



Editorial

Sichere Netzanbindung der Praxis-EDV: Pflicht ab nächstem Quartal!

Amtliche Bekanntmachung

Änderung der Richtlinie zur vertragsärztlichen Tätigkeit von Vertragsärzten und Psychotherapeuten an weiteren Orten außerhalb des Vertragsarztsitzes (Nebenbetriebsstätten-Richtlinie)

Ihre Fachinformationen

Abrechnung/Honorarverteilung

Individuelle Punktzahlvolumina bzw. zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für das 4. Quartal 2014	1
Fallstricke in der DMP-Abrechnung	1
Umsetzung des Vertrages zur Überweisungssteuerung mit der AOK PLUS	2
GOP 06225 EBM: Augenärztliche Strukturpauschale neben IVM	2

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – Veranstaltung im Rahmen der Medizinischen Fortbildungstage Thüringen 2015	3
Ergänzung der Prüfvereinbarung – Hepatitis-C-Behandlung	3
Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie	3
Substitutionsausschlussliste – Wirkstoffverordnung vermeiden	5
Änderung der Psychotherapie-Richtlinie in Kraft getreten	6

Sicherstellung

Anpassung des Bedarfsplanes für den Zulassungsbezirk der KV Thüringen	7
Thüringer Förderpaket für Haus- und Fachärzte für das Jahr 2015	7

Disease-Management-Programme

Neue Vordrucke der DMP-Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten	8
Informationen zu den Disease-Management-Programmen	8

Verträge

Namensänderung der BKK der Thüringer Energieversorgung	8
Diabetisches Fußsyndrom – Vertragsanpassungen des Thüringer Strukturvertrages mit der AOK PLUS	8
Thüringer Pflegeheimvertrag mit der AOK PLUS – Aufnahme einer weiteren Pflegeeinrichtung	9

Alles was Recht ist

Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag	9
--------------------------------------------------------------------	---

Terminkalender

Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena	11
Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen	11
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	13

Anlagen

- Anlage 1 – Durchschnittliche Punktzahlvolumina (PVZ) und Fallzahlen des Vorjahresquartals pro Fachgruppe sowie die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nach § 13 HVM/4. Quartal 2014
- Anlage 2 – Flyer zur Fortbildungsveranstaltung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft am 10.06.2015 in Erfurt im Rahmen der Medizinischen Fortbildungstage
- Anlage 3a – 2. Protokollnotiz vom 28.11.2014 zu § 7 der Prüfvereinbarung vom 23.04.2013
- Anlage 3b – 3. Protokollnotiz vom 16.12.2014 zu den §§ 1, 11, 12 und 13 der Prüfvereinbarung vom 23.04.2013
- Anlage 4 – Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, in Kraft getreten am 15.04.2015
- Anlage 5 – Maßnahmenübersicht zu den Beschlüssen des Landesausschusses für das Jahr 2015

Im Rundschreiben 3/2015 sind uns bei der Veröffentlichung der Arzneimittelvereinbarung (Anlage 1a) und der Richtgrößen-Vereinbarung/Arzneimittel für das Jahr 2015 (Anlage 2a) Fehler unterlaufen. Deshalb veröffentlichen wir diese beiden Anlagen hier in korrekter Form:

- Anlage 6 – Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2015 zwischen der KVT und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen
- Anlage 7 – Richtgrößen-Vereinbarung/Arzneimittel für das Jahr 2015

Beilagen

- Merkblatt zu den Disease-Management-Programmen
- Programmheft für die Medizinischen Fortbildungstage vom 10.06. bis 13.06.2015 im Kaisersaal Erfurt
- Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)

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

Sichere Netzanbindung der Praxis-EDV: Pflicht ab nächstem Quartal!



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

das zunehmende Ausmaß von Unsicherheit und Kriminalität im öffentlichen Internet hat vor einigen Jahren zur Errichtung eines sicheren Netzes der KVen (SNK) geführt. Seit 2013 bewerben wir die Anbindung an dieses geschützte Netz in unserem Rundschreiben; für die Jahre 2014 und 2015 wurde für alle Mitglieder und für MVZ ein reduzierter Verwaltungskostensatz zur Gegenfinanzierung der Mehrkosten eingeführt. Viele Praxen nutzen das sichere Netz bereits, um ihre Abrechnung online nach Weimar zu schicken oder um sensible Patientendaten mit Kollegen (Arztbrief) oder mit Apotheken (im ARMIN-Projekt) auszutauschen. Nun wird es auch für die eher zögerlichen Ärzte und Psychotherapeuten Zeit, die Nachrüstung ihres Internetanschlusses mit einem Router zum SNK in Angriff zu nehmen. Die Abrechnung des 2. Quartals 2015 wird die letzte sein, die noch über das gewohnte KV Thüringen Online-Portal eingereicht werden kann.

Skepsis gegenüber der Veränderung beruht oft auf Fehlannahmen. So besteht häufig der Irrtum, dass ein Anschluss an das SNK den Routineablauf ähnlich verändern würde wie der Umstieg auf ein andere Praxis-Software. Richtig ist, dass sich im Praxisalltag gar nichts ändert. Gelegentlich wird zu Recht argumentiert, dass es absolute Online-Sicherheit nicht geben könne. Das SNK bietet aber einen wesentlich verbesserten Datenschutz, da im geschützten Netz keine anonymen Teilnehmer/Surfer/Hacker unterwegs sind. Die Sicherheitsverantwortung liegt dort nicht mehr beim Nutzer, sondern bei einem von der KBV zertifizierten Provider. Wer sich als EDV-Laie vom Markt der entsprechenden Anbieter überfordert fühlt und unsere Hausmesse am 1./2. April verpasst hat, findet Hilfe unter www.kv-safenet.de.

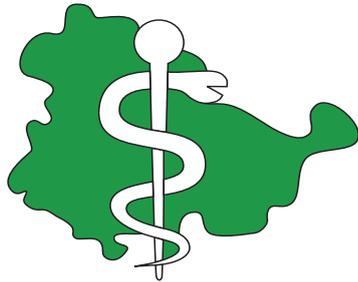
Die gesetzlich vorgeschriebene Telematikinfrastruktur, welche den bei uns schon vorhandenen Sicherheitsstandard in den nächsten Jahren im gesamten Gesundheitswesen realisieren soll, ist mit dem sicheren Netz der KVen kompatibel und interoperabel – es handelt sich daher um eine zukunftsfähige Investition.

Für die meisten Kolleginnen und Kollegen ist die Informationstechnologie in der Arztpraxis ein ungeliebtes Thema, das wissen wir. Es war dem Vorstand deshalb wichtig, dass die Notwendigkeit der sicheren Netzanbindung über lange Zeit immer wieder kommuniziert und die frühzeitige Entscheidung für das SNK mit finanziellen Anreizen erleichtert wird. Wer die Informationen bisher „überlesen“ hat, sollte nun zügig handeln.

Sie finden alle Informationen gebündelt beim Klick auf den Hinweis unserer Startseite www.kvt.de: **"ACHTUNG!** Stichtag 1. Juli 2015".

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Thomas Schröter
2. Vorsitzender



Stiftung
zur Förderung ambulanter
ärztlicher Versorgung in
THÜRINGEN

Wir suchen SIE als Famulatur-Praxis für unser Projekt „Land.in.Sicht“

Wir suchen 10 hausärztliche sowie 10 fachärztliche Arztpraxen in ländlichen Regionen, die Famulanten einen Einblick in den Arbeitsablauf ihrer Arztpraxis ermöglichen möchten. Die Famulatur soll in einem Zeitraum von vier Wochen den Studenten mit ärztlichen Tätigkeiten vertraut machen sowie die Organisation und die Betriebsabläufe näher bringen. Das Projekt wird in Zusammenarbeit mit der „Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V.“ gefördert. Es ist die Vergabe von 20 Stipendien geplant. Die Stiftung ambulante Versorgung Thüringen fördert die Famulanten jeweils mit einem finanziellen Zuschuss von 300 € sowie einem Fahrtkostenzuschuss bis zu 216 €.

Mit diesem Projekt wollen wir eine höhere Akzeptanz unter den Medizinstudierenden für den Arztberuf in ländlichen Bereichen in Thüringen schaffen.

Wollen Sie uns bei diesem Ziel unterstützen?

Dann melden Sie sich bitte bei der Stiftung ambulante Versorgung Thüringen.

Unsere Kontaktdaten:

Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar
Telefon: 03643 559-950 oder E-Mail: info@savth.de

Änderung der Richtlinie zur vertragsärztlichen Tätigkeit von Vertragsärzten und Psychotherapeuten an weiteren Orten außerhalb des Vertragsarztsitzes (Nebenbetriebsstätten-Richtlinie)

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 18.03.2015 folgende Änderung in der Nebenbetriebsstätten-Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen beschlossen:

In § 6 Abs. 4 der Nebenbetriebsstätten-Richtlinie wird nach dem Satz 2 folgender Satz eingefügt:

Soweit der anstellende Vertragsarzt Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft ist, gilt diese Berechtigung für alle Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft im gleichen Umfang.

Die Änderung tritt zum Zeitpunkt der Veröffentlichung im Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen in Kraft.

ausgefertigt am: 18. März 2015

gezeichnet: Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Dr. med. Thomas Schröter
2. Vorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Abrechnung/Honorarverteilung

Individuelle Punktzahlvolumina bzw. zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für das 4. Quartal 2014

Der mit Wirkung ab 01.07.2012 eingeführte Honorarverteilungsmaßstab enthält u. a. die Honorierungsregelungen des individuellen Punktzahlvolumens bzw. der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen. In **Anlage 1** dieses Rundschreibens erhalten Sie die für das 4. Quartal 2014 ermittelten durchschnittlichen Punktzahlvolumina je Fachgruppe bzw. zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen zur Kenntnis.

Ihre Ansprechpartner bei Fragen zur

- Umsetzung dieser HVM-Regelung: Christina König, Telefon 03643 559-500
 Claudia Pfeffer, Telefon 03643 559-502
 Cornelia Scholz, Telefon 03643 559-404
 Helmut Schmidt, Telefon 03643 559-411
- Antragsbearbeitung: Claudia Köster, Telefon 03643 559-510
 Katrin Leiner, Telefon 03643 559-510
 Susann Reise, Telefon 03643 559-508
 Andrea Dreßler, Telefon 03643 559-508

Fallstricke in der DMP-Abrechnung

Im Rückblick auf die vergangenen Quartalsabrechnungen wurden die häufigsten Fehler ermittelt, die zu Korrekturen in der DMP-Abrechnung führten:

- Nichtbeachtung von Updates für die DMP-Software.

Durch vertragliche und technische Vorgaben kommt es immer mal zu Anpassungen der DMP-Software in den einzelnen Praxisverwaltungssystemen.

Empfehlung! Wenn im Quartalsupdate die Aufforderung zum Einspielen dieses Updates kommuniziert wird, dann sollte das Update auch so eingespielt werden wie vorgegeben.

- Meldungen an die DMP-Datenstelle erfolgten erst einige Tage oder gar Wochen nach dem Quartalswechsel. Dadurch erfolgt keine Berücksichtigung und somit keine Vergütung mehr im aktuellen Abrechnungsquartal.

Empfehlung! Die Daten möglichst monatlich versenden und die letzte Lieferung am Quartalsende nicht zu weit ins nächste Quartal verlagern.

- Nach Übermittlung an die Datenstelle wurde nicht auf die Eingangsmeldung* der Datenstelle geachtet. Ohne Eingangsmeldung muss davon ausgegangen werden, dass die Datenübermittlung nicht funktioniert hat und nichts angekommen ist.

Empfehlung! In diesen Fällen ist die zeitnahe Kontaktaufnahme mit der Datenstelle notwendig. Erfolgt eine Eingangsmeldung, wird diese aufbewahrt.

- Nach Eingangsmeldung der Datenlieferung wird häufig nicht auf die DMP-Arztinformation* geachtet, in welcher die Datenstelle die korrekten und ggf. nicht korrekten Datensätze versichertenbezogen benennt. Ohne Rückmeldung der Datenstelle in Form der DMP-Arztinformation muss davon ausgegangen werden, dass die Daten nicht verarbeitet wurden. In der Folge kann die KV Thüringen die abgerechneten GOP nicht vergüten.

Empfehlung! Bei Fehlen der DMP-Arztinformation ist die Kontaktaufnahme mit der Datenstelle notwendig. Eingehende DMP-Arztinformationen sollten zwingend aufbewahrt werden.

*) Die Rückmeldung der Datenstelle besteht aus zwei Teilen:

1. Die Eingangsmeldung zu einer Lieferung. Diese Nachricht ist nur eine Eingangsbestätigung und lässt keine Rückschlüsse auf Inhalt und Qualität der Daten zu.
2. Zeitlich nachgelagert wird den Praxen eine DMP-Arztinformation mit Benennung aller einzelnen Versicherten, die der Datenstelle übermittelt wurden, zugesandt.

- Bei halbjährigem Dokumentationsintervall kann für die Quartale ohne Folgedokumentation keine Koordinierungspauschale abgerechnet werden.
- Bei quartalsübergreifender Betreuung im DMP und anschließender Dokumentation im Folgequartal erfolgt die Vergütung auch erst im Folgequartal.

Umsetzung des Vertrages zur Überweisungssteuerung mit der AOK PLUS

Wir bitten Sie dringend, die Ausführungen zum Vertrag im Rundschreiben 3/2015 zu beachten. Nach erster Sichtung der Abrechnungen des Quartals 1/2015 weisen wir nochmals auf Folgendes hin:

- Nach dem Vertrag ist nicht nur die **Prüfung der Dringlichkeit der Versorgungsanlässe entsprechend des Vertrags**, sondern auch die **Vereinbarung der dringlichen Termine Aufgabe der überweisenden Praxis**. Diese Vereinbarung darf nicht auf den Patienten übertragen werden.
- **Nach erfolgter Terminvereinbarung** durch die überweisende Praxis **wird der Überweisungsschein im Feld „Auftrag“ mit der Abrechnungsnummer 99997A oder 99997B** – je nach Kategorie der Dringlichkeit – **gekennzeichnet** und ebenso im Behandlungsfall abgerechnet.
- Die überweisungsannahmende Praxis achtet auf den korrekt ausgefüllten Überweisungsschein. Korrekturen sind nach Rücksprache mit der Überweisungspraxis möglich.
- Der Vertrag zur Überweisungssteuerung erstreckt sich **nicht** auf die Terminvergabe von Ärzten innerhalb eines MVZ oder einer Berufsausübungsgemeinschaft untereinander.
- Die Überweisung wird bei Aufnahme des Patienten in die Praxis-EDV als solche angelegt, berechnungsfähig ist die Abrechnungsnummer 99998A bzw. 99998B. Der Überweisungsschein an sich wird wie alle anderen Überweisungen bis vier Jahre nach Bekanntgabe des Honorarbescheides aufbewahrt.

Nachfolgend der Wortlaut des § 2, Abs. 4 der entsprechenden Vereinbarung mit der AOK PLUS:

„Der überweisende Arzt ist verpflichtet, auf dem Überweisungsschein (Muster 6) zu kennzeichnen, welche Art der Überweisung vorliegt. Dazu hat der überweisende Arzt für die Überweisungskategorie A die Kennzeichnung 99997A bzw. für die Überweisungskategorie B die Kennzeichnung 99997B im Feld „Auftrag“ einzutragen.“

Die KV Thüringen wird gezwungen sein, bei Auffälligkeiten weitergehende Prüfungen vorzunehmen.

GOP 06225 EBM: Augenärztliche Strukturpauschale neben IVM

Die Präambel zu Kapitel 6.1 Nr. 6 des EBM wurde angepasst, so dass die augenärztliche Strukturpauschale nach GOP 06225 neben der Leistung intravitrealer Medikamenteneingabe (IVM) **ab 01.04.2015** abrechnungsfähig ist.

Augenärzte, die als operative Leistungen ausschließlich IVM oder wie bisher auch Lasereingriffe (GOP 31341 – 31348 EBM) durchführen, können ab dem 01.04.2015 die augenärztliche Strukturpauschale nach der GOP 06225 EBM **einmal im Behandlungsfall** als Zuschlag zur Grundpauschale (GOP 06210 – 06212 EBM) abrechnen.

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

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – Veranstaltung im Rahmen der Medizinischen Fortbildungstage Thüringen 2015

Erneut ist es der KV Thüringen gemeinsam mit der Landesärztekammer gelungen, Vertreter der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu einer Veranstaltung für alle Thüringer Ärzte zu gewinnen, diesmal im Rahmen der Medizinischen Fortbildungstage. Hierzu laden wir Sie herzlich **am 10. Juni 2015 von 14:00 bis 17:00 Uhr** nach Erfurt ein.

Folgende Themen werden durch firmenneutrale Fachreferenten dargestellt:

- Antibiotika/Antibiotikatherapie,
- Neue Antikoagulanzen,
- Neue Arzneimittel 2014/2015 – eine kritische Bewertung.

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

Bitte nutzen Sie diese Veranstaltung zu Ihrer eigenen Information sowie zu Fragen und Problemdiskussionen im Zusammenhang mit der Verordnung von Arzneimitteln.

Die Veranstaltung wurde mit **drei Fortbildungspunkten der Kategorie A** von der Landesärztekammer Thüringen zertifiziert. Um eine Anmeldung zu dieser Veranstaltung wird gebeten. Das Programm finden Sie in **Anlage 2** (Flyer) dieses Rundschreibens. Die Anmeldung (siehe Flyer) erfolgt über die Landesärztekammer Thüringen.

Ergänzung der Prüfvereinbarung – Hepatitis-C-Behandlung

Verordnungskosten, der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung (mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weitere), **sind in den Verordnungsjahren 2014 und 2015 nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung.** Nachzulesen sind diese in der 2. Protokollnotiz zu § 7 der Prüfvereinbarung vom 23.04.2013 in **Anlage 3a** des vorliegenden Rundschreibens.

Hinsichtlich der in der Prüfvereinbarung vereinbarten Antragsfristen zu Einzelfallprüfungen, besonderen Fällen sowie sonstigem Schaden, haben die Vertragspartner vereinbart, dass es sich lediglich um Ordnungsfristen handelt, die ausschließlich der Beschleunigung des Verfahrens dienen. Die weiteren Einzelheiten können Sie der 3. Protokollnotiz zu den §§ 1, 11, 12 und 13 der Prüfvereinbarung vom 23.04.2013 in **Anlage 3b** dieses Rundschreibens entnehmen.

Ihr Ansprechpartner: Thomas Kaiser, Telefon 03643 559-771

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

Medizinprodukte mit arzneimittelähnlichem Charakter sind nur noch dann zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig, wenn sie in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie gelistet sind. Das gilt auch für Verordnungen im Sprechstundenbedarf.

Produktbezeichnung	Befristung der Verordnungsfähigkeit	Inkrafttreten des Beschlusses
HSO®	15.03.2020	16.03.2015
HSO® PLUS	15.03.2020	16.03.2015

Bitte beachten Sie, dass eine einmal befristete Verordnungsfähigkeit nicht immer verlängert wird. Einige Produkte sind dadurch inzwischen wieder entfallen. Achten Sie daher auf die Angaben Ihrer Praxissoftware oder prüfen Sie häufig verordnete Medizinprodukte in größeren Abständen anhand der veröffentlichten Übersichten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung weist auch darauf hin, dass die Anlage V noch erweitert wird. Die derzeit bei bestimmten Indikationen verordnungsfähigen Medizinprodukte finden Sie im Internet unter www.g-ba.de.

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

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

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie*
Albiglutid (Eperzan®) 19.03.2015	als Mono- oder Kombinationstherapie zur Blutzuckereinstellung bei Diabetes mellitus Typ 2	Für die Kombination mit Metformin gibt es einen Hinweis für einen geringen Zusatznutzen . Für die Monotherapie und die Kombinationstherapie mit anderen oralen Antidiabetika (außer Metformin) und/oder mit Insulin ist der Zusatznutzen nicht belegt .** Die Vergleichstherapien sind Sulfonylharnstoff einzeln oder in Kombination mit Metformin oder Metformin plus Insulin. In den Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung heißt es: „Die Anwendung von GLP-1-Rezeptorantagonisten (u. a. Albiglutid) wird mit einem Risiko für die Entwicklung einer akuten Pankreatitis assoziiert. Die Patienten müssen über die Symptome einer akuten Pankreatitis informiert werden.“
Dolutegravir/ Abacivir/ Lamivudin (Triumeq®) 19.03.2015	HIV bei Erwachsenen und Jugendlichen über 12 Jahre; eine Überempfindlichkeit gegenüber Abacivir (HLAB5701-Allel-Träger) muss vorher ausgeschlossen werden	Für nicht antiretroviral vorbehandelte (therapienaive) Erwachsene gibt es einen Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen . Für alle anderen Patientengruppen ist ein Zusatznutzen nicht belegt .** Als Vergleichstherapien werden verschiedene Therapieschemata angeführt.
Ibrutinib (Imbruvica) 16.04.2015	Mantelzell-Lymphom, chronisch lymphatische Leukämie (CLL)	Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen ; da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Idelasilib (Zydelig®) 19.03.2015 befristet bis 01.04.2016	in Kombination mit Rituximab zur Behandlung der chronischen lymphatischen Leukämie (CLL) Monotherapie bei follikulärem Lymphom (FL), das refraktär gegenüber zwei vorausgegangenen Therapien ist	Ein Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen gegenüber Best-Supportive-Care wurde für folgende zwei Patientengruppen gefunden: - vorbehandelte Patienten mit rezidivierender CLL, für die eine Chemotherapie nicht angezeigt ist, - therapienaive Patienten mit CLL und einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation, für die eine Chemotherapie ungeeignet ist. Für alle anderen Patientengruppen mit CLL sowie FL gilt der Zusatznutzen als nicht belegt .** Die Vergleichstherapie war eine patientenindividuelle Therapie oder Best-Supportive-Care.
Lurasidon (Latuda) 16.04.2015	Behandlung der Schizophrenie bei Erwachsenen ab 18 Jahren	Ein Zusatznutzen ist sowohl für die Akuttherapie als auch für die Rückfallprophylaxe nicht belegt . Vergleichstherapie war Aripiprazol oder Olanzapin oder Paliperidon oder Quetiapin oder Risperidon oder Ziprasidon.

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie*
Sipuleucel-T (Provenge®) 19.03.2015 befristet bis 01.04.2018	metastasiertes, kastrationsresistentes Prostatakarzinom, bei dem eine Chemotherapie noch nicht indiziert ist	Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen gegenüber der Vergleichstherapie in Form von Androgen-deprivation oder -blockade.
Sucroferric Oxyhydroxid (Velphoro®) 19.03.2015	Kontrolle des Phosphatspiegels bei Hämodialyse oder Peritonealdialyse	Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber kalziumhaltigen Phosphatbindern oder Sevelamer oder Lanthankarbonat.

* 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 den wirtschaftlichen Erstattungsbetrag. Sollte nach sechs Monaten keine Einigung erzielt worden sein, wird das Schiedsamt innerhalb von drei weiteren Monaten entscheiden.

Die Geltungsdauer für den Beschluss Crizopinib wurde bis zum 01.04.2016 verlängert.

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.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert im Internet unter www.arzneimittel-infoservice.de und im Deutschen Ärzteblatt ausführlich über die frühe Nutzenbewertung. Eine Schnellübersicht zur Verordnung von Arzneimitteln finden Sie unter der Rubrik „Arzneimittel-Richtlinie“.

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

Substitutionsausschlussliste – Wirkstoffverordnung vermeiden

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat erstmals Wirkstoffe mit Darreichungsformen bestimmt, bei denen ein Austausch ausgeschlossen ist (siehe Rundschreiben 1/2015, S. 5). Diese wurden als Anlage VII Teil B in die Arzneimittelrichtlinie aufgenommen und werden im Allgemeinen als Substitutionsausschlussliste bezeichnet. Die Liste umfasst derzeit die folgenden Wirkstoffe:

- Betaacetyldigoxin (als Tabletten)
- Ciclosporin (Lösung zum Einnehmen und Weichkapseln)
- Digitoxin (Tabletten)
- Digoxin (Tabletten)
- Levothyroxin-Natrium (Tabletten)
- Levothyroxin-Natrium + Kaliumiodid (fixe Kombination, Tabletten)
- Phenytoin (Tabletten)
- Tacrolimus (Hartkapseln)

Für die genannten Arzneimittel ist eine Ersetzung in der Apotheke durch preisgünstigere oder rabattierte Arzneimittel ausgeschlossen (Ausnahme: Reimporte s. u.).

Arzneimittel, deren Wirkstoffe auf der Substitutionsausschlussliste des G-BA stehen, sollten nicht als Wirkstoffverordnung rezeptiert werden. Durch die Verordnung eines Wirkstoffes an Stelle eines konkreten Arzneimittels entsteht nämlich bei der Abgabe eine für die Apotheke unklare Verordnung, vor deren Belieferung diese zunächst Rücksprache mit dem Arzt halten muss. Um also unnötige Rückfragen seitens der Apotheke zu vermeiden, sollte bei allen Wirkstoffen der Substitutionsausschlussliste immer ein konkretes Arzneimittel unter Angabe des Handelsnamens verordnet werden. Entsprechende Voreinstellungen der Verordnungssoftware sollten ggf. überprüft werden.

Bei der Verordnung von Arzneimitteln der Substitutionsausschlussliste kann es zudem vorkommen, dass Patienten schon über einen längeren Zeitraum mit einem anderen Präparat als dem verordneten versorgt wurden. Dies ist möglich, wenn die Präparate auf Grund eines Rabattvertrages ausgetauscht wurden. In diesen Fällen kann es ebenfalls zu Nachfragen aus der Apotheke kommen. Dabei kann es sinnvoll sein, ein bisher bereits beliefertes Präparat, mit dem der Patient stabil eingestellt ist, weiter zu verordnen und ggf. entsprechende Änderungen in der Medikationsliste des Patienten vorzunehmen.

Der G-BA hat inzwischen klargestellt, dass die Substitutionsausschlussliste nicht beim Austausch gegen preisgünstigere importierte Präparate gilt, sodass ein Austausch entsprechend der Rahmenverträge zwischen Kassen und Apothekern weiterhin zulässig wäre.

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

Änderung der Soziotherapie-Richtlinie in Kraft getreten

Am 15.04.2015 trat ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Änderung der Soziotherapie-Richtlinie in Kraft. Neben einer redaktionellen Überarbeitung sind die folgenden inhaltlichen Änderungen zu beachten:

- Bislang durfte für eine Verordnung von Soziotherapie bei Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis und der affektiven Störungen mit psychotischen Symptomen auf der GAF-Skala der Wert von 40 nicht überschritten werden. Dies wurde angepasst, 40 gilt als Orientierungswert, der Wert darf jedoch höchstens kleiner/gleich 50 sein.
- Unverändert werden die Diagnosen, bei denen Soziotherapie ordnungsfähig ist, ausdrücklich aufgezählt. Darüber hinaus gibt es nun eine Öffnungsklausel. Danach kann im Einzelfall auch bei den anderen Diagnosen mit den ICD-10-Codes F00 – F99 (Psychische und Verhaltensstörungen) Soziotherapie verordnet werden. Bestimmte Bedingungen sind einzuhalten, u. a. muss der GAF-Wert kleiner/gleich 40 sein.
- Die Fachgebietsbezeichnungen der ordnungsberechtigten Fachärzte wurden an die derzeit gültigen Bezeichnungen angepasst. Hinzugefügt wurden Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Auch Psychiatrische Institutsambulanzen dürfen nun Soziotherapie verordnen.

Die vollständige Richtlinie finden Sie in **Anlage 4** dieses Rundschreibens. Die tragenden Gründe hat der G-BA auf seiner Internetseite www.g-ba.de publiziert.

Ihre Ansprechpartnerinnen für Fragen zur

- Verordnung: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763
- Genehmigung: Bärbel Horn, Telefon 03643 559-714

Sicherstellung

Anpassung des Bedarfsplanes für den Zulassungsbezirk der KV Thüringen

Die KV Thüringen hat im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen zwei Anpassungen im Bedarfsplan für die ambulante Versorgung in Thüringen vorgenommen.

- Die erste Anpassung umfasst eine Änderung der räumlichen Zuordnung (Gebietsreform) der Gemeinden Hain, Lunzig, Neugersdorf und Wildetaube. Durch die Eingemeindung dieser Ortschaften zur Gemeinde Langenwetzendorf mussten die Planungsbereichsgrenzen in den hausärztlichen Mittelbereichen Gera und Greiz verschoben werden.
- Die zweite Anpassung beinhaltet die Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und ermächtigten Einrichtungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Bedarfsplanungs-Richtlinie hinsichtlich der Einrechnung der Ärzte in Einzelermächtigung sowie der Psychiatrischen Institutsambulanzen und Sozialpädiatrischen Zentren geändert. In Umsetzung dieses Beschlusses werden ab dem 01.02.2015 neben den zugelassenen und angestellten Ärzten, die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen bei der Ermittlung des Versorgungsgrades berücksichtigt.

Die Veröffentlichung der Anpassungen des Bedarfsplanes für den Zulassungsbezirk der KV Thüringen erfolgt im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de.

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

Thüringer Förderpaket für Haus- und Fachärzte für das Jahr 2015

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat ein umfangreiches Förderpaket für niedergelassene und niederlassungsinteressierte Ärzte, auf der Grundlage des Bedarfsplanes sowie der Maßstäbe zur Feststellung von Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 20.12.2012), für das Jahr 2015 beschlossen (siehe **Anlage 5** dieses Rundschreibens).

Einerseits soll mit finanziellen Anreizen weiterhin drohender Unterversorgung in bestimmten Gebieten entgegengewirkt werden, andererseits soll auch dem sich bereits jetzt abzeichnenden zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf Rechnung getragen werden.

Anhand von Kriterien, die sich bereits in den letzten Jahren bewährt haben, wurden Regionen und Maßnahmen ermittelt. So werden in einzelnen Regionen in verschiedenen Fachgebieten Praxisübernahmen und auch Praxisneugründungen finanziell mit insgesamt jeweils bis zu 60.000 € unterstützt, die Gründung einer Zweigpraxis kann in diesen Gebieten jeweils mit bis zu 15.000 € gefördert werden. Ältere Ärzte, die über ihr 65. Lebensjahr hinaus weiter in bestimmten Gebieten tätig sind, können pro Quartal 1.500 € zusätzlich zu ihrem Honorar erhalten.

Alle Förderungen sind ohne Rückzahlungsverpflichtung, aber an Mindestsprechzeiten sowie an die Behandlung einer bestimmten Anzahl von Patienten geknüpft.

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

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

Disease-Management-Programme

Neue Vordrucke der DMP-Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten

Zum 01.07.2015 wird eine indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) für die Disease-Management-Programme (DMP) Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, KHK, Asthma bronchiale und COPD eingeführt. Für DMP Brustkrebs gelten weiterhin die bisherigen TE/EWE.

Die Regelung zur Einführung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist eine **Stichtagsregelung**, das bedeutet, dass ab dem 01.07.2015 ausschließlich die neuen indikationsübergreifenden TE/EWE ohne Übergangsfrist genutzt werden müssen.

Die Bestellung und Zusendung erfolgt analog der bisherigen Verfahrensweise über die KV Thüringen.

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

Informationen zu den Disease-Management-Programmen

Im Rahmen der Sitzung der Gemeinsamen Einrichtung wurde festgestellt, dass die Abrechnungen der Mitbehandlungspauschale im ersten Halbjahr 2014 erheblich angestiegen sind.

Obwohl seit diesem Jahr eine Parallelabrechnung, im Gegensatz zum Jahr 2014, nicht mehr möglich ist, haben wir für Sie die Überweisungsregeln sowie viele wichtige Informationen zu den Disease-Management-Programmen in einem Merkblatt zusammengestellt und bitten um Beachtung.

Dieses Merkblatt (sechs Seiten) finden Sie zum Heraustrennen als **Beilage** in diesem Rundschreiben.

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

Verträge

Namensänderung der BKK der Thüringer Energieversorgung

Im Rahmen der Sonderverträge – zwischen dem BKK Landesverband Mitte und der KV Thüringen – werden die teilnehmenden Betriebskrankenkassen (BKKn) kalendervierteljährlich in Form von vertragspezifischen Übersichten im KV-Rundschreiben veröffentlicht.

In diesem Zusammenhang teilen wir Ihnen mit, dass sich in der Übersicht zum Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung und zum Vertrag über die Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens der Name der BKK der Thüringer Energieversorgung **zum 01.04.2015** geändert hat.

Der neue Name der Krankenkasse lautet: **Thüringen BKK**. Die ursprüngliche Vertragskassennummer (89407) bleibt weiterhin bestehen.

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Diabetisches Fußsyndrom – Vertragsanpassungen des Thüringer Strukturvertrages mit der AOK PLUS

Rückwirkend **zum 01.01.2015** wurde im Rahmen einer 5. Protokollnotiz die bisherige Anlage 9 „Strukturvoraussetzungen eines/einer auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Arztes/Einrichtung - Diabetische Fußambulanz“ des seit 2012 bestehenden DFS-Vertrages mit der AOK PLUS angepasst. Die diabetischen Fußambulanzen, die an diesem Vertrag teilnehmen, haben den **Nachweis** von 30 behandelten Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS) nur **einmalig** – anstelle wie bisher jährlich – zu erbringen.

Zeitgleich wurde im Anhang zur Anlage 9 des DFS-Vertrages für den einmaligen Nachweis der Behandlung von 30 Patienten mit DFS, die Kodierung „I79.2“ (Diabetischen Angiopathie) aufgenommen.

Die Vertragsanpassungen des Thüringer Strukturvertrages zur Versorgung der Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom sind im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → Arzt/Psychoth. → Verträge → D → Diabetisches Fußsyndrom abrufbar.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Thüringer Pflegeheimvertrag mit der AOK PLUS – Aufnahme einer weiteren Pflegeeinrichtung

Im Ergebnis der Weiterentwicklung des Strukturvertrages „Pflegeheim PLUS Thüringen“ (4. Änderung) zwischen der AOK PLUS und der KV Thüringen wurde eine neue Pflegeeinrichtung in den Versorgungsauftrag aufgenommen. Hierbei handelt es sich um die kooperierende Einrichtung „**Johannispark Pflegezentrum**“ in Suhl.

Hausärzte, Fachärzte für Urologie sowie Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten haben **ab dem 01.04.2015** die Möglichkeit, in dieser Pflegeeinrichtung am Versorgungsangebot der AOK PLUS bzw. am Pflegeheimvertrag teilzunehmen. Die Teilnahmeerklärung – Ärzte (Anlage 2 des Vertrages) und die Übersicht der kooperierenden Pflegeeinrichtungen (Anlage 5 des Vertrages) wurden im Rahmen dieser 4. Änderung zum Vertrag entsprechend angepasst.

Nachfolgende Pflegeeinrichtungen gehören aktuell zum Vertrag „Pflegeheim PLUS Thüringen“ dazu:

1. AWO Thüringen
Seniorenpflegeheim „Gleichbergblick“
Neue Straße 10
98631 Römhild
2. DRK Seniorenpflegeheim Bad Sulza
Wunderwaldstraße 5
99518 Bad Sulza
3. DRK Senioren- und Pflegeheim Niedertrebra
Dorfstraße 30
99518 Niedertrebra
4. Johannespark Pflegezentrum
Am Bahnhof 14
98529 Suhl

Im Internetportal der KV Thüringen und der AOK PLUS ist der Vertrag mit den dazugehörigen Änderungen abgebildet.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Alles was Recht ist

Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

Frage 1:

Ist der Vertragsarzt verpflichtet, das Gesundheitsamt über durchgeführte/abgelehnte Impfungen der behandelten Patienten zu informieren?

Nein, eine gesetzliche Verpflichtung zur Meldung einer durchgeführten oder abgelehnten Impfung besteht nicht gegenüber dem Gesundheitsamt.

Frage 2:

Wann ist der Vertragsarzt verpflichtet, dem Gesundheitsamt eine Erkrankung zu melden?

Eine gesetzliche Meldepflicht ist ausschließlich in § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) enthalten. Demnach ist jeder Arzt verpflichtet, den Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie den Tod an beispielsweise Masern, Mumps oder Diphtherie; den Verdacht auf und die Erkrankung an einer mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftung oder an einer akuten infektiösen Gastroenteritis; den Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung sowie die Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes Tier zu melden. Daneben sind Nachweise von Krankheitserregern, sofern der Nachweis auf eine akute Infektion vorliegt, namentlich zu melden.

Frage 3:

Muss der Patient zur namentlichen Meldung zwingend sein Einverständnis erklärt haben?

Nein, nicht jede Meldepflicht bedarf einer Einwilligung des Patienten. Ist die Auskunftspflicht des Arztes gesetzlich zugelassen (z. B. Infektionsschutzgesetz) bedarf es der Einwilligung des Patienten im Einzelfall nicht. Besteht jedoch keine gesetzliche Grundlage der Meldepflicht, darf der Arzt die Auskunft nur mit Einwilligung des Patienten/des gesetzlichen Vertreters vornehmen.

Frage 4:

Kann die Einwilligung des Patienten auch mündlich erfolgen?

Die Einwilligung bedarf grundsätzlich der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. Besondere Umstände können in diesem Zusammenhang beispielsweise die Dringlichkeit der Übermittlung sein.

Frage 5:

Ist der Vertragsarzt gegenüber weiteren Sozialversicherungsträgern zur Auskunft verpflichtet?

Ein Auskunftsrecht/eine Auskunftspflicht des Vertragsarztes besteht gegenüber den Unfallversicherungsträgern und den Krankenkassen aufgrund ausdrücklicher spezialgesetzlicher Vorschriften. Gegenüber den Rentenversicherungsträgern ist der Arzt nicht ausdrücklich gesetzlich verpflichtet, auf deren Anfrage Auskünfte zu erteilen.

Frage 6:

Was hat der Vertragsarzt zu beachten, sofern keine gesetzliche Auskunftspflicht besteht?

Auf Verlangen des jeweiligen Leistungsträgers kann im Einzelfall die Auskunft erteilt werden, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach dem SGB X erforderlich ist und der betroffene Patient im Einzelfall seine Einwilligung erklärt hat.

Frage 7:

Besteht eine Auskunftspflicht gegenüber privaten Versicherungsgesellschaften und privaten Krankenversicherern?

Nein, es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Auskunftserteilung im Patienteninteresse liegt. Der Patient benötigt die konkreten Daten für die Versicherungsgesellschaft zur Beurteilung des zu versichernden Risikos oder einer bestehenden Leistungspflicht. Der Arzt ist jedoch nur berechtigt, die erforderlichen Daten herauszugeben, wenn der Patient eine konkrete Schweigepflichtentbindungserklärung abgegeben hat.

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/Psychoth. → Recht → Antworten auf Fragen aus dem Praxisalltag.

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

Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena

Die nächste Veranstaltung der Arzneimittelkommission des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena findet gemeinsam mit allen interessierten niedergelassenen Vertragsärzten und Apothekern am **20.05.2015, um 17:15 Uhr statt.**

Thema: **Neue Arzneimittel gegen Hepatitis C**
 Referent: OA Dr. Andreas Herrmann, Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin IV
 Ort: im Klinikum 2000, Seminarraum 1, Erlanger Allee 101, Jena-Lobeda Ost

Leitung/

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

Auskunft/

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

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

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

Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 06.05.2015, 14:00–18:00 Uhr	Arbeitssicherheit und Brandschutz in der Arztpraxis 5 Punkte, Kategorie A	Katja Saalfrank, Praxisma- nagement und -beratung, Selbitz	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 06.05.2015, 14:00–19:00 Uhr	Heilmittelregressprophylaxe 6 Punkte, Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Knie- pert, Leiterin der Hauptab- teilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KV Thüringen	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 06.05.2015, 15:00–19:00 Uhr	Die erste Praxis-Webseite	Dipl.-Inf. Sven Dickert, Mit- arbeiter der IT-Abteilung der KV Thüringen	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 06.05.2015, 15:00–18:00 Uhr	Privatabrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	Ernst Diel, Leiter Grundsatz- fragen, Ärztliche Verrech- nungsStelle Büdingen GmbH	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 €
Samstag, 09.05.2015, 09:00–14:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nicht-ärztliche Praxisassis- tentin“ – Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen/Struktu- rierte Schulungen (B10.1–10.6) (Anmeldung über die Landesärztekammer)	Dipl.-Bw. Christiane Maaß, Leiterin der Hauptabteilung Kassenärztliche Versorgung der KV Thüringen	Praxispersonal 200,00 €
Mittwoch, 20.05.2015, 15:00–18:00 Uhr	Diabetes-Schulungskurs für Praxispersonal, Teil 2 (unabhängig vom DMP)	Dr. med. Silke Haschen, Fachärztin für Innere Medizin in Diabetologischer Schwerpunktpraxis, Erfurt	Praxispersonal 45,00 €

Terminkalender

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 20.05.2015, 15:00–19:00 Uhr	Seminar zum Beratungsprogramm des Praxispersonals – Großmutter's altbewährte Hausmittel neu entdeckt (Workshop), Teil 2	Birgit Lotze, Naturheilkundliche Ernährungsberaterin, Kneipp-Beraterin, Bad Frankenhausen	Praxispersonal 50,00 €
Mittwoch, 20.05.2015, 15:00–19:00 Uhr	Gedächtnistraining für Praxispersonal	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 20.05.2015, 15:00–19:00 Uhr	Veranstaltung ist ausgebucht. Fit am Empfang: Der erste Eindruck zählt	Mechthild Wick, Personaltraining/Coaching, Zert. Systemischer Coach, Stressmanagement- und Mentaltrainerin, Unterschwaningen	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 20.05.2015, 15:00–18:00 Uhr	Leitliniengerechte Therapie des Typ-2-Diabetes – Welche Anforderungen bestehen für 2015? 4 Punkte, Kategorie A	Hon.-Prof. Dr. med. habil. Harald Schmechel, Internist/Diabetologe/Hypertensiologe DHL, Erfurt	Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 20.05.2015, 16:30–18:45 Uhr	Englisch für Praxispersonal	Corneliu Stephan Caporani, geboren in Bridgeport Connecticut (USA), Geschäftsführer Business English Training & Services, Jena	Praxispersonal Kostenfrei
Mittwoch, 20.05.2015, 19:00–21:15 Uhr	Veranstaltung ist ausgebucht. Englisch für Ärzte	Corneliu Stephan Caporani, geboren in Bridgeport Connecticut (USA), Geschäftsführer Business English Training & Services, Jena	Psychotherapeuten, Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 27.05.2015, 15:00–19:00 Uhr Mittwoch, 20.05.2015, 15:00–19:00 Uhr	Terminverschiebung! Seminar zum Beratungsprogramm des Praxispersonals – Großmutter's altbewährte Hausmittel neu entdeckt (Workshop), Teil 2	Birgit Lotze, Naturheilkundliche Ernährungsberaterin, Kneipp-Beraterin, Bad Frankenhausen	Praxispersonal 50,00 €
Mittwoch, 27.05.2015, 15:00–18:00 Uhr	IGeL'n hält gesund	Christel Mellenthin, QM-Beraterin (DGQ)/QEP-Trainerin, H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 €
Freitag, 29.05.2015, 13:00–19:00 Uhr	Der gute Ton am Telefon – Erfolgreiches Telefonieren in der Arztpraxis (Grundkurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €
Freitag, 29.05.2015, 15:00–19:00 Uhr	Bausteine einer reibungslosen Praxisorganisation für Ärzte 5 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin	Psychotherapeuten, Vertragsärzte 45,00 €
Samstag, 30.05.2015, 09:00–17:00 Uhr	Verordnung von Arznei-, Verband-, Hilfs- und Heilmitteln, Sprechstundenbedarf, Häuslicher Krankenpflege, Reha/ Funktionstraining, Krankentransport usw., Teil 1 und 2 8 Punkte, Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KV Thüringen	Vertragsärzte Kostenfrei
Samstag, 30.05.2015, 09:00–15:00 Uhr	Konflikt- und Beschwerdemanagement (Grundkurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Samstag, 30.05.2015, 09:00–17:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Kommunikation und Gesprächsführung (C1)	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal 80,00 €
Samstag, 30.05.2015, 09:00–11:30 Uhr	Der Honorarbescheid 3 Punkte, Kategorie A	Christina König, Leiterin der Abteilung Honorare/Widersprüche der KV Thüringen	Psychotherapeuten, Vertragsärzte Kostenfrei
Samstag, 30.05.2015, 09:00–14:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen/ Strukturierte Schulungen (B10.1–10.6) (Anmeldung über die Landesärztekammer)	Dipl.-Bw. Christiane Maaß, Leiterin der Hauptabteilung Kassenärztliche Versorgung der KV Thüringen	Praxispersonal 200,00 €

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. Bei Interesse teilen Sie uns dies bitte telefonisch oder über das Anmeldeformular mit.

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 Yvonne Lätzer, Telefon 03643 559-282.

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

▪ **Praxisseminar zum Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie**

Termin: 20.05.2015, 15:00 Uhr, bis 22.05.2015, 13:00 Uhr

Ort: Universitätsklinikum Jena, Bachstraße 18, 07743 Jena

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

Gebühr: 200 €

Zertifizierung: 7 Punkte, Kategorie C

▪ **Medizinische Fortbildungstage Thüringen 2015 vom 10.06.2015 bis 13.06.2015**

Kurse und Seminare für Ärzte, MFA, Pflegepersonal, MTA

Termin: 13.06.2015

Thema: Plenarveranstaltung „Leitliniengerechte Therapie unter Einbeziehung von Patientenerwartung und Wirtschaftlichkeit“

Ort: Kaisersaal, Futterstraße 15/16, 99084 Erfurt

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

Ausführliche Informationen unter www.medizinische-fortbildungstage.org.

▪ Fortbildungsveranstaltung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gemeinsam mit der KV Thüringen und der LÄK Thüringen

- Antibiotika/Antibiotikatherapie, Dr. med. Horst Luckhaupt
- Neue Antikoagulanzen, Dr. med. Hans Wille
- Neue Arzneimittel 2014/2015 – eine kritische Bewertung, Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe

Termin: 10.06.2015, 14:00 bis 17:00 Uhr
Ort: Kaisersaal, Futterstraße 15/16, 99084 Erfurt
Leitung: Prof. Dr. med. Bernd Mühlbauer, Bremen
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

▪ 13. Thüringer Impftag

Termin: 20.06.2015, 09:00 bis 16:00 Uhr
Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar
Leitung: Prof. Dr. med. Wolfgang Pfister, Jena, Prof. Dr. med. Peter Wutzler, Erfurt
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 8 Punkte, Kategorie A

▪ Basiscurriculum Palliativmedizin

Termin: 31.08.2015, 10:00 Uhr, bis 04.09.2015, 13:00 Uhr
Ort: Ursulinenkloster Erfurt, Trommsdorffstraße 29, 99084 Erfurt
Leitung: Dr. med. Sabine Sonntag-Koch, Erfurt, Dr. med. Beate Will, Bad Berka
Gebühr: 500 €
Zertifizierung: 40 Punkte, Kategorie A

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

Refresherkurs + Wissenstest

Termin: 09.09.2015, 12:00 bis 18:30 Uhr
Ort: Institut für Humangenetik, Kollegiengasse 10, 07743 Jena
Leitung: Dr. med. Isolde Schreyer, Jena
Gebühr: 100 €
Zertifizierung: 9 Punkte, Kategorie A

▪ Thüringer Retter trainieren

Aktuelle Regelungen im Rettungsdienst/MANV/Simulationsübungen (NOTZERT)

Termin: 25.09.2015, 10:00 Uhr, bis 26.09.2015, 15:00 Uhr
Ort: Stadtwerke Weimar, Industriestraße 14, 99427 Weimar
Leitung: Dr. med. Jens Reichel, Jena
Gebühr: 240 €
Zertifizierung: 21 Punkte, Kategorie C

Praxispersonal

▪ Ergänzungskurs Nichtärztliche Praxisassistentin für VERAHs

Termin: 04.09.2015, 19:00 Uhr, bis 05.09.2015, 16:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dorothea Stula, Weimar
Gebühr: 210 €

Anlage 1 – Durchschnittliche Punktzahlvolumina und Fallzahlen des Vorjahresquartals pro Fachgruppe sowie die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nach § 13 HVM/4. Quartal 2014

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

für das Quartal 4/2014

Fachgruppe	durchschnittl. PZV	durchschnittl. relevante Fallzahl
Hausärzte	336.695	1.025
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	298.086	979
Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie	94.078	266
Fachärzte für Augenheilkunde	521.159	1.590
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	328.012	842
Fachärzte für Frauenheilkunde	305.101	1.078
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	485.811	1.195
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	357.776	1.528
Fachärzte für Humangenetik	620.030	289
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	554.924	1.090
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13300 bis 13311 EBM)	802.445	1.029
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13400 bis 13431 EBM)	420.129	825
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13500 bis 13502 EBM)	791.028	746
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13550 bis 13561 EBM)	1.017.669	1.389
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13650 bis 13670 EBM)	1.018.887	1.605
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13700 bis 13701 EBM)	287.518	819
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13600 bis 13621 EBM)	47.389	223
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	464.882	348
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	30.554	177
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte, mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie (GOP 35200 bis 35225 EBM)	582.363	971

**Anlage 1 – Durchschnittliche Punktzahlvolumina und Fallzahlen des Vorjahresquartals
pro Fachgruppe sowie die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nach § 13 HVM/4. Quartal 2014**

Fachgruppe	durchschnittl. PZV	durchschnittl. relevante Fallzahl
Fachärzte für Nuklearmedizin	635.525	673
Fachärzte für Orthopädie	514.341	1.338
Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Radiologie	1.370.717	1.640
Fachärzte für Urologie	450.291	1.344
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	375.581	587
Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM	117.915	274
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin	13.113	523
Fachärzte für Strahlentherapie	38.402	95

Stand: 13.04.2015

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen nach § 13 HVM
für das Quartal 4/2014

Fachgruppe	Kapazitätsgrenzen in Minuten
ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	2.924
psychologische Psychotherapeuten	2.869
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	3.241
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	4.717

Stand: 13.04.2015



**Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft**
Fachausschuss der Bundesärztekammer

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

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

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

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

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

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

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

Fortbildungs- veranstaltung 2015 in Erfurt

**Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft**
Fachausschuss der Bundesärztekammer



gemeinsam mit der
Landesärztekammer Thüringen und der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Fortbildungs- veranstaltung 2015

im Rahmen der
Medizinischen Fortbildungstage Thüringen

Mittwoch, den 10.06.2015
in Erfurt
14.00–17.00 Uhr

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

Fortbildungsveranstaltung der AkdÄ gemeinsam mit der Landesärztekammer Thüringen und der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Termin: Mittwoch, den 10. Juni 2015
14.00–17.00 Uhr
Tagungsort: Kaisersaal Erfurt
Futterstrasse 15/16
99084 Erfurt
Teilnahmegebühr: Kostenlos
Als Fortbildungsveranstaltung anerkannt
(mit 3 Punkten zertifiziert)
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. W.-D. Ludwig
Dr. med. K. Bräutigam
Anmeldung/Auskunft: Organisationsbüro
(Medizinische Fortbildungstage Thüringen)
Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
der Landesärztekammer Thüringen
Postfach 100740
07707 Jena
Tel.: 03641 614-142, Fax: 03641 614-149
E-Mail: info@medizinische-fortbildungstage.org
Sekretariat der Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
Tel.: 030 400456-500, Fax: 030 400456-555
E-Mail: sekretariat@akdae.de

Verzeichnis der Referenten

Dr. med. Horst Luckhaupt
Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Dortmund
Mitglied der AkdÄ
Dr. med. Hans Wille
Facharzt für Innere Medizin und Klinische Pharmakologie, Bremen
Mitglied der AkdÄ
Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe
Facharzt für Pharmakologie, Heidelberg
Mitglied der AkdÄ
Prof. Dr. med. Bernd Mühlbauer
Facharzt für Klinische Pharmakologie, Facharzt für Pharmakologie und
Toxikologie, Bremen
Vorstandsmitglied der AkdÄ

Für Ihren Terminkalender

Fortbildungsveranstaltung 2015

Mittwoch, 10. Juni 2015
14.00–17.00 Uhr
Kaisersaal Erfurt
Futterstrasse 15/16
99084 Erfurt

Wissenschaftliches Programm

Moderation: B. Mühlbauer
14.00–14.15 Uhr Begrüßung
14.15–15.00 Uhr* Rationale Antibiotikatherapie
H. Luckhaupt
15.00–15.45 Uhr* Neue Antikoagulanzen
H. Wille
15.45–16.15 Uhr Pause
16.15–17.00 Uhr* Neue Arzneimittel 2014/2015 –
eine kritische Bewertung
U. Schwabe

* inkl. 15 Minuten Diskussionszeit

2. Protokollnotiz zu § 7 der Prüfvereinbarung vom 23.04.2013

zwischen

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

einerseits

und

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

dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Weißensteinstraße 70 - 72
34131 Kassel

der Knappschaft
Regionaldirektion Frankfurt/Main
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

andererseits

wird Folgendes vereinbart:

Nach § 7 Abs. 4 der Prüfvereinbarung wird der folgende Absatz 4a neu aufgenommen:

In Umsetzung der Rahmenvorgaben Arzneimittel vom 26.09.2014 sind die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung (mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weitere) in den Verordnungsjahren 2014 und 2015 nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

Die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung (mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weitere) sind daher von den Gesamtkosten (IST) vor der Feststellung der Überschreitung des fachgruppenbezogenen Richtgrößenvolumens in Abzug zu bringen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 28.11.2014

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte

gez. IKK classic

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

gez. Knappschaft
Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

3. Protokollnotiz

zu den §§ 1, 11, 12 und 13 der Prüfvereinbarung

vom 23.04.2013

zwischen

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

einerseits

und

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

dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Weißensteinstraße 70 – 72
34131 Kassel

der Knappschaft
Regionaldirektion Frankfurt/Main
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt/Main

den Ersatzkassen

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

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

andererseits

Gemäß Prüfung durch den Bundesrechnungshof hinsichtlich der praktischen Umsetzung der Prüfvereinbarung mit deren vereinbarten Antragsfristen und der sich daraus ergebenden Mitteilung des Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit vom 23. Mai 2014 vereinbaren die Vertragspartner, folgende Änderungen in den Paragraphen 1, 11 Abs. 3, 12 Abs. 3 und 13 Abs. 2 der Prüfvereinbarung vorzunehmen:

1. § 1 wird um folgenden Absatz 5 ergänzt:

(5) Soweit in den §§ 11 - 13 Antragsfristen bestimmt sind, handelt es sich lediglich um Ordnungsfristen. Sie dienen ausschließlich der Beschleunigung des Verfahrens.

2. In § 11 Abs. 3 wird Satz 1 neu gefasst.

„Anträge nach Abs. 1 sollen innerhalb von 24 Monaten nach Ablauf des Leistungsquartals bei der Prüfungsstelle eingegangen sein.“

3. In § 12 Abs. 3 wird ebenfalls Satz 1 neu gefasst.

„Anträge nach Abs. 1 sollen innerhalb von 18 Monaten nach Ablauf des Leistungsquartals bei der Prüfungsstelle eingegangen sein.“

4. In § 13 Abs. 2 wird Satz 1 neu gefasst.

„Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens sollen innerhalb eines Jahres seit Kenntnis der Tatsachen, welche den Schadensersatzanspruch begründen, gestellt werden.“

5. In § 13 Abs. 2 wird Satz 3 gestrichen.

6. Diese Änderungen treten nach Unterzeichnung in Kraft. Sie gelten auch für Antragsverfahren nach §§ 11, 12 und § 13, die bereits anhängig sind.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 16.12.2014

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte

gez. IKK classic

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

gez. Knappschaft
Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

Richtlinie



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

(Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL)

in der Neufassung vom 22. Januar 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 14.04.2015 B5 vom 14. April 2015
in Kraft getreten am 15. April 2015

Inhalt

§ 1	Grundlagen und Ziele	3
§ 2	Indikation und Therapiefähigkeit.....	3
§ 3	Leistungsinhalt	5
§ 4	Ärztliche Verordnung.....	6
§ 5	Leistungsumfang.....	7
§ 6	Vorbereitung, Planung und Erfolgskontrolle	8
§ 7	Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus	8
§ 8	Zusammenarbeit mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer	8
§ 9	Genehmigung von Soziotherapie	9

§ 1 Grundlagen und Ziele

- (1) ¹Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 37a und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung mit Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. ²Dazu gehören auch Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes mit dem Erbringer der soziotherapeutischen Leistung (soziotherapeutischer Leistungserbringer).
- (2) ¹Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. ²Soziotherapie nach § 37a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. ³Sie soll Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. ⁴Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. ⁵Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.
- (3) ¹Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. ²Sie kommt auch in Betracht, wenn bisher kein stationärer Aufenthalt stattgefunden hat. ³Die Erbringung von Soziotherapie erfolgt bedarfsgerecht und ist an einer wirtschaftlichen Mittelverwendung zu orientieren. ⁴Bei der Verordnung von Soziotherapie sind die in §§ 2 und 3 festgelegten Indikationen und Kriterien zu beachten.
- (4) Die Durchführung der Soziotherapie setzt einen mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt und der oder dem Versicherten abgestimmten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer zu erstellenden soziotherapeutischen Behandlungsplan voraus, mit dessen Hilfe die verschiedenen Elemente und Ziele des ärztlichen Behandlungsplans erreicht werden sollen.
- (5) Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten statt.
- (6) Soziotherapie umfasst die Koordination der im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans festgelegten Maßnahmen.
- (7) Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der Patienten einen besseren Zugang zu ihrer Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.
- (8) Für die medizinische Behandlung relevante Informationen, die der soziotherapeutische Leistungserbringer durch die Betreuung der oder des Versicherten gewinnt, sollen durch die Zusammenarbeit zwischen ihm und der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt für die Behandlung nutzbar gemacht werden.

§ 2 Indikation und Therapiefähigkeit

- (1) Die Indikation für Soziotherapie ist gegeben bei einer Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in mindestens einem der in Absatz 2 aufgeführten Bereiche und einem Ausmaß gemäß Absatz 3 wegen einer schweren psychischen Erkrankung gemäß Absatz 4 sowie bei den in Absatz 5 genannten Fällen.

- (2) ¹Der Soziotherapie bedürfen Versicherte, bei denen durch schwere psychische Erkrankung hervorgerufene Beeinträchtigungen der Aktivitäten dazu führen, dass sie in ihren Fähigkeiten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen erheblich beeinträchtigt sind. ²Dies trifft zu, wenn folgende Beeinträchtigungen (alternativ oder kumulativ) gegeben sind:
- Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges,
 - Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit,
 - Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens,
 - krankheitsbedingt unzureichender Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.
- (3) ¹Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Aktivität soll die GAF* Skala herangezogen werden. ²Orientierungswert ist 40 (höchstens ≤ 50).
- (4) ¹Schwere psychische Erkrankungen in diesem Sinne sind solche aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises (ICD-10-Nummern: F 20.0 – 20.6 [Schizophrenie], 21 [schizotype Störung], 22 [anhaltende wahnhaftige Störung], 24 [induzierte wahnhaftige Störung] und 25 [schizoaffektive Störung]) und der affektiven Störungen (ICD-10-Nummern: F 31.5 [gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung], 32.3 [schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen] und 33.3 [gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung]). ²Bei Verordnungen nach § 5 Absatz 2 genügt auch der Verdacht auf eine schwere psychische Erkrankung.
- (5) ¹Schwer psychisch Erkrankte mit Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99, die nicht unter § 2 Absatz 4 der Richtlinie genannt sind, erhalten in begründeten Einzelfällen eine ärztliche Verordnung von Soziotherapie, wenn bei der oder dem Versicherten in Abweichung des in Absatz 3 genannten GAF-Wertes hier ein GAF-Wert ≤ 40 gilt und wenn sich aufgrund der Gesamtsituation und nach fachärztlicher Einschätzung eine medizinische Erforderlichkeit insbesondere aus einem der nachfolgend genannten Kriterien ergibt:
- relevante Co-Morbiditäten (psychiatrische, wie z.B. Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen, oder somatische, wie z.B. Mobilitätseinschränkungen oder chronische Schmerzerkrankungen),
 - stark eingeschränkte Fähigkeit zur Planung, Strukturierung und Umsetzung von Alltagsaufgaben,
 - eingeschränkte Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen sowie zur Koordination derselben oder
 - stark eingeschränkte Wegefähigkeit.
- ²Kontraindikationen müssen ausgeschlossen werden. ³Die übrigen Voraussetzungen der Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend. ⁴Diese Verordnungen unterliegen § 9 der Richtlinie (Genehmigung von Soziotherapie).

*Global Assessment of Functioning Scale in: DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003, S. 24f.

- (6) ¹Um das Ziel der Soziotherapie erreichen zu können, soll die Patientin oder der Patient über das hierzu notwendige Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten. ²Dies ist nicht gegeben, wenn keine langfristige Verminderung der in § 2 Absatz 2 genannten Fähigkeitsstörungen und kein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.

§ 3 Leistungsinhalt

- (1) Soziotherapie umfasst die im Folgenden aufgeführten Leistungen, welche den Patienten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Maßnahmen befähigen sollen.
- (2) Folgende Leistungen sind in jedem Fall zu erbringen:
- a) Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans: Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt, der soziotherapeutische Leistungserbringer und die oder der Versicherte wirken bei der Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans zusammen.
 - b) Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen: Der soziotherapeutische Leistungserbringer koordiniert die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung und verordneter Leistungen für die Patientin oder den Patienten gemäß dem soziotherapeutischen Behandlungsplan. Dies umfasst sowohl aktive Hilfe und Begleitung als auch Anleitung zur Selbsthilfe. Dabei soll der soziotherapeutische Leistungserbringer die Patienten zur Selbständigkeit anleiten und sie so von der soziotherapeutischen Betreuung unabhängig machen.
 - c) Arbeit im sozialen Umfeld: Der soziotherapeutische Leistungserbringer analysiert die häusliche, soziale und berufliche Situation der Patientin oder des Patienten und kann zur Unterstützung Familienangehörige und den Freundes- und Bekanntenkreis einbeziehen. Um die Therapieziele zu erreichen, kann er die Patientin oder den Patienten an komplementäre Dienste heranführen.
 - d) Soziotherapeutische Dokumentation: Der soziotherapeutische Leistungserbringer dokumentiert fortlaufend Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für die Patientin oder den Patienten und deren oder dessen Entwicklung; er berichtet der verordnenden Fachärztin oder dem verordnenden Facharzt über den Stand der Behandlung (bei gravierender Befundänderung umgehend). Die soziotherapeutische Dokumentation enthält insbesondere Angaben zu:
 - den durchgeführten soziotherapeutischen Maßnahmen (Art und Umfang),
 - dem Behandlungsverlauf und
 - den bereits erreichten bzw. den noch verbliebenen Therapie(teil)zielen.
- (3) Folgende Leistungen können ggf. aufgrund der Struktur der spezifischen Patientenprobleme vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbracht werden:
- a) Motivations(antriebs)relevantes Training: Mit der Patientin oder dem Patienten werden praktische Übungen zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer durchgeführt. Sie finden im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten statt.
 - b) Training zur handlungsrelevanten Willensbildung: Das Training beinhaltet die Einübung von Verhaltensänderungen, Übungen zur Tagesstrukturierung und zum planerischen Denken. Dabei ist Hilfestellung bei der Bewältigung von Konflikten zu geben und eine selbständige Konfliktlösung bzw. Konfliktvermeidung einzuüben.

- c) Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung: Diese beinhaltet Hilfen beim Erkennen von Krisen (Frühwarnzeichen) und zur Krisenvermeidung, sowie die Förderung der Compliance und von gesunden Persönlichkeitsanteilen.
- d) Hilfe in Krisensituationen: Bei auftretenden Krisen erfolgt entsprechende Hilfe, gegebenenfalls auch aufsuchend, zur Vermeidung erheblicher Verschlimmerung sowohl der Krankheit als auch der häuslichen, sozialen und beruflichen Situation der Patientin oder des Patienten.

§ 4 Ärztliche Verordnung

- (1) ¹Die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ²Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die im Folgenden aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. ³Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt muss in der Lage sein, die Indikation für die Soziotherapie (einschließlich der Feststellung, ob dadurch ggf. Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist) zu stellen, deren Ablauf und Erfolg zu kontrollieren und in Absprache mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer gegebenenfalls notwendige fachliche Korrekturen am soziotherapeutischen Betreuungsplan vorzunehmen.
- (2) ¹Folgende Fachärztinnen oder Fachärzte dürfen Soziotherapie verordnen:
 - Fachärztin oder Facharzt für Neurologie,
 - Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde,
 - Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs).

²Die in der Richtlinie verwendeten, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen. ³Zusätzlich ist deren Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen notwendig.
- (3) Eine Verordnung zur Soziotherapie kann ferner erfolgen durch:
 - psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V oder
 - Fachärztinnen und Fachärzte (nach Absatz 2) der psychiatrischen Institutsambulanzen.
- (4) Andere Vertragsärztinnen und -ärzte können Patienten zu einer Ärztin oder einem Arzt überweisen, der gemäß Absatz 1 bis 3 qualifiziert ist, wenn sie den begründeten Verdacht haben, dass bei dieser oder diesem Versicherten eine der in § 2 beschriebenen Indikationen vorliegt und sie oder er aufgrund dessen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und wenn durch die Verordnung von Soziotherapie Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.
- (5) ¹Kommt die überweisende Ärztin oder der überweisende Arzt aufgrund seiner Kenntnis des Einzelfalles zu der Auffassung, dass die oder der Versicherte nicht in der Lage ist, diese Überweisung selbständig in Anspruch zu nehmen, kann ein soziotherapeutischer

Leistungserbringer per Verordnung hinzugezogen werden. ²Diese Verordnung erfolgt auf dem hierfür vereinbarten Vordruck („Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung bei Soziotherapie gem. § 37a SGB V“).

- (6) ¹Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung der Patientin oder des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. ²Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal 5 Therapieeinheiten zur Verfügung. ³Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie gemäß Absatz 1 bis 3 kommt.
- (7) ¹Lässt es sich nicht erreichen, dass die Patientin oder der Patient die Überweisung zu einer Ärztin oder einem Arzt nach Absatz 1 bis 3 wahrnimmt, oder kommt es nicht zur Verordnung von Soziotherapie durch eine Ärztin oder einen Arzt nach Absatz 1 bis 3, sind die maximal 5 vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch berechnungsfähig. ²Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt auf dem oben genannten Vordruck.
- (8) ¹Für denselben Zeitraum ist die Verordnung von Maßnahmen der Soziotherapie neben inhaltlich gleichen Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ausgeschlossen. ²Die Verordnung von Maßnahmen der Soziotherapie neben den Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist für denselben Zeitraum möglich, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer spezifischen Zielsetzung ergänzen (vgl. hierzu Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). ³Sowohl im soziotherapeutischen Behandlungsplan als auch im Behandlungsplan der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind die Notwendigkeit, die Dauer sowie die Angrenzung der Leistungen zueinander darzulegen.

§ 5 Leistungsumfang

- (1) ¹Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. ²Es können bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitrahmens von höchstens drei Jahren erbracht werden. ³Unter einem Krankheitsfall im Sinne dieser Richtlinie ist eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit bei einer der in § 2 aufgeführten Indikationen von bis zu drei Jahren zu verstehen. ⁴Soweit alle übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, kommt nach Ablauf von drei Jahren erneut die Gewährung von Soziotherapie in Betracht, auch wenn dem Therapiebedarf unverändert dieselbe Krankheitsursache zugrunde liegt.
- (2) ¹Vor der ersten Verordnung nach § 4 Absatz 1 bis 3 können bis zu 5 Probestunden verordnet werden, die auf diese Verordnung angerechnet werden. ²Die Verordnung von Probestunden zur Abklärung der Therapiefähigkeit der Patientin oder des Patienten und Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans kann maximal zweimal pro Jahr für eine Versicherte oder einen Versicherten erfolgen. ³Verordnungen gemäß § 4 Absatz 1 bis 3 können jeweils bis maximal 30 Therapieeinheiten ausgestellt werden. ⁴Verordnet werden dürfen nur so viele Therapieeinheiten, wie zur Erreichung des Therapiezieles oder bis zur Feststellung, dass dieses nicht erreichbar sein wird, erforderlich scheinen.
- (3) ¹Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. ²Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen aufgeteilt werden. ³Dies ist in der soziotherapeutischen Dokumentation (Zeitaufwand) entsprechend zu vermerken.
- (4) ¹Soziotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht. ²Soziotherapie kann in Absprache von Ärztin oder Arzt und soziotherapeutischem Leistungserbringer in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden. ³Dabei kann die Gruppengröße je nach Zielsetzung einer Sitzung bis zu 12 Teilnehmer umfassen. ⁴Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten. ⁵Dadurch darf jedoch das maximale Gesamtkontingent für Soziotherapie von 120 Zeitstunden nicht überschritten werden.

§ 6 Vorbereitung, Planung und Erfolgskontrolle

- (1) ¹Die Ärztin oder der Arzt unterstützt die Patientin oder den Patienten bei der Auswahl des geeigneten soziotherapeutischen Leistungserbringers gemäß § 132b SGB V. ²Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nimmt Kontakt mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer auf und bespricht die Patientenproblematik und die sich daraus ergebende Betreuung.
- (2) Im soziotherapeutischen Behandlungsplan müssen enthalten sein:
 - Anamnese,
 - Diagnose,
 - aktueller Befund mit Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen der Patientin oder des Patienten und Schweregrad gemäß GAF,
 - plausible Darstellung der angestrebten Therapieziele und der hierfür erforderlichen Teilschritte (Nahziel und Fernziel),
 - die zur Erreichung der Therapieziele vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen,
 - die zeitliche Strukturierung der therapeutischen Maßnahmen,
 - Prognose.
- (3) ¹Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. ²Sollte sich im Verlauf der Behandlung herausstellen, dass die Patientin oder der Patient nicht geeignet ist oder die definierten Therapieziele nicht erreichen kann, ist die Soziotherapie abzubrechen. ³Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele. ⁴Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt teilt dies unverzüglich unter Angabe der Gründe der Krankenkasse mit.

§ 7 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus

- (1) Informiert ein Krankenhaus die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt gemäß § 4 Absatz 1 bis 3 über die Möglichkeit, eine Versicherte oder einen Versicherten vorzeitig zu entlassen, ist gegebenenfalls unter Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Verordnung von Soziotherapie erfüllt sind.
- (2) Wird während der Soziotherapie eine stationäre Behandlung notwendig, die die Weiterführung der Soziotherapie nach dem Behandlungsplan nicht möglich macht, umfasst die Soziotherapie auch den Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten, um eine frühestmögliche Entlassung zu erreichen und in Absprache mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt die Wiederaufnahme und Weiterführung der Soziotherapie sicherzustellen.

§ 8 Zusammenarbeit mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer

- (1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung wirkt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und der Krankenkasse der oder des Versicherten eng zusammen und koordiniert die dafür erforderliche Zusammenarbeit.

- (2) Soziotherapeutischer Leistungserbringer, verordnende Ärztin oder verordnender Arzt und Patientin oder Patient stimmen sich in regelmäßigen Zeitabständen ab, mindestens jeden zweiten Monat, obligat vor und nach den 5 Probestunden sowie vor jeder Folgeverordnung, um die soziotherapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung des Therapieverlaufs hinsichtlich der Therapieziele anzupassen.

§ 9 Genehmigung von Soziotherapie

- (1) ¹Mit Ausnahme der Verordnung nach § 4 Absatz 5 und 6 (bis zu 5 Stunden) sowie nach § 5 Absatz 2 (5 Stunden) bedarf jede Verordnung von Soziotherapie der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse der oder des Versicherten. ²Dazu ist der soziotherapeutische Betreuungsplan gemäß dem entsprechenden Vordruck vorzulegen. ³Wurden Probestunden verordnet, ist bei der gegebenenfalls folgenden Verordnung von Soziotherapie der soziotherapeutische Betreuungsplan gemäß dem entsprechenden Vordruck zusammen mit der Verordnung für die Probestunden vorzulegen. ⁴Eine Genehmigung der Krankenkasse ist auch bei den Ausnahmefällen nach Satz 1 erforderlich, wenn insgesamt mehr als 5 Stunden Soziotherapie verordnet werden.
- (2) ¹Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der Soziotherapie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beauftragen. ²Falls erforderlich, sind dem Medizinischen Dienst vom soziotherapeutischen Leistungserbringer ergänzende Angaben zum Betreuungsplan gemäß § 6 Absatz 2 zu übermitteln. ³Werden verordnete Soziotherapieeinheiten nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, ist die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt unverzüglich unter Angabe der Gründe über die Entscheidung der Krankenkasse zu informieren.
- (3) Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder vom Vertragsarzt verordneten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132b SGB V, wenn die Verordnung spätestens am dritten – der Ausstellung folgenden – Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

▪ **Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung**

Arztgruppe	Region	Fördermaßnahme
Hausärzte	Mittelbereich <u>Sömmerda</u>	Praxisübernahme*
	Mittelbereich <u>Zeulenroda-Triebes</u>	3 Praxisneugründungen* Praxisübernahme*
HNO-Ärzte	Landkreis <u>Kyffhäuserkreis</u>	1 Praxisneugründung* in der Stadt Artern
	Landkreis <u>Unstrut-Hainich-Kreis</u>	1 Praxisübernahme* in der Stadt Mühlhausen
Hautärzte	Landkreis <u>Eisenach/Wartburgkreis</u>	Praxisübernahmen*
Für alle Bereiche gilt die Förderung über das durchschnittliche Aufgabealter hinaus**.		

▪ **Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf**

Arztgruppe	Region	Fördermaßnahme
Hausärzte	Mittelbereich Bad Salzungen/ <u>Grundzentrum Vacha</u> (Dorndorf, Martinroda, Unterbreizbach, Vacha, Völkershausen, Wölferbütt)	Praxisübernahme*
	Mittelbereich Eisenach/ <u>Grundzentrum Mihla</u> (Berka v. d. Hainich, Bischofroda, Ebenshausen, Frankenroda, Hallungen, Lauterbach, Mihla, Nazza)	1 Praxisneugründung* (Sonderbedarf)
	Mittelbereich Hildburghausen/ <u>Grundzentrum Bad Colberg-Helburg</u> (Bad Colberg-Helburg, Gompertshausen, Hellingen, Schlechtsart, Schweickershausen, Ummerstadt, Westhausen)	1 Praxisneugründung* (Sonderbedarf) 1 Zweigpraxis***
	Mittelbereich Ilmenau/ <u>Grundzentrum Gräfenroda</u> (Frankenhain, Gräfenroda, Liebenstein, Gehlberg, Geschwenda, Gossel)	1 Praxisneugründung*
	Mittelbereich Meiningen/ <u>Grundzentrum Römhild</u> (Römhild)	1 Praxisneugründung*
	Mittelbereich Meiningen/ <u>Grundzentrum Wasungen</u> (Friedelshausen, Hümpfershausen, Mehmels, Metzels, Oepfershausen, Unterkatz, Wahns, Wallbach, Wasungen, Schwallungen)	1 Praxisneugründung*
	Mittelbereich Rudolstadt/Saalfeld/ <u>Grundzentrum Probstzella</u> (Gräfenenthal, Lehesten, Probstzella)	Praxisübernahme*
Augenärzte	Landkreis Gotha/ <u>Mittelbereich Gotha</u>	3 Praxisneugründungen*
	Landkreis Saale-Holzland-Kreis/ <u>Mittelbereich Bad Klosterlausnitz/Hermsdorf</u>	1 Praxisneugründung* (Sonderbedarf)

* Praxisübernahmen und Praxisneugründungen werden mit 60.000 € Investitionszuschuss (3.000 €/Quartal) gefördert.

** Das durchschnittliche Aufgabealter liegt bei 65 Jahren. Die Förderung beträgt 1.500 € pro Quartal.

*** Zweigpraxen werden mit 15.000 € gefördert.

Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2015

zwischen

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

einerseits

und

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

dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Weißensteinstraße 70 - 72
34131 Kassel

der Knappschaft
Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt/Main

den Ersatzkassen

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

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

andererseits

Präambel

Grundlage für die nachfolgenden Regelungen sind die Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für das Jahr 2015 vom 26. September 2014.

Die Vertragspartner vereinbaren ein Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2015. Sie legen in gemeinsamer Verantwortung Wirtschaftlichkeitsziele sowie ein darauf ausgerichtetes Maßnahmenpaket für das Jahr 2015 fest.

Das Ziel besteht darin, im Jahr 2015 durch intensiviertes gemeinsames Handeln das vereinbarte Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel einzuhalten.

§ 1

Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2015

Das Ausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2015 wird inklusive der Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V auf den Betrag von **1.175.490.000,00 €** festgelegt. Gesetzliche Rabatte, Abschläge und Zuzahlungen sind nicht enthalten.

§ 2

Steuerung der Arznei- und Verbandmittelausgaben im Jahr 2015

(1) Zielvereinbarung

1. Zur intensiven Steuerung der Arznei- und Verbandmittelausgaben 2015 einigen sich die Vertragspartner auf folgende 11 Zielgruppen:

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz	Mindest-Zielwert auf der Basis von DDD*
1a	HMG-CoA-Reduktasehemmer	Simvastatin und Pravastatin	82,0 %
1b	HMG-CoA-Reduktasehemmer und ezetimibhaltige Arzneimittel (einschließlich Kombinationen)	nicht ezetimibhaltige Arzneimittel einschließlich Kombinationen	95,1 %
2	Alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung der BPH	Tamsulosin	86,0 %
3	Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren	Citalopram und Sertralin	74,0 %
4	Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose	Alendronsäure und Risedronsäure	81,0 %
5a	ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren	Enalapril, Lisinopril und Ramipril	75,0 %
5b	ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren in Kombination mit Diuretika bzw. Calcium-Antagonisten	Enalapril, Lisinopril und Ramipril, jeweils mit Hydrochlorothiazid (HCT), Enalapril mit Nitrendipin, Ramipril mit Amlodipin	45,0 %
6	Calcium-Antagonisten	Amlodipin und Nitrendipin	81,0 %
7	Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer	Amitriptylin und Doxepin	52,0 %
8	Antidiabetika exklusive Insuline	Nicht-GLP-1-Analoga	97,9 %
9a	Opioide (orale und transdermale Darreichungsformen)	orale Darreichungsformen	53,0 %
9b	orale Opioide WHO III	orale Opioide (WHO III) ohne Tapentadol und Oxycodon-Kombinationen	75,0 %
10	Antiglaukomatosa	Antiglaukomatosa (Mono- und Kombinationspräparate) mit generikafähigen Wirkstoffen	67,0 %
11	Antiarrhythmika, Klasse III	Antiarrhythmika, Klasse III, ohne Dronedaron	85,0 %

* DDD = definierte Tagesdosen. Es gilt im Hinblick auf die ATC-Code- und DDD-Wert-Zuordnung die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Klassifikation (ATC-Wirkstoffklassifikation mit DDD-Angaben) in der jeweils gültigen Fassung.

Die Umsetzung der Arzneimittelvereinbarung 2015 durch die Prüfungsstelle erfolgt im Hinblick auf die Leitsubstanzquoten-Berechnung (nach Wirtschaftlichkeitszielen der jeweiligen Arzneimittelvereinbarung) auf Basis der WIdO-Klassifikation. Eine Benachteiligung der Vertragsärzte bei der Leitsubstanzquoten-Berechnung im Vergleich zur Anwendung der amtlichen Klassifikation darf sich daraus jedoch nicht ergeben. Dies ist seitens der Prüfungsstelle zu gewährleisten und auf Anfrage gegenüber den Vertragspartnern zu belegen.

Diese Mindestzielwerte gelten bei den Zielen 1a/b, 5a/b und 9a/b in der angegebenen Kombination.

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

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

2. Weitere Ziele

- a) Der Verordnungsanteil der neuen direkten oralen Antikoagulantien (Dabigatran, Rivaroxaban und Apixaban) an der Gesamtindikationsgruppe orale Antikoagulantien sollte im Vergleich zum Vorjahr nicht weiter ansteigen. Vitamin-K-Antagonisten, wie Phenprocoumon, sind nach wie vor Standard bei der Therapie mit oralen Antikoagulantien.
- b) Die Menge an verordneten Protonenpumpeninhibitoren soll sich an der medizinischen Notwendigkeit orientieren. Eine unkritische Übernahme von Therapieempfehlungen aus dem Krankenhaus bzw. eine unkritische Weiterführung von Arzneimittelverordnungen sind zu vermeiden.
- c) Blutzuckerteststreifen sollen in der Regel nur für insulinpflichtige Patienten mit Diabetes mellitus verordnet werden. Die Menge an verordneten Blutzuckerteststreifen soll sich am medizinisch notwendigen Messintervall orientieren.
- d) Der Vertragsarzt stellt einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlichen Umgang mit aut-idem sicher:
Die wirtschaftliche Auswahl eines Arzneimittels nimmt die Apotheke immer dann vor, wenn aut-idem zugelassen wird bzw. eine Wirkstoffverordnung durch den Vertragsarzt vorgenommen wird.
Der Ausschluss von aut-idem im Einzelfall kann insbesondere bei Vorliegen medizinischer Gründe notwendig sein.
Ein genereller Ausschluss von aut-idem kann jedoch zu erheblichen Mehrkosten führen.
- e) Die Vertragsärzte sollen bei der Verordnung von Arzneimitteln Multimedikation nach Möglichkeit vermeiden, um Arzneimittelinteraktionen zu verhindern. Insbesondere bei älteren Patienten sollte eine potentiell inadäquate Medikation vermieden werden.

(2) Maßnahmen zur Zielerreichung

1. Die Information aller Vertragsärzte über die Zielvereinbarung allgemein, die Ist-Situation sowie zu den Zielfeldern, die die Vertragspartner der Vereinbarung unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation vorrangig zu erreichen suchen, erfolgt durch die KV Thüringen. Hierzu gehören auch gemeinsame Empfehlungen auf der Grundlage von § 73 Abs. 8 SGB V über die wirtschaftliche Verordnungsweise.
2. Die zeitnahe (mindestens quartalsweise) Information der Ärzte - mit nennenswerten Verordnungen in den Zielbereichen - über ihr Verordnungsverhalten mittels GKV-Arzneimittel-Frühinformation für Vertragsärzte nach § 84 Abs. 5 SGB V (GAmSi-Arzt) erfolgt durch die KV Thüringen. Die Information der Vertragsärzte über das Erreichen der Ziele nach Abs. 1 Nr. 1 kann mit Frühinformationsdaten der Krankenkassen auf Landesebene erfolgen.
3. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe zur kontinuierlichen Begleitung dieser Vereinbarung analysiert zeitnah die Ausgabenentwicklung und entwickelt Maßnahmen zur Erreichung der unter Abs. 1 genannten Ziele, auch gegenüber Arzneimittel und Verbandmittel abgebenden Stellen und Krankenhäusern.
4. Die KV Thüringen verpflichtet sich, die Ziele nach Abs. 1 Nr. 1 dieser Vereinbarung in Abstimmung mit der AOK PLUS in einer zur ARV-Schnittstelle der KBV konformen Datei fristgemäß (sofern realisierbar) an die KBV zu melden. Der Inhalt der Daten zur ARV-Schnittstelle ist inklusive der Regelungen zur Haftung in **Anlage 2** dieser Vereinbarung formuliert.
5. Als zusätzliches Steuerungsinstrument vereinbaren die Vertragspartner die Einbindung der Zielwerte nach Abs. 1 Nr. 1 in die Richtgrößenprüfung. Das Nähere hierzu regelt die Prüfvereinbarung.

(3) Feststellung der Zielerreichung, Datengrundlage

1. Eine Bewertung zum Erfüllungsstand dieser Vereinbarung erfolgt nach Abschluss des Kalenderjahres 2015 durch die Vertragspartner gemeinsam. Die Zielerreichung wird auf Landesebene (KV-weit) festgestellt.
2. Die Ermittlung der Zielerfüllung erfolgt auf Basis der Verordnungsdaten der Krankenkassen gemäß § 13 Absatz 1 Vertrag Datenträgeraustausch (DTA) und darauf basierenden Auswertungen.
3. Die Zielvereinbarung gilt auf Landesebene als erfüllt, wenn die Ziele gemäß Abs. 1 Nr. 1 erreicht sind.
4. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse erfolgt die Anpassung der Zielwerte im Folgejahr und/oder die Veränderung der vereinbarten Maßnahmen.

(4) Ergänzende Regelungen

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

§ 3

Laufzeit und Anschlussvereinbarung

1. Die Vereinbarung gilt für den Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2015.
2. Die Vertragspartner werden entsprechend den gesetzlichen Vorgaben rechtzeitig vor Ablauf der Vereinbarung Verhandlungen für die Folgezeit aufnehmen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 20.11.2014

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen

gez. IKK classic

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

gez. Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

Anlagen 1 und 2

Anlage 1

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

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
1a	HMG-CoA-Reduktasehemmer Simvastatin C10AA01 Lovastatin C10AA02 Pravastatin C10AA03 Fluvastatin C10AA04 Atorvastatin C10AA05 Rosuvastatin C10AA07 Pitavastatin C10AA08	Simvastatin und Pravastatin Simvastatin C10AA01 Pravastatin C10AA03
1b	HMG-CoA-Reduktasehemmer und ezetimibhaltige Arzneimittel Simvastatin C10AA01 Lovastatin C10AA02 Pravastatin C10AA03 Fluvastatin C10AA04 Atorvastatin C10AA05 Rosuvastatin C10AA07 Pitavastatin C10AA08 Ezetimib C10AX09 Simvastatin und Ezetimib C10BA02	Nicht ezetimibhaltige Arzneimittel Simvastatin C10AA01 Lovastatin C10AA02 Pravastatin C10AA03 Fluvastatin C10AA04 Atorvastatin C10AA05 Rosuvastatin C10AA07 Pitavastatin C10AA08
2	Alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung der BPH Alfuzosin G04CA01 Tamsulosin G04CA02 Terazosin G04CA03 Silodosin G04CA04 Doxazosin G04CA05	Tamsulosin Tamsulosin G04CA02
3	Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren Fluoxetin N06AB03 Citalopram N06AB04 Paroxetin N06AB05 Sertralin N06AB06 Fluvoxamin N06AB08 Escitalopram N06AB10	Citalopram und Sertralin Citalopram N06AB04 Sertralin N06AB06

Anlage 6 – Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2015 zwischen der KVT und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
4	<p>Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose</p> <p>Etidronsäure M05BA01 Alendronsäure M05BA04 Ibandronsäure M05BA06 (außer Bondronat und Generika mit ausschließlicher Zulassung zur Prävention skelettbezogener Ereignisse bei Patienten mit Brustkrebs und Knochenmetastasen) Risedronsäure M05BA07 (außer Actonel 30mg mit ausschließlicher Zulassung zur Behandlung des Morbus Paget) Zoledronsäure M05BA08 (nur Standardaggregat Aclasta)</p>	<p>Alendronsäure und Risedronsäure</p> <p>Alendronsäure M05BA04 Risedronsäure M05BA07 (außer Actonel 30mg mit ausschließlicher Zulassung zur Behandlung des Morbus Paget)</p>
5a	<p>ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren</p> <p>Captopril C09AA01 Enalapril C09AA02 Lisinopril C09AA03 Perindopril C09AA04 Ramipril C09AA05 Quinapril C09AA06 Benazepril C09AA07 Cilazapril C09AA08 Fosinopril C09AA09 Trandolapril C09AA10 Spirapril C09AA11 Moexipril C09AA13 Zofenopril C09AA15 Losartan C09CA01 Eprosartan C09CA02 Valsartan C09CA03 Irbesartan C09CA04 Candesartan C09CA06 Telmisartan C09CA07 Olmesartan medoxomil C09CA08 Azilsartan medoxomil C09CA09 Aliskiren C09XA02</p>	<p>Enalapril, Lisinopril und Ramipril</p> <p>Enalapril C09AA02 Lisinopril C09AA03 Ramipril C09AA05</p>
5b	<p>ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren in Kombination mit Diuretika bzw. Calcium-Antagonisten</p> <p>Captopril und HCT C09BA21 Enalapril und HCT C09BA22 Lisinopril und HCT C09BA23 Ramipril und HCT C09BA25 Quinapril und HCT C09BA26</p>	<p>Enalapril, Lisinopril und Ramipril, jeweils mit Hydrochlorothiazid (HCT), Enalapril mit Nitrendipin und Ramipril mit Amlodipin</p> <p>Enalapril und HCT C09BA22 Lisinopril und HCT C09BA23 Ramipril und HCT C09BA25 Enalapril und Nitrendipin C09BB06 Ramipril und Amlodipin C09BB07</p>

**Anlage 6 – Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2015 zwischen der KVT
und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen**

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
	<p>Benazepril und HCT C09BA27 Cilazapril und HCT C09BA28 Fosinopril und HCT C09BA29 Moexipril und HCT C09BA33 Zofenopril und HCT C09BA35 Perindopril und Indapamid C09BA54 Ramipril und Piretanid C09BA55 Enalapril und Lercanidipin C09BB02 Ramipril und Felodipin C09BB05 Enalapril und Nitrendipin C09BB06 Ramipril und Amlodipin C09BB07 Trandolapril und Verapamil C09BB10 Delapril und Manidipin C09BB12 Losartan und HCT C09DA21 Eprosartan und HCT C09DA22 Valsartan und HCT C09DA23 Irbesartan und HCT C09DA24 Candesartan und HCT C09DA26 Telmisartan und HCT C09DA27 Olmesartan medoxomil und HCT C09DA28 Valsartan und Amlodipin C09DB01 Olmesartan medoxomil und Amlodipin C09DB02 Telmisartan und Amlodipin C09DB04 Valsartan, Amlodipin und HCT C09DX01 Olmesartan medoxomil, Amlodipin und HCT C09DX03 Aliskiren und HCT C09XA52</p>	
6	<p>Calcium-Antagonisten</p> <p>Amlodipin C08CA01 Felodipin C08CA02 Isradipin C08CA03 Nifedipin C08CA05 Nimodipin C08CA06 Nisoldipin C08CA07 Nitrendipin C08CA08 Nilvadipin C08CA10 Manidipin C08CA11 Lercandipin C08CA13</p>	<p>Amlodipin und Nitrendipin</p> <p>Amlodipin C08CA01 Nitrendipin C08CA08</p>
7	<p>Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer</p> <p>Imipramin N06AA02 Clomipramin N06AA04 Opipramol N06AA05 Trimipramin N06AA06 Amitriptylin N06AA09 Nortriptylin N06AA10 Doxepin N06AA12</p>	<p>Amitriptylin und Doxepin</p> <p>Amitriptylin N06AA09 Doxepin N06AA12</p>

Anlage 6 – Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2015 zwischen der KVT und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
	Dosulepin N06AA16 Maprotilin N06AA21 Amitriptylinoxid N06AA25	
8	Antidiabetika exklusive Insuline Metformin A10BA02 Glibenclamid A10BB01 Gliquidon A10BB08 Gliclazid A10BB09 Glimepirid A10BB12 Acarbose A10BF01 Miglitol A10BF02 Pioglitazon** A10BG03 Sitagliptin A10BH01 Vildagliptin A10BH02 Saxagliptin A10BH03 Repaglinid A10BX02 Nateglinid A10BX03 Exenatid A10BX04 (parenterale DDD wird berücksichtigt; 1 DDD Depotinjektion (Bydureon) entspricht 0,286 mg) Liraglutid A10BX07 (parenterale DDD wird berücksichtigt) Lixisenatid A10BX10	Nicht-GLP1-Analoga (Wirkstoffe, die nicht zu den GLP1-Analoga zählen) Metformin A10BA02 Glibenclamid A10BB01 Gliquidon A10BB08 Gliclazid A10BB09 Glimepirid A10BB12 Acarbose A10BF01 Miglitol A10BF02 Pioglitazon** A10BG03 Sitagliptin A10BH01 Vildagliptin A10BH02 Saxagliptin A10BH03 Repaglinid A10BX02 Nateglinid A10BX03
9a	Opioide (orale und transdermale Darreichungsformen) orale Darreichungsformen (WldO): BEU, BTA, FTA, HKP, KAP, LOE, LSE, LUT, REK, RET, RGR, SMT, SUT, TAB, TRA, TRO transdermale Darreichungsformen (WldO): PFL, PFT Morphin N02AA01 Hydromorphon N02AA03 Oxycodon N02AA05 Oxycodon, Kombinationen N02AA55 Pethidin N02AB02 Fentanyl N02AB03 Buprenorphin N02AE01 Tapentadol N02AX06	orale Darreichungsformen orale Darreichungsformen (WldO): BEU, BTA, FTA, HKP, KAP, LOE, LSE, LUT, REK, RET, RGR, SMT, SUT, TAB, TRA, TRO ATC-Codes siehe links
9b	orale Opioide WHO III nur orale Darreichungsformen (WldO): BEU, BTA, FTA, HKP, KAP, LOE, LSE, LUT,	orale Opioide (WHO III) ohne Tapentadol und Oxycodon-Kombinationen Darreichungsformen siehe links

**Anlage 6 – Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2015 zwischen der KVT
und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen**

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz
	REK, RET, RGR, SMT, SUT, TAB, TRA, TRO Morphin N02AA01 Hydromorphon N02AA03 Oxycodon N02AA05 Oxycodon, Kombinationen N02AA55 Pethidin N02AB02 Fentanyl N02AB03 Buprenorphin N02AE01 Tapentadol N02AX06	Morphin N02AA01 Hydromorphon N02AA03 Oxycodon N02AA05 Pethidin N02AB02 Fentanyl N02AB03 Buprenorphin N02AE01
10	Antiglaukomatosa Apraclonidin S01EA03 Clonidin S01EA04 Brimonidin S01EA05 Pilocarpin S01EB01 Carbachol S01EB02 Pilocarpin, Kombinationen S01EB51 Acetazolamid S01EC01 Dorzolamid S01EC03 Brinzolamid S01EC04 Timolol S01ED01 Betaxolol S01ED02 Levobunolol S01ED03 Metipranolol S01ED04 Carteolol S01ED05 Metipranolol, Kombinationen S01ED54 Timolol und Latanoprost S01ED61 Timolol und Bimatoprost S01ED62 Timolol und Travoprost S01ED63 Timolol und Dorzolamid S01ED66 Timolol und Brinzolamid S01ED67 Timolol und Pilocarpin S01ED68 Timolol und Brimonidin S01ED69 Latanoprost S01EE01 Bimatoprost S01EE03 Travoprost S01EE04 Tafluprost S01EE05	Antiglaukomatosa (Mono- und Kombi- nationspräparate) mit generikafähigen Wirkstoffen Clonidin S01EA04 Brimonidin S01EA05 Pilocarpin S01EB01 Carbachol S01EB02 Acetazolamid S01EC01 Dorzolamid S01EC03 Timolol S01ED01 Betaxolol S01ED02 Metipranolol S01ED04 Carteolol S01ED05 Timolol und Latanoprost S01ED61 Timolol und Dorzolamid S01ED66 Latanoprost S01EE01
11	Antiarrhythmika, Klasse III Amiodaron C01BD01 Dronedaron C01BD07	Antiarrhythmika, Klasse III, ohne Dronedaron Amiodaron C01BD01

* DDD = definierte Tagesdosen. Es gilt im Hinblick auf die ATC-Code- und DDD-Wert-Zuordnung die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Klassifikation (ATC-Wirkstoffklassifikation mit DDD-Angaben) in der jeweils gültigen Fassung.

Die Umsetzung der Arzneimittelvereinbarung 2015 durch die Prüfungsstelle erfolgt im Hinblick auf die Leitsubstanzquoten-Berechnung (nach Wirtschaftlichkeitszielen der jeweiligen Arzneimittelvereinbarung) auf Basis der WIdO-Klassifikation. Eine Benachteiligung der Vertragsärzte bei der Leitsubstanzquoten-Berechnung im Vergleich zur Anwendung der amtlichen Klassifikation darf sich daraus jedoch nicht ergeben. Dies ist seitens der Prüfungsstelle zu gewährleisten und auf Anfrage gegenüber den Vertragspartnern zu belegen.

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

Anlage 2

Inhalt der Daten zur ARV-Schnittstelle inklusive Regelungen zur Haftung

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

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

**Vereinbarung
über die Festsetzung von Richtgrößen für
Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2015
(Richtgrößen-Vereinbarung/Arzneimittel)**

zwischen

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

- im Folgenden KV Thüringen genannt –

einerseits

und

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

dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Weißensteinstraße 70 - 72
34131 Kassel

der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

andererseits

Präambel

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

1. Bildung der Richtgrößen

1.1 Grundsätze zur Bildung der Richtgrößen

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

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

Altersgruppe 1 (0 bis 15 Jahre)

Altersgruppe 2 (16 bis 49 Jahre)

Altersgruppe 3 (50 bis 64 Jahre)

Altersgruppe 4 (ab 65 Jahre)

Der Sprechstundenbedarf wird zu gleichen Teilen den Altersgruppen zugeordnet.

- (2) Die Richtgrößen gelten für die vertragsärztliche Tätigkeit niedergelassener Ärzte, der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angestellten Ärzte in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, in KV-Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 1 SGB V, in Kommunalen Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 5 SGB V und bei Vertragsärzten sowie Ärzten in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 SGB V mit Ausnahme „Ermächtigte“ der in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen (nachfolgend Vertragsärzte genannt).
- (3) Impfstoffe zur Prävention bleiben bei der Bildung von Richtgrößen unberücksichtigt.
- (4) Gesetzliche Zuzahlungen sowie Rabatte nach den §§ 130 und 130 a SGB V sind Bestandteile der Richtgrößen (Bruttoprinzip).
- (5) Die Vertragspartner vereinbaren für das Jahr 2015 die in Anlage 2 aufgeführten Richtgrößen.
- (6) Die vereinbarten Richtgrößen für das Jahr 2015 orientieren sich am vereinbarten Ausgabenvolumen gemäß § 1 der Arzneimittelvereinbarung 2015 in Höhe von 1.175.490.000,00 €.
- (7) Die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung (mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weitere) sind nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

1.2 Inkrafttreten und Bekanntgabe der Richtgrößen 2015

Die nach Punkt 1.1 Abs. 5 vereinbarten Richtgrößen sind durch die KV Thüringen mit Wirksamkeit zum 01.01.2015 bekannt zu machen.

2. Information über veranlasste Ausgaben

(1) Zur kontinuierlichen Information übermitteln die Krankenkassen quartalsweise an die KV Thüringen ungeprüfte Verordnungsdaten zu den im Bereich der KV Thüringen veranlassten Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel

- entsprechend den Altersgruppen gemäß Punkt 1.1 Abs. 1 sowie separaten Angaben zum Sprechstundenbedarf
- jeweils mit der Summe der Bruttoausgaben, der Summe der Nettoausgaben und der Anzahl der Verordnungen
- bis spätestens Ende der 12. Woche nach Ablauf eines Quartals.

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

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

3. Verfahren bei der Überschreitung des Richtgrößenvolumens

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

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

(2) Die für die Vertragsärzte anzuwendenden Richtgrößen ergeben sich aus der Fachgruppen-Zuordnung der KV Thüringen gemäß Klassifikationsschema nach Anlage 1.

(3) Die Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens wird auf der Grundlage der Gesamtkosten aller Vertragsärzte der gleichen Fachgruppe der Betriebsstätte einschließlich der Nebenbetriebsstätten für Arznei- und Verbandmittel sowie Sprechstundenbedarf (Ist) und dem Richtgrößenvolumen aller Vertragsärzte der gleichen Fachgruppe innerhalb einer Betriebsstätte einschließlich Nebenbetriebsstättenvolumen (Soll) vorgenommen.

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

Fachgruppenbezogenes Richtgrößenvolumen (Soll) = Summe der Produkte aus der Richtgröße der jeweiligen Altersgruppe und der Gesamtzahl der fachgruppenbezogenen

kurativ-ambulanten Behandlungsfälle der gleichen Altersgruppe innerhalb der gleichen Fachgruppe der Betriebsstätte (einschließlich der Nebenbetriebsstätte).

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

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

- (4) Die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung (mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weitere) sind von den Gesamtkosten (IST) vor der Feststellung der Überschreitung des fachgruppenbezogenen Richtgrößenvolumens in Abzug zu bringen.

4. Sonstige Regelungen

- (1) Soweit die Richtgrößen des Jahres 2014 rückwirkend erhöht werden, sind auch die Richtgrößen für das Jahr 2015 entsprechend zu erhöhen und bilden die Grundlage für die Ermittlung des fachgruppenbezogenen Richtgrößenvolumens (Soll). Über die Veränderung der Richtgrößen sind die Vertragsärzte und die Prüfungseinrichtungen in geeigneter Weise zu informieren.
- (2) Die Vertragspartner kommen überein, dass vor dem Abschluss von Richtgrößen für das Folgejahr die bestehenden Regelungen dahingehend geprüft werden, inwieweit sie ihre Zweckbestimmung gem. § 84 Abs. 6 SGB V erfüllt haben. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse treffen die Vertragspartner entsprechende Veränderungen für die Folgevereinbarung.

5. Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2015 in Kraft und gilt bis 31.12.2015.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 20.11.2014

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

AOK PLUS

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen

IKK classic

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Knappschaft,
Regionaldirektion Frankfurt

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

Anlagen 1 und 2

Anlage 1

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für das Jahr 2015 (Richtgrößen-Vereinbarung Arzneimittel) zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen

Fachgruppen mit Arzneimittel-Richtgrößen

(gelten für niedergelassene Ärzte, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angestellte Ärzte in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, in KV-Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 1 SGB V, in Kommunalen Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 5 SGB V und bei Vertragsärzten sowie Ärzten in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 SGB V, jedoch nicht für „Ermächtigte“)

Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte

Anästhesisten

Augenärzte

Chirurgen

Frauenärzte

HNO-Ärzte

Hautärzte

fachärztliche Internisten / Lungenärzte

hausärztliche Internisten

Kinderärzte

Nervenärzte (inkl. Psychiater)

Orthopäden / Ärzte für physikalische Therapie

Urologen

Anlage 2

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für das Jahr 2015 (Richtgrößen-Vereinbarung Arzneimittel) zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen

Richtgrößen 2015

Arznei- und Verbandmittel in EURO

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

* (nur niedergelassene Ärzte, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angestellte Ärzte in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, in KV-Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 1 SGB V, in Kommunalen Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 5 SGB V und bei Vertragsärzten sowie Ärzte in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 SGB V, ohne Ermächtigte)

¹ Angaben pro fachgruppenbezogenen kurativ-ambulanten Behandlungsfall (brutto)

Grundregeln der Abrechnung

1. VERSORGUNGSEBENE: Betreuung und Dokumentation

- Die Abrechnungspauschalen sind vom Arzt abzurechnen und werden nicht von der KV Thüringen zuge-
setzt.
- DMP-Leistungen dürfen nur bei eingeschriebenen Patienten abgerechnet werden.
- Ärzte der 2. Versorgungsebene sowie Augenärzte können nur auf Überweisung im Rahmen des jeweili-
gen DMP tätig werden.
- Bei Überweisung an die 2. Versorgungsebene sowie Augenärzte ist eine **eindeutige Kennzeichnung
des jeweiligen DMP auf dem Überweisungsschein notwendig.**
- Verweist der koordinierende Arzt den DMP-Patienten an einen Kollegen der 2. Versorgungsebene oder
einen Augenarzt in derselben Praxis, gilt die Überweisung als getätigt, auch wenn praxisintern keine Über-
weisung nach Muster 6 ausgestellt und in der Praxis-EDV angelegt wird.
- Kassenseitige Informationen zur Ausschreibung oder Einschreibung der Patienten sind für den Fall spä-
terer Kassenrückforderungen langfristig (Empfehlung: fünf Jahre) aufzubewahren.
- Rückmeldungen von der Datenstelle zum Eingang der übermittelten Datensätze beachten und diese auf-
bewahren. **Achtung!** Fehlende Rückmeldungen der Datenstelle bedeuten, dass keine Daten eingegangen
sind!
- Die Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung (TE/EWE) Ihrer Patienten zeitnah an die Datenstelle ver-
schicken, bitte nicht sammeln.
- Die Erstdokumentation muss zeitnah mit oder nach Versendung der TE/EWE erfolgen, damit die Ein-
schreibung wirksam wird.
- Regelmäßige Betreuung und Dokumentationen verhindern Ausschreibungen des Patienten.
Achtung! Zwei Quartale ohne Folgedokumentation führen zur Ausschreibung des Patienten.
Neue Teilnahmeerklärung und Erstdokumentation sind dann erneut erforderlich.
- Die Dokumentationen möglichst regelmäßig, z. B. im Monatsrhythmus, an die Datenstelle senden.
Bitte beachten Sie hierbei Ihre angegebenen Zeitintervalle der Dokumentation.
- Mehrfachübermittlung von Dokumentationen für einen Patienten im Quartal vermeiden.
- Bei Erstellung der Dokumentation ist darauf zu achten, dass die eGK aktuell eingelesen wurde.
- Schulungskontingent im festgelegten Zeitraum beachten. Nachschulungen bei der zuständigen Kranken-
kasse beantragen und erst nach Genehmigung erbringen und mit Zusatz „N“ abrechnen.
- Bei den Schulungen auf die festgelegte Anzahl der Schulungseinheiten und Teilnehmer achten. Außer-
dem sind die festgelegten Zeiträume, innerhalb derer die Schulung insgesamt erfolgen soll, zu beachten.

1. VERSORGUNGSEBENE: Qualitätsziele und Qualitätsboni

- Qualitätsziele werden nicht mit Abrechnungsnummern abgerechnet.
- Eine Vergütung erfolgt als Bonuszahlung für die anspruchsberechtigten Ärzte.
- Die Auszahlung der Qualitätsboni erfolgt nach Ablauf des Kalenderjahres mit dem Honorar des 1. Quar-
tals des Folgejahres.

DMP	Leistungsbeschreibung der Qualitätsziele
Asthma	Messung des Peak-Flow-Wertes – mindestens einmal jährlich
COPD	Vermeidung der stationären Aufenthalte aufgrund von COPD-Symptomatik (Im Kalenderjahr soll die Anzahl der „stationären notfallmäßigen Behandlungen wegen COPD-Symptomatik“ – je Folgedokumentation – so gering wie möglich sein.)
Diabetes mellitus Typ 1	Der versichertenindividuelle HbA1c-Wert ist erreicht, dieser Wert soll gehalten werden. (Im Kalenderjahr ist mindestens in zwei Folgedokumentationen bei Parameter „Zielvereinbarung HbA1c“ die Ausprägung „Aktuellen Wert“ = „halten“ angegeben.)

DMP	Leistungsbeschreibung der Qualitätsziele
Diabetes mellitus Typ2	Der versichertenindividuelle HbA1c-Wert ist erreicht, dieser Wert soll gehalten werden. (Im Kalenderjahr ist mindestens in zwei Folgedokumentationen bei Parameter „Zielvereinbarung HbA1c“ die Ausprägung „Aktuellen Wert“ = „halten“ angegeben.)
KHK	Bei Angina pectoris (typisch oder atypisch) erfolgt eine Überweisung an einen qualifizierten Vertragsarzt. (Alle Versicherten – bzw. eine möglichst hohe Anzahl von Versicherten – mit Angina pectoris – typisch oder atypisch – sollen zum qualifizierten Vertragsarzt der 2. VE überwiesen werden.)

2. VERSORGUNGSEBENE: Mitbehandlungspauschalen der besonders qualifizierten Ärzte

- Je DMP gibt es eine quartalsweise Mitbehandlungspauschale für die 2. Versorgungsebene.
- Bei Vorliegen der Überweisung aus der 1. Versorgungsebene ist die Mitbehandlungspauschale einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.
- Es gibt keine Mengenbegrenzung im Jahr.

Ist der besonders qualifizierte Facharzt der zweiten Versorgungsebene gleichzeitig für den Patienten im jeweiligen DMP der koordinierende Vertragsarzt und hat auch die „DMP-Beratungs- und Einschreibepauschale“ und/oder „DMP-Koordinierungspauschale“ nach § 5 Absatz 1 im gleichen Quartal oder in den Vorquartalen abgerechnet und eine Vergütung erhalten, kann dieser Facharzt die „DMP-Mitbehandlungspauschale“ für diesen Versicherten nicht abrechnen

Dies gilt nicht bei der Abrechnung der „DMP-Mitbehandlungspauschale“ für eingeschriebene Versicherte im DMP Diabetes mellitus Typ 1.

Achtung!

Die Abrechnung einer Mitbehandlungspauschale kann nur erfolgen, wenn die Überweisung gemäß der DMP-Versorgungsinhalte erfolgt.

Einmal jährlich wird in der Gemeinsamen Einrichtung analysiert, inwieweit die Überweisungsregeln der entsprechenden DMP-Verträge, Anlage „Versorgungsinhalte“ eingehalten bzw. umgesetzt wurden.

Bei den folgenden Indikationen muss eine Überweisung zu anderen Fachärzten oder Einrichtungen veranlasst werden (soweit die eigene Qualifikation nicht ausreicht) bzw. soll eine Überweisung zur Mitbehandlung erwogen werden:

Diabetes mellitus Typ 1:

- Bei Erstmanifestation in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
- bei Fußläsionen Wagner-Stadium 2 bis 5 und/oder Armstrong-Klasse C oder D in eine auf die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,
- zur jährlichen augenärztlichen Untersuchung, insbesondere der Untersuchung der Netzhaut beginnend im fünften Jahr nach Manifestation des Diabetes bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie an eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
- bei Vorliegen oder Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie mindestens einmal jährlich an eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
- bei Vorliegen makroangiopathischer einschließlich kardialer Komplikationen in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
- zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogrammen qualifiziert ist,
- bei Nichterreichen eines HbA1c-Wertes unter dem ca. 1,2-fachen der oberen Norm der jeweiligen Labormethode nach maximal sechs Monaten Behandlungsdauer in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,

- bei bekannter Hypertonie und bei Nichterreichen des Ziel-Blutdruck-Bereiches (unterhalb systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg) innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten zum – in der Hypertoniebehandlung – qualifizierten Arzt oder zur qualifizierten Einrichtung,
- bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 1 erfahrene qualifizierte Einrichtung (vgl. 20. ÄndV Ziffer 1.6),
- bei Abschluss der akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechseldekompensation (z. B. schwere Hypoglykämie, Ketoazidose) in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
- zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären oder ambulanten Bereich,
- zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII),
- bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung bzw. bei Einschränkung der Kreatinin-Clearance zum Nephrologen,
- bei Vorliegen makroangiopathischer, einschließlich kardialer Komplikationen, zum jeweils qualifizierten Facharzt/Einrichtung,
- bei allen diabetischen Fußläsionen in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung.

Diabetes mellitus Typ 2:

- Zur augenärztlichen Untersuchung: zum Ausschluss einer diabetischen Augenkomplikation bei Diagnosestellung des Diabetes mellitus Typ 2 mindestens einmal jährlich,
- bei einer Einschränkung der Nierenfunktion mit einer GFR auf weniger als 40 ml/min oder bei deutlicher Progression einer Nierenfunktionsstörung (jährliche Abnahme der GFR um mehr als 5 ml/min) zur nephrologisch qualifizierten Ärztin, zum nephrologisch qualifizierten Arzt oder zur nephrologisch qualifizierten Einrichtung,
- bei Fuß-Läsionen Wagner-Stadium 2-5 und/oder Armstrong-Klasse C oder D in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,
- bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft zu einer Ärztin, zu einem Arzt oder zu einer Einrichtung, die jeweils diabetologisch besonders qualifiziert sind,
- bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie zur diabetologisch besonders qualifizierten Ärztin, zum diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder zur diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung,
- bei allen diabetischen Fuß-Läsionen in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,
- bei Nicht-Erreichen eines Blutdruckwertes systolisch < 140 mmHg und diastolisch < 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens 6 Monaten an eine in der Hypertoniebehandlung qualifizierte Ärztin, einen in der Hypertoniebehandlung qualifizierten Arzt oder eine in der Hypertoniebehandlung qualifizierte Einrichtung,
- bei Nicht-Erreichen des in Abhängigkeit vom Therapieziel individuell festgelegten HbA1c-Zielwertes (nach spätestens sechs Monaten) zu einer diabetologisch besonders qualifizierten Ärztin, einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder einer diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung.

Asthma:

- Bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensivierter Behandlung,
- wenn eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird,
- vorausgegangene Notfallbehandlung,
- Beenden einer antientzündlichen Dauertherapie,
- Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Sinusitis, rezidivierender Pseudo-Krupp),
- Verdacht auf eine allergische Genese des Asthma bronchiale,
- Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale,
- Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft,
- Einleitung einer Therapie mit Anti-IgE-Antikörper.

COPD:

- Bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensivierter Behandlung,
- wenn eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird,
- vorausgegangene Notfallbehandlung,
- Begleiterkrankungen (z. B. schweres Asthma bronchiale, symptomatische Herzinsuffizienz, zusätzliche chronische Lungenerkrankungen),
- Verdacht auf respiratorische Insuffizienz (z. B. zur Prüfung der Indikation zur Langzeitsauerstofftherapie bzw. intermittierenden häuslichen Beatmung),
- Verdacht auf berufsbedingte COPD.

KHK:

- Zunehmende oder erstmalige Angina-pectoris-Beschwerden,
- neu aufgetretene Herzinsuffizienz,
- neu aufgetretene oder symptomatische Herzrhythmusstörungen,
- medikamentöse Non-Responder,
- Patienten mit Komorbiditäten (z. B. Hypertonie, Diabetes, Depression),
- Mitbehandlung von Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (z. B. Klappenvitien),
- Indikationsstellung zur invasiven Diagnostik und Therapie,
- Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie,
- Rehabilitation,
- Schulung von Patienten.

Leistungspositionen

1. VERSORGUNGSEBENE

Beschreibung	DMP	Abr.-Nr.	Wert
DMP-Beratungs- und Einschreibepauschale Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der TE/EWE und vertragsgemäße Übermittlung an die Datenstelle sowie Erstellung der Erstdokumentation und vertragsgemäße Übermittlung an die Datenstelle entsprechend des jeweiligen DMP-Vertrages. Einmalig bei Einschreibung des Versicherten.	Diabetes mellitus Typ 1	99530	25,00 €
	Diabetes mellitus Typ 2	99550	25,00 €
	KHK	99590	25,00 €
	Asthma	99410A	25,00 €
	COPD	99410C	25,00 €

Beschreibung	DMP	Abr.-Nr.	Wert
DMP-Koordinierungspauschale Kontinuierliche Beratung und Betreuung des Versicherten entsprechend der jeweiligen „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme“ (siehe entsprechende DMP-Vertragsanlage) einschließlich Beratung und Initiierung einer erforderlichen Überweisung an einen besonders qualifizierten Facharzt aufgrund der Überweisungsregeln entsprechend der „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme“, Punkt „Überweisung von der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung“ (siehe Vertragsanlage „Versorgungsinhalte“) sowie Erstellung der Folgedokumentation entsprechend der „Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz“ (siehe entsprechende DMP-Vertragsanlage) bzw. Ausprägung des Erkrankungsbildes und vertragsgemäße Übermittlung dieser an die Datenstelle. Einmal im Quartal je eingeschriebenem Versicherten.	Diabetes mellitus Typ 1	99531	20,00 €
	Diabetes mellitus Typ 2	99551	20,00 €
	KHK	99591	20,00 €
	Asthma	99411A	20,00 €
	COPD	99411C	20,00 €

2. VERSORGUNGSEBENE

Beschreibung	DMP	Abr.-Nr.	Wert
DMP-Mitbehandlungspauschale Zeitnahe Terminvergabe für die vom koordinierenden Vertragsarzt überwiesenen Patienten der speziellen Risikogruppen – aufgrund der Überweisungsregeln entsprechend der „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme“, Punkt „Überweisung von der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung“ (siehe Vertragsanlage „Versorgungsinhalte“) unter Beachtung der Regelungen im §§ 3a bzw. 4a bzw. 5 der DMP-Verträge, deren Mitbehandlung sowie ein Befundbericht an den überweisenden koordinierenden Vertragsarzt. Einmal je Behandlungsfall abrechenbar.	Diabetes mellitus Typ 1	99532	45,00 €
	Diabetes mellitus Typ 2	99552	35,00 €
	KHK	99594	15,00 €
	Asthma	99419A	15,00 €
	COPD	99419C	15,00 €
DMP-Augenarztspauschale Zeitnahe Terminvergabe für die vom koordinierenden Vertragsarzt überwiesenen Patienten zur augenärztl. Untersuchung (binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes in Mydriasis) und ophthalmologische Kontrolle für eingeschriebene Versicherte sowie Befundbericht an den überweisenden koordinierenden Vertragsarzt. Einmal kalenderjährlich.	Diabetes mellitus Typ 1	99539	7,00 €
	Diabetes mellitus Typ 2	99560	7,00 €

Vergütung/Ausweisung im Honorarbescheid

- Anzahl der vergüteten Dokumentationen sind im Honorarbescheid in der Liste „Gebührennummern-Frequenz“ ersichtlich.
- Für die quartalsgleiche Abrechnung werden in der Datenstelle nur Dokumentationen berücksichtigt, welche spätestens drei Wochen vor Ende des Quartals vorliegen.
- Diese Daten sind die Basis für die gezahlten Vergütungen.
- Später eingegangene Dokumentationen werden erst im darauf folgenden Quartal vergütungsrelevant.

Alle DMP-Leistungen sind nur abrechnungsfähig, wenn eine Genehmigung der KV Thüringen vorliegt.

Datenstelle

Versand der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie Versand der Datenträger bei elektronischer Dokumentation an:

DMP Datenstelle Thüringen
Postfach 100 438
96056 Bamberg
E-Mail: dmp-thueringen@dmpservices.de

Weitere Informationen

Aktuelle Übersichten aller DMP wie beispielsweise Vergütungsverträge, Verzeichnis der Leistungserbringer oder die Qualitätsberichte der gemeinsamen Einrichtung finden Sie im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → [Arzt/Psychoth.](#) → [DMP](#).

Ihre Ansprechpartner in der KV Thüringen, HA Kassenärztliche Versorgung:

Anfragen zur Qualitätssicherung:	DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Typ 1	Frau Wündsch	Tel. 03643 559-714
	DMP KHK	Frau Horn	Tel. 03643 559-714
	DMP Brustkrebs	ServiceStelle	Tel. 03643 559-729
	DMP Asthma/COPD	ServiceStelle	Tel. 03643 559-729
Anfragen zur Abrechnung:	alle DMP	Frau Rudolph Frau Skerka	Tel. 03643 559-480 Tel. 03643 559-456
Sonstige/allgemeine Fragen:	alle DMP	Frau Maaß Frau Schröder	Tel. 03643 559-710 Tel. 03643 559-745