



Editorial

Amtliche Bekanntmachungen

Bundeseinheitlich anzuwendende Laborquote „Q“ für das 2. Halbjahr 2016
Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes der KVT

Ihre Fachinformationen

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
 - Individuelle Punktzahlvolumina bzw. zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 1
 - Überweisungssteuerung mit der AOK PLUS/Techniker Krankenkasse/BARMER GEK 1
 - Übermittlung von Befundberichten von DMP-Patienten 2
 - Humangenetik zum 01.07.2016 2
- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
 - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 2
 - Bundesweite Praxisbesonderheiten 4
 - Wirkstoff AKTUELL zu Guanfacin 6
 - Aktuelle Informationen zur Versorgung mit saisonalen Grippeimpfstoffen 6
 - Impfstoff gegen Meningokokken B ab September Sprechstundenbedarf 7
- **Qualitätssicherung**
 - Hygiene – Ich mag's rein: Neue Meldepflicht für antibiotikaresistente Erreger und Arboviren 8
 - Weitere Moderatoren und Tutoren für Qualitätszirkel gesucht 8
 - Disease-Management-Programme 9
- **Verträge**
 - TK-Vertrag zur verbesserten patientenorientierten medizinischen Versorgung 10
 - Anpassung zum Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie – Bahn-BKK 10
 - Aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn an Thüringer Sonderverträgen 11
 - SSB-Vereinbarung zu Kontrastmittelbezug ab 01.07.2016 11
 - Übersicht über die an dem IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden Betriebskrankenkassen und teilnehmenden stationären Einrichtungen 11
- **Alles was Recht ist**
 - Erneute Hinweise zu Muster 1 – Arbeitsunfähigkeit/Krankengeld 11
 - Verordnung von Osteopathie als Satzungsleistung der Krankenkassen 12
- **Ärztliche Selbstverwaltung**
 - Vertreterversammlung wählt BFA für angestellte Ärzte 12

▪ Informationen

Ihre Ansprechpartner in der KV Thüringen: Die Praxisberater der KV Thüringen	20
Wichtiger Hinweis zur Terminservicestelle	21
Hinweis zum Rundschreiben 5/2016	21

Terminkalender

Termine zur Abrechnungsannahme für das 2. Quartal 2016	22
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	23

Kunst in der KV Thüringen

Das Bild hat immer das letzte Wort – Michael Geyersbach – Bildender Künstler	26
--	----

Anlagen

Anlage 1 – Individuelle Punktzahlvolumina bzw. zeitbezogene Kapazitätsgrenzen	
Anlage 2 – Beschluss des G-BA: Off-Label-Use von Rituximab bei Mantelzell-Lymphom	
Anlage 3 – Wirkstoff AKTUELL: Guanfacin	
Anlage 4 – Wirkstoff AKTUELL – Übersicht der Ausgaben seit 2007	
Anlage 5 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen	
Anlage 6 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am Hautscreening-Vertrag in Thüringen	
Anlage 7 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“	
Anlage 8 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonografie in Thüringen	

Beilagen

Fortbildungskalender der KV Thüringen für das 3. Quartal 2016	
Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)	
Warum eine Praxisausfallversicherung? (Information der INTER Versicherungsgruppe)	

Impressum

Herausgeber:	Kassenärztliche Vereinigung Thüringen Zum Hospitalgraben 8 99425 Weimar
verantwortlich:	Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer
Redaktion:	Veit Malolepsy, 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

IHRE STIMME
für die Selbstverwaltung
KV-WAHL 2016

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die KV ist die umfassendste und einzige Interessenvertretung der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Ganzen. In unserer KV sind 400 Kolleginnen und Kollegen in ehrenamtlichen Funktionen tätig, das sind 10 Prozent unserer Mitglieder. Unsere Vertreterversammlung ist das höchste Gremium unserer KV, faktisch das Parlament der Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Die VV hat die Aufgabe, Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu treffen und den Vorstand zu überwachen.

In unseren Medien berichten wir stets über den Ablauf und die Beschlüsse der VV und Sie können die Reden des Vorstandes auf der Internetseite der KV Thüringen nachlesen. Zu den wichtigsten Aufgaben der VV gehört es, die Honorarverteilung auf Grundlage der Vorgaben der KBV festzulegen. Dabei hat sie einen entsprechenden Spielraum. Gesetzliche Vorgaben des SGB V bilden die Basis des Ganzen. Dabei gibt es eine „Heilige Kuh“, die nicht angetastet werden sollte: die Trennung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil. Der Gesetzgeber hat das im Jahr 2000 in das SGB V geschrieben, um die hausärztliche Versorgung zu stärken. Insbesondere sollte damit die Koordinationsfunktion gestärkt und dem zunehmenden, durch Einzelleistung nicht abbildbaren Betreuungsaufwand chronisch kranker Patienten in der Hausarztpraxis Rechnung getragen werden. Der medizinisch-technische Fortschritt spielt sich im fachärztlichen Versorgungsbereich ab. Hier werden jährlich neue Leistungen hinzugefügt, die zunächst extrabudgetär vergütet, später aber in die budgetierte Vergütung übernommen werden. Einzelleistungsvergütung spielt hier eine größere Rolle als im hausärztlichen Bereich. Damit entsteht eine höhere Leistungsdynamik.

Vor der Trennung ergaben sich daraus Probleme bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung und viele Auseinandersetzungen zwischen den Versorgungsbereichen. Darauf hat der Gesetzgeber reagiert. Die Vorgaben der KBV wurden entsprechend ausgestaltet, zuletzt 2013 mit der abschließenden Bildung der Grundbeträge für Hausärzte, Fachärzte, Labor, Notdienst. Der HVM

ist trotz allem nichts Starres, sondern muss ständig in den VV angepasst werden, wie jüngst aufgrund des Krankenhausstrukturgesetzes mit der Festlegung, dass Leistungen im Notdienst unbudgetiert vergütet werden müssen, und zwar aus einem Honorarvolumen, das vor der Trennung der Versorgungsbereiche gebildet werden muss. Zur Bildung dieses Honorarvolumens gab es unterschiedliche Auffassungen. Letztendlich hat sich in der VV nach Vorliegen eines Rechtsgutachtens die Meinung durchgesetzt, dass alle Mittel, die bis dato für die Notfallvergütung laut KBV-Vorgaben zur Verfügung gestellt wurden, auch weiterhin nach dieser Systematik in den Vorwegabzug einfließen müssen. Damit findet keine Veränderung in der Belastung der Versorgungsbereiche statt.

Eine VV wie unsere, die sich Argumenten nicht verschließt, deren Mitglieder als „homo politicus“ agieren und das große Ganze im Blick haben, entspricht den demokratischen Grundprinzipien einer Interessenvertretung.

Nun wählen wir in diesem Jahr eine neue VV. Sie alle sind aufgerufen, sich zur Wahl zu stellen. Eine breite Teilnahme der zu Wählenden und der Wähler stärkt die Legitimation unserer Interessenvertretung.

Vielleicht denken Sie nicht gerade während ihres wohlverdienten Urlaubs darüber nach. Aber wenn Sie wieder in den Praxisalltag eintreten und mit den Vorgaben und dem Service der KV konfrontiert werden und damit entweder zufrieden sind oder sich ärgern, entscheiden Sie sich, ob Sie aktiv oder passiv mitgestalten wollen.

Ich wünsche Ihnen einen wundervollen Sommer!

Optimistisch, wie immer,

Ihre



Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende

Bundeseinheitlich anzuwendende Laborquote „Q“ für das 2. Halbjahr 2016 entsprechend den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Entsprechend den Vorgaben der KBV Teil E Nr. 1.1 erfolgt die Ermittlung der anzuwendenden Abstufungsquote „Q“ für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 durch die KBV.

Die Abstufungsquote „Q“ für das 2. Halbjahr 2016 beträgt 91,58 %.

Die Ermittlung der Vergütung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027, 32035 bis 32039, 32097, 32150, 32860 bis 32864 sowie 32880 bis 32882 erfolgt, indem die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote „Q“ gemäß Teil E der Vorgaben der KBV zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen multipliziert werden.

Entsprechend Pkt. 3.4.2 der Vorgaben der KBV Teil E findet vorgenannte Quote „Q“ insofern Anwendung auf die Referenzfallwerte gemäß Pkt. 3.5.3 der Vorgaben der KBV Teil E, als dass diese mit der Quote „Q“ multipliziert werden. Im Ergebnis ergeben sich folgende Referenzfallwerte.

Arztgruppe	mit Quote „Q“ multiplizierter Referenz-Fallwert entspr. KBV neu
Rheumatologen, Endokrinologen	36,63 Euro
Nuklearmediziner, Hämatologen	19,23 Euro
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	3,66 Euro

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87 b SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 8. Juni 2016

Die Vertreterversammlung der KVT hat in ihrer Sitzung am 8. Juni 2016 folgende Änderungen/Ergänzungen der Honorarverteilung der KVT - vorbehaltlich der Benehmenserstellung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen - beschlossen. Die Änderungen sind fett markiert.

Durch die Änderungen im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) in § 87 b Abs. 1 Satz 3 (neu) SGB V wird § 3, § 4, § 8 sowie § 9 im HVM wie folgt geändert.

Änderung § 87 Abs. 1 Satz 3 (neu):

„Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen, mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen.“

Die Vertreterversammlung beschließt auf Empfehlung des Vorstandes rückwirkend zum 01.01.2016 mit Wirkung bis zum 31.12.2016 folgende Änderung des HVM:

§ 3 wird wie folgt geändert:

§ 3 Verteilung der Gesamtvergütung (MGV)

Einfügung neuer Abs. (4)

- (4) **Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt gem. § 87b Abs. (1) Satz 3 SGB V aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im HVM keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen.**

Dieses Volumen wird gebildet aus:

- a) dem Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. (2) Pkt. 2 in Verbindung mit § 3 Abs. (3) – Volumen ärztlicher Bereitschaftsdienst –
- b) dem Vergütungsvolumen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes, welches sich durch die Ermittlung durch das Vorjahresvergütungsvolumen unter Beachtung der zutreffenden Versichertenentwicklung und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültigen Veränderungsrate gesteigerten MGV-Anteils (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen des EBMs, für Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes ergibt.

Das Vergütungsvolumen gemäß b) ist dem Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. (2) Pkt. 4 in Verbindung mit § 3 Abs. (3) – Fachärztliches Vergütungsvolumen – zu entnehmen.

§ 3 Abs. (4) wird zu Abs. (5)

§ 3 Abs. (5) wird zu Abs. (6)

§ 3 Abs. (6) wird zu Abs. (7)

§ 4 wird wie folgt geändert:

§ 4

Vergütung und Steuerung von Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes
(organisierter Notdienst) **sowie von Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser**

- (1) Leistungen des organisierten Notdienstes und der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser ~~während der Zeiten des organisierten Notdienstes~~ werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. ~~(3)~~ **(4)** unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet.
- (2) Die Abrechnung der im organisierten Notdienst angefallenen Leistungen erfolgt auf der Basis des EBM (gegenüber den Krankenkassen). Arztseitig werden die Leistungen im organisierten Notdienst als Pauschalen vergütet. Die von der KVT ermittelten Pauschalen sind in der Anlage 1 ausgewiesen.

Bei Über- bzw. Unterschreitung des Vergütungsvolumens gemäß Abs. (1) erfolgt ggf. eine Anpassung der Pauschalen.
- (3) **Die Abrechnung von Leistungen der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser erfolgt auf der Basis des EBM. Während der Zeiten des organisierten Notdienstes werden gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 abgerechnet und vergütet. Die Leistungen werden mit dem regionalen Punktwert vergütet.**

§ 8 wird wie folgt geändert:

§ 8

Hausärztliches Vergütungsvolumen

Änderung Abs. (2)

- (2) Für Über- und Unterschüsse ~~ders~~ Vergütungsvolumina ~~ens der Grundbeträge gemäß § 4 Abs. (1)~~ (ärztlicher Bereitschaftsdienst und **Notfallbehandlung**) **sowie des Vergütungsvolumens gemäß § 5 Abs. (1) (Labor)** gelten die Regelungen gemäß § 4 Abs. (4) und § 5 Abs. (3).

§ 9 wird wie folgt geändert:

§ 9

Fachärztliches Vergütungsvolumen

Änderung Abs. (1)

- (1) Das fachärztliche Vergütungsvolumen wird gemäß § 3 Abs. (3) unter Berücksichtigung der jeweils gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, **sowie § 3 Abs. (4)**, ermittelt.

Änderung Abs. (2)

- (2) Für Über- und Unterschüsse ~~ders~~ Vergütungsvolumina ~~ens der Grundbeträge gemäß § 4 Abs. (1)~~ (ärztlicher Bereitschaftsdienst und **Notfallbehandlung**) **sowie des Vergütungsvolumens gemäß § 5 Abs. (1) (Labor)** gelten die Regelungen gemäß § 4 Abs. (4) und § 5 Abs. (3).

Änderung Abs. (3)

- (3) Von dem gemäß Abs. (1) und Abs. (2) zur Verfügung stehenden Honorarvolumen wird entsprechend § 3 Abs. ~~(4)~~ **(5)** ein Vergütungsvolumen versorgungsbereichsspezifisch für „genetisches Labor“ gebildet und steht für die Vergütung von Leistungen der Humangenetik (GOP11220, 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) zur Verfügung.

Änderung Abs. (4)

- (4) Von dem unter Berücksichtigung der Absätze (1) bis (3) zur Verfügung stehenden Honorarvolumen wird entsprechend § 3 Abs. ~~(4)~~ **(5)** ein Vergütungsvolumen für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung gebildet und steht für deren Vergütung (Beschluss Bewertungsausschuss/311. Sitzung) zur Verfügung. Der Auszahlungspunktwert ergibt sich aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen dividiert durch die Leistungsanforderungen. Die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung ist mindestens mit dem regionalen Punktwert zu vergüten – das hierfür notwendige Vergütungsvolumen ist den Rückstellungen gemäß Abs. (5) e) zu entnehmen.

Darüber hinaus wird das zusätzliche Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. ~~(5)~~ **(6)** zur Ermittlung des Punktwertzuschlages für die Pauschale fachärztliche Grundversorgung "PFG" herangezogen. Der Punktwertzuschlag ergibt sich aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen, dividiert durch die Leistungsanforderungen der Pauschalen fachärztliche Grundversorgung „PFG“.

Streichung Abs. (5) g)

~~(5) g) Für Leistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes wird ein Vergütungsvolumen bestimmt, welches sich durch die Ermittlung des durch das Vorjahresabrechnungsquartals unter Beachtung der Versichertenentwicklung zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate gesteigerten MGV-Anteils (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBMs, für Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes ergibt. Die Leistungen sollen mit einem regionalen Punktwert vergütet werden.~~

~~Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem fachärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführen. Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine entsprechende Quotierung der Vergütung der Leistungen.~~

Abs. (5) h) wird zu (5) g)

Änderung des HVM in § 5 und § 9 mit Wirkung zum 01.07.2016 infolge der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zu humangenetischen Leistungen

Infolge der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses bzgl. der humangenetischen Vergütung ergaben sich Änderungen der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung in Teil B und Teil E. Diese Anpassungen führen zu Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab. Die Vertreterversammlung beschließt auf Empfehlung des Vorstandes folgende Änderungen des HVM in § 5 und § 9 mit Wirkung zum 01.07.2016:

§ 5 wird wie folgt geändert:

§ 5
Vergütung und Steuerung labormedizinischer Leistungen

Änderung § 5 Abs. (1) dritter Spiegelstrich

- der Kostenerstattung des Kap. 32 **(ohne GOPen 32860 bis 32864)** EBM

§ 9 wird wie folgt geändert:

§ 9
Fachärztliches Vergütungsvolumen

Änderung § 9 Abs. (3)

- (3) Von dem gemäß Abs. (1) und Abs. (2) zur Verfügung stehenden Honorarvolumen wird entsprechend § 3 Abs. (4) ein Vergütungsvolumen versorgungsbereichsspezifisch für „Genetisches Labor“ gebildet und steht für die Vergütung von Leistungen der Humangenetik (GOP ~~11220 11230, 11233 bis 11236~~ **sowie 11320 bis 11322** ~~sowie 32860 bis 32864~~, ~~und~~ Abschnitt 11.4 ~~und~~ **Abschnitt 19.4** EBM) zur Verfügung.

Aus dem Vergütungsvolumen werden die Leistungen der Humangenetik nach GOP 11230, 11233 bis 11236 ~~sowie 11320 bis 11322 sowie 32860 bis 32864~~ und Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM mit dem regionalen Punktwert vergütet. Sollte die Höhe des Vergütungsvolumens nicht ausreichen, erfolgt eine Quotierung. Die Quotierung des regionalen Punktwertes darf die Höhe der durchschnittlichen niedrigsten Auszahlungsquote einer Fachgruppe innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenkontingente nicht unterschreiten.

Sollte das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen für die GOP 11230, 11233 bis 11236 ~~sowie 11320 bis 11322 sowie 32860 bis 32864~~ und Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM nicht ausreichen, ist das hierfür notwendige Vergütungsvolumen aus den Rückstellungen gemäß Abs. (5) e) zu entnehmen. Die Höhe des aus den Rückstellungen zuzuführenden Vergütungsvolumens ist auf den Betrag begrenzt, der eine Vergütung der Leistungen in Höhe der durchschnittlich niedrigsten Auszahlungsquote einer Fachgruppe innerhalb des fachärztlichen Fachgruppenkontingentes garantiert.

Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem fachärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführen.

Im Weiteren wird in der Anlage 3 des HVM (Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V) der bisherige Teil B durch die aktuelle Fassung mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 ersetzt.

Änderung § 9 Abs. (5) c) erster Absatz

- c) Vergütung von pathologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM **(mit Ausnahme des Abschnittes 19.4 EBM)** sowie Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden: Für die Vergütung der pathologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM **(mit Ausnahme des Abschnittes 19.4 EBM)** wird ein Vergütungsvolumen auf der Basis des jeweiligen Vorjahresquartals unter Beachtung der Versichertenentwicklung zzgl. der aktuellen Veränderungsrate zur Verfügung gestellt. Die Leistungen sollen mit dem regionalen Punktwert vergütet werden.

Einführung eines elektronischen Honorarbescheides (eHon)

Die Vertreterversammlung beschließt auf Empfehlung des Vorstandes die Einführung des eHon durch folgende Ergänzung des Honorarverteilungsmaßstabes mit Wirkung zum 01. Juli 2016:

Einführung eines neuen § 17:

§ 17 Honorarbescheid

- (1) **Über die Endabrechnung eines Abrechnungsquartals erhält der Arzt bzw. der Krankenhausträger oder die ärztlich geleitete Einrichtung (im Folgenden Leistungserbringer genannt) einen Honorarbescheid. Dieser kann in papiergebundener Form oder digitalisiert (eHon) versandt werden.**
- (2) **Voraussetzung für die Übersendung/den Erhalt des eHon ist neben einem KV-SafeNet-Zugang eine wirksame Berechtigung/Vollmachterteilung zur Einsichtnahme und Abholung persönlicher Onlinedokumente bzw. des eHon. Jede Praxis (auch Einzelpraxen) muss einen Berechtigten/Bevollmächtigten zur Abholung bestimmen. Leistungserbringer können eine natürliche Person mit dem Formular "Berechtigung" selbst berechtigen. In allen anderen Fällen erfolgt eine Bevollmächtigung mit dem Formular "Vollmachterteilung". Die Bevollmächtigung wird quartalsweise erteilt. Unterquartaltige Bevollmächtigtenwechsel sind nicht möglich. Eine Onlineabholung des eHon ohne Bevollmächtigung ist nicht möglich. Die Benachrichtigung über den abholbereiten eHon erfolgt ausschließlich per E-Mail an den Berechtigten/Bevollmächtigten. Der KV Thüringen muss eine gültige E-Mail-Adresse bekanntgegeben werden. Änderungen oder Wechsel dieser E-Mail-Adresse müssen der KV Thüringen unverzüglich mitgeteilt werden.**
- (3) **In dem Honorarbescheid/eHon ist der Arzt bzw. der Krankenhausträger oder die ärztlich geleitete Einrichtung darauf hinzuweisen, dass die Honoraranforderungen nach Maßgabe der Gebührenordnung unter Anwendung des Honorarverteilungsmaßstabes errechnet und erforderlichenfalls entsprechend berichtigt wurden. Gegen die Richtigkeit der Honorarabrechnung sowie gegen evtl.**

Honorarkorrekturen aufgrund der Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes kann der Arzt bzw. der Krankenhausträger oder die ärztlich geleitete Einrichtung binnen eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der KV Thüringen Widerspruch erheben.

Soweit dem Widerspruch nicht abgeholfen werden kann, entscheidet der Vorstand der KV Thüringen.

- (4) Der eHon gilt am dritten Tag nach Versendung der zugehörigen Informationsmail der KV Thüringen, welche die Bereitstellung des Bescheides im Dokumentencenter in KVTOP anzeigt, als bekanntgegeben.
- (5) Der KV Thüringen bleibt eine nachträgliche Berichtigung der Honorarabrechnung innerhalb von vier Jahren nach Bekanntgabe des Honorarbescheides/eHon vorbehalten (z. B. aufgrund von Anträgen der Krankenkassen auf Berichtigung der Gesamtvergütung, Prüfanträgen gem. § 106a SGB V [ab 01.01.2017 § 106d SGB V]). Um den Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist zu verhindern, hat eine hinreichend deutliche Information an die betroffenen Ärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und Krankenhäuser über den jeweiligen Grund der Verjährungshemmung zu erfolgen.
- (6) Der Honorarbescheid/eHon kann aufgrund der Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes unter Vorbehalt gestellt und/oder mit Nebenbestimmungen versehen werden.
- (7) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist festzustellen, ob bei der KV Thüringen, bei den Prüfungseinrichtungen und/oder Sozialgerichten noch Verfahren anhängig sind, aus denen sich Rückforderungen der KV Thüringen oder Erstattungsansprüche der Krankenkassen ergeben können. Ist dies der Fall, so kann die Auszahlung weiterer Honorare in Höhe der geltend gemachten Gegenforderungen bis zum rechtskräftigen Abschluss der anhängigen Verfahren von einer Sicherheitsleistung abhängig gemacht werden.
- (8) Im Übrigen gelten die gesetzlichen Vorschriften.

Der bisherige § 17 - Inkrafttreten - wird § 18 (neu) - Inkrafttreten.

Ausgefertigt am: 8. Juni 2016

gez. Dr. med. Andreas Jordan
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Abrechnung/Honorarverteilung

Individuelle Punktzahlvolumina bzw. zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Der mit Wirkung ab 01.07.2012 eingeführte Honorarverteilungsmaßstab enthält u. a. die Honorierungsregelungen des individuellen Punktzahlvolumens bzw. der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

Als **Anlage 1** erhalten Sie die für das 1. Quartal 2016 ermittelten durchschnittlichen Punktzahlvolumina je Fachgruppe bzw. zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen zur Kenntnis.

Ihre Ansprechpartner bei Fragen zur

- Umsetzung dieser HVM-Regelung: Christina König, Telefon 03643 559-500
 Claudia Pfeffer, Telefon 03643 559-502
 Cornelia Scholz, Telefon 03643 559-404
 Helmut Schmidt, Telefon 03643 559-411
- Antragsbearbeitung: Claudia Köster, Telefon 03643 559-510
 Katrin Leiner, Telefon 03643 559-509
 Robin Scheffel, Telefon 03643 559-509
 Susann Reise, Telefon 03643 559-508

Überweisungssteuerung mit der AOK PLUS/Techniker Krankenkasse/BARMER GEK

Gleichlautende Vereinbarung zur Überweisungssteuerung mit AOK PLUS und Techniker Krankenkasse jetzt auch mit der BARMER GEK zum 01.04.2016.

Vergütungs- und Abrechnungsmodalitäten:

Abr.-Nr.	Leistungsinhalt/Vergütungsvoraussetzungen	Vergütung
Kategorie A – sehr dringend (spätestens am nächsten Werktag)		
99997A	Überweisender Arzt	6,00 €
99998A	Übernehmender Arzt	16,00 €
Kategorie B – dringend (innerhalb einer Woche – 7 Tage)		
99997B	Überweisender Arzt	5,00 €
99998B	Übernehmender Arzt	12,00 €

- Wichtigste Elemente der Verträge sind die Prüfung der Dringlichkeit der Versorgungsanlässe und die Vereinbarung der dringlichen Termine zwischen den beiden beteiligten Arztpraxen. Die überweisende Arztpraxis muss vor Ausstellung der dringlichen Überweisung einen Termin mit der entsprechenden Arztpraxis vereinbaren. Diese Aufgabe darf nicht auf den Patienten übertragen werden. Die Art und Weise der Terminvereinbarung (per Telefon, E-Mail, Fax etc.) ist dabei nicht festgelegt.
- Erst nach erfolgter Terminvereinbarung mit der entsprechenden Arztpraxis durch die überweisende Arztpraxis wird der Überweisungsschein im Feld „Auftrag“ mit der Abrechnungsnummer 99997A oder 99997B – je nach Kategorie der Dringlichkeit – gekennzeichnet. Die überweisungsannehmende Arztpraxis achtet auf den korrekt ausgefüllten Überweisungsschein. Korrekturen sind nach Rücksprache mit der überweisenden Arztpraxis möglich.
- Die Überweisung wird bei Aufnahme des Patienten in die Praxis-EDV als solche angelegt. Der Überweisungsschein an sich wird wie alle anderen Überweisungen bis vier Jahre nach Bekanntgabe des Honorarbescheides aufbewahrt.
- Der Vertrag zur Überweisungssteuerung erstreckt sich nicht auf die Terminvergabe von Ärzten innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) untereinander.

Ihre Ansprechpartner in der:

Hauptabteilung Vertragswesen: Doreen Lüpke, Telefon 03643 559-131

Hauptabteilung Abrechnung: siehe Tabelle weiter unten auf dieser Seite

Übermittlung von Befundberichten von DMP-Patienten

Aufgrund häufiger Nachfragen zur Übermittlung von Befundberichten möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass der koordinierende Vertragsarzt einen Befundbericht von dem auf seine Überweisung hin tätigen DMP-Arzt zugestellt bekommen muss.

Humangenetik zum 01.07.2016

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat den Beschluss des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der humangenetischen Leistungen in einem Punkt beanstandet. Dies betrifft die Genehmigungspflicht der jeweils zuständigen Krankenkasse der Gebührenordnungspositionen 11449, 11514 und 19425. Dem Bewertungsausschuss wurde aufgegeben, die Genehmigungsrechte und -pflichten mit Wirkung zum 01.07.2016 zu streichen und die Abrechnungsbestimmungen entsprechend anzupassen. Alle anderen Neuerungen wurden nicht beanstandet und können fristgerecht zum 01.07.2016 in Kraft treten.

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

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

Frau Rudolph App. 480 Frau Dietrich App. 494	Frau Skerka App. 456 Frau Grimmer App. 492	Frau Böhme App. 454 Frau Goetz App. 430	Frau Bose App. 451 Frau Reimann App. 452	Frau Schöler App. 437 Frau Stöpel App. 438	Frau Kokot App. 441 Frau 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-Einr. MKG Neurochirurgen Anästhesisten Augenärzte

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

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

- **Medizinprodukte (Anlage V der AM-RL)**

Medizinprodukte mit arzneimittelähnlichem Charakter können nur noch 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. Der G-BA hat mit Wirkung zum 19. Mai 2016 folgende Neuauflagen in der Anlage V beschlossen:

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit bis
OPTYLURON NHS 1,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes	31.12.2016
OPTYLURON NHS 1,4 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes	31.12.2016

Darüber hinaus wurden folgende Änderung beschlossen:

Produktbezeichnung	Befristung der Verordnungsfähigkeit bis	Inkrafttreten des Beschlusses
Z-HYALIN®	01.05.2019	02.05.2016

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

- **Off-Label-Use (Anlage VI der AM-RL)**

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

Ausnahme ist eine Verordnung im Off-Label-Use nach Anlage VI Teil A der AM-RL möglich. Neu aufgenommen wurde hier „**Rituximab beim Mantelzell-Lymphom**“. Den vollständigen Text der Bekanntmachung finden Sie in der Anlage 2 dieses Rundschreibens. Bitte beachten Sie, dass nicht alle Hersteller der entsprechenden Arzneimittel ihre Zustimmung für den Einsatz bei dieser Indikation erteilt haben. Die Bekanntmachung enthält eine Auflistung der verordnungsfähigen Präparate. Der Beschluss trat am 8. Juni 2016 in Kraft.

Die Anlage VI, Teil B führt die im Off-Label-Use ausgeschlossenen Arzneimittel auf. Eine vollständige Auflistung aller derzeit im Off-Label-Use verordnungsfähigen bzw. ausgeschlossenen Arzneimittel und Indikationen finden Sie 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	Zugelassene Anwendungsgebiete*	Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie*
Aflibercept (Eylea®) 19.05.16	Neues Anwendungsgebiet: Behandlung der Visusbeeinträchtigung aufgrund einer myopen choroidalen Neovaskularisation	Ein Zusatznutzen gegenüber Ranibizumab ist nicht belegt. **
Blinatumomab (BLINCYTO®) 02.06.16 Beschluss ist befristet bis 31.12.16	Akute lymphatische Leukämie	Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen – da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassene Anwendungsgebiete*	Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie*
Carfilzomib (Kyprolis®) 02.06.2016 Beschluss ist befristet bis 31.12.17	in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason	Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen – da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Cobimetinib (Cotellic®) 02.06.16	in Kombination mit Vemurafenib bei nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom	Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Vemurafenib als Monotherapie.
Fingolimod (Gilenya) 19.05.16	Neues Anwendungsgebiet: Patienten mit hochaktiver schubförmig-remittierend verlaufender Multipler Sklerose (trotz Behandlung mit einem vollständigen und angemessenen Zyklus mit mindestens einer krankheitsmodifizierenden Therapie)	Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber Interferon-beta-1a oder einer patientenindividuellen Therapie.
Ivacaftor (Kalydeco®) 02.06.16	Erweitertes Anwendungsgebiet (Mukoviszidose durch bestimmte Genmutationen): - Kinder von 2–5 Jahren - Erwachsene ab 18 Jahre	Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen für Kinder von 2–5 Jahren und ein geringer Zusatznutzen für Erwachsene – da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Lumacaftor/Ivacaftor (Orkambi®) 02.06.16	Mukoviszidose bei Patienten ab 12 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind	Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Best supportive care als Vergleichstherapie.
Secukinumab (Cosentyx®) 02.06.16	Neue Anwendungsgebiete: a) als Mono- oder Kombinationstherapie mit Methotrexat bei Psoriasisarthritis, wenn eine vorangegangene Therapie unzureichend war, b) bei ankylosierender Spondylitis (M. Bechterew), wenn eine konventionelle Therapie unzureichend war	a) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt** gegenüber TNF-alpha-Hemmern ggf. in Kombination mit Methotrexat. b) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt** gegenüber TNF-alpha-Hemmern.

* 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.

Die Befristung des Beschlusses zu **Extrakt aus Cannabis sativa** (Wirkstoffkombination Delta-9-Tetrahydrocannabinol und Cannabidiol, Präparat Sativex®) wurde bis zum 01. März 2017 verlängert.

Bundesweite Praxisbesonderheiten

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung gelten als bundeseinheitliche Praxisbesonderheiten folgende Wirkstoffe in den Indikationen in denen der G-BA einen Zusatznutzen festgestellt hat:

Wirkstoff	Praxisbesonderheit für die Indikationen	ab
Abirateronacetat (Zytiga®)	<p>Patienten mit metastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom, die während oder nach einer docetaxelhaltigen Chemotherapie progredient sind und für die eine erneute Behandlung mit Docetaxel nicht mehr in Frage kommt</p> <p>Patienten mit metastasiertem, kastrationsresistenten Prostatakarzinom mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf der Erkrankung nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist</p>	01.10.12
Ataluren (Translarna®)	Dycheenne Muskeldystrophie infolge einer Nonsense-Mutation bei gefährlichen Patienten ab 5 Jahren	01.12.15
Eliglustat (Cerdelga®)	Langzeitbehandlung von erwachsenen Patienten mit Morbus Gaucher Typ 1, die in Bezug auf Cytochrom-P450 Typ 2D6 langsame, intermediäre oder schnelle Metabolisierer sind. (Vor Beginn der Behandlung muss eine Genotypisierung vorgenommen werden, um den Metabolisierungsstatus zu bestimmen.)	01.04.16
Enzalutamid (Xtandi®)	<p>Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet</p> <p>Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist</p>	01.09.14 01.10.15
Nintedanib (Ofev®)	Idiopathische Lungenfibrose	01.01.16
Pirfenidon (Esbriet®)	Leichte bis mittelschwere pulmonale Fibrose bei Erwachsenen	15.09.12
Propranolol (Hemangirol®)	Behandlung proliferativer infantiler Hämangiome, die eine systemische Therapie erfordern, gemäß Fachinformation	15.07.15
Ruxolitinib (Jakavi®)	Krankheitsbedingte Splenomegalie oder Symptome bei Erwachsenen mit primärer Myelofibrose, Post-Polycythaemia-vera-Myelofibrose oder Post-Essentieller-Thrombozythämie-Myelofibrose	15.05.15
Siltuximab (Sylvant®)	Erwachsene mit multizentrischer Castleman-Krankheit, die HIV negativ und HHV-8 (humanes Herpesvirus-8) negativ sind	15.06.15
Ticagrelor (Brilique®)	<p>Instabile Angina pectoris / Myokardinfarkt ohne ST-Streckenhebung (NSTEMI)</p> <p>Myokardinfarkt mit ST-Streckenhebung (STEMI), perkutane Koronarintervention, sofern entweder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten \geq 75 Jahre, die nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung nicht für eine Therapie mit Prasugrel + ASS in Frage kommen oder • Patienten mit transitorischer ischämischer Attacke oder ischämischem Schlaganfall in der Anamnese 	01.01.12

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

Neue Festbeträge für einige Arzneimittelgruppen zum 1. Juli 2016

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben ist der GKV-Spitzenverband verpflichtet, jährlich die Festbeträge zu überprüfen und gegebenenfalls der veränderten Marktlage anzupassen. Der Festbetrag ist so zu ermitteln, dass **mindestens 20 % der Verordnungen und 20 % der Arzneimittelpackungen einer Festbetragsgruppe ohne Aufzahlungen für die Versicherten zur Verfügung stehen**.

Zum 1. Juli 2016 werden die Festbeträge in verschiedenen Arzneimittel-Gruppen abgesenkt. Dies betrifft z. B. inhalative Beta2-Symathomimetika, inhalativ-nasale Glucocorticoide, Kombinationen von Glucocorticoiden mit Beta2-Symathomimetika, Kombinationen von ACE-Hemmern mit Calciumkanalblockern, Protonenpumpenhemmer.

Es gibt bisher keine konkreten Aussagen, bei welchen Präparaten damit höhere Zuzahlungen anfallen. Da aber in jeder Gruppe zuzahlungsfreie Präparate zur Verfügung stehen müssen, können die Patienten ggf. darauf umgestellt werden. Wird dennoch ein Arzneimittel verordnet, dessen Preis den Festbetrag übersteigt, so ist der Arzt gemäß § 73 SGB V verpflichtet, den Patienten auf die Mehrkosten hinzuweisen. Die Verordnungssoftware muss die hierfür erforderlichen Informationen enthalten.

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

Wirkstoff AKTUELL zu Guanfacin

Diesem Rundschreiben liegt als **Anlage 3** eine Information Wirkstoff AKTUELL zu Guanfacin bei. Wirkstoff AKTUELL ist eine Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Rahmen ihrer Aufgabe nach § 73 Abs. 8 SGB V in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV (sowie auch die Krankenkassen und ihre Verbände) haben die Vertragsärzte zur Sicherung der wirtschaftlichen Ordnungsweise über preisgünstige ordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen zu informieren sowie nach dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Hinweise zu Indikation und therapeutischem Nutzen zu geben. Eine **Übersicht** zu den bisher erschienenen Ausgaben finden Sie in **Anlage 4** des Rundschreibens sowie im Internet unter http://www.kbv.de/html/wirkstoff_aktuell.php.

Preisentwicklungen bei den genannten Wirkstoffen/Wirkstoffgruppen seit Erscheinen der jeweiligen Ausgabe sind vom Arzt bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit mit zu berücksichtigen, ebenso wie neuere Erkenntnisse bei der Beurteilung des therapeutischen Nutzens und veränderte Zulassungen.

Ihre Ansprechpartner: Dr. Anke Möckel, Telefon (0 36 43) 5 59-7 63
Dr. Urs Dieter Kuhn, Telefon (0 36 43) 5 59-7 67

Aktuelle Informationen zur Versorgung mit saisonalen Grippeimpfstoffen

Auch für die Impfsaison 2016/2017 haben die Krankenkassen in Thüringen Rabattvereinbarungen für Grippeimpfstoffe für die gesetzlich krankenversicherten Patienten in Thüringen abgeschlossen. Diese betreffen Versicherte ab dem vollendeten 7. Lebensjahr. Alle impfenden Vertragsärzte wurden von der AOK PLUS im Auftrag aller Krankenkassen im Juni über die Gewinner der Impfstoffausschreibungen informiert. Damit steht fest, dass folgende Impfstoffe für die kommende Saison zu verwenden sind:

- **Vaxigrip® 2016/2017 Fertigspritzen ohne Kanüle,**
- **Influvac® 2016/2017 Fertigspritzen mit Kanüle.**

Bitte beachten Sie das folgende Vorgehen zum Impfstoffbezug:

- Bei der Verordnung ist die **Angabe der vollständigen Bezeichnung des Impfstoffes (inkl. Angabe mit bzw. ohne Kanüle)** notwendig.
- Die Verordnung erfolgt als **Sprechstundenbedarf** zu Lasten der AOK PLUS.

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

Wie bisher gelten folgende Grundsätze:

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

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

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

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

Impfstoff gegen Meningokokken B ab September Sprechstundenbedarf

Die Indikationsimpfung gegen **Meningokokken B** ist seit 06.02.2016 **ausschließlich für gesundheitlich gefährdete Personen mit angeborenem oder erworbenem Immundefekt sowie vor Eculizumab-Therapie** gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) vorgesehen. Bisher war der Impfstoff gegen Meningokokken B auch im Indikationsfall als Einzelverordnung auf den Namen des Patienten und zu Lasten der individuellen Krankenkasse zu verordnen. Um dies zu vereinfachen, wurde gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen Folgendes vereinbart:

Ab 1. September 2016 wird der Impfstoff gegen Meningokokken B für die nach der SI-RL benannten Indikationsimpfungen als Sprechstundenbedarf zu Lasten der AOK PLUS bezogen.

Für Reiseimpfungen oder Impfungen als Satzungsleistung einzelner Krankenkassen werden alle Impfstoffe, auch gegen Meningokokken B, weiterhin privat verordnet. Danach kann sich ggf. der Patient zwecks Kostenerstattung direkt an seine Krankenkasse wenden.

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

Qualitätssicherung



Hygiene – Ich mag's rein!

Neue Meldepflicht für antibiotikaresistente Erreger und Arboviren

Zum 1. Mai 2016 ist die „Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage“ (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung) in Kraft getreten.

Damit wurden die Meldepflichten für antibiotikaresistente Erreger verschärft und eine neue Meldepflicht für sog. Arboviren, z. B. das Zika-Virus, eingeführt.

Meldepflichten für Ärzte – meldepflichtig sind:

- der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an zoonotischer Influenza,
- die Erkrankung sowie der Tod an einer Clostridium-difficile-Infektion mit klinisch schwerem Verlauf.

Meldepflichten für Labore – meldepflichtig sind:

- der direkte oder indirekte Nachweis von Chikungunyavirus, Denguevirus, West-Nil-Virus, Zika-Virus und sonstigen Arboviren, soweit der Nachweis auf eine akute Infektion hinweist,
- die direkten Nachweise folgender Krankheitserreger:
 - Staphylococcus aureus, Methicillin-resistente Stämme (MRSA); Meldepflicht für den Nachweis aus Blut oder Liquor,
 - Enterobacteriaceae mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante, mit Ausnahme der isolierten Nichtempfindlichkeit gegenüber Imipenem bei Proteus spp., Morganella spp., Providencia spp. und Serratia marcescens; Meldepflicht bei Infektion oder Kolonisation,
 - Acinetobacter spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante; Meldepflicht bei Infektion oder Kolonisation.

Die aktualisierten Meldeformulare – mit Stand 01.05.2016 – stehen Ihnen für die Meldung von meldepflichtigen Krankheiten gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG und § 1 ThürIfKrMVO (Meldeformular Arztmeldung) sowie zum Nachweis von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG (Meldeformular Labor) im Internetportal des Thüringer Landesamtes für Verbraucherschutz unter <http://www.thueringen.de/th7/tlv/gesundheitschutz/infektionsschutz/epi/> zur Verfügung.

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

Weitere Moderatoren und Tutoren für Qualitätszirkel gesucht

Seit über 20 Jahren entwickeln sich die Qualitätszirkel kontinuierlich als wertvolles Instrument in der Qualitätssicherung und -entwicklung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Insbesondere zum Nachweis wichtiger Verträge, wie dem HzV-Vertrag, den DMP, der Akupunktur und der Onkologie, gewinnen die selbst organisierten Arbeitskreise immer mehr an Bedeutung. Die Reflexion und Weiterentwicklung der ärztlichen Tätigkeit, der Erfahrungsaustausch mit Kollegen, die fachliche Fortbildung sowie die Analyse der eigenen Tätigkeit stehen hierbei im Mittelpunkt.

In Thüringen existieren derzeit 124 Qualitätszirkel, welche durch 127 aktive Moderatoren geleitet werden. Diese sind nach den „Grundsätzen der Arbeit mit Qualitätszirkeln im Bereich der KV Thüringen“ tätig, die den Rahmen der kontinuierlichen, themenzentrierten und erfahrungsbezogenen Gruppenarbeit regelt. Eine große Unterstützung ist hierbei auch das Engagement der derzeit fünf aktiven Tutoren in Thüringen. Diese führen jährliche informative Veranstaltungen zu fachlichen Hintergründen und zum Zwecke der Weiterbildung der Moderatoren durch.

Um diese erfolgreiche Qualitätszirkelarbeit im Bereich der KV Thüringen auch zukünftig weiterzuführen und

den Erhalt dieses wichtigen Instrumentes zu sichern, ist die Gewinnung weiterer Moderatoren und Tutoren notwendig.

Sollten Sie Interesse an der aktiven Qualitätszirkelarbeit haben, würden wir uns über eine Rückmeldung freuen.

Ihre Ansprechpartnerin: Katharina Döllner, Telefon 03643 559-729

Disease-Management-Programme

Nach dem Versand der persönlichen Feedbackberichte an die teilnehmenden Vertragsärzte sind wiederholt einige Fragen in Bezug auf die Auswertungen der Qualitätssicherungsmaßnahmen an die KV Thüringen gerichtet wurden. Die nachfolgenden Hinweise sollen Ihnen noch einmal gezielt Antworten auf die häufig gestellten Fragen geben.

- **Mitbehandlung des diabetischen Fußes – DMP Diabetes mellitus Typ 2**

Hier ist es notwendig, in der Behandlungsplanung „Überweisung an eine qualifizierte Einrichtung für das diabetische Fußsyndrom“ „ja“ und „veranlasst“ anzugeben (da auch hier keine unmittelbare „Eigenüberweisung“ abgefragt wird), wenn Sie selbst als Facharzt der dokumentierende Arzt sind. Bei Fußläsionen Wagner-Stadium 2 bis 5 und/oder Armstrong-Klasse C oder D soll stets eine Überweisung „veranlasst“ werden. Geben Sie in jeder neuen Dokumentation erneut an, dass eine Überweisung an eine qualifizierte Einrichtung für das diabetische Fußsyndrom „veranlasst“ wurde.

- **Überweisung zum Facharzt – DMP COPD**

Wenn Sie selbst als Facharzt der koordinierende und somit dokumentierende Arzt sind, geben Sie bitte im Dokumentationsfeld „COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst“ die Angabe „ja“ an (da keine unmittelbare „Eigenüberweisung“ abgefragt wird). Hier sollte der Übergang von Bedarfstherapie zu Dauertherapie mit „Systemischen Glukokortikosteroiden“ unter „Sonstige diagnosespezifische Medikation“ beachtet werden. Eine Dauertherapie entsprechend der Anlage Qualitätssicherung COPD beginnt, wenn in zwei Dokumentationen hintereinander das Dokumentationsfeld „Systemische Glukokortikosteroide“ mit „ja“ angegeben wurde.

Hinweis, für beide o. g. Überweisungsfälle:

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

- **Schriftlicher Selbstmanagementplan – DMP Asthma bronchiale**

Für die weitere Behandlung sollen Sie gemeinsam mit Ihrem Patienten jährlich einen Behandlungsplan erstellen und Therapieziele vereinbaren. Hierzu zählt insbesondere das Monitoring der Asthmaerkrankung durch die Patienten z. B. durch Peak-Flow-Kontrolle und die Erstellung eines darauf abgestimmten Medikationsplans zum Selbstmanagement, insbesondere für Notfälle. Geben Sie bitte an, ob Sie für Ihren Patienten einen solchen Plan erstellt haben oder nicht. Auch wenn Sie in einem bereits bestehenden Medikationsplan keine Veränderungen vornehmen, dokumentieren Sie unter „Schriftlicher Selbstmanagementplan“ die Angabe „ja“. Sie können für die Erstellung des Selbstmanagementplans ein eigenes Formular verwenden oder im Internet unter www.zi-dmp.de → [Dokumente](#) → [Formales](#) → [Asthma-Selbstmanagementplan](#) ein Formular herunterladen.

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745

Verträge

TK-Vertrag zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung

Neu: Anlage 3 – Ergänzende Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern

Ab 01.07.2016 können die ergänzenden Leistungen wie folgt erbracht werden:

Anspruchsberechtigte Versicherte

- Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, deren TK-versicherte Elternteile an einer Krankheit gemäß Anhang 1 der Anlage 3 zum Vertrag leiden

Teilnahmeberechtigte Therapeuten

- zugelassene, ermächtigte und angestellte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Leistungen/Vergütungen

- Beratung der Familie in maximal zwei Sitzungen à 50 Minuten je Krankheitsfall,
- zusätzlich kann eine flexible Beratung in maximal sechs weiteren Sitzungen je Krankheitsfall mit den Erziehungsberechtigten, anderen engen Bezugspersonen sowie den Kindern angeboten werden.

GO-Nr.	Leistung	Häufigkeit	Vergütung
99598	Erstberatung Familie	bis zu 2 x im Krankheitsfall	je 120 €
99599	Weitere Sitzung	bis zu 6 x im Krankheitsfall	je 100 €

Abrechnung

- Abrechnung erfolgt über den Behandlungsschein des erkrankten TK-versicherten Elternteils,
- der ICD-Code des erkrankten Elternteils gemäß Anhang 1 ist im Kommentarfeld anzugeben,
- Abrechnung der Leistungen über die KV Thüringen im Rahmen der Quartalsabrechnung,
- Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung,
- Abrechnung von Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung am selben Behandlungstag ist ausgeschlossen.

Die Anlage 3 einschließlich Anhang 1 finden Sie im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → [Arzt/Psychoth.](#) → [Verträge](#) → [P](#) → [Patientenorientierte medizinische Versorgung](#) → [TK-Rahmenvertrag](#).

Ihre Ansprechpartner für:

Vertragsfragen: Doreen Lüpke, Telefon: 03643 559-131

Abrechnungsfragen: Gruppenleiter Ihrer Fachgruppe (siehe Tabelle auf Seite 2 dieses Rundschreibens)

Anpassung zum Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie – BAHN-BKK

Der Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie zwischen der BAHN-BKK und der KV Thüringen wurde im Zuge des 1. Nachtrages zum 12.05.2016 angepasst.

Die Anpassung betrifft im Wesentlichen die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der/des Sorgeberechtigten sowie eine Klarstellung zur Beendigung der Vertragsteilnahme. Des Weiteren wurde die Versicherteninformation hinsichtlich der Pflichten sowie der Folgen bei Pflichtverstößen aktualisiert.

Der Vertrag in Form des 1. Nachtrages und die entsprechenden Anlagen finden Sie im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → [Arzt/Psychoth.](#) → [Verträge](#) → [T](#) → [Tonsillotomie](#) → [BAHN-BKK](#).

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Aktualisierte Listen der teilnehmenden BKKn an Thüringer Sonderverträgen

In folgenden Anlagen dieses Rundschreibens sind für das 3. Quartal 2016 die Betriebskrankenkassen aufgeführt, die an den zwischen dem BKK Landesverband Mitte und der KV Thüringen geschlossenen Sonderverträgen teilnehmen:

- **Anlage 5:** Hausarztzentrierte Versorgung, ab 01.01.2008,
- **Anlage 6:** Hautkrebsvorsorge-Verfahren, ab 01.10.2014,
- **Anlage 7:** Starke Kids Thüringen, ab 01.10.2012.

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

SSB-Vereinbarung zu Kontrastmittelbezug ab 01.07.2016

Der 1. Nachtrag zur Sprechstundenbedarfsvereinbarung (SSB-Vereinbarung) für den Freistaat Thüringen vom 16.02.2015 ist von allen Vertragspartnern unterzeichnet. Dieser Nachtrag enthält die Änderungen zum Kontrastmittelbezug gemäß Punkt IV. Nr. 8 der Vereinbarung. Diese werden zum 1. Juli 2016 wirksam.

Seitens der AOK PLUS wurde uns zugesichert, dass alle Ärzte, die bisher mit Kontrastmitteln beliefert wurden, persönlich angeschrieben und über die Änderungen informiert werden.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon: 03643 559-134

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

Der BKK Landesverband Mitte hat uns die am IV-Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmenden Betriebskrankenkassen (inkl. der Betriebskrankenkassen, die an der Zusatzvereinbarung Sonographie teilnehmen) sowie die Perinatalzentren/geburtshilflich-neonatologischen Schwerpunktkrankenhäuser für das **3. Quartal 2016** mitgeteilt. Die Übersicht ist diesem Rundschreiben (Anlage 8) beigefügt.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Alles was Recht ist

Erneute Hinweise zu Muster 1 – Arbeitsunfähigkeit/Krankengeld

Seit dem 01.01.2016 ist die geänderte Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung (Muster 1) gültig. Damit ist auch der sogenannte Auszahlungsschein für das Krankengeld (Muster 17) weggefallen. Dieser ist in die neue AU-Bescheinigung integriert worden.

Liegt ein Krankengeldfall vor, d. h. eine durchgängige Dauer der Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen, ist das Kästchen „ab 7. Woche oder sonstiger Krankengeldfall“ anzukreuzen. In der Regel wird Krankengeld ab der 7. Woche der durchgängigen Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Die Versicherten erhalten daraufhin nach Auskunft der Krankenkasse Krankengeld bis zu dem Datum „Tag der ärztlichen Feststellung“, jedoch keine Vorauszahlung bis zu dem prognostizierten letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Kann im Krankengeldfall eingeschätzt werden, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, sollte das Kästchen „Endbescheinigung“ gekennzeichnet werden. Damit kann vermieden werden, dass sich die letzte Krankengeldzahlung an die betreffenden Versicherten verzögert.

Ihre Ansprechpartnerin: Sabine Zollweg, Telefon 03643 559-144

Verordnung von Osteopathie als Satzungsleistung der Krankenkassen

Zahlreiche Krankenkassen bieten ihren Versicherten Osteopathie als freiwillige Satzungsleistung an. Die Kostenerstattung durch die Krankenkasse setzt meistens eine „ärztliche Veranlassung“ bzw. die Vorlage einer „ärztlichen Bescheinigung“ durch den Versicherten voraus. Damit soll der Arzt – oft auf Wunsch des Versicherten – bestätigen, dass Osteopathie aus ärztlicher Sicht empfohlen und nicht kontraindiziert ist.

Der Vertragsarzt hat keine Verpflichtung zur „Veranlassung“ osteopathischer Leistungen bzw. zur Ausstellung entsprechender Bescheinigungen. Im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit bleibt es jedem Vertragsarzt vorbehalten zu entscheiden, welche Behandlungsmethode zur Anwendung kommen soll. Auch vor haftungsrechtlichen Hintergründen sollte Osteopathie deshalb nur dann veranlasst werden, wenn der veranlassende Vertragsarzt über Kenntnisse zu osteopathischen Verfahren mit Indikationen und Kontraindikationen verfügt.

Osteopathische Leistungen sind keine Kassenleistungen. Damit ist auch die Veranlassung der Osteopathie durch den Vertragsarzt keine vertragsärztliche Leistung und hat durch eine formlose Bescheinigung bzw. Privat Rezept/grünes Rezept zu erfolgen. Die damit im Zusammenhang stehenden ärztlichen Leistungen können ebenfalls nur privat und nicht über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden. Die Kostenerstattung muss der Versicherte selbst mit seiner Krankenkasse klären.

Im Übrigen stellt die Osteopathie eine heilberufliche Tätigkeit dar und kann daher nur durch einen approbierten Arzt bzw. einen Osteopathen mit einer Heilpraktiker-Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz erbracht werden. Jeder Arzt, der osteopathische Verfahren selbst durchführt, muss sicherstellen, dass er dafür ausreichend qualifiziert ist (z. B. abgeschlossene Weiterbildung zum Osteopathen).

Ihre Ansprechpartnerin: Sabine Zollweg, Telefon 03643 559-144

Ärztliche Selbstverwaltung

Vertreterversammlung wählt BFA für angestellte Ärzte

Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen hat jetzt einen Beratenden Fachausschuss (BFA) für angestellte Ärzte. Die Vertreterversammlung wählte am 8. Juni vier Ärztinnen und einen Arzt in das neue Gremium. Sie kommen aus verschiedenen Regionen Thüringens. Zwei der Gewählten arbeiten in einem Krankenhaus-MVZ, eine in einem ärztlichen MVZ, eine in einer Gemeinschaftspraxis und einer in einem Institut für Medizinische Diagnostik (MVZ). Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. med. Andreas Jordan, sagte: „Angestellte Ärzte haben eine zunehmende Bedeutung in der ambulanten Versorgung in Thüringen. Wir wollen sie in unser System der Selbstverwaltung einbinden und können von ihnen lernen. Die Wahl eines Beratenden Fachausschusses für diese Gruppe trägt dem Rechnung.“

Gewählt wurden: Frau Dr. med. Ursula Marangone, Fachärztin für Innere Medizin (SP Pneumologie) aus Nordhausen, Frau Evelyn Matthäus, Fachärztin für Gynäkologie aus Bad Salzungen, Frau Dr. med. Henriette Micke, Fachärztin für Anästhesiologie aus Weimar, Frau Dr. med. Eva-Maria Wendler, Fachärztin für Allgemeinmedizin aus Erfurt und Dr. med. Stephan Wydra, Facharzt für Mikrobiologie aus Jena. Drei weitere Kandidaten wurden als stellvertretende Mitglieder des BFA gewählt.

Vertreterversammlung erinnert an Jubiläum

Die Vertreterversammlung fand auf den Tag genau 25 Jahre nach der Konstituierung der ersten Vertreterversammlung der KV Thüringen als Körperschaft öffentlichen Rechts am 8. Juni 1991 statt. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. med. Andreas Jordan, erinnerte in seiner Begrüßung an das historische Datum für die ärztliche Selbstverwaltung in Thüringen: „Selbstverwaltung ist keine Selbstverständlichkeit“, sagte er und mahnte, nur eine einige und starke ärztliche Interessenvertretung könne dem Vorgaben-Druck aus der Politik widerstehen. Dr. Jordan warnte vor Plänen der Bundesregierung, die Selbstverwaltung „an die kurze Leine zu nehmen“. Es lohne sich, gegen solche Einschränkungen vorzugehen. „Wir müssen dafür Sorge tragen, dass die KV eine selbst verwaltete Institution der Ärzte und Psychotherapeuten bleibt und nicht zu einer Behörde des Staates mutiert. Das Festhalten an der ärztlichen Selbstverwaltung und das Eintreten für die ärztliche Freiberuflichkeit sind unmittelbar miteinander verbunden. Selbstverwaltung verhindert Staatsverwaltung“, sagte Herr Dr. Jordan abschließend und rief die Thüringer Vertragsärzte und -psychotherapeuten zur Teilnahme an der KV-Wahl im September auf.

Bericht des Vorstandes: Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin, aktueller Stand DMP

Die 1. Vorsitzende des Vorstandes der KV Thüringen, Dr. med. Annette Rommel, informierte in ihrem Bericht über die vom GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgeschriebene Einrichtung eines Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin in Thüringen. Das Zentrum wird demnach gemeinsam von der KV, der Landesärztekammer Thüringen und der Landeskrankenhausesellschaft betrieben und an die Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin angegliedert. Wie Frau Dr. Rommel erklärte, bietet die Koordinierungsstelle schon heute den größten Teil der vom Kompetenzzentrum geforderten Leistungen an, d. h. praxisnahe Seminare und ein Mentoringprogramm für Ärzte in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin. Bei den übrigen Aufgaben – sogenannten Train-the-Trainer-Seminaren für Ärzte, die Ärzte in Weiterbildung in ihrer Praxis betreuen, und der wissenschaftlichen Evaluierung – soll das Kompetenzzentrum mit dem Institut für Allgemeinmedizin des Uniklinikums Jena zusammenarbeiten.

Frau Dr. Rommel informierte außerdem über die Eckpunkte der Honorarvereinbarung für 2016, die sich derzeit im Unterschriftenverfahren befindet. Sie sieht eine Erhöhung der MGV um rund 3,4 Prozent vor, was rund 25 Mio. Euro entspricht, sowie mehr Geld für die EGV, z. B. bei den augenärztlichen Grundpauschalen und der Sozialpädiatrie. Sie berichtete über ein Positionspapier der KBV zur Bundestagswahl, das sich für eine stärkere Patientensteuerung ausspricht, sowie über den aktuellen Stand der Arzneimittelinitiative ARMIN.

Der 2. Vorsitzende des Vorstandes der KV Thüringen, Dr. med. Thomas Schröter, informierte über den aktuellen Stand der Verhandlungen mit den Krankenkassen über Probleme bei der Umsetzung von DMP. Die KV habe hier vor allem zwei Punkte angesprochen: sinnvolle Qualitätsziele und zeitnahe Informationen für die teilnehmenden Ärzte über den DMP-Status von Versicherten. Außerdem wurde als Drittes eine Anhebung der Vergütungen thematisiert. Als schwierig stellte sich ein Verfahren heraus, das es den Ärzten ermöglicht, zum Leistungszeitpunkt zu klären, ob ein Patient in DMP eingeschrieben ist oder nicht. Hier sei ein Ausgleichsfonds ins Gespräch gebracht wurden. In der Diskussion warfen Mitglieder der Vertreterversammlung hierzu die Frage auf, inwiefern auch bereits entstandene Honorarausfälle hieraus kompensiert werden können.

Terminservicestelle: Pflicht zur Meldung von Terminen gelockert

Der Hauptgeschäftsführer der KV Thüringen, Sven Auerswald, erstattete einen Sachstandsbericht zur Arbeit der Terminservicestelle. Er sagte, die KV sei hier nicht zuletzt Dank dem Engagement der Ärzte ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachgekommen. Das ändere nichts an der grundsätzlichen Kritik am Konzept der gesetzlichen Terminvermittlung, zumal die Zahl der gültigen Terminanfragen von Patienten auf niedrigem Niveau (rund 60 gesetzeskonforme Anfragen pro Woche) stagniere. Facharzttermine, die über die Terminservicestelle vermittelt werden, machten nach wie vor nur einen Bruchteil der Facharzttermine insgesamt (rund 0,057 Prozent) aus. Relativ am stärksten nachgefragt sind inzwischen Termine bei Neurologen/Psychotherapeuten, gefolgt von Augenarztterminen. Die größte Nachfrage herrsche in den Städten Erfurt und Gera – es handele sich nicht um ein Problem des ländlichen Raumes, sagte Auerswald.

Unverändert rund 60 Prozent der Fachärzte kämen der Aufforderung der KV nach, zwei Termine pro Monat zu melden. Auf Grund der geringen Nachfrage nach Terminen in einigen Facharztgruppen beschloss die Vertreterversammlung, die Pflicht zu Meldung von Terminen für diese Gruppen zu lockern.

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt auf Empfehlung des Vorstandes, für den Zeitraum ab dem 3. Quartal 2016 die Terminmeldungen an die Terminservicestelle an den tatsächlichen Bedarf der Vermittlungen anzupassen.

Für folgende Fachgruppen besteht weiterhin die Verpflichtung, zwei Termine pro Monat für zu vermittelnde Patienten an die Terminservicestelle zu melden:

- Anästhesisten (einschl. Schmerztherapie)
- Augenheilkunde
- Orthopädie/Unfallchirurgie
- Dermatologie

- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt
- Fachärzte für Innere Medizin Schwerpunkt Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin Schwerpunkt Endokrinologie
- Fachärzte für Innere Medizin Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Neurologie

Für folgende Fachgruppen wird die Verpflichtung der Terminmeldungen ausgesetzt:

- Fachärzte für Chirurgie
- Fachärzte für Gynäkologie
- Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Fachärzte für Innere Medizin Schwerpunkt Hämatonkologie
- Fachärzte für Innere Medizin Schwerpunkt Nephrologie
- Fachärzte für Innere Medizin Schwerpunkt Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Radiologie/Nuklearmedizin/Strahlentherapie

Sollte für die vorgenannten Fachgruppen ein Vermittlungersuchen vorliegen, werden sich die Mitarbeiterinnen der Terminservicestelle mit den entsprechenden Praxen telefonisch in Verbindung setzen.

Freiwillige Terminmeldungen an die Terminservicestelle sind jederzeit möglich.

Der Beschluss ergeht mit einer Stimmenthaltung, er erhält die Beschluss-Nr. V 3/25/2016.

Abrechnungsergebnisse für das 4. Quartal 2015

Der Leiter der Stabsstelle Grundsatzfragen Honorar/EBM, Stephan Turk, stellte die Abrechnungsergebnisse des 4. Quartals 2015 vor. Er berichtete, dass im Berichtsquartal durch die Leistungsbedarfssteigerung die Quoten im hausärztlichen Bereich unter 100 Prozent gefallen sind.

Weiterentwicklung des Honorarverteilungsmaßstabes

Der Hauptgeschäftsführer der KV Thüringen, Sven Auerswald, informierte zunächst über die Ergebnisse der Benehmensherstellung mit den Krankenkassen zu den HVM-Änderungen vom 24.02.2016. Die Diskussion und die Beschlussfassung über eine neue Vergütungssystematik für Leistungen der Kapitel 17 und 34 innerhalb der Honorarverteilung wurde auf Antrag von der Tagesordnung gestrichen und bis zur Klausur-Vertreterversammlung im September vertagt.

Die Vertreterversammlung diskutierte anschließend eine erneut die HVM-Änderung in Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes. Hierbei ging es insbesondere um die Schaffung eines separaten Honorartopfes für Notdienst- und Notfallbehandlungen. Die Justiziarin der KV Thüringen, Frau RÄin Bettina Jäger-Siemon, stellte dazu zunächst ein Gutachten von Herrn Prof. Dr. iur. Thomas Clemens, Richter am BSG i. R., zu den Beschlüssen der Vertreterversammlung vom 24.02.2016 zu diesem Thema vor. In diesem Gutachten wurde festgestellt, dass die beschlossene Regelung in § 3 Abs. 4 Satz 2 HVM rechtswidrig und unwirksam ist. Der Beschluss vom 24.02.2016 wurde daraufhin aufgehoben.

BESCHLUSS

Infolge des Gutachtens zur Honorierung der Leistungen im Notfall und im Notdienst in Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes des Herrn Prof. Dr. jur. Thomas Clemens, Richter am Bundessozialgericht i.R., welcher die Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 24.02.2016 mit der Beschlussnummer

V 7/24/2016 in Teilen als rechtswidrig erklärt hat, wird auf Empfehlung des Vorstandes vorgenannter Beschluss aufgehoben.

Der Beschluss ergeht mit zwei Stimmenthaltungen, er erhält die Beschluss-Nr. V 5/25/2016.

Der Vertreterversammlung wurden vom Vorstand anschließend erneut zwei mögliche Alternativen zu Beschlussfassung vorgelegt. Die erste Variante, vorgelegt von der 1. Vorsitzenden, sah eine Bereinigung der Grundbetragsvolumina – hier insbesondere des Vergütungsvolumens für Notfälle außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes – aus dem fachärztlichen Grundbetragsvolumen vor. Die zweite, vorgelegt vom 2. Vorsitzenden, sah die Bildung eines Honorarvolumens für Leistungen der Notfallbehandlung und des Notdienstes nach dem Krankenhausstrukturgesetz ohne Bereinigung der Grundbetragsvolumina im HVM vor. Nach konstruktiver Debatte stimmte die Vertreterversammlung in geheimer Abstimmung für den Antrag von Frau Dr. med. Annette Rommel.

BESCHLUSS

Durch die Änderungen im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) in § 87 b Abs. 1 Satz 3 (neu) SGB V wird § 3, § 4, § 8 sowie § 9 im HVM wie folgt geändert.

Änderung § 87 Abs. 1 Satz 3 (neu):

„Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen, mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen.“

Die Vertreterversammlung beschließt auf Empfehlung des Vorstandes rückwirkend zum 01.01.2016 mit Wirkung bis zum 31.12.2016 folgende Änderung des HVM:

§ 3 wird wie folgt geändert:

§ 3 Verteilung der Gesamtvergütung (MGV)

→ Einfügung neuer Abs. (4)

(4) Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt gem. § 87b Abs. (1) Satz 3 SGB V aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im HVM keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen.

Dieses Volumen wird gebildet aus:

- a) dem Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. (2) Pkt. 2 in Verbindung mit § 3 Abs. (3) – Volumen ärztlicher Bereitschaftsdienst –
- b) dem Vergütungsvolumen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes, welches sich durch die Ermittlung durch das Vorjahresvergütungsvolumen unter Beachtung der zutreffenden Versichertenentwicklung und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültigen Veränderungsrate gesteigerten MGV-Anteils (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen des EBM, für Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes ergibt.

Das Vergütungsvolumen gemäß b) ist dem Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. (2) Pkt. 4 in Verbindung mit § 3 Abs. (3) – Fachärztliches Vergütungsvolumen – zu entnehmen.

→ § 3 Abs. (4) wird zu Abs. (5)

→ § 3 Abs. (5) wird zu Abs. (6)

§ 4 wird wie folgt geändert:

§ 4

Vergütung und Steuerung von Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (organisierter Notdienst) sowie von Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

(1) Leistungen des organisierten Notdienstes und der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser ~~während der Zeiten des organisierten Notdienstes~~ werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. ~~(3)~~ (4) unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet.

(2) Die Abrechnung der im organisierten Notdienst angefallenen Leistungen erfolgt auf der Basis des EBM (gegenüber den Krankenkassen). Arztseitig werden die Leistungen im organisierten Notdienst als Pauschalen vergütet. Die von der KVT ermittelten Pauschalen sind in der Anlage 1 ausgewiesen.

~~Bei Über- bzw. Unterschreitung des Vergütungsvolumens gemäß Abs. (1) erfolgt ggf. eine Anpassung der Pauschalen.~~

(3) ~~Die Abrechnung von Leistungen der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser erfolgt auf der Basis des EBM. während der Zeiten des organisierten Notdienstes werden gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 abgerechnet und vergütet. Die Leistungen werden mit dem regionalen Punktwert vergütet.~~

§ 8 wird wie folgt geändert:

§ 8

Hausärztliches Vergütungsvolumen

→ Änderung Abs. (2)

(2) Für Über- und Unterschüsse ~~des Vergütungsvolumens~~ ~~in~~ ~~den~~ ~~Grundbeträge~~ gemäß § 4 Abs. (1) (ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung) sowie ~~des Vergütungsvolumens gemäß § 5 Abs. (1) (Labor)~~ gelten die Regelungen gemäß § 4 Abs. (4) und § 5 Abs. (3).

§ 9 wird wie folgt geändert:

§ 9

Fachärztliches Vergütungsvolumen

→ Änderung Abs. (1)

(1) Das fachärztliche Vergütungsvolumen wird gemäß § 3 Abs. (3) unter Berücksichtigung der jeweils gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, sowie § 3 Abs. (4), ermittelt.

→ **Änderung Abs. (2)**

(2) Für Über- und Unterschüsse des Vergütungsvolumens ~~in~~ aus den Grundbeträge gemäß § 4 Abs. (1) (ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung) sowie des Vergütungsvolumens gemäß § 5 Abs. (1) (Labor) gelten die Regelungen gemäß § 4 Abs. (4) und § 5 Abs. (3).

→ **Änderung Abs. (3)**

(3) Von dem gemäß Abs. (1) und Abs. (2) zur Verfügung stehenden Honorarvolumen wird entsprechend § 3 Abs. ~~(4)~~ (5) ein Vergütungsvolumen versorgungsbereichsspezifisch für „genetisches Labor“ gebildet und steht für die Vergütung von Leistungen der Humangenetik (GOP11220, 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) zur Verfügung.

→ **Änderung Abs. (4)**

(4) Von dem unter Berücksichtigung der Absätze (1) bis (3) zur Verfügung stehenden Honorarvolumen wird entsprechend § 3 Abs. ~~(4)~~ (5) ein Vergütungsvolumen für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung gebildet und steht für deren Vergütung (Beschluss Bewertungsausschuss/311. Sitzung) zur Verfügung. Der Auszahlungspunktwert ergibt sich aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen dividiert durch die Leistungsanforderungen. Die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung ist mindestens mit dem regionalen Punktwert zu vergüten – das hierfür notwendige Vergütungsvolumen ist den Rückstellungen gemäß Abs. (5) e) zu entnehmen.

Darüber hinaus wird das zusätzliche Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. ~~(5)~~ (6) zur Ermittlung des Punktwertzuschlages für die Pauschale fachärztliche Grundversorgung „PFG“ herangezogen. Der Punktwertzuschlag ergibt sich aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen, dividiert durch die Leistungsanforderungen der Pauschalen fachärztliche Grundversorgung „PFG“.

→ **Streichung Abs. (5) g)**

~~(5) g) Für Leistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes wird ein Vergütungsvolumen bestimmt, welches sich durch die Ermittlung des durch das Vorjahresabrechnungsquartals unter Beachtung der Versichertenentwicklung zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate gesteigerten MGV-Anteils (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBMs, für Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes ergibt. Die Leistungen sollen mit einem regionalen Punktwert vergütet werden.~~

~~Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem fachärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführen. Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine entsprechende Quotierung der Vergütung der Leistungen.~~

→ **Abs. (5) h) wird zu (5) g)**

Der Beschluss ergeht mit 16 Stimmen für den Antrag, 11 Gegenstimmen und einer Stimmenthaltung, er erhält die Beschluss-Nr. V 6/25/2016.

Die Vertreterversammlung beschloss ferner eine Änderung des HVM in § 5 und § 9 mit Wirkung zum 01.07.2016 infolge der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zu humangenetischen Leistungen.

BESCHLUSS

Infolge der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses bzgl. der humangenetischen Vergütung ergaben sich Änderungen der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung in Teil B und Teil E. Diese Anpassungen führen zu Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab. Die Vertreterversammlung beschließt auf Empfehlung des Vorstandes folgende Änderungen des HVM in § 5 und § 9 mit Wirkung zum 01.07.2016:

§ 5 wird wie folgt geändert:

§ 5

Vergütung und Steuerung labormedizinischer Leistungen

Änderung § 5 Abs. (1) dritter Spiegelstrich

- der Kostenerstattung des Kap. 32 (**ohne GOPen 32860 bis 32864**) EBM

§ 9 wird wie folgt geändert:

§ 9

Fachärztliches Vergütungsvolumen

Änderung § 9 Abs. (3)

(3) Von dem gemäß Abs. (1) und Abs. (2) zur Verfügung stehenden Honorarvolumen wird entsprechend § 3 Abs. (4) ein Vergütungsvolumen versorgungsbereichsspezifisch für „Genetisches Labor“ gebildet und steht für die Vergütung von Leistungen der Humangenetik (GOP **11220 11230, 11233 bis 11236 sowie 11320 bis 11322 sowie 32860 bis 32864, und** Abschnitt 11.4 **und Abschnitt 19.4** EBM) zur Verfügung.

Aus dem Vergütungsvolumen werden die Leistungen der Humangenetik nach GOP 11230, 11233 bis 11236 **sowie 11320 bis 11322 sowie 32860 bis 32864, und** Abschnitt 11.4 **und Abschnitt 19.4** EBM mit dem regionalen Punktwert vergütet. Sollte die Höhe des Vergütungsvolumens nicht ausreichen, erfolgt eine Quotierung. Die Quotierung des regionalen Punktwertes darf die Höhe der durchschnittlichen niedrigsten Auszahlungsquote einer Fachgruppe innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenkontingente nicht unterschreiten.

Sollte das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen für die GOP 11230, 11233 bis 11236 **sowie 11320 bis 11322 sowie 32860 bis 32864, und** Abschnitt 11.4 **und Abschnitt 19.4** EBM nicht ausreichen, ist das hierfür notwendige Vergütungsvolumen aus den Rückstellungen gemäß Abs. (5) e) zu entnehmen. Die Höhe des aus den Rückstellungen zuzuführenden Vergütungsvolumens ist auf den Betrag begrenzt, der eine Vergütung der Leistungen in Höhe der durchschnittlich niedrigsten Auszahlungsquote einer Fachgruppe innerhalb des fachärztlichen Fachgruppenkontingentes garantiert.

Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem fachärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführen.

Im Weiteren wird in der Anlage 3 des HVM (Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V) der bisherige Teil B durch die aktuelle Fassung mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 ersetzt.

Änderung § 9 Abs. (5) c) erster Absatz

- c) Vergütung von pathologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM (**mit Ausnahme des Abschnittes 19.4 EBM**) sowie Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden: Für die Vergütung der pathologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM (**mit Ausnahme des Abschnittes 19.4 EBM**) wird ein Vergütungsvolumen auf der Basis des jeweiligen Vorjahresquartals unter Beachtung der Versichertenentwicklung zzgl. der aktuellen Veränderungsrate zur Verfügung gestellt. Die Leistungen sollen mit dem regionalen Punktwert vergütet werden.

Der Beschluss ergeht mit einer Stimmenthaltung, er erhält die Beschluss-Nr. V 7/25/2016.

Schließlich beschloss die Vertreterversammlung die Einführung eines elektronischen Honorarbescheides (eHon). In der vorherigen Debatte erklärte Hauptgeschäftsführer Sven Auerswald, dass die Mitglieder der KV die Möglichkeit erhalten sollen, Ihren Honorarbescheid in elektronischer Form in ihr persönliches Postfach im Sicheren Netz der KVen eingestellt zu bekommen. Die Zustellung in Papierform soll als Option erhalten bleiben.

BESCHLUSS

Die Vertreterversammlung beschließt auf Empfehlung des Vorstandes die Einführung des eHon durch folgende Ergänzung des Honorarverteilungsmaßstabes mit Wirkung zum 1. Juli 2016:

Einführung eines neuen § 17:

§ 17 Honorarbescheid

- (1) Über die Endabrechnung eines Abrechnungsquartals erhält der Arzt bzw. der Krankenhausträger oder die ärztlich geleitete Einrichtung (im Folgenden Leistungserbringer genannt) einen Honorarbescheid. Dieser kann in papiergebundener Form oder digitalisiert (eHon) versandt werden.
- (2) Voraussetzung für die Übersendung/den Erhalt des eHon ist neben einem KV-SafeNet-Zugang eine wirksame Berechtigung/Vollmachterteilung zur Einsichtnahme und Abholung persönlicher Onlinedokumente bzw. des eHon. Jede Praxis (auch Einzelpraxen) muss einen Berechtigten/Bevollmächtigten zur Abholung bestimmen. Leistungserbringer können eine natürliche Person mit dem Formular „Berechtigung“ selbst berechtigen. In allen anderen Fällen erfolgt eine Bevollmächtigung mit dem Formular „Vollmachterteilung“. Die Bevollmächtigung wird quartalsweise erteilt. Unterquartalsige Bevollmächtigtenwechsel sind nicht möglich. Eine Onlineabholung des eHon ohne Bevollmächtigung ist nicht möglich. Die Benachrichtigung über den abholbereiten eHon erfolgt ausschließlich per E-Mail an den Berechtigten/Bevollmächtigten. Der KV Thüringen muss eine gültige E-Mail-Adresse bekanntgegeben werden. Änderungen oder Wechsel dieser E-Mail-Adresse müssen der KV Thüringen unverzüglich mitgeteilt werden.
- (3) In dem Honorarbescheid/eHon ist der Arzt bzw. der Krankenhausträger oder die ärztlich geleitete Einrichtung darauf hinzuweisen, dass die Honoraranforderungen nach Maßgabe der Gebührenordnung unter Anwendung des Honorarverteilungsmaßstabes errechnet und erforderlichenfalls entsprechend berichtigt wurden. Gegen die Richtigkeit der Honorarabrechnung sowie gegen evtl. Honorarkorrekturen aufgrund der Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes kann der Arzt bzw. der Krankenhausträger oder die ärztlich geleitete Einrichtung binnen eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der KV Thüringen Widerspruch erheben.

Soweit dem Widerspruch nicht abgeholfen werden kann, entscheidet der Vorstand der KV Thüringen.
- (4) Der eHon gilt am dritten Tag nach Versendung der zugehörigen Informationsmail der KV Thüringen, welche die Bereitstellung des Bescheides im Dokumentencenter in KVTOP anzeigt, als bekanntgegeben.
- (5) Der KV Thüringen bleibt eine nachträgliche Berichtigung der Honorarabrechnung innerhalb von vier Jahren nach Bekanntgabe des Honorarbescheides/eHon vorbehalten (z. B. aufgrund von Anträgen der Krankenkassen auf Berichtigung der Gesamtvergütung, Prüfanträgen gem. § 106a SGB V [ab 01.01.2017 § 106d SGB V]). Um den Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist zu verhindern, hat eine hinreichend deutliche Information an die betroffenen Ärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und Krankenhäuser über den jeweiligen Grund der Verjährungshemmung zu erfolgen.

- (6) Der Honorarbescheid/eHon kann aufgrund der Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes unter Vorbehalt gestellt und/oder mit Nebenbestimmungen versehen werden.
- (7) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist festzustellen, ob bei der KV Thüringen, bei den Prüfungseinrichtungen und/oder Sozialgerichten noch Verfahren anhängig sind, aus denen sich Rückforderungen der KV Thüringen oder Erstattungsansprüche der Krankenkassen ergeben können. Ist dies der Fall, so kann die Auszahlung weiterer Honorare in Höhe der geltend gemachten Gegenforderungen bis zum rechtskräftigen Abschluss der anhängigen Verfahren von einer Sicherheitsleistung abhängig gemacht werden.
- (8) Im Übrigen gelten die gesetzlichen Vorschriften.

Der bisherige § 17 – Inkrafttreten – wird § 18 (neu) – Inkrafttreten.

Der Beschluss ergeht mit einer Stimmenthaltung, er erhält die Beschluss-Nr. V 8/25/2016.

Finanzierung der Förderung der ambulanten Weiterbildung

Die Vertreterversammlung verständigte sich schließlich darauf, die Fragen der Finanzierung der Förderung der ambulanten Weiterbildung in der Klausur-Vertreterversammlung im September zu beraten.

Die nächste Vertreterversammlung findet am 10.09.2016 in Eisenach statt.

Informationen

Ihre Ansprechpartner in der KV Thüringen

Unter dieser Überschrift stellen wir Ihnen im zweimonatigen Rhythmus Mitarbeiter der Geschäftsstelle der KV Thüringen vor, mit denen Sie als Mitglieder in Kontakt kommen. Heute:

Die Praxisberater der KV Thüringen

Die Praxisberater sind Ihre Ansprechpartner beim Einstieg in die ambulante ärztliche Versorgung in Thüringen, bei vielen Fragen während der Tätigkeit und schließlich auch beim Ausstieg. Zu ihren Aufgaben gehören die Beratung in Zulassungs-, Niederlassungs- und Praxisabgabeangelegenheiten, die betriebswirtschaftliche Beratung und die Beratung zu Fragen der Berufsausübung und zu Kooperationsformen. Auch über Fördermöglichkeiten bekommen Sie hier Auskunft. Die Praxisberater führen im Durchschnitt etwa 800 umfassende Beratungen im Jahr durch. Für Einsteiger in die ambulante ärztliche Versorgung in Thüringen halten sie Checklisten bereit. Vertragsärzten und Psychotherapeuten, die ihren Sitz abgeben möchten, wird empfohlen, rechtzeitig mit ihnen Kontakt aufzunehmen. Am 24. September treffen Sie die Praxisberater wieder zum alljährlichen Praxisabgeber- und Existenzgründertag.



Ihre Ansprechpartner (v. li.): Ronald Runge, Mabel Kirchner, Peter Hedt – fragen Sie uns!

Wichtiger Hinweis zur Terminservicestelle

Ab dem **01.07.2016** wird die Verpflichtung, der Terminservicestelle monatlich zwei Termine zu melden, für bestimmte Fachgruppen ausgesetzt. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem Bericht zur Vertreterversammlung vom 8. Juni 2016 in der Rubrik „Ärztliche Selbstverwaltung.“

Hinweis zum Rundschreiben 5/2016

Beim Versand des Rundschreibens 5/2016 haben wir vesehentlich eine veraltete Adressliste genutzt. Daher haben einige von Ihnen das Rundschreiben nicht an die korrekte Adresse erhalten. Wir bitten dies zu entschuldigen.

Falls Sie das Rundschreiben 5/2016 gar nicht erhalten haben, können Sie es sich im Internet herunterladen: www.kvt.de → [Medien](#) → [Publikationen](#) → [Rundschreiben/Archiv](#) → [Jahr 2016](#) → [Rundschreiben 5/2016](#). Wenn Ihnen das nicht möglich ist, schreiben Sie uns bitte an info@kvt.de.

Information der INTER Versicherungsgruppe

Diesem Rundschreiben ist eine Information der INTER Versicherungsgruppe beigelegt. Sie ist dem Thema „Warum eine Praxisausfallversicherung“ gewidmet.

Termine zur Abrechnungsannahme für das 2. Quartal 2016

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

01.07. bis 10.07.2016

Seit dem 20.07.2015 ist das Mitgliederportal KVTOP ausschließlich über das Sichere Netz der KVen (Zugang via KV-SafeNet¹) zu erreichen.

Sie können die Abrechnungsdatei auch vor dem 01.07.2016 einreichen und müssen dies der KV Thüringen auch nicht melden. Bitte beachten Sie jedoch, dass bei Einreichungen vor den o. g. Terminen der vollständige Betrieb des Portals nicht rund um die Uhr gewährleistet werden kann.

Ihre Ansprechpartner für die Übermittlung mittels KV-SafeNet¹:

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

Die nachfolgenden Termine beziehen sich auf die **Annahme der Abrechnungsunterlagen und dem Zugang zu den Datenträgerterminals in der KV Thüringen:**

Freitag: 01.07.2016 08:00 – 17:00 Uhr
Montag bis Donnerstag: 04.07.2016 bis 07.07.2016 08:00 – 17:00 Uhr

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

Achtung!

Zu einer kompletten Quartalsabrechnung gehören auch die **Abrechnungs-Sammelerklärung** sowie die **Fallzusammenstellung/Fallstatistik**. Bitte beachten Sie, dass auch die Papierunterlagen zeitnah zu uns geschickt werden. Bitte achten Sie außerdem darauf, die Abrechnungs-Sammelerklärung zu unterschreiben und mit Ihrem Vertragsarztstempel abzustempeln.

Ihre Ansprechpartnerin bei Verlängerung der Abgabefrist: Katrin Kießling,

Telefon 03643 559-422
Telefax 03643 559-491
E-Mail abrechnung@kvt.de

¹ Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

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 10 07 40, 07740 Jena
Telefon: 03641 614-142, -143, -145; Telefax: 03641 614-149
E-Mail: akademie@laek-thueringen.de

▪ **Intensiv-Weiterbildungskurs für Innere Medizin zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung**

Termin: 05.–09.09.2016
Ort: Universitätsklinikum, Erlanger Allee 101, Jena
Leitung: Dr. med. Carsten Schmidt, Jena
Gebühr: 400 Euro
Zertifizierung: 40 Punkte, Kategorie A

▪ **Kinder- und Jugendpsychiatrischer Fortbildungstag**

Störungen des Sozialverhaltens, Dissozialität und Gewalt – Interventionen in Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe

Termin: 10.09.2016, 10:00 Uhr
Ort: Hörsaal „alte Chirurgie“, Universitätsklinikum Jena, Bachstraße 18, Jena
Leitung: Dr. med. Ekkehart Englert, Erfurt
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

▪ **Seminarreihe Arzt und Recht „Freiheitsentziehende Maßnahmen“**

- Einführung in die Problematik freiheitsentziehender Maßnahmen aus ärztlicher Sicht: Dr. med. Sabine Köhler
- Gesetzliche Grundlagen: Rechtsanwältin Angelika Kellner
- Medikamentöse Behandlungen/Behandlungen mit Psychopharmaka: Dr. med. Sabine Köhler, Rainer Heide
- Freiheitsentziehende Maßnahmen und Alternativen: Angela Börner, Evelyn von Chamier

Termin: 14.09.2016, 15:00 Uhr
Ort: Hörsaal „alte Chirurgie“ Universitätsklinikum Jena, Bachstraße 18, Jena
Leitung: Dr. med. Sabine Köhler, Jena
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

▪ **Fortbildungstag Laboratoriumsmedizin Gerinnungsdiagnostik: Vom Thrombozytenhemmer bis zu den neuen oralen Antikoagulantien**

Termin: 17.09.2016, 09:00 Uhr
Ort: Augustinerkloster, Augustinerstraße 10, Erfurt
Leitung: Dr. med. habil. Hans-Jürgen Wolff, Arnstadt
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

▪ 13. Suchtmedizinischer Fortbildungstag

Termin: 17.09.2016, 09:00 Uhr
Ort: Hörsaal „alte Chirurgie“ Universitätsklinikum Jena, Bachstraße 18, Jena
Leitung: Dr. med. Katharina Schoett, Mühlhausen
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 6 Punkte, Kategorie A

▪ Hygienebeauftragter Arzt – 40-Stunden-Kurs (Modul I der Strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene)

Termine: 1. Teil: 29.09.–01.10.2016
2. Teil: 14.10.–15.10.2016
Ort: Universitätsklinikum, Erlanger Allee 101, 07747 Jena
Leitung: Dr. med. Ute Helke Dobermann, Prof. Dr. med. Wolfgang Pfister, Dr. med. Stefan Hagel, Prof. Dr. med. Margarete Borg-von Zepelin
Gebühr: 500 Euro
Zertifizierung: 40 Punkte, Kategorie H

▪ 26. Seminar Medizin in der Literatur: „Kindeswohl“ von Ian McEwan

Termin: 19.10.2016 17:00 Uhr
Ort: Senatssaal FSU, Schloßgasse 1, 07743 Jena
Leitung: Prof. Dr. phil. Dietrich von Engelhardt, Karlsruhe
Gebühr: gebührenfrei

▪ Medizinethik im Islam – Umgang mit Muslimen

(eine Veranstaltung des Bildungshauses St. Ursula in Kooperation mit der Landesärztekammer Thüringen)

Termin: 24.10.2016, 09:00–17:00 Uhr
Ort: Bildungshaus St. Ursula, Trommsdorffstraße 29, 99084 Erfurt
Referenten: Dr. phil. Martin Kellner, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Islamische Theologie der Universität Osnabrück, Hubertus Staudacher, Islambeauftragter des Bistums Erfurt
Gebühr: bitte erfragen
Zertifizierung: 8 Punkte, Kategorie A
Anmeldung: Dr. Martin Reiß, pädagogischer Mitarbeiter im Bildungshaus St. Ursula, Erfurt
0361 60114-0 oder verwaltung@bildungshaus-st-ursula.de

▪ Drogennotfälle

Termin: 26.10.2016 16:00 Uhr
Ort: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, Weimar
Leitung: PD Dr. med. Michael Kretzschmar, Gera
Gebühr: 45 Euro
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

▪ Burnout-Prophylaxe für Ärzte

- Das Entstehen von Burnout im Beruf
- Gesundheit im Ärzteberuf
- Strategien für ein gesundes Ärzteleben
 - Umgang mit Strukturen
 - Umgang mit Gelerntem

- Gesundheit im Ärzteberuf/Strategien (Fortsetzung)
 - Antworten auf Lebensfragen
 - Ausgleichs- und Schutzoptionen
- Gesundheit im Ärzteberuf/Strategien (Fortsetzung)
 - Zirkuläre Einflussfaktoren beachten
 - Mögliche Unterstützungsoptionen
- Zusammenfassung – gesund bleiben und Burnout verhindern
- Erste persönliche Schritte zu mehr Gesundheit im Beruf

Termin: 28.10.2016, 10:00 Uhr
 Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
 Leitung: Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Berlin
 Gebühr: 120 Euro
 Zertifizierung: 10 Punkte, Kategorie C

▪ **Curriculare Fortbildung Geriatrische Grundversorgung**

Termine: Teil 1: 02.–05.11.2016
 Teil 2: 25.–28.01.2017
 Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, Weimar
 Leitung: Dr. med. Joachim Zeeh, Meiningen
 Gebühr: 600 Euro
 Zertifizierung: 30 Punkte, Kategorie H

Save the date!

**4. Thüringer
 Kinderschutzkonferenz
 am 21.09.2016 in Jena**

im Hörsaal des Univesitätsklinikums

Eine Veranstaltung der Thüringer Ambulanz für Kinder-Schutz TAKS
 in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Thüringen
 und dem Universitätsklinikum Jena

Das Bild hat immer das letzte Wort – Michael Geyersbach – Bildender Künstler

Der Künstler Michael Geyersbach, der seit 1983 in Weimar lebt und arbeitet, zeigt in der Landesgeschäftsstelle der KV Thüringen grafische Arbeiten mit konzeptuellem Hintergrund. In einem kurzem Interview möchte ich Ihnen den Künstler vorstellen.

Was ist dein künstlerisches Markenzeichen?

Der Titel meiner Ausstellung „Das Bild hat immer das letzte Wort“ beschreibt mein Interesse am Wechselspiel von Text und Bild. Zeichnen ist ein Gespräch zwischen Kopf und Hand. Beim Schreiben dagegen dirigiert der Kopf die Hand. Im normalen Leben sind Bild und Schrift fein säuberlich getrennt, was für eine zweifelsfreie Kommunikation gut ist. In meiner künstlerischen Arbeit unterwandere ich das, indem ich Formen schreibe und Worte zeichne. Dieser Prozess, der Bild und Wort sichtbar verbindet, kann in wenigen Minuten abgeschlossen sein oder einige Tage dauern. Ich nutze traditionelle Techniken und neue Medien.

Wie arbeitest du?

Es beginnt mit Farbstiften, Pinsel, Tusche und Aquarellfarben auf losen Blättern, die gern schon Gebrauchsspuren haben dürfen. Fundstücke aus der Natur, Schnipsel anderer Zeichnungen und Zufallsfunde aus der Papiertonne kommen hinzu. Thematische Zeichnungsserien entstehen, die zu Skizzenbüchern zusammengefasst werden. Wie die Aussaatschalen eines Gärtners sind die Bücher der Ort, wo keimt, was sich später zu großformatigen Objekten entwickeln kann. Mit dem Unterschied, dass die Skizzenbücher im ursprünglichen Zustand erhalten und für Kunstliebhaber interessant bleiben. Ihre Präsentation in Ausstellungen ist jedoch selten. Der Nährboden für meine Arbeit ist mein Interesse an klassischer und moderner Literatur, Musik und Kunst und die inspirierende Zusammenarbeit mit anderen Künstlern.

Wie nutzt du deine Skizzenbücher?

Es gibt ganz verschiedene Möglichkeiten. Entweder zeichne und collagiere ich weiter über die gescannten und gedruckten Zeichnungen. Oder ich transformiere sie im Computer zu großformatigen Grafiken, die für den öffentlichen Raum auf Folie, Spezialpapier oder Spiegel gedruckt werden (Beispiele: Parkhaus Weimarhalle, Haus der sozialen Dienste Erfurt, Museum für Junge Kunst Frankfurt/Oder). In zunehmendem Maße sind die Zeichnungen auch Teil meiner Videoinstallationen, die in Performances mit Musikern national und international aufgeführt werden (<http://reformation-cities.org>).

Das Besondere der 3. Ausstellungsreihe 2016 in der Landesgeschäftsstelle der KV Thüringen ist die Möglichkeit, dass Besucher im Rahmen der Vernissage für wenige Stunden in den originalen Skizzenbüchern von Michael Geyersbach blättern können.

Zu dieser interessanten Ausstellung **vom 03.07. bis 19.09.2016** und zur Vernissage am Sonntag, dem 03.07.2016, um 11:00 Uhr im Foyer der KV Thüringen laden wir Sie herzlich ein.



Das Interview führte Carola-Manuela Riemer mit dem Künstler Michael Geyersbach

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

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

für das Quartal 1/2016

Fachgruppe	durchschnittl. PZV	durchschnittl. relevante Fallzahl
Hausärzte	373.990	1.073
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	329.588	1.095
Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie	105.301	309
Fachärzte für Augenheilkunde	537.258	1.621
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	364.081	910
Fachärzte für Frauenheilkunde	298.325	1.030
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	550.470	1.274
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	369.700	1.552
Fachärzte für Humangenetik	727.092	353
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	610.998	1.127
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13300 bis 13311 EBM)	857.768	1.097
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13400 bis 13431 EBM)	462.631	895
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13500 bis 13502 EBM)	851.658	754
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13550 bis 13561 EBM)	1.116.362	1.464
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13650 bis 13670 EBM)	1.088.705	1.681
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13700 bis 13701 EBM)	298.800	874
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13600 bis 13621 EBM)	50.016	238
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	483.857	364
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	29.193	174
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte, mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie (GOP 35200 bis 35225 EBM)	605.345	992

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

Fachgruppe	durchschnittl. PZV	durchschnittl. relevante Fallzahl
Fachärzte für Nuklearmedizin	833.450	797
Fachärzte für Orthopädie	546.861	1.387
Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Radiologie	1.556.276	1.889
Fachärzte für Urologie	452.879	1.357
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	377.552	567
Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM	121.101	222
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin	14.110	552
Fachärzte für Strahlentherapie	49.505	120

Stand: 24.05.2016

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen nach § 13 HVM
für das Quartal 1/2016

Fachgruppe	Kapazitätsgrenzen in Minuten
ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	3.634
psychologische Psychotherapeuten	3.225
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	3.702
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	6.356

Stand: 24.05.2016



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage VI – Off-Label-Use Teil A Ziffer XXVI Rituximab beim Mantelzell-Lymphom

Vom 17. März 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. März 2016 beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Dezember 2008 / 22. Januar 2009 (BAnz. Nr. 49a vom 31. März 2009), zuletzt geändert am 17. März 2016 BAnz AT 18.05.2016 B2, wie folgt zu ändern:

- I. Der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie wird in Teil A eine Ziffer XXVI. wie folgt angefügt:
 - „1. Hinweise zur Anwendung von Rituximab beim Mantelzell-Lymphom gemäß § 30 Absatz 2 AM-RL:
 - a) Nicht zugelassenes Anwendungsgebiet (Off-Label-Indikation):
Mantelzell-Lymphom
 - b) Behandlungsziel:
Chemoimmuntherapie zur Verlängerung der Überlebenszeit
 - c) Folgende Wirkstoffe sind zugelassen:
Temsilimus und Ibrutinib
allgemein für Non-Hodgkin-Lymphom zugelassen z.B.: Prednison, Prednisolon, Vincristin, Chlorambucil, Cyclophosphamid, Vinblastin, Doxorubicin
 - d) Spezielle Patientengruppe:
Alle Patienten mit histologisch gesichertem Mantelzell-Lymphom, bei denen eine Indikation für systemische zytostatische Chemotherapie besteht, in der Regel Stadium II bis IV nach Ann Arbor.
Patienten/innen mit deutlich reduziertem Allgemeinzustand (3 oder 4 nach ECOG) wurden in die Studie des Europäischen Mantelzelllymphomnetzwerkes zur Erstlinientherapie mit R-CHOP (Rituximab, Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison) nicht eingeschlossen, so dass bei diesen Patienten eine unzureichende Erfahrung in der Anwendung von R-CHOP besteht und eine sorgfältige Nutzen-Schaden-Abwägung und Aufklärung empfohlen wird.
 - e) Patienten, die nicht behandelt werden sollten:
Die in der Fachinformation in Nummer 4.3 genannten Gegenanzeigen beim Non-Hodgkin-Lymphom sind zu beachten:
 - Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, eines der sonstigen Bestandteile oder gegen Mäuseproteine,

BAnz AT 07.06.2016 B1

- aktive schwere Infektion,
- Patienten mit stark geschwächter Immunabwehr.

Eine Lebensverlängerung durch Rituximaberhaltungstherapie wurde ausschließlich im Vergleich zu Interferon α (Kluin-Nelemans HC et al., 2012) in der Erstlinie nach R-CHOP bei Erreichen einer Remission nachgewiesen. Die lebensverlängernde Wirksamkeit scheint von der Art der Induktionschemotherapie und möglicherweise auch von der Therapielinie abzuhängen. Bei anderen als der in Buchstabe f) Dosierung genannten Fallkonstellationen wird deshalb eine Rituximaberhaltungstherapie nicht empfohlen.

f) Dosierung:

Erstlinientherapie

Rituximab sollte bei nicht mit Chemotherapie vorbehandelten Patienten in Kombination mit dem CHOP-21-Chemotherapieprotokoll eingesetzt werden: Cyclophosphamid 750 mg/m^2 , Doxorubicin 50 mg/m^2 , Vincristin $1,4 \text{ mg/m}^2$ (Maximum 2 mg); alle intravenös Tag 1 und Prednison 100 mg oral Tag 1-5, Zykluswiederholung Tag 22 für maximal 8 Zyklen. Rituximab 375 mg/m^2 i. v. (Maximum 750 mg) sollte innerhalb von 24 Stunden vor Beginn jedes CHOP-Chemotherapiezyklus verabreicht werden (R-CHOP). Zykluswiederbeginn ist Tag 22, maximal 8 Zyklen.

Patienten im Alter ab 65 Jahren oder jüngere Patienten, die für eine Konsolidierung mit Hochdosischemotherapie und autologer Stammzelltransplantation nicht geeignet sind, sollten bei Erreichen einer kompletten oder partiellen Remission nach einer Induktionstherapie mit R-CHOP in der Erstlinie eine Erhaltungstherapie mit Rituximab 375 mg/m^2 alle 2 Monate bis zum Lymphomprogress erhalten. Patienten, die nicht älter als 65 Jahre sind und bei denen eine Konsolidierung mit Hochdosischemotherapie und autologer Stammzelltransplantation geplant ist, sollten nur 6 Zyklen Chemotherapie erhalten, z.B. 6 x R-CHOP 21.

Zweitlinientherapie

Im Falle eines Rezidivs bzw. Progresses sollte (erneut) Rituximab mit Chemotherapie kombiniert werden. Dabei sollte ein Phase 3-geprüftes Protokoll eingesetzt werden, z. B. nach R-CHOP-Vorbehandlung als Zweitlinientherapie R-FCM:

Fludarabin 25 mg/m^2 Tag 1 bis 3 intravenös über 30 Minuten, Cyclophosphamid 200 mg/m^2 Tag 1 bis 3 intravenös über 4 Stunden und Mitoxantron 8 mg/m^2 Tag 1 intravenös über 30 Minuten. Zykluswiederholung Tag 29 für insgesamt 4 Zyklen. Rituximab 375 mg/m^2 i. v. (Maximum 750 mg) sollte innerhalb von 24 Stunden vor Beginn des FCM-Chemotherapiezyklus verabreicht werden (R-FCM).

Allgemeine Hinweise zur Anwendung von Rituximab:

Bei Patienten mit hoher Tumorzellmasse und Gefahr eines Tumorlysesyndroms sollte Rituximab immer im Abstand von 24 Stunden vor Chemotherapiebeginn verabreicht werden. Bei Auftreten eines bedrohlichen Tumorlysesyndroms sollte der Beginn der Chemotherapie bis zur Beherrschung des Tumorlysesyndroms ausgesetzt werden.

Bei Anwendung des Medikaments sind sämtliche in der Fachinformation in Nummer 4.2 zur Dosierung, Art und Dauer der Anwendung enthaltene Hinweise für die Indikation „Non-Hodgkin-Lymphom“ zu beachten. Insbesondere sollte bei erster Gabe von Rituximab die Infusionsgeschwindigkeit in den ersten 30 Minuten 50 mg/h nicht überschreiten und bei guter Verträglichkeit nur langsam (um jeweils 50 mg/h) alle 30 Minuten bis maximal 400 mg/h gesteigert werden.

g) Behandlungsdauer, Anzahl der Zyklen:

Je nach Chemotherapieprotokoll beträgt das Zyklusintervall 3 (z. B. CHOP) bzw. 4

BAnz AT 07.06.2016 B1

(z. B. FCM) Wochen. Vom CHOP-Protokoll werden in der Regel 6 (bei nachfolgender Hochdosistherapie und autologer Stammzelltransplantation), sonst maximal 8 Zyklen und vom FCM-Protokoll in der Regel 4 Zyklen verabreicht.

- h) Wann sollte die Behandlung abgebrochen werden?
Falls es unter Chemoimmuntherapie zu einem Lymphomprogress kommt, sollte die Behandlung aufgrund unzureichender Wirksamkeit vorzeitig abgebrochen werden und ggf. auf ein anderes Therapieprotokoll umgestellt werden. Die Erhaltungstherapie mit Rituximab in der Erstlinie nach R-CHOP wird bis zum Lymphomprogress fortgesetzt.
- i) Nebenwirkungen/Wechselwirkungen, wenn diese über die zugelassene Fachinformation hinausgehen oder dort nicht erwähnt sind:
Es wird auf die Fachinformation verwiesen. Es sind die gleichen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen zu erwarten wie bei der Behandlung von Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie, follikulären Lymphomen oder CD20-positiven, diffusen, großzelligen B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphomen.
Bei Rituximaberhaltungstherapie besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko. Patienten sollten engmaschig überwacht werden und bei Fieber oder anderen Symptomen, die auf eine beginnende Infektion hinweisen, umgehend und sorgfältig untersucht werden, um eine Infektion ggf. frühzeitig sichern und behandeln zu können. Nach der Berufsordnung der Ärzte sind Verdachtsfälle von Nebenwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) bzw. der zuständigen Bundesoberbehörde zu melden. Dies gilt auch für Arzneimittel, die im Off-Label-Use eingesetzt werden. Auch für Patienten besteht die Möglichkeit, Nebenwirkungen direkt an die Bundesoberbehörden zu melden.
- j) Weitere Besonderheiten:
Keine Angaben
- k) Zustimmung der pharmazeutischen Unternehmer:
Die folgenden pharmazeutischen Unternehmer haben für ihre Rituximab-haltigen Arzneimittel eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:
AASTON HEALTHCARE GmbH, ACA Müller ADAG Pharma AG, adjupharm GmbH, axicorp Pharma B.V., Haemato PHARM GmbH, kohlpharma GmbH, Lunapharm Deutschland GmbH, MEDICOPHARM AG, Orifarm GmbH, propharmed GmbH und Roche Registration Ltd.
Nicht verordnungsfähig sind in diesem Zusammenhang die Rituximab-haltigen Arzneimittel der Abacus Medicine A/S, Cancernova GmbH, Canoma Pharma GmbH, CC Pharma GmbH, EMRAmed Arzneimittel GmbH, EurimPharm Arzneimittel GmbH, European Pharma B.V. und EURO RX Arzneimittel GmbH, da keine entsprechende Erklärung vorliegt.

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

BAnz AT 07.06.2016 B1

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

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

Berlin, den 17. März 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Wirkstoff AKTUELL

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



Guanfacin

Die wichtigsten Fakten auf einen Blick (Drug Facts)

- Indikation:** Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6–17 Jahren, für die eine Behandlung mit Stimulanzien nicht in Frage kommt oder unverträglich ist oder sich als unwirksam erwiesen hat.
- Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise:** Medikamentöse Behandlung von Patienten mit ADHS im Kindes- und Jugendalter nur im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts. Mittel der ersten Wahl ist Methylphenidat (MPH). Bei unzureichendem Ansprechen auf MPH oder Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten kann eine Umstellung auf ein anderes Stimulans (Dexamfetamin bzw. Lisdexamfetamin) oder auf Atomoxetin erfolgen. Evidenzbasierte Daten für eine Überlegenheit eines Wirkstoffs gegenüber dem anderen liegen nicht vor. Guanfacin darf nur dann eingesetzt werden, wenn der Behandlungserfolg nach Therapieversuchen mit MPH, Dexamfetamin oder Lisdexamfetamin ausgeblieben ist oder wenn Stimulanzien nicht vertragen werden. Bei Erwägung des Einsatzes gegenüber den bestehenden Alternativen muss das hohe Nebenwirkungspotenzial berücksichtigt und der Einsatz sorgfältig abgewogen werden.
- Wirkungsweise:** Guanfacin ist ein zentralwirksamer α_{2A} -Adrenorezeptor-Agonist, der bevorzugt auf die im Gehirn vorherrschenden α_{2A} -adrenergen Rezeptoren wirkt. Durch die erhöhte α_{2A} -adrenerge Signalübertragung im zentralen Nervensystem scheint Guanfacin das Arbeitsgedächtnis und die Aufmerksamkeit zu verbessern.
- Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Wirkstoff oder sonstige Bestandteile des Fertigarzneimittels.
- Warnhinweise:** Sehr häufige unerwünschte Wirkungen sind u. a. Somnolenz und Ermüdung, häufige Sedierung, Blutdruckabfall, Bradykardie und Synkopen. Zudem kann eine Verlängerung der QTc-Zeit auftreten. Cave Blutdruckanstieg bei abruptem Absetzen. Erhöhte Exposition bei gleichzeitiger Einnahme einer fettreichen Mahlzeit. Kontrollen von Körpergröße, Körpergewicht und BMI wegen möglicher Gewichtszunahme.
- Kosten:** Die Kosten einer Behandlung mit Guanfacin betragen jährlich 1203–2977 €.

Studienergebnisse			
	ADHD-RS-IV-Werte		
Studie SPD503-316	Placebo	Atomoxetin	Guanfacin
n (FAS ¹)	111	112	114
ADHD Rating Scale (RS) total score			
Studienbeginn (Baseline)	43,2	43,7	43,1
Studienende	28,2	25,1	19,2
Differenz (95 % CI ²) und p-Wert im Vergleich zu Placebo	–	–3,8 (–6,8 bis –0,7) 0,017	–8,9 (–11,9 bis –5,8) < 0,001

¹Full analysis set (FAS): alle randomisierten Patienten, die eine Behandlung und mindestens eine ADHD-RS-Bewertung nach Studienbeginn erhielten; ²CI: Konfidenzintervall

Indikation

Guanfacin ist angezeigt zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6–17 Jahren, für die eine Behandlung mit Stimulanzien nicht infrage kommt oder unverträglich ist oder sich als unwirksam erwiesen hat.

Guanfacin muss im Rahmen einer umfassenden therapeutischen Gesamtstrategie zur Behandlung der ADHS angewendet werden, die in der Regel sowohl psychologische, pädagogische als auch soziale Maßnahmen umfasst.

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise (1)

- 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. kognitive Verhaltenstherapie, 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.
- Für die Arzneimitteltherapie sind in Deutschland verschiedene Optionen zugelassen: Stimulanzien (MPH in unterschiedlichen, auch retardierten Formulierungen, Dexamfetamin, Lisdexamfetamin), Atomoxetin und Guanfacin. Alle dürfen nur „im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie“ (2–7) bzw. „als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms“ (8) 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“ (2;3). Dexamfetamin ist ebenfalls zugelassen bei Kindern und Jugendlichen ab sechs Jahren mit ADHS, „die auf eine ausreichend lange Behandlung mit MPH in maximaler und verträglicher Dosis nicht ansprechen“ (5). Auch Atomoxetin kann als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms bei Kindern und Jugendlichen ab sechs Jahren und zusätzlich auch bei Erwachsenen eingesetzt werden (8).
- Gemäß aktuellen Leitlinien werden Stimulanzien, insbesondere MPH, als Mittel erster Wahl empfohlen. Die schottische Leitlinie (9) empfiehlt bei Nichtansprechen auf ein erstes Stimulans zunächst die Umstellung auf ein anderes Stimulans. Die britische NICE-Leitlinie (10) rät zur Umstellung auf Atomoxetin, wenn MPH in maximal verträglicher Dosierung keinen ausreichenden Effekt zeigt. In der kanadischen Leitlinie der Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), die ein systematisches Review der bis dahin vorhandenen Leitlinien darstellt, werden MPH und Dexamfetamin als Mittel der ersten Wahl vor Atomoxetin empfohlen (11). In Deutschland ist Dexamfetamin gemäß Zulassung jedoch erst indiziert, wenn das klinische Ansprechen auf eine vorangegangene Behandlung mit MPH unzureichend war. Atomoxetin kann auch eine Option sein bei speziellen Komorbiditäten wie Tic-Störung, Tourette-Syndrom, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch. Allerdings entfaltet Atomoxetin seine volle Wirkung evtl. erst nach mehreren Wochen. Alle diese Leitlinien wurden jedoch vor der Veröffentlichung der relevanten Studien zu Guanfacin erstellt. Bisher wurde lediglich in einer Studie Guanfacin direkt mit Atomoxetin verglichen (12), in der sich unter Therapie mit Guanfacin zwar numerisch stärkere Effekte auf die Verbesserung des ADHD-RS-IV-Scores zeigten, jedoch insgesamt eine höhere Nebenwirkungsrate auftrat. Darüber hinaus sind bisher keine Daten zum direkten Vergleich von Guanfacin mit anderen Wirkstoffen zur Behandlung von ADHS verfügbar (13). Zum Stellenwert im Vergleich zu Atomoxetin kann daher derzeit noch keine Aussage getroffen werden. In der Behandlung komorbider Tic-Störung kann Guanfacin eine Option sein, da es auch in der Behandlung von Tics wirksam ist (14;15).
- Vor Behandlungsbeginn mit Guanfacin soll eine sorgfältige körperliche und neurologische Unter-

suchung unter Beachtung von Entwicklungsaspekten und Erhebung von Eigen-, Familien- und Sozialanamnese stattfinden. Insbesondere ist es notwendig, den Patienten hinsichtlich seines kardiovaskulären Status einschließlich Blutdruck und Herzfrequenz zu beurteilen. Bei Hinweisen auf eine Herzerkrankung des Patienten oder familiäre kardiologische Vorbelastungen sind weiterführende kardiologische Untersuchungen zu veranlassen. In den bisherigen Studien zu Guanfacin zeigten sich im Allgemeinen keine wesentlichen Veränderungen von Laborparametern. In Einzelfällen fand sich jedoch ein Anstieg des Serumglukosespiegels sowie ein Abfall der Zahl der Neutrophilen (12). Da das langfristige Sicherheitsprofil von Guanfacin für Kinder und Jugendliche nicht bekannt ist, kann zum Ausschluss/Erkennen eventuell vorbestehender Auffälligkeiten sowie nach Erreichen der Erhaltungsdosis eine Blutuntersuchung (großes Blutbild, Blutzucker, Schilddrüsen-, Leber-, Nierenwerte) indiziert sein. 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 eine zeitnahe Erreichbarkeit eines in der Behandlung von ADHS erfahrenen Arztes gewährleistet sein (Kriseninterventionsbereitschaft). Vorgeschrieben sind 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. starker Gewichtszunahme und bei Symptomen mit Hinweis auf Blut-/Darm-/Lebererkrankungen notwendig. Routinemäßige Blutuntersuchungen sind nicht nötig.
- Im Behandlungsverlauf kann eine Dosisanpassung wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen, unzureichender Wirkung, Änderung der Lebenssituation und entwicklungsbedingten Veränderungen (z. B. Pubertät) notwendig werden. Die Dosis sollte in kleinen Schritten und nach ausreichend langer Beobachtungszeit angepasst werden. Nebenwirkungen können ggf. durch eine Dosisreduzierung verringert werden. Die Medikation muss in der Regel zunächst über 6–12 Monate täglich eingenommen werden.
- Bei einer Stimulanzientherapie empfiehlt es sich, die Ersteinstellung zunächst mit schnell resorbierbaren, kurzwirksamen Präparaten vorzunehmen, da so die individuell erforderliche Dosis besser ermittelt werden kann (z. B. MPH-Titrierung). Eine Ersteinstellung mit retardierten MPH-Präparaten ist bei gegebener Indikation auch möglich (1). 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 Lisdexamfetamin zu versuchen. Guanfacin darf erst eingesetzt werden, wenn der Behandlungserfolg nach Therapieversuchen mit MPH und Dexamfetamin oder Lisdexamfetamin ausgeblieben ist oder wenn Stimulanzien nicht vertragen werden (16). Aufgrund der erheblichen Nebenwirkungen wie der sehr häufig bzw. häufig auftretenden Somnolenz und Ermüdung bzw. Sedierung, Hypotonie und Bradykardie sollte der Einsatz von Guanfacin gegenüber den therapeutischen Alternativen sorgfältig abgewogen werden.
- Die Therapie sollte von einem Arzt begonnen oder überwacht werden, der angemessenes Wissen und Erfahrung in der Behandlung von ADHS besitzt.

Kosten

Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben (mg) ¹	Dosis/Tag ²	Kosten für 1 Jahr [€] ^{3,4}
α_{2A}-Adrenorezeptor-Agonist				
Guanfacin	Intuniv® 1 mg, 3 mg, 4 mg Retardtabletten	–	0,05 mg/kg	1202,81 ⁵
			0,12 mg/kg	1591,40 ⁵
			≥ 58,5 kg: 7 mg	2976,84
Stimulanzien				
Methylphenidat-hydrochlorid	Ritalin® 10 mg Tabletten	30 ⁶	10 mg	161,76
			20 mg	323,51
			60 mg	970,54
Methylphenidat-hydrochlorid	Medikinet® 10 mg, 20 mg Tabletten	30 ⁶	10 mg	158,99
			20 mg	317,99
			60 mg	874,03
Methylphenidat-hydrochlorid	Generikum 10 mg, 20 mg Tabletten	30 ⁶	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 ⁶	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 ⁶	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 ⁶	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 ⁶	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 ⁶	18 mg	353,44
			36 mg	552,97
			54 mg	774,16
Dexamfetamin-hemisulfat	Attentin® 10 mg, 20 mg Tabletten	15 ⁶	10 mg	923,57
			20 mg	1340,64
			40 mg	2681,29
Lisdexamfetamin-dimesilat	Elvanse® 30 mg, 50 mg, 70 mg Hartkapseln	30 ⁶	30 mg	1313,51
			50 mg	1418,02
			70 mg	1441,99

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 1,2 mg/kg	1205,02 ⁵ 1236,96 ⁵
			> 70 kg:	
			40 mg 80 mg 100 mg	1236,96 1611,61 1762,95

Stand Lauerdate: 15.04.2016

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; ⁵berechnet für ein 30 kg schweres Kind; ⁶Kinder-DDD.

Neben den dargestellten Wirkstärken/Darreichungsformen stehen noch weitere zur Verfügung. Weitere Angaben zu Dosierungen sind den Fachinformationen zu entnehmen. Die Kostendarstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Wirkungsweise (6;12)

Guanfacin ist in seiner Struktur und Wirkung dem Clonidin ähnlich, welches als Antihypertensivum zugelassen ist. Es hat aber eine geringere blutdrucksenkende und sedierende Wirkung. Im Gegensatz zum Clonidin, das unselektiv agonistisch an α_{2A} -, α_{2B} - und α_{2C} -Adrenozeptoren wirkt, stimuliert Guanfacin bevorzugt den α_{2A} -Adrenozeptor-Subtyp, der prä- und postsynaptisch im ZNS vorkommt. Der Wirkmechanismus von Guanfacin bei der Behandlung von ADHS ist nicht vollständig geklärt. Es wird diskutiert, dass die agonistische Wirkung an postsynaptischen α_{2A} -Adrenozeptoren, vor allem im präfrontalen Kortex, entscheidend ist. Präklinische Forschung hat ergeben, dass Guanfacin bei Versuchstieren, einschließlich Primaten, das Arbeitsgedächtnis, die Aufmerksamkeit und die Impulskontrolle verbessert.

Guanfacin wird rasch resorbiert und die Spitzenkonzentrationen im Plasma werden bei pädiatrischen Patienten (Kinder und Jugendliche im Alter von 6–17 Jahren) etwa fünf Stunden nach der oralen Anwendung erreicht. Die Einnahme mit einer fettreichen Mahlzeit erhöht C_{max} - und AUC-Werte signifikant und kann unerwünschte Arzneimittelwirkungen verstärken. Guanfacin wird über eine CYP3A4/5-vermittelte Oxidation mit Sulfatierung und Glucuronidierung als anschließenden Phase-II-Reaktionen verstoffwechselt. Der im Blut auftretende Hauptmetabolit ist 3-OH-Guanfacinsulfat. Guanfacin wird über die Nieren und über die Leber ausgeschieden. Die renale Ausscheidung ist der Haupteliminationsweg (50 %). Die Eliminationshalbwertszeit von Guanfacin liegt bei etwa 18 Stunden.

Wirksamkeit (6;12)

Die Wirksamkeit von Guanfacin in der ADHS-Behandlung wurde in fünf kontrollierten Studien an Kindern und Jugendlichen (im Alter von 6–17 Jahren), drei kontrollierten Kurzzeitstudien an Kindern und Jugendlichen im Alter von 6–17 Jahren, einer kontrollierten Kurzzeitstudie an Jugendlichen im Alter von 13–17 Jahren und einer randomisierten klinischen Prüfung zum Arzneimittelentzug an Kindern und Jugendlichen im Alter von 6–17 Jahren untersucht.

In der zentralen Phase-3-Zulassungsstudie (SPD503-316) wurden 337 Patienten im Alter von 6–17 Jahren

eingeschlossen. In dieser 12-wöchigen (6–12 Jahre) bzw. 15-wöchigen (13–17 Jahre) randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie mit einem aktiven Kontrollarm (Atomoxetin) zeigte Guanfacin 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-Gesamtscores gegenüber dem Studienbeginn (Baseline) betrug bei den mit Guanfacin behandelten Patienten 8,9 und bei den mit Atomoxetin behandelten Studienteilnehmern 3,8 (Tabelle 1).

Tabelle 1: Studie SPD503-316 – Veränderung des ADHD-RS-IV-Gesamtscore

Studie SPD503-316	Studienergebnisse		
	ADHD-RS-IV-Werte		
	Placebo	Atomoxetin	Guanfacin
n (FAS ¹)	111	112	114
ADHD Rating Scale (RS) total score			
Studienbeginn (Baseline)	43,2	43,7	43,1
Studienende	28,2	25,1	19,2
Differenz (95 % CI) und p-Wert im Vergleich zu Placebo	–	–3,8 (–6,8 bis –0,7) 0,017	–8,9 (–11,9 bis –5,8) < 0,001

Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen (6;12;18;19)²

□ Kontraindikationen

- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile des Fertigarzneimittels.

□ Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen

- Vor einer Verordnung ist es notwendig, den Patienten hinsichtlich eines hohen Risikos für Somnolenz und Sedierung, Hypotonie und Bradykardie sowie Verlängerung des QTc-Intervalls, sowie für Gewichtszunahme und Adipositas in der Ausgangslage zu beurteilen und aufzuklären. Diese Untersuchung sollte den kardiovaskulären Status des Patienten einschließlich Blutdruck und Herzfrequenz erfassen, und eine umfassende Anamnese sollte Begleitmedikationen, frühere und aktuelle internistische und psychiatrische Begleiterkrankungen oder Symptome, familienanamnestisch bekannte plötzliche kardiale/unerklärte Todesfälle sowie eine exakte Erfassung von Körpergröße und -gewicht vor der Behandlung in einem Wachstumsdiagramm beinhalten.
- Zu Beginn der Behandlung mit Guanfacin ist eine sorgfältige Dosistitration und Überwachung des Patienten erforderlich, da sowohl die Erzielung einer klinischen Besserung als auch die Risiken für das Auftreten verschiedener klinisch signifikanter unerwünschter Reaktionen (Kreislaufkollaps, Hypotonie, Bradykardie, Somnolenz und Sedierung) dosis- und expositionsabhängig sind. Die Patienten sind darauf hinzuweisen, dass es zu Somnolenz und Sedierung kommen kann, besonders zu Beginn der Behandlung und nach einer Dosissteigerung. Wenn Somnolenz und Sedierung als klinisch bedenklich einzustufen sind oder persistieren, sollte eine Dosisreduzierung oder ein Behandlungsabbruch in Erwägung gezogen werden.
Für alle Patienten beträgt die empfohlene Initialdosis 1 mg Guanfacin einmal täglich oral. Die Dosis kann in wöchentlichen Abständen in Schritten von maximal 1 mg angepasst werden. Die Dosis ist je nach Ansprechen des Patienten

und Verträglichkeit der Behandlung individuell einzustellen. In Abhängigkeit vom Ansprechen des Patienten und der Verträglichkeit von Guanfacin liegt die empfohlene Erhaltungsdosis bei 0,05–0,12 mg/kg/Tag.

- Während der Dosistitration sollten die Patienten einmal wöchentlich auf Anzeichen und Symptome von Somnolenz und Sedierung, Hypotonie und Bradykardie untersucht werden.
- Im ersten Jahr der Behandlung sollten die Patienten mindestens alle drei Monate untersucht werden auf
 - Anzeichen und Symptome von:
 - Somnolenz und Sedierung
 - Hypotonie
 - Bradykardie
 - Gewichtszunahme/Adipositas

Es wird empfohlen, sich während dieses Zeitraums an der klinischen Beurteilung zu orientieren. Danach sollten Kontrolluntersuchungen alle sechs Monate durchgeführt und die Überwachung nach Dosisanpassungen intensiviert werden.

Der Arzt, der sich entschließt, Guanfacin über einen längeren Zeitraum (mehr als zwölf Monate) anzuwenden, sollte im ersten Behandlungsjahr alle drei Monate und danach mindestens einmal jährlich den Nutzen von Guanfacin basierend auf der klinischen Beurteilung neu bewerten. Es sollten behandlungsfreie Zeitabschnitte, vorzugsweise während der Schulferien, in Erwägung gezogen werden, um das Verhalten des Patienten ohne medikamentöse Behandlung zu beurteilen.

- Patienten/Betreuungspersonen sind darauf hinzuweisen, dass sie Guanfacin nicht ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt absetzen dürfen. Nach dem Absetzen von Guanfacin kann es zu einem Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg

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

² 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.

kommen. Nach dem Absetzen von Guanfacin wurden Anstiege des mittleren systolischen und diastolischen Blutdrucks von ca. 3 mmHg bzw. 1 mmHg über den ursprünglichen Ausgangswert hinaus beobachtet. Im Einzelfall kann es auch zu höheren Anstiegen als den durch die mittleren Veränderungen angezeigten kommen. Es wird daher empfohlen, bei allen Patienten während der Abtrationsphase (mit Reduktionsschritten von nicht mehr als 1 mg alle 3–7 Tage) und nach dem Absetzen von Guanfacin Blutdruck und Puls zu überwachen. Ein Ausschleichen der Guanfacin-Dosis während des Absetzens der Behandlung wird empfohlen, um diese potenziellen Absetzerscheinungen zu minimieren.

- Keine gleichzeitige Anwendung von Guanfacin mit zentral dämpfenden Arzneimitteln (z. B. Sedativa, Hypnotika, Benzodiazepine, Barbiturate und Antipsychotika) wegen des Potenzials für additive pharmakodynamische Wirkungen wie Somnolenz und Sedierung. Die Patienten sollten während der Behandlung mit Guanfacin keinen Alkohol trinken. Den Patienten wird davon abgeraten, schwere Maschinen zu bedienen, Fahrzeuge zu führen oder Rad zu fahren, bis sie wissen, wie sie auf die Behandlung mit Guanfacin reagieren.
- Patienten mit sich abzeichnenden Suizidgedanken oder Suizidverhalten während der Behandlung des ADHS sollten sofort von ihrem Arzt untersucht werden. Unter Umständen kann es notwendig sein, eine psychiatrische Grunderkrankung zu behandeln und man sollte über eine mögliche Änderung des ADHS-Behandlungsprogramms nachdenken.
- Bei Kindern und Jugendlichen, die mit Guanfacin behandelt werden, kann es zu einer Zunahme des Körpergewichts kommen. Daher sind vor Einleitung der Therapie Kontrollen von Körpergröße, Körpergewicht und BMI erforderlich, die im ersten Jahr alle drei Monate wiederholt werden sollten, wobei die klinische Beurteilung zu berücksichtigen ist. Danach sollten Kontrollun-

tersuchungen alle sechs Monate erfolgen, nach Dosisanpassungen häufiger.

- Guanfacin enthält Laktose. Patienten mit der seltenen hereditären Galaktose-Intoleranz, Laktase-Mangel oder Glukose-Galaktose-Malabsorption sollten dieses Arzneimittel nicht einnehmen.

□ **Wechselwirkungen**

- Guanfacin verursacht eine Abnahme der Herzfrequenz. Angesichts der Wirkung von Guanfacin auf die Herzfrequenz wird die gleichzeitige Anwendung von Guanfacin mit Arzneimitteln, die zu einer Verlängerung des QTc-Intervalls führen, generell nicht empfohlen.
- Guanfacin wird über CYP3A4/5 metabolisiert und ist zudem ein Inhibitor dieser CYP-Subtypen. Die gleichzeitige Anwendung von Ketoconazol oder anderen moderaten oder starken CYP3A4/5-Inhibitoren kann zu einer erhöhten Plasmakonzentration von Guanfacin und damit zu einem höheren Risiko für das Auftreten unerwünschter Wirkungen wie Hypotonie, Bradykardie und Sedierung führen. Bei gleichzeitiger Anwendung von moderaten oder starken CYP3A4/5-Inhibitoren wird daher zu einer Senkung der Guanfacin-Dosis geraten.
- Wenn die Patienten Guanfacin gleichzeitig mit einem CYP3A4-Induktor (z. B. Rifampicin) einnehmen, wird zu einer Erhöhung der Dosis von Guanfacin innerhalb des empfohlenen Dosisbereichs geraten.
- Vorsicht ist geboten, wenn Guanfacin gleichzeitig mit anderen antihypertensiv wirkenden Arzneimitteln angewendet wird, da ein Potenzial für additive pharmakodynamische Wirkungen wie Hypotonie und Synkope besteht.
- Guanfacin sollte nicht zusammen mit einer fettreichen Mahlzeit eingenommen werden, da dies die Absorption im Darm erhöht.

Nebenwirkungen ¹	
sehr häufig (≥ 1/10)	Somnolenz , Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Ermüdung
häufig (≥ 1/100, < 1/10)	verminderter Appetit, Depression, Angst, Affektlabilität, Insomnie, Durchschlafstörungen, Alpträume, Sedierung , Schwindel, Lethargie, Bradykardie , Hypotonie , orthostatische Hypotonie, Erbrechen, Diarrhö, Übelkeit, Verstopfung, Bauch-/Magenbeschwerden, Mundtrockenheit, Hautausschlag, Enuresis, Reizbarkeit, Blutdruckabfall , Gewichtszunahme
gelegentlich (≥ 1/1000, < 1/100)	Überempfindlichkeit, Agitiertheit, Halluzinationen, Krampfanfall, Synkope/ Bewusstlosigkeit , orthostatischer Schwindel, AV-Block 1. Grades, Tachykardie, Sinusarrhythmie, Blässe, Asthma, Dyspepsie, Pruritus, Pollakisurie, Asthenie, Brustkorbschmerzen, Blutdruckanstieg , Abnahme der Herzfrequenz, Anstieg der Alaninaminotransferase
selten (≥ 1/10.000, < 1/1000)	Hypersomnie, Hypertonie, Unwohlsein

¹Fettgedruckte Nebenwirkungen: im Rahmen des Zulassungsverfahrens identifizierte Risiken (Evidenz für Zusammenhang zwischen Arzneimittel und Bestehen eines Risikos liegt vor) (12).

Hinweise zu besonderen Patientengruppen	
Erwachsene und ältere Patienten	Die Sicherheit und Wirksamkeit von Guanfacin bei Erwachsenen und älteren Personen mit ADHS ist nicht erwiesen. Guanfacin sollte daher bei dieser Patientengruppe nicht angewendet werden.
Kinder < 6 Jahre	Keine Anwendung bei Kindern unter 6 Jahren, weil Wirksamkeit und Sicherheit bei dieser Patientengruppe nicht untersucht wurden.
Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion	Guanfacin wird sowohl über die Leber als auch über die Nieren ausgeschieden, und ca. 30 % des unveränderten Wirkstoffs erscheinen im Urin. Bei Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion (GFR 15–29 ml/min) oder terminalem Nierenversagen (GFR < 15 ml/min oder Dialysepflichtigkeit) ist eine Dosisreduktion erforderlich. Die Auswirkungen einer eingeschränkten Nierenfunktion auf die Pharmakokinetik von Guanfacin bei pädiatrischen Patienten (Kinder und Jugendliche im Alter von 6–17 Jahren) wurde nicht untersucht.
Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion	Guanfacin wird sowohl über die Leber als auch über die Nieren ausgeschieden, und mindestens 50 % der Ausscheidung von Guanfacin erfolgt über die Leber. Bei Patienten mit Leberfunktionsstörungen aller Schweregrade kann daher eine Dosisanpassung erforderlich sein. Der Einfluss einer eingeschränkten Leberfunktion auf die Pharmakokinetik von Guanfacin bei pädiatrischen Patienten (Kinder und Jugendliche im Alter von 6–17 Jahren) wurde nicht untersucht.
Anwendung bei Schwangeren und Stillenden	Keine Anwendung.

Literatur

1. 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: 11. April 2016.
2. Novartis Pharma GmbH: Fachinformation "Ritalin® 10 mg Tabletten". Stand: Oktober 2014.
3. Janssen-Cilag GmbH: Fachinformation "Concerta® 27 mg Retardtabletten". Stand: März 2015.
4. Medice Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG: Fachinformation "Medikinet® 5 mg/10mg/20 mg Tabletten". Stand: Mai 2014.
5. Medice Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG: Fachinformation "Attentin® 5 mg, Tablette". Stand: Juli 2015.
6. Shire Pharmaceutical Contracts Ltd: Fachinformation "Intuniv® 1 mg/ 2 mg/ 3 mg/ 4 mg Retardtabletten". Stand: September 2015.
7. Shire Pharmaceutical Contracts Ltd: Fachinformation "Elvase® 30 mg/50 mg/70 mg, Hartkapseln". Stand: Juli 2015.
8. Lilly Deutschland GmbH: Fachinformation "Strattera®". Stand: Juni 2015.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline. Nr. 112. 2009.
10. 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. 2009.
11. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH): Summary of Current Evidence - Guidelines and Recommendations for ADHD in Children and Adolescents. Oktober 2011.
12. European Medicines Agency (EMA): Intuniv® - Guanfacin: European Public Assessment Report (EPAR) (Assessment Report): http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Public_assessment_report/human/003759/WC500195132.pdf. Stand: 23. Juli 2015. Zuletzt geprüft: 11. April 2016.
13. Scottish Medicines Consortium: Guanfacin (Intuniv®): https://www.scottishmedicines.org.uk/SMC_Advice/Advice/1123_16_guanfacine_hydrochloride_Intuniv/guanfacine_hydrochloride_Intuniv. Date Advice Published: 08.01.2016. Zuletzt geprüft: 11. April 2016.
14. Pringsheim T, Doja A, Gorman D et al.: Canadian guidelines for the evidence-based treatment of tic disorders: pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 2012; 57: 133-143.
15. Hollis C, Pennant M, Cuenca J et al.: Clinical effectiveness and patient perspectives of different treatment strategies for tics in children and adolescents with Tourette syndrome: a systematic review and qualitative analysis. *Health Technol Assess* 2016; 20: 1-450.
16. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): Attention deficit hyperactivity disorder in children and young people: guanfacine prolonged-release. nice.org.uk/guidance/esnm70. Published date: 22 March 2016. Zuletzt geprüft: 11. April 2016.
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 2016. Berlin: DIMDI, 2016.
18. Elbe D, Reddy D: Focus on Guanfacine Extended-release: A Review of its Use in Child and Adolescent Psychiatry. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23: 48-60.
19. Ruggiero S, Clavenna A, Reale L et al.: Guanfacine for attention deficit and hyperactivity disorder in pediatrics: a systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol* 2014; 24: 1578-1590.

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.

Wirkstoff (Handelsname)	Wirkstoff AKTUELL Ausgabe	Stand	Rundschreiben der KV Thüringen
Agomelatin (Valdoxan®)	5/2010	April 2010	6/2010
Aliskiren (Rasilez®)	1/2008	Februar 2008	3/2008
Allergenpräparat aus Gräserpollen von Wiesenlieschgras zur sublingualen Anwendung (Grazax®)	7/2008	September 2008	12/2008
Amlodipin/Valsartan (Exforge®)	2/2009	November 2008	1/2009
Aripiprazol (Abilify®)	3/2010	November 2009	5/2010
Aromatasehemmer der 3. Generation, Anastrozol (Arimidex®), Exemestan (Aromasin®), Letrozol (Femara®)	8/2007	November 2007	12/2007
Asenapin	7/2013	Juli 2013	1/2014
Biologische DMARDs	7/2010	August 2010	11/2010
Budesonid/Formoterol (Symbicort® Turbohaler® Pulver zur Inhalation)	4/2009	März 2009	5/2009
Capsaicin kutanes Pflaster	8/2010	August 2010	12/2010
Dabigatranetexilat (Pradaxa® 110 mg Hartkapseln; Pradaxa® 75 mg Hartkapseln)	1/2010	Oktober 2009	2/2010
Dabigatranetexilat bei nicht valvulärem Vorhofflimmern	1/2013	Januar 2013	3/2013
Darifenacin (Emselex® 7,5 mg/ 15 mg Retardtabletten)	2/2008	April 2008	5/2008
Deferasirox (Exjade®)	5/2008	August 2008	10/2008
Denosumab	3/2011	Januar 2011	5/2011
Dronedaron	4/2012	September 2012	11/2012
Duloxetin (Cymbalta®)	3/2009	Januar 2009	2/2009
Eplerenon (Inspra®)	6/2008	August 2008	12/2008
Eslicarbazepinacetat	5/2012	November 2012	1/2013
Exenatide (Byetta®)	6/2007	August 2007	10/2007
Ezetimib/Simvastatin	6/2015	November 2015	1/2016
Febuxostat	5/2014	August 2014	10/2014
Fentanyl (Durogesic® SMAT, SMAT 12 µg/h)	9/2007	Oktober 2007	12/2007
Fondaparinux (Arixtra®)	6/2010	Juni 2010	8 und 12/2010
Glycopyrronium	2/2014	Juni 2014	7/2014
Granulozyten koloniestimulierende Faktoren Filgrastim (Neupogen®; Granulokine; Biograstim®; Ratiograstim; Filgrastim Hexal) Lenograstim (Granocyte® 13/34 Mio. IE) Pegfilgrastim (Neulasta®)	5/2009	Mai 2009	12/2009
Guanfacin	2/2016	April 2015	6/2016
Immuntherapeutika bei Multipler Sklerose	1/2016	Dezember 2016	2/2016
Indacaterol	5/2011	Mai 2011	7/2011
Ivabradin	6/2013	November 2013	1/2014
Lacosamid	1/2015	November 2014	2/2015

Anlage 4 – Übersicht zu den seit 2007 erschienenen Ausgaben von Wirkstoff AKTUELL

Wirkstoff (Handelsname)	Wirkstoff AKTUELL Ausgabe	Stand	Rundschreiben der KV Thüringen
Levocetirizin (Xusal®)	1/2004	Januar 2004	
Liraglutid	1/2011	November 2010	1/2011
Lisdexamfetamin	5/2015		1/2016
Methocarbamid oral	2/2015	Mai 2015	7/2015
Moxifloxacin (Avalox® Filmtabletten)	3/2005	Juni 2005	
Nalmefen	4/2015	Oktober 2015	12/2015
Natalizumab (Tysabri®)	2007	Mai 2007	
Orale und transdermale Analgetika bei degenerativen Gelenkerkrankungen	3/2014	Mai 2014	7/2014
Oseltamivir (Tamiflu®), Zanamivir (Relenza®)	1/2007	Februar 2007	12/2009 (nach erfolgter Ergänzung)
Oxycodon/Naloxon	6/2012	November 2012	1/2013
Pantoprazol (Pantozol® 20 mg, 40 mg; Rifun® 20 mg, 40 mg)	3/2007	April 2007	6/2007
Pimecrolimus (Elidel®); Tacrolimus (Protopic®)	7/2007	Dezember 2007	1/2008
Pregabalin (Lyrica® Hartkapseln)	2/2007	März 2007	5/2007
Raloxifen	4/2014	Juli 2014	10/2014
Ranolazin	2/2011	Dezember 2010	5/2011
Rasagilin	5/2013	September 2013	10/2013
Rationale Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen Atemwege	1/2012	Dezember 2011	2/2012
Rationale Antibiotikatherapie bei Infektionen der unteren Atemwege	3/2013	März 2013	5/2013
Rationale Antibiotikatherapie bei Harnwegsinfektionen	2/2012	März 2012	6/2012
Rivaroxaban (Xarelto®)	2/2010	Dezember 2009	2/2010
Rivastigmin (Exelon® transdermales Pflaster)	4/2010	Januar 2010	
Roflumilast (Daxas®)	6/2011	Juni 2011	8/2011
Rotigotin (Neupro® 2, 4, 6, 8 mg/24 h)	4/2007	Mai 2007	6/2007
Silodosin (Urorec®)	4/2011	Februar 2011	5/2011
Sitagliptin (Januvia®)	10/2007	November 2007	12/2007
Strontiumranelat (Protelos®)	1/2009	November 2008	
Systemische Immuntherapeutika bei mittel- schwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis	6/2014	Oktober 2014	1/2015
Tapentadol	3/2012	Juni 2012	8/2012
Tigecyclin (Tygacil®)	5/2007	Juni 2007	7/2007
Umeclidinium/Vilanterol	3/2015	August 2015	10/2015
Urologische Spasmolytika - Anticholinergika	4/2013	Juli 2013	9/2013
Ustekinumab	1/2014	Januar 2014	3/2014
Venlafaxin (Trevilor® Tabletten 37,5 mg; Trevilor® retard)	3/2008	April 2008	6/2008
Zoledronsäure (Aclasta® 5 mg Infusions- lösung)	4/2008	Juli 2008	9/2008

Folgende vor 2007 erschienene "Wirkstoff AKTUELL" sind auf der Internetseite der KBV ebenfalls einsehbar: Atomoxetin, Esomeprazol, Etanercept, Infliximab, Nikotinsäure, Quetiapin, Sevelamer

**Anlage 5 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung
in Thüringen**

Betriebskrankenkasse	VKNR
actimonda krankenkasse	21405
atlas BKK ahlmann	03407
Audi BKK	64414
BKK 24	09416
BKK Achenbach Buschhütten	18403
BKK advita	48412
BKK Akzo Nobel - Bayern -	67411
BKK B. Braun Melsungen	42401
BKK Beiersdorf AG (Teilnahme zum 30.06.2016 beendet)	02402
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Diakonie	19402
BKK Dürkopp Adler	19409
BKK EUREGIO	21407
BKK evm	47419
BKK EWE	12407
BKK exklusiv	09402
BKK Faber-Castell & Partner	69405
BKK firmus	03412
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	19410
BKK Herford Minden Ravensberg	19479
BKK Herkules	42419
BKK KARL MAYER	40417
BKK KBA/West	67407
BKK Krones	68404
BKK Linde (Teilnahme zum 31.12.2016 beendet)	45411
BKK MAHLE	61435
BKK Melitta Plus	19540
BKK MEM	90403
BKK Miele	19473
BKK Mobil Oil	09455
BKK PFAFF	49417
BKK Pfalz	49411
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
BKK ProVita (Teilnahme zum 31.12.2016 beendet)	68415
BKK Public	07430
BKK Rieker.Ricosta.Weisser	58440
BKK RWE	09409
BKK Salzgitter	07417
BKK SBH	58435
BKK Scheufelen	61449
BKK Technoform	08425
BKK Textilgruppe Hof	65424
BKK VBU	72421
BKK VDN	18544
BKK Vital	49409

Anlage 5 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen

Betriebskrankenkasse	VKNR
BKK Voralb HELLER*LEUZE*TRAUB	61493
BKK Werra-Meissner	42420
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK Würth	61487
BKK ZF & Partner	47434
Continentale BKK	02422
Daimler BKK	61491
Debeka BKK	47410
E.ON Betriebskrankenkasse	31418
energie-BKK	09450
Ernst & Young BKK	42402
Heimat Krankenkasse	19418
Metzinger BKK	62418
mhplus BKK (Teilnahme zum 31.12.2016 beendet)	61421
Novitas BKK	02407
pronova BKK	49402
R+V BKK	45405
Salus BKK	40410
Schwenninger BKK	58434
SECURVITA BKK	02406
SIEMAG BKK	18515
SKD BKK	67412
Südzucker-BKK	52405
Thüringer BKK	89407
TUI BKK	09452
Vereinigte BKK (Fusion zum 01.01.2017, aufnehmende Kasse: BKK VBU)	40418
VIACTIV Krankenkasse	18405
WMF Betriebskrankenkasse	61477

Quelle: BKK Landesverband Mitte

Stand: 3. Quartal 2016, Änderungen gegenüber dem 2. Quartal 2016 sind rot gekennzeichnet.

Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert)	VKNR
actimonda krankenkasse	21405
atlas BKK ahlmann	03407
BKK 24	09416
BKK Achenbach Buschhütten	18403
BKK advita	48412
BKK Akzo Nobel - Bayern	67411
BKK B. Braun Melsungen	42401
BKK Braun-Gillette	40426
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Diakonie	19402
BKK Dürkopp Adler	19409
BKK evm	47419
BKK EWE	12407
BKK exklusiv	09402
BKK Freudenberg	53408
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	19410
BKK Herford Minden Ravensberg	19479
BKK Herkules	42419
BKK KBA/West	67407
BKK Linde	45411
BKK MAHLE	61435
BKK Melitta Plus	19540
BKK MEM	90403
BKK Miele	19473
BKK PFAFF	49417
BKK Pfalz	49411
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
BKK Public	07430
BKK RWE	09409
BKK Salzgitter	07417
BKK Technoform	08425
BKK Textilgruppe Hof	65424
BKK VBU	72421
BKK VDN	18544

Anlage 6 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am Hautscreening-Vertrag in Thüringen

Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert)	VKNR
BKK VerbundPlus	62461
BKK Vital	49409
BKK Werra-Meissner	42420
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK Würth	61487
Continental BKK	02422
Debeka BKK	47410
E.ON Betriebskrankenkasse	31418
energie-BKK	09450
Heimat Krankenkasse	19418
pronova BKK	49402
Salus BKK	40410
SIEMAG BKK	18515
Thüringer BKK	89407
TUI BKK	09452
Vereinigte BKK (Fusion zum 01.01.2017, aufnehmende Kasse: BKK VBU)	40418
WMF Betriebskrankenkasse	61477

Quelle: BKK Landesverband Mitte

Stand: 3. Quartal 2016, Änderungen gegenüber dem 2. Quartal 2016 sind rot gekennzeichnet.

Betriebskrankenkasse	VKNR
BKK Linde	45411
BKK Miele	19473
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
Brandenburgische BKK	81401
Debeka BKK	47410
Heimat Krankenkasse	19418
Novitas BKK	02407
R+V BKK	45405

Quelle: BKK Landesverband Mitte
Stand: 3. Quartal 2016

Anlage 8 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen

Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert)	VKNR	Zusatzvereinbarung Sonographie
actimonda krankenkasse	21405	+
atlas BKK ahlmann	03407	+
BKK 24	09416	+
BKK Achenbach Buschhütten	18403	
BKK advita	48412	
BKK Aesculap	58430	
BKK Akzo Nobel -Bayern-	67411	+
BKK B. Braun Melsungen	42401	
BKK Beiersdorf AG (Kündigung zum 30.06.2016)	02402	
BKK Braun-Gillette	40426	
BKK Deutsche Bank AG	24413	
BKK Diakonie	19402	+
BKK Dürkopp Adler	19409	
BKK EUREGIO	21407	
BKK evm	47419	
BKK EWE	12407	
BKK exklusiv	09402	
BKK Faber-Castell & Partner	69405	
BKK firmus	03412	
BKK Gildemeister Seidensticker	19410	+
BKK Herford Minden Ravensberg (BKK HMR)	19479	
BKK KBA	67407	
BKK LINDE	45411	
BKK MAHLE	61435	
BKK Melitta Plus	19540	+
BKK MEM	90403	+
BKK MIELE	19473	
BKK MOBIL OIL	09455	+
BKK PFAFF	49417	
BKK Pfalz	49411	+
BKK PricewaterhouseCoopers	42405	
BKK ProVita	68415	
BKK Public	07430	
BKK Rieker.Ricosta.Weisser	58440	+

Anlage 8 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen

Betriebskrankenkassen (alphabetisch sortiert)	VKNR	Zusatzvereinbarung Sonographie
BKK RWE	09409	
BKK Salzgitter	07417	
BKK Scheufelen	61449	
BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg (BKK SBH)	58435	
BKK Technoform	08425	
BKK Textilgruppe Hof	65424	
BKK VBU (Sitz in Berlin)	72421/95408	
BKK VDN (Sitz in Schwerte)	18544	+
BKK VerbundPlus	62461	+
BKK VITAL	49409	+
BKK Werra-Meissner	42420	+
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406	+
BKK Würth	61487	
BKK ZF & Partner	47434	
BMW BKK	69401	
Debeka BKK	47410	
Die Continentale BKK	02422	+
E.ON BKK	31418	
energie-BKK	09450	+
Ernst & Young BKK	42402	
Heimat Krankenkasse	19418	
Novitas BKK	02407	+
pronova BKK	49402	
R+V BKK	45405	
Securvita BKK	02406	
SIEMAG BKK	18515	
SKD BKK (Sitz in Schweinfurt)	67412	
Südzucker-BKK	52405	
Thüringer BKK	89407	
TUI BKK	09452	
Vereinigte BKK (Kündigung des Vertrages zum 31.12.2016, Fusion mit BKK VBU zum 01.01.2017)	40418	+
WMF BKK (Sitz in Geislingen)	61477	+

Quelle: BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte

Stand: 3. Quartal 2016, Änderungen gegenüber dem 2. Quartal 2016 sind rot gekennzeichnet

Anlage 8 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am IV-Vertrag „Hallo Baby“ und an der Zusatzvereinbarung Sonographie in Thüringen

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

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

Quelle: BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte
Stand: 3. Quartal 2016