenten in Hausarztpraxen.

Der 2. Vorsitzende des Vorstandes der KV Thüringen, Dr. med. Thomas Schröter, ging zunächst auf eine Pressemitteilung des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) ein, in der dieser den Abbau aller Arztstühle fordert, mit denen ein Versorgungsgrad von 100 % überschritten werde. Dr. Schröter sagte, in Thüringen würde das 715 Stühle von Ärzten und Psychotherapeuten betreffen, darunter 131 Hausarztstühle. Sie würden, anders als vom vdek behauptet, vorwiegend in ländlichen Regionen liegen, einige sogar in strukturschwachen Gebieten. Unterstützt von der Vertreterversammlung kündigte Dr. Schröter an, von den Thüringer Ersatzkassenvertretern eine Distanzierung zu verlangen. Mit Blick auf den Honorarbericht 2/2013 verwies Dr. Schröter auf die relative Unterfinanzierung fachärztlicher Leistungen. Außerdem kündigte er für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung die Errichtung eines Strukturfonds nach § 105 SGB V an, in den neben der KV auch die Kassen einzahlen müssen.

Die vollständigen Berichte des Vorstandes finden Sie auch im Internet unter www.kvt.de → [Über uns](#) → [Berichte des Vorstandes](#).

▪ Dr. med. Jens Krannich in den Vorstandsausschuss der KV Thüringen gewählt

Anschließend hatte die Vertreterversammlung ein neues Mitglied des Vorstandsausschusses der KV Thüringen zu wählen. Der Vorstandsausschuss ist lt. § 9 Abs. 3 der Satzung der KV Thüringen das Bindeglied zwischen Vertreterversammlung und Vorstand. Er hat die Aufgabe, den Vorstand zu beraten sowie die Vertreterversammlung bei ihren Überwachungs- und Kontrollaufgaben gegenüber dem Vorstand zu unterstützen. Er besteht aus dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung sowie aus je einem Mitglied aus dem Kreis der Hausärzte, der Fachärzte und der psychologischen Psychotherapeuten. PD Dr. med. habil. Carsten Boltze hatte seinen Sitz als fachärztliches Mitglied des Vorstandsausschusses zur

Verfügung gestellt. Als Kandidaten für seine Nachfolge schlug er Dr. med. Jens Krannich, niedergelassener Facharzt für Orthopädie aus Friedrichroda, vor. Weitere Kandidaten gab es nicht. Herr Dr. Krannich wurde mit 24 von 26 gültigen Stimmen gewählt.

gewählt: **Herr Dr. med. Jens Krannich**
26 abgegebene Stimmen: 24 Ja-Stimmen und zwei Nein-Stimmen

▪ Abrechnungsergebnisse des 1. Quartals 2014

Der Leiter der Stabsstelle Grundsatzfragen Honorar/EBM, Stephan Turk, stellte der Vertreterversammlung anschließend die Abrechnungsergebnisse des 1. Quartals 2014 vor. Insbesondere verwies er darauf, dass die KV Thüringen rund 1,1 Mio. € aus Rückstellungen dafür verwenden musste, um in sechs Facharztgruppen die Honorarquote des festen Honoraranteils auf Basis des Vorjahresquartals von 100 % und in 15 Facharztgruppen die Mindesthonorarquote des floatenden Anteils von 0,987 % zu erreichen.

In der Diskussion verwiesen mehrere Mitglieder der Vertreterversammlung darauf, dass die Thüringer Vertragsärzte im deutschlandweiten Vergleich die drittniedrigsten Fallwerte für ihre Leistungen erzielen. Dass sie höhere Gesamthonorare erwirtschaften, liege in erster Linie daran, dass sie mehr arbeiten als ihre Kollegen in den meisten anderen Bundesländern. Angeregt wurde zudem ein Vergleich der Honorarentwicklung über einen längeren Zeitraum, z. B. von 2005 bis 2013.

▪ Weiterentwicklung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM)

Der Hauptgeschäftsführer der KV Thüringen, Sven Auerswald, informierte die Vertreterversammlung über das Zertifikat und den Prüfbericht über die Umsetzung der KBV-Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung im HVM der KV Thüringen (Trennung der Gesamtvergütung). Demnach bescheinigen Zertifikat und Prüfbericht der KV Thüringen die korrekte und vollständige Umsetzung dieser Vorgaben im 4. Quartal 2014.

Herr Auerswald informierte zudem über die Ergebnisse der Benehmensherstellung mit den Krankenkassen zu den Beschlüssen der Vertreterversammlung vom 11.06.2014.

Die Vertreterversammlung befasste sich dann mit folgenden Anträgen:

– Vergütungsquoten der Kosten für Kapitel 40 EBM innerhalb der Morbi-Gesamtvergütung

Herr Dr. med. Michael Herzau hatte in der Sitzung der Vertreterversammlung vom 11.06.2014 beantragt, den HVM so zu ändern, dass Kostenpauschalen (Kapitel 40 HVM) generell mit einer Vergütungsquote von 100 % honoriert werden. Zur Begründung hatte er auf Verluste bei der Verwendung von Radionukliden durch Nuklearmediziner verwiesen.

Der Leiter der Stabsstelle Grundsatzfragen Honorar/EBM, Stephan Turk, stellte der Vertreterversammlung die entsprechenden Quoten vor. Er verwies auf gleichlautende Empfehlungen der beratenden Fachausschüsse für Hausärzte und Fachärzte, den Antrag abzulehnen. Dr. Herzau verwies darauf, dass ihm das Datenmaterial erst in der Vertreterversammlung zugänglich gemacht wurde.

BESCHLUSS

Dem Geschäftsordnungsantrag auf Vertagung wird zugestimmt. Der Antrag von Herrn Dr. Herzau bezüglich der Vergütungsquoten der Kosten für Kapitel 40 EBM innerhalb der Morbi-Gesamtvergütung wird auf die nächste Vertreterversammlung vertagt.

Der Beschluss ergeht mit 13 Ja-Stimmen, vier Gegenstimmen und neun Stimmenthaltungen.

– Begrenzung der floatenden Vergütungsquoten innerhalb der Morbi-Gesamtvergütung

Herr Dr. med. Michael Herzau hatte in der Sitzung der Vertreterversammlung vom 11.06.2014 beantragt, die floatenden Vergütungsquoten innerhalb der Morbi-Gesamtvergütung mit mindestens 20 % festzuschreiben und die notwendigen Mittel dafür aus Rückstellungen der KV Thüringen bereitzustellen. Mit Verweis auf die

Abrechnungsergebnisse für das 1. Quartal 2014 erklärte er, er wolle seinen Antrag vor allem als Kritik an den zum Teil extrem niedrigen Vergütungsquoten für einzelne Leistungen verstanden wissen. Den Antrag selbst zog er zurück.

– Veränderung der Verteilung des individuellen Punktzahlvolumens

Die Antragstellerin, Frau PD Dr. Malur, hatte den Antrag bereits zu Beginn der Vertreterversammlung zurückgezogen.

– Sachstandsbericht über vorläufige Beschlüsse des Vorstandes zur Honorarverteilung des 1. Quartals 2014:

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung bestätigt folgende durch den Vorstand gemäß Präambel Abs. 2 des Honorarverteilungsmaßstabes getroffenen Regelungen:

1. Finanzierung der geriatrischen, palliativmedizinischen und sozialpädiatrischen Versorgung

Der Vorstand beschließt mit Wirkung vom 1. Quartal 2014 bis einschließlich 3. Quartal 2014 die Nichtanwendung des letzten Satzes in § 8 Abs. 3 Pkt. f), wonach bei einer Überschreitung des Vergütungsvolumens eine Quotierung der Leistung erfolgt.

Über die Fortgeltung entscheidet der Vorstand jeweils nach Vorlage der Abrechnungsergebnisse.

Daraus resultierend werden die Gebührenordnungspositionen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung, der palliativmedizinischen sowie sozialpädiatrischen Versorgung gemäß EBM Abschnitte 3.2.4, 3.2.5, 4.2.4 und 4.2.5 mit dem regionalen Punktwert (Orientierungswert 10,13 Eurocent) vergütet.

2. Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltepauschalen – Vergütung

Der Vorstand beschließt die Aussetzung des § 8 Abs. 3 Pkt. g) mit Wirkung vom 1. Quartal 2014 bis einschließlich 3. Quartal 2014.

Daraus resultierend wird der Leistungsbedarf durch die neu in den hausärztlichen EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen des hausärztlichen Versorgungsauftrages (GOP 03040 und 04040) im Rahmen des individuellen Punktzahlvolumens gemäß § 8 Abs. 5 vergütet.

Der Beschluss ergeht einstimmig.

– Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes der KV Thüringen – Klarstellung in § 9, Abs. 6 HVM Fachgruppenkontingent 19:

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung bestätigt folgende durch den Vorstand gemäß Präambel Abs. 2 des Honorarverteilungsmaßstabes getroffene Regelung:

Im § 9 Abs. 6 des HVM wird das Fachgruppenkontingent 19 mit Wirkung ab 01.10.2014 wie folgt klargestellt:

„Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte, **deren psychotherapeutische Leistungen mehr als 50 %, jedoch nicht mehr als 90 % ihrer ärztlichen Leistungen umfassen.**“ ...

Der Beschluss ergeht mit einer Stimmenthaltung.

Die nächste Vertreterversammlung findet am 05.11.2014 statt.

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.

Ihre Ansprechpartnerin bei Verlängerung der Abgabefrist:

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

16. Herbsttagung der Mitteldeutschen Gesellschaft für Pneumologie & Thoraxchirurgie

Termin: **31.10. – 01.11.2014**
Tagungsort: Stadthalle Cottbus

Bitte melden Sie sich bei Teilnahme unbedingt für diese Tagung an, da diese **anmeldepflichtig** ist.

Tagungsorganisation: Agentur KONSENS GmbH
(einschl. Anmeldung) Heidrun Lunemann
Stockumer Str. 30, 59368 Werne
Telefon: 02389 5275-0
Telefax: 02389 5275-55
E-Mail: lunemann@agentur-konsens.de

Tagungspräsidenten: Dr. med. Michael Prediger
Dr. med. Olaf Schega
Carl-Thiem-Klinikum Cottbus GmbH
Thiemstr. 111, 03048 Cottbus
Telefon: 0355 461-322
Telefax: 0355 461-130
E-Mail: m.prediger@ctk.de

Fortbildungsveranstaltung vom MRE-Netzwerk Jena

Termin: **22.10.2014, 15:00 bis 18:00 Uhr**

Ort: Vortragsraum der Thüringer Universitäts- und Landesbibliothek, Bibliotheksplatz 2A, 07743 Jena

Themen:

- Infektionsprophylaktische Maßnahmen beim Nachweis von MRE
- Abrechnung und Vergütung MRSA
- Fallvorstellungen aus der Praxis und gemeinsame Diskussion
- Vorstellung des Qualitätszertifikates MRE-Netzwerk Jena

Sie erhalten die Möglichkeit, das **Zertifikat zur „Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Risikopatienten, MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten“** für die Abrechnung der Leistungen des Abschnittes 30.12 EBM zu erwerben.

Anmeldung: Gesundheitsamt Jena

Lutherplatz 3

07743 Jena

Telefon: 03641 493127

E-Mail: gesundheitsamt@jena.de

Diese Fortbildungsveranstaltung wurde im Rahmen des Fortbildungszertifikates der Landesärztekammer Thüringen mit vier Punkten der Kategorie A anerkannt.

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.

Biathlon: Meisterschaften der Ärzte, wo sonst die Weltklasse trainiert

Dieser Wettkampf ist schon Tradition: **Am 16.11.2014 finden in der Skisport-Halle in Oberhof** die 5. DKB-Meisterschaften im Biathlon für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker in Thüringen statt. An der Stelle, an der sonst die Biathleten der Weltklasse trainieren und sich messen, können Sie einen schönen Wintersporttag erleben und einen interessanten Wettkampf austragen.

Die vollständige Ausschreibung in ein Anmeldeformular finden Sie zum Herunterladen unter www.kvt.de → [Aktuelle Meldungen](#).

Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen

| Datum/ Uhrzeit | Thema/ Zertifizierung | Referent(en) | Zielgruppe/ Gebühr |
|---|--|---|---|
| Mittwoch, 01.10.2014, 15:00–17:30 Uhr | Der Honorarbescheid 3 Punkte, Kategorie A | Christina König, Leiterin der Abteilung Honorare/Widersprüche der KV Thüringen | Psychotherapeuten, Vertragsärzte Kostenfrei |
| 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 | Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 € |
| Samstag, 11.10.2014, 09:00–15:15 Uhr | Gemeinsamer Praxistag für Existenzgründer und Praxisabgeber der KV Thüringen und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Filiale Thüringen – Existenzgründer 4 Punkte, Kategorie A | Katrin Büttner, Steuerberaterin, Fachberaterin für Heilberufe (IFU/ISM gGmbH), Suhl Steffen Göhring, Leiter der Hauptabteilung Abrechnung der KV Thüringen Rechtsanwalt Dr. Lydia Hünicke, Rechtsanwältin für Medizinrecht, Erfurt Bernhard Koelmer, Filialleiter der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Erfurt Ronald Runge, betriebswirtschaftlicher Betreuer der KV Thüringen | Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 € |
| Samstag, 11.10.2014, 09:45–15:15 Uhr | Gemeinsamer Praxistag für Existenzgründer und Praxisabgeber der KV Thüringen und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Filiale Thüringen – Praxisabgeber 2 Punkte, Kategorie A | Katrin Büttner, Steuerberaterin, Fachberaterin für Heilberufe (IFU/ISM gGmbH), Suhl Rechtsanwalt Dr. Lydia Hünicke, Rechtsanwältin für Medizinrecht, Erfurt Bernhard Koelmer, Filialleiter der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Erfurt Ronald Runge, betriebswirtschaftlicher Betreuer der KV Thüringen | Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 € |

| Datum/ Uhrzeit | Thema/ Zertifizierung | Referent(en) | Zielgruppe/ Gebühr |
|--|--|--|---|
| Mittwoch, 22.10.2014, 14:00–18:00 Uhr | Verordnung enteraler und parente- raler Ernährung 5 Punkte, Kategorie A | Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KV Thüringen Dr. med. Jens Putziger, Ernährungs- mediziner der DGEM, Facharzt für Chirurgie, Fuldaabrück | Vertragsärzte Kostenfrei |
| Mittwoch, 22.10.2014, 15:00–18:00 Uhr | Leitliniengerechte Therapie des Typ-2-Diabetes – Welche Anforde- rungen bestehen für 2014? 4 Punkte, Kategorie A | Hon.-Prof. Dr. med. habil. Harald Schmechel, Internist/Diabetologe/ Hypertensiologe DHL, Erfurt | Vertragsärzte 45,00 € |
| Mittwoch, 22.10.2014, 15:00–18:00 Uhr | Privatabrechnung nach der Ge- bührenordnung für Ärzte (GOÄ) | Ernst Diel, Leiter Grundsatzfragen, Ärztliche VerrechnungsStelle Büdingen GmbH | Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 € |
| Mittwoch, 22.10.2014, 15:00–18:00 Uhr Freitag, 24.10.2014, 15:00–18:00 Uhr | Terminverschiebung EBM für Neueinsteiger – fachärztlicher Versorgungsbereich | Steffen Göhring, Leiter der Hauptabtei- lung Abrechnung der KV Thüringen | Vertragsärzte Kostenfrei |
| Freitag, 24.10.2014, 15:00–19:00 Uhr | Word 2010 (Grundkurs) | Dipl.-Math. oec. Stephan Büchner, Mitarbeiter der Abteilung Kostenträger/ Statistik der KV Thüringen | Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 € |
| Freitag, 24.10.2014, 15:00–18:00 Uhr | EBM für Neueinsteiger – fachärztlicher Versorgungsbereich 5 Punkte, Kategorie C | Steffen Göhring, Leiter der Hauptabtei- lung Abrechnung der KV Thüringen | Vertragsärzte Kostenfrei |
| Freitag, 24.10.2014, 15:00–18:00 Uhr Mittwoch, 22.10.2014, 15:00–18:00 Uhr | Terminverschiebung Leitliniengerechte Therapie des Typ-2-Diabetes – Welche Anforde- rungen bestehen für 2014? | Hon.-Prof. Dr. med. habil. Harald Schmechel, Internist/Diabetologe/Hy- pertensiologe DHL, Erfurt | Vertragsärzte 45,00 € |
| Samstag, 25.10.2014, 09:00–12:00 Uhr | Niederlassungsseminar zur Ver- ordnungs- und Wirtschaftlichkeits- beratung 4 Punkte, Kategorie A | Bettina Pfeiffer, Mitarbeiterin der Ab- teilung Verordnungsberatung der KV Thüringen | Vertragsärzte Kostenfrei |
| Samstag, 25.10.2014, 09:00–17:00 Uhr | Fortbildungscurriculum für Medizi- nische Fachangestellte „Nichtärzt- liche Praxisassistentin“ – Wahrnehmung und Motivation (C2) | Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach | Praxispersonal 120,00 € |
| Mittwoch, 29.10.2014, 14:00–19:00 Uhr | Arzneimittelregressprophylaxe – nicht verordnungsfähige Medika- mente unter besonderer Berück- sichtigung der Arzneimittel-Richt- linie 5 Punkte, Kategorie A | Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KV Thüringen | Vertragsärzte Kostenfrei |

Terminkalender

| Datum/ Uhrzeit | Thema/ Zertifizierung | Referent(en) | Zielgruppe/ Gebühr |
|---|--|--|--|
| Mittwoch, 29.10.2014, 15:00–19:00 Uhr | Veranstaltung ist ausgebucht. Buchhaltung in der Arztpraxis – Grundlage betriebswirtschaftlicher Praxisführung (Grundkurs) 7 Punkte, Kategorie C | Dipl.-Ök. Sabina Surrey, Gotha | Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 € |
| Mittwoch, 05.11.2014, 13:00–19:00 Uhr | Änderungen und Neuerungen QEP 7 Punkte, Kategorie A | Christel Mellenthin, QM-Beraterin (DGQ)/QEP-Trainerin, H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt | Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 120,00 € |
| Mittwoch, 05.11.2014, 15:00–17:30 Uhr | Der Honorarbescheid 3 Punkte, Kategorie A | Christina König, Leiterin der Abtei- lung Honorare/Widersprüche der KV Thüringen | Psychotherapeuten, Vertragsärzte Kostenfrei |
| Mittwoch, 05.11.2014, 15:00–19:00 Uhr | Veranstaltung ist ausgebucht. Fit am Empfang: Der erste Ein- druck zählt | Mechthild Wick, Personaltraining/ Coaching, Zert. Systemischer Coach, Stressmanagement- und Mentaltrain- erin, Unterschwaningen | Praxispersonal 45,00 € |
| Mittwoch, 05.11.2014, 15:00–18:00 Uhr | Diabetes-Schulungskurs für Praxispersonal, Teil 1 (unabhängig vom DMP) | Dr. med. Silke Haschen, Fachärztin für Innere Medizin in Diabetologischer Schwerpunktpraxis, Erfurt | Praxispersonal 45,00 € |
| Freitag, 07.11.2014, 13:00–19:00 Uhr | Praxismitarbeiter moderieren Teambesprechungen | Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin | Praxispersonal 80,00 € |
| Freitag, 07.11.2014, 15:00–18:00 Uhr | EBM für Fortgeschrittene – haus- ärztlicher Versorgungsbereich 5 Punkte, Kategorie C | Steffen Göhring, Leiter der Hauptabtei- lung Abrechnung der KV Thüringen | Vertragsärzte Kostenfrei |
| Freitag, 07.11.2014, 15:00–19:00 Uhr | Seminar zum Beratungsprogramm des Praxispersonals – Großmut- ters altbewährte Hausmittel neu entdeckt (Workshop), Teil 1 | Birgit Lotze, Naturheilkundliche Ernäh- rungsberaterin, Kneipp-Beraterin, Bad Frankenhausen | Praxispersonal 50,00 € |
| Samstag, 08.11.2014, 09:00–15:00 Uhr | Fortbildungscurriculum für Medizi- nische Fachangestellte „Nichtärzt- liche Praxisassistentin“ – Medizini- sche Dokumentation/Einsatz von Informations- und Kommunikati- onstechnologien (C3) (Anmeldung über die Landesärztekammer) | Dipl.-Bw. Christiane Maaß, Leiterin der Hauptabteilung Kassenärztliche Versorgung der KV Thüringen | Praxispersonal 60,00 € |
| Mittwoch, 12.11.2014, 15:00–18:00 Uhr | EBM für Neueinsteiger – hausärzt- licher Versorgungsbereich 5 Punkte, Kategorie C | Steffen Göhring, Leiter der Hauptabtei- lung Abrechnung der KV Thüringen | Vertragsärzte Kostenfrei |
| Mittwoch, 12.11.2014, 15:00–19:00 Uhr | Bausteine einer reibungslosen Praxisorganisation für Praxisper- sonal | Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin | Praxispersonal 45,00 € |
| Mittwoch, 12.11.2014, 15:00–17:00 Uhr | Praxisübergabe in zulassungsbe- schränkten Gebieten 3 Punkte, Kategorie A | Ronald Runge, Gruppenleiter Zulas- sung/Arztregister und betriebswirt- schaftlicher Betreuer der KV Thüringen | Psychotherapeuten, Vertragsärzte Kostenfrei |

| Datum/ Uhrzeit | Thema/ Zertifizierung | Referent(en) | Zielgruppe/ Gebühr |
|--|---|--|--|
| Mittwoch, 12.11.2014, 15:00–18:00 Uhr | Arztrecht leicht gemacht 3 Punkte, Kategorie A | Ass. jur. Bettina Jäger-Siemon, Leiterin der Rechtsabteilung der KV Thüringen | Vertragsärzte Kostenfrei |
| Freitag, 14.11.2014, 14:00–19:30 Uhr Samstag, 15.11.2014, 08:30–15:30 Uhr | Qualitätsmanagement in Arzt- praxen – Einführungsseminar zu Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) 14 Punkte, Kategorie H | Christel Mellenthin, QM-Beraterin (DGQ)/QEP-Trainerin, H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt | Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 250,00 € |
| Freitag, 14.11.2014, 15:00–19:00 Uhr | Excel 2010 (Grundkurs) | Dipl.-Math. oec. Stephan Büchner, Mitarbeiter der Abteilung Kostenträger/ Statistik der KV Thüringen | Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 € |
| Freitag, 14.11.2014, 15:00–19:00 Uhr | NLP: Effektiver Weg zur Verän- derung 5 Punkte, Kategorie A | Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Teamlei- terin, Ziola GmbH, Eisenach | Praxispersonal, Psychotherapeuten, 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

▪ Diabetes mellitus – Neues zu frühen Signalen und individueller Therapie

- Diabetes mellitus Typ 2 – Prävention, Diagnostik und Schnittstellenmanagement/DMP,
Dr. med. Hans-Martin Reuter, Jena
- Parodontitis und Diabetes – Zusammenhänge zwischen Stoffwechseleinstellung und Mundgesundheit,
Dr. med. dent. Ralf Kulick, Jena
- Diabetestherapie 2014 – individualisiert und effektiv,
PD Dr. med. Rainer Lundershausen, Erfurt

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

▪ Drogennotfälle

Termin: 12.11.2014, 16:00 bis 19:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: PD Dr. med. Michael Kretzschmar, Gera
Gebühr: 45 €
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

▪ Kleine psychotherapeutische Schatzkiste für den Hausarzt

Termin: 14.11.2014, 15:00 bis 19:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dr. med. Antje Habenicht, Jena
Gebühr: 50 €
Zertifizierung: 7 Punkte, Kategorie C

▪ Kompaktkurs Notfallmedizin zur Anerkennung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Termin: 14.11.2014, 08:30 Uhr, bis 22.11.2014, 17:15 Uhr
Ort: Kursort Weimar, genaue Räumlichkeiten werden noch bekanntgegeben
Leitung: Dr. med. Jens Reichel, Jena
Gebühr: 980 €
Zertifizierung: 80 Punkte, Kategorie H

▪ Strukturierte curriculare Fortbildung Impfen zum Erwerb des Impfzertifikates

- Notwendigkeit und Zielstellung von Impfungen, Impfsituation in Deutschland und Thüringen
- Impfstoffarten und Umgang mit Impfstoffen
- Technische Anforderungen beim Impfen
- Rechtsfragen beim Impfen
- Standardimpfungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- Indikationsimpfungen
- Echte und falsche Kontraindikationen
- Finanzierung, Verordnung und Abrechnung von Impfungen
- Impfmanagement in der Praxis

Termin: 15.11.2014, 09:00 bis 18:00 Uhr
 Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
 Leitung: Prof. Dr. med. Wolfgang Pfister, Jena
 Gebühr: 100 €
 Zertifizierung: 12 Punkte, Kategorie A

▪ **Aktuelles aus der Ernährungsmedizin**

- Ballaststoffe und Darmgesundheit, Dipl.-Troph. Anita Fechner, Jena
- Mangelernährung bei Senioren – Nahrungsergänzung erforderlich?, Prof. Dr. med. Gerhard Jahreis, Jena
- Arteriosklerose/Fettstoffwechselstörungen – Rolle der Ernährung, Prof. Dr. rer. nat. Stefan Lorkowski, Jena
- Bedeutung der Fette und Öle in der Ernährung, Dipl.-Troph. Katrin Kuhnt, Jena

Termin: 26.11.2014, 16:30 bis 18:30 Uhr
 Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
 Leitung: Prof. Dr. med. Günter Stein
 Gebühr: gebührenfrei
 Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

Fortbildung für das Praxispersonal

▪ **Notfallseminar für Praxispersonal**

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

Termin: 05.11.2014, 16:00 bis 20:00 Uhr
 Ort: MVZ FA-Zentrum Kaffeetrichter, Schillerstraße 25, 99096 Erfurt
 Leitung: Dr. med. Eberhard Müller, Erfurt
 Gebühr: 40 €

Ich suche nicht – ich finde! Mit Licht zeichnen

Mein fotografischer Blick

Erst wenn ich beim Blick durch den Sucher in Gedanken ganz bei einem kleinen Ausschnitt bin und die Welt dann gegenwärtig weit außerhalb in den Hintergrund getreten (also schwarz) ist, beginnt bei mir die Komposition des Bildes und damit die Fotografie. So ist das Fotografieren neben anderen musischen Interessen zur Leidenschaft geworden und da ich nicht all zu viel Energie in die Technik setzen wollte, entschloss ich mich, intensiver den Blick auf die Bildkomposition zu richten.

Die Art der Bildkomposition ist von den Intentionen des Fotografen abhängig. Dazu gehören subjektive Empfindungen und die Schaffung einer gewünschten Bildaussage. Zur Kompositionshilfe gibt es mehrere Prinzipien, die meist harmonische Verhältnisse zwischen Bildelementen herstellen. Technik und Künstlerisches Sehen ergänzen sich, sie gehören zusammen.

Dabei ist meine persönliche Auffassung, dass die technische Ausführung der Kamera bei meinen Aufnahmen nicht allein das Entscheidende ist, auf das ich besonderen Wert lege, sondern vielmehr beflügelt mich in erster Linie das Finden durch plötzliches Entdecken eines Motivs oder Ausschnittes.

Das Thema meiner Ausstellung bezieht sich auch auf das Licht, das zum Fotografieren eine überaus große Rolle spielt. Das ist ein wichtiger Grundsatz aus der Lehre der Fotografie. Ich halte eher in meiner fotografischen Sprache etwas Bildhaftes fest, in meiner eigenen Handschrift, die mich momentan freudig bewegt.

Es ist immer eine Gratwanderung zwischen dem „Gefundenen“ und dem richtigen Moment das „Gefundene“ so aufzunehmen, dass es dem visuellen, dem scharfsichtigen auch entspricht, es so fotografisch zu erwischen, dass meine Intuition, mein Geistesblitz, dann der Zeitpunkt und die Helligkeit, des Tageslichtes stimmig sind. So ist der Moment unantastbar und nicht wiederholbar.

Den Moment authentisch, ja augenblicklich real zu erfassen, ohne ihn zu erzwingen, ohne ihn zu beeinflussen, ohne ihn zu zerstören und gleichzeitig noch das vorhandene Licht zu nutzen, ist immer wieder für mich beim Fotografieren eine Herausforderung. So gehören Kreativität, Spontaneität und Gestaltungstrieb meiner Meinung nach zu den wichtigsten Elementen nicht nur in der Fotografie, sondern in allen künstlerischen Bereichen.

Carola-Manuela Riemer



Die Fotoschau anlässlich des 70. Geburtstages der Künstlerin Carola Riemer ist bis 26. Januar 2015 im Foyer der KV Thüringen zu sehen. Am 13. Dezember um 11:00 Uhr findet eine festliche Einführung in die Ausstellung statt.

Beschluss



Gemeinsamer
Bundesausschuss

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

Vom 22. Mai 2014

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Mai 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 22. Mai 2014 (BAnz AT 11.08.2014 B2), wie folgt zu ändern:

- I. Der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie wird in Teil A eine Ziffer XXV wie folgt angefügt:
„XXV. Dapson + Pyrimethamin zur Prophylaxe der Toxoplasmose- Enzephalitis
1. Hinweise zur Anwendung von Dapson + Pyrimethamin zur Prophylaxe der Toxoplasmose- Enzephalitis gemäß § 30 Abs. 2 AM-RL
 - a) Nicht zugelassenes Anwendungsgebiet (Off-Label-Indikation):
Dapson + Pyrimethamin zur Prophylaxe der zerebralen Toxoplasmose (siehe „Spezielle Patientengruppe“, „Patienten, die nicht behandelt werden sollen“).
 - b) Behandlungsziel:
Verhinderung von Episoden zerebraler Toxoplasmosen.
 - c) Welche Wirkstoffe sind für die entsprechende Indikation zugelassen?
Zurzeit ist kein Wirkstoff zur Prophylaxe der Toxoplasmose zugelassen. Zur Behandlung der Toxoplasmose haben folgende Wirkstoffe eine Zulassung: Sulfadiazin, Spiramycin, Pyrimethamin.
 - d) Speziellen Patientengruppe:
Toxoplasma gondii- seropositive HIV-Patienten oder andere Patienten mit schwerem Immundefekt (unter 100 CD4-Zellen/ μ l) und mit gleichzeitiger Unverträglichkeit für Cotrimoxazol (Trimethoprim / Sulfamethoxazol).
 - e) Patienten, die nicht behandelt werden sollen:
Patienten mit nur geringgradigem Immundefekt und Patienten, die Cotrimoxazol (Trimethoprim / Sulfamethoxazol) tolerieren.
 - f) Dosierung:
Die wöchentliche Dosis beträgt üblicherweise 200 mg Dapson und 50 mg Pyrimethamin (beides oral gegeben).
 - g) Behandlungsdauer:
Die Prophylaxe kann wieder abgesetzt werden, wenn die CD4-Zellen unter antiretroviraler Therapie angestiegen sind und mindestens drei Monate über 200/ μ l liegen.

BAnz AT 21.08.2014 B5

- h) Wann sollte die Behandlung abgebrochen werden?
Bei Unverträglichkeit oder Unwirksamkeit (Toxoplasmose-Enzephalitis-Episode trotz erfolgter Einnahme).
- i) Nebenwirkungen/Wechselwirkungen im Off-Label-Use, wenn diese über die zugelassene Fachinformation hinausgehen oder dort nicht erwähnt sind:
Unverträglichkeit von Dapson bei Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase (G6DH)-Mangel. Deshalb ist vor Einsatz des Medikaments eine Bestimmung der G6DH erforderlich.
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 Dapson- und/oder Pyrimethamin-haltigen Arzneimittel eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind: RIEMSER Pharma GmbH und GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG.

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

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

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

Berlin, den 22. Mai 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

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

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

| | Beschluss | In Kraft getreten am |
|-------|---|----------------------|
| I | unbesetzt* | |
| II | unbesetzt* | |
| III | Carboplatin-haltige Arzneimittel bei fortgeschrittenem nichtkleinzelligem Bronchialkarzinom – Kombinationstherapie | 21.01.09 |
| IV | Dinatriumcromoglycat-haltige Arzneimittel (oral) bei systemischer Mastozytose | 27.05.07 |
| V | Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter | 16.12.10 |
| VI | Anwendung von Fludarabin bei anderen als in der Zulassung genannten niedrig bzw. intermediär malignen B-Non-Hodgkin-Lymphomen als chronische lymphatische Leukämie | 07.05.11 |
| VII | Etoposid bei Ewing-Tumoren in verschiedenen Kombinationen | 15.10.11 |
| VIII | Doxorubicin beim Merkelzellkarzinom | 23.09.11 |
| IX | Verapamil zur Prophylaxe des Clusterkopfschmerzes | 25.10.12 |
| X | Clostridium botulinum Toxin Typ A bei Spasmodischer Dystonie (Laryngealer Dystonie) | 12.06.12 |
| XI | Irinotecan bei kleinzelligem Bronchial-Karzinom, extensive Disease | 06.04.13 |
| XII | Intravenöse Immunglobuline bei Polymyositis (Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf) und bei Dermatomyositis im Erwachsenenalter (Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf) | 17.07.13 |
| XIII | 5-Fluorouracil in Kombination mit Mitomycin und Bestrahlung bei Analkarzinom | 08.05.13 |
| XIV | Hydroxycarbamid bei chronischer myelomonozytärer Leukämie | 16.10.13 |
| XV | Imiquimod zur Behandlung analer Dysplasien als Präkanzerosen bei HIV | 16.10.13 |
| XVI | Mycophenolat Mofetil bei Myasthenia gravis | 03.12.13 |
| XVII | Intravenöse Immunglobuline bei Myasthenia gravis | 11.07.14 |
| XVIII | Amikacin bei Tuberkulose | 03.12.13 |
| XIX | unbesetzt* | |
| XX | Gabapentin zur Behandlung der Spastik im Rahmen der Multiplen Sklerose | 28.03.14 |
| XXI | Cisplatin in Kombination mit Gemcitabin bei fortgeschrittenen Karzinomen der Gallenblase und Wege | 11.07.14 |
| XXII | Lamotrigin bei zentralem neuropathischen Schmerz nach Schlaganfall | 11.07.14 |
| XXIII | Cotrimoxazol (Trimethoprim/Sulfamethoxazol) zur Prophylaxe von Pneumocystis-Pneumonien | 30.07.14 |
| XXIV | Cotrimoxazol (Trimethoprim/Sulfamethoxazol) zur Prophylaxe der Toxoplasmose-Enzephalitis | 30.07.14 |
| XXV | Dapson + Pyrimethamin zur Prophylaxe der Toxoplasmose-Enzephalitis | 22.08.14 |

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

| | Beschluss | In Kraft getreten am |
|------|---|----------------------|
| I | unbesetzt* | |
| II | Inhalatives Interleukin-2 (Proleukin®) zur Therapie des Nierenzellkarzinoms | 21.07.06 |
| III | Interleukin-2 in der systemischen Anwendung beim metastasierten malignen Melanom | 12.03.10 |
| IV | Gemcitabin in der Monotherapie beim Mammakarzinom der Frau | 09.07.10 |
| V | Octreotid beim hepatozellulären Karzinom | 04.09.10 |
| VI | Amantadin bei der Multiplen Sklerose zur Behandlung der Fatigue | 06.08.11 |
| VII | Valproinsäure für die Migräneprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen | 12.01.12 |
| VIII | Dapson in der Monotherapie zur Behandlung der Pneumocystis carinii Pneumonie | 15.10.11 |
| IX | Aldesleukin (auch als Adjuvans) bei HIV/AIDS | 15.10.11 |
| X | Intravenöse Immunglobuline bei HIV/AIDS im Erwachsenenalter (auch als Adjuvans) | 29.02.12 |
| XI | Doxorubicin bei Gliomrezidiv | 09.08.12 |
| XII | Etoposid bei (Weichteil-)Sarkomen des Erwachsenen in Kombination mit Carboplatin | 09.08.12 |
| XIII | Liposomales Doxorubicin bei kutanen T-Zell-Lymphomen (nach Versagen von PUVA und INF α , Chlorambucil) | 11.07.14 |
| XIV | Atovaquon+ Pyrimethamin zur Prophylaxe der Toxoplasmose-Enzephalitis | 22.08.14 |
| XV | Venlafaxin bei neuropathischen Schmerzen | 10.09.14 |

* Diese Beschlüsse sind durch Zulassung entsprechender Präparate wieder entfallen.

Für oben nicht genannte Arzneimittel im Off-Label-Use gilt weiterhin:

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

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

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

Die Anwendung muss jedoch hierbei medizinisch-fachlich **unumstritten** sein. Sofern die vom BSG aufgestellten Voraussetzungen nicht gegeben sind, scheidet eine Verordnung zu Lasten der GKV auf rotem Muster 16 aus (konkrete Hinweise siehe Rundschreiben 11/2013 in den Verordnungstipps).



INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Impfung Influenza

September 2014

Informationen und Hinweise zur saisonalen Influenza

Zu Beginn der Influenzasaison 2014/2015 möchten wir Sie auf einige Punkte aufmerksam machen:

Saisonaler Influenzaimpfstoff 2014/2015

Die Weltgesundheitsorganisation und der Ausschuss für Humanarzneimittel bei der Europäischen Arzneimittelagentur haben ihre Empfehlungen zur Zusammensetzung eines trivalenten und quadrivalenten Influenzaimpfstoffes veröffentlicht. Diese schützen nicht nur gegen Erreger der saisonalen Influenza, sondern auch – wie bereits seit 2009 – gegen das „Schweinegrippe-Virus“ A/H1N1. Die Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffes für die Saison 2014/2015 hat sich gegenüber der Saison 2013/2014 nicht geändert.

Personenkreis mit Impfempfehlung bleibt unverändert

Die Empfehlungen der STIKO zur Influenzaimpfung haben sich im Vergleich zum Vorjahr nicht geändert. Sie ist (auch in der Schutzimpfungs-Richtlinie) weiterhin als Standardimpfung bei Personen über 60 Jahre und als Indikationsimpfung für folgende Gruppen vorgesehen:

- Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens, beispielsweise
 - chronische Herz-Kreislauf-, Leber-, Nieren- oder Stoffwechselkrankheiten, chronische Krankheiten der Atmungsorgane, HIV-Infektion, Immundefekte
 - Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben sowie vergleichbar schwere chronische neurologische Erkrankungen, die zu respiratorischen Einschränkungen führen können
- Schwangere ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel (bei erhöhtem Risiko infolge eines Grundleidens ab erstem Schwangerschaftsdrittel)
- Bewohner von Alters- oder Pflegeheimen

Beruflich bedingte Indikationen zur Impfung aufgrund erhöhter Gefährdung liegen zum Beispiel bei Personen mit viel Publikumsverkehr und beim medizinischen Personal vor (vergleiche Anlage 1 der Schutzimpfungs-Richtlinie).

Risikogruppen
unverändert



Thema: Impfung Influenza

Gripeschutz für Kinder: Nasenspray für Zwei- bis Sechsjährige

Die STIKO empfiehlt, bei Kindern von zwei bis sechs Jahren einen nasalen Impfstoff (abgeschwächter Lebendimpfstoff) einzusetzen, wenn keine Kontraindikationen bestehen. Der G-BA hatte diese Empfehlung 2013 in seine Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen. Durch die nasale Applikation soll eine mukosale Immunität direkt an der Eintrittspforte der Influenzaviren induziert werden.

Bei Zwei- bis Sechsjährigen bevorzugt nasalen Impfstoff anwenden

Impfung von medizinischem Personal wichtig

Die Impfquote bei medizinischem Personal ist mit 22 Prozent (RKI-Studie) – trotz expliziter Impfempfehlung der STIKO und der Vorgaben des Arbeitsschutzes – sehr niedrig. Aus diesem Grund soll hier noch einmal auf die Wichtigkeit der Impfung für medizinisches Personal hingewiesen werden. Durch den direkten Kontakt mit an Influenza erkrankten Patienten besteht ein erhöhtes Risiko, selbst zu erkranken. Gleichzeitig stellt medizinisches Personal auch eine mögliche Infektionsquelle für die von ihm behandelten und betreuten Patienten dar. Deshalb denken Sie bitte daran: Mit der Impfung schützen Sie sich selbst und Ihre Patienten. Bitte achten Sie aus Gründen des Arbeitsschutzes auch darauf, dass Ihre Mitarbeiter geimpft sind.

Impfquote des medizinischen Personals erhöhen

Vergütung

Die Influenzaimpfung wird für die in der Schutzimpfungs-Richtlinie aufgeführten Risikogruppen ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen vergütet, das heißt die Krankenkassen stellen für jede Impfung zusätzliches Geld bereit. Gegebenenfalls haben Kassenärztliche Vereinigungen regionale Vereinbarungen mit Krankenkassen zur Gripeschutzimpfung geschlossen, die eine Übernahme der Impfkosten auch für weitere Patientengruppen vorsehen. Erkundigen Sie sich daher diesbezüglich bei Ihrer KV.

Vergütung ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen

So können Sie Ihre Patienten zum Impfen motivieren

Für viele Patienten ist das Gespräch mit dem Arzt die wichtigste Informationsquelle, um sich für oder gegen eine Impfung zu entscheiden. Um die Impfmotivation zu erhöhen, sollten Sie und Ihr Praxispersonal die Patienten gezielt ansprechen. Hier einige Tipps:

ärztlicher Rat ist stärkste Motivation für eine Impfung

- Nutzen Sie die Möglichkeit eines praxisinternen Erinnerungssystems. Markieren Sie beispielsweise in Ihrer Kartei, ob ein Patient geimpft werden soll. Einfacher geht es mit Recall-Systemen, die einige Softwarehersteller anbieten. Ihr Praxisrechner erinnert Sie dann automatisch.
- Erinnern Sie auch Patienten, die Sie im vorigen Jahr geimpft haben. Eine Untersuchung des Robert Koch-Institutes über drei Saisons zeigte nämlich, dass lediglich 36 Prozent der geimpften Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko (über 60-Jährige, chronisch Erkrankte etc.) jedes Jahr eine Influenzaimpfung erhalten haben.

Recall nutzen

auch geimpfte Patienten ansprechen



Thema: Impfung Influenza

- Legen Sie Informationsmaterial im Wartezimmer aus, etwa die Patienteninfo und das Plakat „Gib der Grippe eine Abfuhr!“ (erhältlich über versand@kbv.de) sowie den Impf-Flyer „Gib Viren und Bakterien keine Chance“ (auch als Kopiervorlage in sechs Sprachen auf der KBV-Homepage und über KV-SafeNet* abrufbar).

Mehr Informationen

Mehr Informationen finden Sie auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de. Dort stehen auch ein Videofilm zum Gripeschutz für Sie und Ihr Personal sowie eine Patienteninformation bereit. Weiteres erfahren Sie über Ihre KV und das Robert Koch-Institut (www.rki.de). Auf der Seite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) steht die Schutzimpfungs-Richtlinie.

Hinterher ist man immer schlauer – jetzt kostenlos die PraxisNachrichten abonnieren unter www.kbv.de/PraxisNachrichten. Mit dem Newsletter informiert die KBV jeden Donnerstag über alles, was für die Praxis wichtig ist.

Informationen für
das Wartezimmer

Links

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

Anlage 4 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am Hautscreening-Vertrag in Thüringen

| Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert) | VKNR |
|--|-------|
| actimonda krankenkasse | 21405 |
| atlas BKK ahlmann | 03407 |
| BKK 24 | 09416 |
| BKK Achenbach Buschhütten | 18403 |
| BKK advita | 48412 |
| BKK Akzo Nobel – Bayern – | 67411 |
| BKK B. Braun Melsungen | 42401 |
| BKK BJB | 18415 |
| BKK Braun-Gillette | 40426 |
| BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI | 25408 |
| BKK der SIEMAG | 18515 |
| BKK der Thüringer Energieversorgung | 89407 |
| BKK Deutsche Bank AG | 24413 |
| BKK Diakonie | 19402 |
| BKK Dürkopp Adler | 19409 |
| BKK evm | 47419 |
| BKK EWE | 12407 |
| BKK exklusiv | 09402 |
| BKK Freudenberg | 53408 |
| BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER | 19410 |
| BKK Herford Minden Ravensberg | 19479 |
| BKK Herkules | 42419 |
| BKK IHV | 45402 |
| BKK KARL MAYER | 40417 |
| BKK KBA/West | 67407 |
| BKK Linde | 45411 |
| BKK MAHLE | 61435 |
| BKK MEDICUS | 95408 |
| BKK Melitta Plus | 19540 |
| BKK MEM | 90403 |
| BKK Miele | 19473 |
| BKK PFAFF | 49417 |
| BKK Pfalz | 49411 |
| BKK Publik | 07430 |

Anlage 4 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am Hautscreening-Vertrag in Thüringen

| Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert) | VKNR |
|--|-------|
| BKK RWE | 09409 |
| BKK Salzgitter | 07417 |
| BKK S-H | 01417 |
| BKK Technoform | 08425 |
| BKK Textilgruppe Hof | 65424 |
| BKK VBU | 72421 |
| BKK VDN | 18544 |
| BKK VerbundPlus | 62461 |
| BKK VICTORIA-D.A.S. | 24430 |
| BKK Vital | 49409 |
| BKK Werra-Meissner | 42420 |
| BKK Wirtschaft & Finanzen | 42406 |
| BKK Würth | 61487 |
| Debeka BKK | 47410 |
| Die Continentale BKK | 02422 |
| E.ON Betriebskrankenkasse | 31418 |
| energie-BKK | 09450 |
| ESSO BKK | 02413 |
| Heimat Krankenkasse | 19418 |
| pronova BKK | 49402 |
| Salus BKK | 40410 |
| Shell BKK/LIFE | 02409 |
| TUI BKK | 09452 |
| Vaillant BKK | 37431 |
| Vereinigte BKK | 40418 |
| WMF Betriebskrankenkasse | 61477 |

Quelle: BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte
Stand: 4. Quartal 2014

Anlage 5 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen

| Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert) | VKNR | Zusatzvereinbarung Sonographie |
|---|-------------|-----------------------------------|
| actimonda krankenkasse | 21405 | + |
| atlas BKK ahlmann | 03407 | + |
| BKK 24 | 09416 | + |
| BKK A.T.U | 68415 | |
| BKK Achenbach Buschhütten | 18403 | |
| BKK advita | 48412 | |
| BKK Aesculap | 58430 | |
| BKK Akzo Nobel – Bayern – | 67411 | + |
| BKK B. Braun Melsungen | 42401 | |
| BKK Beiersdorf AG | 02402 | |
| BKK BJB (Sitz in Arnshausen) | 18415 | + |
| BKK BMW | 69401 | |
| BKK Braun-Gillette | 40426 | |
| BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI | 25408 | + |
| BKK der SIEMAG | 18515 | |
| BKK der Thüringer Energieversorgung | 89407 | |
| BKK Deutsche Bank AG | 24413 | |
| BKK Diakonie | 19402 | + |
| BKK Dürkopp Adler | 19409 | |
| BKK Ernst & Young | 42402 | |
| BKK EUREGIO | 21407 | |
| BKK EWE | 12407 | |
| BKK exklusiv | 09402 | |
| BKK Faber-Castell & Partner | 69405 | |
| BKK firmus | 03412 | |
| BKK Gildemeister Seidensticker | 19410 | |
| BKK Herford Minden Ravensberg (BKK HMR) | 19479 | |
| BKK IHV | 45402 | |
| BKK KARL MAYER | 40417 | |
| BKK KBA | 67407 | |
| BKK KEVAG KOBLENZ BKK EVM (Namensänderung) | 47419 | |
| BKK LINDE | 45411 | |
| BKK MAHLE | 61435 | |
| BKK MEDICUS | 95408 | |
| BKK Melitta Plus | 19540 | + |
| BKK MEM | 90403 | + |
| BKK MIELE | 19473 | |
| BKK Mobil Oil | 09455/63405 | + |

Anlage 5 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen

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

Quelle: BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte

Stand: 4. Quartal 2014, Änderungen gegenüber dem 3. Quartal 2014 sind rot gekennzeichnet.

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

Anlage 5 – Übersicht der teilnehmenden stationären Einrichtungen am IV-Vertrag „Hallo Baby“ in Thüringen

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

| Beginn | Name des Krankenhauses | Adresse | Verantwortlicher Chefarzt | Telefonnummer |
|------------|--|---|--|------------------------------|
| 07.08.2008 | Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH | Bärwinkelstraße 33 99310 Arnstadt | Dipl.-Med. Thomas Michel | 03628 919-329 |
| 14.08.2008 | Helios Klinikum Erfurt GmbH | Nordhäuser Straße 74 99089 Erfurt | Priv.-Doz. Dr. med. Gert Naumann | 0361 7814000 0361 7814001 |
| 21.08.2008 | SRH Zentralklinikum Suhl gGmbH | Albert-Schweitzer-Str. 2 98527 Suhl | Dr. med. Dr. rer. nat. Hans-Heinrich Warnecke komm. Chefarzt | 03681 355302 |
| 01.11.2008 | Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena | Bachstraße 18 07743 Jena | Prof. Dr. Schleußner | 03641 933230 |
| 22.01.2009 | St. Georg Klinikum Eisenach gGmbH | Mühlhäuser Straße 94–95 99817 Eisenach | Dipl.-Med. Andrea Lesser | 03691 698240 |
| 18.02.2009 | Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH | Henry-van-de-Velde-Straße 2 99425 Weimar | Dr. med. Jörg Herrmann | 03643 571600 |

Quelle: BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte
Stand: 4. Quartal 2014

**Anlage 6 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung
in Thüringen**

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

Anlage 6 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen

| Betriebskrankenkasse (alphabetisch sortiert) | VKNR |
|---|-------|
| BKK Rieker.Ricosta.Weisser | 58440 |
| BKK RWE | 09409 |
| BKK Salzgitter | 07417 |
| BKK SBH | 58435 |
| BKK Scheufelen | 61449 |
| BKK S-H | 01417 |
| BKK Technoform | 08425 |
| BKK Textilgruppe Hof | 65424 |
| BKK VBU | 72421 |
| BKK VDN | 18544 |
| BKK VerbundPlus | 62461 |
| BKK VICTORIA-D.A.S. | 24430 |
| BKK Vital | 49409 |
| BKK vor Ort | 18405 |
| BKK Voralb HELLER*LEUZE*TRAUB | 61493 |
| BKK Werra-Meissner | 42420 |
| BKK Wirtschaft & Finanzen | 42406 |
| BKK Würth | 61487 |
| BKK ZF & Partner | 47434 |
| Daimler BKK | 61491 |
| Debeka BKK | 47410 |
| Die Continentale BKK | 02422 |
| E.ON Betriebskrankenkasse | 31418 |
| energie-BKK | 09450 |
| ESSO BKK | 02413 |
| Heimat Krankenkasse | 19418 |
| Metzinger BKK | 62418 |
| mhplus BKK | 61421 |
| Novitas BKK | 02407 |
| pronova BKK | 49402 |
| R+V BKK | 45405 |
| Salus BKK | 40410 |
| Schwenninger BKK | 58434 |
| SECURVITA BKK | 02406 |
| Shell BKK/LIFE | 02409 |
| SKD BKK | 67412 |
| Südzucker-BKK | 52405 |
| TUI BKK | 09452 |
| Vaillant BKK | 37431 |
| Vereinigte BKK | 40418 |
| WMF Betriebskrankenkasse | 61477 |

Stand: 4. Quartal 2014, Änderungen gegenüber dem 3. Quartal 2014 sind rot gekennzeichnet.

Anlage 7 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

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

Stand: 4. Quartal 2014, keine Änderungen gegenüber dem 3. Quartal 2014