



Editorial

Ärzte an der Basis: eine Danksagung

Ihre Fachinformationen

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
 - Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen für das Jahr 2012 1
 - EBM-Änderungen ab 01.01.2016 1
 - Korrektur zum Abrechnungshinweis der GOP 02350 2
 - Hinweis zur Abrechnung von individuellen Gesundheitsleistungen 2
 - Neue Abrechnungsstelle zur Abrechnung von Leistungen für das Jugendamt Kyffhäuserkreis 3
- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
 - Wirtschaftlichkeitsziele nach Arzneimittelvereinbarung 2016 in Thüringen 3
 - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 6
 - Wirkstoff AKTUELL zu Lisdexamfetamin und Ezetimib/Simvastatin 7
- **Sicherstellung**
 - Thüringer Förderpaket für Haus- und Fachärzte für das Jahr 2016 7
- **Qualitätssicherung**
 - Hygiene und Medizinprodukte – Feststellung des Status quo in der Arztpraxis 8
 - e-DMP-Dokumentationssoftware wurde angepasst 9
 - Stichprobenprüfungen für die Akupunkturbehandlungen chronisch schmerzkranker Patienten für zwei Jahre ausgesetzt 9
- **Verträge**
 - Vereinbarung zur Überweisungssteuerung mit der AOK PLUS 9
 - Fusion von BKK ProVita und BKK family – Auswirkungen auf Verträge 9
- **Alles was Recht ist**
 - Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag – Neue Formulare zur Krankschreibung ab 01.01.2016 10
- **Informationen**
 - Verdacht des Medikamentenmissbrauchs 10
 - Überweisungs-codes zur Kennzeichnung der Überweisungen im Rahmen der Terminservicestelle 10
 - Psychotherapieanträge – neue Kontaktdaten der Techniker Krankenkasse 11
 - Reihe PraxisWissen – Broschüren zu den Themen Demenz und Barrieren abbauen 11
 - Thüringer GesundheitsMesse am 5. und 6. März 2016 auf dem Messegelände Erfurt 12
 - Rezept für Bewegung – ärztliche Präventionsempfehlung 12

Terminkalender

Fachveranstaltung FASD im Rahmen der „COA-Aktionswoche für Kinder aus Suchtfamilien“ in Erfurt	13
Das Fremde in mir – Fachtagung in Stadtroda	13
11. Geraer Symposium „Ambulante Chirurgie“ in Gera	14
Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen	14
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	18

Anlagen

- Anlage 1 – Wirkstoff AKTUELL zu Lisdexamfetamin
- Anlage 2 – Wirkstoff AKTUELL zu Ezetimib/Simvastatin
- Anlage 3 – Übersicht der Beschlüsse des Landesausschusses für das Jahr 2016
- Anlage 4 – Fragen und Antworten rund um die Einführung der neuen Formulare für bestehende Arbeitsunfähigkeit

Beilagen

- Rezept für Bewegung: Bestellung von kostenlosen Materialien
- Sachwortverzeichnis für die Rundschreiben 1 bis 12/2015
einschl. Inhaltsverzeichnis der Verordnung und Wirtschaftlichkeit
- Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)
- 10 Flyer und ein Plakat zur Thüringer GesundheitsMesse am 05./06.03.2016 in Erfurt

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

verantwortlich: Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer

Redaktion: Babette Landmann, Stabsstelle Kommunikation/Politik

Telefon: 03643 559-0

Telefax: 03643 559-191

Internet: www.kvt.de

E-Mail: info@kvt.de

Druck: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

Ärzte an der Basis: eine Danksagung

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

dieses Vorwort möchte ich all jenen Kolleginnen und Kollegen widmen, deren Wirken kaum Schlagzeilen macht. Es sind tausende Ärztinnen und Ärzte mit ihren Praxisteams: Fachärzte, Hausärzte und Psychotherapeuten in Dörfern, Kleinstädten und Zentren Thüringens, die jeden Tag ihrer segensreichen Arbeit nachgehen und sich ohne viel Aufhebens für die Gesundheit kranker Mitmenschen engagieren. Krankenhäuser stehen oft in der Zeitung, Niedergelassene nicht. Im ambulanten Bereich gibt es keine Hierarchien. Wir vertragsärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen übernehmen persönlich die ungeteilte Verantwortung für unsere Diagnosen und Therapieentscheidungen. Jeder kennt die schweren Seiten seines Berufes. Überlastung, Notfälle zwischendurch, Hausbesuche bei miesem Wetter, überzogene Ansprüche unangenehmer Zeitgenossen gehören dazu. Dagegen stehen Erlebnisse erfolgreicher Behandlungen und dankbarer Patienten. Weit mehr als 16 Millionen ambulant kurative Behandlungsfälle pro Jahr in Thüringen – ist das nicht spektakulär? Ich meine, diese kollektive Alltagsleistung verdient mehr Wertschätzung. Wir setzen uns als KV bekanntlich für die finanzielle Anerkennung unserer Mitglieder ein. Zum Beginn des neuen Jahres soll dies durch ein verbales Dankeschön an Sie vervollständigt werden.

Ganz bewusst verzichte ich an dieser Stelle auf die aus dem Vorjahr bekannten Reizworte, mit

denen eine Lawine von meist problematischen gesetzlichen Einflussnahmen auf unsere Arbeit verbunden ist. Das Team Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung ist bemüht, negative Auswirkungen auf die Basisversorgung abzumildern und belastende Vorgaben, soweit möglich, noch ins Positive zu drehen. Eine Reihe von Vereinbarungen der Berliner Regierungskoalition wird mit der Umsetzung im Jahr 2016 die Thüringer Praxen erreichen. Absehbar sind gerade diese für die Medien interessant. Wir haben deshalb vorsorglich darauf hingewiesen, dass journalistisches Ärzte“bashing“ den Boden für missachtendes Verhalten einzelner Bürger gegenüber unserem Berufsstand bereitet.

Für jene Kassenfunktionäre und Gesundheitspolitiker, die sich demnächst wieder medial mit Positionen gegen das KV-System profilieren wollen, passt ein geflügeltes Wort der letzten Tage: „Einfach mal die Klappe halten und arbeiten.“ Gutes tun abseits des Scheinwerferlichts, so wie unsere Mitglieder an der Basis!

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Thomas Schröter
2. Vorsitzender

Abrechnung/Honorarverteilung

Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen für das Jahr 2012

Am 22.09.2015 hatte der Erweiterte Bewertungsausschuss beschlossen, die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Kapitel 35.2 des EBM rückwirkend ab dem 1. Quartal 2012 anzuheben. Bereits im Rundschreiben 10/2015 hatten wir darüber informiert, dass diese Änderungen ab dem 2. Quartal 2015 für alle Betroffenen Berücksichtigung finden werden, auch wenn das ermittelte Honorar die Vergütungserhöhung noch nicht enthielt. Der Honorarbescheid des 2. Quartals 2015 war insoweit mit einem Hinweis versehen, als dass eine Korrektur der Honorarabrechnung erfolgen wird.

In Bezug auf die vorangegangenen Quartale 1/2012 bis 1/2015 hat der Vorstand der KV Thüringen entschieden, **eine Nachvergütung nur in den Fällen vorzunehmen, in denen die Honorarbescheide nicht bestandskräftig geworden sind**, das heißt, Widerspruch gegen den Honorarbescheid eingelegt wurde. Dies entspricht der bisherigen Verfahrensweise des Vorstandes und ist auch durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gedeckt, die es den Kassenärztlichen Vereinigungen gestattet, sich dafür zu entscheiden, nur solchen Leistungserbringern Nachvergütungen zu gewähren, die den Eintritt der Bestandskraft ihrer Honorarbescheide verhindert haben.

Unter der oben genannten Voraussetzung wurden für den **Zeitraum des Jahres 2012** die Nachzahlungen ermittelt und **mit Datum vom 07.01.2016** überwiesen. Die zugehörigen Widerspruchsbescheide, die dann auch die Berechnung der Nachzahlungsbeträge ausweisen, werden voraussichtlich ab dem Monat Februar versandt.

Die ab dem Jahr 2013 erforderlichen Nachberechnungen werden sich vom zeitlichen Umfang leider aufwändiger gestalten, da zum 01.01.2013 die Leistungen des Kapitels 35.2 EBM durch die Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung bezahlt wurden. Dies hat zur Folge, dass die KV Thüringen quartalsweise eine vollumfängliche Honorarberechnung, inklusive der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen, vornehmen muss, um die betreffenden Gelder abzufordern und nachvergüten zu können.

Da es sich hierbei um weitere zusätzliche Abrechnungsläufe neben der regulären Honorarabrechnung handelt, bitten wir bereits jetzt um Ihr Verständnis, dass keine kurzfristige Nachberechnung erfolgen kann.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Christina König, Telefon 03643 559-500
Claudia Pfeffer, Telefon 03643 559-502

EBM-Änderungen ab 01.01.2016

Zum 01.01.2016 gelten folgende EBM-Änderungen:

1. Neue Leistungen PET und PET/CT

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wurde um den **Abschnitt 34.7** für die Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) und der diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) erweitert. Die vier neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) sind differenziert in Bezug auf das Untersuchungsfeld und dem (Nicht-)Vorliegen einer diagnostischen Computertomographie (CT):

- **PET des Körperstammes**
 - bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen: GOP 34700
 - mit gleichzeitiger diagnostischer CT: GOP 34701
- **PET von Teilen des Körperstammes**
 - bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen: GOP 34702
 - mit gleichzeitiger diagnostischer CT: GOP 34703

Die GOP dieses Abschnitts sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen mindestens einer der in § 1 Nr. 14 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen.

Ebenfalls wurde die **Kostenpauschale 40584** in den Abschnitt 40.10 aufgenommen. Sie ist für Sachkosten im Zusammenhang mit den neuen GOP 34700 bis 34703 bei Verwendung des Radionuklids ¹⁸F-Fluorodesoxyglukose berechnungsfähig.

2. Bestimmungen zur Abrechnung geschlechtsspezifischer GOP

Die Nr. 4.2.1 wurde in die Allgemeinen Bestimmungen **neu** im EBM aufgenommen, welche die Abrechnung geschlechtsspezifischer GOP bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung und der Kennzeichnung „X“ für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte regelt. In dem Zusammenhang wurden auch die Leistungslegenden der GOP 26310 und 26311 (Urethro(-zysto-)skopie des Mannes bzw. der Frau) konkretisiert.

Den genauen Wortlaut der Beschlüsse entnehmen Sie bitte dem Internetportal des Instituts des Bewertungsausschusses <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.php>.

Korrektur zum Abrechnungshinweis der GOP 02350

Im Rundschreiben 10/2015 haben wir umfangreiche Informationen zur korrekten Abrechnung der GOP 02350 veröffentlicht. Dabei haben wir erwähnt, dass dem Zinkleim die geforderte Eigenschaft „fixierend“ fehlt.

Diese Einschätzung war nicht korrekt. **Abrechnungstechnisch ist der Zinkleimverband der GOP 02350 zuzuordnen.** Das ergibt sich zum Einen aus der Umsteigertabelle der KBV vom EBM 96 zum EBM 2000plus. Hierin wird die damalige GO-Nr. 214 der GOP 02350 zugeordnet. Der Zinkleimverband war nach dem damaligen Sachwortregister des EBM 96 der GO-Nr. 214 zugeordnet. Ein weiteres Argument: Sollte der Zinkleimverband aufgrund fehlender Abrechnungsmöglichkeit mit der Abrechnung der Grund- oder Versichertenpauschale abgegolten sein, müsste dieser bei den nicht berechnungsfähigen Verbänden im Anhang 1 aufgelistet sein. Obwohl dort zahlreiche andere Verbandarten ausdrücklich benannt sind, wird der Zinkleimverband dort nicht erwähnt.

Bitte beachten Sie diese Hinweise!

Hinweis zur Abrechnung von individuellen Gesundheitsleistungen

Leistungen, die im Anhang 1 des EBM aufgeführt sind, dürfen dem Patienten **nicht** als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) in Rechnung gestellt werden, da diese in der Versichertenpauschale/Grundpauschale sowie in den sonstigen GOP enthalten sind.

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

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

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

Neue Abrechnungsstelle zur Abrechnung von Leistungen für das Jugendamt Kyffhäuserkreis

Durch den erhöhten Aufwand mit der Unterbringung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge wurde für das Jugendamt des Landratsamtes Kyffhäuserkreis am 01.01.2016 eine eigene Abrechnungsstelle mit der **VKNR 89825** eingerichtet. Die Adresse lautet:

**Landratsamt Kyffhäuserkreis
Jugendamt
Markt 8
99706 Sondershausen**

oder

**Postfach 1165
99701 Sondershausen**

Die Änderung in der Kostenträger-Stammdatei durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird erst für das PVS-Update des 2. Quartals 2016 erfolgen. Aus diesem Grund muss im Falle einer Leistungsanspruchnahme des vorgenannten Versichertenkreises im 1. Quartal 2016 ein temporärer Stammsatz für das Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse angelegt werden. Bei Fragen zur Umsetzung wenden Sie sich bei Bedarf an Ihren Systembetreuer.

Das IK für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge lautet **103601560**.

Ihre Ansprechpartner

- im Jugendamt: Volker Noa, Telefon 03632 741-627
- in der KV Thüringen: Bettina Müller, Telefon 03643 559-247

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Wirtschaftlichkeitsziele nach Arzneimittelvereinbarung 2016 in Thüringen

Die Arzneimittelvereinbarung gemäß § 84 SGB V für 2016 zwischen der KV Thüringen und den Verbänden der Krankenkassen sieht für Thüringen nachfolgende Wirtschaftlichkeitsziele vor. Diese Ziele gelten thüringenweit.

▪ Wirtschaftlichkeitsziele mit Zielquoten

Für folgende elf Ziele (siehe Tabelle) wurden auf Basis der Rahmenvorgaben auf Bundesebene für 2016, mit regionaler Ergänzung, Mindestquoten für Leitsubstanzen/Präferenzsubstanzen festgelegt. Vergleichend dargestellt sind auch die Istwerte für Thüringen (1.–3. Quartal 2015).

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz	Mindest-Zielwert auf der Basis von DDD*	Istwert KVT 1.–3. Quartal 2015**
1a	HMG-CoA-Reduktasehemmer	Simvastatin, Pravastatin und Atorvastatin	94,4 %	93,6 %
1b	HMG-CoA-Reduktasehemmer und ezetimibhaltige Arzneimittel (einschließlich Kombinationen) und PCSK9-Hemmer	nicht ezetimibhaltige Arzneimittel einschließlich Kombinationen sowie Nicht-PCSK9-Hemmer	95,1 %	95,1 %
2	Alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung der BPH***	Tamsulosin und Alfuzosin	96,5 %	95,8 %
3	Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren	Citalopram und Sertralin	70,0 %	66,2 %
4	Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose	Alendronsäure und Risedronsäure	81,0 %	75,6 %

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz	Mindest-Zielwert auf der Basis von DDD*	Istwert KVT 1.–3. Quartal 2015**
5a	ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren	Enalapril, Lisinopril und Ramipril	73,0 %	63,6 %
5b	ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren in Kombination mit Diuretika bzw. Calcium-Antagonisten	Enalapril, Lisinopril und Ramipril, jeweils mit Hydrochlorothiazid (HCT), Enalapril mit Nitrendipin, Ramipril mit Amlodipin, Enalapril mit Lercanidipin	45,0 %	35,1 %
6	Calcium-Antagonisten	Amlodipin, Nitrendipin und Lercanidipin	96,0 %	95,1 %
7	Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer	Amitriptylin und Doxepin	52,0 %	44,3 %
8	Antidiabetika exklusive Insuline	Nicht-GLP-1-Analoga	97,5 %	96,1 %
9a	Opioide (orale und transdermale Darreichungsformen)	orale Darreichungsformen	59,0 %	51,8 %
9b	orale Opioide WHO III	orale Opioide (WHO III) ohne Tapentadol und Oxycodon-Kombinationen	75,0 %	64,4 %
10	Infliximab	„biosimilares“ Infliximab	25,0 %	3,5 %
11	orale Antikoagulantien****	Phenprocoumon und Warfarin	55,0 %	54,6 %

* Anmerkung: Die Mindestquoten beziehen sich auf die verordneten DDD (defined daily doses = Standard-Tagestherapiedosen nach WHO, modifiziert nach DIMDI/WIdO). Wirkstoffe, deren DDD-Kosten ebenso niedrig sind (KV-Jahresdurchschnitt), sollen den Leit-/Präferenzsubstanzen gleichgestellt werden. Hierüber kann jedoch erst nach Vorliegen entsprechender Daten für 2016 befunden werden (daher in ausgewiesenen Istwerten unberücksichtigt).

** Istwerte auf Basis Frühinformationsdaten

*** Als Leitsubstanz zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie wurde bisher gemäß Arzneimittelvereinbarung 2015 der Alpha-1-Rezeptorantagonist Tamsulosin festgelegt. Für das Jahr 2016 konnten wir uns mit den Krankenkassen aufgrund möglicher Komplikationen bei Kataraktoperationen nach vorheriger Behandlung mit Tamsulosin auf eine weitere Leitsubstanz, den Wirkstoff Alfuzosin, einigen.

**** Der Ordnungsanteil der neuen direkten oralen Antikoagulantien (Dabigatranetexilat, Rivaroxaban und Apixaban und Edoxaban) an der Gesamtindikationsgruppe orale Antikoagulantien sollte im Vergleich zum Vorjahr nicht weiter ansteigen. Vitamin-K-Antagonisten, wie Phenprocoumon, sind nach wie vor Standard bei der Therapie mit oralen Antikoagulantien. Die Krankenkassen werden die Krankenhäuser im Hinblick auf die Entlassmedikation nach stationärem Krankenhausaufenthalt auf den Nachrang neuer oraler Antikoagulantien hinweisen.

Aus diesen Gruppen sollten – sofern indikationsgerecht und medizinisch möglich – im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots bevorzugt die jeweiligen Leitsubstanzen bzw. Präferenzsubstanzen verordnet werden, da diese in der Regel ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen.

▪ Vorteile bei Zielquoten-Erreichung für die einzelne Praxis

Die Einhaltung der Zielquoten (s. Tabelle) wirkt sich auf der Basis der aktuell gültigen Prüfvereinbarung (§ 7 Abs. 1) positiv für die Vertragsärzte aus. Die Prüfungsstelle rechnet in der Vorabprüfung die gesamten **Verordnungskosten derjenigen Indikationsgruppen/Arzneimittelgruppen, bei denen die Zielquoten von der jeweiligen in der Praxis vertretenen Richtgrößenfachgruppe erreicht bzw. eingehalten wurden**, aus dem Verordnungsvolumen heraus. D. h. diese Kosten **werden bereits vor Einleitung einer Prüfung abgezogen**. Hierbei wird grundsätzlich jedes Ziel einzeln betrachtet. Bei den Kombinationszielen (1a/b, 5a/b und 9a/b) müssen jedoch beide Teilziele erfüllt sein, damit das jeweilige Gesamtziel als erreicht angesehen wird. Nur wenn begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen, z. B. durch Mengenausweitung zum Zwecke der Zielerreichung, bestehen, wird dieser Abzug nicht vorgenommen.

Somit kann durch Erreichen von einer oder mehreren Leitsubstanz-/Präferenzquote(-n) eine Überschreitung des Richtgrößenvolumens der jeweiligen Richtgrößenfachgruppe in der Praxis vermindert und ggf. einem Regress vorgebeugt werden.

▪ **Wirtschaftlichkeitsziele ohne Zielquote**

Folgende weitere Wirtschaftlichkeitsziele wurden in der Arzneimittelvereinbarung für Thüringen für das Jahr 2016 vereinbart:

- a) Bei der Therapie des Diabetes mellitus (Typ 2) sind die Vorgaben und Therapiehinweise der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sowie die Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie und der AkdÄ zu berücksichtigen, d. h. nach erfolglosem Versuch mit nichtmedikamentösen Maßnahmen unter Beachtung der Kontraindikationen 1. Wahl in der Arzneimitteltherapie. Bei der im Einzelfall erforderlichen Neueinstellung auf GLP1-Analoga sollte grundsätzlich eine preisgünstige Auswahl der Arzneimittel erfolgen (§ 9 der AM-RL).
- b) Blutzuckerteststreifen sollen in der Regel nur für insulinpflichtige Patienten mit Diabetes mellitus verordnet werden. Die Menge an verordneten Blutzuckerteststreifen soll sich am medizinisch notwendigen Messintervall orientieren.
- c) Die Menge an verordneten Protonenpumpeninhibitoren soll sich an der medizinischen Notwendigkeit orientieren. Eine unkritische Übernahme von Therapieempfehlungen aus dem Krankenhaus bzw. eine unkritische Weiterführung von Arzneimittelverordnungen sind zu vermeiden.
- d) Der Vertragsarzt stellt einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlichen Umgang mit aut-idem sicher: Die wirtschaftliche Auswahl eines Arzneimittels nimmt die Apotheke immer dann vor, wenn aut-idem zugelassen wird bzw. eine Wirkstoffverordnung durch den Vertragsarzt vorgenommen wird. Der Ausschluss von aut-idem im Einzelfall kann insbesondere bei Vorliegen medizinischer Gründe notwendig sein. Ein genereller Ausschluss von aut-idem kann jedoch zu erheblichen Mehrkosten führen.
- e) Die Vertragsärzte sollen bei der Verordnung von Arzneimitteln Multimedikation nach Möglichkeit vermeiden, um Arzneimittelinteraktionen zu verhindern. Insbesondere bei älteren Patienten sollte eine potenziell inadäquate Medikation vermieden werden.

Die KV Thüringen weist in diesem Zusammenhang auch auf die Leitlinie „Multimedikation“ der Leitliniengruppe Hessen in Kooperation mit der DEGAM (Stand 01/2013) hin, die Sie in der „Arztbibliothek“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer unter www.arztbibliothek.de (=> Leitlinien) abrufen können.

▪ **Weitere Informationen für Vertragsärzte**

Die zeitnahe Information der Ärzte über ihr Ordnungsverhalten erfolgt wie auch schon bisher durch die KV Thüringen mittels

1. Arzneimittel-Trendmeldungen und erweiterter Ordnungsberichte der KVT für alle Praxen (mit Richtgrößenfachgruppen). Hierin enthalten sind auch Zielquotenberichte für die thüringenspezifischen Wirtschaftlichkeitsziele. Die Bereitstellung erfolgt in Ihren geschützten Bereich in KVTOP (via KV Safenet).
2. arztbezogener GKV-Arzneimittel-Frühinformation für Vertragsärzte nach § 84 Abs. 5 SGB V (GAmSi-Arzt). Die GAmSi-Berichte (der Krankenkassen) sind für alle Vertragsärzte ebenfalls bei der KV Thüringen hinterlegt und können vom Arzt elektronisch abgerufen werden (in KVTOP via KV Safenet).

Individuelle Erläuterungen zu den Wirtschaftlichkeitszielen für 2016 erhalten Sie durch u. g. Ansprechpartner und auf Wunsch auch gern persönlich nach Terminabsprache (Telefon 03643 559-762) bei uns im Haus.

Ihre Ansprechpartner: Dr. Editha Kniepert, Telefon 03643 559-760
Dr. Urs Dieter Kuhn, Telefon 03643 559-767
Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

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

Die einmal befristete Verordnungsfähigkeit wird nicht immer verlängert. Im Januar hat der G-BA die Medizinprodukte **BSS NL250 und BSS NL500** gestrichen, da der Hersteller keine Verlängerung der Verordnungsfähigkeit beantragt hat. Diese Präparate sind damit **nicht mehr** zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen **verordnungsfähig**. Weiterhin wurden auch einige Produkte gestrichen, welche seit 2012 keine Kassenleistung mehr sind und in dieser Form auch nicht mehr im Handel sind.

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 auch im Internet unter www.g-ba.de.

▪ Frühe Nutzenbewertung – Anlage XII der AM-RL

Bei **neu eingeführten Wirkstoffen** bewertet der G-BA den Zusatznutzen von erstattungsfähigen Arzneimitteln gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie. 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*
Belatacept (NULOJIX™) 07.01.16 Beschluss vom 05.07.12 wird somit aufgehoben	in Kombination mit Corticosteroiden und Mycophenolsäure zur Prophylaxe der Transplantatabstoßung bei Nierentransplantation	Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Ciclosporin in Kombination mit Corticosteroiden und Mycophenolatmofetil.
Ceritinib (Zykadia) 17.12.15 Beschluss ist befristet bis 01.10.16	Bronchialkarzinom, das mit Crizotinib vorbehandelt wurde	Ein Zusatznutzen gegenüber verschiedenen Vergleichstherapien ist nicht belegt.**
Lenvatinib (Lenvima®) 17.12.15	Schilddrüsenkarzinom, das nicht auf eine Radiojodtherapie angesprochen hat	Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen, da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Nivolumab (OPDIVO®) 07.01.16 Beschluss ist befristet bis 15.07.17	Fortgeschrittenes Melanom	Für nicht vorbehandelte Patienten mit einem BRAF-V600-wildtyp Tumor gibt es einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen. Für alle anderen Patientengruppen ist ein Zusatznutzen gegenüber verschiedenen Vergleichstherapien nicht belegt.**

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

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

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

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.

Dimethylfumarat (Tecfidera®) wird zur Behandlung der schubförmig remittierenden Multiple Sklerose eingesetzt. Der G-BA hat nach Auswertung der Risikoinformationen Anpassungen im Beschluss vom Oktober 2014 vorgenommen. So werden in den Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung unter anderem Angaben zur Durchführung von regelmäßigen Blutbildkontrollen (alle 6–8 Wochen), zur Untersuchung hinsichtlich klinischer Symptome einer opportunistischen Infektion (alle 3–6 Monate), zur Aufklärung über Risiken der Therapie (alle zwei Jahre) und zur regelmäßigen Durchführung von MRT-Aufnahmen aufgenommen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert auf ihrer Internetseite 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 Lisdexamfetamin und Ezetimib/Simvastatin

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

In den **Anlagen 1 und 2** dieses Rundschreibens erhalten Sie die Informationsblätter „Wirkstoff AKTUELL“ Ausgabe 5/2015 zu Lisdexamfetamin und Ausgabe 6 zu Ezetimib/Simvastatin. Diese aktuellen Ausgaben finden Sie, wie alle bisherigen Informationsblätter auch, auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de/html/wirkstoff_aktuell.php. Zu jedem Wirkstoff AKTUELL können Vertragsärzte im KBV-Fortbildungsportal an einer mit bis zu zwei CME-Punkten zertifizierten Online-Fortbildung teilnehmen.

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

Sicherstellung

Thüringer Förderpaket für Haus- und Fachärzte für das Jahr 2016

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat am 08.12.2015 ein umfangreiches Förderpaket für niedergelassene und niederlassungsinteressierte Ärzte, auf der Grundlage des Bedarfsplans vom 01.01.2013 sowie der Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 20.12.2012), für das Jahr 2016 beschlossen (siehe **Anlage 3**).

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

Anhand von Kriterien, die sich bereits in den letzten Jahren bewährt haben, wurden Regionen und Maßnahmen ermittelt. So werden in einzelnen Regionen in verschiedenen Fachgebieten Praxisübernahmen und auch Praxisneugründungen finanziell mit insgesamt jeweils bis zu 60.000 € unterstützt. Ältere Ärzte, die über ihr 65. Lebensjahr hinaus weiter in bestimmten Gebieten (siehe **Anlage 3**) tätig sind, können pro Quartal 1.500 € zusätzlich zu ihrem Honorar erhalten.

Die Fördermaßnahmen sind an Durchführungsbestimmungen gebunden.

Für alle Fördermaßnahmen gilt:

- Beginn der Förderung ab Antragstellung
- Auszahlung mit der arztbezogenen Restzahlung für das betreffende Quartal

Für die Gewährung des Investitionskostenzuschusses bei Praxisneugründung und Praxisübernahme gelten folgende Bedingungen:

- keine Förderung, wenn lediglich ein Statuswechsel stattfindet
- Investitionskostenzuschuss in Höhe von max. 60.000 €, Gewährung bei Erreichen des Schwellenwertes in Höhe von 3.000 € pro Quartal innerhalb der ersten fünf Jahre nach Beginn der Förderung (Der Schwellenwert kann in der Abteilung Sicherstellung erfragt werden.)
- Mindestsprechstundenzeit von 25 Stunden pro Woche bei Vollzeittätigkeit
- anteilige Förderung bei hälftiger Zulassung/Teilzeittätigkeit

Für die Gewährung der Förderung bestehender Praxen in bestimmten Regionen über das durchschnittliche Aufgabebalter hinaus gelten folgende Bedingungen:

- 65. Lebensjahr vollendet
- Förderung von max. 1.500 € pro Quartal, wenn mindestens 75 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe pro Quartal des gesamten Bundesgebietes erreicht wird.

Alle Förderungen sind ohne Rückzahlungsverpflichtung.

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

Qualitätssicherung

Hygiene – Ich mag's rein!

Hygiene und Medizinprodukte – Feststellung des Status quo in der Arztpraxis



▪ Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Infektionsschutz ist Kernaufgabe und Pflicht jeder Arztpraxis. Das hat zur Folge, dass sich eine Arztpraxis mit einer Vielzahl von Maßnahmen in Bezug auf Hygiene und Medizinprodukte auseinandersetzen muss. Um einen Überblick über den Umsetzungsstand von Hygienemaßnahmen in der eigenen Praxis zu bekommen, hat das Kompetenzzentrum (CoC) Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen Fragebogen zur „Hygiene und Medizinprodukte – Feststellung des Status quo in der Arztpraxis“ entwickelt. Der Fragebogen beinhaltet Fragen zu verschiedenen hygiene-relevanten Aspekten.

Durch Beantwortung der Fragen mit „Ja“ oder „Nein“ können Sie individuell den Ist-Zustand Ihrer Praxis in der Etablierung von Hygienestandards selbst bewerten. Sie erhalten gleichzeitig eine Einschätzung, inwieweit Sie die rechtlichen Anforderungen erfüllen und wo Sie möglicherweise noch Verbesserungspotenzial haben. Jede Frage ist mit Erläuterungen hinterlegt. Diese beinhalten nähere Erklärungen, Hinweise, Umsetzungsvorschläge, aber auch die konkreten Rechtsgrundlagen auf denen die einzelnen Anforderungen basieren. Die Selbsteinschätzung ist nach vier Themenbereichen strukturiert. Themen, die für Sie nicht relevant sind, können Sie aussparen.

Der Fragebogen steht Ihnen zum Herunterladen im Internetportal der KV Thüringen zur Verfügung: www.kvt.de → Arzt/Psychoth. → Beratungsservice von A bis Z → H → Hygiene.

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

e-DMP-Dokumentationssoftware wurde angepasst

In unterschiedlichen Abständen wird die Dokumentationssoftware für die Disease-Management-Programme durch die Softwareanbieter angepasst. Zum 01.01.2016 wurden folgende Parameter im Diabetes mellitus Typ 2 und KHK geändert:

- Im DMP Diabetes mellitus Typ 2 ist die Dokumentation zu den Injektionsstellen nur noch bei den Patienten erforderlich, die Insulintherapie erhalten. Bei Patienten, die keine Insulintherapie erhalten, wird das Feld für die Dokumentation zu den Injektionsstellen künftig nicht mehr abgefragt.
- Für das DMP KHK wurde für die Einheit „mmol/l“ des Parameters „LDL-Cholesterin“ die Wertangabe konkretisiert. Wird künftig der Cholesterinwert in „mmol/l“ angegeben, so ist die Angabe dieses Wertes immer nur mit genau einer Nachkommastelle gültig.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Kathrin Darnstedt, Telefon 03643 559-759
Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

Stichprobenprüfungen für die Akupunkturbehandlungen chronisch schmerzkranker Patienten für zwei Jahre ausgesetzt

Die Partner des Bundesmantelvertrages haben sich darauf verständigt, dass die Stichprobenprüfungen nach § 6 der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Akupunktur für die Akupunkturbehandlungen chronisch schmerzkranker Patienten im Zeitraum vom 01.01.2016 bis 31.12.2017 nicht mehr verpflichtend sind. Den Kassenärztlichen Vereinigungen steht es frei, weiterhin diese Überprüfungen durchzuführen. Unabhängig davon wird KV Thüringen an der **Durchführung der Wiederholungsprüfungen** festhalten.

Das Aussetzen der Dokumentationsprüfungen ändert nichts an der Verpflichtung der Ärzte, den Therapieplan sowie Eingangs- und Verlaufserhebung weiterhin in der Patientenakte zu dokumentieren.

Ihre Ansprechpartnerin: Anne Richter, Telefon 03643 559-711

Verträge

Vereinbarung zur Überweisungssteuerung mit der AOK PLUS

Die Vereinbarung zur Überweisungssteuerung mit der AOK PLUS galt zunächst bis 31.12.2015. Zum 01.01.2016 wurde eine Anschlussvereinbarung geschlossen. Die Vergütungs- und Abrechnungsmodalitäten sind unverändert. Sie finden die aktuelle Vereinbarung im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → [Arzt/Psychoth.](#) → [Verträge](#) → [U](#) → [Überweisungssteuerung](#) → [AOK PLUS](#).

Ihre Ansprechpartner:

- Hauptabteilung Verträge: Doreen Lüpke, Telefon 03643 559-131
- Abteilung Leistungsabrechnung: siehe Tabelle auf Seite 2

Fusion von BKK ProVita und BKK family – Auswirkungen auf Verträge

Im Zuge der Fusion zum 01.01.2016 wurde die BKK ProVita Rechtsnachfolger der BKK family. Die Fusion wirkt sich auf bereits abgeschlossene Verträge wie folgt aus:

- **IV-Vertrag „Hallo Baby“**

Alle Versicherten der BKK ProVita (auch ehemals Versicherte der BKK family) können weiterhin am „Hallo Baby“-Vertrag teilnehmen.

- **Vertrag zum Hautkrebsvorsorgeverfahren**

Für alle Versicherten der BKK family endet der o. g. Vertrag zum 31.12.2015.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Alles was Recht ist

Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

Neue Formulare zur Krankschreibung ab 01.01.2016

Anlässlich der Einführung eines neuen Formulars für Krankschreibungen haben wir Ihnen in **Anlage 4** zum Rundschreiben ein Hinweisblatt rund um die Einführung der neuen Formulare für bestehende Arbeitsunfähigkeit und den Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit beigelegt.

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

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

Informationen

Verdacht des Medikamentenmissbrauchs

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

Eine Patientin aus dem Planungsbereich Jena lässt sich von verschiedenen Ärzten Oxycodon 80-mg-Tabletten verordnen. Ist der behandelnde Arzt hinsichtlich des Oxycodon-Konsums misstrauisch, wechselt sie zu einem anderen Arzt. Zudem hat sich die Versicherte der Kaufmännischen Krankenkasse während der Urlaubszeit eines Arztes von dessen Vertretern entsprechende Verordnungen ausstellen lassen.

ÜberweisungsCodes zur Kennzeichnung der Überweisungen im Rahmen der Terminservicestelle

Im Rundschreiben 11/2015 hatten wir Sie mit einer Sonderbeilage über die Abläufe im Rahmen der Einrichtung der Terminservicestellen informiert. In dieser Sonderausgabe wurde auch angekündigt, dass alle niedergelassenen Hausärzte sowie Fachärzte, welche Überweisungen ausstellen, ÜberweisungsCodes erhalten.

Diese ÜberweisungsCodes wurden bereits an die betreffenden Ärzte versandt. Sollten Sie keine oder nicht genügend ÜberweisungsCodes erhalten haben, erfolgt die Bestellung und Zusendung über die [Terminservicestelle unter der Telefonnummer 03643 559-899](#) oder über die [Formularausgabe der KV Thüringen unter der Telefonnummer 03643 559-200](#).

Kennzeichnen Sie bitte, mittels Überweisungscode, ab dem 23.01.2016 auf dem Überweisungsschein die Berechtigung zur Terminvermittlung innerhalb von vier Wochen. Sie entscheiden, ob der Patient Anspruch auf eine Vermittlung durch die Terminservicestelle hat.

Ihre Ansprechpartner: Terminservicestelle, Telefon 03643 559-899
Silke Kulosa, Telefon 03643 559-753

+++++ **Wichtige Information für Ihre Patienten** +++++

Patienten erreichen das Servicetelefon der Terminservicestelle von:

Montag bis Freitag: 09:00 – 12:00 Uhr

Dienstag: 14:00 – 17:00 Uhr

unter der Telefonnummer: 03643 779-6042

+++++ +++++

Psychotherapieanträge – neue Kontaktdaten der Techniker Krankenkasse

Die Psychotherapieanträge für die ambulante Versorgung werden ab sofort zentral im Fachzentrum der Techniker Krankenkasse unter folgender Anschrift bearbeitet:

**Techniker Krankenkasse
Fachzentrum Ambulante Leistungen
20905 Hamburg**

Bei Rückfragen zu Psychotherapieanträgen sind die Mitarbeiter der Techniker Krankenkasse telefonisch unter 040 46066-20100 oder per Fax unter 040 46066-209 zu erreichen.

Reihe PraxisWissen – Broschüren zu den Themen Demenz und Barrieren abbauen

▪ Versorgung von Patienten mit Demenz – neue Servicebroschüre der KBV erschienen

Die Versorgung von Demenzpatienten steht im Mittelpunkt einer neuen Broschüre der KBV. Sie bietet Ärzten auf 24 Seiten Informationen über Diagnosestellung, Therapie und Pflege. Einen Schwerpunkt bildet die Arzt-Patienten-Kommunikation. Das Serviceheft kann kostenfrei bestellt werden.

Die Broschüre „Demenz“ informiert in kompakter Form über die Möglichkeiten der Diagnose und Therapie. Zudem gibt es Tipps für die Gesprächsführung mit Patienten und deren Angehörigen. Beispielhaft wird eine Praxis vorgestellt, die viele Patienten mit Demenz behandelt, und wie sie sich darauf eingestellt hat.

Auch die rechtliche Vorsorge und Pflege der Betroffenen wird thematisiert. Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung: Ärzte können Patienten und Angehörige frühzeitig darauf hinweisen, rechtliche Vorkehrungen zu treffen und auch zu bedenken, welche Möglichkeiten der Pflege für sie individuell in Betracht kommen könnten.

▪ Neuauflage der Broschüre „Barrieren abbauen – Ideen und Hinweise für Ihre Praxis“

Gut sichtbare Praxisschilder, variable Sitzmöglichkeiten, eine leichte und verständliche Sprache: All das sind einfache Maßnahmen, um für Patienten mit Behinderung in der Praxis Barrieren abzubauen. Vorgestellt werden sie in der Broschüre „Barrieren abbauen“, die jetzt neu aufgelegt wurde.

Das Serviceheft bietet niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten auf 24 Seiten in kompakter Form eine Fülle von nützlichen Tipps und konkreten Vorschlägen, wie sie die Praxis sowohl räumlich als auch bei der Kommunikation besser auf behinderte Menschen einstellen können. Dabei wird deutlich, dass sich oft schon mit einfachen Mitteln – wie einer besseren Beleuchtung, größerer und kontrastreicher Beschriftung oder dem Bereitstellen von Informationen, die auch blinde und gehörlose Menschen nutzen können – viel erreichen lässt.

Neu im Vergleich zur Erstausgabe von 2013 ist unter anderem eine Seite zum Thema Demenz. Als Interviewpartner konnten die Behindertenbeauftragte der Bundesregierung, Verena Bentele (SPD), und die Bundesgeschäftsführerin der Lebenshilfe, Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, gewonnen werden. Weiterführende Informationen und Links runden das Serviceangebot ab.

▪ Bestellhinweis

Die beiden Broschüren „Demenz“ und „Barrieren abbauen“ können kostenfrei bei der KBV bestellt werden (E-Mail: versand@kbv.de). Sie stehen zudem als PDF online in der KBV-Mediathek zur Verfügung.

Das Serviceheft „Barrieren abbauen“ wird zudem als barrierefreie Textversion im Internet

www.kbv.de/barrieren-abbauen.html

bereit gestellt.

Thüringer GesundheitsMesse am 5. und 6. März 2016 auf dem Messegelände Erfurt



120 Aussteller aus dem Gesundheitsbereich, der Selbsthilfegruppen und Vereine stellen ihre Angebote und Leistungen vor. Neben Prävention, Behandlung und Nachsorge, Informationen über gesunde Ernährung und medizinische Hilfsmittel dreht sich auf der Messe alles um das Thema Gesundheit.

Die KV Thüringen ist wieder in die Organisation der GesundheitsMesse als Partner RAM Regio Ausstellungen GmbH eingebunden und wird auch auf der Messe ein vielseitiges Angebot vorhalten. Der Hauptgeschäftsführer der KV Thüringen, Sven Auerswald, wird die GesundheitsMesse am 05.03.2016 um 10:30 Uhr eröffnen.

Im **Vortragsforum 1** referieren sechs niedergelassene Ärzte im Rahmen einer KV-Vortragsreihe zu aktuellen Gesundheitsthemen. Am **KV-Stand G 58** werden unsere Mitglieder kostenlose Gesundheits-Checks anbieten und direkt auf die Fragen der Messebesucher rund um die Gesundheit eingehen. Darüber hinaus bieten wir ein Bewegungsprogramm an und laden zum Apfelessen ein.

Alle Informationen zur Thüringer GesundheitsMesse finden Sie im Internet unter www.thueringer-gesundheitsmesse.de.

TIPP: Diesem Rundschreiben sind zehn Messerflyer und ein Plakat für Ihre Praxis beigelegt. Gern können Sie bei Bedarf weitere Flyer anfordern.

Ihre Ansprechpartnerin: Marion Letetzki, Telefon 03643 559-728

Rezept für Bewegung – ärztliche Präventionsempfehlung

2015 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) verabschiedet. Die Akteure des deutschen Sports werden durch das verabschiedete Gesetz als professioneller, verlässlicher und anerkannter Partner für das Gesundheitssystem bestätigt.

Ärzte können ihren Patienten mit dem „**Rezept für Bewegung**“ eine schriftliche Empfehlung für körperliche Aktivität geben. Für Ärzte ist das Ausstellen des „Rezeptes für Bewegung“ eine freiwillige Leistung.

Platz für Vorname der/des Versicherten:

Datum:

REZEPT FÜR BEWEGUNG

Regelmäßige körperliche Aktivität tut Ihnen und Ihrer Gesundheit gut!

Bewegung kann Krankheiten des Herz-Kreislauf- und des Stoffwechselsystems sowie des Bewegungsapparates verhindern und zur Entspannung beitragen. Daher empfehle ich Ihnen die Teilnahme an einem Angebot, das mit dem Qualitätssiegel **SPORT PRO GESUNDHEIT** zertifiziert ist. Die Teilnahme an diesen qualitätsgesicherten Kursen der Sportvereine wird von den meisten gesetzlichen Krankenkassen finanziell gefördert – informieren Sie sich dort über Einzelheiten!

Darüber hinaus empfehle ich, täglich mehr Bewegung in Ihren Alltag zu integrieren!

Ich empfehle Ihnen ein Training mit folgendem Schwerpunkt:

- Herz-Kreislauf
- Muskel-Skelettsystem
- Entspannung/Stressbewältigung
- Koordination und motorische Förderung

Hinweise an die Übungsleitung:

Beispiel und Unterschrift der ärztlichen Ärzte

Sie haben die ärztliche Empfehlung, an einem **SPORT PRO GESUNDHEIT**-Angebot teilzunehmen. Sämtliche Angebote in Ihrer Nähe finden Sie im Internet unter www.sportprogesundheit.de.

Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Landesparitätischen Sportkreis:
Landessportbund Thüringen e.V.

Kontakt: Referat Breitensport

Telefon: 0361 34054-35

E-Mail: k.lang@lsb-thueringen.de Internet: www.rezept-fuer-bewegung.de

DER ERSTE SCHRITT IST SCHON GETAN:

Ihr Rezept für Bewegung!

Mitteilung der Übungsleitung an die vorzulebende Ärztin/den vorzulebenden Arzt:

Ihre Patient/in hat an unserem Bewegungsangebot teilgenommen.

Stempel und Unterschrift des/der

Ärzte motivieren damit ihre Patienten zu mehr Bewegung und vermitteln sie in qualitätsgeprüfte Angebote im wohnortnahen Sportverein. Diese **SPORT-PRO-GESUNDHEIT-Angebote** richten sich an gesunde Versicherte ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen. Patienten erhalten bei Teilnahme an einem qualitätsgeprüften Sportangebot einen finanziellen Zuschuss von ihrer Krankenkasse. Das Gesetz fördert die Zusammenarbeit der Akteure. Weitere Informationen unter www.rezept-fuer-bewegung.de.

Rezeptblöcke, Plakate und Angebotsübersichten für 23 Landkreise und Städte können **kostenfrei** im Landessportbund Thüringen oder über die KV Thüringen angefordert werden (siehe **Beilage**).

Ihre Ansprechpartnerinnen

- im Landessportbund: Kerstin Lang, Telefon 0361 34054-35 oder E-Mail k.lang@lsb-thueringen.de
- in der KV Thüringen: Marion Letetzki, Telefon 03643 559-728 oder E-Mail info@kvt.de

Fachveranstaltung FASD im Rahmen der „COA-Aktionswoche für Kinder aus Suchtfamilien“ in Erfurt

Das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie führt am **Mittwoch, 17.02.2016 von 12:00 Uhr bis 16:00 Uhr** in der Routunde im Regierungsviertel „**Am alten Steiger**“, **Werner-Seelenbinder-Str. 6 in Erfurt**, eine Fachveranstaltung im Rahmen der „COA-Aktionswoche für Kinder aus Suchtfamilien“ durch.

Die Veranstaltung soll für eine stärkere Sensibilisierung des Themas FASD werben und die Fetale Alkoholspektrumsstörung mittels Inputvorträgen von Seiten der Prävention und Behandlung beleuchten. Im Anschluss besteht die Möglichkeit zu einem interdisziplinären Austausch.

Es sind noch Plätze frei. Das geplante Programm sowie das Anmeldeformular finden Sie im Internet unter http://thueringer-suchtpraevention.info/cms/front_content.php?idcat=69&idart=610.

Fortbildungspunkte wurden bei der Landesärztekammer Thüringen beantragt.

Das Fremde in mir – Fachtagung in Stadtroda

Tagungsprogramm:

- Freitag, 04.03.2016, 16:00–18:30 Uhr
- Einführung in die Balint-Gruppenarbeit, Dr. Schlichte-Hiersemenzel
- Balint-Seminar, Dr. Schlichte-Hiersemenzel, Dipl.-Med. Schaarschmidt
- Samstag, 05.03.2016, 9.00–17:00 Uhr
 - Schwierige Gegenübertragungskonstellationen in der interkulturellen Psychotherapie, Referent: PD Dr. med. Dipl.-Soz. Alf Gerlach
 - Das Fremde in mir – Ambivalenzen in der Schwangerschaft, Referent: Klaus Evertz
 - Das Fremde im Traum, Referent: Dr. med. Wolfgang Kämmerer
 - Seminar zu den Vortragsthemen unter Leitung der Referenten
 - Balint-Seminar, Referenten: Dr. Schlichte-Hiersemenzel und Dipl.-Med. Schaarschmidt

Tagungsort: Felsenkellersaal in Stadtroda

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. U. Wutzler

Bitte melden Sie sich unter folgenden Kontaktdaten an:

- per Telefax: 036428 561-343 oder Telefon: 036428 561-234
- per E-Mail: sa.trautsch@asklepios.com

11. Geraer Symposium „Ambulante Chirurgie“ in Gera

Termin: Sonnabend, 19.03.2016, 09:00 – 15:30 Uhr
Ort: Kommunikationszentrum der Sparkasse Gera-Greiz, Schloßstraße 24, 07545 Gera

Themen:

▪ **Konservative vs. Operative Therapie in Chirurgie, Unfallchirurgie und chirurgischer Orthopädie**

Bischoff/Eisenberg – Rotatorenmanschette;
 Veronika Vollstädt/Auerbach – Epicondylalgia humeri; Dorow/Kahla – Skidaumen;
 Beatrice Schell/Gera – Narbenkorrektur; Melchert/Gera – Leistenschmerz;
 Schubert/Gera – Vorderes Kreuzband; Hackenberger/Gera – Patellaluxation;
 Wagner/Eisenberg – Sprunggelenkbänder

▪ **Medizinische Versorgung in Nepal nach der Naturkatastrophe**

Joshi/Halle – Grußwort;
 Habeler/Mayrhofen Dorow/Kahla – Everest impossible;
 Drews/Grimma – Gesundheitsversorgung in Nepal vor und nach dem Beben;
 Winker/Erfurt – Die aktuelle Situation in Nepal aus Sicht eines Chirurgen;
 Frechen/Kassel – Portable Aqua Unit For Lifesaving (PAUL);
 Sommer/Bad Camberg – Logistische Herausforderungen während des Nepal-Einsatzes

Wissenschaftliche

Leitung: Dr. med. Matthias Hager, Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera;
 Schmelzhüttenstraße 4, 07545 Gera

Anmeldung: Telefon: 0365 8301560
 Telefax: 0365 8301561
 E-Mail: chirurgieverein-gera@gmx.de
 Internet: www.chirurgieverein-gera.de

Veranstalter: Verein zur Förderung der Ambulanten Chirurgie e. V.

Tagungsgebühr: 10,00 €

Die Veranstaltung wurde mit **7 Punkten der Kategorie A** von der Landesärztekammer Thüringen zertifiziert. Eine Anmeldung ist bei begrenzter Raumkapazität bis zum 17.03.2015 per E-Mail oder Fax unbedingt erforderlich. Die Registrierung erfolgt in der Reihenfolge des Eingangs der Anmeldung.

Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(-en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 10.02.2016, 14:00–18:00 Uhr	Veranstaltung ist ausgebucht. Arbeitssicherheit und Brandschutz in der Arztpraxis 5 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Ing. Ralf Klaschka, Sicherheitsingenieur, Katja Saalfrank – Praxismanagement, Selbitz	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 10.02.2016, 15:00–19:00 Uhr	Word 2010 (Grundkurs)	Dipl.-Math. oec. Stephan Büchner, Mitarbeiter der Abteilung Kostenträger/ Statistik der KV Thüringen	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 16.03.2016, 10.02.2016 , 16:30–18:45 Uhr	Lehrgang verschoben Englisch für Praxispersonal Der Kurs umfasst 10 Termine à 3 Unterrichtsstunden und findet immer im wöchentlichen Rhythmus mittwochs von 16:30 bis 18:45 Uhr statt (nicht an Feiertagen).	Marcel Ziewitz, Business English Training & Services, Jena	Praxispersonal 79,50 €

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(-en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 16.03.2016, 10.02.2016 , 19:00–21:15 Uhr	Lehrgang verschoben Englisch für Ärzte Der Kurs umfasst 10 Termine à 3 Unterrichtsstunden und findet immer im wöchentlichen Rhythmus mittwochs von 19:00 bis 21:15 Uhr statt (nicht an Feiertagen).	Corneliu Stephan Caporani, geboren in Bridgeport Connecticut (USA), Geschäftsführer Business English Training & Services, Jena	Psychotherap., Vertragsärzte 95,00 €
Freitag, 12.02.2016, 15:00–19:00 Uhr	Zeit- und Selbstmanagement für Praxispersonal	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin	Praxispersonal 45,00 €
Samstag, 13.02.2016, 09:00–12:00 Uhr	Niederlassungsseminar zur Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung 4 Punkte, Kategorie A	Bettina Pfeiffer, Mitarbeiterin der Abteilung Verordnungsberatung der KV Thüringen	Vertragsärzte Kostenfrei
Samstag, 13.02.2016, 09:00–15:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen/Strukturierte Schulungen (B10.1–10.6) (Anmeldung nur über die Landesärztekammer)	Christel Mellenthin, QM-Beraterin (DGQ)/QEP-Trainerin, H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt	Praxispersonal 200,00 €
Samstag, 13.02.2016, 09:00–15:00 Uhr	Mitdenken fördern – Praxisperlen entwickeln 8 Punkte, Kategorie C	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte 80,00 €
Mittwoch, 17.02.2016, 15:00–18:00 Uhr	Schweigepflicht, Datenschutz und digitale Archivierung in der Arztpraxis 3 Punkte, Kategorie A	Nico Nolte, Abteilung Honorare/Widersprüche der KV Thüringen, seit 2014 zertifizierter Datenschutzbeauftragter im Gesundheitswesen und Datenschutzbeauftragter der KV Thüringen	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 17.02.2016, 15:00–19:00 Uhr	NLP: Effektiver Weg zur Veränderung 5 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte 45,00 €
Freitag, 19.02.2016, 15:00–19:00 Uhr	Veranstaltung ist ausgebucht. Fit am Empfang: Der erste Eindruck zählt	Mechthild Wick, Personaltraining/Coaching, Zert. Systemischer Coach, Stressmanagement- und Mentaltrainerin, Unterschwaningen	Praxispersonal 45,00 €
Freitag, 19.02.2016, 15:00–19:00 Uhr	Veranstaltung ist ausgebucht. Wartezeiten- und Terminmanagement	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin	Praxisteams mit Arzt 45,00 €
Samstag, 20.02.2016, 09:00–17:00 Uhr	Veranstaltung ist ausgebucht. Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Wahrnehmung und Motivation (C2)	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal 80,00 €
Mittwoch, 24.02.2016, 14:00–19:00 Uhr	Einarbeitung neuer Praxis-Mitarbeiter	Katja Saalfrank, Praxismanagement und -beratung, Selbitz	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte 45,00 €

Terminkalender

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(-en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 24.02.2016, 14:00–19:00 Uhr	Veranstaltung ist ausgebucht. Crashkurs Medical English im Umgang mit englisch sprechenden Flüchtlingen und Asylbewerbern für Praxispersonal	Corneliu Stephan Caporani, geboren in Bridgeport Connecticut (USA), Geschäftsführer Business English Training & Services, Jena	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 24.02.2016, 15:00–18:00 Uhr	Recht für Psychotherapeuten leicht gemacht 4 Punkte, Kategorie A	Ass. jur. Franziska Körting, Mitarbeiterin Justitiariat der KV Thüringen	Psychotherap. Kostenfrei
Mittwoch, 24.02.2016, 15:00–19:00 Uhr	Veranstaltung ist ausgebucht. Sag nicht „Ja“, wenn Du „Nein“ denkst	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 24.02.2016, 15:00–18:00 Uhr	Der diabetische Fuß – Früherkennung und richtige Frühbehandlung	Hon.-Prof. Dr. med. habil. Harald Schmechel, Internist/Diabetologe/Hypertensiologe DHL, Erfurt	Praxispersonal 45,00 €
Freitag, 26.02.2016, 13:00–19:00 Uhr	Rhetoriktraining – Der Ton macht die Musik und Der Körper sagt immer die Wahrheit	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainee, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €
Freitag, 26.02.2016, 14:00–17:00 Uhr	EBM für Neueinsteiger – fachärztlicher Versorgungsbereich 5 Punkte, Kategorie C	Steffen Göhring, Leiter der Hauptabteilung Abrechnung der KV Thüringen	Vertragsärzte Kostenfrei
Samstag, 27.02.2016, 09:00–15:00 Uhr	Konflikt- und Beschwerdemanagement (Grundkurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainee, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €
Samstag, 27.02.2016, 09:00–15:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Medizinische Dokumentation/Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (C3) (Anmeldung nur über die Landesärztekammer)	Dipl.-Bw. Christiane Maaß, Leiterin der Hauptabteilung Kassenärztliche Versorgung der KV Thüringen	Praxispersonal 60,00 €
Mittwoch, 02.03.2016, 14:00–19:00 Uhr	Crashkurs Medical English im Umgang mit englisch sprechenden Flüchtlingen und Asylbewerbern für Ärzte 7 Punkte, Kategorie C	Corneliu Stephan Caporani, geboren in Bridgeport Connecticut (USA), Geschäftsführer Business English Training & Services, Jena	Psychotherap., Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 02.03.2016, 15:00–19:00 Uhr	Excel 2010 (Grundkurs)	Dipl.-Math. oec. Stephan Büchner, Mitarbeiter der Abteilung Kostenträger/Statistik der KV Thüringen	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 02.03.2016, 15:00–18:00 Uhr	IGeL'n hält gesund	Christel Mellenthin, QM-Beraterin (DGQ)/QEP-Trainerin, H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 09.03.2016, 13:00–19:00 Uhr	Burnoutprophylaxe für Praxispersonal	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin	Praxispersonal 80,00 €

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(-en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 09.03.2016, 15:00–17:00 Uhr	Altersarmut – nein danke! Zertifizierung wurde beantragt.	Dipl.-Betriebswirt (BA) Andreas Knolle, Bezirksdirektor Heilwesen Service, INTER Versicherungsgruppe, Erfurt	Psychotherap., Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 09.03.2016, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Fortgeschrittene – hausärztlicher Versorgungsbereich 5 Punkte, Kategorie C	Steffen Göhring, Leiter der Hauptabteilung Abrechnung der KV Thüringen	Praxispersonal, Vertragsärzte Kostenfrei
Freitag, 11.03.2016, 14:00–19:30 Uhr Samstag, 12.03.2016, 08:30–15:45 Uhr	Qualitätsmanagement in Arztpraxen – Einführungseminar zu Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) 14 Punkte, Kategorie H	Christel Mellenthin, QM-Beraterin (DGQ)/QEP-Trainerin, H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte 250,00 €, 200,00 € für jeden weiteren Teilnehmer
Samstag, 12.03.2016, 09:00–17:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Kommunikation und Gesprächsführung (C1)	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal 80,00 €
Mittwoch, 16.03.2016, 14:00–19:00 Uhr	Crashkurs Medical English im Umgang mit englisch sprechenden Flüchtlingen und Asylbewerbern für Praxispersonal	Corneliu Stephan Caporani, geboren in Bridgeport Connecticut (USA), Geschäftsführer Business English Training & Services, Jena	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 16.03.2016, 15:00–17:30 Uhr	Der Honorarbescheid 3 Punkte, Kategorie A	Christina König, Leiterin der Abteilung Honorare/Widersprüche der KV Thüringen	Psychotherap., Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 16.03.2016, 15:00–18:00 Uhr	Diabetes-Schulungskurs für Praxispersonal, Teil 1 (unabhängig vom DMP)	Dr. med. Silke Haschen, Fachärztin für Innere Medizin / Diabetologie im MVZ Dr. med. Kielstein, Erfurt	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 16.03.2016, 15:00–18:00 Uhr	Rechtliche Aspekte für Praxispersonal in der Patientenbetreuung	Ass. jur. Sabine Zollweg, Mitarbeiterin Justitiariat der KV Thüringen	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 16.03.2016, 15:00–19:00 Uhr	Praxisorganisation – Terminmanagement	Katja Saalfrank, Praxismanagement und -beratung, Selbitz	Praxispersonal 45,00 €

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

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 Nancy Schöffler, 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

▪ **Das neue Antikorruptionsgesetz. –
Fluch oder Segen? Was ist wichtig? Was müssen Ärzte wissen?**

(Universitätsklinikum Jena, Akademie der Landesärztekammer Thüringen)

Termin: 17.02.2016, 17:00 – 19:00 Uhr
Ort: Universitätsklinikum Jena, Erlanger Allee 101, Hörsaal 1
Referent: Prof. Dr. Hendrik Schneider, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht,
Kriminologie, Jugendstrafrecht und Strafvollzugsrecht, Universität Leipzig
Leitung: Prof. Dr. rer. nat./med. habil Michael Hartmann, Prof. Dr. med. Heiko Wunderlich, Jena
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A
Anmeldung: Akademie der Landesärztekammer
Telefon: 03641 614-142,
E-Mail: kopp.akademie@laek-thueringen.de

▪ **24. Medizinisch-Juristisches Kolloquium: „Delegation, Substitution, Assistenz – wer behandelt unsere Patienten?“**

(Akademie der Landesärztekammer Thüringen, Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Jena)

Termin: 16.03.2016, 15:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
Leitung: Dr. med. Ricarda Arnold, Jena
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 5 Punkte, Kategorie A

▪ **EKG-Kurs mit praktischen Übungen mit Zusatzteil für Ihr Praxispersonal**

Für Ärzte:

– Grundlagen der EKG-Auswertung, Reizbildungsstörungen, Reizleitungsstörungen, Erregungsrückbildungsstörungen, Infarkt-EKG, Vorhof- und Kammerhypertrophie, Belastungs-EKG, - Schrittmacher-EKG, praktische Übungen in der Gruppe

Für Praxispersonal:

– normales EKG, Ergometrie

Termin: 18./19.03.2016
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
Leitung: Dr. med. Jana Boer, Erfurt
Gebühr: 200 € (Ärzte)
Zertifizierung: 25 Punkte, Kategorie C

▪ **Praxisrelevantes für den Hausarzt**

„Ich habe Rücken“

– Klinische Syndrome und Befunde
– Welche bildgebende Diagnostik ist sinnvoll/erforderlich?

- Konservative Behandlungsmöglichkeiten, Prof. Dr. med. Ulrich Smolenski
- Wann muss operiert werden?

Termin: 06.04.2016, 17:00 – 19:00 Uhr
 Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
 Leitung: Prof. Dr. med. Günter Stein, Jena
 Gebühr: gebührenfrei
 Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

▪ Das ärztliche Gutachten – Einführung in die ärztliche Begutachtung

- Allgemeine Grundlagen/Aufbau eines Gutachtens
- Sozialrecht – Fragen des Richters an den Arzt
- Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung
- Typische Fehlerquellen bei der Erstellung von Arzthaftungsgutachten aus Sicht der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern
- Aufgaben und Fragestellungen zur Erstellung von Gutachten aus Sicht, der Kranken-/Pflegeversicherung, der Unfallversicherung, der Privatversicherungen
- Aufgaben und Fragestellungen zur Erstellung von Versorgungsärztlichen Stellungnahmen nach dem Schwerbehinderten Feststellungsverfahren (SGB IX)

Termin: 08. – 09.04.2016
 Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, Weimar
 Leitung: Dr. med. Bernhard Blüher, Altenburg
 Gebühr: 250 €
 Zertifizierung: 14 Punkte, Kategorie A

▪ 14. Thüringer Impftag

Termin: 21.05.2016, 09:00 Uhr
 Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar
 Leitung: Prof. Dr. med. Wolfgang Pfister, Prof. Dr. med. Peter Wutzler, Erfurt
 Zertifizierung: 8 Punkte, Kategorie A

Praxispersonal

▪ Intensivkurs für Medizinische Fachangestellte

Teil 1: 11. – 12.03.2016
 Teil 2: 18. – 19.03.2016

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, Jena
 Leitung: Doreen Stedry, Greiz
 Gebühr: 400 €

▪ Ambulantes Operieren für Medizinische Fachangestellte

Teil 1: 11. – 12.03.2016
 Teil 2: 08. – 09.04.2016
 Teil 3: 15. – 16.04.2016
 Teil 4: 22. – 23.04.2016
 Teil 5: 29. – 30.04.2016

Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, Weimar
 Gebühr: 700 €



Lisdexamfetamin

Die wichtigsten Fakten auf einen Blick (Drug Facts)

- Indikation:** Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) bei Kindern ab einem Alter von sechs Jahren, wenn das Ansprechen auf eine zuvor erhaltene Behandlung mit Methylphenidat (MPH) als klinisch unzureichend angesehen wird.
- Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise:** Medikamentöse Behandlung von Patienten mit ADHS im Kindes- und Jugendalter im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts. Mittel der ersten Wahl ist MPH. Bei unzureichendem Ansprechen auf MPH oder Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten kann eine Umstellung auf ein anderes Stimulans (Dexamfetamin bzw. Lisdexamfetamin [LDX]) oder auf Atomoxetin erfolgen. Evidenzbasierte Daten für eine Überlegenheit eines Wirkstoffs gegenüber dem anderen liegen nicht vor.
- Wirkungsweise:** LDX ist ein Prodrug und wird zu Dexamfetamin hydrolysiert. Es wird angenommen, dass der Wirkmechanismus vor allem auf einer Steigerung der Freisetzung der Katecholamine Dopamin und Noradrenalin aus präsynaptischen Nervenendigungen und daraus resultierender erhöhter synaptischer Konzentration dieser Neurotransmitter beruht.
- Kontraindikationen:** Anwendung von MAO-Hemmern, Erregungszustände, Hyperthyreose/Thyreotoxikose, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Glaukom, mittelschwere bis schwere Hypertonie
- Warnhinweise:** Keine Anwendung bei Kindern oder Jugendlichen mit bekannten Kardiomyopathien, schwerwiegenden strukturellen Herzanomalien, Herzrhythmusstörungen oder anderen schwerwiegenden Herzerkrankungen. Vorsicht bei Patienten mit bipolaren Begleiterkrankungen (Auslösung eines gemischten/manischen Schubs). Die Krampfschwelle kann herabgesetzt werden. Nur mit Vorsicht anzuwenden bei Patienten, die andere Sympathomimetika erhalten.
- Kosten:** Die Kosten einer Behandlung mit LDX betragen jährlich 1314–1442 €.

Studienergebnisse		
	ADHS-RS-IV-Werte	
Studie SPD489-325	Placebo	Lisdexamfetamin
n (FAS ¹)	104	98
ADHD Rating Scale (RS) total score		
Studienbeginn (Baseline)	41,0	40,7
Studienende	34,8	16,0
Differenz (95 % CI)		-18,6 (-21,5 bis -15,7)
p-Wert im Vergleich zu Placebo		< 0,001

¹ Full analysis set (FAS): alle randomisierten Patienten, die eine Behandlung und mindestens eine ADHD-RS-Bewertung nach Studienbeginn erhielten.

Indikation

LDX ist im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie zur Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) bei Kindern ab einem Alter von sechs Jahren indiziert, wenn das Ansprechen auf eine zuvor erhaltene Behandlung mit MPH als klinisch unzureichend angesehen wird.

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise (1–6)

- Die Behandlung von Patienten mit ADHS im Kindes- und Jugendalter sollte immer im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts erfolgen. Dies muss psychoedukative Elemente für Betroffene und deren Eltern beinhalten, des Weiteren kann es Psychotherapie (z. B. kognitiv-behaviorale Therapie, interpersonelle Therapie), Training sozialer Kompetenzen sowie eine medikamentöse Behandlung umfassen. Auch Lehrer und andere an der Erziehung beteiligte Personen sollten in die Behandlung einbezogen werden.
- Eine Arzneimittelbehandlung ist nicht bei allen Kindern mit ADHS notwendig. Nur wenn mit den oben genannten, allgemeinen, symptomatischen Maßnahmen in angemessener Zeit keine befriedigende Besserung erkennbar ist und Gefahr für die weitere Entwicklung des Kindes und/oder eine deutliche Beeinträchtigung im Leistungsbereich und psychosozialen Bereich mit Leidensdruck bei Kindern/Jugendlichen und Eltern bestehen, ist eine Arzneimitteltherapie indiziert. Selten kann auch bei Vorschulkindern bereits ein Behandlungsbedarf für eine medikamentöse Therapie gegeben sein, wenn sich mit anderen therapeutischen Maßnahmen die Therapieziele nicht erreichen lassen. Die medikamentöse Therapie kann notwendig werden, um zunehmende Entwicklungsverzögerung, Sekundärstörungen und Ausgrenzung zu verhindern. Bei einer Therapie mit Stimulanzien im Vorschulalter sind Wirkung und Nebenwirkungen denen bei älteren Kindern vergleichbar. Bei Vorschulkindern muss mit niedrigerer Dosis begonnen werden, und es kann häufiger zu Nebenwirkungen und Therapieabbrüchen kommen.
- Für die Arzneimitteltherapie sind in Deutschland verschiedene Optionen zugelassen: Stimulanzien (MPH in unterschiedlichen, auch retardierten Formulierungen, Dexamfetamin sowie LDX und Atomoxetin). Alle dürfen nur „im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie“ (7–11) bzw. „als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms“ (12) eingesetzt werden. Gemäß der Zulassung in Deutschland kann MPH angewandt werden bei Kindern ab sechs Jahren, „wenn sich andere therapeutische Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben“ (7;9). Dexamfetamin ist zugelassen bei Kindern und Jugendlichen ab sechs Jahren mit einer ADHS, „die auf eine ausreichend lange Behandlung mit MPH in maximaler und verträglicher Dosis nicht anspricht“ (11), bei Kindern und Jugendlichen ab sechs Jahren. Atomoxetin kann als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms bei Kindern ab sechs Jahren, Jugendlichen und Erwachsenen eingesetzt werden (12).
- Gemäß aktuellen Leitlinien werden Stimulanzien, insbesondere MPH, als Mittel erster Wahl empfohlen. Die schottische Leitlinie (13) empfiehlt bei Nichtansprechen auf ein erstes Stimulans zunächst die Umstellung auf ein anderes, während die britische NICE-Leitlinie (14) die Umstellung auf Atomoxetin empfiehlt, wenn MPH in maximal verträglicher Dosierung keinen ausreichenden Effekt zeigt. In der kanadischen Leitlinie Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), die einen systematischen Review der bis dahin vorhandenen Leitlinien darstellt, werden MPH und Dexamfetamin als Mittel der ersten Wahl vor Atomoxetin empfohlen (15). Atomoxetin kann eine Option sein bei speziellen Komorbiditäten wie Tic-Störung, Tourette-Syndrom, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch. Allerdings entfaltet Atomoxetin seine volle Wirkung evtl. erst nach Wochen.
- Vor Behandlungsbeginn soll eine sorgfältige Untersuchung stattfinden, die neben einer ausführlichen Eigen-, Familien- und Sozialanamnese die körperliche und neurologische Untersuchung beinhaltet und Entwicklungsaspekte beachtet. Insbesondere ist es notwendig, den Patienten hinsichtlich seines kardiovaskulären Status einschließlich Blutdruck und Herzfrequenz zu beurteilen. Bei Hinweisen auf eine Herzerkrankung des Patienten oder familiärer kardiologischer Vorbelastungen sind weiterführende kardiologische Untersuchungen zu veranlassen. Für die Notwendigkeit routinemäßiger laborchemischer Blutuntersuchungen vor medikamentöser Therapie wird in verschiedenen Leitlinien keine Evidenz angegeben. Da

aber das langfristige Sicherheitsprofil von keinem der Wirkstoffe vollständig bekannt ist, kann zum Ausschluss/Erkennen eventuell vorbestehender Auffälligkeiten eine Blutuntersuchung (großes Blutbild, Schilddrüsen-, Leber-, Nierenwerte) indiziert sein. Nach Erreichen der Erhaltungsdosis kann eine weitere Laborkontrolle empfehlenswert sein, da in seltenen Fällen unter Stimulanzien allergische Reaktionen des blutbildenden Systems oder Leberschädigungen beschrieben wurden. Darüber hinaus sollten vor Beginn der Behandlung Körpergröße und -gewicht erfasst und in einem Wachstumsdiagramm dokumentiert werden.

- Wirksamkeit und weitere Notwendigkeit der Medikation sind regelmäßig, z. B. anlässlich einer Folgeverordnung zu überprüfen. Empfohlen werden vierteljährliche Gespräche mit Patient und Eltern, bei Bedarf auch mit Erziehern/Lehrern. Bei akuten Problemen sollte zeitnah Erreichbarkeit gewährleistet sein (Kriseninterventionsbereitschaft). Vorgeschrieben sind halbjährliche Untersuchungen mit Bestimmung und grafischer Dokumentation von Blutdruck, Herzfrequenz, Körpergewicht und Körpergröße. Blutuntersuchungen während der Behandlung sind nur bei Auftreten von Nebenwirkungen wie z. B. Anorexie, starkem Gewichtsverlust und bei Symptomen mit Hinweis auf Blut-/Darm-/Lebererkrankungen notwendig. Routinemäßige Blutuntersuchungen sind nicht nötig.
- Im Behandlungsverlauf sollte die Notwendigkeit einer Dosisanpassung bei Gewichtsabnahme bzw. Verzögerung des Längenwachstums überprüft werden. Des Weiteren kann eine Dosisanpassung wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen, unzureichender Wirkung, Änderung der Lebenssituation und entwicklungsbedingten Veränderungen (z. B. Pubertät) nötig werden. Veränderungen der Dosis sollten in kleinen Schritten und nach ausreichend langer Beobachtungszeit durchgeführt werden. Nebenwirkungen können durch Änderung der Einnahmezeiten, Dosisreduzierung oder Wechsel auf ein Präparat mit anderer Wirkdauer verringert werden. Die Medikation muss in der Regel zunächst 6–12 Monate lang täglich eingenommen werden. Falls die Beeinträchtigungen durch die ADHS-Symptomatik überwiegend im schulischen Kontext auftreten, kann ein intermittierendes Aussetzen der Medikation an schulfreien Tagen erwogen werden. Die Therapie muss so lange fortgesetzt werden, wie die ADHS-Symptomatik weiter vorhanden ist, individuelle Kompensationsstrategien für die Kernsymptomatik noch nicht ausreichend erworben wurden oder eine deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität weiterhin besteht.
- Bei der Therapie mit einem Stimulans sollte die Ersteinstellung mit einer nicht retardierten, rasch freisetzenden Darreichungsform erfolgen, da so die individuell erforderliche Dosis besser ermittelt werden kann (MPH-Titrierung). Nach erfolgter Dosisfindung ist häufig die Umstellung auf ein Fertigarzneimittel mit modifizierter Freisetzung (Retardform) sinnvoll. Bei nicht ausreichender Wirkung oder nicht tolerablen Nebenwirkungen ist ein Wechsel von MPH zu Atomoxetin, Dexamfetamin oder LDX zu versuchen.
- LDX unterliegt wie andere Stimulanzien den Verordnungseinschränkungen und -ausschlüssen in der Arzneimittelversorgung durch die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL, Anlage III, Nr. 44) und darf nur bei Kindern (ab sechs Jahren) und Jugendlichen bei Hyperkinetischer Störung bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS) im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie, wenn sich andere Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben, angewendet werden.
- Die Therapie muss von einem Arzt begonnen und überwacht werden, der angemessenes Wissen oder Erfahrung in der Behandlung von ADHS besitzt. Laut AM-RL darf LDX nur von einem Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und/oder Jugendlichen verordnet (Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin; für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; für Nervenheilkunde, für Neurologie und/oder Psychiatrie, für Psychiatrie und Psychotherapie oder für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ärztliche Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach § 5 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen) und unter dessen Aufsicht angewendet werden. In Ausnahmefällen dürfen auch Hausärztinnen/Hausärzte Folgeverordnungen vornehmen, wenn gewährleistet ist, dass die Aufsicht durch einen Spezialisten für Verhaltensstörungen erfolgt.
- Aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wurde in dem Verfahren zur frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V für LDX kein Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Ver-

gleichstherapie Atomoxetin belegt. Die vom Hersteller vorgelegte Studie ist nach Auffassung des G-BA für die Bewertung des Zusatznutzens ungeeignet, da weder LDX noch das im Vergleichsarm eingesetzte Atomoxetin zulassungskonform angewendet wurden. Für beide Wirkstoffe gilt laut Zulassung, dass sie nur im Rahmen einer multimodalen ADHS-Therapie (therapeutische Gesamtstrategie) angewendet werden dürfen. Auch die AM-RL sieht in Anlage III, Nr. 44 einen Verordnungsausschluss von Stimulanzien vor, falls sie nicht im Rahmen einer therapeutischen

Gesamtstrategie angewendet werden. In der Studie wurden jedoch keine Einschlusskriterien für bereits durchgeführte psychologische, pädagogische oder soziale Maßnahmen definiert. Im Rahmen der Studie bestanden keine Möglichkeiten der Einleitung und nur eingeschränkte Möglichkeiten der Fortsetzung solcher Maßnahmen. Eine entsprechende Beratung der Patienten (und Eltern) wurde nicht vorgenommen oder dokumentiert. Darüber hinaus war die Behandlungsdauer von sechs Wochen in der Studie für eine chronische Erkrankung wie ADHS zu kurz (16).

Kosten

Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben (mg) ¹	Dosis/Tag ²	Kosten für 1 Jahr [€] ^{3,4}
Stimulanzien				
Lisdexamfetamin-dimesilat	Elvanse® 30 mg, 50 mg, 70 mg Hartkapseln	30 ⁵	30 mg	1313,51
			50 mg	1418,02
			70 mg	1441,99
Dexamfetamin-hemisulfat	Attentin® 5 mg Tabletten	15 ⁵	10 mg	1041,13
			20 mg	2082,25
			40 mg	4164,50
Methylphenidat-hydrochlorid	Ritalin® 10 mg Tabletten	30 ⁵	10 mg	161,76
			20 mg	323,51
			60 mg	970,54
Methylphenidat-hydrochlorid	Medikinet® 10 mg, 20 mg Tabletten	30 ⁵	10 mg	158,99
			20 mg	317,99
			60 mg	874,03
Methylphenidat-hydrochlorid	Generikum 10 mg, 20 mg Tabletten	30 ⁵	10 mg	120,96
			20 mg	241,92
			60 mg	614,95
Methylphenidat-hydrochlorid	Ritalin® LA 10 mg, 20 mg, 30 mg Hartkapseln mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 ⁵	10 mg	219,13
			20 mg	304,32
			60 mg	876,78
Methylphenidat-hydrochlorid	Medikinet® retard 10 mg, 20 mg, 60 mg Hartkapseln mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 ⁵	10 mg	181,41
			20 mg	305,94
			60 mg	826,63
Methylphenidat-hydrochlorid	Equasym® 10 mg, 20 mg, 30 mg Hartkapseln mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 ⁵	10 mg	164,91
			20 mg	303,68
			60 mg	879,16
Methylphenidat-hydrochlorid	Concerta® 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg Retardtabletten	30 ⁵	18 mg	549,93
			27 mg	525,60
			36 mg	633,28
			54 mg	854,46
Methylphenidat-hydrochlorid	Generikum 18 mg, 36 mg, 54 mg Retardtabletten	30 ⁵	18 mg	353,44
			36 mg	552,97
			54 mg	774,16

Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben (mg) ¹	Dosis/Tag ²	Kosten für 1 Jahr [€] ^{3,4}
Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer				
Atomoxetin	Strattera® 18 mg, 40 mg, 80 mg, 100 mg Hartkapseln	80	≤ 70 kg:	
			0,5 mg/kg	1205,02 ⁶
			1,2 mg/kg	1236,96 ⁶
			> 70 kg:	
			40 mg	1236,96
			80 mg	1611,61
			100 mg	1762,95

Stand Lauertaxe: 15.10.2015

¹nach (17) für orale Darreichungsformen; ²Dosierung gemäß Fachinformation (FI); ³Kostenberechnung bezogen auf die Tagesdosis der FI anhand des kostengünstigsten Präparates einschließlich Import; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt; ⁴Kostenberechnung ohne Berücksichtigung der Dosistitration; ⁵Kinder-DDD; ⁶Berechnet für ein 30 kg schweres Kind.

Wirkungsweise (1)

LDX ist eine pharmakologisch inaktive Vorstufe (Prodrug) und wird von den Erythrozyten zu Dexamfetamin hydrolysiert, welches für die Aktivität des Arzneimittels verantwortlich ist. Bei den Amphetaminen handelt es sich um indirekt wirkende sympathomimetische Amine mit ZNS-stimulierender Aktivität. Der Mechanismus der therapeutischen Wirkung von Amphetamin bei ADHS ist nicht vollständig geklärt. Es wird jedoch angenommen, dass er vor allem auf einer Steigerung der Freisetzung der Katecholamine

Dopamin und Noradrenalin aus präsynaptischen Nervenendigungen und daraus resultierender erhöhter synaptischer Konzentration dieser Neurotransmitter beruht. In präklinischen Modellen bewirkt LDX im Vergleich zu Dexamfetamin einen geringeren, aber nachhaltigeren Anstieg des striatalen Dopaminefflux und weist einen verbesserten therapeutischen Index auf. LDX wird vorwiegend über den Urin (96 %) ausgeschieden, die Eliminationshalbwertszeit beträgt elf Stunden.

Wirksamkeit (1)

In eine Phase-3-Zulassungsstudie (SPD489-325) wurden 336 Patienten im Alter von 6 bis 17 Jahren eingeschlossen. In dieser siebenwöchigen randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie mit aktivem Komparator (retardiertes MPH) zeigte LDX anhand der ADHS-Skala „ADHS-RS-IV“ (primärer Endpunkt) eine signifikant höhere Wirksamkeit als Placebo. Die

um den Placebowert korrigierte mittlere Reduktion des ADHS-RS-IV-Gesamtwertes gegenüber dem Studienstartpunkt (Baseline) betrug bei den mit LDX behandelten Patienten 18,6 (95 % Konfidenzintervall [CI] –21,5 bis –15,7; p < 0,001), bei den Studienteilnehmern, die retardiertes MPH erhielten, 13,0 (95 % CI –15,9 bis –10,2; p < 0,001) (Tabelle 1).

Tabelle 1: Studie SPD489-325 – Veränderung des ADHS-RS-IV-Wertes

Studie SPD489-325	Studienergebnisse	
	ADHS-RS-IV-Werte	
	Placebo	Lisdexamfetamin
n (FAS ²)	104	98
ADHD Rating Scale (RS) total score		
Studienbeginn (Baseline)	41,0	40,7
Studienende	34,8	16,0
Differenz (95 % CI)		–18,6 (–21,5 bis –15,7)
p-Wert im Vergleich zu Placebo		< 0,001

In einer weiteren randomisierten, doppelblinden Studie (SPD489-317) wurden LDX und Atomoxetin hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit miteinander verglichen. Primärer Endpunkt der Studie war die Zeit bis zum Ansprechen (definiert durch einen Score auf

der Clinical Global Impression [CGI] Scale von 1 oder 2). Unter Atomoxetin wurde eine mediane Zeit bis zum Ansprechen von 21 Tagen (95 % CI 14,0–23,0) gefunden, unter LDX von 12 Tagen (95 % CI 8,0–16,0; p = 0,001).

² Full analysis set (FAS): alle randomisierten Patienten, die eine Behandlung erhielten und mindestens eine ADHD-RS-Bewertung nach Studienbeginn.

Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen (1)³

□ Kontraindikationen

- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile
- gleichzeitige Anwendung von Monoaminoxidasehemmern (MAO-Hemmern) oder Anwendung innerhalb von 14 Tagen nach Behandlung mit MAO-Hemmern (da es zu einer hypertensiven Krise kommen kann)
- Hyperthyreose oder Thyreotoxikose
- Erregungszustände
- symptomatische Herz-Kreislauf-Erkrankung
- fortgeschrittene Arteriosklerose
- mittelschwere bis schwere Hypertonie
- Glaukom

□ Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen

- Stimulanzien einschließlich LDX haben ein Potenzial für Missbrauch, Fehlgebrauch, Abhängigkeit und Zweckentfremdung, welches bei der Verordnung bedacht werden sollte. Patienten mit Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit in der Vorgeschichte sollten Stimulanzien nur mit Vorsicht verschrieben werden.
- Stimulanzien sollten generell nicht angewendet werden bei Kindern oder Jugendlichen mit bekannten schwerwiegenden strukturellen Herzanomalien, Kardiomyopathien, schwerwiegenden Herzrhythmusstörungen oder anderen schwerwiegenden Herzerkrankungen, die sie einer erhöhten Gefährdung für die sympathomimetischen Wirkungen eines stimulierenden Arzneimittels aussetzen könnten. Bei diesen Kindern traten plötzliche Todesfälle auf.
- Stimulanzien rufen geringfügige Anstiege des durchschnittlichen Blutdrucks (um ca. 2–4 mmHg) und der durchschnittlichen Herzfrequenz (um etwa 3–6/min) hervor, in Einzelfällen kann es auch zu stärkeren Anstiegen kommen. Es ist daher Vorsicht geboten bei der Behandlung von Patienten, deren Grunderkrankungen durch Blutdruck- oder Herzfrequenzanstiege negativ beeinflusst werden könnten, z. B. bei denjenigen mit vorbestehender Hypertonie, Herzinsuffizienz, kürzlich durchgemachtem Myokardinfarkt oder Kammerarrhythmie.
- Bei allen Patienten, für die eine Behandlung mit Stimulanzien in Betracht kommt, sollte eine sorgfältige Anamnese erhoben (einschließlich Beurteilung der Familienanamnese auf plötzlichen Tod oder Kammerarrhythmien) und eine körperliche Untersuchung auf bestehende Herzerkrankungen durchgeführt werden. Weiterführende Herzuntersuchungen sollten erfolgen, wenn die Befunde auf eine solche Erkrankung hinweisen (z. B. Elektrokardiogramm oder Echokardiographie). Patienten, bei denen unter der Behandlung mit Stimulanzien Symptome wie Thoraxschmerzen bei Belastung, unklare Synkope oder andere Symptome, die auf eine Herzerkrankung schließen lassen, auftreten, sollten umgehend kardial untersucht werden.
- Besondere Vorsicht ist bei der Anwendung von Stimulanzien zur Behandlung von ADHS bei Patienten mit bipolaren Begleiterkrankungen geboten, da bei solchen Patienten Bedenken wegen einer möglichen Auslösung eines gemischten/manischen Schubs bestehen.
- Unter der Behandlung neu auftretende psychotische (z. B. Halluzinationen, Wahnvorstellungen) oder manische Symptome bei Kindern und Jugendlichen ohne anamnestisch bekannte entsprechende Vorerkrankung, können durch Stimulanzien in üblichen Dosierungen hervorgerufen werden. Wenn solche Symptome auftreten, sollte an einen möglichen kausalen Zusammenhang mit dem Stimulans gedacht und ein Abbruch der Therapie in Erwägung gezogen werden.
- Unter Stimulanzien wurde über eine Verschlimmerung von motorischen und verbalen Tics und des Tourette-Syndroms berichtet. Daher sind Kinder und deren Familien vor der Anwendung von Stimulanzien klinisch auf Tics und das Tourette-Syndrom zu untersuchen.
- Stimulanzien wurden mit einer Verlangsamung der Gewichtszunahme und einer geringeren endgültigen Körpergröße in Verbindung gebracht. Appetit, Körpergröße und Gewicht sollten daher mindestens alle sechs Monate erfasst und anhand eines Wachstumsdiagramms dokumentiert werden. Patienten, die nicht wie erwartet wachsen oder an Körpergewicht zunehmen, müssen möglicherweise ihre Behandlung unterbrechen.
- Klinisch spricht einiges dafür, dass Stimulanzien bei Patienten mit anamnestisch bekannten Krampfanfällen, bei Patienten mit bekannten EEG-Auffälligkeiten ohne Krampfanfälle in der Anamnese und sehr selten auch bei Patienten ohne anamnestisch bekannte Krampfanfälle und ohne EEG-Hinweise auf Krampfanfälle in der Vorgeschichte die Krampfschwelle herabsetzen können. Wenn die Anfallshäufigkeit zunimmt oder neue Anfälle auftreten, sollte LDX abgesetzt werden.
- Zur Minimierung des Risikos einer möglichen Überdosierung durch den Patienten ist die geringste mögliche Menge von LDX zu verordnen bzw. abzugeben.
- LDX sollte bei Patienten, die andere Sympathomimetika anwenden, nur mit Vorsicht angewendet werden.

³ 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.

□ Wechselwirkungen

- Ascorbinsäure, Thiazididuretika, proteinreiche Ernährung, Diabetes mellitus und eine respiratorische Azidose, die eine Ansäuerung des Urins bewirken, steigern die Ausscheidung von Amphetamin im Urin und verkürzen dessen Halbwertszeit. Natriumhydrogencarbonat und andere Substanzen sowie Zustände (Ernährung mit hohem Anteil an Obst und Gemüse, Harnwegsinfektionen, Erbrechen), die eine Alkalisierung des Urins bewirken, vermindern die Ausscheidung von Amphetamin im Urin und verlängern dessen Halbwertszeit.
- Amphetamine sollten während oder innerhalb von 14 Tagen nach der Gabe von MAO-Hemmern nicht angewendet werden, da es sonst zu einer vermehrten Freisetzung von Noradrenalin und anderen Monoaminen kommen kann. Dies kann starke Kopfschmerzen und weitere Anzeichen einer hypertensiven Krise hervorrufen. Es kann zu verschiedenen toxischen neurologischen Wirkungen und maligner Hyperpyrexie kommen, in manchen Fällen mit tödlichem Verlauf.

Nebenwirkungen	
sehr häufig (≥ 1/10)	verminderter Appetit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Gewichtsabnahme
häufig (≥ 1/100, < 1/10)	Tic, Affektlabilität, Aggression, Schwindel, Somnolenz, Mundtrockenheit, Durchfall, Obstipation, Oberbauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Hautausschlag, Reizbarkeit, Müdigkeit, Fieber
gelegentlich (≥ 1/1000, < 1/100)	Überempfindlichkeit, Agitiertheit, Angst, Logorrhoe, Depression, Dysphorie, psychomotorische Hyperaktivität, Zähneknirschen, Dermatillomanie, Manie, Halluzinationen, Aggression, Schwindel, Somnolenz
Häufigkeit nicht bekannt	anaphylaktische Reaktion, Euphorie, psychotische Episoden, Dyskinesie

Hinweise zu besonderen Patientengruppen	
Kinder und Jugendliche	Ab sechs Jahren zugelassen.
Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion	Aufgrund der bei schwerer Niereninsuffizienz (GFR 15 bis < 30 ml/min/1,73 m ² oder CrCl < 30 ml/min) verminderten Clearance sollte bei diesen Patienten eine Höchstdosis von 50 mg/Tag nicht überschritten werden. Bei dialysepflichtigen Patienten sollte eine weitere Dosisreduktion erwogen werden. LDX ist nicht dialysierbar.
Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion	Bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion wurden keine Studien durchgeführt.
Anwendung bei Schwangeren und Stillenden	Keine Anwendung während der Schwangerschaft und Stillzeit.

Literatur

1. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA): Elvanse® - Lisdexamfetamindimesilat: Public Assessment Report (PAR): <http://www.mhra.gov.uk/home/groups/par/documents/websitesources/con261790.pdf>. Zuletzt geprüft: 26. Oktober 2015.
2. Scottish Medicines Consortium: Lisdexamfetamindimesilat (Elvanse®): http://www.scottishmedicines.org.uk/files/advice/lisdexamfetamine_dimesylate__Elvanse__FINAL_April_2013_Amended_26.04.13_for_website.pdf. Date Advice Published: 5. April 2013. Zuletzt geprüft: 26. Oktober 2015.
3. Arbeitsgemeinschaft der Kinder- und Jugendärzte e.V.: Leitlinie ADHS bei Kindern und Jugendlichen (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung): http://www.ag-adhs.de/uploads/Leitlinie2014fertig_korrmedikamTeilLesefassungkorrrKPG2942014_.pdf. Aktualisierte Fassung Januar 2007 mit Update des Kapitels "Medikamentöse Therapie" März 2014. Zuletzt geprüft: 26. Oktober 2015.
4. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII - Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V - Lisdexamfetamindimesilat: <https://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/71/#tab/beschlusse>. Berlin, 20. März 2014. Zuletzt geprüft 26. Oktober 2015.
5. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Stellungnahme der AkdÄ zur Nutzenbewertung nach § 35a SGB V - Lisdexamfetamindimesilat, Nr. 186, A13-24, Version 1.0. Berlin, 23. September 2013.
6. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Anlage III - Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung durch die Arzneimittel-Richtlinie und aufgrund anderer Vorschriften (§ 34 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 3 SGB V), Hinweise zur wirtschaftlichen Ordnungsweise von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse von sonstigen Produkten, Nr. 44: https://www.g-ba.de/downloads/83-691-382/AM-RL-III-Verordnungseinschraenkung_2015-09-02.pdf. Berlin, 2. September 2015. Zuletzt geprüft: 26. Oktober 2015.
7. Novartis Pharma GmbH: Fachinformation "Ritalin® 10 mg Tabletten". Stand: Oktober 2014.
8. Shire Pharmaceutical Contracts Ltd: Fachinformation "Elvanse® 30 mg/50 mg/70 mg, Hartkapseln". Stand: Januar 2015.
9. Janssen-Cilag GmbH: Fachinformation "Concerta® 27 mg Retardtabletten". Stand: März 2015.
10. Medice Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG: Fachinformation "Medikinet® 5 mg/10mg/20 mg Tabletten". Stand: Mai 2014.
11. Medice Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG: Fachinformation "Attentin® 5 mg, Tablette". Stand: August 2014.
12. Lilly Deutschland GmbH: Fachinformation "Strattera®". Stand: Juni 2015.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline. Nr. 112. Edinburgh, Oktober 2009.
14. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), National Collaborating Centre for Mental Health: Attention deficit hyperactivity disorder. The NICE Guideline on Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults. National Clinical Practice Guideline Number 72. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. London, 2009.
15. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH): Summary of Current Evidence - Guidelines and Recommendations for ADHD in Children and Adolescents. Ottawa, Oktober 2011.
16. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Frühe Nutzenbewertung - Lisdexamfetamindimesilat: <http://www.kbv.de/html/3746.php>. Zuletzt geprüft: 26. Oktober 2015.
17. 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.

Sie finden das Fortbildungsportal der KBV im sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sollten Sie dafür noch keinen Anschluss haben, wenden Sie sich bitte an Ihre KV. Nähere Informationen finden Sie auch online unter http://www.kbv.de/html/sicheres_netz.php.



Ezetimib/Simvastatin

Die wichtigsten Fakten auf einen Blick (Drug Facts)

Indikation:	Behandlung einer primären Hypercholesterinämie oder einer homozygoten familiären Hypercholesterinämie.
Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise:	Für die Sekundär- und Primärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sind Statine Mittel der ersten Wahl. Eine Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Sterblichkeit von entsprechenden Risikopatienten ist bisher nur für Statine eindeutig belegt. Valide Daten aus placebo-kontrollierten klinischen Studien für eine Reduktion der Mortalität liegen für andere Lipidsenker nicht vor. Dies gilt auch für den Cholesterinresorptionshemmer Ezetimib, der zwar in einer neuen Studie (IMPROVE-IT) eine Verbesserung im primären kombinierten Endpunkt zeigt, nicht aber bei kardiovaskulärer Mortalität und Gesamtmortalität. Das Ausmaß des Zusatznutzens für Ezetimib/Simvastatin gegenüber den Statinen als Monotherapie bleibt insbesondere aufgrund der Operationalisierung von Myokardinfarkten als Teil des kombinierten primären Endpunkts zweifelhaft. Die Vorgaben der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie zu Lipidsenkern sind bei einer Verordnung von Ezetimib/Simvastatin zu beachten.
Wirkungsweise:	Lipidsenkend durch selektive Hemmung der intestinalen Resorption von Cholesterin und verwandten Phytosterinen sowie Reduktion der endogenen Cholesterinsynthese.
Kontraindikationen:	Schwangerschaft und Stillzeit, aktive Lebererkrankung oder unklare und andauernde Erhöhung der Serumtransaminasen, gleichzeitige Anwendung von potenten CYP3A4-Inhibitoren (z. B. Itraconazol, Erythromycin, HIV-Protease-Inhibitoren [z. B. Nelfinavir], Boceprevir, Telaprevir, Nefazodon und Cobicistat-haltige Arzneimittel), gleichzeitige Anwendung von Gemfibrozil, Ciclosporin oder Danazol, gleichzeitige Anwendung von Lomitapid und Ezetimib/Simvastatin in Dosen von mehr als 10 mg/40 mg bei Patienten mit homozygoter familiärer Hypercholesterinämie.
Warnhinweise:	Unter Ezetimib/Simvastatin kann eine Myopathie oder eine Rhabdomyolyse auftreten. Unter der Gabe von Statinen kann eine interstitielle Lungenerkrankung auftreten. Bei entsprechenden Symptomen wie Dyspnoe oder unproduktivem Husten sollte die Gabe von Ezetimib/Simvastatin beendet werden. Bei Zugabe von Ezetimib zu einem Vitamin-K-Antagonisten (z. B. Cumarin-Derivate Phenprocoumon oder Warfarin) ist die „International Normalized Ratio“ (INR) entsprechend zu überwachen.
Kosten:	Die Kosten einer Behandlung mit Ezetimib/Simvastatin betragen jährlich 675–770 €.

Studienergebnisse (IMPROVE-IT)

Endpunkt	Simvastatin n = 9077 (%)	Ezetimib/ Simvastatin n = 9067 (%)	HR ¹ (95 % CI ²)	ARR ³	RRR ⁴	p-Wert	NNT ⁵ / Jahr
primärer kombinierter Endpunkt (kardiovaskulärer Tod, Herzinfarkt, Hospitalisierung wegen instabiler Angina pectoris, koronare Revaskularisierung, Schlaganfall)	n = 2742 (34,7)	n = 2572 (32,7)	0,936 (0,89–0,99)	2,0 %	6,4 %	0,016	350

¹HR: Hazard Ratio; ²CI: Konfidenzintervall; ³ARR: absolute Risikoreduktion; ⁴RRR: relative Risikoreduktion; ⁵NNT: Number Needed to Treat

Indikation

Hypercholesterinämie

- Ezetimib/Simvastatin ist begleitend zu Diät angezeigt zur Anwendung bei Patienten mit primärer (heterozygoter familiärer und nicht familiärer) Hypercholesterinämie oder gemischter Hyperlipidämie, für die eine Therapie mit einem Kombinationspräparat geeignet ist:
 - Patienten, bei denen eine Therapie mit einem Statin allein nicht ausreicht
 - Patienten, die bereits mit einem Statin und Ezetimib behandelt werden
- Es wurde gezeigt, dass Simvastatin (20–40 mg) die Häufigkeit kardiovaskulärer Ereignisse reduziert. Eine positive Wirkung von Ezetimib auf kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität wurde noch nicht nachgewiesen.

Homozygote familiäre Hypercholesterinämie (HoFH)

- Ezetimib/Simvastatin ist begleitend zu einer Diät angezeigt zur Anwendung bei Patienten mit homozygoter familiärer Hypercholesterinämie. Die Patienten können weitere begleitende Therapien (wie Low-density-lipoprotein(LDL)-Apherese) erhalten.

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise (1–4)

- Basis der kardiovaskulären Prävention und Behandlung von Fettstoffwechselstörungen sind geeignete Ernährungsumstellung, körperliche Aktivität und – sofern erforderlich – Einstellung des Rauchens und Blutdrucknormalisierung. Damit wird oft das Behandlungsziel bei geringem kardiovaskulärem Risiko erreicht, bei dem ein LDL-Cholesterin von 160 mg/dl empfohlen wird.
- Kriterien für die Auswahl eines lipidsenkenden Arzneimittels sind:
 1. Beleg der Wirksamkeit im Sinne einer Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, Mortalität und Gesamtmortalität,
 2. Eignung des Wirkungsprofils für die entsprechende Fettstoffwechselstörung,
 3. Belege zur Reduktion weiterer auf der Lipidstoffwechselstörung beruhenden Morbidität (z. B. Pankreatitis bei Hypertriglyzeridämie),
 4. individuelle lipidsenkende Wirkung und Verträglichkeit,
 5. Patientenpräferenzen.
- Für die Sekundär- und Primärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sind Statine (HMG-CoA-Reduktasehemmer) Mittel der ersten Wahl. Eine Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Sterblichkeit von entsprechenden Risikopatienten ist bisher nur für Statine eindeutig belegt. Valide Daten aus placebokontrollierten klinischen Studien für eine Reduktion der Sterblichkeit liegen für andere Lipidsenker wie z. B. Cholesterin-Reabsorptionshemmer (z. B. Ezetimib), Fibrate oder Nikotinsäurederivate bisher nicht vor. Wegen der Wirksamkeit von Statinen sind placebokontrollierte Studien nur bei sehr niedrigem kardiovaskulärem Risiko vertretbar.
- Bei Patienten ohne klinisch manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen („Primärprävention“) ist eine strenge Indikationsstellung erforderlich. Bei einem individuellen absoluten Risiko von $\geq 20\%$, innerhalb von zehn Jahren ein kardiovaskuläres Ereignis zu erleiden, wird eine Statingabe empfohlen.
- Das Vorhandensein atherosklerotischer Erkrankungen (KHK, zerebrovaskuläre Manifestation, symptomatische pAVK, abdominales Aortenaneurysma) oder einer familiären Hypercholesterinämie (FH) qualifiziert per se zur Indikationsstellung für eine Therapie mit Statinen.
- Mit der initialen Statindosis wird bereits ein Großteil des insgesamt zu erwartenden therapeutischen Effektes erreicht. Für jede weitere Erhöhung der Statindosis sind geringere absolute Risikoreduktionen zu erwarten. Daher ist die Indikation für eine hohe Statindosierung kritisch zu stellen und lediglich für Patienten mit besonders hohem kardiovaskulärem Risiko gegeben.
- Die relative Risikoreduktion für kardiovaskuläre Ereignisse zeigt sich unabhängig vom Ausgangswert des LDL-Cholesterins. Sie korreliert mit der absoluten Senkung des LDL-Cholesterins.

- Die Wirksamkeit einer Statintherapie ist umso größer, je höher das vorhandene kardiovaskuläre Risiko ist.
- Die Daten aus den vorliegenden klinischen Studien sprechen für eine vergleichbare Wirksamkeit auch bei Frauen und älteren Patienten (> 65 Jahre).
- Für alle Patienten mit Diabetes mellitus besteht die Indikation zur Behandlung mit einem Statin, wenn ein hohes kardiovaskuläres Risiko vorliegt ($\geq 20\%$ in 10 Jahren).
- Für die Kombination von Statinen mit anderen Lipidsenkern (Colestyramin, Colesevelam, Ezetimib, Fibrate) finden sich trotz günstiger Beeinflussung der Lipidparameter keine sicheren Beweise einer Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse, die über das mit einer Statinmonotherapie Erreichbare hinausgehen. Grundsätzlich sollte daher bei unzureichender Wirkung zunächst die Statindosierung in der Monotherapie gesteigert oder ein stärker wirksames Statin gewählt werden. Bei dann noch unzureichender Wirkung oder eingeschränkter Verträglichkeit von Statinen kommt bei hohem kardiovaskulärem Risiko eine Kombinationsbehandlung in Betracht. Bei sehr ausgeprägten Hyperlipoproteinämien, z. B. familiären Hypercholesterinämien mit hohem kardiovaskulärem Risiko, können für ausgewählte Patienten gegebenenfalls auch Dreifachkombinationen, z. B. zur Vermeidung einer Lipidapherese, eingesetzt werden, obwohl auch hierzu sichere Belege zum Nutzen fehlen.
- Der Cholesterinresorptionshemmer Ezetimib erreicht in der Monotherapie bei der LDL-Cholesterinsenkung nur die Hälfte einer durchschnittlichen Statinmedikation. Auch für die Kombination, in der Regel herstellerbedingt mit Simvastatin, konnte sich aus den bis 2014 vorgelegten Studien kein eigenständiger Wirksamkeitsnachweis für Ezetimib ergeben.
- In der aktuell vorliegenden Studie IMPROVE-IT senkte Ezetimib in Kombination mit Simvastatin den Kombinationsendpunkt (Herzinfarkt, Schlaganfall, kardiovaskulär bedingter Tod, koronare Revaskularisierung oder Hospitalisierung wegen instabiler Angina) auf 32,7 % im Vergleich zu 34,7 % unter Simvastatin allein (Hazard Ratio [HR] 0,936 (95 % Konfidenzintervall [CI] 0,89–0,99); absolute Risikoreduktion [ARR] 2,0 %, relative Risikoreduktion [RRR] 6,4 %; $p = 0,016$; Number Needed to Treat [NNT] = 350/Jahr). Der Effekt lässt sich aber vor allem auf eine Minderung von Herzinfarkten zurückführen. Als Myokardinfarkte werden in der Studie auch isolierte Enzymanstiege nach koronaren Revaskularisationen gewertet. Dies entspricht nicht mehr der heutigen Definition des Herzinfarktes. Zudem ist die statistische Signifikanz am ehesten durch die große Teilnehmerzahl zu erklären. Die Gesamtmortalität, die kardiovaskuläre Mortalität und der Tod durch koronare Herzerkrankung dagegen werden nicht verbessert. Die Analyse prädefinierter Subgruppen zeigt eine Risikoreduktion ab einem 7-Jahres-Risiko von über 30 % für den kombinierten Endpunkt, mit akzeptabler NNT lediglich bei Patienten über 74 Jahre (NNT = 81/Jahr) oder bei Diabetikern (NNT = 128/Jahr).
- Insgesamt liegen damit für Ezetimib in Mono- oder Kombinationstherapie keine relevanten positiven Ergebnisse aus adäquaten kontrollierten klinischen Studien in primär- oder sekundär-präventiver Indikation vor.
- Im Gegensatz zu den Statinen ist somit ein therapeutischer Nutzen für die überwiegende Zahl der Patienten durch die Einnahme von Ezetimib nicht belegt. Eine Empfehlung zum Einsatz von Ezetimib kann daher nur für Ausnahmen (exzessiv erhöhte Lipidwerte, Kontraindikationen für Statine, sehr hohes kardiovaskuläres Risiko und nicht erreichbare LDL-Zielwerte mit einem Statin allein) ausgesprochen werden.
- Zudem ist zu beachten, dass Lipidsenker Verordnungseinschränkungen gemäß Anlage III Nr. 35 der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) unterliegen, ausgenommen
 - bei bestehender vaskulärer Erkrankung (KHK, zerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) und
 - bei hohem kardiovaskulärem Risiko (über 20 % Ereignisrate/10 Jahre auf der Basis der zur Verfügung stehenden Risikokalkulatoren) (5).

Kosten

Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben (mg) ¹	Dosis (mg/Tag) ²	Kosten pro Jahr [€] ³
Cholesterinresorptionshemmer				
Ezetimib/ Simvastatin ⁴	Inegy® 10 mg/20 mg, 10 mg/40 mg, 10 mg/80 mg Tabletten	Standarddosis: 1 Applikationsform ⁵	10/20	675,25
			10/40	715,58
			10/80	770,33
Ezetimib/ Simvastatin ⁴	Goltor® 10 mg/20 mg, 10 mg/40 mg, 10 mg/80 mg Tabletten	Standarddosis: 1 Applikationsform ⁵	10/20	770,33
			10/40	770,33
			10/80	770,33
Ezetimib	Ezetrol® 10 mg Tabletten	10	10 + evtl. Statin	605,50 + evtl. Statin
Statine				
Atorvastatin	Sortis® 20 mg, 40 mg, 80 mg Filmtabletten	20	20	326,68
			40	555,97
			80	159,07 ⁶
Atorvastatin	Generikum 20 mg, 40 mg, 80 mg Filmtabletten	20	20	51,61
			40	69,35
			80	106,94
Fluvastatin	Locol® 80 mg Retardtabletten	60	80	122,93
Fluvastatin	Generikum 20 mg, 40 mg Hartkapseln, 80 mg Retardtabletten	60	20	48,40
			40	59,35
			80	87,96
Lovastatin	Generikum 20 mg, 40 mg Tabletten	45	20	59,35
			40	87,96
			80	175,93
Pravastatin- natrium	Pravasin protect® 20 mg, 40 mg Tabletten	30	20	260,10
			40	374,96
Pravastatin- natrium	Generikum 20 mg, 40 mg Filmtabletten	30	20	59,35
			40	84,53
Rosuvastatin	Crestor® 20 mg Filmtabletten	10	20	550,27
			40	1100,55
Simvastatin	Zocor® 20 mg, forte 40 mg Filmtabletten	30	20	118,44
			40	121,62
			80	243,24
Simvastatin	Generikum 20 mg, 40 mg, 80 mg Filmtabletten	30	20	39,20
			40	65,96
			80	98,22
Fibrate				
Bezafibrat ⁷	Generikum 200 mg Filmtabletten	600	600	179,47
Fenofibrat ⁷	Lipanthyl® 145 mg ⁸ (Nanopartikel) Filmtabletten Lipidil-Ter® 160 mg (mikronisiert) Filmtabletten Lipidil® 200 mg (mikronisiert) Hartkapseln	200 (mikronisiert) 250 (nicht mikronisiert)	145	136,47
			160	153,37
			200 + evtl. Statin	128,05 + evtl. Statin
Fenofibrat ⁷	Generikum 160 mg, 200 mg Hartkapseln (mikronisiert)	200 (mikronisiert) 250 (nicht mikronisiert)	160	128,44
			200 + evtl. Statin	102,31 + evtl. Statin
Gemfibrozil	Gevilon® 600 mg, 900 mg Filmtabletten	1200	900	118,37
			1200	173,23

Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben (mg) ¹	Dosis (mg/Tag) ²	Kosten pro Jahr [€] ³
Gallensäurenkomplexbildner				
Colestyramin ⁹	Questran® zuckerfrei ¹⁰ Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen			1280,06
	Lipocol Merz® Kautabletten	14.000	24.000	2254,84
	Vasosan® P/S Granulat zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen		+ evtl. Statin	939,07 + evtl. Statin
Colestyramin ⁹	Generikum Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen	14.000	24.000 + evtl. Statin	1051,64 + evtl. Statin
Colesevelamhydrochlorid ⁹	Cholestagel® 625 mg Filmtabletten	3750	2500 3750 + evtl. Statin + evtl. Ezetimib	1371,83 2057,75 + evtl. Statin + evtl. Ezetimib

Stand Lauertaxe: 15.11.2015

¹nach (6) für orale Darreichungsformen; ²Dosierung für Hypercholesterinämie gemäß Fachinformation (FI); ³Kostenberechnung bezogen auf die Tagesdosis der FI anhand des kostengünstigsten Präparates einschließlich Import; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt; ⁴Ezetimib steht auch als fixe Kombination mit anderen Statinen zur Verfügung; ⁵1 Applikationsform (Ezetimib/Simvastatin): 10 mg/10 mg, 10 mg/20 mg, 10 mg/40 mg, 10 mg/80 mg; ⁶kostengünstiger Import; ⁷Indikation: gemischte Hyperlipidämie; ⁸kostengünstiger Import des Originalpräparates Lipidil 145 one®; ⁹Indikation: primäre Hypercholesterinämie; ¹⁰kostengünstiger Import des Originalpräparates Quantalan® zuckerfrei.

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

Wirkungsweise (7;8)

Ezetimib wirkt lipidsenkend durch selektive Hemmung der intestinalen Resorption von Cholesterin und verwandten Phytosterinen. Das molekulare Ziel von Ezetimib ist der Steroltransporter, das Niemann-Pick-C1-Like1(NPC1L1-)Protein, das für die intestinale Aufnahme von Cholesterin und Phytosterinen verantwortlich ist. Ezetimib lagert sich am Bürsten-

saum des Dünndarms an und hemmt die Cholesterinresorption, was zu einem verminderten Transport von Cholesterin aus dem Darm in die Leber führt. Statine dagegen reduzieren die Cholesterinsynthese in der Leber. Werden die Wirkstoffe kombiniert, führen die unterschiedlichen Wirkungsmechanismen zu einer komplementären Cholesterinsenkung.

Wirksamkeit (1;7–11)

Die Kombination von Ezetimib mit einem Statin führt zu einer zusätzlichen LDL-C-Reduktion von ca. 14 % und des Gesamtcholesterins von ca. 10 % im Vergleich zur alleinigen Statinbehandlung. Valide Studien, die eine Verbesserung der klinisch relevanten Endpunkte kardiovaskuläre Mortalität oder Tod durch koronare Herzerkrankung zeigen, liegen weiterhin nicht vor. In der ENHANCE-Studie wurde Ezetimib 10 mg plus Simvastatin 80 mg gegen 80 mg Simvastatin geprüft. Primärer Endpunkt war die Veränderung der Intimadicke der Arteria carotis communis. Für die Kombinationstherapie betrug der Wert nach zwei Jahren 0,0111 mm und für die Monotherapie mit Simvastatin 0,0058 mm, Differenz 0,053 mm (p = 0,29; nicht signifikant), obgleich ein signifikanter Unterschied der LDL-Werte gesehen wurde (192,7 ± 60,3 mg/dl versus 141,3 ± 52,6 mg/dl; Gruppenunterschied 16,5 %, p < 0,01). Signifikant niedriger waren auch die Triglyzeride (um

6,6 %) sowie das C-reaktive Protein (um 25,7 %). Diese Studie war nicht angelegt, klinisch relevante Endpunkte zu untersuchen. Die Intimadicke ist ein Surrogatparameter.

In die IMPROVE-IT-Studie wurden insgesamt 18.144 Patienten randomisiert. Primärer Endpunkt war eine Kombination von kardiovaskulärem Tod, Schlaganfall, stationäre Aufnahme aufgrund von instabiler Angina, Koronarinterventionen sowie Herzinfarkt. Unter Ezetimib/Simvastatin war die Rate kardiovaskulärer Ereignisse um 2 % niedriger (32,7 % vs. 34,7 %) als unter Monotherapie mit Simvastatin. Der Effekt ließ sich vor allem auf eine Minderung von Herzinfarkten zurückführen (13,1 % vs. 14,8 %; NNT = 412/Jahr). Als Myokardinfarkte wurden aber auch isolierte Enzymanstiege nach koronaren Revaskularisationen bewertet. Nach der derzeit gültigen Definition sind diese aber nicht als eindeutiger Herzinfarkt zu sehen. Angaben zu den Infarkt-

ten, die nur auf diese Enzymanstiege zurückzuführen sind, fehlen. Die Gesamtmortalität (15,4 % vs. 15,3 %; $p = 0,78$), die kardiovaskuläre Mortalität (6,9 % vs.

6,8 %; $p = 1,00$) und der Tod durch koronare Herzerkrankung (5,7 % vs. 5,8 %; $p = 0,50$) dagegen werden nicht verbessert. Weitere Einzelheiten siehe Tabelle 1.

Tabelle 1: Ergebnisse IMPROVE-IT-Studie

Endpunkte	Simvastatin n = 9077 (%)	Ezetimib/ Simvastatin n = 9067 (%)	Hazard Ratio (95 % CI)	p-Wert
primärer kombinierter Endpunkt:				
kardiovaskulärer Tod, nicht tödlicher Herzinfarkt, Hospitalisierung wegen instabiler Angina pectoris, koronare Revaskularisierung ≥ 30 Tage nach Randomisierung, nicht tödlicher Schlaganfall	n = 2742 (34,7)	n = 2572 (32,7)	0,936 (0,89–0,99)	0,016
sekundärer kombinierter Endpunkt:				
koronarbedingter Tod, nicht tödlicher Myokardinfarkt, koronare Revaskularisierung ≥ 30 Tage nach Randomisierung	n = 1448 (18,9)	n = 1322 (17,5)	0,91 (0,85–0,98)	0,02
tertiäre Endpunkte:				
Tod	n = 1231 (15,3)	n = 1215 (15,4)	0,99 (0,91–1,07)	0,78
kardiovaskulärer Tod	n = 538 (6,8)	n = 537 (6,9)	1,00 (0,89–1,13)	1,00
Tod durch koronare Herzerkrankung	n = 461 (5,8)	n = 440 (5,7)	0,96 (0,84–1,09)	0,50
Myokardinfarkt	n = 1118 (14,8)	n = 977 (13,1)	0,87 (0,80–0,95)	0,002
Schlaganfall	n = 345 (4,8)	n = 296 (4,2)	0,86 (0,73–1,00)	0,05
Hospitalisierung wegen instabiler Angina pectoris	n = 148 (1,9)	n = 156 (2,1)	1,06 (0,85–1,33)	0,62
koronare Revaskularisierung ≥ 30 Tage nach Randomisierung	n = 1793 (23,4)	n = 1690 (21,8)	0,95 (0,89–1,01)	0,11

Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen (7;8)¹

□ Kontraindikationen

- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile
- Schwangerschaft und Stillzeit
- aktive Lebererkrankung oder unklare und andauernde Erhöhung der Serumtransaminasen
- gleichzeitige Anwendung von potenten CYP3A4-Inhibitoren (Substanzen, welche die AUC mindestens um das 5-Fache erhöhen) (z. B. Itraconazol, Ketoconazol, Posaconazol, Voriconazol, Erythromycin, Clarithromycin, Telithromycin, HIV-Protease-Inhibitoren [z. B.

- Nelfinavir], Boceprevir, Telaprevir, Nefazodon und Cobicistat-haltige Arzneimittel)
- gleichzeitige Anwendung von Gemfibrozil, Ciclosporin oder Danazol
- gleichzeitige Anwendung von Lomitapid und Ezetimib/Simvastatin in Dosen von mehr als 10 mg/40 mg bei Patienten mit HoFH

¹ 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.

□ **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen**

- Nach Markteinführung von Ezetimib wurden Fälle von Myopathie und Rhabdomyolyse berichtet.
 - Die meisten Patienten, die eine Rhabdomyolyse entwickelten, nahmen gleichzeitig mit Ezetimib ein Statin ein. Jedoch wurde eine Rhabdomyolyse sehr selten unter Monotherapie mit Ezetimib sowie sehr selten nach Zugabe von Ezetimib zu anderen Arzneimitteln berichtet, die bekanntermaßen mit einem erhöhten Rhabdomyolyserisiko in Verbindung stehen.
 - Das Myopathierisiko ist für Patienten unter Ezetimib 10 mg/Simvastatin 80 mg im Vergleich zu anderen statinbasierten Therapien mit ähnlicher LDL-senkender Wirksamkeit größer. Demzufolge sollte Ezetimib 10 mg/Simvastatin 80 mg nur Patienten mit schwerer Hypercholesterinämie und mit hohem Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen gegeben werden, die ihr Behandlungsziel mit niedrigeren Dosierungen nicht erreicht haben, und wenn der zu erwartende Nutzen die potenziellen Risiken übersteigt. Patienten unter Ezetimib 10 mg/Simvastatin 80 mg, die zusätzlich ein anderes, damit wechselwirkendes Arzneimittel benötigen, sollten auf eine niedrigere Ezetimib/Simvastatin-Dosis oder auf eine alternative Statintherapie eingestellt werden, welche ein geringeres Potenzial für Arzneimittelwechselwirkungen hat.
- In kontrollierten klinischen Studien zur Koadministration wurden bei Patienten, die Simvastatin zusammen mit Ezetimib erhielten, Erhöhungen der Transaminasenwerte (≥ 3 -Fache des oberen Normwertes in Folge) beobachtet.
- Bei Zugabe von Ezetimib zu einem Vitamin-K-Antagonisten (z. B. Cumarin-Derivate Phenprocoumon oder Warfarin) ist die „International Normalized Ratio“ (INR) entsprechend zu überwachen.

- Bei einigen Statinen, einschließlich Simvastatin, wurden besonders bei Langzeittherapie Fälle einer interstitiellen Lungenkrankheit berichtet. Die auftretenden Beschwerden können dabei Dyspnoe, unproduktiven Husten und allgemeine Gesundheitsstörungen (Erschöpfung, Gewichtsverlust oder Fieber) einschließen. Wenn vermutet wird, dass ein Patient eine interstitielle Lungenkrankheit entwickelt hat, sollte die Statintherapie abgebrochen werden.
- Patienten mit der seltenen hereditären Galaktose-Intoleranz, Laktase-Mangel oder Glukose-Galaktose-Malabsorption sollten Ezetimib/Simvastatin nicht einnehmen.

□ **Wechselwirkungen**

- Bei gleichzeitiger Gabe von Amiodaron, Amlodipin, Verapamil oder Diltiazem sollte eine Dosis von 10 mg/20 mg Ezetimib/Simvastatin pro Tag nicht überschritten werden.
- Bei gleichzeitiger Gabe von Vitamin-K-Antagonisten ist die INR zu überwachen.
- Das Risiko einer Myopathie einschließlich einer Rhabdomyolyse ist während gemeinsamer Gabe von Simvastatin mit Fibraten erhöht.
- Fibrate können die Cholesterinausscheidung über die Galle erhöhen und so zu Cholelithiasis führen. Die gemeinsame Gabe von Ezetimib/Simvastatin mit Fibraten wird nicht empfohlen.
- Anwendung von Ezetimib/Simvastatin mit Fibraten und Fusidinsäure wird nicht empfohlen.
- Anwendung von Ezetimib/Simvastatin zusammen mit Niacin bei asiatischen Patienten wird nicht empfohlen.
- Bei Patienten mit HoFH, die Lomatipid erhalten, sollte eine Dosis von 10 mg/40 mg Ezetimib/Simvastatin pro Tag nicht überschritten werden.
- Während der Behandlung mit Ezetimib/Simvastatin ist Grapefruitsaft zu vermeiden.

Nebenwirkungen	
häufig ($\geq 1/100$, $< 1/10$)	Erhöhungen von ALT und/oder AST, Erhöhungen der CK im Serum
gelegentlich ($\geq 1/1000$, $< 1/100$)	erhöhte Bilirubin-Werte, erhöhte Blutharnsäure, erhöhte γ -Glutamyltranspeptidase, erhöhte INR, Protein im Urin, Gewichtsabnahme, Schwindel, Kopfschmerzen, Abdominalschmerzen, Abdominalbeschwerden, Oberbauchschmerzen, Dyspepsie, Flatulenz, Übelkeit, Erbrechen, Pruritus, Hautausschlag, Arthralgie, Muskelspasmen, Muskelschwäche, muskuloskeletale Beschwerden, Nackenschmerzen, Schmerzen in den Gliedmaßen, Asthenie, Abgeschlagenheit, Unwohlsein, periphere Ödeme, Schlafstörungen

Hinweise zu besonderen Patientengruppen	
Ältere Patienten	Keine Dosisanpassung erforderlich.
Kinder und Jugendliche	Jugendliche ab 10 Jahren (pubertärer Status: Jungen: Tanner Stadium II und darüber; Mädchen: mindestens 1 Jahr nach der Menarche): Die klinische Erfahrung bei pädiatrischen und jugendlichen Patienten (10–17 Jahren) ist begrenzt. Die empfohlene Anfangsdosis für Ezetimib/Simvastatin beträgt 10 mg/10 mg pro Tag am Abend. Der empfohlene Dosierungsbereich reicht von 10 mg/10 mg bis zu maximal 10 mg/40 mg pro Tag. Keine Zulassung bei Kindern unter 10 Jahren.
Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion	Leichte Einschränkung der Nierenfunktion (glomeruläre Filtrationsrate ≥ 60 ml/min/1,73 m ²): in der Regel keine Dosisanpassung erforderlich. Chronische Nierenerkrankung (glomeruläre Filtrationsrate < 60 ml/min/1,73 m ²): empfohlene Ezetimib/Simvastatin-Dosis: 10 mg/20 mg einmal täglich am Abend. Höhere Dosen sollten mit Vorsicht angewendet werden.
Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion	Für Patienten mit leichter Einschränkung der Leberfunktion (Child-Pugh-Score 5–6) ist keine Dosisanpassung erforderlich. Für Patienten mit mäßiger (Child-Pugh-Score 7–9) oder schwerer (Child-Pugh-Score > 9) Einschränkung der Leberfunktion wird die Behandlung mit Ezetimib/Simvastatin nicht empfohlen.
Anwendung bei Schwangeren und Stillenden	Kontraindiziert.

Literatur

1. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie von Fettstoffwechselstörungen, 3. Auflage. Arzneiverordnung in der Praxis (Therapieempfehlungen), 2012.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence: Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. guidance.nice.org.uk/cg181. Published date: July 2014. Zuletzt geprüft: 10. November 2015.
3. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH et al.: 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2014; 63: 2889-2934.
4. IQWiG: IQWiG-Berichte, Jahr: 2011 Nr. 90: Ezetimib bei Hypercholesterinämie. Abschlussbericht. Auftrag A10-02. Version 1.0: https://www.iqwig.de/download/A10-02_Abschlussbericht_Ezetimib_bei_Hypercholesterinaemie.pdf. Stand: 18. Juli 2011. Zuletzt geprüft: 10. November 2015.
5. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Anlage III - Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung durch die Arzneimittel-Richtlinie und aufgrund anderer Vorschriften (§ 34 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 3 SGB V), Hinweise zur wirtschaftlichen Ordnungsweise von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse von sonstigen Produkten, Nr. 35: https://www.g-ba.de/downloads/83-691-382/AM-RL-III-Verordnungseinschraenkung_2015-09-02.pdf. Berlin, 2. September 2015. Zuletzt geprüft: 10. November 2015.
6. 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.
7. MSD: Fachinformation "Inegy®". Stand: Juni 2015.
8. MSD: Fachinformation "Ezetrol®". Stand: April 2015.
9. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP et al.: Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. N Engl J Med 2015; 372: 2387-2397.
10. Kastelein JJ, Akdim F, Stroes ES et al.: Simvastatin with or without ezetimibe in familial hypercholesterolemia. N Engl J Med 2008; 358: 1431-1443.
11. Reiner Z, Catapano AL, De BG et al.: ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J 2011; 32: 1769-1818.

Sie finden das Fortbildungsportal der KBV im sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sollten Sie dafür noch keinen Anschluss haben, wenden Sie sich bitte an Ihre KV. Nähere Informationen finden Sie auch online unter http://www.kbv.de/html/sicheres_netz.php.

Übersicht der Beschlüsse des Landesausschusses für das Jahr 2016

Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung

Arztgruppe	Region	Fördermaßnahme
Hausärzte	Mittelbereich Bad Lobenstein	1 Praxisneugründung* und Praxisübernahmen*
HNO	Landkreis Kyffhäuserkreis	1 Praxisneugründung* oder 1 Praxisübernahme*
Hautärzte	Landkreis <u>Gotha</u>	Praxisübernahmen*
Für alle Bereiche gilt die Förderung über das durchschnittliche Aufgabebalter hinaus**.		

zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf

Hausärzte	Mittelbereich Eisenach/Grundzentrum Mihla (Berka v. d. Hainich, Bischofroda, Ebenshausen, Frankenroda, Hallungen, Lauterbach, Mihla, Nazza)	1 Praxisneugründung* (Sonderbedarf)
	Mittelbereich Gera/Grundzentrum Weida (Crimla, Teichwitz, Weida, Wünschendorf)	1 Praxisneugründung*
	Mittelbereich Hildburghausen/Grundzentrum Bad Colberg-Helburg (Bad Colberg-Helburg, Gompertshausen, Hellingen, Schlechtsart, Schweickershausen, Ummerstadt, Westhausen)	1 Praxisneugründung* (Sonderbedarf) 1 Zweigpraxis***
	Mittelbereich Ilmenau/Grundzentrum Gräfenroda (Frankenhain, Gräfenroda, Liebenstein, Gehlberg, Geschwenda, Gossel)	1 Praxisneugründung*
	Mittelbereich Ilmenau/Grundzentrum Großbreitenbach (Altenfeld, Böhlen, Friedersdorf, Gillersdorf, Großbreitenbach, Herschdorf, Neustadt, Wildenspring)	1 Praxisneugründung*
	Mittelbereich Meiningen/Grundzentrum Wasungen (Friedelshausen, Hümpfershausen, Mehms, Metzels, Oepfershausen, Unterkatz, Wahns, Wallbach, Wasungen, Schwallungen)	1 Praxisneugründung*
	Mittelbereich Rudolstadt/Saalfeld/Grundzentrum Probstzella (Gräfenhain, Lehesten, Probstzella)	Praxisübernahmen*
	Mittelbereich Sömmerda/Grundzentrum Weißensee (Bilzingsleben, Büchel, Frömmstedt, Griefstedt, Günstedt, Hermschwende, Kannawurf, Kindelbrück, Rietgen, Weißensee)	Praxisübernahmen*
	Landkreis Gotha/Mittelbereich Gotha	2 Praxisneugründungen*
	Landkreis Saale-Holzland-Kreis/Mittelbereich Bad Klosterlausnitz/Hermisdorf	1 Praxisneugründung* (Sonderbedarf)
Für alle Bereiche gilt die Förderung über das durchschnittliche Aufgabebalter hinaus** und Praxisübernahmen*.		

* Praxisübernahmen und Praxisneugründungen werden mit 60.000 € Investitionskostenzuschuss (3.000 €/Quartal, max. 20 Quartale) gefördert.

** Das durchschnittliche Aufgabebalter liegt bei 65 Jahren. Die Förderung beträgt 1.500 €/Quartal.

*** Zweigpraxen werden mit 15.000 € (1.500 €/Quartal, max. 10 Quartale) gefördert.

1. Wann ist das Muster 1 „Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“ – und wann das Muster 52 „Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit“ durch den Vertragsarzt zu verwenden?

Das Muster 1 ist zwingend ab dem 01.01.2016 für den Fall einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit auszustellen und ist auch in den Fällen zu verwenden, in denen die Arbeitsunfähigkeit bereits sechs Wochen bestand (Krankengeldfall).

Das Muster 52 wird ausschließlich auf Anforderung durch die Krankenkasse beim Vertragsarzt durch diesen ausgefüllt. Die Krankenkasse stellt dem Vertragsarzt grundsätzlich einen Freiumschlag zur Verfügung. Die Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit darf die Krankenkasse frühestens nach einer Zeitdauer der Arbeitsunfähigkeit von 21 Tagen versenden.

2. Können die alten Formulare (Muster 1, Muster 17) über den 01.01.2016 hinaus noch verwendet werden?

Nein! Ab dem 01.01.2016 gelten allein die neuen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Das Muster 17 ist vollständig in der neuen AU-Bescheinigung aufgegangen.

3. Behalten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, welche im Dezember 2015 ausgestellt wurden und für eine Arbeitsunfähigkeit bis in den Januar hinein gelten, weiterhin ihre Gültigkeit?

Ja, es muss keine neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nach dem neuen Vordruckmuster ausgestellt werden. Die neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgt erst als Folgebescheinigung an dem auf das bisher attestierte voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Werktag.

Beispiel:

Wenn Sie einen Patienten am 10.12.2015 krank geschrieben haben mit einer Arbeitsunfähigkeit bis zum 10.01.2016, so gilt das alte Muster 1 aus dem Jahr 2015 bis zum 10.01.2016 fort. Bei Wiedervorstellung des Patienten am 11.01.2016 verwenden Sie das neue Muster 1.

4. Bisher haben die Krankenkassen das Muster 17, den sogenannten Auszahlungsschein für das Krankengeld, versandt, wenn die siebente Woche der Arbeitsunfähigkeit erreicht war oder ein sonstiger Krankengeldfall eingetreten ist. Wie kann der Vertragsarzt sicher sein, ab wann ein Krankengeldfall vorliegt, insbesondere wenn der Patient nicht ausschließlich durchgängig von einem Vertragsarzt behandelt wurde?

Durch Befragen des Patienten (z. B. über vorangegangene AU-Bescheinigungen anderer Ärzte oder Krankenhausaufenthalte) kann der Vertragsarzt herausfinden, ob der Patient bereits länger als sechs Wochen arbeitsunfähig ist und somit ein Krankengeldfall vorliegt.

5. Haftet der Vertragsarzt, sofern er möglicherweise fehlerhaft den Krankengeldfall ab der siebenten AU-Woche auf dem Muster 1 bescheinigt?

Nein, der Vertragsarzt beurteilt durch die Angabe auf dem Muster 1 nicht, ob tatsächlich ein Anspruch auf Krankengeld für den Versicherten gegeben ist. Es handelt sich lediglich um einen Hinweis des Arztes für die Krankenkasse, dass die aktuelle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in einem potenziellen Krankengeldfall ausgestellt wurde.

6. Ist dem Patienten bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit nach der sechsten Woche weiterhin das neue Muster 1 auszustellen?

Ja, in jedem Fall der Arbeitsunfähigkeit ist das neue Muster 1 zu verwenden.

Anlage 4 – Fragen und Antworten rund um die Einführung der neuen Formulare für bestehende Arbeitsunfähigkeit

7. Hat der Vertragsarzt das Muster 52 ohne Aufforderung der Krankenkasse bei Feststellung der Arbeitsunfähigkeit auszustellen?

Nein! Das Muster 52 darf nicht ohne Aufforderung durch die Krankenkasse versandt werden. Darüber hinaus darf es nicht dem Patienten zur Übermittlung an die Krankenkasse mitgegeben werden.

8. Welches Formular ist durch den Vertragsarzt zu nutzen im Falle des Krankengeldbezuges anstelle des bis zum 31.12.2015 gültigen Muster 17?

Das Muster 1 ist zu verwenden. In der letzten Zeile ist das Kästchen „Im Krankengeldfall“ ab siebenter AU-Woche oder „Sonstiger Krankengeldfall“ anzukreuzen.

9. Muss das Muster 1 – Ausfertigung für Versicherte – dem Patienten zwingend ausgehändigt werden?

Der Durchschlag für den Versicherten enthält einen Hinweis, dass für den Bezug von Krankengeld ein lückenloser Nachweis der Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist. Sollte der Patient die Mitnahme des Durchschlages verweigern, ist er auf das Erfordernis eines lückenlosen Nachweises der Arbeitsunfähigkeit hinzuweisen und die Aufklärung und Verweigerung der Durchschlagsmitnahme in der Patientenakte zu dokumentieren.

10. Muss die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zur Vorlage beim Arbeitgeber an den Versicherten auch im Krankengeldfall ausgedruckt und an den Versicherten ausgehändigt werden?

Ja.

11. Muss das Kästchen „Im Krankengeldfall – Endbescheinigung“ zwingend angekreuzt werden?

Liegt ein Krankengeldfall vor und der Vertragsarzt kann bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bereits einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an den im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen.

12. Wie soll der Arzt verfahren, wenn die Folgebescheinigung von Montag bis Freitag auszustellen ist, aber in der Mitte der Woche der Krankengeldfall eintritt?

Ist im Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit die siebente AU-Woche noch nicht angebrochen, hat der Vertragsarzt das Kreuz im Feld „Krankengeldfall ab siebenter AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall“ nicht zu setzen.

13. Hat eine Prognose hinsichtlich der Dauer der AU zu erfolgen?

Ja, die Prognose der Dauer der AU soll nicht für einen mehr als zwei Wochen im Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden. Ist es aufgrund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht, kann die AU bis zur Dauer von einem Monat bescheinigt werden.

14. Sind bei Vorliegen mehrerer Diagnosen diese komplett anzugeben?

Ja, bei der Ausfüllung der Felder „AU-begründende Diagnose(n)“ sind alle die aktuelle AU begründenden Diagnosen im Format ICD 10 anzugeben. Eine zusätzliche Angabe als Klartext/Freitext ist nur zulässig, wenn die Angabe weitergehender Hinweise außerhalb der ICD 10-Kodierung notwendig ist.

Weitere Antworten auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag finden Sie im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → Arzt/Psychoth. → Recht → Antworten auf Fragen aus dem Praxisalltag.

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

Landessportbund Thüringen e.V.
Haus des Thüringer Sports · Werner-Seelenbinder-Straße 1 · 99096 Erfurt



Landessportbund Thüringen e.V.
Haus des Thüringer Sports
Werner-Seelenbinder-Straße 1
99096 Erfurt

Telefon: 0361 340 54-0
Telefax: 0361 340 54-77
E-Mail: info@lsb-thueringen.de
Internet: www.thueringen-sport.de

Bankverbindung

Deutsche Kreditbank
Kontonummer: 196 887 95
Bankleitzahl: 120 300 00
IBAN: DE76 1203 0000 0019 6887 95
SWIFT BIC: BYLADEM1001

Sparkasse Mittelthüringen
Kontonummer: 130 102 920
Bankleitzahl: 820 510 00
IBAN: DE44 8205 1000 0130 1029 20
SWIFT BIC: HELADEF1WEM

USt-Identifikationsnummer:
DE150128481
Registergericht:
AG Erfurt, VR 160514

Rezept für Bewegung

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

das „Rezept für Bewegung“ ist eine Initiative des Landessportbundes Thüringen in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Thüringen, der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie und dem Thüringer Sportärztebund. Im Rahmen der Gesundheitsziele in Thüringen setzen wir uns für die Entwicklung der gesundheitsorientierten Sportangebote in den Vereinen ein. Das „Rezept für Bewegung“ ist ein Baustein, um Ihre Patienten zu mehr Bewegung zu motivieren und Ihre ärztliche Präventionsempfehlung umzusetzen. Folgende Materialien können Sie bei uns mit dem umseitigen Bestellformular kostenfrei abrufen:

1. Das **„Rezept für Bewegung“**, das Sie in bekannter Form über Ihren Praxisdruker ausstellen können. (Dieses Rezept ist nicht mit üblichen Rezepten vergleichbar und in dieser Form nicht zur Abrechnung vorgesehen.)
2. Ein **DIN A4 oder A3 Plakat** für Ihre Praxis.
3. Die **Flyer Sport pro Gesundheit** mit allen gesundheitsorientierten Sportangeboten in Ihrer Region, die das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT tragen.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.
Weitere Informationen finden Sie unter www.rezept-fuer-bewegung.de

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Ellen Lundershausen
Präsidentin
Landesärztekammer Thüringen

Heike Werner
Thüringer Ministerin für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie

Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

Prof. Dr. Ulf Schlegelmilch
Vorsitzender
Thüringer Sportärztebund e.V.

Peter Gösel
Präsident
Landessportbund Thüringen e.V.



Landessportbund Thüringen e. V.
 Referat Breitensport
 Werner-Seelenbinder-Str. 1
 99096 Erfurt

Fax: 0361 3405477

Ja, ich bestelle

..... Stück Flyer Sport pro Gesundheit
 für die Region

..... Stück Block à 20 Rezepte

..... Stück Plakate A4

..... Stück Plakate A3

[Bitte die gewünschten Bestellzahlen eintragen.]

Bitte schicken Sie mir die Artikel an folgende Adresse:

Name:

Straße:

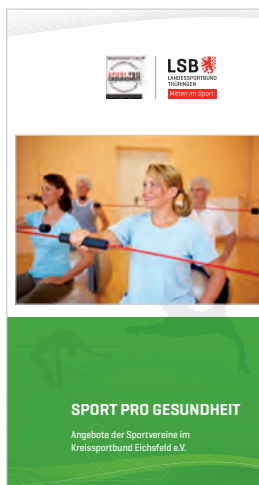
PLZ/Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Flyer Sport pro Gesundheit



**Rezept für Bewegung
 DIN A5-Block à 20 Rezepte**



**Plakate
 DIN A4 oder A3**

