



## Editorial

### **Amtliche Bekanntmachung**

Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2015

### **Ihre Fachinformationen**

▪ <b>Abrechnung/Honorarverteilung</b>	
Individuelle Punktzahlvolumina bzw. zeitbezogene Kapazitätsgrenzen	1
Abrechnungshinweise	1
▪ <b>Verordnung und Wirtschaftlichkeit</b>	
Vollständiger Arztname und Telefonnummer auf Rezept verpflichtend	2
Aktuelle Informationen zur Versorgung mit saisonalen Grippeimpfstoffen	3
Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie	4
Wirkstoff AKTUELL zu Methocarbamol oral	5
Neue Adresse zu Kontrastmittelbezug im Sprechstundenbedarf	5
Ausgabeninformation für Heilmittel bis auf Weiteres nicht möglich	5
▪ <b>Disease-Management-Programme</b>	
Achtung! Änderung in den DMP-Dokumentationen zum Diabetes mellitus Typ 1 und 2 und KHK	6
▪ <b>Verträge</b>	
Honorarvereinbarung für das Jahr 2015	8
Vertrag über die erweiterte Diabetes-Vorsorge (Check-up PLUS) mit der AOK PLUS	8
Anpassung und Fortführung des HzV-Vertrages mit der AOK PLUS	8
▪ <b>Alles was Recht ist</b>	
Zunahme von Überweisungen zu sportärztlichen Untersuchungen	10
Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag	10
▪ <b>Ärztliche Selbstverwaltung</b>	
Mitgliederbefragung der KV Thüringen im Herbst	11
KV-Forum "KV Thüringen – Das sind wir!" am 9. September in Suhl	11
▪ <b>Informationen</b>	
Bürokratieabbau: Ab 2016 nur noch ein Formular für Krankschreibungen	12
GKV-VSG tritt in Kraft – Wichtige Neu-Regelungen auf einen Blick	12
Präventionsgesetz in Kraft	15
Verdacht des Missbrauchs von Codeintropfen	15
Neue Informationen zur ärztlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden	15

## Terminkalender

---

Termine zur Durchführung der interdisziplinären Schmerzkonferenzen in Heiligenstadt	16
Sitzungen des Qualitätszirkels „Sektorenübergreifende/onkologische Thoraxkonferenz“	16
Sitzung des Qualitätszirkels „Rationelle Diagnostik und Therapie Sonneberg“	16
Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena	16
Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen	17
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	18

## Anlagen

---

- Anlage 1 – Durchschnittliche Punktzahlvolumina und Fallzahlen des Vorjahresquartals pro Fachgruppe sowie die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nach § 13 HVM
- Anlage 2 – Wirkstoff AKTUELL zu Methocarbamol oral
- Anlage 3 – Merkblatt: Ambulante ärztliche Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden

## Beilagen

---

- Medizin trifft Klassik – 18./19. September 2015 in Weimar (Flyer)
- 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](http://www.kvt.de)

E-Mail: [info@kvt.de](mailto:info@kvt.de)

Druck: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH



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

wir als KV Thüringen werden unterschiedlich wahrgenommen – von vielen Ärzten sachgerecht und emotionslos.

Wir bekommen Lob für gute Abschlüsse oder, gerade in der letzten Zeit, für zusätzliche Verträge mit den Kassen, bei denen sinnvolle Leistungen gut vergütet werden. Wir erhalten Lob für einen guten Honorarabschluss, wenn er spürbar in der Endabrechnung der Kollegen wirksam wird. Wir werden gelobt für die eine oder andere gute Veranstaltung, ein Beratungsgespräch, erfolgreiche Hilfe in Beschwerdeverfahren bei Prüfungen aller Art usw.

Kritik (im Idealfall konstruktive) wird uns zuteil, wenn die Honorare sinken oder nicht adäquat sind, für bürokratische Maßnahmen, Prüfung von Leistungen und Zeiten usw. Sehr viel geredet und geschimpft wird unter den Kollegen jedoch auch über wechselnde Auskünfte am Telefon bei gleichem Sachverhalt, Unfreundlichkeit, Unverständnis für Probleme usw. In seltenen Fällen werden wir mit Beschuldigungen, Unterstellungen und dem Vorwurf des völligen Unvermögens konfrontiert. In diesen Fällen treffen auch sachliche Argumente auf wenig Widerhall.

Bei dem großen Spektrum, das die Körperschaft KV zu leisten hat – einerseits als Behörde und damit als Vollzieherin von Gesetzen, andererseits als Interessenvertreterin der Ärzte und Psychotherapeuten – ist das alles nicht ungewöhnlich. Möglicherweise kennen Sie die Legende von „Buridans Esel“, dem Tier, das sich zwischen zwei Heuhaufen nicht entscheiden konnte und schließlich verhungerte. Die ärztliche Selbstverwaltung kann sich solches Zögern nicht leisten. Wir müssen das eine tun, dürfen das andere aber nicht lassen.

Wir in der KV Thüringen möchten eine Service-KV sein. Wir möchten für alle Mitglieder gleichermaßen ansprechbar und hilfreich sein und entsprechend den gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen optimale Arbeitsbedingungen für unsere Kollegen schaffen. Wir wollen Gutes noch besser machen und Fehler vermeiden. Deshalb möchten wir Ideen und konkrete Maßnahmen zur Verbesserung unserer Arbeit auch nicht auf Einzelmeinungen stützen.

Wir fragen Sie!

Wie schätzen Sie die KV Thüringen als Interessenverband und als Dienstleister ein?  
Welche Kritikpunkte möchten Sie uns vortragen?  
Haben Sie vielleicht auch Ideen, Anregungen und Verbesserungswünsche für uns?

Sie müssen nicht sofort Stift und Zettel in die Hand nehmen oder eine E-Mail schreiben.

Wir werden Ihnen im Herbst standardisierte Fragebögen für eine Mitgliederbefragung zusenden. Bereits heute bitten wir Sie um Ihre Teilnahme.

In der Zwischenzeit genießen Sie jedoch den Sommer und Ihren wohlverdienten Urlaub.

Es grüßt Sie herzlich

Ihre Dr. med. Annette Rommel  
1.Vorsitzende



## **Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2015**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

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

und

den Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- 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

geschlossen.

## **Inhalt**

Teil 1: Allgemeine Grundsätze

Teil 2: Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung

Teil 3: Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

1. Protokollnotiz – Grundsätze für das Verfahren der Benehmensherstellung
2. Protokollnotiz – Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V
3. Protokollnotiz – 1. Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG)  
– 2. Förderung des organisierten Notdienstes

## **Anlagen**

- |                |  |
|----------------|--|
| Anlage 1       | Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2015 |
| Anlage 1a      | Berechnung des kassenspezifischen Anteils am EGV-Förderfonds   |
| Anlage 2       | Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung  |
| Anlage 2a      | Zuschläge für EBM-Leistungen aus dem EGV-Förderfonds   |
| Anlage 3       | Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen  |
| Anlagen 3a – f | Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen   |
| Anlage 4       | Sachkostenformular   |

## **Teil 1 Allgemeine Grundsätze**

### **Präambel**

- (1) Auf der Basis der Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG), das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) und die Änderungen des zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) sowie der tangierenden Beschlüsse/Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vereinbaren die oben genannten Vertragspartner (auf der Grundlage des geschlossenen Eckpunktepapiers in der Honorarverhandlung am 17.03.2015) nachfolgende Vergütungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung. Diese gemeinsam und einheitlich geschlossene Vereinbarung ersetzt die kassenverbandsspezifischen – zumeist als Anlage 1 zu den Gesamtverträgen nach § 83 SGB V – Vergütungsregelungen.
- (2) Die Gesamtverträge nach § 83 SGB V sind gesondert anzupassen.

### **§ 1**

#### **Geltungsdauer**

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2015 in Kraft und endet am 31.12.2015, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

### **§ 2**

#### **Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

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

### **§ 3**

#### **Salvatorische Klausel**

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

## **Teil 2**

### **Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnung**

#### **§ 1**

##### **Festlegung des regionalen Punktwertes in Thüringen**

- (1) Der regionale Punktwert in Thüringen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V wird in Höhe des – durch den Beschluss des Bewertungsausschusses (BA) in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2015 – festgelegten Orientierungswertes vereinbart.
- (2) Der regionale Punktwert beträgt demnach 10,2718 €-Cent.

#### **§ 2**

##### **Regionale Euro-Gebührenordnung**

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

#### **§ 3**

##### **Bekanntmachung**

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

## Teil 3 Berechnung der Gesamtvergütung in Thüringen

### § 1 Grundsätze

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

### § 2 Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

(1) Rechtsgrundlage für die Ermittlung der MGV ist § 87a Abs. 3 i. V. m. Abs. 4 SGB V.

(2) Die MGV je Krankenkasse wird gemäß **Anlage 1** wie folgt ermittelt:

- a) Grundlage der Vereinbarung der Behandlungsbedarfe sind die gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V vereinbarten und um selektivvertragliche Leistungen bereinigten Behandlungsbedarfe des Vorjahresquartals für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV Thüringen. Hierfür sind die Daten der jeweils geltenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses (KASSRG87aMGV\_SUM) maßgebend. Dazu werden im Vorfeld die Versichertenzahlen sowie der Behandlungsbedarf quartalsweise bilateral zwischen der KV Thüringen und den Krankenkassenverbänden abgestimmt.
- b) Der Behandlungsbedarf nach Buchstabe a) wird aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V entsprechend den Beschlüssen des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V bereinigt. Die Vertragspartner verständigen sich auf der Basis der Beschlüsse über die Regelung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs.
- c) *Dies ergibt den angepassten Behandlungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals 2014 über alle Krankenkassen und je Krankenkasse.*
- d) Der jeweilige kassenspezifische Anteil am angepassten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals aller Krankenkassen wird ermittelt auf der Grundlage der im Vorjahresquartal für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort in Thüringen abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA\_IK) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV angehören) im Verhältnis zu den für Versicherte aller Krankenkassen mit Wohnort in Thüringen im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen (ARZTRG87aKA\_SUM) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung (die im Abrechnungsquartal der MGV angehören). Leistungen der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (Satzarten ARZTRG87aNVI) werden abgezogen.
- e) Der kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal ergibt sich aus der Multiplikation des Behandlungsbedarfs gemäß Buchstabe c) und dem kassenspezifischen prozentualen Anteil gemäß Buchstabe d).
- f) Dieser kassenspezifische Aufsatzwert wird korrigiert um:
  - die Veränderung der kassenspezifischen Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal
  - die durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten für alle Selektivverträge im Vorjahresquartal multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenanzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal.
- g) *Dies ergibt den korrigierten kassenspezifischen Aufsatzwert je Abrechnungsquartal.*
- h) Der korrigierte kassenspezifische Aufsatzwert je Abrechnungsquartal wird weiterentwickelt. Die jeweils auf den korrigierten kassenspezifischen Aufsatzwert bezogenen Steigerungen ergeben sich aus

- der Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V in Höhe von 1,0447 v. H. und
- der weiteren Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG inkl. Zuschlag für Schwerpunktinternisten nach den GOP 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644 und 13694) in Höhe von 0,0277 v. H. gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung, Teil D (schriftliche Beschlussfassung). Diese Finanzmittel sind zweckgebunden für die Vergütung der PFGs zu verwenden.

Die einzelnen Bestandteile der Steigerungen werden zu dem kassenspezifischen Aufsetzwert nach e) addiert.

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

- i) *Daraus ergibt sich der endgültige kassenspezifische Aufsetzwert (Behandlungsbedarf) für das jeweilige Abrechnungsquartal.*
- (3) Die kassenspezifische MGV je Quartal ergibt sich aus der Multiplikation des endgültigen kassenspezifischen Aufsetzwertes (Behandlungsbedarf) je Abrechnungsquartal mit dem Punktwert in Höhe von 10,2718 €-Cent.
  - (4) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Thüringen wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer nach Versichertenzahlen gewichteter kassenspezifischer Aufsetzwert entsprechend des Beschlusses der 333. Sitzung des Bewertungsausschusses am 20. August 2014 ermittelt.
  - (5) Sofern Versicherte einer Krankenkasse ihren Wohnsitz im Ausland haben und diese in der Meldung der Versichertenzahlen enthalten sind, erfolgt die Abrechnung dieser Versicherten analog den übrigen Versicherten, d. h., dass in die Summe der Versicherten die Wohnausländer hinzuzurechnen sind.
  - (6) Bei Krankenkassen, für die aus dem Jahr 2014 kein Leistungsbedarf und keine Versicherten zur Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2015 vorliegen und für die im Jahr 2015 erstmals Versicherte und Leistungsbedarf in Thüringen festgestellt werden, werden die vertragsärztlichen Leistungen, welche nach dieser Vereinbarung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind, für einen Zeitraum von maximal 4 Quartalen mit dem nach dieser Vereinbarung geltenden Punktwert für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter Anwendung der kassenartindividuellen durchschnittlichen Abstaffelungsquote vergütet.

## **§ 2a**

### **Förderungswürdige Leistungen innerhalb der MGV**

- (1) Aufgrund der besonderen vertragsärztlichen Versorgungssituation werden folgende Leistungen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V aus der MGV gefördert:
  - augenärztliche Strukturpauschale (GOP 06225),
  - Leistungen der Pflegeheimversorgung (GOP 01410H, 01411H, 01412H, 01413H und 01415),
  - kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit neurologischer oder psychiatrischer Erkrankung in Heimen (GOP 16231 und 21231),
  - Versorgung von Patienten mit Harnableitungen in der häuslichen Pflege, in Heimen oder Wachkomaabteilungen (GOP 02321 bis 02323),
  - neurologisches Gespräch (GOP 16220),
  - psychiatrisches und kinder-/jugendpsychiatrisches Gespräch (GOP 21220 und 14220),
  - Polysomnographie (GOP 30901).
- (2) Die Gebührenordnungspositionen gemäß Abs. 1 werden mit einem Punktwertzuschlag in Höhe von 1,41 €-Cent auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 dieser Vereinbarung vergütet. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „T“ zu kennzeichnen.

- (3) Finanzmittel in Höhe von 0,54 v. H. der MGV werden zweckgebunden zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung verwendet und sollen zu einer Verbesserung der Versorgung in diesem Versorgungsbereich beitragen. Die Förderung erfolgt in Form eines Punktwertzuschlages auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 Abs. 2 für die Pauschalen fachärztliche Grundversorgung.

Hierunter zählen folgende Leistungen:

- Anästhesiologie (GOP 05220),
- Augenheilkunde (GOP 06220),
- Chirurgie (GOP 07220),
- Gynäkologie (GOP 08220),
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie (GOP 09220, 20220),
- Dermatologie (GOP 10220),
- Innere Medizin ohne Schwerpunkt (GOP 13220),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Angiologie (GOP 13294),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Endokrinologie (GOP 13344),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie (GOP 13394),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie (GOP 13494),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie (GOP 13543),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie (GOP 13594),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Pneumologie (GOP 13644),
- Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie (GOP 13694),
- Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie (GOP 14214),
- Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie (GOP 16215, 21225, 21218),
- Orthopädie (GOP 18220),
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (GOP 22216),
- Psychotherapie (ärztliche und psychologische) sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (GOP 23216)
- Urologie (GOP 26220),
- Physikalische und Rehabilitative Medizin (GOP 27220).

Der Punktwertzuschlag ergibt sich quartalsweise aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen dividiert durch die Punktmengen aus den Leistungsanforderungen der Pauschalen fachärztliche Grundversorgung. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „T“ zu kennzeichnen.

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

## **§ 2b**

### **Förderungswürdige Leistungen außerhalb der MGV (EGV-Förderfonds)**

- (1) Für das Jahr 2015 stellen die Krankenkassen einen EGV-Förderfonds in Höhe von 2.453.674 Euro zur Verfügung. Der Betrag gemäß Satz 1 wird gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2015 aufgeteilt. Der kassenspezifische Anteil je Quartal ergibt sich aus dem jeweiligen Anteil der Krankenkasse bei der Anteilsbildung im Zusammenhang mit den Berechnungen der Quartals-MGV aus dem kassenspezifischen prozentualen Anteil unter Berücksichtigung der Entwicklungen der Versichertenzahlen gemäß **Anlage 1a**. Die jeweiligen Quartalsbeträge werden für die Zahlung von Punktwertzuschlägen für folgende Leistungen verwendet:
- zusätzliche Stützung bereits geförderter Gesprächsleistungen (GOP 16220, 21220, 14220) unter Berücksichtigung der Förderung gemäß Teil 3 § 2a Abs. 1,
  - Stützung weiterer Gesprächsleistungen (GOP 14222, 23220),
  - Allergie-Diagnostik (GOP 30110, 30111, 30120, 30121, 30123),
  - Chronische Wunde (GOP 02311, 02312, 10330, 10340),
  - Chirurgie nach Hautkrebsscreening (GOP 10341, 10342, 10343, 10344),
  - Steuerung der weiterführenden Diagnostik/Therapie, insbesondere bei Hauttumoren (GOP 07345, 10345, 15345).
- (2) Die Gebührenordnungspositionen gemäß Abs. 1 erhalten einen Punktwertzuschlag auf den regionalen Punktwert gemäß Teil 2, § 1 dieser Vereinbarung. Die jeweiligen Zuschläge sind mit dem Großbuchstaben „E“ zu kennzeichnen.
- (3) Der Ausweis erfolgt auf GOP-Ebene im Formblatt 3 unter der Rubrik „außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung“. Des Weiteren wird der jeweilige Gesamtförderbetrag im Formblatt 3 gemäß den KBV-Vorgaben im Vorgang 970 als statistischer Wert dargestellt.

## **§ 3**

### **Nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf**

Eine Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2015 erfolgt gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014.

## **§ 4**

### **Vergütung außerhalb der MGV**

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

## **§ 5**

### **Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen**

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

**§ 6**

**Abschlagszahlungen**

- (1) Vorbehaltlich der endgültigen Abrechnung leisten die Krankenkassen nach Anforderung durch die KV Thüringen bis zum zweiten Banktag (Wertstellung) des Folgemonats für den vorangegangenen Monat eine Abschlagszahlung in Höhe von 30 v. H. der vorläufigen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal des jeweiligen Vorjahresquartals zuzüglich 2,4724 v. H. ab dem 2. Quartal 2015 unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Versicherungszahlen je Krankenkasse.
- (2) Die Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen auf die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu zahlenden Leistungsanteile und Sachkosten (inkl. auf kassenartenübergreifende oder kassenartenindividuelle regionale Vereinbarungen entfallende Honorierungen und Kostenerstattungen) wird auf 30 v. H. des jeweiligen Vorjahresquartals (Leistungsbedarf lt. regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro) festgelegt.
- (3) Für Krankenkassen, bei denen die Abforderung den Betrag von 2.000 Euro nicht übersteigt, erfolgt keine Abforderung von Abschlagszahlungen.

**§ 7**

**Quartalsbezogene Endabrechnung**

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

**Amtliche Bekanntmachung: Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen  
mit Wirkung für das Jahr 2015**

---

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 05.06.2015

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte  
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez. IKK classic

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

gez. Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

## **1. Protokollnotiz**

### **Grundsätze für das Verfahren der Benehmensherstellung**

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

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

## **2. Protokollnotiz**

### **Mehrkostenregelung gemäß § 33 Abs. 9 SGB V**

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

### **3. Protokollnotiz**

#### **1. Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG)**

Zwischen den Gesamtvertragspartnern besteht Einvernehmen, bis spätestens 30.09.2015 eine prospektive Vereinbarung für Zuschläge gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 zweiter Halbsatz i. V. m. § 119b SGB V zur Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes abzuschließen.

#### **2. Förderung des organisierten Notdienstes**

Die Gesamtvertragspartner sind sich darin einig, den organisierten Notdienst in Bezug auf eine mögliche Umgestaltung/Förderung des organisierten Notdienstes/Systemzuschläge für das Vorhalten und Betreiben des Notdienstes unter Berücksichtigung des GKV-VSG zu überprüfen.

**Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der  
morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2015**

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

Die Berechnungen erfolgen kassenspezifisch.

## **Anlage 1a Berechnung des kassenspezifischen Anteils am EGV-Förderfonds**

Quartal:  
Krankenkasse:  
VKNR:

Die Berechnungen erfolgen kassenspezifisch.

## **Anlage 2 Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

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

- |    |  |   |
|----|--|---|
| 1  | Belegärztliche Leistungen  | Kapitel 36 EBM sowie GOP 13311, 17370 und GOP 08410 bis 08416 bei belegärztlicher Erbringung sowie belegärztliche Begleitleistungen gemäß der Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung) in der jeweils gültigen Fassung  |
| 2  | Ambulante Operationen  | Kapitel 31 EBM sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431  |
| 3  | Prävention   | Abschnitte 1.7.1, 1.7.2 (sowie GOP 32880 bis 32882), 1.7.3 und GOP 40850, 40852 sowie 1.7.4 EBM   |
| 4  | Durchführung von Vakuumbiopsien  | GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855   |
| 5  | Strahlentherapie   | Kapitel 25 EBM und GOP 40840 und 40841  |
| 6  | Phototherapeutische Keratektomie   | GOP 31362, 31734, 31735 und 40680   |
| 7  | Künstliche Befruchtung   | GOP 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 11330 bis 11334, 11351, 11352, 11354, 11360, 11361, 11370 bis 11372, 11380, 11390, 11391, 11395, 11396, 11400, 11401, 11403, 11404, 11410 bis 11412, 11420 bis 11422, 11430 bis 11434, 11440 bis 11443, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660, 32781, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822<br><br>Die Leistungen der künstlichen Befruchtung werden von der KV Thüringen mit „X“ gekennzeichnet. Die mit einem „X“ versehenen Leistungen werden mit dem 50%igen Punktzahlvolumen der GOP des EBM im Formblatt 3 ausgewiesen. |
| 8  | Substitutionsbehandlung und Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger | GOP 01950 bis 01952 sowie GOP 01955 und 01956   |
| 9  | Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V            | GOP 01425 und 01426   |
| 10 | ärztlich angeordnete Hilfeleistungen   | GOP 03060, 03062 und 03063  |
| 11 | Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten                                    | Abschnitt 30.10 EBM GOP 30920, 30922 und 30924  |

12	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese/ Apherese bei rheumatoider Arthritis	Abschnitt 13.3.6 EBM GOP 13620 bis 13622
13	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	Abschnitt 32.2.8 EBM GOP 32880, 32881, 32882
14	Dialysesachkosten	Abschnitt 40.14 EBM
15	Balneophototherapie	Abschnitt 10.3 EBM GOP 10350
16	Varicella-Zoster-Virus Antikörper-Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung	Abschnitt 1.7.5 EBM GOP 01833
17	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikations-Therapie von Trägern mit MRSA	Abschnitt 30.12 EBM GOP 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956
18	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	Abschnitt 35.2 EBM für alle Arztgruppen sowie GOP 35150 (Zusatz Großbuchst. „P“ oder „Q“) für genannte Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V
19	Schmerztherapeutische Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige bereichseigene Ärzte	Abschnitt 30.7 EBM GOP 30700 (Zusatz Großbuchst. „S“, „X“, „Y“ oder „Z“), GOP 30702, 30704, 30706, 30708 (Zusatz Großbuchst. „S“)
20	Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bereichseigener Ärzte	GOP 05330, 05331, 05350 (Zusatz Großbuchst. „Z“)
21	Leistungen der spezifischen Immuntherapie	GOP 30130 und 30131
22	Kinderpneumologische Leistungen	GOP 04530 bis 04537
23	Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 13.3.6 EBM ohne GOP 13620 bis 13622
24	Pädiatrische Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 4.5.4 EBM sowie die GOP 04000, 04010 (gültig bis 31.03.2015), 04040 und 04230 (und ggf. Buchstabenzusatz gemäß Codiertabelle), wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnittes 4.5.4 des EBM abgerechnet werden
25	Neuropsychologische Therapie	Abschnitt 30.11 EBM GOP 30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935 (sowie die Höchstwertregelung nach 30936 sowie 30937 gemäß Codiertabelle)
26	Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus (HIV-Resistenztestung)	Abschnitt 32.3 EBM GOP 32821 und 32822
27	Screening auf Gestationsdiabetes	GOP 01776, 01777 und 01812

## Amtliche Bekanntmachung: Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2015

---

28 Leistungen der rheumatologischen Versorgung	GOP 13700, 13701
29 Osteodensitometrie	GOP 34601
30 Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	GOP 04528, 04529, 13425, 13426
31 Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe	GOP 06334, 06335, 31371, 31372, 31373, 36371, 36372 und 36373
32 PFG-Zuschläge	GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222, 27222
33 Zuschlag für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	GOP 04356
34 Kosten, die im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung nach GOP 17372 bei der Verwendung von Radium-223-dichlorid entstehen	GOP 40582 (gültig ab 01.04.2015)

- (2) Die KV Thüringen übermittelt quartalsweise den Vertragspartnern eine Aufstellung der Ärzte mit entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen der Nrn. 8, 10 bis 12 sowie der Nrn. 15, 17 bis 19, 25, 29, 30 und 31 nach Abs. 1 in maschinenlesbarer Form (csv-Format). Ergänzend zu Nr. 19 teilt die KV Thüringen quartalsweise den Vertragspartnern mit, welche ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Ärzte eine Genehmigung auf Fallzahlerhöhung (mit Anzahl) erhalten haben.

## **Anlage 2a    Zuschläge für EBM-Leistungen aus dem EGV-Förderfonds**

- Gesprächsleistungen 16220E, 21220E, 14220E, 14222E, 23220E
- Allergiediagnostik 30110E, 30111E, 30120E, 30121E und 30123E
- Chronische Wunde 02311E, 02312E, 10330E, 10340E
- Chirurgie nach Hautkrebsscreening 10341E, 10342E, 10343E, 10344E
- Steuerung der weiterführenden Diagnostik/Therapie, insbesondere bei Hauttumoren 07345E, 10345E, 15345E

**Anlage 3 Kassenartenübergreifende regionale Sondervereinbarungen**

	<b>Abr.-Nr.</b>	<b>Pauschale</b>
<b>Aufwandspauschale für ambulante Behandlung von Wachkomapatienten je Behandlungsfall</b>	99210	150,00 €
<b>Sachkosten Cergem</b>	99250	52,87 €
<b>Sachkosten für Linsenimplantate bei Kataraktoperationen</b>		
für PMMA-Linsen	99401	120,00 €
für Silicon-Implantate	99402	150,00 €
für Acryl-Implantate	99403	180,00 €
für Hyaluronsäure-Präparate	99404	40,00 €
für Methylzellulose-Präparate	99405	12,00 €
<b>Sachkosten für LDL-Apherese</b>	99700	1.022,58 €
<b>Sachkosten für suprapubische Katheter</b>	99920	22,00 €
<b>Sachkosten für doppellumige Ovarial-Biopsienadeln</b>	99921	55,10 €
<b>Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung</b> (Das Nähere regeln die Vertragspartner in einer Ergänzungsvereinbarung.)	88895	
<b>Onkologie-Vereinbarung</b>		
Versorgungsebene Eins		
Behandlung florider Hämoblastosen	96500	15,50 €
Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie, Zusatzangaben erforderlich	96501	15,50 €
Intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie	96502	20,50 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie	96507	10,50 €
Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden	96508	26,00 €
Versorgungsebene Zwei		
Subkutane/intravasale zytostatische Tumorthherapie, Zusatzangaben erforderlich	96503	164,00 €
Behandlung einer laboratoriumsmed. oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Systemerkrankung	96504	15,50 €
Orale zytostatische Chemotherapie, Zusatzangaben erforderlich	96505	61,50 €
Gabe von Bluttransfusionen oder Gabe von Apheresethrombozytenkonzentraten	96506	41,00 €
Gabe von Poolthrombozytenkonzentraten	96506A	60,00 €
Palliativversorgung von Tumorpatienten (gültig ab 01.04.2015)	96509	164,00 €

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

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

**Sonderregelungen Pauschalen für Notfallambulanzen**

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

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

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

(1) Sachkosten,

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

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

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

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

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

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

- (3) Der Vertragsarzt wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus.
- (4) Aus den eingereichten Rechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten und die Artikelbezeichnung bzw. Artikelnummer hervorgehen.
- (5) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % weiterzugeben.
- (6) Der Vertragsarzt bestätigt dies durch seine Unterschrift gegenüber der rechnungsbegleichenden Stelle.
- (7) Die Ausweisung der nach Abs. 1 abgerechneten Sachkosten erfolgt im Formblatt 3 unter Kontenart 400/ Kapitel 87 – Zusatzleistungen/Abschnitt 1 – Kosten gemäß Allgemeiner Bestimmungen 7.3. Zusätzlich übermittelt die KV Thüringen für das jeweilige Quartal als rechnungsbegründende Unterlagen einzel-fallbezogene Nachweise sowie die dazugehörigen Rechnungen (Einzelrechnung als Originalrechnung, Sammelrechnungen als Rechnungskopien).

**Anlage 3a  
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen**

<b>AOK PLUS</b>
-----------------

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

**1.1 Arztanfragen der AOK PLUS**

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

**1.2 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis**

Auf Nachweis direkt mit der AOK PLUS abzurechnen.

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

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

### 2.1 Hautscreening – gültig ab 01.10.2013

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

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

#### 2.1.2 Für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren

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

### 2.2 Information über Sekundärprävention gemäß Vertrag

- Ärztliche Beratung, Information und Befürwortung der Maßnahme

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

- Abschlussuntersuchung des Arztes

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

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

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

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

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

<sup>1)</sup> Zu beachten sind die Abrechnungsausschlüsse sowie die Ausfüllhinweise bei Überweisungen.

<b>Leistungsbeschreibung</b>	<b>Abr.-Nr.</b>	<b>Vergütung</b>
<b>2. Für Vertragsärzte gemäß § 3 Abs. 1 und 3 abrechenbare Pauschalen:</b>		
Bestimmung des SKW / der GFR	99384	0,32 €
Laborbestimmung des Glukosewertes innerhalb des oGTT <sup>2)</sup> (drei Tests à 0,25 EUR)	99385	0,75 €

<sup>2)</sup> Zu beachten sind die Abrechnungsausschlüsse sowie die Ausfüllhinweise bei Überweisungen.

**2.5 Vereinbarung zur Überweisungssteuerung – gültig ab 01.01.2015**

Abr.-Nr.	Leistungsinhalt/Vergütungsvoraussetzungen	Vergütung
<b>Kategorie A</b>		
99997A	<b>Überweisender Arzt</b> - Diagnostik und/oder Behandlung und/oder Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Einweisung mit der Zielstellung, dass spätestens am nächsten Werktag die Überweisungsleistung (§ 24 Abs. 7 BMV-Ä) erbracht wird (inkl. Anamnese, Diagnose, Befundbericht und Fragestellung) - Terminvereinbarung beim Facharzt/spezialisierten Arzt	6,00 €
99998A	<b>Übernehmender Arzt</b> Terminvergabe, Diagnostik und/oder Behandlung und Befunddokumentation durch den auf Überweisung tätig werdenden Arzt spätestens am nächsten Werktag	16,00 €
<b>Kategorie B</b>		
99997B	<b>Überweisender Arzt</b> - Diagnostik und/oder Behandlung und/oder Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Einweisung mit der Zielstellung, dass innerhalb 1 Woche (7 Tage) die Überweisungsleistung (§ 24 Abs. 7 BMV-Ä) erbracht wird (inkl. Anamnese, Diagnose, Befundbericht und Fragestellung) - Terminvereinbarung beim Facharzt/spezialisierten Arzt	5,00 €
99998B	<b>Übernehmender Arzt</b> Terminvergabe, Diagnostik und/oder Behandlung und Befunddokumentation durch den auf Überweisung tätig werdenden Arzt innerhalb von 1 Woche (7 Tage)	12,00 €

**Anlage 3b  
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen**

**BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Thüringen und Sachsen**

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

**1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis**

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen BKK abzurechnen.

**Anlage 3c**  
**Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen**

<b>IKK classic</b>
--------------------

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

**1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis**

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen IKK abzurechnen.

**1.2 Schulung von Diabetikern außerhalb des DMP**

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

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

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

**2.1 Sekundär- und Tertiärprävention gemäß Vereinbarung**

- Ärztliche Beratung, Ausstellung der Präventionsempfehlung

	<b>Abr.-Nr</b>	<b>Vergütung</b>
Bewegung	99216	5,00 €
Ernährung	99217	5,00 €
Stressmanagement	99218	5,00 €

**Anlage 3d  
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen**

<b>vdek, Landesvertretung Thüringen</b>
---

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

**1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis**

Auf Nachweis direkt mit der jeweiligen Ersatzkasse abzurechnen.

**Anlage 3e  
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen**

<b>Knappschaft</b>
--------------------

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

**1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis**

Auf Nachweis direkt mit der Knappschaft abzurechnen.

**Anlage 3f  
Kassenartenindividuelle regionale Sondervereinbarungen**

<p><b>Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, als Landwirtschaftliche Krankenkasse</b></p>
--

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

**1.1 Sachkosten für Immunapherese bei rheumatoider Arthritis**

Auf Nachweis direkt mit der SVLFG abzurechnen.

**Anlage 4 Sachkostenformular**

↑ Platz für den Ausdruck der Patientendaten

**Sachkostenformular (Medizinprodukte) im Zusammenhang mit  
vertragsärztlichen Leistungen**

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

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

<b>Unfallfolgen</b> * <input type="checkbox"/> <b>Arbeitsunfall</b> * <input type="checkbox"/> <b>BVG</b> * <input type="checkbox"/>
--

\* = ggf. anzukreuzen

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes





Ihre Ansprechpartner für alle Themen der Leistungsabrechnung finden Sie in der folgenden Tabelle:

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 Kölbel 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](mailto:abrechnung@kvt.de) möglich.

## Verordnung und Wirtschaftlichkeit

### Vollständiger Arztname und Telefonnummer auf Rezept verpflichtend

Bei der Verordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sind **die Angabe der Telefonnummer und des vollständigen Namens (mit Vornamen) des verordnenden Arztes im Stempelfeld des Rezeptes seit Juli 2015 eine Pflichtangabe** auf allen Rezepten. Fehlen diese Angaben, kann die Apotheke das Rezept nicht beliefern. Gemäß Stempelordnung der KV Thüringen sind diese Angaben auf Kassen-Rezepten grundsätzlich bereits seit langem vorgeschrieben. Auch auf Betäubungsmittel-Rezepten war die Angabe der Telefonnummer schon vorher Pflicht.

Gemäß der Arzneimittel-Verschreibungsverordnung und der Medizinprodukte-Abgabeverordnung muss die Verschreibung nun folgende Angaben enthalten: **Name, Vorname, Berufsbezeichnung und Anschrift der Praxis oder Klinik des verschreibenden Arztes einschließlich einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme**, insbesondere für Apotheken, damit diese bei eventuellen Nachfragen zum Rezept den verschreibenden Arzt kontaktieren können.

Bitte beachten Sie, dass bei angestellten Ärzten, Gemeinschaftspraxen, Medizinischen Versorgungszentren, Klinikambulanzen und anderen Berufsausübungsgemeinschaften immer der vollständige Name und die Facharztbezeichnung des verordnenden Arztes erkennbar sein muss. Gegebenenfalls ist ein zusätzlicher Stempel mit Name, Vorname und Facharztbezeichnung zu verwenden.

Viele Ärzte geben bereits heute eine Telefonnummer auf dem Rezeptformular an. Hier ändert sich somit nichts. Für alle anderen gilt: Um das Bedrucken des Rezeptformulars entsprechend anzupassen, müssen Sie die **Einstellungen in ihrem Praxisverwaltungssystem** ändern. Hilfe können Sie von Ihrem Softwareanbieter erhalten. Die KBV hat die Anbieter bereits über die Änderung informiert. Alternativ können Telefonnummer und Vorname auch vorübergehend handschriftlich oder mit einem normalen Stempel auf dem Formular angegeben werden.

Ihre Ansprechpartnerinnen bei Fragen:

- zum Stempelfeld/zur Stempelordnung: Beate Liebeskind, Regina Roth, Telefon 03643 559-743
- zur Verordnung: Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764  
Mandy Gollmann, Telefon 03643 559-776

## Aktuelle Informationen zur Versorgung mit saisonalen Grippeimpfstoffen

Auch für die Impfsaison 2015/2016 haben die Krankenkassen Rabattvereinbarungen für Grippeimpfstoffe für die gesetzlich krankenversicherten Patienten in Thüringen abgeschlossen. Diese betreffen Versicherte ab dem vollendeten 7. Lebensjahr. Alle impfenden Vertragsärzte wurden von der AOK PLUS im Auftrag aller Krankenkassen Anfang Juli dieses Jahres über die Gewinner der Impfstoffausschreibungen informiert. Damit steht fest, dass folgende Impfstoffe für die kommende Saison zu verwenden sind:

- **Vaxigrip® 2015/2016 Fertigspritzen mit Kanüle,**
- **Afluria® 2015/2016 Fertigspritzen ohne Kanüle.**

Bitte beachten Sie das folgende Vorgehen zum Impfstoffbezug:

- Bei der Verordnung ist die **Angabe der vollständigen Bezeichnung des Impfstoffes (inkl. Angabe mit bzw. ohne Kanüle)** notwendig.
- Die Verordnung erfolgt als **Sprechstundenbedarf** zu Lasten der AOK PLUS.
- In **medizinisch begründeten Einzelfällen** ist die Verordnung eines nicht rabattierten Grippeimpfstoffes ausnahmsweise möglich. Auch diese Verordnungen erfolgen über den Sprechstundenbedarf. Bitte setzen Sie in diesen Fällen unbedingt das **aut-idem-Kreuz** auf der Verordnung und dokumentieren Sie den Grund für die Anwendung des anderen Impfstoffes in der Patientenakte.
- Nach den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes wird die Impfung für den rechtzeitigen Impfschutz in den Monaten Oktober und November angeraten.
- Da die **Rabattverträge** erst die Versicherten **ab dem vollendeten 7. Lebensjahr** betreffen, ist es für jüngere Kinder möglich, die Vorgaben der Schutzimpfungs-Richtlinie umzusetzen. Auch hier ist der Impfstoff über den Sprechstundenbedarf zu verordnen.
- Bitte beachten Sie, dass die **Gabe des attenuierten Influenza-Lebendimpfstoffes** (Dokumentationsziffer 89112N) zu Lasten der GKV **nur für Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren** möglich ist.

Wie bisher gelten folgende Grundsätze:

- Der über die AOK PLUS bezogene Sprechstundenbedarf darf nur für Patienten der GKV und der Freien Heilfürsorge (Bundeswehr, Bundespolizei, Polizei) verwendet werden.
- Für Patienten anderer Kostenträger ist ein gesonderter Vorrat anzulegen und eine Verordnung zu Lasten dieser Kostenträger bzw. als Privatrezept auszustellen.
- Prüfen Sie die Abrechnung Ihrer Leistungen bitte auf Vollständigkeit. Aus der Rechtsprechung erwächst die Verpflichtung, erbrachte Leistungen auch abzurechnen. Bei einer Vielzahl täglicher Impfleistungen, wie in der Grippezeit üblich, darf die Leistungsabrechnung nicht unterbleiben. Diskrepanzen zwischen der Menge der bezogenen Impfstoffdosen und der Anzahl der abgerechneten Impfleistungen führten in der Vergangenheit zu Vorwürfen der Unwirtschaftlichkeit sowie zu Einzelfallprüfungen von Seiten der Krankenkassen. Sie sollten daher vermieden werden.

Es besteht weiterhin Konsens mit den Thüringer Krankenkassen und ihren Verbänden, das bisherige Prozedere bei Grippeimpfungen fortzuführen. **Im Interesse der Verhinderung einer Influenzaepidemie sollten möglichst alle Patienten der in der Schutzimpfungs-Richtlinie genannten Indikationsgruppen geimpft werden, insbesondere wie bisher z. B. die Personen mit Publikumsverkehr und über 60-Jährige.**

Gleichzeitig mit der Grippeimpfung sollte auch der **Impfschutz gegen Pneumokokken bei Personen über 60 Jahren** geprüft werden. Die Impfung kann zum selben Impftermin verabreicht werden. **Wiederholungsimpfungen** mit Pneumokokkenimpfstoffen sind **nur in Ausnahmeindikationen** (siehe Schutzimpfungs-Richtlinie) vorgesehen. Jedoch sind auch in der Grundimmunisierung (einmalige Impfung) der über 60-jährigen bzw. der chronisch kranken Patienten noch Impflücken zu schließen. Bitte nutzen Sie die Impfgespräche auch für diese Informationen.

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

## Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

Medizinprodukte mit arzneimittelähnlichem Charakter sind nur noch dann zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherungen 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
Serag BSS	27.05.2020	10.06.2015

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](http://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. 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*
<b>Enzalutamid</b> (Xtandi®) 18.06.2015	Neues Anwendungsgebiet: metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom, nach Versagen einer Androgenentzugstherapie, wenn eine Chemotherapie noch nicht indiziert ist	<b>Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen</b> gegenüber einem abwartenden Vorgehen unter Androgendeprivation oder -blockade oder Abirateronacetat unter Androgendeprivation.
<b>Nintedanib</b> (Vargatef®) 18.06.2015	In Kombination mit Docetaxel bei nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom	<b>Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen</b> gegenüber verschiedenen Vergleichstherapien.
<b>Pasireotid</b> (Signifor®) 18.06.2015	Neues Anwendungsgebiet: Erwachsene mit Akromegalie	<b>Geringer Zusatznutzen:</b> Da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
<b>Tafluprost/Timolol</b> (Taptiqom®) 18.06.2015	Senkung des Augeninnendrucks bei Offenwinkelglaukom oder okulärer Hypertension	<b>Ein Zusatznutzen ist nicht belegt**</b> gegenüber einer Kombinationstherapie aus Beta-Blocker + Prostaglandinanalogen oder Beta-Blocker + Prostanamid.

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

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

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.

**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 auf ihrer Internetseite [www.arzneimittel-infoservice.de](http://www.arzneimittel-infoservice.de) und im Deutschen Ärzteblatt ausführlich über die frühe Nutzenbewertung. Eine Schnellübersicht zur Verordnung von Arzneimitteln findet sich dort auch unter der Rubrik „Arzneimittel-Richtlinie“.

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

## Wirkstoff AKTUELL zu Methocarbamol oral

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

In **Anlage 3** dieses Rundschreibens erhalten Sie das Informationsblatt „Wirkstoff AKTUELL“, Ausgabe 2/2015 zu Methocarbamol oral. Bitte beachten Sie, dass Arzneimittel ohne reguläre Zulassung gemäß Arzneimittelgesetz keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind (hier z. B. das Präparat Myoson®). Diese aktuelle Ausgabe finden Sie, ebenso wie alle bisherigen Informationsblätter, auch auf der Internetseite der KBV unter [www.kbv.de/html/wirkstoff\\_aktuell.php](http://www.kbv.de/html/wirkstoff_aktuell.php).

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

## Neue Adresse für Kontrastmittelbezug im Sprechstundenbedarf

Für Bestellungen von Kontrastmitteln gemäß Sprechstundenbedarfsvereinbarung sind die Rezepte ab jetzt unter folgender Anschrift einzureichen:

**BARMER GEK**  
**Kontrastmittel**  
**Postfach 20 01 15**  
**42201 Wuppertal**

Die BARMER GEK teilte aktuell mit, dass die Verordnungen von Kontrastmitteln seit dem 01.06.2015 in Wuppertal bearbeitet werden. Die Hotline mit den Ansprechpartnern ist unverändert (0800 332060-993956 kostenfrei aus Funk- und Festnetz oder alternativ 0202 5681-993956). Sie erhalten auch jetzt schon die Freiumschräge mit der neuen Adresse. Auch Anforderungen, welche an die bisherige Anschrift gerichtet waren, werden beliefert. Aufgrund der internen Weiterleitung der Verordnungen kann es zu einer Lieferverzögerung von einem Tag kommen.

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

## Ausgabeninformationen für Heilmittel bis auf Weiteres nicht möglich

Die kassenartenübergreifenden Informationen über die Ausgaben für Heilmittel erlaubten den Vertragsärzten in der Vergangenheit, wenn auch mit Zeitverzug, einen Überblick über die Ausschöpfung des Richtgrößenvolumens der jeweiligen Praxis. Die bundesweiten Regelungen zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten und Patienten mit langfristigem Behandlungsbedarf schränkten die Aussagekraft dieser Informationen seit 2013 ein, da eine Kennzeichnung dieser Patienten und Verordnungen zunächst nicht vorgesehen und auch nicht möglich war. Auf die Anfragen und Bestrebungen der KV Thüringen, hier eine Kennzeichnung zu erreichen, teilten die Krankenkassen aktuell mit, „... dass aus Sicht der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Thüringen keine Notwendigkeit gesehen wird, über die bisher nach der Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung erfolgenden Informationen (veranlasste Ausgaben) hinaus, Verordnungen zusätzlich zu kennzeichnen.“

Unter diesen Bedingungen erlauben die Heilmittel-Ausgabeninformationen der Krankenkassen keinen Bezug zum Richtgrößenvolumen und werden daher weiterhin nicht versandt.

Als weiteres Instrument der Kostenbetrachtung steht Ihnen derzeit das GKV-Heilmittelinformationssystem (GKV-HIS) zur Verfügung. Es wird durch die Krankenkassen erstellt und allen Vertragsärzten in ihrem Online-Postfach übermittelt. Sie können damit die Verteilung der Verordnungen und der Kosten in den einzelnen Bereichen der Heilmittel (Physiotherapie, Podologie, Logopädie, Ergotherapie) erkennen und erhalten einen Überblick über die umsatzstärksten Heilmittel Ihrer Praxis. Zudem wird ein Vergleich zur Fachgruppe hergestellt.

Allerdings sind auch hier grundsätzlich die Verordnungen für Patienten mit Praxisbesonderheiten und langfristigem Therapiebedarf enthalten.

Bitte prüfen Sie daher die technischen Möglichkeiten und Werkzeuge Ihrer Praxissoftware für die praxisinterne Kennzeichnung dieser Patienten und die eigene Überwachung der richtgrößenrelevanten Heilmittelkosten.

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

## Disease-Management-Programme

### Achtung! Änderungen in den DMP-Dokumentationen zum Diabetes mellitus Typ 1 und 2 und KHK

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde bereits 2011 beauftragt, Rahmenbedingungen für DMP per Richtlinien festzulegen. Daraus ergaben sich einige Änderungen – vor allem in den Dokumentationen – welche seit dem 01.07.2015 umzusetzen sind.

Wichtigste Änderungen im Überblick:

Abschnitt	DMP Diabetes mellitus, Typ 1 und 2	DMP KHK
Anamnese und Befunddaten	<ul style="list-style-type: none"><li>– statt Kreatinin nun eGFR-Angabe</li><li>– Prüfung der Injektionsstellen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Angina pectoris Beschwerden nach CCS-Grad</li><li>– LDL-Werte</li></ul>
Medikation	<ul style="list-style-type: none"><li>– orale Antikoagulation</li><li>– AT1-Antagonisten</li><li>– Thiaziddiuretika</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– orale Antikoagulation</li><li>– AT1-Antagonisten</li></ul>
Behandlungsplanung	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit letzter Dokumentation	

#### I. DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2

Verzichtet wird auf die Dokumentation des Kreatininwertes. Stattdessen soll auf Grundlage des bekannten Kreatininwertes die eGFR ermittelt und dokumentiert werden. Die eGFR, die eine Schätzung der Filtrationsrate unter Kenntnis des Serum-Kreatininwertes leistet, soll mindestens einmal jährlich bestimmt werden. Sie ist in jeder Dokumentation einzutragen (Pflichtfeld), ggf. reicht der Eintrag „Nicht bestimmt“. Als neuer Qualitätsindikator wird in den künftigen Feedback-Berichten der Indikator „Anteil der Patienten mit jährlicher Bestimmung der eGFR“ ausgewiesen.

Neu aufgenommen wurde die Prüfung der Insulininjektionsstellen, die bei jedem Besuch des Patienten erwartet wird. Bei Patienten, die oral antidiabetisch eingestellt sind, ist die Antwort „nicht untersucht“ anzugeben.

Was die augenärztlichen Untersuchungen betrifft, muss in den DMP-Folgedokumentationen angegeben sein, inwiefern eine „ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit letzter Dokumentation“ erfolgt ist. Mit dieser zeitlichen Spezifikation wird es künftig auswertungstechnisch leichter fallen, die Einhaltung zeitraumbezogener Untersuchungsintervalle nachzuhalten und beispielsweise in den Feedback-Berichten für die beteiligten Praxen zurückzumelden. Denn die augenärztlichen Kontrolluntersuchungen werden bei Typ-1-Diabetikern auch

künftig als Qualitätsindikator in den Feedback-Berichten für die beteiligten Praxen Berücksichtigung finden. Die bisherigen Ausprägungen zum Abschnitt „Zielvereinbarung HbA1c-Zielwert“ wurden dahingehend geändert, dass nun präziser anzugeben ist, ob der „Zielwert erreicht“ oder eben dieser „Zielwert noch nicht erreicht“ ist.

Schließlich wird die Zusammenführung der Datenfelder „Einweisung und Überweisung“ wieder getrennt, wobei zwischen der „Diabetesbezogene(n) stationäre(n) Einweisung“ und der „Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung“ unterschieden wird. Jede aus anderen Gründen vorgenommene Überweisung, z. B. zur diabetologischen Schwerpunktpraxis, entfällt somit aus der Dokumentationsverpflichtung.

Ersatzlos verzichtet wird sowohl in den DMP Diabetes mellitus wie in dem DMP KHK auf das Datenfeld „Nächste Dokumentationserstellung geplant am“. Das genaue Datum ist für die begleitende Qualitätssicherung ohnehin von eingeschränktem Wert. Entscheidend ist nach wie vor jedoch, ob die Patienten in dem vorgesehenen dreimonatigen oder sechsmonatigen Intervall, das auf der Dokumentation weiterhin anzugeben ist, einbestellt werden und dieser Einladung tatsächlich folgen.

Auch die orale Antikoagulation ist in der Dokumentation als Alternative vorgesehen. Konsequenterweise werden auch die zur ACE-Hemmer-Verordnung alternativen AT1-Rezeptorantagonisten als Alternative berücksichtigt. Zusätzlich werden auch die Thiaziddiuretika (einschließlich Chlorthalidon) genannt. Dementsprechend entfällt das Datenfeld „sonstige antihypertensive Medikation“ in den beiden Diabetesprogrammen.

## II. DMP KHK

Nach der G-BA-Richtlinie muss mindestens einmal pro Jahr der LDL-Wert bestimmt werden.

Schließlich wird vorgesehen, zur Beschreibung der funktionellen Beeinträchtigung der betreffenden Patienten die Schweregradeinteilung der stabilen Angina-pectoris-Symptomatik gemäß der Klassifikation der Canadian Cardiovascular Society (CCS) zu verwenden. Die Einschätzung der aktuellen Belastungstoleranz muss in jeder DMP-Dokumentation bei KHK-Patienten mit einer Angina-pectoris-Symptomatik dokumentiert werden. Auf Basis der CCS-Klassifikation wurde ein neuer Qualitätsindikator in die Feedback-Berichte des DMP KHK eingeführt. Er heißt: „Niedriger Anteil von KHK Patienten mit Angina pectoris Beschwerden“.

Im Bereich Medikation wird von jetzt an die Gruppe der „AT1-Antagonisten“ aufgeführt. Dies ist besonders wichtig, da für Patienten mit Herzinsuffizienz die Gabe von ACE-Hemmern als Qualitätsindikator gemessen und der Anteil von Patienten, die entsprechend auf diesen Wirkstoff eingestellt wurden, regelmäßig im Feedback-Bericht zurückgemeldet wird. Eine weitere medikationsbezogene Modifikation betrifft die ärztlicherseits seit Jahren geforderte Aufnahme der „oralen Antikoagulation“. Damit lässt sich das Interventionsspektrum etwas vollständiger darlegen.

Im DMP KHK wird wieder unterschieden, ob die Patienten stationär eingewiesen oder zur Mitbetreuung innerhalb des ambulanten Versorgungssystems überwiesen werden.

Ebenfalls wird im Feld „Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention“ nun wieder eine percutane Intervention (PCI) oder eine Bypass-OP als Interventionsverfahren explizit aufgeführt. Handelt es sich um eine Erstdokumentation, sind entsprechende Interventionen aus der Vergangenheit einzubeziehen. Erfolgt die Angabe dagegen im Rahmen einer Folgedokumentation, sind jeweils nur die seit der letzten Dokumentation durchgeführten Interventionen zu berücksichtigen.

Außerdem wird in allen DMP die Indikation Schlaganfall den relevanten Ereignissen zugeordnet und aus dem Bereich der „Begleiterkrankungen“ entfernt.

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745  
Christiane Maaß, Telefon 03643 559-720

## Verträge

### Honorarvereinbarung für das Jahr 2015

Die Honorarvereinbarung für das Jahr 2015 wurde von allen Vertragspartnern unterzeichnet. Sie finden die Honorarvereinbarung unter der Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Rundschreiben sowie unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Arzt/Psychoth. → Verträge → H → Honorarverträge → Honorarvertrag für das Jahr 2015.

Die Eckpunkte zur Honorarvereinbarung 2015 wurden im Rundschreiben 6/2015, S. 7-8 veröffentlicht.

Ihre Ansprechpartner in der Hauptabteilung

- Vertragswesen: Telefon 03643 559-131

- Abrechnung: Gruppenleiter Ihrer Fachgruppe (s. Tabelle auf Seite 2 dieses Rundschreibens)

### Vertrag über die erweiterte Diabetes-Vorsorge (Check-up PLUS) mit der AOK PLUS

Zwischen der AOK PLUS und der KV Thüringen wurde im November 2013 ein Vertrag über eine erweiterte Diabetes-Vorsorge „Check-up PLUS“ als Bestandteil des Gesamtvertrages abgeschlossen. Dieser Vertrag wurde in Form eines 1. Nachtrages modifiziert. Die Modifizierung trat zum 01.07.2015 in Kraft und betrifft die Anlage 5 – Methodik des 75 g oGTT.

Wir möchten Sie nochmals auf Folgendes aufmerksam machen:

- Der Check-up PLUS muss im direkten zeitlichen Zusammenhang mit dem Check-up 35 durchgeführt werden.
- Teilnahmeberechtigt sind alle AOK PLUS-Versicherten ab dem 35. bis zum 65. Lebensjahr.
- Die Ärzte erhalten zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM) Vergütungspauschalen. Diese werden von der AOK PLUS außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt.

Der vollständige Vertragstext inkl. Anlagen steht Ihnen auf der Internetseite der AOK PLUS unter [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de) in dem bekannten passwortgeschützten Bereich zur Verfügung sowie (ohne Anlagen) auf der Internetseite der KV Thüringen: [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Arzt/Psychoth. → Verträge → Check-up PLUS.

Ihre Ansprechpartner bei Fragen:

- zum Vertragsinhalt: Elisabeth Ensslen, Telefon 03643 559-135

- zur Abrechnung: Britta Rudolph, Telefon 03643 559-480

Claudia Skerka, Telefon 03643 559-456

### Anpassung und Fortführung des HzV-Vertrages mit der AOK PLUS

Der seit 01.11.2010 bestehende Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV-THR) zwischen der AOK PLUS, dem Thüringer Hausärzteverband e. V. und der KV Thüringen wurde im Rahmen der 5. Modifikation mit Wirkung zum 01.07.2015 angepasst und weiterentwickelt.

Im Folgenden fassen wir die wesentlichen Änderungen zusammen:

#### 1. Erweiterung des Versorgungsauftrages um das Modul „INR-Management“

- Delegation zusätzlicher Aufgaben im Rahmen des „INR-Managements“ an eine VERAH/Nichtärztliche Praxisassistentin (Praxisassistentenz),
- Für Patienten, die erstmalig (Abr.-Nr. 99180) bzw. (wieder) neu (Abr.-Nr. 99181) auf Vitamin-K-Antagonisten (Cumarine) eingestellt werden, übernimmt die Praxisassistentenz die Verlaufskontrolle, die Erhebung und die Dokumentation der Messwerte im Antikoagulation-Behandlungsausweis sowie die Fallbesprechung mit dem Hausarzt.

- Für beide Leistungen kann der Hausarzt jeweils 40,00 € gegenüber der KV Thüringen abrechnen.
- Die Abrechnung der jeweiligen Vergütungspauschale ist an mindestens einen Praxisassistenten-Patienten-Kontakt gebunden.

## 2. Neue Abrechnungsregeln bei dem Einsatz einer Praxisassistentenz

- Bei einer Genehmigung zur Abrechnung der Praxisassistentenz gemäß Paragraphen 6 und 8 der Delegationsvereinbarung ist die Abrechnung und Vergütung der Assistenz 1 (Abr.-Nr. 99145), Assistenz 2 (Abr.-Nr. 99146) und Assistenz 3 (Abr.-Nr. 99147) im Rahmen der HzV-THR ab dem Tag der Genehmigung nicht mehr möglich.
- Die Leistungen sind jedoch seit 01.01.2015 in ähnlicher Form für alle GKV-Versicherten im Rahmen des EBM abrechenbar.
- Leistungen der bisherigen Assistenzpauschalen 5 und 6 sowie der neuen INR-Management-Pauschalen bleiben von dieser Regelung unberührt.
- Die Assistenzpauschale 4 (Abr.-Nr. 99148) wurde im Zuge der Neuaufnahme des Moduls „INR-Management“ gestrichen. **Hinweis: Eine rückwirkende Anpassung der Abrechnung ist nicht notwendig. Die Abrechnungsnummer wird seitens der KV Thüringen gestrichen.**

## 3. Neue Regelungen zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln

- Der KBV-Medikationskatalog ersetzt zukünftig die Empfehlungen zur wirtschaftlichen Arzneimittelauswahl.
- Für die bisherige Arzneimittel-Leistungspauschale (Abr.-Nr. 99144) werden zwei neue Leistungen in den bestehenden Vertrag aufgenommen.
- Die Nutzung der S3C-Schnittstelle mit dem Modul „Arzneimittel-Management“ und der ab 01.07.2015 freigeschalteten Funktion (lizenzkostenfrei) zum indikationsbasierten Medikationsmanagement (IMM) wird pauschal mit 50,00 € je Abrechnungsquartal vergütet.
- Zusätzlich kann eine variable erfolgsabhängige Arzneimittel-Leistungspauschale abgerechnet werden.

## 4. Erhöhung der Quartalspauschale

- Die Quartalspauschale für besondere Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen wird auf 2,50 € (Abr.-Nr. 99140S) erhöht.
- Sie kann künftig aber nur noch von Hausärzten abgerechnet werden, die nachweislich die S3C-Schnittstelle einsetzen.
- Für Hausärzte, deren PVS-Hersteller die Schnittstelle nicht anbietet, ist eine Übergangsfrist bis 31.12.2015 vorgesehen; in diesem Fall ist die Quartalspauschale mit der Abr.-Nr. 99140K ebenfalls mit 2,50 € abrechenbar.

### Hinweis:

**Eine rückwirkende Anpassung der Abrechnung ist nicht notwendig. Die Abrechnungsnummern werden seitens der KV Thüringen automatisch korrigiert.**

## 5. Anpassung der Diagnoseliste (Anhang 1 zur Anlage 10)

- In der Krankheitsgruppe „Herzerkrankungen“ werden die ICD-10-Schlüssel I25.1-, I25.3, I25.4 und I25.6 als Diagnosen ohne Schweregrad ergänzt.
- In der Krankheitsgruppe „Psychiatrische Störung“ werden die ICD-10-Schlüssel F31.2 und F31.5 als Diagnosen ohne Schweregrad neu aufgenommen.

**Darüber hinaus sind sich die Vertragspartner einig, dass der bis 30. Juni 2015 befristete Vertrag zur HzV-THR nun unbefristet weitergeführt wird.**

Die detaillierte Ausgestaltung der 5. Modifikation inklusive Anlagen steht Ihnen ab sofort auf der Internetseite der KV Thüringen zur Verfügung:

[www.kvt.de](http://www.kvt.de) → [Arzt/Pschoth.](#) → [Verträge](#) → [Hausarztzentrierte Versorgung](#) → [AOK PLUS](#).

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

### Alles was Recht ist

#### Zunahme von Überweisungen zu sportärztlichen Untersuchungen

In letzter Zeit erreichten uns immer häufiger Informationen darüber, dass hausärztlich tätige Vertragsärzte Überweisungen ausstellen, bei denen sich später herausstellt, dass der Patient ausschließlich eine sportmedizinische Untersuchung zur Teilnahme an einer Sportveranstaltung bzw. eine Bescheinigung für einen Sportverein oder Ähnliches wünscht.

Solche Überweisungen sind nicht zulässig. Sportmedizinische Untersuchungen sind nicht vom Leistungskatalog des EBM umfasst. Es handelt sich damit nicht um Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung. Da keine Leistungspflicht der Krankenkassen für solche Untersuchungen besteht, können sie nur im Rahmen einer Privatbehandlung erbracht werden. Die Kosten dafür hat der Patient selbst zu tragen. Darüber ist er vor Beginn der Behandlung aufzuklären und muss schriftlich zustimmen. Die Ausstellung von Überweisungen kommt hier generell nicht in Betracht.

Daran ändert sich auch dann nichts, wenn einzelne Krankenkassen die entsprechenden Kosten freiwillig übernehmen. Auch in diesen Fällen ist eine Überweisung nicht statthaft.

Weitere Beispiele für Leistungen, die der Patient im Zusammenhang mit Freizeit, Urlaub, Sport oder Kosmetik selbst (ohne Überweisung) zu zahlen hat, sind:

- Reisemedizinische Beratungen einschließlich Impfberatungen und Impfungen,
- Tauglichkeitsuntersuchungen für Extremsportarten,
- Ästhetische Operationen,
- Entfernung von Tätowierungen.

Weitere Regelungen zu Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung beinhaltet § 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte.

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

#### Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

##### Frage 1:

Was beinhaltet die vorstationäre Behandlung?

Die vorstationäre Behandlung ist eine Form der Krankenhausbehandlung, die ohne Unterkunft und Verpflegung durchgeführt wird. Sie dient dazu, zu klären, ob eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist oder eine vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung beschränkt.

Die Möglichkeit der vorstationären Behandlung ersetzt nicht die Pflicht des Vertragsarztes, vor der Einweisung des Patienten in ein Krankenhaus durch umfassende Diagnostik die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit abzuklären. Entscheidet der Vertragsarzt, dass die Verordnung von Krankenhausbehandlung erforderlich ist, hat er alle relevanten Unterlagen beizufügen, um die weitere Diagnostik und Therapie im Krankenhaus zu unterstützen, Doppeluntersuchungen zu vermeiden und den Krankenhausaufenthalt nicht unnötig zu verlängern.

##### Frage 2:

Was ist unter einer nachstationären Behandlung zu verstehen?

Bei der nachstationären Behandlung handelt es sich ebenfalls um eine Form der Krankenhausbehandlung, die ohne Unterkunft und Verpflegung durchgeführt wird. Durch sie soll an höchstens sieben Behandlungstagen innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus der Behandlungserfolg gesichert oder gefestigt werden. Demnach umfasst die nachstationäre Behandlung grundsätzlich alle Leistungen, die im Anschluss an einen stationären Eingriff in einem Krankenhaus erbracht werden können, wie z. B. Nachkontrolle, Wundversorgung.

Gesetzgeberische Intention ist es, die nachstationäre Behandlung in erster Linie dem Krankenhaus zuzuweisen. Die vorbehandelnden Krankenhausärzte können in schwierigen Fällen mit größerer Sicherheit beurteilen, welche Komplikationen in der speziellen Situation des einzelnen Patienten zu erwarten waren und toleriert werden können.

### Frage 3:

Wer ist im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt für die Ausstellung von Verordnungen (Medikamente, Verbandstoffe etc.) zuständig?

Das Krankenhaus darf dem Patienten benötigte Medikamente in der Menge mitgeben, die erforderlich ist, um ein unmittelbar auf die Entlassung folgendes Wochenende oder einen Feiertag zu überbrücken. Wurde häusliche Krankenpflege verordnet, können die zur Überbrückung erforderlichen Medikamente für längstens drei Tage abgegeben werden. Verordnungen, die in keinem Zusammenhang zur stationären Behandlung stehen, sind Aufgabe der Vertragsärzte.

Durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) mit Geltung ab dem 23.07.2015 wird eine Regelung zum Entlassmanagement des Krankenhauses in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) aufgenommen. Demnach können die Krankenhäuser, sofern es für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, bei der Verordnung von Arzneimitteln die jeweils kleinste Packungsgröße wählen, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für den Zeitraum von bis zu sieben Tagen nach der Entlassung verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit feststellen.

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

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

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

## Ärztliche Selbstverwaltung

### Mitgliederbefragung der KV Thüringen im Herbst

Im Herbst dieses Jahres führt die KV Thüringen eine Umfrage unter ihren Mitgliedern durch. Wir wollen von Ihnen zum einen wissen, wie Sie grundsätzlich zu Ihrer Selbstverwaltung stehen. Zum anderen möchten wir erfahren, wie bekannt die Beratungsangebote der Geschäftsstelle der KV Thüringen sind und ob Sie mit diesen Angeboten zufrieden sind. Ein weiterer Teil der Umfrage wird sich den Mitgliedermedien widmen, also diesem Rundschreiben und der Internetseite [www.kvt.de](http://www.kvt.de).

Wir würden uns sehr freuen, wenn sich möglichst viele von Ihnen an der Mitgliederbefragung beteiligen würden. Die Fragebögen dazu erhalten Sie Ende September. Von Ihren Antworten erhoffen wir uns vor allem Anregungen, wie wir die Angebote der Geschäftsstelle verbessern können.

### KV-Forum „KV Thüringen – das sind wir!“ am 9. September in Suhl

1990  
2015  
25 JAHRE ÄRZTLICHE  
SELBSTVERWALTUNG

Vor genau 25 Jahren suchten engagierte Thüringer Ärzte Mitstreiter, um Strukturen einer ärztlichen Selbstverwaltung zu schaffen und so nach Jahrzehnten staatlicher Reglementierung wieder eine freiheitliche Berufsausübung zu ermöglichen.

Wie das auch in Zukunft gemeinsam erreicht werden kann, darüber möchte der Vorstand der KV Thüringen mit Ihnen diskutieren, Ihre Ideen sammeln und gemeinsam mit Ihnen neue Projekte voranbringen.

Zu dem KV-Forum am 09.09.2015 in Suhl wurden bereits Einladungen an die KV-Mitglieder in Südthüringen versandt.

**Informationen**

**Bürokratieabbau: Ab 2016 nur noch ein Formular für Krankschreibungen**

Für Krankschreibungen wird es ab 2016 nur noch ein Formular geben. KBV und GKV-Spitzenverband einigten sich darauf, den sogenannten Auszahlschein für Krankengeld (Muster 17) zum 01.01.2016 in die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) zu integrieren. Das neue Formular soll dann außerdem einen Durchschlag für den Patienten enthalten.

Die neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erleichtert nach Angaben der KBV sowohl die Arbeit in den Praxen als auch das Vorgehen der Patienten. Die vielen kassenspezifischen Auszahlscheine für Krankengeld werden wegfallen. Für die Patienten wird es einfacher, ihre Krankschreibung dem Arbeitgeber und der Krankenversicherung gegenüber lückenlos nachzuweisen.

Die neuen Formulare liegen derzeit noch nicht gedruckt vor, werden aber rechtzeitig zur Verfügung gestellt.

**GKV-VSG in Kraft – Wichtige Neu-Regelungen auf einen Blick**

Am 23. Juli 2015 trat das „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, GKV-VSG) in Kraft. In den politischen Debatten über das Gesetz hatten vor allem Einzelthemen im Mittelpunkt gestanden, wie die Pläne der Bundesregierung zur Stilllegung von Arztpraxen, die Terminservicestellen oder die geplanten Eingriffe des Gesetzgebers in die Zusammensetzung der Vertreterversammlung. Nun, nachdem das Gesetz beschlossen ist, dokumentieren wir für Sie die wichtigsten Neu-Regelungen im Überblick. Bitte beachten Sie, dass die Inhalte in dieser Dokumentation rein informativ aufbereitet sind. Die rechtlich bindenden Formulierungen können Sie dem Gesetzestext entnehmen.

§ (SGB V)	Stichwort	Inhalt
§ 27b	Zweitmeinung	Patienten können vor bestimmten Operationen die Meinung eines zweiten Arztes einholen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erarbeitet bis Ende dieses Jahres eine Liste der Operationen, für die das gilt sowie der fachlichen Anforderungen an den Zweitmeinungsarzt.
§ 32	langfristiger Heilmittelbedarf	Der G-BA legt bis 30.06.2016 fest, wann ein langfristiger Behandlungsbedarf vorliegt und ob ein Genehmigungsverfahren bei der Krankenkasse nötig ist.
§ 39	Entlassmanagement	Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement. Unter anderem können durch die Krankenhäuser Arzneimittel in der kleinsten Packung verordnet und AU-Bescheinigungen ausgestellt werden. Krankenhäuser können dabei mit anderen Leistungserbringern (z. B. Vertragsärzten) vereinbaren, dass diese die Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. Details sollen bis Jahresende in einer Rahmenvereinbarung geregelt werden.
§§ 73a + c	Besondere ambulante ärztliche Versorgung	Die Paragraphen entfallen. Besondere Versorgungsformen werden § 140a zugeordnet (s. dort).

§ (SGB V)	Stichwort	Inhalt
§ 75	Terminservicestellen	Der Sicherstellungsauftrag umfasst auch, fachärztliche Versorgung angemessen und zeitnah zur Verfügung zu stellen. Voraussetzung ist eine Überweisung zum Facharzt (außer zum Augenarzt und Frauenarzt). Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, bis zum 01.02.2016 Terminservicestellen einzurichten, die entsprechende Termine vermitteln. Lassen sich diese Termine nicht binnen vier Wochen bei ambulant tätigen Ärzten vereinbaren, sollen sie in Krankenhäusern vereinbart werden. Die Kosten gehen zu Lasten des ambulanten fachärztlichen Sektors.
§ 75a	Weiterbildung	KVen und Krankenkassen werden verpflichtet, die Zahl der mindestens zu fördernden Weiterbildungsstellen für künftige Hausärzte von 5.000 auf 7.500 zu erhöhen. Weitere bis zu 1.000 Weiterbildungsstellen sollen in bestimmten fachärztlichen Gruppen (Kinder-, Frauen-, Augenärzte), das Gesetz spricht von „fachärztlichen Grundversorgern“, gefördert werden.
§ 79	Parität in der Vertreterversammlung der KBV	In der Vertreterversammlung der KBV stimmen über rein hausärztliche Belange nur Hausärzte und über fachärztliche Belange nur Fachärzte ab. Bei gemeinsamen Abstimmungen sind die Stimmen paritätisch zu gewichten. Für die Vertreterversammlungen der KVen gelten diese Regelungen <b>nicht</b> .
§ 79c	Beratender Fachausschuss für angestellte Ärzte	Die KVen müssen zusätzlich zu den bestehenden beratenden Fachausschüssen für Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten einen weiteren beratenden Fachausschuss für angestellte Ärzte einrichten.
§ 81	Geldbußen in Disziplinarverfahren	Für Geldbußen, die bei Verletzung vertragsärztlicher Pflichten verhängt werden, wird die Obergrenze von 10.000 auf 50.000 Euro erhöht.
§ 87b	Honorarverteilung	Die Gesamtvergütungen sollen durch die KVen so verteilt werden, dass von Fachärzten erbrachte hausärztliche Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütung mindern und umgekehrt. Für anerkannte Praxisnetze sind gesonderte Vergütungsregeln zu schaffen.
§ 92	Psychotherapie-Richtlinie	Der G-BA soll bei der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie zum 30.06.2016 insbesondere eine frühzeitige diagnostische Abklärung, eine bessere Akutversorgung sowie die Rezidivprophylaxe berücksichtigen.
§ 92a, b	Innovationsfonds	Der G-BA fördert neue Versorgungsformen. Für die Jahre 2016 bis 2019 wird ein Innovationsfonds mit jährlich 300 Mio. Euro eingerichtet. Das Geld kommt von den Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds. Es dient der Förderung innovativer Versorgungsformen, die das Potenzial haben, später in die Regelversorgung überführt zu werden, einschließlich begleitender Forschung.
§ 95	MVZ	Ab sofort sind arztgruppengleiche MVZ möglich. Die Gründung von MVZ durch Kommunen wird erleichtert: Sie können jede öffentlich-rechtliche Rechtsform wählen. Die Sicherheitsleistungen für MVZ-Gründer werden erleichtert. Ein Vertragsarzt, der zugunsten einer Anstellung in einem MVZ auf seine Zulassung verzichtet, darf auch als Gründer des MVZ auftreten.

§ (SGB V)	Stichwort	Inhalt
§ 101	Bedarfsplan	Der G-BA wird beauftragt, bis Ende 2016 die Bedarfsplanungsrichtlinie erneut zu überarbeiten. Dabei soll die Möglichkeit einer kleinräumigeren Planung der Versorgungsbereiche berücksichtigt werden. Bei der 25 Jahre alten statistischen Grundlage soll es bleiben.
§ 103	Aufkauf von Arztsitzen	Die Zulassungsausschüsse sollen ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent Nachbesetzungsverfahren für Arztsitze ablehnen, wenn dem keine Versorgungsgründe entgegenstehen. Ab 110 Prozent bleibt es bei der Kann-Regelung. Wird nicht nachbesetzt, sollen die KVen den Sitz zu Lasten des Gesamtbudgets aufkaufen und ihn stilllegen. Ausnahmen gibt es für Praxisübergaben von den Eltern auf die Kinder oder unter Ehepartnern, für Ärzte, die den Sitz in ein schlechter versorgtes Gebiet verlegen wollen und für Ärzte, die eine Praxis übernehmen wollen, in der sie drei Jahre lang angestellt waren.
§ 106b	Wirtschaftlichkeitsprüfungen für ärztlich verordnete Leistungen	Für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen sollen die KVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen Vereinbarungen auf Landesebene schließen. KBV und GKV-Spitzenverband sollen dafür bis 31.10.2015 einheitliche Rahmenbedingungen schaffen. Die Richtgrößenprüfungen sollen ersetzt werden.
§ 116b	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)	Bei der ASV entfällt für onkologische und rheumatologische Erkrankungen die Begrenzung auf schwere Verlaufsformen. Zu den weiteren Erkrankungen gehören schwere Verlaufsformen von AIDS, Herzinsuffizienz, Multiple Sklerose, Epilepsie, komplexe Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie, Folgeschäden bei Frühgeborenen und Querschnittslähmung. Der G-BA erstellt jeweils zwei Jahre nach Inkrafttreten eines Beschlusses über die ASV einer rheumatologischen oder onkologischen Erkrankung einen Bericht über die Inanspruchnahme sowie Erforderlichkeit. Der Bestandsschutz für Krankenhäuser, die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b (alt) teilnehmen, wird auf drei Jahre nach Inkrafttreten eines G-BA-Beschlusses für die jeweilige Erkrankung begrenzt.
§ 117	Hochschulambulanzen	Der Ermächtigungsumfang von Hochschulambulanzen wird erweitert – KBV, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft sollen bis 01.02.2016 den entsprechenden Patientenzirkel definieren. Sofern die Behandlung nicht in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang erfolgt, ist eine Überweisung des Facharztes erforderlich. Da erwartet wird, dass sich dadurch Leistungen aus der vertragsärztlichen Versorgung in die Hochschulambulanzen verlagern, soll der Bewertungsausschuss Vorgaben für ein Bereinigungsverfahren erarbeiten.
§ 125	Heilmittel	Die Preise für Heilmittel sollen angeglichen werden. Je Bundesland soll dafür zunächst eine aus den aktuellen Preisen errechnete Preisuntergrenze errechnet werden.
§ 140a	Selektivverträge Besondere Versorgung	Hier sind jetzt alle bisherigen Selektivverträge (bisher §§ 73a, 73c und 140a) zusammengefasst. Altverträge laufen weiter. Wird Regelversorgung im Rahmen von Selektivverträgen erbracht, wird der Sicherstellungsauftrag der KVen in diesem Umfang eingeschränkt. Krankenkassen können auf die Bereinigung verzichten, wenn der Verwaltungsaufwand unverhältnismäßig erscheint.

## Präventionsgesetz in Kraft

Die Gesetzlichen Krankenversicherungen sollen ab dem nächsten Jahr jährlich rund eine halbe Milliarde Euro in die Gesundheitsvorsorge investieren. Das sieht das Präventionsgesetz vor, das der Bundestag am 18.06.2015 beschlossen hat und das am 25.07.2015 in Kraft trat. Das Gesetz verpflichtet die Kassen zudem, Leistungen der Gesundheitsförderung in ihre Satzungen aufzunehmen und die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene weiterzuentwickeln.

Das Gesetz sieht außerdem vor, den Impfschutz der Bevölkerung auszubauen. Eltern sollen künftig eine Impfberatung nachweisen, bevor ihre Kinder in die Kita kommen. Bei Jugendlichen soll im Rahmen einer Jugendarbeitsschutzuntersuchung geprüft werden, ob sie alle empfohlenen Impfungen haben. Krankenkassen sollen Schutzimpfungen in ihre Bonusprogramme aufnehmen. Außerdem soll die betriebliche Gesundheitsförderung ausgebaut werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßte das Gesetz, kritisierte aber gleichzeitig, dass die Vertragsärzte beim Thema Prävention kaum Mitsprachemöglichkeiten bekommen. Vertragsärzte seien die wichtigsten Ansprechpartner der Patienten, wenn es um gesunde Lebensweise sowie Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten geht. Deshalb müssen sie stärker gehört werden, wenn die Ziele der Gesundheitsförderung festgelegt werden. Genau das sehe das Gesetz aber nicht vor.

## Verdacht des Missbrauchs von Codeintropfen

Aus aktuellem Anlass möchte die KV Thüringen erneut auf einen Fall des Verdachts von Medikamentenmissbrauch hinweisen und um erhöhte Aufmerksamkeit bitten:

Eine Patientin aus Bayern lässt sich von verschiedenen Ärzten folgendes Präparat verordnen: Bronchicum Mono Codein Tropfen 30 ml N2. Bei ihren Arztbesuchen gibt sie offenbar an, dass sie ein früheres Rezept verloren habe, die Flasche kaputtgegangen sei oder das Arzneimittel verdorben sei.

### Neue Informationen zur ärztlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden

Die Regelungen zur Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden sind derzeit häufigen Veränderungen unterworfen. Wir bitten Sie deshalb um Verständnis dafür, dass auch das entsprechende Merkblatt regelmäßig aktualisiert wird. Das jeweils aktuelle Merkblatt finden Sie im Internet unter:

[www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Arzt/Psychoth. → Beratungsservice A-Z → F → Flüchtlinge → Merkblatt ...

Das derzeit aktuelle Merkblatt vom 24.07.2015 liegt diesem Rundschreiben als **Anlage 3** bei.

## Termine zur Durchführung der interdisziplinären Schmerzkonferenzen in Heiligenstadt

Im Rundschreiben 3/2015, Anlage 10, teilten wir Ihnen die Termine zur Durchführung der interdisziplinären Schmerzkonferenzen mit. Ergänzend dazu erhalten Sie die Termine für das **2. Halbjahr 2015** von einem weiteren Veranstalter:

Kontaktadresse: **Eichsfeld Klinikum, Haus St. Vincenz**,  
Windische Gasse 112, 37308 Heilbad Heiligenstadt,  
Telefon 03606 761410

Leiter der Schmerzkonferenz: Chefarzt Dr. med. Karl Kirchner, Oberärztin Dr. med. Agnes Becker

Termine: 27.08., 24.09., 22.10., 26.11. und 17.12.2015 jeweils 16:00 Uhr

## Sitzungen des Qualitätszirkels „Sektorenübergreifende/onkologische Thoraxkonferenz“

Für den o. g. Qualitätszirkel 189qz/07 werden folgende Sitzungstermine bekanntgegeben:

Datum/Uhrzeit	Thema	Ort
23.09.2015 18:30 Uhr	DMP Asthma/COPD – wiss. Symposium anlässl. des dt. Lungentages	Med. Versorgungszentrum Sonneberg
04.11.2015 18:30 Uhr	DMP Diabetes	Facharztzentrum Gustav-König-Str. 17 96515 Sonneberg
02.12.2015 18:30 Uhr	update Schmerz – Formen, Ursachen, Diagnostik, Therapiepfade	

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Sara Löffler, Telefon 03675 8944-58.

## Sitzung des Qualitätszirkels „Rationelle Diagnostik und Therapie Sonneberg“

Für den o. g. Qualitätszirkel 192qz/08 wird folgender Sitzungstermin bekanntgegeben:

Datum/Uhrzeit	Thema	Ort
21.10.2015 18:30 Uhr	DMP KHK, CardioPlus mit anschließender Ärztetenz-Sitzung	Med. Versorgungszentrum Sonneberg Facharztzentrum Gustav-König-Str. 17 96515 Sonneberg

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Sara Löffler, Telefon 03675 8944-58.

## Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena

Die nächste Veranstaltung der Arzneimittelkommission des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena findet gemeinsam mit allen interessierten niedergelassenen Vertragsärzten und Apothekern am 16.09.2015 um 17:15 Uhr statt.

Thema: **Moderne Wundversorgung**

Referentin: Apothekerin Anke Friedrichs, Universitätsklinikum Jena, Apotheke  
Ort: Klinikum 2000, Erlanger Allee 101, Jena- Lobeda Ost, Seminarraum 2  
Leitung/Moderation: PD Dr. rer. nat. habil. M. Hippus (Institut für Klinische Pharmakologie),  
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 9325401

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, 02.09.2015, 14:00-19:00 Uhr	Verordnungsmanagement in der vertragsärztlichen Praxis für Praxispersonal (Aufbaukurs - nur nach Teilnahme am Grundkurs)	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KV Thüringen	Praxispersonal  kostenfrei
Mittwoch, 02.09.2015, 16:30-18:45 Uhr	Englisch für Praxispersonal  weitere Termine: Mittwoch, 09.09.2015, 16:30-18:45 Uhr Mittwoch, 16.09.2015, 16:30-18:45 Uhr Mittwoch, 23.09.2015, 16:30-18:45 Uhr Mittwoch, 30.09.2015, 16:30-18:45 Uhr Mittwoch, 21.10.2015, 16:30-18:45 Uhr Mittwoch, 28.10.2015, 16:30-18:45 Uhr Mittwoch, 04.11.2015, 16:30-18:45 Uhr Mittwoch, 11.11.2015, 16:30-18:45 Uhr Mittwoch, 18.11.2015, 16:30-18:45 Uhr	Marcel Ziewitz, Business English Training & Services, Jena	Praxispersonal  79,50 € für alle Termine
Mittwoch, 02.09.2015, 19:00-21:15 Uhr	Englisch für Ärzte  weitere Termine: Mittwoch, 09.09.2015, 19:00-21:15 Uhr Mittwoch, 16.09.2015, 19:00-21:15 Uhr Mittwoch, 23.09.2015, 19:00-21:15 Uhr Mittwoch, 30.09.2015, 19:00-21:15 Uhr Mittwoch, 21.10.2015, 19:00-21:15 Uhr Mittwoch, 28.10.2015, 19:00-21:15 Uhr Mittwoch, 04.11.2015, 19:00-21:15 Uhr Mittwoch, 11.11.2015, 19:00-21:15 Uhr Mittwoch, 18.11.2015, 19:00-21:15 Uhr	Marcel Ziewitz, Business English Training & Services, Jena	Psychotherapeuten, Vertragsärzte  95,00 € für alle Termine
Mittwoch, 09.09.2015, 15:00-19:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ - Telemedizinische Grundlagen (B11) (Anmeldung über die Landesärztekammer)	Dipl.-Inf. Sven Dickert, Mitarbeiter der IT-Abteilung der KV Thüringen	Praxispersonal  100,00 €
Mittwoch, 09.09.2015, 15:00-18:00 Uhr	Kinder- und Erwachsenenimpfung	Dr. med. Anke Möckel, Leiterin der Gruppe Verordnungsberatung der KV Thüringen	Praxispersonal  45,00 €
Samstag, 12.09.2015, 09:00-17:00 Uhr	<b>Veranstaltung ist ausgebucht.</b>  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 €

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

Bei allgemeinen Fragen zum Fortbildungskalender wenden Sie sich bitte an Susann Binnemann, Telefon 03643 559-230 und bei Fragen zur Anmeldung an 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](mailto:akademie@laek-thueringen.de)

### ▪ Fortbildungstag Laboratoriumsmedizin: Labordiagnostik bei Fettstoffwechselstörung

Termin: 05.09.2015, 09:00-12:30 Uhr  
Ort: Augustinerkloster, Augustinerstraße 10, 99084 Erfurt  
Leitung: Dr. med. habil. Hans-Jürgen Wolff, Arnstadt  
Referentin: Prof. Dr. med. Sabine Westphal, Dessau  
Gebühr: gebührenfrei  
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

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

Termin: 09.09.2015, 12:00 bis 18:30 Uhr (Refresherkurs + Wissenstest)  
Gebühr: 100,00 €  
Termin: 30.09.2015, 12:00-17:00 Uhr (Praktisch-kommunikativer Teil)  
Gebühr: 120,00 €  
Ort: Institut für Humangenetik, Kollegiengasse 10, 07743 Jena  
Leitung: Dr. med. Isolde Schreyer, Jena  
Zertifizierung: je 9 Punkte

### ▪ Kinder- und Jugendpsychiatrischer Fortbildungstag: Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes- und Jugendalter

Termin: 12.09.2015, 10:00 bis 13:00 Uhr  
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena  
Leitung: Dr. med. Ekkehart D. Englert, Erfurt  
Referenten: Dr. med. Ekkehart D. Englert, „Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen im klinischen Alltag – diagnostische Fallstricke und Fallbeispiele“,  
Dr. phil. nat. Dipl.-Psych. Hannah Cholemkery, „Update zu Therapieverfahren bei Autismus-Spektrum-Störungen: Was wirkt?“,  
Katharina Brüggemann, „Autismusförderung und -therapie in Thüringen aus Elternsicht: Wie haben sich die regional verfügbaren Angebote entwickelt?“  
Gebühr: gebührenfrei  
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

### ▪ 12. Suchtmedizinischer Fortbildungstag – Was gibt es Neues 2015

Termin: 19.09.2015, 09:00 bis 14:00 Uhr  
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena  
Leitung: Dr. med. Katharina Schoett, Mühlhausen

Themen:

- Akuter Rausch und Intoxikationen – Was hat der Patient? Was sollte ich für den KV-Dienst wissen?
- Neue S3-Leitlinie im Alkoholbereich – Gibt es einen Paradigmenwechsel?
- Neue Medikamente kommen, andere verschwinden – Was gibt es Neues aus Sicht des Apothekers?
- Neue psychoaktive Substanzen – Wie verändert sich der Drogenmarkt?
- Hepatitis als Begleiterkrankung bei Drogenabhängigen – Neues in der Hepatitisbehandlung

Gebühr: gebührenfrei  
Zertifizierung: 6 Punkte, Kategorie A

#### ▪ Drogennotfälle

Termin: 28.10.2015, 16:00 bis 19:00 Uhr  
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena  
Leitung: PD Dr. med. Michael Kretzschmar, Gera

Themen:

- Einteilung nach pharmakologischen und klinischen Kriterien
- Darstellung der Substanzen/Substanzgruppen („downer, upper, allrounder“)
- Leitsymptome Drogennotfall
- Therapieoptionen für den Notfall
- Diskussion (Fallbesprechung)
- Drogen aus polizeilicher Sicht

Gebühr: 45,00 €  
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

#### ▪ Thüringer Ultraschalltage – Interdisziplinärer Grundkurs Dopplersonografie

Termin: 06.11.2015, 17:00 Uhr, bis 08.11.2015, 17:00 Uhr  
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena  
Leitung: Dr. med. Reginald Weiß, Bad Berka, Prof. Dr. med. Ulrich Sliwka, Remscheid  
Gebühr: 420,00 €  
Zertifizierung: 30 Punkte, Kategorie C

#### ▪ Die kleine psychotherapeutische Schatzkiste für den Hausarzt

Termin: 20.11.2015, 15:00 bis 19:00 Uhr  
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena  
Leitung: Dr. med. Antje Habenicht, Jena

Themen:

- Welches psychotherapeutische Behandlungsverfahren wird bei welcher Störung empfohlen, das heißt, welche wissenschaftlichen Standards gibt es heute?
- Wann sollte ambulant behandelt werden, wann sollte stationär behandelt werden?
- Was ist im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung bzw. im ärztlichen Gespräch zu leisten, wann sollte eine Überweisung an den Facharzt oder den Psychologischen Psychotherapeuten erfolgen?

Gebühr: 50,00 €  
Zertifizierung: 7 Punkte, Kategorie C

#### ▪ Hygienebeauftragter Arzt – 40-Stunden-Kurs

Termine: 26. bis 28.11.2015 und 04. bis 05.12.2015  
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena

## Terminkalender

---

Leitung: Dr. med. Ute Helke Dobermann, Prof. Dr. med. Wolfgang Pfister, Prof. Dr. med. Mathias Pletz, Jena, Dr. med. Stefan Hagel, Prof. Dr. med. Margarete Borg-von Zepelin, Mühlhausen  
Gebühr: 500,00 €  
Zertifizierung: 40 Punkte, Kategorie A

### Praxispersonal

#### ▪ **Ergänzungskurs Nichtärztliche Praxisassistentin für VERAH (bitte beachten: letzter Ergänzungskurs!)**

Termin: 04.09.2015, 09:00 Uhr, bis 05.09.2015.16:00 Uhr  
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena  
Leitung: Dorothea Stula, Weimar  
Gebühr: 210,00 €

#### ▪ **Hygienemanagement in der Arztpraxis**

Termin: 23.09.2015, 15:00-19:00 Uhr  
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena  
Leitung: Frank Cebulla, Jena  
Gebühr: 40,00 €

#### Themen:

- Gesetzliche Grundlagen der Hygiene
- Grundlagen der Hygiene
- Personalhygiene
- Aufbereitung von Medizinprodukten

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

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

### für das Quartal 1/2015

Fachgruppe	durchschnittl. PZV	durchschnittl. relevante Fallzahl
Hausärzte	345.654	1.031
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	315.391	1.022
Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie	110.338	308
Fachärzte für Augenheilkunde	553.030	1.678
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	363.409	921
Fachärzte für Frauenheilkunde	298.247	1.030
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	553.307	1.357
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	384.761	1.619
Fachärzte für Humangenetik	703.893	351
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	610.233	1.162
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13300 bis 13311 EBM)	882.117	1.128
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13400 bis 13431 EBM)	476.384	912
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13500 bis 13502 EBM)	830.585	743
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13550 bis 13561 EBM)	1.087.887	1.465
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13650 bis 13670 EBM)	1.077.711	1.649
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13700 bis 13701 EBM)	312.588	874
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13600 bis 13621 EBM)	49.890	235
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	489.995	373
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	28.926	175
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)	609.515	1.006

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

<b>Fachgruppe</b>	<b>durchschnittl. PZV</b>	<b>durchschnittl. relevante Fallzahl</b>
Fachärzte für Nuklearmedizin	783.823	823
Fachärzte für Orthopädie	547.505	1.400
Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Radiologie	1.566.743	1.944
Fachärzte für Urologie	458.759	1.367
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	386.752	561
Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM	124.479	256
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin	13.905	546
Fachärzte für Strahlentherapie	46.612	109

Stand: 02.07.2015

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen nach § 13 HVM

**für das Quartal 1/2015**

<b>Fachgruppe</b>	<b>Kapazitätsgrenzen in Minuten</b>
ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	3.519
psychologische Psychotherapeuten	3.169
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	3.538
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	4.919

Stand: 02.07.2015

KBV

# Wirkstoff AKTUELL

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

Ausgabe 2/2015

## Methocarbamol oral



### Indikation

Symptomatische Behandlung schmerzhafter Muskelverspannungen, insbesondere des unteren Rückenbereiches (Lumbago).

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

- Muskelrelaxanzien können bei akutem und chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz angewendet werden, wenn nichtmedikamentöse Maßnahmen oder die alleinige Gabe von nicht-opioiden Analgetika keine Besserung bewirken.
- Zugelassen für die Behandlung schmerzhafter Muskelverspannungen sind Muskelrelaxanzien (Myotonolytika) mit zentral dämpfender Wirkung, die die Skelettmuskulatur detonisieren. Dazu gehören:
  - Methocarbamol zur symptomatischen Behandlung schmerzhafter Muskelverspannungen, insbesondere des unteren Rückenbereiches (Lumbago),
  - Orphenadrin zur kurzfristigen symptomatischen Behandlung schmerzhafter Muskelverspannungen bei Erwachsenen,
  - Benzodiazepine (z. B. Diazepam) zur Anwendung bei schmerzreflektorischen Muskelverspannungen, insbesondere als Folge von Erkrankungen der Wirbelsäule und der achsennahen Gelenke sowie bei spastischen Syndromen mit pathologisch gesteigertem Muskeltonus unterschiedlicher Ätiologie,
  - Tizanidin zur Anwendung bei peripher bedingten schmerzhaften Muskelspasmen bei Zervikal-, Thorakal- und Lumbalsyndrom,
  - Pridinol zur Behandlung bei zentralen und peripheren Muskelspasmen.
- Tolperison ist für diese Indikation nicht mehr zugelassen (6). Die Zulassung von Tetrazepam ruht (7). Baclofen hat keine Zulassung als Muskelrelaxans bei akuten und chronischen nichtspezifischen Rückenschmerzen. Für Pridinol ist zudem die Evidenzlage für den Einsatz in der Kreuzschmerztherapie gegenwärtig nicht ausreichend.
- Eindeutige Belege für schmerzlindernde Wirkungen von Muskelrelaxanzien beim Kreuzschmerz sowie hinreichende Belege aus klinischen Studien, die einen Vorteil einzelner Myotonolytika oder von Myotonolytika gegenüber der alleinigen Gabe von traditionellen NSAR zeigen, liegen nicht vor.
- Bei den meisten Muskelrelaxanzien sind Sedierung und gegebenenfalls Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit zu beachten. Es besteht die Gefahr der Abhängigkeit. Insbesondere Benzodiazepine sollten trotz der in klinischen Studien nachgewiesenen schmerzlindernden Effekte bei nichtspezifischem Kreuzschmerz nur als letztes Mittel der Reserve eingesetzt werden, da das Abhängigkeitspotenzial dieser Wirkstoffgruppe sehr hoch ist und die chronische Einnahme eine aktive multimodale Therapie erheblich erschwert (8).
- Muskelrelaxanzien sind insgesamt wegen ihrer Nebenwirkungen Benommenheit und Abhängigkeit, aufgrund auftretender Allergien, der Beeinträchtigung der Leberfunktion sowie möglicher gastrointestinaler Komplikationen restriktiv einzusetzen. Sie sollten bei akutem, subakutem und chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz nicht länger als zwei Wochen fortlaufend eingenommen werden. Das gilt auch für Methocarbamol.

**Kosten**

Myotonolytika (Muskelrelaxanzien)					
Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben (mg) <sup>1</sup>	Dosis (mg/Tag)	Kosten pro Tag [€] <sup>2,3</sup>	Maximale Behandlungsdauer
<b>Carbaminsäureester</b>					
Methocarbamol	Ortoton® 750 mg Filmtabletten	3000	4500	2,88	30 Tage
<b>α2-Adrenozeptor-Agonist</b>					
Tizanidin	Sirdalud® 4 mg Tabletten	12	6 – 12	0,30 – 0,59	Akut- oder Langzeittherapie
Tizanidin	Generikum 2 mg/4 mg Tabletten	12	6 – 12	0,71 – 0,82	Akut- oder Langzeittherapie
<b>Anticholinergika</b>					
Orphenadrincitrat	Norflex® 100 mg Retardtabletten	120	200	1,29	1 Woche
Pridinolmesilat <sup>4</sup>	Myoson® direct 4 mg Tabletten	–	6 – 24	1,76 – 6,34	Akut- oder Langzeittherapie
<b>Benzodiazepine</b>					
Diazepam <sup>5</sup>	Generikum 5 mg/10 mg Tabletten	10	5 – 10	0,48 – 0,49	nach 2 Wochen Notwendigkeit prüfen; max. Dauer: 4 Wochen

Stand Lauertaxe: 01.06.2015

<sup>1</sup>Nach (9); <sup>2</sup>Kostenberechnung bezogen auf die Tagesdosis der FI anhand des kostengünstigsten Präparates einschließlich Import sowie auf die Packungsgröße, die der empfohlenen Behandlungsdauer von zwei Wochen am nächsten kommt; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt; <sup>3</sup>die z. T. höheren Einleitungs-dosen wurden bei der Kostenberechnung nicht berücksichtigt; <sup>4</sup>gesetzliche Krankenkassen sind nicht verpflichtet, die Kosten fiktiv zugelassener Arzneimittel zu übernehmen; damit bergen sie das Risiko für Rückforderungsanträge; <sup>5</sup>die Empfehlung für Benzodiazepine in der Indikation schmerzhaftes Muskelverspannungen bezog sich bisher auf Tetrazepam, dessen Zulassung ruht. Das zugelassene Benzodiazepin Diazepam wird für die Therapie muskuloskeletaler Schmerzen nur als letztes Mittel der Reserve empfohlen. Weitere Angaben zu Dosierungen sind den Fachinformationen zu entnehmen. Die Kostendarstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

**Wirkungsweise (10;11)**

Methocarbamol ist ein zentral wirkendes Muskelrelaxans. Es entfaltet seine muskelrelaxierende Wirkung über eine Hemmung der polysynaptischen Reflexleitung im Rückenmark und in subkortikalen Zentren. Methocarbamol wird nach oraler Applikation vollständig resorbiert. Zehn Minuten nach der Einnahme ist der Wirkstoff im Serum nachweisbar und nach 30–60 Minuten wird der maximale Wirkstoffspie-

gel im Blut erreicht. Die Halbwertszeit von Methocarbamol beträgt ca. zwei Stunden. Methocarbamol und seine zwei Hauptmetaboliten werden fast ausschließlich über die Nieren ausgeschieden. Etwa die Hälfte der applizierten Dosis wird innerhalb von vier Stunden mit dem Urin eliminiert, davon nur ein kleiner Teil als unverändertes Methocarbamol.

## Wirksamkeit (11)

Methocarbamol oral hat 2005 in Deutschland eine Zulassung für die symptomatische Behandlung bei schmerzhaften Muskelverspannungen, besonders im unteren Rücken (Lumbago), erhalten. Für die Zulassung relevant war eine klinische Phase-IV-Studie. 202 Patienten mit akuter Lumbago wurden acht Tage lang dreimal täglich entweder mit zwei Tabletten Methocarbamol (je 750 mg) (n = 98) oder mit Placebo (n = 104) behandelt. Detaillierte und nachprüfbarere Ergebnisse zu der Studie sind bis heute aber nicht veröffentlicht worden. Hauptzielparameter waren die Bewegungsfähigkeit des Patienten, evaluiert mit Hilfe eines modifizierten Schober-Tests, des Finger-Boden-Abstands und der Visuellen Analogskala (VAS; Zeit bis zur Schmerzfreiheit), die Zahl der Therapieversager und die Zeit bis zum Studienabbruch. Die ersten beiden Studienendpunkte sind keine etablierten und validierten Endpunkte für die Beur-

teilung der Wirksamkeit von Arzneimitteln bei Rückenschmerzen. Sobald Schmerzfreiheit auftrat (VAS < 5 mm), wurde die Studie bei dem betreffenden Patienten beendet. Die maximale Behandlungszeit betrug acht Tage. Die Effektstärke in Bezug auf Zeit bis zur Schmerzfreiheit wird nicht angegeben und lässt sich aus den zur Verfügung stehenden Daten nicht berechnen. Laut Angaben in dem wissenschaftlichen Prospekt zum Präparat der Fa. Recordati zeigte sich unter der Therapie mit Methocarbamol im Vergleich zu Placebo eine signifikante Verbesserung der durch die Hauptzielparameter gemessenen Symptomatik. Insgesamt traten 16 unerwünschte Ereignisse bei 11 Patienten auf, 11 davon in der Verumgruppe (7 Patienten (7,1 %)) und 5 im Placeboarm (4 Patienten (3,8 %)). Am häufigsten wurden gastrointestinale Beschwerden beobachtet.

## Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen (10;11)\*

### □ Kontraindikationen

- Überempfindlichkeit gegenüber Methocarbamol oder einen der sonstigen Bestandteile des Fertigarzneimittels
- Schwangerschaft und Stillzeit
- komatöse oder präkomatöse Zustände
- Patienten mit Erkrankungen des Zentralnervensystems (ZNS)
- Patienten mit Myasthenia gravis
- Kinder unter 12 Jahren

### □ Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen

- Methocarbamol soll bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion und/oder eingeschränkter Leberfunktion mit Vorsicht angewendet werden.
- Patienten mit der seltenen hereditären Galaktose-Intoleranz, Laktase-Mangel oder Glukose-Galaktose-Malabsorption sollten Methocarbamol nicht einnehmen.

### □ Wechselwirkungen

- Bei gleichzeitiger Anwendung von Methocarbamol mit zentralwirksamen Arzneimitteln wie Barbituraten, Opioiden sowie Appetitzüglern kann es zu einer wechselseitigen Wirkungsverstärkung kommen.
- Bei Einnahme von Alkohol während der Behandlung mit Methocarbamol kann es zu einer Wirkungsverstärkung kommen.
- Methocarbamol kann die Wirkung von Pyridostigminbromid abschwächen, daher darf Methocarbamol bei Patienten mit Myasthenia gravis, die mit Pyridostigmin behandelt werden, nicht eingesetzt werden.
- Methocarbamol kann eine Farbinterferenz bei Untersuchungen auf Hydroxyindolessigsäure (5-HIAA) und Vanillinmandelsäure (VMA) verursachen.

Nebenwirkungen	
selten (≥ 1/10.000 bis < 1/1000)	Kopfschmerz, Fieber, angioneurotisches Ödem, Schwindel, Juckreiz, Hautausschlag, Urticaria, Bindehautentzündung mit Nasenschleimhautschwellung
sehr selten (< 1/10.000)	Brechreiz und Erbrechen, Sehstörungen, Benommenheit, Zittern, Unruhe, Angst, Verwirrtheit, Anorexie

\* Die Informationen zu Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Weitere Informationen sind der Fachinformation zu entnehmen. Aktuelle Warnhinweise wie z. B. Rote-Hand-Briefe sind zu beachten.

### Literatur

1. Bundesärztekammer: Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz Langfassung: <http://www.leitlinien.de/mbd/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-1aufl-vers4-lang.pdf>. AWMF-Leitlinien-Register Nr. nvl/007; Stand: August 2013. Zuletzt geprüft: 13. Mai 2015.
2. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD et al.: Muscle relaxants for non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2003; Issue 2: CD004252.
3. Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin: DGS-PraxisLeitlinie Kreuz-/Rückenschmerz, Leitfaden für die medikamentöse Kreuz-/Rückenschmerzbehandlung durch erst-/primärversorgende Ärzte: [http://dgs-praxisleitlinien.de/files/4113/8925/8589/PL\\_RS\\_lang.pdf](http://dgs-praxisleitlinien.de/files/4113/8925/8589/PL_RS_lang.pdf). Zuletzt geprüft: 13. Mai 2015.
4. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C et al.: Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J 2006; 15 Suppl 2: S192-S300.
5. Kuijpers T, van MM, Rubinstein SM et al.: A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain. Eur Spine J 2011; 20: 40-50.
6. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Rote-Hand-Brief zu Tolperison-haltigen Arzneimitteln: Einschränkung der Indikation und Risiko von Überempfindlichkeitsreaktionen: <http://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/DSM/Archiv/2013-11.html>. AkdÄ Drug Safety Mail 2013-11 vom 21. Februar 2013.
7. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Rote-Hand-Brief zu Tetrazepam-haltigen Arzneimitteln: Ruhen der Zulassung zum 1. August 2013: <http://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/DSM/Archiv/2013-33.html>. AkdÄ Drug Safety Mail 2013-33 vom 24. Juni 2013.
8. Cohen SP: Benzodiazepines for neuropathic back pain: when the cure is worse than the disease. Pain 2010; 149: 424-425.
9. GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO): Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2015. Berlin: DIMDI, 2015.
10. Recordati Pharma GmbH: Fachinformation "Ortoton®". Stand: November 2014.
11. Recordati Pharma GmbH: Ortoton® Filmtabletten, Ortoton® K.I.S. Injektions-/Infusionslösung: Wissenschaftlicher Präparate Prospekt. Stand: Juni 2011.

# Merkblatt

## Ambulante ärztliche Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

aufgrund der aktuellen internationalen Situation rechnet das Land Thüringen in diesem Jahr mit rund 12.000 Flüchtlingen und Asylbewerbern. Die meisten von ihnen werden aus dem Kosovo, Albanien, Serbien und Mazedonien (u. a. Sinti und Roma), Syrien, Afghanistan und Eritrea kommen. Sie werden zunächst in Erstaufnahmeeinrichtungen (Eisenberg und Suhl, ab Herbst auch Mühlhausen und Gera-Liebschwitz) untergebracht. Dann werden sie über ganz Thüringen verteilt. Der Versorgungsauftrag für diese Menschen liegt beim Öffentlichen Gesundheitsdienst. Dieser leitet sie jedoch meist an Arztpraxen weiter. Deshalb erhalten Sie hier einige Informationen zur Behandlung dieser Patienten.

Zunächst ist die Unterscheidung wichtig, ob es sich um Asylsuchende nach § 1 oder § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) handelt:

### **Relativ einfach ist es bei Asylsuchenden nach § 2:**

Dies sind Asylsuchende, die bereits länger als 15 Monate in Deutschland leben. Sie sind leistungsberechtigt und verfahrensmäßig den Mitgliedern der GKV gleichgestellt und haben eine elektronische Gesundheitskarte (eGK). Sie können wie GKV-Versicherte behandelt werden. Verordnungen erfolgen auf Muster 16 (inkl. Sprechstundenbedarf).

### **Die Mehrzahl der neuen Flüchtlinge dürfte jedoch unter § 1 fallen und hier wird es komplizierter:**

In Notfällen ist auch hier eine Behandlung möglich. Ansonsten kann nur eine Leistung abgerechnet werden, wenn ein Originalbehandlungsschein des Sozialhilfeträgers vorliegt. Oft ist es schwer, das abzugrenzen:

- Notfälle sind über den **Notfallbehandlungsschein** (Muster 19) abrechenbar. Als **Kostenträger** ist die zuständige Behörde (**Sozialhilfeträger**) anzugeben, **in deren Bereich die Notfallbehandlung stattfand**. **Vor der Abrechnung** muss jedoch ein **Antrag auf Kostenübernahme** (Anzeige nach § 25 SGB XII) bei der zuständigen Behörde gestellt werden – am besten unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von vier Wochen nach der Behandlung. Das Formular dafür ist bei der KV Thüringen (Formularausgabe) erhältlich. Die zuständige Behörde informiert innerhalb von vier Wochen, falls der Patient keinen Anspruch auf die Kostenübernahme hat. Erfolgt keine Information innerhalb dieser Frist, kann der Notfallschein bei der KV Thüringen eingereicht werden.
- Handelt es sich nicht um einen Notfall, muss für die Behandlung ein **Originalbehandlungsschein der zuständigen Behörde** vorliegen. Die **ärztlichen Leistungen** einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sind in diesen Fällen per Gesetz (§ 4 AsylbLG) **beschränkt** auf Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände oder sonstige zur Genesung, zur Besserung oder Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen sowie auf die Gewährung ärztlicher und pflegerischer Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe und Arznei-, Verband- und Heilmittel für werdende Mütter und Wöchnerinnen. Ist eine **Weiterbehandlung** bei einem weiteren Arzt nötig, muss die zuständige Behörde hierfür einen **neuen Originalschein** ausstellen. Es sind also weder Auftragsüberweisungen mittels Muster 10 zum Labor noch andere Überweisungen möglich. Muster 10A (Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften) kann verwendet werden. Werden diese Abrechnungsmodalitäten nicht beachtet, verweigern die zuständigen Behörden eine nachträgliche Begutachtung und lehnen eine Kostenübernahme ab.
- **Verordnungen** erfolgen **zu Lasten des Sozialhilfeträgers** auf den Namen des Patienten, **nicht über den Sprechstundenbedarf**.

Wichtig ist daher, dass die zuständigen Behörden Ihrer Region die Behandlungsscheine rechtzeitig und korrekt ausstellen. Einige stellen inzwischen Behandlungsscheine aus, die für ein ganzes Quartal gelten. Das entspricht einer Empfehlung der KV Thüringen. Es nimmt Patienten und Praxen Zeitdruck.

Dennoch ist auf einen ggf. eingeschränkten Gültigkeitszeitraum des Behandlungsscheines zu achten. Bei Fragen zum Zusammenwirken mit den kommunalen Behörden wenden Sie sich bitte an Ihr Gesundheitsamt.

Alle Informationen finden Sie noch einmal auf der Internetseite der KV Thüringen unter dem Link: [http://www.kv-thueringen.de/mitglieder/abr\\_hon/10\\_la/50\\_son\\_kostent/20\\_asylb\\_lg/index.html](http://www.kv-thueringen.de/mitglieder/abr_hon/10_la/50_son_kostent/20_asylb_lg/index.html). Wenn Sie darüber hinaus Fragen haben bzw. Unterstützung benötigen, rufen Sie mich bitte an.

### Was tun, wenn Arzt und Patient nicht dieselbe Sprache sprechen:

Problematisch wird die Behandlung von Flüchtlingen, wenn Arzt und Patient einander nicht verstehen.

### Wie bekommt man einen Dolmetscher?

Die Beauftragung eines Dolmetschers ist Aufgabe der zuständigen kommunalen Behörde, liegt nach § 6 Abs. 1 AsylbLG aber auch in deren Ermessen (Kann-Leistung). In allen kommunalen Ausländerbehörden liegen dazu Listen von Dolmetschern vor. **Wenn der Arzt aus praktischen Gründen einen Dolmetscher beauftragt, sollte er sich vorher wegen der Bezahlung absichern** (s. unten). Dolmetscher findet man über (Kontaktdaten – s. Link):

- Dolmetscherbörse des Fachdienstes Integrations- und Flüchtlingsarbeit Thüringen: [http://www.integration-migration-thueringen.de/fachdienst/content/boerse\\_dolmetscher.htm](http://www.integration-migration-thueringen.de/fachdienst/content/boerse_dolmetscher.htm)
- Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer (BDÜ), Landesverband Thüringen: <http://www.bdue-thueringen.de/index.php/online-suche-uebersetzer-dolmetscher.html>.

Bei seltenen Sprachen können Dolmetscher auch überregional, per Telefon oder Skype, zugeschaltet werden. Der sogenannte „Sprintpool Thüringen“, der bisher Dolmetscher vermittelt hat, wird nicht mehr finanziert. Das Land bemüht sich um eine neue zentrale Vermittlungsstelle für Dolmetscher.

### Wer zahlt für den Dolmetscher?

Vom Grundsatz her muss dafür der Patient aufkommen. Da es sich hier jedoch um Personen mit geringem Einkommen aus Sozialhilfe handelt, ist der Ansprechpartner der Sozialhilfeträger. Laut § 6 Abs. 1 AsylbLG ist die Sprachmittlung eine „sonstige Leistung“ und liegt **im Ermessen der zuständigen Behörde** („Sonstige Leistungen können ... gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung ... der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten ... sind.“) In einem Schreiben des Thüringer Justizministeriums heißt es jedoch: „Auslagen, die den Kommunen in diesem Zusammenhang entstehen, werden vom Land erstattet.“ Einen Sonderfall bilden traumatisierte Flüchtlinge (Opfer von Folter, Vergewaltigung oder anderen Gewalttaten). Hier ist der Dolmetscher laut einem Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 21.02.2011 Pflicht. Die **zuständige Behörde muss die Kosten tragen**.

Da die Kostenfrage jedoch insgesamt sehr unklar ist, können wir Sie im Moment nur bitten, im jeweiligen Einzelfall eine pragmatische Lösung zu finden. Fragen Sie, ob der Patient einen sprachkundigen Bekannten oder Betreuer mitbringen kann, oder fragen Sie den Träger der Unterkunft nach Gruppensprechstunden, zu denen der Träger einen Sprachmittler oder einen sprachkundigen Flüchtling mitschickt. Oder Sie kennen in Ihrer Region einen sprachkundigen Kollegen. Eventuell kann auch ein kostenloses Übersetzungsprogramm bzw. eine Übersetzungs-App über die Sprachbarriere helfen. Auf [www.medi-bild.de](http://www.medi-bild.de) und [www.tipdoc.de](http://www.tipdoc.de) finden Sie bebilderte Verständigungshilfen. Bitte vermeiden Sie es jedoch nach Möglichkeit, den Patienten wegzuschicken.

Veit Malolepsy, Leiter Stabsstelle Kommunikation/Politik

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar  
Telefon: 03643 559-192, Telefax: 03643 559-191, Mobil: 0173 5610514, E-Mail: [veit.malolepsy@kvt.de](mailto:veit.malolepsy@kvt.de)

Weimar, den 24.07.2015