



Editorial

Amtliche Bekanntmachungen

Bundeseinheitlich anzuwendende Laborquote „Q“ für das 1. Halbjahr 2017 entsprechend den Vorgaben der KBV gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die KVT Prüfvereinbarung zwischen der KVT, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Thüringen vom 14.12.2016

Ihre Fachinformationen

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
 - Zusammenfassung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses mit Wirkung zum 01.01.2017 1
 - eArztbrief ab 01.01.2017 finanziell gefördert 2
 - Blankoformularbedruckung: Anzeigepflicht ersetzt zum 01.01.2017 den Genehmigungsantrag 3
 - Individuelle Punktzahlvolumina bzw. zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 4
 - Vorgaben zur Abrechnung von Fällen im Rahmen des Auslandsabkommens ab dem 01.01.2017 erweitert 4
- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
 - Prüfvereinbarung, Arzneimittel- und Heilmittelvereinbarung sowie Richtgrößenvereinbarungen für 2017 5
 - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 8
 - Neuregelungen für die Verordnung von Heilmitteln 12
 - Genehmungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles 12
- **Qualitätssicherung**
 - Delegations-Vereinbarung – Neuerungen ab 01.01.2017 13
 - KBV-Publikation „Überwachungen und Begehungen von Arztpraxen durch Behörden“ wurde aktualisiert 13
- **Verträge**
 - Honorarabschluss für das Jahr 2017 und Eckpunkte für das Jahr 2018 14
 - UV-GOÄ und Arztervertrag zum 01.01.2017 angepasst 14
 - Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V 15
 - Fusion BARMER GEK und Deutsche BKK zu BARMER 15
 - Verträge zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung: Aktualisierung zum 01.01.2017 15
- **Alles was Recht ist**
 - Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag 16
- **Ärztliche Selbstverwaltung**
 - Vorstand der KV Thüringen wiedergewählt 17

▪ Informationen

Übermittlung von Befunden an den MDK ab 2017 neu geregelt	17
Gelbfieberimpfstellen im Freistaat Thüringen	17
Neuer Sprachführer für die Behandlung von fremdsprachigen Patienten	17
10. Thüringer GesundheitsMesse am 11. und 12. März 2017 auf der Messe Erfurt	18
Rezept für Bewegung	18

Rennsteigstaffel 2017

Aufruf! Bei der Rennsteigstaffel 2017 für die KV Thüringen Flagge zeigen	19
--	----

Terminkalender

Tag der Chancen: Ich bin Arzt und jetzt?	20
Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen	21
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	24

Anlagen

Anlage 1	– Durchschnittliche PZV und Fallzahlen des Vorjahresquartals pro Fachgruppe sowie die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen für 3. Quartal 2016
Anlage 2	– Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2017
Anlage 3	– Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2017 nach § 106b SGB V gemäß Anlage 1, Teil A der Prüfvereinbarung
Anlage 4	– Heilmittel-Vereinbarung für das Jahr 2017 nach § 84 Abs. 7 i. V. m. Abs. 1 SGB V
Anlage 5	– Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel für das Jahr 2017
Anlage 6	– 1. Protokollnotiz zu den Vereinbarungen über die Festsetzung von Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2015 sowie das Jahr 2016
Anlage 7	– 1. Protokollnotiz zu den Vereinbarungen über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel für das Jahr 2015 sowie das Jahr 2016
Anlage 8	– Aufstellung der Wirtschaftlichkeitsziele mit Zielquoten im Arzneimittelbereich
Anlage 9	– KBV-Praxisinformation: Arzneimitteltherapie
Anlage 10	– Beschluss des G-BA über eine Änderung der AM-RL, Anlage IV – Therapiehinweis Alemtuzumab
Anlage 11	– Wahlprotokoll zur konstituierenden Sitzung der Vertreterversammlung am 04.01.2017
Anlage 12	– Gelbfieberimpfstellen im Freistaat Thüringen
Anlage 13	– Rezept für Bewegung: Bestellung von kostenlosen Materialien

Beilagen

Inhaltsverzeichnis für die Rundschreiben 1 bis 12/2016 einschl. Sachwortverzeichnis der Verordnung und Wirtschaftlichkeit
Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)
Zehn Flyer und ein Plakat zur Thüringer GesundheitsMesse am 11./12.03.2017 in Erfurt

Impressum

Herausgeber:	Kassenärztliche Vereinigung Thüringen Zum Hospitalgraben 8 99425 Weimar
verantwortlich:	Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer
Redaktion:	Babette Landmann, Stabsstelle Kommunikation/Politik
Telefon:	03643 559-0
Telefax:	03643 559-191
Internet:	www.kvt.de
E-Mail:	info@kvt.de
Druck:	Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die Vertreterversammlung der Legislatur 2017 bis 2022 hat ihr Präsidium und den Vorstand der KV Thüringen gewählt. Dabei hat die Vertreterversammlung in beiden Fällen auf Kontinuität gesetzt. Herr Dr. Schröter und ich werden also in den nächsten sechs Jahren die Interessenvertretung der Ärzte und Psychotherapeuten in Thüringen führen. Unser Motto ist neben der kontinuierlichen Fortsetzung unserer erfolgreichen Arbeit Innovation und Veränderung zum Wohle unserer Mitglieder und der Menschen in Thüringen, deren ambulante Versorgung wir zu organisieren haben.

Nach wie vor ist es eines der wichtigsten Ziele, für die Ärzte und Psychotherapeuten kostendeckende Preise für die erbrachten Leistungen zu erreichen. Hier müssen wir allerdings so realistisch sein, zu sehen, dass dafür mehr als regionales Verhandlungsgeschick nötig ist. Denn: Auf Landesebene können wir neben den Bundesvorgaben (Preis und Mengenkomponente) zusätzlich förderungswürdige Leistungen verhandeln und extrabudgetäre Vergütungen vereinbaren. Eine grundlegende Veränderung dieser Situation ist nur durch Aktivitäten auf Bundesebene zu erreichen.

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Arbeit ist die Nachwuchsgewinnung und -förderung sowohl im hausärztlichen wie im fachärztlichen Bereich für die ambulante Versorgung. Sie selbst geben mit der Weiterbildungsumlage von Ihrem Honorar die finanzielle Grundlage für zahlreiche Maßnahmen, deren Erfolg bereits in Ansätzen zu verspüren ist. Hier stellen wir uns den wachsenden Herausforderungen der Zukunft.

Die Liste unserer Projekte und Vorhaben lässt sich noch weiter fortsetzen. Das möchte ich jetzt nicht

tun, sondern an dieser Stelle noch einmal betonen, dass wir als Vorstand für Kommunikation, Transparenz und Compliance stehen.

Nicht wir als Personen sind wichtig, sondern die Institution KV mit deren Aufgaben.

Nicht, was wir glauben, was wir voneinander erwarten können, sondern, was wir erleben, ist das, wonach wir einander beurteilen sollten.

An den Ergebnissen unserer Arbeit können Sie uns messen.

Heute halten Sie ein besonders umfangreiches Exemplar des Rundschreibens in den Händen. Das ist der Tatsache geschuldet, dass wir verpflichtet sind, alle amtlichen Bekanntmachungen und für Ihre Arbeit relevanten Vereinbarungen im Rahmen des Rundschreibens zu veröffentlichen. Wir arbeiten daran, dass wir in Zukunft die modernen Medien dafür effektiver nutzen dürfen und dass trotz kleinteiliger Regulierungswut des Normgebers Ihre Praxistätigkeit nicht über Gebühr beeinträchtigt wird. Im Gegenteil, wir hoffen auf die Möglichkeit, bürokratische Prozesse abzubauen zu können. Dafür nehmen wir gerne Ihre Meinung und Erfahrung mit in Anspruch. Schreiben Sie uns Ihre Ideen für eine bürokratieärmere Gestaltung des Praxisalltages.

Ich grüße Sie, kritisch und optimistisch, wie immer

Ihre



Annette Rommel

1. Vorsitzende des Vorstandes

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG THÜRINGEN

– KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS –

Ärztehaus Thüringen · Bauhausstraße 11 · O-5300 Weimar
Telefon 62891 · Telefax 3384



Rundschreiben Nr. I/1992

Sehr geehrte Damen und Herren,

nunmehr schon zum fünften Male wendet sich die Kassennärztliche Vereinigung Thüringen an Sie mit Hinweisen für die Erstellung der bevorstehenden Quartalsabrechnung. Inhalt und Qualität unserer Abrechnungsroundschreiben lassen unseres Erachtens erkennen, daß einerseits die Landesgeschäftsstelle bemüht war, seit Geltung des Sozialgesetzbuches in unserem Bundesland ständig dazuzulernen und andererseits grundsätzliche Fragen der ärztlichen Niederlassung einer Klärung zugeführt werden konnten. Letzteres wird besonders daran deutlich, daß der Inhalt der Rundschreiben immer spezifischer wird, für die meisten unserer ordentlichen Mitglieder ist allgemeine Aufklärung über das Kassenarztwesen nicht mehr notwendig.

Uns ist es eine große Freude, Ihnen mitteilen zu können, daß wir nunmehr personell und technisch dazu in der Lage sind, pünktlicher als bislang Abschlagszahlungen und Restzahlungen zu veranlassen. Wir können zusagen, Abschlagszahlungen so zur Anweisung zu bringen, daß diese unsere Mitglieder selbst unter ostdeutschen Banklaufzeiten noch im Verlaufe des jeweiligen Abrechnungsmonats erreichen. Für den Zeitpunkt der Restzahlung können wir Ihnen bis jetzt nur den Anfang des 5. Monats nach Abschluß des jeweiligen Abrechnungsquartals nennen. Wir hoffen, durch zügigen Einstieg in die EDV-gestützte Honorarabrechnung und Buchhaltung sowie durch eine zunehmend bessere Beherrschung unserer Technik bald zu ermöglichen, daß wir Ihnen die Restzahlung spätestens am Ende des 4. Monats nach Abschluß des Abrechnungsquartals überweisen. Dann wären Abrechnungszeiträume erreicht, wie sie auch in den alten Bundesländern üblich sind.

... Wer von Ihnen erinnert sich noch? Vor 25 Jahren, im Januar 1992 erschien das erste Rundschreiben der Kassennärztlichen Vereinigung Thüringen. Vorstand und Geschäftsführung hatten zuvor entschieden, die einzelnen Informationen zu unterschiedlichen Themen der vertragsärztlichen Versorgung in einer regelmäßig, d. h. monatlich erscheinenden Informationsschrift zusammenzufassen.

Seitdem erhalten Sie jeden Monat diese Informationen, geordnet nach Fachgebieten und ergänzt um Fortbildungstermine und Hinweise auf interessante Veranstaltungen und Aktionen. In der Mitgliederbefragung vom Herbst 2015 bescheinigte eine große Mehrheit der Befragten, dass sie mit unserem Rundschreiben zufrieden oder sehr zufrieden sind. Dabei soll es bleiben.

Übrigens: So sehr sich Gestalt und Inhalt unseres Rundschreibens im Laufe der Zeit verändert haben – eins ist über die 25 Jahre gleich geblieben: In der Ottweiler Druckerei haben wir eine zuverlässigen Partner für Herstellung und Versand. Auch dies wollen wir an dieser Stelle ausdrücklich würdigen.

Bundeseinheitlich anzuwendende Laborquote „Q“ für das 1. Halbjahr 2017 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 1. Halbjahr 2017 beträgt 91,58 %.

Die Ermittlung der Vergütung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 sowie 32860 bis 32865 sowie 32880 bis 32882, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946 EBM 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

Prüfvereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

(im Folgenden KVT genannt)

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand, hier vertreten durch Frau Andrea Epkes,
- BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover,
- IKK classic,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
- Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Geltungsbereich

Diese Prüfvereinbarung regelt die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung. Sie findet Anwendung für die vertragsärztliche Tätigkeit der zugelassenen Ärzte/Psychotherapeuten, der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte und der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Ärzte, für die zugelassenen Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und die am Krankenhaus erbrachten belegärztlichen Leistungen (nachfolgend Ärzte genannt).

Satz 2 gilt nur, sofern eine Abrechnung ärztlicher Leistungen über die KVT erfolgt.

Die KVT und die Krankenkassen vereinbaren nachfolgend auf der Grundlage des § 106 Abs. 1 SGB V die Inhalte und das Nähere zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 SGB V.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung (WiPrüfVO) ist Inhalt dieser Vereinbarung. Es gelten die §§ 106, 106a, b und c SGB V und die Rahmenvorgabe nach § 106b Abs. 2 SGB V.

Die (gesonderte) Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Ärzten und Einrichtungen, die zur ambulanten Versorgung zugelassen sind, deren Leistungsabrechnung nicht über die KVT erfolgt und deren Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht der originären Zuständigkeit der gemeinsamen Prüfungseinrichtungen zugewiesen ist (Einbezogene Ärzte und Einrichtungen), obliegt nach Beauftragung durch die Krankenkassen gegen Kostenersatz den Prüfungseinrichtungen und erfolgt gemäß den Regelungen dieser Prüfvereinbarung, soweit in den einschlägigen Verträgen nicht ausdrücklich etwas anderes geregelt ist.

Einbezogene Ärzte und Einrichtungen in diesem Sinne sind z. B. Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren gemäß §§ 117 ff. SGB V, medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V sowie Leistungserbringer nach § 116b SGB V, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 Abs. 2 Satz 4 und § 41 Abs. 1 Satz 4 SGB V) im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a Satz 5 SGB V oder Teilnehmer an Selektivverträgen mit bereinigender Wirkung (aktuell § 73b SGB V und § 140a SGB V). Die Übernahme der anfallenden Kosten bestimmt sich nach § 17. Als Einbezogene Ärzte und Einrichtungen nach Satz 7 gelten auch psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 1 SGB V und Krankenhäuser bei der Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1a SGB V, obwohl deren Leistungsabrechnung über die KVT erfolgt.

§ 1 Grundsätze

- (1) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung betreiben die Vertragspartner für den Bereich des Freistaates Thüringen eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss.
- (2) Als Beteiligte im Sinne dieser Vereinbarung gelten der betroffene Arzt, ärztlich geleitete Einrichtungen, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen, die antragstellende Krankenkasse sowie die KVT.
- (3) Soweit von den Vertragspartnern abgeschlossene Vereinbarungen Regelungen mit Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung enthalten, sind diese entsprechend zu berücksichtigen. Die Vertragspartner informieren die Prüfungsstelle über entsprechende Vereinbarungen.
- (4) Ein Antrag auf Prüfung für erbrachte, verordnete oder veranlasste Leistungen ist ausgeschlossen, wenn die beantragte Nachforderung (Regress/Kürzung) 50,00 € nicht übersteigt. Ein Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens ist ausgeschlossen, wenn die beantragte Nachforderung (Regress/Kürzung) 50,00 € nicht übersteigt.
- (5) Soweit Antragsfristen bestimmt sind, handelt es sich lediglich um Ordnungsfristen. Sie dienen ausschließlich der Beschleunigung des Verfahrens.

§ 2 Prüfungseinrichtungen

- (1) Prüfungseinrichtungen i. S. dieser Vereinbarung sind die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss mit Sitz in 99425 Weimar, Zum Hospitalgraben 8. Ein Antrag auf Überprüfung und Neuregelung des Sitzes kann von jedem Partner der Vereinbarung gestellt werden, wobei es keiner Kündigung der Prüfvereinbarung bedarf. Der Beschwerdeausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (2) Bei der Prüfungsstelle wird eine technische Kommission eingerichtet. Aufgabe der technischen Kommission ist es, die Prüfungsstelle zur Klärung grundsätzlicher Problemstellungen - sofern diese nicht in die Regelungskompetenz der Vertragspartner nach § 106 Abs. 3 SGB V fallen - fachlich zu unterstützen. Sie ersetzt nicht die im Einzelfall notwendige Einholung eines Prüfgutachtens.

Die technische Kommission besteht aus bestellten Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und der Krankenkassen in ausreichender Zahl und paritätischen Besetzung. Die Organisation der Sitzung obliegt der Prüfungsstelle.

Über die Beratung der Kommission führt die Prüfungsstelle unter Angabe der Ergebnisse Protokoll, welches die Vertragspartner innerhalb eines Monats nach Sitzung erhalten.

Die vorgenannten Bestimmungen des Absatzes 2 finden keine Anwendung bei Einbezogenen Ärzten und Einrichtungen, welche gemäß Satz 7 des Geltungsbereichs geprüft werden sollen.

- (3) Die Vertragsparteien bestellen die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sowie die Stellvertreter in ausreichender Anzahl. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen von der KVT bestellt. Die Vertragsparteien

können die von ihnen bestellten Mitglieder von ihrem Amt entbinden. Über Veränderungen in der Besetzung informieren die Vertragsparteien die Prüfungsstelle.

- (4) Der unparteiische Vorsitzende sowie dessen Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und der KVT gemeinsam benannt. Der unparteiische Vorsitzende vertritt den Beschwerdeausschuss gerichtlich und außergerichtlich. Die Amtsperiode beträgt zwei Jahre.
- (5) Für Einbezogene Ärzte und Einrichtungen gelten abweichend von dieser Vereinbarung hinsichtlich der Absätze 2 und 3 die zwischen den Krankenkassen bzw. deren Verbänden und den jeweiligen Leistungserbringern ggf. getroffenen Regelungen in den einschlägigen Verträgen. Die Prüfungseinrichtungen entscheiden in der in dieser Prüfvereinbarung festgelegten Besetzung auch über die Prüfung der Einbezogenen Ärzte und Einrichtungen, soweit in den einschlägigen Verträgen nicht ausdrücklich etwas anderes geregelt ist.

§ 3 Ausgeschlossene Personen

Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses dürfen bei der Prüfung ihrer eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit oder der eines Angehörigen nicht mitwirken. Das gleiche gilt für die Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft sowie MVZ und Beteiligte der technischen Kommission. Mitarbeiter der Prüfungsstelle dürfen an Prüfungen der vertragsärztlichen Tätigkeit von Angehörigen nicht mitwirken.

§ 4 Prüfungsarten und –gegenstände

- (1) Die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung (§§ 106 – 106b SGB V) wird geprüft durch:
 - Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach § 106 b SGB V (§ 8 und Anlage 1 dieser Prüfvereinbarung) ab dem Verordnungsjahr 2017
 - Prüfung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben (Zufälligkeitstestprüfung, § 9 und Anlage 2 dieser Prüfvereinbarung),
 - Prüfung der ärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise in Einzelfällen und in besonderen Fällen (§ 10 und Anlage 3 dieser Prüfvereinbarung),
 - Feststellung von sonstigen Schäden (§ 11 und Anlage 4 dieser Prüfvereinbarung)
- (2) Die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung und der daraus erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen wird von den Prüfungseinrichtungen in folgenden Bereichen insbesondere geprüft:
 - a) Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V)
 - b) Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln einschließlich Sprechstundenbedarf (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - c) Verordnung von Heilmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - d) Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise
 - e) Verordnung von Hilfsmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - f) Verordnung von Krankentransporten (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - g) Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - h) Verordnung von Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - i) Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 73 Abs. 2 Nr. 8 SGB V)

- j) Verordnung von Soziotherapie (§ 73 Abs. 2 Nr. 12 SGB V)
 - k) Verordnung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (§ 73 Abs. 2 Nr. 14 SGB V)
 - l) Feststellung von Arbeitsunfähigkeit § 106a Abs. 5 SGB V
- (3) Die (gesonderte) Prüfung der Einbezogenen Ärzte und Einrichtungen gemäß Satz 7 des Geltungsbereichs umfasst insbesondere:
- a) Verordnungen für die am Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen
 - b) Verordnungen im Rahmen des Entlassungsmanagements nach § 39 Abs.1a Satz 5 SGB V
 - c) Leistungen bei Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Abs.1a SGB V
 - d) Verordnungen im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V
 - e) Verordnete Leistungen durch Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V
 - f) Verordnete Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
 - g) Verordnete Leistungen durch Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V sowie
 - h) Verordnete Leistungen durch medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V
 - i) ärztlich verordnete Leistungen im Rahmen der Teilnahme an Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V (Selektivverträge).
- (4) Auffälligkeits- und Zufälligkeitsprüfung werden vorrangig durchgeführt und schließen sich gegenseitig für denselben Prüfgegenstand im selben - auch anteiligen - Zeitraum aus.
- (5) Im Übrigen sind Sachverhalte, die bereits Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach einer anderen Prüfmethode gewesen sind und mit einer Prüfmaßnahme belegt wurden, nicht erneut zu prüfen.
- (6) Nachforderungen (Regresses bzw. Kürzungen) aus Prüfungen desselben Sachverhaltes im selben Prüfzeitraum nach unterschiedlichen Prüfarten sind gegeneinander zu verrechnen.

§ 5 Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Amts wegen bei Überschreitung der gesetzlich bzw. vertraglich vorgegebenen Aufgreifkriterien, gemäß §§ 8 und 9 dieser Vereinbarung oder auf schriftlichen Antrag. Antragsberechtigt sind die KVT, die Krankenkasse, die Krankenkassen und ihre Verbände.
- (2) Die Übersicht (Name, Arztnummer (LANR und BSNR), Gesamtbrutto, Anzahl der Fälle, Höhe der Überschreitung) über die Ärzte, welche die Kriterien für die Beratungen nach § 8 und die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfüllt haben, sind den Vertragspartnern durch die Prüfungsstelle innerhalb von 2 Wochen nach Erstellung kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

§ 6 Datenbasis

- (1) Die Wirtschaftlichkeitsprüfung als Auffälligkeitsprüfung, die Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung) und ggf. die Durchschnittswertprüfung sowie die Verordnungsfallwertprüfung erfolgen insbesondere gemäß §§ 296 bis 298 und 106 SGB V auf der Basis von kassenartenübergreifend zusammengeführten Statistiken gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte (Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern) sowie den Richtlinien zur Zufälligkeitsprüfung. Die Prüfungsstelle prüft vor Einleitung eines

Prüfverfahrens die gelieferten Daten auf Plausibilität. Die KVT und die Krankenkassen stellen sicher, dass die Daten hierfür der Prüfungsstelle zur Verfügung gestellt werden. Als Frist für die Datenlieferungen gelten die Fristen des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern sofern für die einzelnen Prüfungsarten in dieser Vereinbarung nichts Abweichendes bestimmt ist.

Satz 1, Satz 3 und 4 finden keine Anwendung auf die Prüfung der Einbezogenen Ärzte und Einrichtungen, welche gemäß Satz 7 des Geltungsbereichs geprüft werden sollen.

- (2) Für den Fall, dass ein Arzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend macht, entscheiden die Prüfungseinrichtungen, ob diese hinreichend begründet sind und ob die Richtigkeit der Daten zu prüfen ist. Ausgangspunkt für die Überprüfung der Berechtigung der Zweifel im Rahmen der Prüfung der Verordnungsweise sind die Daten der erweiterten Arzneimittel- und Heilmitteldatei. Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlage für die Prüfung aus einer Stichprobe, welche mindestens 20 % der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes einschließlich zugeordneter Verordnungen enthält und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.
- (3) Offensichtliche Unrichtigkeiten in den Statistiken können die Prüfungseinrichtungen berichtigen, soweit die ordnungsgemäße Durchführung des Prüfverfahrens insgesamt nicht gefährdet wird. Über die Berichtigung ist ein Protokoll anzufertigen, welches Bestandteil der Verfahrensakte wird.

§ 7 Grundsätze zur Feststellung von Praxisbesonderheiten

- (1) Bei den statistischen Prüfverfahren sind die Gesamttätigkeit des Arztes, Praxisbesonderheiten sowie kausale Einsparungen zu berücksichtigen, soweit diese aus den Unterlagen oder in sonstiger Weise bekannt sind oder vom betroffenen Arzt nachgewiesen werden oder im Rahmen einer individuellen Beratung vom Arzt beantragt werden. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten kann nur durch die Prüfungseinrichtungen erfolgen.
- (2) Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, welche von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungs-kosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert. Wird eine Praxisbesonderheit mit besonderen Kenntnissen oder Erfahrungen, einer besonderen Behandlungsweise oder mit einer speziellen Praxisausstattung begründet, setzt deren Anerkennung den Nachweis voraus, dass diese Besonderheiten zu einer entsprechenden Konzentration von Patienten geführt haben, die dieser Besonderheiten bedürfen.
- (3) Arzneimittel, für die in der jeweiligen Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V eine Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen ist, erkennt die Prüfungsstelle entsprechend § 130b Abs. 2 SGB V als Praxisbesonderheit an, wenn der Arzt bei der Verordnung im Einzelfall die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung eingehalten hat. Diese Anforderungen sind in den Anlagen der Verträge nach § 130b Abs. 1 SGB V aufgeführt. Die Anforderungen sind in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V zu hinterlegen. Für den Fall, dass die Anforderungen nicht in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V hinterlegt werden können, informiert die KVT die Ärzte über die Anforderungen.

§ 130b Abs. 3a und § 130c Abs. 4 SGB V bleiben unberührt.

- (4) Die Quantifizierung aller durch die Prüfungseinrichtungen anerkannten Praxisbesonderheiten ist in der Regel auf die Höhe der dadurch gegenüber der Vergleichsgruppe bedingten Mehrkosten je Fall begrenzt.

Abweichend davon sind insbesondere

- die im Anhang 1 der Rahmenvorgabe nach § 106b Abs. 2 SGB V aufgeführten bundesweiten besonderen Verordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln vollständig,
- die Arzneimittel, für die in der jeweiligen Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 S. 1, Abs. 2 SGB V eine Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen ist, entsprechend der jeweiligen Vereinbarung zu berücksichtigen.

- (5) Darüber hinaus gelten die Praxisbesonderheiten der Anlagen 1.1, 1.1a, 1.1b, 1.2 und 1.2a.

§ 8 Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen, die ab dem 01.01.2017 verordnet werden, wird auf der Grundlage der Anlage 1 durchgeführt.

§ 9 Zufälligkeitprüfung

Die arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben wird gemäß § 106a SGB V i. V. m. der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß §106a Abs. 3 SGB V (im weiteren Richtlinien) durchgeführt.

Das Nähere zur Durchführung der Zufälligkeitprüfung regelt Anlage 2.

Die Regelungen des § 9 und der Anlage 2 finden keine Anwendung auf die Einbezogenen Ärzte und Einrichtungen, die gemäß Satz 7 des Geltungsbereichs geprüft werden sollen.

§ 10 Prüfung in einzelnen und besonderen Fällen

- (1) Auf Antrag der Antragsberechtigten nach § 5 Abs. 1 können erbrachte, verordnete oder veranlasste Leistungen einer Prüfung im einzelnen Fall / in einzelnen Fällen unterzogen werden, wenn sonstige Auffälligkeiten eine Unwirtschaftlichkeit vermuten lassen. Lässt sich die Höhe des dabei festgestellten unwirtschaftlichen Mehraufwandes nicht eindeutig feststellen, bestimmt die Prüfungsstelle die Höhe der Nachforderung (Regress/Kürzung) nach gewissenhafter Schätzung. Unter sonstigen Auffälligkeiten sind auch solche Sachverhalte einzuordnen, bei denen vermehrt kostenintensive Verordnungen im einzelnen Behandlungsfall den Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vermuten lassen.
- (2) Auf begründeten Antrag der Antragsberechtigten nach § 5 Abs. 1 dieser Prüfvereinbarung prüfen die Prüfungseinrichtungen in besonderen Fällen auch, ob der Arzt durch Veranlassung von Auftragsleistungen, Verordnungen von Krankenhausbehandlung, bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit und Verordnung von Hilfsmitteln im besonderen Fall / in besonderen Fällen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat. Dazu sind die Unterlagen der Behandlungsfälle/Krankheitsfälle heranzuziehen. Die Prüfungseinrichtungen entscheiden darüber, in welcher Höhe Unwirtschaftlichkeit besteht. Dabei ist gleichfalls die Gesamtwirtschaftlichkeit des dem Antrag

zugrundeliegenden besonderen Falles zu bewerten. Lässt sich die Höhe der Unwirtschaftlichkeit nicht eindeutig feststellen, bestimmt die Prüfungsstelle den Umfang nach gewissenhafter Schätzung.

- (3) Die antragsmäßige Zusammenfassung mehrerer „Prüfgegenstände“ / Patienten bzw. Versicherten ist möglich.
- (4) Das Nähere regelt Anlage 3.

§ 11 Sonstiger Schaden

Die Antragsberechtigten nach § 5 Abs. 1 können die Feststellung eines sonstigen Schadens durch die Prüfungsstelle beantragen, den der Arzt infolge Verletzung seiner (vertragsärztlichen) Pflichten verursacht hat.

Fälle der Wirtschaftlichkeitsprüfung, Erstattungsansprüche der Krankenkassen wegen sachlich-rechnerischer Unrichtigkeiten, wegen eines Behandlungsfehlers oder aus unerlaubten Handlungen des Vertragsarztes sowie Fälle, die in den Zuständigkeitsbereich einer anderen vertragsärztlichen Institution fallen, werden hiervon nicht erfasst.

Das Nähere regelt Anlage 4.

§ 12 Verfahrensgrundsätze

- (1) Über die Einleitung und Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, deren Beantragung bzw. einer Beratung gem. § 13 sowie gemäß § 8 i. V. mit Anlage 1 sind der betroffene Arzt oder Einrichtung sowie die übrigen Verfahrensbeteiligten unverzüglich von Amts wegen schriftlich in Kenntnis zu setzen. Bei Einleitung von Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren ist der Arzt auf die Möglichkeit der Stellungnahme innerhalb einer angemessenen Frist hinzuweisen. Die Prüfungsstelle kann nach Ablauf dieser Frist auch ohne erfolgte Stellungnahme entscheiden. Über eine Stellungnahme ist der Antragsteller zu informieren. Ihm ist Gelegenheit zur Erwiderung zu geben. Der Arzt ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass er die Anerkennung weiterer Praxisbesonderheiten im Rahmen der Prüfungen nach § 8 beantragen kann. Bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung bzw. deren Beantragung sind die erforderlichen Unterlagen den Verfahrensbeteiligten auf Anforderung innerhalb von 14 Tagen zuzuleiten.
- (2) Das Verfahren bei der Prüfungsstelle ist schriftlich und wird mit Bescheid, Vergleich oder Antragsrücknahme abgeschlossen. Es gelten die Grundsätze des SGB X. Die Prüfungsstelle kann medizinische Sachverständige vor ihren Entscheidungen anhören. In diesem Falle übermittelt die Prüfungsstelle dem beauftragten Sachverständigen neben der Aufgabenstellung alle für die Entscheidungsfindung notwendigen Unterlagen. Bei Prüfungen nach § 8 gelten darüber hinaus die Regelungen in der Anlage 1 dieser Prüfvereinbarung.

Die Prüfungsstelle kann die persönliche Anhörung der Verfahrensbeteiligten beschließen, wenn dies zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes notwendig ist oder die Verfahrensbeteiligten dies beantragen. Die Ladungsfrist beträgt zwei Wochen. Erscheint der Geladene nicht, kann ohne seine Anwesenheit entschieden werden, sofern in der Ladung darauf hingewiesen wurde. Der Arzt kann sich durch einen Bevollmächtigten vertreten lassen.

Dem betroffenen Arzt kann im Rahmen der Anhörung für Prüfungen ein elektronischer Datenträger mit allen der Prüfung zu Grunde liegenden Daten übersandt werden, sofern die technischen Voraussetzungen vorliegen. Dieser ist so aufzubereiten, dass eine Recherche auf Basis allgemein üblicher Hard- und Software möglich ist. Die Anforderung an die Hard- und Software sind so gering wie möglich zu halten. Die Daten sind so aufzubereiten, dass der Arzt hinreichende Transparenz über die zu prüfenden Daten erhält.

- (3) Der Bescheid der Prüfungsstelle ist zu begründen und hat den im Prüfverfahren festgestellten wesentlichen Sachverhalt unter Würdigung der durch die Verfahrensbeteiligten vorgebrachten Sachverhalte zu enthalten, zu unterzeichnen sowie mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen. Der Bescheid ist innerhalb von 5 Monaten nach Entscheidung den Verfahrensbeteiligten bekanntzugeben.
- (4) Gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle können innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheides sowohl der betroffene Arzt, die KVT, die Verbände der Krankenkassen, als auch die betroffene Krankenkasse schriftlich oder zur Niederschrift bei der Prüfungsstelle Widerspruch einlegen. Davon ausgenommen sind Bescheide über die Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind. Gegen diese Bescheide kann Klage zum Sozialgericht erhoben werden.

Über erhobene Widersprüche sind die Verfahrensbeteiligten umgehend zu informieren.

- (5) Der Widerspruch soll begründet sein, den angefochtenen Bescheid bezeichnen und einen bestimmten Antrag enthalten.
- (6) Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren im Sinne von § 78 des Sozialgerichtsgesetzes. Für das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gelten die vorstehenden Regelungen über das Verfahren bei der Prüfungsstelle entsprechend, soweit in den nachstehenden Absätzen nichts anderes geregelt ist.
- (7) Die Entscheidung des Beschwerdeausschusses ergeht aufgrund einer mündlichen Verhandlung in nicht öffentlicher Sitzung. Zu dieser Sitzung sind die Verfahrensbeteiligten schriftlich mit einer Frist von mindestens einem Monat zu laden mit dem Hinweis, dass im Falle ihres Nichterscheinens nach Lage der Akten verhandelt und entschieden werden kann. Die erforderlichen Unterlagen sind den Verfahrensbeteiligten mit der Ladung zuzuleiten.
- (8) Bei der Beratung und Beschlussfassung des Beschwerdeausschusses dürfen nur anwesend sein:
 - a) die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sowie
 - b) die Mitarbeiter der Prüfungsstelle, soweit dies für organisatorische Zwecke notwendig ist.
- (9) Über jede Sitzung des Beschwerdeausschusses ist ein Protokoll anzufertigen. Im Protokoll sind die wesentlichen Inhalte der Sitzung, einschließlich entscheidungserheblicher fachlicher Gründe niederzulegen. Je eine Ausfertigung des Protokolls erhalten die Verbände der Krankenkassen und die KVT. Die Übersendung des vom Vorsitzenden unterzeichneten Protokolls soll innerhalb von 1 Monat nach der Sitzung erfolgen. Einwände gegen dieses Protokoll können mit einer Frist von 14 Tagen geltend gemacht werden. Über geltend gemachte Einwände entscheidet der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses abschließend.

- (10) Der Beschwerdeausschuss erteilt dem Widerspruchsführer und den anderen Verfahrensbeteiligten über die getroffene Entscheidung einen schriftlichen Bescheid. Die Entscheidung ist unter Berücksichtigung der vom Widerspruchsführer gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle erhobenen Einwendungen und des Vorbringens der übrigen Verfahrensbeteiligten zu begründen und vom Vorsitzenden oder im Falle seiner Verhinderung durch dessen Stellvertreter zu unterzeichnen.
- (11) Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt mit der Beschlussfassung als durchgeführt.
- (12) Die Verfahrensgrundsätze finden uneingeschränkt auf die Prüfung der Einbezogenen Ärzte und Einrichtungen Anwendung.

§ 13 Beratung als Prüfmaßnahme

- (1) Die festgesetzten Beratungen sollen nach den Vorgaben der Prüfeinrichtung grundsätzlich schriftlich durch die Prüfungsstelle zeitnah nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes durchgeführt werden. Dies gilt nicht im Fall der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V (§ 8 und Anlage 1 dieser Prüfvereinbarung). Grundlage der Beratungen sind die Übersichten über die vom Vertragsarzt im Prüfzeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können hinzugezogen werden.
- (2) Die für die mündlichen Beratungen vorgesehenen Unterlagen sollen dem betroffenen Arzt mindestens 1 Monat vor Durchführung der Beratung übersandt werden.

§ 14 Zweifel an der Richtigkeit der Leistungserbringung

Soweit im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung hinreichende Zweifel an der Richtigkeit der Leistungserbringung bestehen, wird die Abrechnung an die KVT zur Klärung des Sachverhaltes übergeben. Der betroffene Arzt wird hierüber schriftlich informiert.

§ 15 Datenschutz

Die am Prüfverfahren Mitwirkenden haben über den Sitzungsverlauf und über die Person der am Verfahren beteiligten Ärzte Stillschweigen zu bewahren. Dies gilt auch für Dritte, die am Verfahren teilnehmen. Diese sind aktenkundig über die geltenden Datenschutzrichtlinien zu belehren. Das Nähere hierzu regelt die Geschäftsordnung.

§ 16 Durchsetzung von Entscheidungen

- (1) Die beschlossene Honorarkürzung wird durch die KV Thüringen mit den Honorarforderungen des jeweils nächsten Auszahlungsquartals verrechnet, wenn die Entscheidung der Prüfungseinrichtungen kraft Gesetzes oder besonderer Anordnung sofort vollziehbar ist.

Die Nachforderung (Regress/Erstattung) aufgrund der Prüfung von vertragsärztlich verordneten und veranlassten Leistungen wird durch die KV Thüringen gegen fällige Honorarforderungen verrechnet. Es gilt § 6 Abs. 4 der Rahmenvorgabe nach § 106b Abs. 2 SGB V für die statistischen Prüfungen nach § 106b SGB V. Im Übrigen gelten die Regelungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte.

Das Nähere zur Verrechnung der beschlossenen Honorarkürzung sowie für Nachforderungen (Regress/Erstattung) aufgrund der Prüfungen von vertragsärztlich verordneten und veranlassten Leistungen wird gesondert geregelt.

Dies gilt nicht im Falle der Beauftragung bei Einbezogenen Ärzten und Einrichtungen.

- (2) Die Vollstreckungsklausel erteilt die Prüfungsstelle.
- (3) Die Prüfungsstelle informiert die Vertragspartner quartalsweise über die erteilten Vollstreckungsklauseln mit folgendem Inhalt:
 - a. Arztnummer (LANR und BSNR) und Aktenzeichen (Vorgangsnummer)
 - b. Prüfungsart und Prüfzeitraum
 - c. Regressbetrag je Krankenkasse.

Diese Regelung gilt für den Beschwerdeausschuss entsprechend.

- (4) a) Nachforderungen (Regress) sind auf die beteiligten Krankenkassen entsprechend der Anzahl der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle aufzuteilen.
Die erforderlichen Fallzahlen werden von der KVT zur Verfügung gestellt.
 - b) Im Falle der Prüfung Einbezogener Ärzte und Einrichtungen, übermitteln die Krankenkassen mit Antragstellung die notwendigen Informationen zur Aufteilung.
- (5) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Arztes informiert die KVT die Prüfungsstelle sowie die Prüfungsstelle die KVT über noch laufende Verfahren.

§ 17 Kosten der Prüfungseinrichtungen

- (1) Die Kosten der Prüfungsstelle und die mit der Tätigkeit der Vorsitzenden/Stellvertreter des Beschwerdeausschusses verbundenen Kosten werden von der KVT und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen. Dies gilt auch für die Kosten aus Rechtsbehelfs- und Rechtsmittelverfahren.

Abweichend davon werden im Fall der Prüfung nach Beauftragung durch die Krankenkassen gemäß Satz 7 des Geltungsbereichs die daraus resultierenden Kosten der Prüfungsstelle und die mit der Tätigkeit der Vorsitzenden / des Stellvertreters des Beschwerdeausschusses verbundenen Kosten durch die Krankenkassen getragen. Dies gilt auch für die Kosten aus Rechtsbehelfs- und Rechtsmittelverfahren. Das Nähere zur Kostentragung wird im Gesellschaftervertrag der Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung Thüringen vereinbart.

Es erfolgt eine gesonderte Aufstellung im Sinne des § 4 Abs. 1 WiPrüfVO.

- (2) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses haben Anspruch auf Erstattung ihrer baren Auslagen und auf eine Entschädigung für Zeitaufwand nach den für die Mitglieder der Organe der bestellenden Körperschaften geltenden Grundsätzen. Der Anspruch richtet sich gegen die bestellenden Körperschaften bzw. Verbände.

Abweichend davon werden die Entschädigungen für die von der KVT entsandten Vertreter des Beschwerdeausschusses im Fall der Beauftragung durch die Krankenkassen gemäß Satz 7 des Geltungsbereichs der Prüfvereinbarung auf der Basis der jeweils geltenden Entschädigungsordnung für Ehrenamtsträger der KVT im Rahmen der Kostenteilung gemäß § 5 Abs. 6 des Gesellschaftsvertrages der Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung Thüringen von den Krankenkassen übernommen.

§ 18 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen werden die Vertragspartner zeitnah eine neue Regelung vereinbaren.

§ 19 Inkrafttreten und Kündigung

Diese Prüfvereinbarung tritt am 01.01.2017 in Kraft. Die Prüfvereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 14.12.2016

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez. IKK classic

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

gez. Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

Anlagen

- Anlage 1 - Vereinbarung nach § 106b SGB V
- Anlage 2 - Zufälligkeitsprüfung
- Anlage 3 - Prüfung in einzelnen und besonderen Fällen
- Anlage 4 - Sonstiger Schaden
- Anlage 5 - unbesetzt

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Teil A)

Im Verordnungsjahr 2017 wird als Vereinbarung gemäß §106b Abs. 1 SGB V eine statistische Auffälligkeitsprüfung jeweils für Arzneimittel und Heilmittel nach Richtgrößen durchgeführt. Die Vorgaben aus der jeweiligen Richtgrößenvereinbarung sowie die der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V sind zu beachten.

- (1) Die statistischen Auffälligkeitsprüfungen sind für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen. Sie sollen für nicht mehr als 5 vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden.
- (2) Die Prüfungsstelle bestimmt diejenigen Ärzte, die ihr Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. überschritten haben und führt zunächst im Rahmen der Vorabprüfung eine Prüfung der Einhaltung der Zielwerte gemäß der jeweils gültigen Zielvereinbarung durch. Bei Einhaltung eines Zielwertes gemäß der jeweils gültigen Zielvereinbarung durch den Vertragsarzt wird vor Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens das gesamte Verordnungsvolumen der entsprechenden Indikationsgruppe/Arzneimittelgruppe bzw. Leistungsarten/Heilmittelgruppe vom Verordnungsvolumen des Vertragsarztes (Ist) abgezogen.

Dieser Abzug wird nicht vorgenommen, wenn seitens der Prüfungsstelle begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen trotz Einhaltung des Zielwertes bestehen (z. B. bei unwirtschaftlicher Mengenausweitung lediglich zum Zwecke der Zielerreichung; unwirtschaftliche Ausweitung des Originalpräparateanteils).

Im Fall des Abzugs aufgrund der Zielerreichung erfolgt keine weitere Berücksichtigung der Kosten dieses Arznei- oder Heilmittels als Praxisbesonderheit.

Inhalt der Vorabprüfung ist die Anerkennung folgender Praxisbesonderheiten:

- Anlage 1.1 der Prüfvereinbarung
- Anlage 1.1 b der Prüfvereinbarung
- Anlage 1.2 (Vereinbarung bundesweiter besonderer Verordnungsbedarfe für Heilmittel nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V) der Prüfvereinbarung
- Anlage 1.2 a (landesspezifische Praxisbesonderheiten für Heilmittel) der Prüfvereinbarung

Eine darüber hinausgehende Berücksichtigung kann im Prüfverfahren beantragt werden. Außerdem können anerkannte Praxisbesonderheiten aus den unmittelbar vorangegangenen Prüfzeiträumen von der Prüfungsstelle berücksichtigt werden.

Übersteigt das Verordnungsvolumen eines Vertragsarztes im Prüfungszeitraum das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. und geht die Prüfungsstelle nicht davon aus, dass diese Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung), berät die Prüfungsstelle den Vertragsarzt über Fragen zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung, insbesondere zur Einhaltung der Zielquoten. Die Beratung soll innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung erfolgen. Grundlage der Beratungen sind Übersichten über die vom Vertragsarzt im Prüfzeitraum verordneten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können hinzugezogen werden.

- (3) Vor der Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens (Soll) sollen die Auswirkungen von Verträgen nach § 73b oder § 140a SGB V in der Richtgrößenprüfung berücksichtigt werden.

- (4) Verordnungen von Heilmitteln für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Derartige Kosten werden entweder durch die Krankenkassen der Prüfungsstelle gemeldet oder die Verordnungskosten um diese Kosten beim jeweiligen Arzt vor Lieferung der Daten an die Prüfungsstelle durch die Krankenkassen bereinigt.
- (5) In Umsetzung der Rahmenvorgaben Arzneimittel vom 30.09.2016 sind die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung (mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weitere) in dem Verordnungsjahr 2017 nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung (mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weitere) sind daher von den Gesamtkosten (IST) vor der Feststellung der Überschreitung des fachgruppenbezogenen Richtgrößenvolumens in Abzug zu bringen.
- (6) Soweit Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel bei der Berechnung der Richtgrößen für den Prüfzeitraum in der Richtgrößenvereinbarung ausgeschlossen wurden, sind deren Kosten vor der Feststellung des Überschreitungsvolumens beim einzelnen Vertragsarzt in Abzug zu bringen.
- (7) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist auch die Einhaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V zu prüfen. Soweit dabei Nutzen und Kosten von Arzneimitteln (§ 35b Abs. 1 SGB V) geprüft werden, sind die verschlüsselten Diagnosen behandlungsfallbezogen hinzuzuziehen.
- (8) Arzneimittel, für die in der jeweiligen Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V eine Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen ist, erkennt die Prüfungsstelle entsprechend § 130b Abs. 2 SGB V als Praxisbesonderheit an, wenn der Arzt bei der Verordnung im Einzelfall die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung eingehalten hat. Diese Anforderungen sind in den Anlagen der Verträge nach § 130b Abs. 1 SGB V aufgeführt. Die Anforderungen sind in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V zu hinterlegen. Für den Fall, dass die Anforderungen nicht in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V hinterlegt werden können, informiert die KVT die Ärzte über die Anforderungen.
- (9) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit innerhalb der Praxisbesonderheiten die Anlehnung an die Kostenstruktur der Vergleichsgruppe zulässig, soweit andere vergleichende Methoden nicht zur Verfügung stehen oder bekannt sind.
- (10) Die durch den Vertragsarzt geltend gemachten Praxisbesonderheiten sind zu begründen. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten kann nur durch die Prüfungseinrichtungen erfolgen. Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, welche für die Vergleichsgruppe nach der aktuellen Richtgrößenvereinbarung von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungskosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert. Zusätzlich kann auch eine von der Vergleichsgruppe abweichende Altersstruktur der Versicherten bewertet und die Auswirkungen auf das Verordnungsvolumen bei Arznei- und Verbandmitteln bzw. Heilmitteln bestimmt werden.
Die Prüfung und Anerkennung der nachgewiesenen Mehrkosten für Verordnungen im Rahmen der DMP, die dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes entstanden sind, erfolgt durch die Prüfungseinrichtungen. Diese sind als Praxisbesonderheiten zu werten.

Mehrkosten bei zulässiger Mitversorgung (im Rahmen des Fachgebietes) aus anderen Fachgebieten aus Sicherheitsbedarf können ebenfalls berücksichtigt werden. Weitere Praxisbesonderheiten können Wirkstoffe der Anlage 1.1a (Nutzenbewertete Arzneimittel) der Prüfvereinbarung sein.

Die Quantifizierung aller durch die Prüfungseinrichtungen anerkannten Praxisbesonderheiten ist in der Regel auf die Höhe der dadurch gegenüber der Vergleichsgruppe bedingten Mehrkosten je Fall begrenzt. Abweichend davon sind insbesondere

- die für die Heilmittel der Anlage 1.2 definierten Praxisbesonderheiten vollständig,
- die Arzneimittel, für die in der jeweiligen Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 S. 1, Abs. 2 SGB V eine Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen ist, entsprechend der jeweiligen Vereinbarung zu berücksichtigen.

Die Vertragspartner kommen überein, die Anlagen 1.1, 1.1a und 1.2a jährlich zu aktualisieren.

- (11) Soweit erstmalig im Ergebnis der Richtgrößenprüfung unbegründeter Mehraufwand größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) festgestellt wurde, wird über das Verfahren ein Bescheid erstellt, der eine individuelle Beratung für die betroffene Praxis nach § 106b Abs. 2 Satz 3, 1. Halbsatz SGB V festsetzt. Dies gilt für Arzneimittel und Heilmittel gesondert. Ein Erstattungsbetrag wird nicht festgesetzt. Die Feststellung unbegründeten Mehraufwandes nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten größer 25 v. H. in der Richtgrößenprüfung erfolgt durch die Prüfungsgremien.

Eine erstmalige Auffälligkeit liegt vor, wenn bisher:

- weder eine individuelle Beratung des Arztes nach § 106b Abs. 2 Satz 3, 1. Halbsatz SGB V erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt,
- noch eine „Nachforderung“ (Erstattung des Mehraufwandes im Sinne des § 106 Abs. 5a SGB V in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) oder Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist.

Eine erstmalige Auffälligkeit liegt auch vor, wenn eine individuelle Beratung nach Absatz 11 Satz 1 oder § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung), oder ein „Nachforderung“ nach § 106 SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) länger als 5 Jahre nach formeller Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme zurückliegen.

Die individuelle Beratung als Maßnahmen nach § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V gilt als nicht erfolgt, wenn der Bescheid, mit dem die Beratung festgesetzt wurde, rechtskräftig aufgehoben wurde.

Die individuelle Beratung kann frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides erfolgen. Sie soll spätestens 6 Monate nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides durchgeführt worden sein.

Die Durchführung und die Inhalte der individuellen Beratung sind zu dokumentieren.

Die individuelle Beratung erfolgt schriftlich durch die Prüfungsstelle mit dem zusätzlichen Angebot einer ergänzenden mündlichen Beratung innerhalb von 3 Monaten nach Zugang der schriftlichen Beratung der Prüfungsstelle. Die schriftliche individuelle Beratung gilt mit Zustellung des Dokumentes zur schriftlichen Beratung als erfolgt. Für die Feststellung des Prüfzeitraumes nach einer Beratung ist der Zeitpunkt der Zustellung der schriftlichen Beratung maßgeblich.

Die individuelle Beratung hat fachlich qualifiziert zu erfolgen. Das Nähere regeln die Vertragspartner.

Im Rahmen der individuellen Beratung können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten oder bei Heilmitteln von Praxisbesonderheiten sowie besonderen Verordnungsbedarfen beantragen.

Die Inhalte und der Hergang der mündlichen Beratung sind zu protokollieren. Im Protokoll werden mindestens folgende Sachverhalte festgehalten:

- Benennung der vom Arzt zusätzlich beantragten Praxisbesonderheiten oder bei Heilmitteln zusätzlich von besonderen Verordnungsbedarfen
- Benennung der Einsparmöglichkeiten (Wirtschaftlichkeitsreserven) auf Basis der getroffenen Entscheidung
- Aufnahme und Bewertung der vom Arzt abgegebenen Erwiderungen/Begründungen zu den benannten Einsparmöglichkeiten
- Auseinandersetzung zum Erfüllungsstand der vereinbarten Zielquoten.

Das Protokoll ist dem betroffenen Arzt, der KVT und den Verbänden der Krankenkassen innerhalb eines Monats zur Verfügung zu stellen. In Folgeverfahren sind von der Prüfungsstelle bzw. vom Beschwerdeausschuss das Protokoll und ggf. die Dokumentation in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Die Prüfungsstelle prüft, ob der Prüfbescheid mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen wird, wenn der Arzt und der die Beratung Durchführende im Rahmen der Beratung übereinstimmend zu der Einschätzung gelangen, dass eine Festsetzung der Beratung nicht hätte erfolgen dürfen.

Eine weitere Maßnahme im Rahmen einer statistischen Prüfung kann erstmals für den Prüfzeitraum nach einer erfolgten individuellen Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt oder die Beratungstermine nicht wahrgenommen hat.

Zusätzlich kann der Arzt zu Fortbildungen bzw. Schulungen verpflichtet werden.

Die Prüfungsstelle hat den Vertragsarzt im Rahmen der Aufforderung zur Stellungnahme darüber in Kenntnis zu setzen, welche Praxisbesonderheiten im Rahmen der Vorabprüfung berücksichtigt wurden. Weiterhin hat die Prüfungsstelle den Vertragsarzt im Rahmen der Aufforderung zur Stellungnahme auch darüber in Kenntnis zu setzen, aus welchen Gründen der Abzug bei der Prüfung der Einhaltung der Zielwerte nicht vorgenommen wurde.

Die Prüfungsgremien können bei Feststellung unbegründeten Mehraufwandes größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) Nachforderungen, erstmals für den Prüfzeitraum nach einer erfolgten individuellen Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festsetzen. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat oder die Beratungstermine nicht wahrgenommen hat. Die Festsetzung eines Nachforderungsbetrages unter Beachtung des § 5 Abs. 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V kann bei Feststellung unbegründeten Mehraufwandes größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) erfolgen.

Für die erstmalige Nachforderung der Mehrkosten setzen die Prüfungseinrichtungen einen Betrag von nicht mehr als 12.500 Euro fest. Vor der Festsetzung haben die Prüfungseinrichtungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinzuwirken, die eine Minderung der Nachforderung um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann.

(12) Bei der Festsetzung einer Nachforderung ist die arztindividuelle Netto/Brutto-Quote zugrunde zu legen.

Zur Festlegung des den Krankenkassen zu erstattenden Nachforderungsbetrages (Netto) sind Zuzahlungen und Rabatte stufenweise vom festgestellten Mehraufwand abzuziehen. Dieses erfolgt durch die Absetzung der von den Krankenkassen übermittelten Beträge für Zuzahlungen und gesetzliche Rabatte. Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V aufgrund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, werden wie folgt berücksichtigt:

- a) Die Krankenkassen liefern die um Rabatte aus Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V bereinigten Nettowerte oder
- b) die Krankenkassen melden jeweils separat an die Prüfungsstelle die PZN der rabattierten Arzneimittel sowie den Rabattprozentsatz bzw. die ersparten Aufwendungen aus Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V oder
- c) Abzug von pauschal 14,5 % auf die entsprechenden rabattierten Arzneimittel (Pharmazentralnummern/ATC) aus Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V, soweit derartige Verträge für die Krankenkasse existieren und keine Berücksichtigung nach Punkt a oder b erfolgt ist, oder
- d) Abzug von 6 % des Gesamtverordnungsvolumens des Arztes bei der jeweiligen Krankenkasse, die keine Meldung zu Rabattverträgen erstattet.

(13) Die Festsetzung einer Nachforderung muss innerhalb von 2 Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraumes erfolgen.

(14) Ärzte, welche sich erstmals seit 2 Jahren vor dem Prüfzeitraum niedergelassen haben bzw. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden im Verordnungszeitraum 2017, wenn sie in die Prüfung einbezogen wurden, durch die Vertragspartner insbesondere zu Wirtschaftlichkeitszielen im Rahmen einer Niederlassungsberatung informiert. Sie erhalten in den ersten beiden Prüfzeiträumen nach Niederlassung keine Nachforderungen im Falle von festgestellten Unwirtschaftlichkeiten. Hierzu erfolgen zunächst Beratungen durch die Vertragspartner. Diese gelten nicht als Beratung im Sinne des Absatzes 11.

Anlage 1.1

Anlage 1.1a

Anlage 1.1b

Anlage 1.2

Anlage 1.2a

Teil B)

Für Verordnungen ab dem 01.01.2018 werden Zielquotenprüfungen durchgeführt. Die Vertragspartner streben Folgendes an:

- (1) Die Ziele im Arzneimittelbereich werden im Rahmen der Vereinbarungen nach § 84 SGB V jährlich festgelegt. Die Ziele sollen in der Regel mindestens 50 % der DDD oder 50 % der Kosten der entsprechenden Prüfgruppen der KV Thüringen umfassen. Der Zielwert wird in einem prozentualen Anteil auf Basis von DDD von Zielsubstanzen (ZS) zu Nichtzielsubstanzen (NZS) zuzüglich Zielsubstanzen festgelegt.

$$\text{Zielwert Ziel A} = \frac{\text{DDD ZS Ziel A} \times 100\%}{(\text{DDD ZS Ziel A} + \text{DDD NZS Ziel A})}$$

- (2) Die Ziele im Heilmittelbereich werden im Rahmen der Vereinbarungen nach § 84 SGB V jährlich festgelegt. Der Zielwert wird in einem prozentualen Anteil auf Basis von Behandlungseinheiten von Zielheilmitteln (ZHM) zu Nichtzielheilmitteln (NZH) zuzüglich Zielheilmitteln festgelegt.

$$\text{Zielwert Ziel H} = \frac{\text{Behandlungseinheiten ZHM Ziel H} \times 100\%}{(\text{Behandlungseinheiten ZHM Ziel H} + \text{Behandlungseinheiten NZH Ziel H})}$$

- (3) Der Zielwert (außer bei Rabattquoten nach Punkt 7) je Ziel liegt bis auf weiteres beim Median des Vorjahres/Vorvorhalbjahres¹ der Prüfgruppe. Dieser Zielwert² gilt auch bei Ärzten aus Prüfgruppen, die die vom Zielwert umfassten Arzneimittel/Heilmittel nur gelegentlich verordnen, aber die Verordnungsmengen nach Punkt 16 überschreiten. Die Festlegung der Prüfgruppen obliegt den Vertragspartnern. Die KV Thüringen stellt den Krankenkassen und der Prüfungsstelle eine aktuelle Übersicht Prüfgruppe und dazugehörige LANR zur Verfügung.
- (4) Sofern sich Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Verordnung aufgrund einer Mengenausweitung zum Zwecke der Zielwerterreichung bestätigen, bleiben diese unwirtschaftlichen Verordnungen (in DDD bzw. Behandlungsanteilen je Behandlungsfall) bei der Ist-Quotenfeststellung unberücksichtigt.
- (5) Arzneimittel, für welche die Krankenkasse einen Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V/130c SGB V geschlossen hat, und die zu den Nichtzielsubstanzen gehören, werden bei der Feststellung der Quotenerreichung mit einem DDD Abschlag von 0,x³ auf jede zu wertende DDD zu Gunsten des Arztes berücksichtigt. 1 DDD wird somit mit 0,y³ DDD in den betreffenden Zielen gewertet. Die ermittelte Prüfgrenze nach Absatz 8 bleibt hiervon unberührt.

$$\text{Zielerfüllung Ziel A} = \frac{\text{DDD ZS Ziel A} \times 100\%}{(\text{DDD ZS Ziel A} + \text{DDD NZS nichtrabattiert Ziel A} \times 1 + \text{DDD NZS rabattiert Ziel A} \times 0,y)}$$

¹ Für die Zielwerte des Jahres 2017 werden die Daten aus 2015 (ggf. 1. Halbjahr 2015) zu Grunde gelegt.

² Gemeinsamer KVT-Referenzwert (Medianwert über alle VO) für Prüfgruppen mit statistisch nicht auswertbaren Zielen

- (6) Die Vertragspartner können sich auf Rabattquoten als Wirtschaftlichkeitsziele verständigen. Die Vertragspartner können bestimmen, dass die Erfüllung dieser Rabattquoten zur Befreiung oder Teilbefreiung von der Zielquotenprüfung führen.
- (7) Die Prüfungsstelle stellt den Grad der Zielerreichung jährlich je Arzt und Ziel fest. Erreicht der Arzt seine Ziele wird er nicht nach Zielquoten geprüft. Für Ärzte, die die Ziele nicht erreichen, wird eine Zielquotenprüfung durchgeführt. Über eine Wichtung bzw. Saldierung der Ziele in Abhängigkeit von den betroffenen DDD und Kosten verständigen sich die Vertragspartner.
- (8) Für die Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die von den Vertragspartnern zu definierende Prüfgrenze maßgeblich. Die Prüfgrenze in jedem Ziel wird durch die Prüfungsstelle berechnet. Sie ermittelt sich jeweils aus denjenigen 15 % Unterschreitern der Prüfgruppe, die am weitesten vom jeweiligen Zielwert entfernt sind.
- (9) Maximal 5 % der Ärzte einer Prüfgruppe werden geprüft. Die Prüfungsstelle trifft die Auswahl unter Berücksichtigung der von den Vertragspartnern vorgegebenen Kriterien (z. B. Patientenstruktur und tatsächliche Relevanz einer Quotenverfehlung) einschließlich der Punkte 7 und 8.
- (10) Nach Feststellung der Unwirtschaftlichkeit erfolgt die Berücksichtigung der bundesweiten Praxisbesonderheiten (s. § 7 Prüfvereinbarung) bzw. besonderer Ordnungsbedarfe. Weitere Praxisbesonderheiten können im Prüfverfahren vom Arzt individuell beantragt werden. Über den genauen Ablauf der Zielquotenprüfung verständigen sich die Vertragspartner.
- (11) Bei erstmaliger Auffälligkeit eines Arztes erfolgt eine individuelle Beratung ggf. in Verbindung mit einer Fortbildungsverpflichtung. Es gelten die Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V.
- (12) Wird dem Arzt innerhalb von 5 Jahren nach dem geprüften Ordnungszeitraum erneut im Prüfverfahren Unwirtschaftlichkeit nachgewiesen, zahlt der Arzt eine pauschalierte Nachforderung. Die pauschalierte Nachforderung ist abhängig vom Ordnungsvolumen und dem Grad der Zielverfehlung. Über das Nähere verständigen sich die Vertragspartner.
- (13) Bezüglich der Ärzte, welche sich erstmals niederlassen bzw. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden in den ersten beiden Prüfzeiträumen durch die Vertragspartner geeignete Steuerungsmaßnahmen (wie z. B. Niederlassungsberatung insbesondere zu Wirtschaftlichkeitszielen) festgelegt. Sie erhalten in den ersten beiden Prüfzeiträumen der Niederlassung keine pauschalierten Nachforderungen im Falle von festgestellten Unwirtschaftlichkeiten im Rahmen dieser Anlage. Hierzu erfolgen zunächst Beratungen durch die Vertragspartner. Diese gelten nicht als Beratung im Sinne des Absatzes 11.
- (14) Arzneimittel und Heilmittel, welche bei Ärzten mit Zielwerten nicht von diesen umfasst sind, können nach anderen Prüfungsarten, mit Ausnahme von Zufälligkeitsprüfungen, dieser Prüfvereinbarung geprüft werden.
- (15) Bei Ärzten ohne Ziele oder mit weniger als 5.000 DDD (Medikationskatalog) und weniger als 2.000 DDD (Ziele ohne Medikationskatalog summiert) Jahresverordnungsmengen bzw. weniger als 200 Heilmittel-Behandlungseinheiten pro Jahr in den Zielfeldern können Verordnungsfallwertprüfungen durchgeführt werden. Es gelten die Anlagen der Praxisbesonderheiten 1.1, 1.1a, 1.2, 1.2a. Die Praxisbesonderheiten umfassen keine Wirkstoffe, für die Ziele bestimmt sind. Das Nähere regeln die Vertragspartner.

³ Wert in Überprüfung

- (16) Ärzte mit Gesamtverordnungsmengen pro Jahr von weniger als 5.000 DDD und Heilmittelbehandlungen von weniger als 200 Behandlungseinheiten werden nicht nach dieser Anlage geprüft.
- (17) Die Vertragspartner unterstützen die Beratungen mit flankierenden Maßnahmen.
- (18) Die Vertragspartner arbeiten innerhalb der Prüfzeiträume gemeinsam an der Bewertung und weiteren Anpassung der Ziele und Zielwertbereiche für künftige Prüfzeiträume.
- (19) Als Arzt im Sinne dieser Anlage gelten bei Arztpraxen bzw. Berufsausübungsgemeinschaften/MVZ mit mehreren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten alle Ärzte der gleichen Prüfgruppe als gemeinsame Prüfeinheit.

Anlage 1.1

Anlage 1.1a

Anlage 1.2

Anlage 1.2a

Anlage 1.1 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Praxisbesonderheiten:

Bereich Arznei- und Verbandmittel
(von Amts wegen zu berücksichtigen, vorabzugsfähig)

Gültigkeit: ab 2017

Stand der Wirkstoffliste: 01.01.2015

Abrechnungspositionen	Indikationen/Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe
99710A	Therapie des M. Gaucher und der Niemann-Pick-Krankheit - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	A16AB02 Imiglucerase A16AB10 Velaglucerase alfa A16AX06 Miglustat
99711A	Hormonelle Behandlung und in-vitro-Fertilisation bei Sterilität	G03GA01 Choriogonadotropin hum. menopaus. G03GA02 Gonadotropin G03GA04 Urofollitropin G03GA05 Follitropin alfa G03GA06 Follitropin beta G03GA07 Lutropin alfa G03GA08 Choriogonadotropin alfa G03GA09 Corifollitropin alfa G03GA21 Lutropin alfa und Follitropin alfa H01CA01 Gonadorelin H01CA02 Nafarelin H01CC01 Ganirelix H01CC02 Cetrorelix
99712A	Therapie der schubförmig verlaufenden bzw. sek. progredienten MS und deren Manifestationen mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten	L03AB07 Interferon beta-1a L03AB08 Interferon beta-1b L03AX13 Glatiramacetat
99713A	Arzneimitteltherapie bei Hepatitis B und C* mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten, ggf. in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln	J05AB04 Ribavirin J05AF05 Lamivudin J05AF07 Tenofovir disoproxil (auch bei HIV enthalten) J05AF08 Adefovir dipivoxil J05AF10 Entecavir J05AF11 Telbivudin L03AB04 Interferon alfa-2a L03AB05 Interferon alfa-2b L03AB10 Peginterferon alfa-2b L03AB11 Peginterferon alfa-2a L03AB61 Peginterferon alfa-2a, Kombination
99714A	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	J01DF01 Aztreonam J01GB01 Tobramycin J01XB01 Colistin R05CB13 Dornase alfa R05CB16 Mannitol
99715A	Arzneimitteltherapie der fortgeschrittenen und terminalen Niereninsuffizienz - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	B03XA Andere Antianämika H05BX01 Cinacalcet H05BX02 Paricalcitol L04AD01 Ciclosporin
99716A	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln inkl. entspr. Rezepturzubereitungen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	Einzeldosenzubereitung: 2567107 L-Polamidon 2567113 Subutex 2567136 Suboxone N07BC01 Buprenorphin N07BC02 Methadon N07BC05 Levomethadon N07BC51 Buprenorphin, Komb. (Suboxone)

Abrechnungspositionen	Indikationen/Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
		09999086	Sonder-PZN für Methadonzubereitungen
99717A	Behandlung von Kindern mit nachgewiesenem hypophysären Minderwuchs mit Wachstumshormonen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	H01AC	Somatotropin und Somatotropin-Agonisten
99718A	Chemotherapie von Tumorpatienten sowie die Therapie mit für diese Indikation zugelassenen Interferonen, Hormonanaloga und Zytokinen inkl. Antiemetika, einschließlich Bisphosphonate u. a. Mittel mit Einfluss auf die Knochenstruktur und Mineralisation zur Behandlung tumorbedingter Metastasen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	A03FA05 A04AA01 A04AA02 A04AA03 A04AA04 A04AA05 A04AD12 A04AD12 B03XA G03HA01 H01CB02 H05BX01 J06BA L01AA01 L01AA02 L01AA03 L01AA06 L01AA07 L01AA09 L01AB01 L01AB02 L01AC01 L01AD01 L01AD02 L01AD06 L01AX03 L01AX04 L01BA01 L01BA04 L01BB02 L01BB03 L01BB04 L01BB05 L01BB07 L01BC01 L01BC02 L01BC05 L01BC06 L01BC07 L01BC53 L01CA01 L01CA02 L01CA03 L01CA04 L01CA05 L01CB01 L01CB02 L01CD01 L01CD02 L01CX01 L01DA01 L01DB01 L01DB02 L01DB03 L01DB06	Alizaprid Ondansetron Granisetron Tropisetron Dolasetron Palonosetron Aprepitant Fosaprepitant Antianämika Cyproteron Octreotid Cinacalcet Immunglobuline Cyclophosphamid Chlorambucil Melphalan Ifosfamid Trofosfamid Bendamustin Busulfan Treo sulfan Thiotepa Carmustin Lomustin Nimustin Temozolomid Dacarbazin Methotrexat Pemetrexed 6-Mercaptopurin 6-Tioguanin Cladribin Fludarabin Nelarabin Cytarabin Fluorouracil Gemcitabin Capecitabin Azacitidin Tegafur, Kombinationen Vinblastin Vincristin Vindesin Vinorelbin Vinflunin Etoposid Teniposid Paclitaxel Docetaxel Trabectedin Dactinomycin Doxorubicin Daunorubicin Epirubicin Idarubicin

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe
		L01DB07 Mitoxantron
		L01DC01 Bleomycin
		L01DC03 Mitomycin
		L01XA01 Cisplatin
		L01XA02 Carboplatin
		L01XA03 Oxaliplatin
		L01XB01 Procarbazin
		L01XC02 Rituximab
		L01XC03 Trastuzumab
		L01XC04 Alemtuzumab
		L01XC06 Cetuximab
		L01XC07 Bevacizumab
		L01XC08 Panitumumab
		L01XC09 Catumaxomab (intrapelit. Behandlung des malignen Ascites)
		L01XC10 Ofatumumab
		L01XD01 Porfimer natrium
		L01XD03 Methylaminolevulinat
		L01XD05 Temoporfin
		L01XE01 Imatinib
		L01XE02 Gefitinib
		L01XE03 Erlotinib
		L01XE04 Sunitinib
		L01XE05 Sorafenib
		L01XE06 Dasatinib
		L01XE07 Lapatinib
		L01XE08 Nilotinib
		L01XE09 Temsirolimus
		L01XE10 Everolimus
		L01XE11 Pazopanib
		L01XX01 Amsacrin
		L01XX02 Asparaginase
		L01XX05 Hydroxycarbamid
		L01XX08 Pentostatin
		L01XX09 Miltefosin
		L01XX11 Estramustin
		L01XX14 Tretinoin
		L01XX17 Topotecan
		L01XX19 Irinotecan
		L01XX22 Alitretinoin
		L01XX23 Mitotan
		L01XX24 Pegaspargase
		L01XX25 Bexaroten
		L01XX32 Bortezomib
		L02AB01 Megestrol
		L02AB02 Medroxyprogesteron
		L02AE01 Buserelin
		L02AE02 Leuprorelin
		L02AE03 Goserelin
		L02AE04 Triptorelin
		L02AE05 Histrelin
		L02BA01 Tamoxifen
		L02BA02 Toremifen
		L02BA03 Fulvestrant
		L02BB01 Flutamid
		L02BB03 Bicalutamid
		L02BG01 Aminoglutethimid
		L02BG02 Formestan
		L02BG03 Anastrozol
		L02BG04 Letrozol
		L02BG06 Exemestan

Abrechnungspositionen	Indikationen/Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
		L02BX01 L02BX02 L03AA02 L03AA10 L03AA13 L03AB02 L03AB04 L03AB05 L03AC01 L03AX03 L03AX11 L03AX14 L03AX15 L03AX16 L01XE10 L04AX02 L04AX04 M05BA02 M05BA03 M05BA05 M05BA06 M05BA08 M05BX04 V03AF01 indiv. parentale Lösungen: 02567461 02567478 09999092 09999152 V03AF02 V03AF03 V03AF05 V03AF06 V03AF07 V03AF08	Abarelix Degarelix Filgrastim Lenograstim Pegfilgrastim Interferon beta, natürlich Interferon alfa-2a Interferon alfa-2b Aldesleukin BCG-Impfstoff Tasonermin Histamin dihydrochlorid Mifamurtid Plerixafor (Mobilisierung hämatopoet. Stammzellen) Everolimus Thalidomid Lenalidomid Clodronsäure Pamidronsäure Tiludronsäure Ibandronsäure Zoledronsäure Denusomab Mesna Sonder-PZN für parenterale Folinat-Lösungen Sonder-PZN für Rezepturen monoklonaler Antikörper Sonder-PZN für Zytostatika-Rezepturen Sonder-PZN für sonst. parenterale Zubereitungen Dexrazoxan Calciumfolinat Amifostin Natriumfolinat Rasburicase Palifermin
99719A	Therapie von behandlungsbedürftigen HIV-Infektionen sowie Therapie von behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen	J04AB04 J05AB14 J05AD01 J05AE01 J05AE02 J05AE03 J05AE04 J05AE05 J05AE07 J05AE08 J05AE09 J05AE10 J05AF01 J05AF02 J05AF03 J05AF04 J05AF05 J05AF06 J05AF07 J05AF09	Rifabutin Valganciclovir Foscarnet Saquinavir Indinavir Ritonavir Nelfinavir Amprenavir Fosamprenavir Atazanavir Tipranavir Darunavir Zidovudin Didanosin Zalcitabin Stavudin Lamivudin Abacavir Tenofovir disoproxil Emtricitabin

Abrechnungspositionen	Indikationen/Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
		J05AG01 J05AG03 J05AG04 J05AR01 J05AR02 J05AR03 J05AR04 J05AR06 J05AR10 J05AX07 J05AX08 J05AX09 L03AA02	Nevirapin Efavirenz Etravirin Zidovudin+Lamivudin Lamivudin+Abacavir Emtricitabin+Tenofovir disoproxil Zidovudin+Lamivudin+Abacavir Emtricitabin+Tenofovir disoproxil+ Efavirenz Lopinavir+Ritonavir Enfuvirtid Raltegravir Maraviroc Filgrastim
99720A	Insulintherapie und Teststreifenverordnung beim insulinpflichtigen Diabetes mellitus	A10AB01 A10AB04 A10AB05 A10AB06 A10AC01 A10AD01 A10AD04 A10AD05 A10AE04 A10AE05 V04CA03/	Insulin (human) Insulin lispro Insulin aspart Insulin glulisin Insulin (human) Insulin (human) Insulin lispro Insulin aspart Insulin glargin Insulin detemir Teststreifen
99721A	Therapie von Erkrankungen des rheumat. Formenkreises (inkl. Psoriasisarthritis) mit dafür zugelassenen TNF-Alpha-Inhibitoren und Interleukininhibitoren, monoklonalen Antikörpern, Fusionsproteinen und Immunsuppressiva - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	L04AA24 L04AB01 L04AB02 L04AB04 L04AB05 L04AB06 L04AC03 L04AC07 L01XC02	Abatacept Etanercept Infliximab Adalimumab Certolizumab pegol Golimumab Anakinra Tocilizumab Rituximab
99722A	Therapie von chron. entzündlichen Darmerkrankungen mit dafür zugelassenen TNF-Alpha-Inhibitoren - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	L04AB02 L04AB04	Infliximab Adalimumab
99723A	Behandlung des M. Fabry (Enzyme)	A16AB03 A16AB04	Agalsidase alfa Agalsidase beta
99724A	photodynamische Therapie mit Verteporfin bei exudativer (feuchter) altersbezogener Makuladegeneration (AMD) mit vorwiegend klassischen subfovealen chorioidalen Neovaskularisationen (CNV)	S01LA01	Verteporfin
99725A	Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden. - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	J06BB16	Palivizumab
99726A	Immunsuppressiva nach Organtransplantation	L04AA02 L04AA03	Muromonab-CD3 Antilymphozytäres IG

Abrechnungspositionen	Indikationen/Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
		L04AA04 L04AA06 L04AA10 L04AA18 L04AC01 L04AD01 L04AD02	Antithymozytäres IG Mycophenolsäure Sirolimus Everolimus Daclizumab Ciclosporin Tacrolimus
99728A	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten	B02BD01 B02BD02 B02BD03 B02BD04 B02BD05 B02BD06 B02BD07 B02BD08 B02BD09 B02BD10 B02BD31 B02BD15	Gerinnungsfaktoren II,VII,IX,X in Kombination Gerinnungsfaktor VIII Faktor-VIII-Inhibitor-bypass-Aktivität Gerinnungsfaktor IX Gerinnungsfaktor VII Von Willebrand-Faktor und Gerinnungsfaktor VIII in Kombination Gerinnungsfaktor XIII Eptacog alfa (aktiviert) Nonacog alfa VonWillebrand-Faktor Moroctocog alfa Octocog alfa
99731A	Therapie chronischer Schmerzen mit starkwirksamen Opiaten unter Beachtung des WHO-Schmerzschemas	N02AA01 N02AA03 N02AA05 N02AB03 N02AE01	Morphin Hydromorphon Oxycodon Fentanyl Buprenorphin
99734A	Spezifische Immuntherapie, Hyposensibilisierung	V01AA	Allergen-Extrakte
99744A	Passive Immunisierung von Patienten mit spezifischen Immunglobulinen	J06BB03 J06BB04 J06BB05 J06BB09	Varizella/Zoster-IG Hepatitis B-IG Tollwutimmunglobulin CMV-IG
99749A	Therapie der pulmonalen arteriellen Hypertonie mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten	B01AC11 B01AC21 C02KX01 C02KX02 C02KX04 C02KX05 C02KX08	Iloprost Treprostinil Bosentan Ambrisentan Sildenafil Tadalafil Iloprost
99751A	Therapie von Patienten mit Mukopolysaccharidose verschiedener Formen	A16AB05 A16AB08 A16AB09	Laronidase Galsulfase Idursulfase
99762A	Therapie mit TNF-Alpha-Inhibitoren und monoklonalen Antikörpern entsprechend der Arzneimittelzulassung bei mittelschwerer bis schwerer Psoriasis vom Plaquetyp	L04AB01 L04AB02 L04 AB04 L04AC05	Etanercept Infliximab Adalimumab Ustekinumab
99763A	Parenterale Ernährung bei strenger Indikation gemäß Arzneimittel-Richtlinien	B05BA	Lösungen zur parenteralen Ernährung
99764A	Substitution/Therapie des Alpha-1-Proteinaseinhibitormangels (z. B. Prolastin HS)	B02AB02	Alfa1-Antitrypsin
99765A	Behandlung der Narkolepsie mit Kataplexie mit dafür zugelassenen Präparaten	N06AA04 N06BA04 N06BA07 N07XX04	Clomipramin Methylphenidat Modafinil Natriumoxybat
99766A	Behandlung der paroxysmalen nächtlichen Hämoglobinurie	L04AA25	Eculizumab
99767A	Behandlung der amyotrophen Lateralsklerose	N07XX02	Riluzol
99774A	Lambert-Eaton-Myasthenisches Syndrom	N07XX05	Amifampridin
99775A	Hyponatriämie bei SIADH	C03XA01	Tolvaptan
99776A	Störungen des Harnstoffzyklus	A16AA05	Carglumsäure

Abrechnungs- positionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
	angeborene Störungen: Carbamylphosphatsynthetase-Mangel Ornithintranscarbamylase-Mangel Argininsuccinatsynthetase-Mangel N-Acetylglutamatsynthase-Mangel (Hyperammonämie)	A16AX03	Natriumphenylbutyrat
99777A	Tyrosinämie	A16AX04	Nitisinon
99778A	Behandlung von CAPS	L04AC08	Canakinumab
99779A	Morbus Pompe	A16AB07	Alglucosidase alfa
99780A	Behandlung des hereditären Angioödems, akut	B06AC01	C ₁ - Inhibitor, aus Plasma gewonnen
		B06AC02	Icatibant
99781A	Behandlung der PKU	A16AX07	Sapropterin
99782A	Wachstumsstörungen bei Kindern und Jugendlichen bei schwerem IGF 1-Mangel	H01AC03	Mecasermin
99783A	Intrathekale Analgesie	N02BG08	Ziconotid
99784A	Therapie splenektomierter Patienten mit chronischer immun-(idiopathischer)throm- bozytopeinischer Purpura	B02BX04	Romiplostim
		B02BX05	Eltrombopag
99785A	Therapie des Fibrinogenmangels, erworben oder kongenital oder akut	B02BB01	Fibrinogen, human
99786A	Therapie des Antithrombinmangels, erworben oder angeboren	B01AB02	Antithrombin III, Antithrombin alfa
99787A	Blutprodukte entspr. Transfusionsgesetz	B05A	Blut und verwandte Produkte, exkl. Volumenersatzmittel (Dextrane, gelatine-haltige Mittel, Hydroxyethylstärke sowie jeweils in Komb.), exkl. Stammzellen aus Nabelschnurblut
99788A	Therapie der heparininduzierten Thrombozytopenie (HIT) Typ 2	B01AE03	Argatroban
99735A	Therapie der Hypothalamus- und Hypophysenerkrankungen einschl. der Akromegalie	H01AX01	Pegvisomant
99789A	Adjuvante Therapie der Homocystinurie	A16AA06	Betain
99790A	Beta-Thalassämie, Patienten mit chron. Transfusionsbedingter Eisenüberladung	V03AC03	Deferasirox
99791A	Therapie des Morbus Wilson	A16AX05	Zinkacetat
99792A	Systemische Sklerodermie	C02KX01	Bosentan
99793A	Essentielle Thrombozythämie	L01XX35	Anagrelid

Darüber hinaus gelten die gesetzlich vorgegebenen Praxisbesonderheiten gemäß Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 S.1, Abs. 2 SGB V, nach § 7 Abs. 3, 4 Satz 2, Anlage 1 Teil A, Abs. 8 und 10 sowie Anlage 1, Teil B der Prüfvereinbarung.

* für die ab 01.01.2014 zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weiteren siehe Anlage 1 Teil A, Abs. 5 sowie Anlage 1, Teil B der Prüfvereinbarung

Anlage 1.1a zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Praxisbesonderheiten: Nutzenbewertete Arzneimittel

Bereich Arznei- und Verbandmittel

Voraussetzung: Verordnung in Indikationen, in denen ein Zusatznutzen festgestellt wurde und ab dem Zeitpunkt, ab dem ein Erstattungsbetrag gilt.

Stand der Wirkstoffliste: 17.03.2016

Abrechnungspositionen	Indikationen / Therapien	Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 01.03.2016
99712A	Therapie der schubförmig verlaufenden bzw. sek. progredienten MS und deren Manifestationen nur mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten	L04AA27 Fingolimod	Ja
		N02BG10 Nabiximols	Ja
99713A	Arzneimitteltherapie bei Hepatitis B und C* mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten, ggf. in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln	J05AE12 Boceprevir	Ja
		J05AE11 Telaprevir	Ja
99714A	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	R07AX02 Ivacaftor	Ja
99718A	Chemotherapie von Tumorpatienten sowie die Therapie mit für diese Indikation zugelassenen Interferonen, Hormonanaloga und Zytokinen inkl. Antiemetika, einschließlich Bisphosphonate u. a. Mittel mit Einfluss auf die Knochenstruktur und Mineralisation zur Behandlung tumorbedingter Metastasen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	L01BC08 Decitabin	Ja
		L01CD04 Carbazitaxel	Ja
		L01CX12 Brentuximab	Ja
		L01XX41 Eribulin	Ja
		L01XC11 Ipilimumab	Ja
		L01XC13 Pertuzumab	Ja
		L01XE12 Vandetanib	Ja
		L01XE14 Bosutinib	Ja
		L01XE15 Vemurafenib	Ja
		L01XE16 Crizotinib	Ja
		L01XE18 Ruxolitinib	Ja
L01XE24 Ponatinib	Ja		
L01XX43 Vismodegib	Ja		
L01XX44 Aflibercept	Ja		

Abrechnungspositionen	Indikationen / Therapien	Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 01.03.2016
		L04AX06 Pomalidomid	Ja
		L01XE21 Regorafenib	Ja
		L01XE13 Afatinib	Ja
		L01XC03 Trastuzumab Emtansin	Ja
		L01XE17 Axitinib	Ja
		L01XE26 Cabozatinib	Ja
		L01XE27 Ibrutinib	Ja
		L01XE29 Lenvatinib	Nein
		L01XE31 Nintedanib	Ja
		L01XC17 Nivolumab	Nein
		L01XC15 Obinutuzumab	Ja
		L01XX46 Olaparib	Nein
		L01XC18 Pembrolizumab	Nein
		L01XC20 Ramucirumab bei Therapie des Magen-CA	Ja
		L01XX42 Panobinostat	Nein
		L01XE23 Dabrafenib nur in Kombination mit Trametinib	Nein
		L01XE25 Trametinib	Nein
99719A	Therapie von behandlungsbedürftigen HIV-Infektionen sowie Therapie von behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen	J05AR08 Emtricitabin+ Rilpivirin+ Tenofoviridisoproxil J05AG05 Rilpivirin J05AX12 Dolutegravir J05AR13 Dolutegravir/Abacivir/ Lamivudin	Ja Ja Ja Ja
99726A	Immunsuppressiva nach Organtransplantation	L04AA28 Belatacept	Ja

Abrechnungspositionen	Indikationen / Therapien	Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 01.03.2016
99749A	Pulmonale arterielle Hypertonie	C02KX04 Macitentan C02KX05 Riociguat	Ja Ja
99751A	Therapie von Patienten mit Mukopolysaccharidose verschiedener Formen	A16AB12 Elosulfase alfa	Ja
99762A	Mittelschwere bis schwere Plaque Psoriasis	L04AC10 Secukinumab	Nein
99794A	Transthyretin-Amyloidose	N07XX08 Tafamidis meglumin	Ja
99795A	Systemischer Lupus erythematodes	L04AA26 Belimumab	Ja
99796A	Therapie des Morbus Cushing	H01CB05 Pasireotid	Ja
99798A	Myelofibrose Polycythaemia vera	L01XE18 Ruxolitinib	Ja
99799A	Prophylaxe venöser Thromboembolien nach elektiven TEP, Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE	B01AF02 Apixaban	Ja
99800A	Clostridium-difficile-assoziierte Diarrhoe	A07AA12 Fidaxomicin	Ja
99801A	Angeborene Störung der primären Gallensäuresynthese	A05AA03 Cholsäure	Ja
99802A	Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE	B01AF03 Edoxaban	Nein
99803A	Familiäre Lipoproteinasedefizienz mit Pankreatitisschüben	C10AX10 Alipogentiparvovec	Ja
99804A	Idiopathische Lungenfibrose	L01XE31 Nintedanib	Ja
99805A	Kurzdarmsyndrom	A16AX08 Teduglutid	Ja
99806A	Lebersche hereditäre	N06BX13 Idebenon	Nein

Abrechnungspositionen	Indikationen / Therapien	Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 01.03.2016
	Optikusneuropathie		
99807A	Enzymersatztherapie bei Mangel an lysosomaler saurer Lipase	Sebelipase alfa (ATC-Code noch nicht zugewiesen)	Nein
99808A	Enzymersatztherapie bei Hypophosphatasie	Asfotase alfa (ATC-Code noch nicht zugewiesen)	Nein

Aktueller Stand der festgelegten Erstattungsbeträge siehe: www.gkv-spitzenverband.de

- * für die ab 01.01.2014 zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weiteren siehe Anlage 1, Teil A, Abs. 5 und Anlage 1, Teil B zur der Prüfvereinbarung

Anlage 1.1b zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Regelung zu Praxisbesonderheiten bei Arzneimittelverordnungen mit den Wirkstoffen Ranibizumab, Aflibercept, Dexamethason und Ocriplasmin

Die indikationsgerechte¹ Verordnung der Arzneimittel mit den Wirkstoffen Ranibizumab (Lucentis®), Aflibercept (Eylea®), Dexamethason (Ozurdex®) und Ocriplasmin (Jetrea®) wird in voller Höhe im Vorwegabzug berücksichtigt.

Bei diesen gesondert geregelten Praxisbesonderheiten, die dem automatischen Vorwegabzug unterliegen, wird bei Existenz von Verträgen nach § 130c SGB V bzw. § 130a Abs. 8 SGB V, denen der Vertragsarzt nicht beigetreten ist, und nicht das rabattierte Arzneimittel abgegeben wird, für die zu Lasten der vertragsschließenden Krankenkasse getätigten Verordnungen für die gesamte Wirkstoffgruppe (ATC 4. Ebene) nicht der komplette Preis, sondern nur der sich aus der Berücksichtigung des vertraglichen Rabattes ergebende „fiktive Bruttopreis“ (Bruttopreis verordnetes Arzneimittel – 14,5 % in Analogie zu § 8 i. V. m. Anlage 1, Teil A, Absatz 12 Punkt c) abgezogen. Bei Existenz von Verträgen nach § 130c SGB V bzw. § 130a Abs. 8 SGB V, denen der Vertragsarzt nicht beigetreten ist, und ein entsprechendes Rabattarzneimittel abgegeben wurde, ist weiterhin der volle Preis des vertragsgegenständlichen Arzneimittels vorabzugsfähig.

Die Krankenkassen können die Prüfungsstelle über die Verträge informieren und die entsprechenden Daten an die Prüfungsstelle liefern. Das Nähere wird zwischen der Prüfungsstelle und der betreffenden Krankenkasse geregelt. Die Krankenkasse kann die Vertragsärzte über geschlossenen Rabattverträge nach § 130c SGB V bzw. § 130a Abs. 8 SGB V informieren.

Erfolgt keine Information der Vertragsärzte durch die Krankenkasse bzw. keine Meldung der Daten an die Prüfungsstelle so werden alle Arzneimittelverordnungen mit den Wirkstoffen Ranibizumab (Lucentis®), Aflibercept (Eylea®), Dexamethason (Ozurdex®) oder Ocriplasmin (Jetrea®) in voller Höhe im Vorwegabzug berücksichtigt.

Wurde die Behandlung (Serienbehandlung) noch vor Inkrafttreten von Rabattverträgen und deren Bekanntgabe durch die Krankenkasse begonnen, können diese zu Ende geführt werden. Die für diese begonnenen Behandlungen verwendeten nicht rabattierten Arzneimittel werden in den vollständigen Vorwegabzug einbezogen.

Diese Anlage gilt für die Prüfungen des Verordnungsjahres 2017.

Diese Regelung erfolgt ohne präjudizierende Wirkung für zukünftige Regelungen und Wirkstoffe.

¹ Die Beschlüsse/Therapiehinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Fachinformationen zum Einsatz der Arzneimittel sind zu beachten.

Anlage 1.2 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Praxisbesonderheiten

Bereich Heilmittel
(von Amts wegen zu berücksichtigen, vorabzugsfähig)

Die Rahmenvorgaben gemäß § 106 b Abs. 2 SGB V lösen die bisher gemäß § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V (in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung) getroffene Vereinbarung über bundesweite Praxisbesonderheiten unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V vom 12.11.2012 ab.

Mit den Rahmenvorgaben werden die bundesweiten besonderen Verordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln gemäß § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V festgelegt, die bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b Abs. 2 SGB V anzuerkennen sind.

Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 32 Abs. 1a SGB V in der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 2 Nr. 6 SGB V bleiben hiervon unberührt.

Die bundesweiten besonderen Verordnungsbedarfe (Seite 2 dieser Anlage) sowie Festlegung des Gemeinsamen Bundesausschusses zum langfristigen Heilmittelbedarf sind erst für Verordnungszeiträume ab dem 01.01.2017 anzuwenden.

Entsprechend der 2. Änderungsvereinbarung zu den Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V werden in der Zeit vom 01.01.2017 bis zum Inkrafttreten eines entsprechenden Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses die folgenden Diagnosen zum langfristigen Heilmittelbedarf als besonderer Verordnungsbedarf anerkannt:

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
Erkrankungen des Lymphsystems						
I89.02		Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III				
I89.05		Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium III Kopf, Hals, Thoraxwand, Genitalbereich	LY2			
Q82.0-		Hereditäres Lymphödem	LY2			

Mit Inkrafttreten eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die vorgenannten Diagnosen bedarf es keiner gesonderten Kündigung oder Aufhebungsvereinbarung.

Die bundesweiten besonderen Verordnungsbedarfe nach Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V gelten in der jeweiligen gültigen Fassung.

Stand: 05.12.2016
Gültigkeit ab 01.01.2017

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
Erkrankungen des Nervensystems						
B94.1		Folgezustände der Virusenzephalitis	ZN1/ZN2/SO3	EN1/EN2	SC1/ST1/SP1/ SP3/SP4/SP5/ RE1/RE2/SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C70.0 C70.1 C70.9		Bösartige Neubildungen der Meningen Hirnhäute Rückenmarkshäute Meningen, nicht näher bezeichnet				
C71.0 C71.1 C71.2 C71.3 C71.4 C71.5 C71.6 C71.7 C71.8 C71.9		Bösartige Neubildung des Gehirns Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel Frontallappen Temporallappen Parietallappen Okzipitallappen Hirnentrikel Zerebellum Hirnstamm Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend Gehirn, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2/ SO1/SO3	EN1/EN2/ EN3	SC1/ST1/SP1/ SP2/SP3/SP5/ SP6/RE1/RE2/SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C72.0 C72.1 C72.2 C72.3 C72.4 C72.5 C72.8 C72.9		Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems Rückenmark Cauda equina Nn. olfactorii [I. Hirnnerv] N. opticus [II. Hirnnerv] N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv] Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirnnerven Gehirn und andere Teile des Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet				
G10		Chorea Huntington	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/SP6	

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
G11.0 G11.1 G11.2 G11.3 G11.4 G11.8 G11.9		Hereditäre Ataxie Angeborene nichtprogressive Ataxie Früh beginnende zerebellare Ataxie Spät beginnende zerebellare Ataxie Zerebellare Ataxie mit defektem DNA-Reparatursystem Hereditäre spastische Paraplegie Sonstige hereditäre Ataxien Hereditäre Ataxie, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1	
G20.1-		Primäres Parkinson-Syndrom Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr)	ZN2	EN2	SC1/SP6	
G21.3 G21.4 G21.8		Sekundäres Parkinson-Syndrom Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom Vaskuläres Parkinson-Syndrom Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom				
G35.0 G35.1- G35.2- G35.3- G35.9		Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata] Erstmanifestation einer multiplen Sklerose Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3	SC1/ST1/ SP5/SP6	
G36.0 G36.1 G36.8 G36.9		Sonstige akute disseminierte Demyelinisation Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit] Akute und subakute hämorrhagische Leukoenzephalitis [Hurst] Sonstige näher bezeichnete akute disseminierte Demyelinisation Akute disseminierte Demyelinisation, nicht näher bezeichnet				
G37.0 G37.1 G37.2 G37.3 G37.4 G37.5 G37.8 G37.9		Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems Diffuse Hirnsklerose Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum Zentrale pontine Myelinolyse Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems Subakute nekrotisierende Myelitis [Foix-Alajouanine-Syndrom] Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit] Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3	SC1/ST1/ SP5/SP6	

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
G70.0		Myasthenia gravis	ZN1/ZN2	EN1/EN2/SB7	SC1/SP6	
G81.0 G81.1		Hemiparese und Hemiplegie Schlaaffe Hemiparese und Hemiplegie Spastische Hemiparese und Hemiplegie	ZN1/ZN2	EN1/EN2		
I60.0 I60.1 I60.2 I60.3 I60.4 I60.5 I60.6 I60.7 I60.8 I60.9		Subarachnoidalblutung Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend Subarachnoidalblutung, von nicht näher sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend Sonstige Subarachnoidalblutung Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I61.0 I61.1 I61.2 I61.3 I61.4 I61.5 I61.6 I61.8 I61.9		Intrazerebrale Blutung Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen Sonstige intrazerebrale Blutung Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I63.0 I63.1 I63.2 I63.3 I63.4 I63.5 I63.6 I63.8 I63.9 I64		Hirninfarkt Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien Hirninfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichtleitrig Sonstiger Hirninfarkt Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
I69.0 I69.1 I69.2 I69.3 I69.4 I69.8		Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit Folgen einer Subarachnoidalblutung Folgen einer intrazerebralen Blutung Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung Folgen eines Hirninfarktes Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens mit Myelopathie oder Radikulopathie						
M47.0-	G99.2	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom mit Myelopathie				Längstens 6 Monate nach Akutereignis
M47.1-	G99.2	Sonstige Spondylose mit Myelopathie				
M47.2-	G55.2	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie				
M47.9-	G99.2	Spondylose, nicht näher bezeichnet mit Myelopathie				
M47.9-	G55.2	Spondylose, nicht näher bezeichnet mit Radikulopathie	WS2/EX3/ZN2	EN3		Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf ist die Angabe beider ICD-10-Diagnoseschlüssel
M48.0-	G55.3	Spinalkanalstenose mit Radikulopathie				
M50.0	G99.2	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie				
M50.1	G55.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie				
M51.0	G99.2	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie				
M51.1	G55.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie				
Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes						
S14.0		Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe				
S14.1-		Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarkes				
S14.2		Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes				
S14.3		Verletzung von Nervenwurzeln der Halswirbelsäule	ZN1/ZN2/AT2	EN1/EN2/EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S14.4		Verletzung des Plexus brachialis Verletzung peripherer Nerven des Halses Verletzung zervikaler sympathischer Nerven				
S14.5		Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven des Halses				
S14.6		Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe				
S24.0		Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarkes				
S24.1-		Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des thorakalen Rückenmarkes				
S24.2		Verletzung von Nervenwurzeln der Brustwirbelsäule	ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S24.3		Verletzung peripherer Nerven des Thorax				
S24.4		Verletzung thorakaler sympathischer Nerven				
S24.5		Verletzung sonstiger Nerven des Thorax				
S24.6		Verletzung eines nicht näher bezeichneten Nervs des Thorax				

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
S34.0 S34.1- S34.2 S34.3- S34.4 S34.5 S34.6 S34.8		Verletzung der Nerven und des lumbalen Rückenmarkes in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens Kontusion und Ödem des lumbalen Rückenmarkes [Conus medullaris] Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes Verletzung von Nervenwurzeln der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins Verletzung der Cauda equina Verletzung des Plexus lumbosacralis Verletzung sympathischer Nerven der Lendenwirbel-, Kreuzbein- und Beckenregion Verletzung eines oder mehrerer peripherer Nerven des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
T09.3		Verletzung des Rückenmarkes, Höhe nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2/AT2	EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
Entzündliche Polyarthropathien und Systemkrankheiten des Bindegewebes						
M05.1- M05.2- M05.3- M05.8- M05.9-		Seropositive chronische Polyarthritis Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme Sonstige seropositive chronische Polyarthritis Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet	WS2/EX2/ EX3/AT2	SB1/SB5		
M06.0-		Seronegative chronische Polyarthritis	WS2/EX2/EX3	SB1/SB5		
M06.1-		Adulte Form der Still-Krankheit	WS2/EX2/EX3	SB1/SB5		
M07.0- M07.2 M07.3- M07.4- M07.5- M07.6-		Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten Distale interphalangeale Arthritis psoriatica Spondylitis psoriatica Sonstige psoriatische Arthritiden Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] Arthritis bei Colitis ulcerosa Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten	WS2/EX2/EX3	SB1/SB5		

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
M08.0- M08.3 M08.4- M08.7- M08.8- M08.9-		Juvenile Arthritis Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form Vaskulitis bei juveniler Arthritis Sonstige juvenile Arthritis Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet	WS2/EX2/EX3	SB1/SB5		
Systemkrankheiten des Bindegewebes						
M30.0 M31.3 M33.0 M33.1 M33.2		Panarteriitis nodosa Wegener Granulomatose Juvenile Dermatomyositis Sonstige Dermatomyositis Polymyositis	EX3/ZN1/ ZN2/PN	EN1/EN2/ SB5/SB7	SC1	
M34.2 M34.8 M34.9		Systemische Sklerose Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert Sonstige Formen der systemischen Sklerose Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet	WS2/EX2/ EX3/AT2	SB1/SB5		
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens						
M40.0- M40.1- M41.2- M41.5- M42.04		Kyphose als Haltungsstörung Sonstige sekundäre Kyphose Sonstige idiopathische Skoliose Sonstige sekundäre Skoliose Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule (Thorakalbereich)	WS2 WS2/AT2	SB1		ab Gesamtkyphosewinkel über 60° bei Erwachsenen ab 50° nach Cobb bei Erwachsenen fixierte Kyphose ab Gesamtkyphosewinkel über 40° bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
M42.05		Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule (Thorakolumbalbereich)	WS2			
M75.1		Schulterläsionen Läsionen der Rotatorenmanschette	EX2/EX3			
Sonstige Osteopathien						
M89.0-		Neurodystrophie [Algodystrophie]	EX2/EX3/ LY2/PN	SB2/SB6		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems						
Q66.0 Q68.0		Pes equinovarus congenitus (Klumpfuß) Angeborene Deformitäten des M. sternocleidomastoideus	EX4 EX4	SB3 SB7		

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems in Verbindung mit einer der nachstehenden Grunddiagnosen						
Z89.-	Z98.8	Extremitätenverlust	EX2/EX3	SB3		Längstens 6 Monate nach Akuteignis
M24.41	Z98.8	Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion	EX2/EX3	SB2		
M23.5-	Z98.8	Chronische Instabilität des Kniegelenkes	EX2/EX3/LY2	SB2		Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf ist die Angabe beider ICD-10-Diagnoseschlüssel
Z96.60	Z98.8	Vorhandensein einer Schulterprothese	EX2/EX3	SB2		
Z96.64	Z98.8	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese				
Z96.65	Z98.8	Vorhandensein einer Kniegelenkprothese	EX2/EX3/LY2	SB2		
Geriatrische Syndrome						
E41		Alimentärer Marasmus			SC1	ab vollendetem 70. Lebensjahr sofern dieser durch Schluckstörungen verursacht ist
F00.1		Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)				
F00.2		Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form				
F01.0		Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn				
F01.1		Multiinfarkt-Demenz				
F01.2		Subkortikale vaskuläre Demenz				
F01.3		Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz				
F01.8		Sonstige vaskuläre Demenz		PS5		ab vollendetem 70. Lebensjahr
F02.3		Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom				
F02.8		Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern				
F03		Nicht näher bezeichnete Demenz				
F41.0		Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]				
F41.1		Generalisierte Angststörung				
F41.2		Angst und depressive Störung, gemischt				
F41.3		Anderer gemischte Angststörungen				
F41.8		Sonstige spezifische Angststörungen				
F41.9		Angststörung, nicht näher bezeichnet				
F45.40		Anhaltende somatoforme Schmerzstörung				
F45.41		Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	CS	PS2		ab vollendetem 70. Lebensjahr
G54.6		Phantomschmerz	CS	PS2		ab vollendetem 70. Lebensjahr

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
H81.-		Störungen der Vestibularfunktion	WS2/EX2/SO3			ab vollendetem 70. Lebensjahr
H82		Schwindelsyndrome bei andersorts klassifizierten Krankheiten				ab vollendetem 70. Lebensjahr
N39.3		Belastunginkontinenz [Stressinkontinenz]	SO2			ab vollendetem 70. Lebensjahr
N39.4-		Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz				ab vollendetem 70. Lebensjahr
R13.-		Dysphagie			SC1	ab vollendetem 70. Lebensjahr
R15		Stuhlinkontinenz	SO2			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R26.0		Ataktischer Gang				ab vollendetem 70. Lebensjahr
R26.1		Paretischer Gang				ab vollendetem 70. Lebensjahr
R26.2		Gehbeschwerden andersorts nicht klassifiziert	WS2/EX2/SO3			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R29.6		Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert				ab vollendetem 70. Lebensjahr
R32		Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	SO2			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R42		Schwindel und Taumel	WS2/EX2/SO3			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R52.1		Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz	CS	PS2		ab vollendetem 70. Lebensjahr
R52.2		Sonstiger chronischer Schmerz				ab vollendetem 70. Lebensjahr
R64		Kachexie			SC1	ab vollendetem 70. Lebensjahr
M80.0-		Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur				ab vollendetem 70. Lebensjahr
M80.2-		Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur				ab vollendetem 70. Lebensjahr
M80.3-		Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff				ab vollendetem 70. Lebensjahr
M80.5-		Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur	WS1/WS2/EX1/EX2/EX3			Längstens 6 Monate nach Akutereignis
M80.8-		Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur				
Chronische Atemwegskrankheit mit Ursprung in der Perinatalperiode						
P27.1		Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode				
P27.8		Sonstige chronische Atemwegserkrankungen mit Ursprung in der Perinatalperiode	AT2			
Psychische und Verhaltensstörungen						
F00.0		Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (Typ 2)		PS5		
Entwicklungsstörungen bei Kindern						
F80.1		Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache				bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
F80.2-		Expressive Sprachstörung			SP1/SP2	
		Rezeptive Sprachstörung			SP1/SP2/SP3/SP6/RE2	bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
F83		Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	ZN1	EN1		

Anlage 1.2a zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Praxisbesonderheiten

Bereich Heilmittel
Maßnahmen der podologischen Therapie
(von Amts wegen zu berücksichtigen, vorabzugsfähig)

Abrechnungsposition	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel Podologie*	Hinweis/ Spezifikation
99861 A	Diabetes mellitus Heilmitteltherapie bei diabetischem Fußsyndrom mit Neuropathie und/oder Angiopathie im Stadium Wagner 0, ausschließlich nach Indikationsstellung der Heilmittel-Richtlinie	DF	

* Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel muss immer inklusive Leitsymptomatik (a-c) angegeben werden

Anlage 2 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Zufälligkeitsprüfung

- (1) Die Stichprobe umfasst unabhängig von der Fachgruppe 2 v. H. der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte.
- (2) Der einer Zufälligkeitsprüfung zugrunde liegende Zeitraum beträgt ein Jahr vor der Stichprobenziehung.
- (3) Die Vertragspartner verständigen sich spätestens 4 Wochen nach Ende des Prüfzeitraums darauf, welche Stichprobengruppen in die Zufälligkeitsprüfung einbezogen werden. Soweit für ein Quartal mehrere Stichprobengruppen gebildet werden, benennen sie außerdem für jede Gruppe die Quote, zu der diese Gruppe einbezogen wird. Die Entscheidung wird der die Ziehung ausführenden Stelle zur Kenntnis gegeben. Findet keine Verständigung zwischen den Vertragspartnern nach Satz 1 statt bzw. kann keine Einigung erzielt werden, wird die Stichprobe über alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gezogen.
- (4) Die KVT ermittelt die Stichprobe per EDV-gestütztem Zufallsgenerator. Über die Ziehung ist ein Protokoll anzufertigen, das den Vertragspartnern und der Prüfungsstelle übermittelt wird.
- (5) Die Prüfungsstelle übermittelt im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Verbänden der Krankenkassen die in die Zufälligkeitsprüfung einzubeziehenden Ärzte innerhalb einer Woche.
- (6) In die Zufälligkeitsprüfung werden keine Ärzte einbezogen,
 - die innerhalb der letzten 4 Quartale mit gleichem Prüfinhalt in eine Stichprobe einbezogen waren,
 - die erst weniger als vier Quartalsabrechnungen vorgelegt haben (bei Arztnummernwechsel sind die Daten zusammenzuführen), soweit dabei die Fachgruppe unverändert bleibt,
 - die in dem Prüfzeitraum weniger als 200 Behandlungsfälle abgerechnet haben.
- (7) Die Krankenkassen und die KVT übermitteln auf Abforderung der Prüfungsstelle für die ausgewählten Ärzte die Datensätze auf maschinell verwertbaren Datenträgern spätestens am 15. des siebten Monats nach Ende des zu prüfenden Zeitraumes.
- (8) Die Prüfungsstelle wählt vor der Prüfung aus den in § 6 Abs. 2 der Richtlinie über die Zufälligkeitsprüfung aufgeführten Prüfungsgegenständen, mit Ausnahme der ärztlichen Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln sowie Krankenhauseinweisungen, diejenigen aus, die für die Prüfung des Prüfungszeitraums und der Stichprobe zu verwenden sind, soweit die Vertragspartner keine Prüfungsgegenstände vereinbart haben. Beim Prüfgegenstand der sonstigen veranlassten Leistungen muss es sich um veranlasste ärztliche Leistungen handeln.
- (9) Als Prüfkriterien dienen insbesondere die in der Anlage 2 der Richtlinie nach § 106a Abs. 3 SGB V aufgeführten Kriterien mit Ausnahme des Absatzes 1d sowie Absatz 1f in Abhängigkeit ihrer Verfügbarkeit. Weitere Kriterien können von den Vertragspartnern vereinbart werden.

- (10) Stellt die Prüfungsstelle bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung fest, dass eine Unwirtschaftlichkeit nicht gegeben ist oder das weitere über Absatz 6 bzw. § 4 hinausgehende Ausschlussstatbestände zur Durchführung einer Zufälligkeitsprüfung vorliegen, wird die Prüfung eingestellt. Über die Einstellung der Prüfung sind die Vertragspartner zu informieren. Die Prüfungsstelle informiert die Ärzte hinsichtlich der konkreten Auffälligkeit innerhalb des Prüfgegenstandes und der Prüfmethode mit der Bitte um Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens 8 Wochen.

Die versichertenbezogene Stichprobe in Bezug auf die in die Stichprobe einbezogenen Ärzte/Psychotherapeuten sowie die ärztlich geleiteten Einrichtungen bestimmt die Prüfungsstelle unter Verwendung der von der KVT und den Krankenkassen gelieferten Daten.

Es sollen jeweils 20 % der Fälle, aber mindestens 100 und höchstens 500 Fälle einbezogen werden.

- (11) Sofern die Prüfungseinrichtungen eine Hochrechnung durchführen, ist die Festsetzung eines durch diese Hochrechnung ermittelten unwirtschaftlichen Mehraufwandes bei einzelnen Leistungen/Verordnungen nur zulässig, wenn diese ein stetig wiederkehrendes Verhalten des geprüften Arztes widerspiegeln. Das ist in der Regel der Fall, wenn in mindestens 20 % der geprüften Fälle eine unwirtschaftliche Leistungserbringung festgestellt wurde.
- (12) Die Vertragspartner machen gemeinsam von der in § 6 Abs. 4 der Richtlinie eröffneten Möglichkeit Gebrauch im Benehmen mit der Prüfungsstelle im Rahmen der Prüfungsvorbereitung Anregungen zu Prüfzielen oder Prüfungsempfehlungen anzugeben. Das Nähere ist Inhalt einer gesonderten Vereinbarung/Protokollnotiz.
- (13) Geben die Ergebnisse der Zufälligkeitsprüfung Anhaltspunkte, eine Prüfung nach § 106d SGB V zu veranlassen, übermittelt die Prüfungsstelle entsprechende Erkenntnisse und Unterlagen an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung und/oder die zuständigen Krankenkassen. Die Krankenkassen und/oder die Kassenärztliche Vereinigung können aufgrund der Information der Prüfungsstelle bei entsprechenden Verdachtsmomenten Anträge nach § 106d SGB V bei der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. bei den Krankenkassen stellen.

Anlage 3 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Prüfung in einzelnen und besonderen Fällen

- (1) Verordnungen, die durch die Krankenkassen genehmigt wurden, sind nur insoweit in die Prüfung einzubeziehen, als begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsverhaltens im jeweiligen Ordnungsbereich insgesamt vorgebracht werden.
- (2) Zur Gewährleistung einer sachgerechten Entscheidung sind Prüfanträge auf Durchführung einer Prüfung zu begründen und mit dem entsprechenden notwendigen Nachweis (Originalbelege oder Images, Behandlungsschein) zu versehen.
- (3) Anträge nach § 10 sollen innerhalb von 24 Monaten nach Ablauf des Leistungsquartals bei der Prüfungsstelle eingegangen sein. Die Begründung kann nachgereicht werden.

Anlage 4 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Sonstiger Schaden

- (1) Die Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens sollen innerhalb eines Jahres seit Kenntnis der Tatsachen, welche den Schadenersatzanspruch begründen, gestellt werden. Die Antragsbegründung kann nachgereicht werden.
- (2) Die Prüfungsstelle entscheidet, ob und in welcher Höhe der Krankenkasse ein Schaden entstanden ist. Lässt sich die Höhe nicht eindeutig feststellen, bestimmt sie den Schadensumfang nach gewissenhafter Schätzung.

Anlage 5 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Daten und Statistiken

Nicht besetzt

Abrechnung/Honorarverteilung

Zusammenfassung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses mit Wirkung zum 01.01.2017

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 386. Sitzung folgende Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 01.01.2017 beschlossen:

1. Änderungen im Kapitel 3 des EBM – nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa)

Aufnahme der Gebührenordnungspositionen (GOP)

- 03061 „Zuschlag zur GOP 03060“,
- 03064 „Zuschlag zur GOP 03062“ und
- 03065 „Zuschlag zur GOP 03063“

in den EBM. Die Zuschläge werden von der KV quartalsweise zugesetzt. Der Höchstwert der GOP 03060 und 03061 beträgt jetzt insgesamt je Praxis 23.800 Punkte im Quartal.

Das Aufsuchen eines Patienten zum Zwecke der Versorgung durch die NäPa einschließlich Wegekosten (GOP 03062) ist künftig auch bei Patienten in Alten- oder Pflegeheimen und/oder in anderen beschützenden Einrichtungen berechnungsfähig. Somit ist der erste NäPa-Besuch in der Heimversorgung nach GOP 03062 abrechenbar, alle weiteren Mitbesuche im zeitlichen Zusammenhang nach GOP 03063.

Die bisherige Anmerkung zum Aufsuchen eines Patienten zum Zwecke der postoperativen Versorgung im Rahmen der GOP 31600 wird Teil des obligaten Leistungsinhalts und bezieht sich auf den 1. Besuch. Der Besuch der NäPa einschließlich Wegekosten zum Zwecke der weiteren postoperativen Versorgung eines Patienten im Rahmen der GOP 31600 ist ab dem 2. Besuch über GOP 03063 berechnungsfähig.

2. Änderung der Abrechnungsbestimmung der GOP 04356 – Sozialpädiatrie

Der Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung ist **künftig dreimal** statt zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

3. Änderungen im Abschnitt 1.7.1 des EBM – Leistungen zur neu gefassten Kinder-Richtlinie

Die **neue Kinder-Richtlinie** trat **zum 01.09.2016** in Kraft. Dazu wurden die entsprechenden EBM-Änderungen vorgenommen. Diese beinhalten das Screening auf Mukoviszidose, die im Rahmen der Kinder-Richtlinie geforderten Laboruntersuchungen und die Höherbewertungen der U-Untersuchungen. Im Einzelnen gab es folgende Änderungen:

- Zur Abbildung des Screenings auf Mukoviszidose wurde das erweiterte Neugeborenen-Screening (GOP 01707) um zusätzliche Leistungsinhalte erweitert. Die GOP 01707 kann bis zum vollendeten 10. Lebens- tag berechnet werden, sofern die Durchführung des Neugeborenen-Screenings im Untersuchungsheft für Kinder noch nicht dokumentiert wurde.
- Über die GOP 01709 „Screening auf Mukoviszidose“ besteht die Möglichkeit, bis zum vollendeten 28. Lebens- tag die Untersuchung durchzuführen. Auch hier ist Voraussetzung, dass das Screening auf Mukoviszidose noch nicht im Rahmen des erweiterten Neugeborenen-Screenings erfolgt ist und somit im Untersuchungsheft für Kinder nicht dokumentiert wurde.
- Die GOP 01708 „Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings“ wird gestrichen. Die im Rahmen der Kinder-Richtlinie geforderten Laboruntersuchungen sind zukünftig als Katalogleistung in den GOP 01724 bis 01727 enthalten. Während die GOP 01724 die bisherige Neugeborenen-Screening- untersuchung der Zielkrankheiten beinhaltet, wird in den GOP 01725 bis 01727 des Katalogs die dreistufige Diagnostik des neu in die Kinder-Richtlinie aufgenommenen Screenings auf Mukoviszidose abgebildet. Diese neuen GOP setzen eine Genehmigung der KV gemäß der §§ 23 bzw. 38 der Kinder-Richtlinie sowie den aufzubewahrenden Nachweis einer vorliegenden Einwilligung der Personensorgeberechtigten (z. B. Eltern) des Neugeborenen gemäß § 16 bzw. § 32 der Kinder-Richtlinie voraus.

Die Bewertung der GOP 01712 bis 01719 und 01723 wird auf 401 Punkte angehoben.

4. Verlängerung der vereinbarten Übergangsregelung bei telemedizinischer Leistung (GOP 04417/13554)

Bis spätestens zum 31.10.2016 sollte die bestehende Qualitätsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle aktualisiert und eine Qualitätssicherungsvereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardioverttern bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-Systeme) eingeführt werden. Da die Beratungen andauern, wird die Übergangsregelung zur Abrechnung der GOP 04417/13554 bis 30.06.2017 verlängert.

5. Änderungen der Präambeln der Kapitel 14, 37 und 38

Die Präambel des Kapitels 14 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) wurde um Leistungen der Kapitel 37 und 38 erweitert.

Außerdem wurden die Präambeln der Kapitel 37 (Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen) und 38 (Delegationsfähige Leistungen) um folgende Fachgruppen ergänzt.

Kapitel 37 EBM – Präambel:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Fachärzte für Neurochirurgie

Kapitel 38 EBM – Präambel:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

6. Änderung der Bewertung der Dialyse-Kostenpauschalen GOP 40835 und GOP 40836

Anpassung der Höhe der Kostenpauschalen:

Kostenpauschale des EBM	Bewertung bis 31.12.2016	Bewertung ab 01.01.2017	Bewertung ab 01.01.2018
40835	30,00 €	60,00 €	90,00 €
40836	10,00 €	20,00 €	30,00 €

Den genauen Wortlaut der Beschlüsse können Sie im Internetportal des Institut des Bewertungsausschusses <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.php> nachlesen.

eArztbrief ab 01.01.2017 finanziell gefördert

Der elektronische Arztbrief (eArztbrief) ermöglicht eine schnelle und sichere Übermittlung medizinischer Informationen. **Ärzte und Psychotherapeuten können direkt aus ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) standardisierte elektronische Arztbriefe via KV-Connect an Kollegen einfach und sicher versenden.** Der Empfänger kann den eArztbrief, sofern gewünscht, direkt auf Knopfdruck in seine Patientenakte übernehmen.

Eine KBV-Richtlinie regelt die Details zu Inhalt, Struktur, Übermittlung und Abrechnung der Briefe.

Voraussetzungen sind:

- Sicheres Verfahren (KV-SafeNet-Anschluss)
- KV-Connect
- zertifiziertes PVS für den eArztbrief durch die KBV
- Signatur mittels elektronischem Heilberufausweis (Vergabe durch die Landesärztekammer)

Die Übermittlung von eArztbriefen wird laut E-Health-Gesetz **ab 01.01.2017** mit einer Pauschale von 0,55 € gefördert. Die Förderung wird pro Brief zwischen Sender und Empfänger wie folgt aufgeteilt:

GOP	Bezeichnung	Vergütung
86900	Versenden eines elektronischen Briefes je Empfänger-Praxis	0,28 €
86901	Empfangen eines elektronischen Briefes	0,27 €

Hierbei ist noch zu beachten:

- Beim Versand gibt es eine Obergrenze, welche abhängig von der Fachgruppe ist und sich an der Anzahl der Behandlungsfälle in dem jeweiligen Quartal orientiert.
- Der elektronische Versand von Arztbriefen ersetzt den Versand mit Post- und Kurierdiensten. D. h., wenn die oben aufgeführten Abrechnungspositionen berechnet werden, dann können für denselben Brief an denselben Adressaten nicht die Pauschalen für Portokosten nach GOP 40120 bis 40126 abgerechnet werden.
- Erfolgt der Versand an einen nicht an der KBV-Richtlinie teilnehmenden Arzt, sind statt der GOP 40120 bis 40126 die Pseudoziffern 86902 bis 86905 in Ansatz zu bringen.

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

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

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

Blankoformularbedruckung: Anzeigepflicht ersetzt zum 01.01.2017 den Genehmigungsantrag

Das Verfahren der Blankoformularbedruckung (BFB) ist eine zusätzliche Option für das eigenständige Erstellen vertragsärztlicher Formulare in der Arztpraxis. Die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie die jeweiligen Abrechnungsbestimmungen der KV Thüringen (Anlage 3 der Abrechnungsrichtlinien der KV Thüringen) sind zu beachten. Zum 01.01.2017 entfällt der Genehmigungsantrag für die Blankoformularbedruckung und wird durch eine Anzeigepflicht ersetzt. Damit muss die BFB durch die jeweilige Betriebsstätte auf der Grundlage des verwendeten EDV-Systems der KV Thüringen angezeigt werden. Weiterhin ist zu beachten:

- Es darf nur das spezielle BFB-Papier verwendet werden. Das Spezial-Papier erhalten Sie im Rahmen der üblichen Formularbestellung von der KV Thüringen.

- Dieses Verfahren darf nur für gesetzlich Krankenversicherte und Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse angewandt werden.

Entsprechende Informationen zu diesem Thema können Sie dem Internetportal www.kvt.de unter der Rubrik [Arzt/Psych.](#) → [Beratungsservice A–Z](#) → [B](#) → [Blankoformularbedruckung](#) entnehmen.

Ihre Ansprechpartner: Claus Wähnert, Telefon 03643 559-408
Angelika Kulpe, Telefon 03643 559-421

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.

In **Anlage 1** dieses Rundschreibens erhalten Sie die für das 3. 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

Vorgaben zur Abrechnung von Fällen im Rahmen des Auslandsabkommens ab dem 01.01.2017 erweitern

Aufgrund der vielen und stetig steigenden Korrekturanträge durch die Krankenkassen und zur Vermeidung von Honorarrückforderungen müssen ab dem 01.01.2017 die Vorgaben zur Abrechnung von Fällen im Rahmen des Auslandsabkommens erweitert werden.

Bitte beachten Sie:

1. Die vollständig und gut lesbar ausgefüllten Muster 80 und 81 bzw. die gut lesbaren Fotokopien – welche **je-weils mit Datum, Stempel und Unterschrift zu versehen** sind – von Vorder- und Rückseite der gültigen Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) bzw. der provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB) sowie des Ausweises oder Reisepasses anstatt dem Muster 80 und das vollständig und gut lesbar ausgefüllte Muster 81 sind **unverzüglich nach dem ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Original an die aus-helfende deutsche Krankenkasse zu übersenden**.
2. Zusätzlich müssen diese Unterlagen **in Kopie mit den Abrechnungsunterlagen je Quartal** – beginnend mit der Einreichung der Unterlagen für das 1. Quartal 2017 – **bei der KV Thüringen zur Abrechnung eingereicht werden**.

Durch diese Änderung entfällt ab diesem Zeitpunkt die Aufbewahrung der Kopien in der Arztpraxis.

Bitte beachten Sie dazu auch die Informationen im Internetportal der KV Thüringen. Diese sind nachzulesen unter www.kvt.de → [Arzt/Psychoth.](#) → [Abrechnung u. Honorar](#) → [Leistungsabrechnung](#) → [Allgemeingültiges](#) → [Auslandskrankenversichertenkarte](#).

Ihre Ansprechpartnerin: Sylvia Steinhäuser, Telefon 03643 559-245

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Prüfvereinbarung, Arzneimittel- und Heilmittelvereinbarung sowie Richtgrößenvereinbarungen für 2017 in Thüringen

Aufgrund aktueller rechtlicher Vorgaben wurde die Wirtschaftlichkeitsprüfung aktualisiert und regionalisiert. Unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung für verordnete Leistungen, vereinbart zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband, haben sich die KV Thüringen und die Krankenkassen nach intensiven Verhandlungsrunden im gesamten Jahr 2016 auf die Prüfvereinbarung verständigt. Sie finden diese in der amtlichen Bekanntmachung zu diesem Rundschreiben. Das wesentliche Ziel bestand in der künftigen Ablösung der Richtgrößen ab dem Jahr 2018 durch weiterentwickelte Ziele. Hierzu werden die Verhandlungen im Jahr 2017 fortgesetzt.

Für das Übergangsjahr 2017 wurden im Rahmen einer Vereinbarung nach § 106b SGB V nochmals Richtgrößen vereinbart und bereits im Rundschreiben 12/2016 veröffentlicht.

▪ Prüfvereinbarung

Die neue Prüfvereinbarung ist **zum 01.01.2017** in Kraft getreten.

Hinweise zu einigen wesentlichen Änderungen:

- Keine Zufälligkeitsprüfung für alle ab 01.01.2017 ärztlich verordneten Leistungen, d. h. beispielsweise Arznei- und Heilmittelverordnungen sowie Krankenhauseinweisungen. Gegenstand der Zufälligkeitsprüfung können nur noch das zur Abrechnung vorgelegte Leistungsvolumen, Überweisungen, Feststellung von Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen, sein.
- Im Verordnungsjahr 2017 wird als Vereinbarung nach § 106b Abs. 1 SGB V eine statistische Auffälligkeitsprüfung jeweils für Arzneimittel und Heilmittel nach Richtgrößen durchgeführt.
- Bei erstmaliger Auffälligkeit im Rahmen der statistischen Verordnungsprüfung ist vorrangig eine individuelle Beratung vor weiteren Maßnahmen durchzuführen.
- Die individuelle Beratung hat fachlich qualifiziert zu erfolgen.
- „Verjährung“ von Maßnahmen nach fünf Jahren im Rahmen von statistischen Verordnungsprüfungen. Ausschlaggebend für den Fristlauf ist die formelle Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme.
- Ärzte, welche sich erstmals seit zwei Jahren vor dem Prüfzeitraum niedergelassen haben bzw. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden im Verordnungszeitraum 2017, wenn sie in eine statistische Verordnungsprüfung einbezogen wurden, insbesondere zu Wirtschaftlichkeitszielen informiert. Sie erhalten in den ersten beiden Prüfzeiträumen nach Niederlassung keine Nachforderung im Falle von festgestellten Unwirtschaftlichkeiten, sondern es erfolgen zunächst Beratungen durch die Vertragspartner.
- Dem vom Prüfverfahren betroffenen Arzt kann im Rahmen der Anhörung für Prüfungen ein elektronischer Datenträger mit allen der Prüfung zu Grunde liegenden Daten übersandt werden, sofern die technischen Voraussetzungen vorliegen. Dieser ist so aufzubereiten, dass eine Recherche auf Basis allgemein üblicher Hard- und Software möglich ist, wobei die Anforderungen so gering wie möglich zu halten sind.
- Eine gesonderte Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Ärzten und Einrichtungen kann nach Beauftragung durch die Krankenkassen durch die Prüfungsgremien stattfinden. Dies betrifft beispielsweise Hochschulambulanzen, medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V sowie Leistungserbringer nach § 116b SGB V.

Den vollständigen Inhalt entnehmen Sie bitte der Prüfvereinbarung unter **Amtliche Bekanntmachung** im vorliegenden Rundschreiben.

In diesem Rundschreiben werden weiterhin die Arzneimittel- und Heilmittelvereinbarungen inkl. der vereinbarten Wirtschaftlichkeitsziele sowie die entsprechenden Richtgrößenvereinbarungen publiziert (siehe hierzu **Anlagen 2 bis 5**). Weiterhin sind in **Anlagen 6 und 7** die jeweilige 1. Protokollnotiz zu den Richtgrößenvereinbarungen/Arzneimittel und Heilmittel für die Jahre 2015/2016 enthalten. Das Nähere hierzu ist der entsprechenden Anlage zu entnehmen.

Im Arzneimittelbereich wurde die Anzahl der Zielquotenbereiche erhöht. Erstmals wurde auch der KBV-Medikationskatalog als Quote einbezogen. Im Sinne des gesetzgeberischen Auftrages gelang es in Thüringen auch Zielbereiche für die Heilmittelverordnung zu gestalten. Bitte nutzen Sie die Möglichkeiten der Verordnungssteuerung über die Quoten sowohl zu Ihrer Entlastung im Jahr 2017 als auch im Hinblick auf eine künftige Bedeutung der Quoten als Prüfinstrumente.

▪ **Wirtschaftlichkeitsziele mit Zielquoten im Arzneimittelbereich**

In der Arzneimittelvereinbarung 2017 wurden 17 Ziele mit spezifischen Zielquoten (Mindestanteil an Leitsubstanzen) für alle Richtgrößenfachgebiete definiert.

Richtgrößenfachgebiete mit spezifischen Zielquoten:

- Allgemeinmediziner/Prakt. Ärzte (8010), hausärztliche Internisten (1910)
- Anästhesisten (0110), Augenärzte (0410), Chirurgen (0710), Frauenärzte (1010), HNO-Ärzte (1310), Hautärzte (1610), fachärztliche Internisten (2110), Kinderärzte (2310), Nervenärzte (3810), Orthopäden (4410), Urologen (5610)

Diese Übersicht der Wirtschaftlichkeitsziele mit Zielquoten im Arzneimittelbereich – Definition der Zielgruppen gemäß § 2 Absatz 1 Nr. 1 (nach ATC-Code*) – können Sie in **Anlage 8** dieses Rundschreibens nachlesen.

Aus diesen Gruppen sollten – sofern indikationsgerecht und medizinisch möglich – im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots und auf Basis medizinischer Evidenz bevorzugt die jeweiligen Leitsubstanzen (Präferenzsubstanzen) verordnet werden. Ab dem 2. Quartal 2017 finden Sie die o. g. Wirtschaftlichkeitsziele der Arzneimittelvereinbarung 2017 für Thüringen auch wieder in Ihrer Software als Hinweise bei der Verordnung.

Für weitere Erläuterungen zum KBV-Medikationskatalog (Ziel 1) wird auch auf beiliegende „Informationen für die Praxis“ der KBV zum Thema verwiesen (siehe **Anlage 9**).

▪ **Wirtschaftlichkeitsziele ohne Zielquoten im Arzneimittelbereich**

Folgende weitere Wirtschaftlichkeitsziele wurden in der Arzneimittelvereinbarung für Thüringen für das Jahr 2017 vereinbart:

- a) Blutzuckerteststreifen sollen in der Regel nur für insulinpflichtige Patienten mit Diabetes mellitus verordnet werden. Die Menge an verordneten Blutzuckerteststreifen soll sich am medizinisch notwendigen Messintervall orientieren.
- b) Die Menge an verordneten Protonenpumpeninhibitoren soll sich an der medizinischen Notwendigkeit orientieren. Eine unkritische Übernahme von Therapieempfehlungen aus dem Krankenhaus bzw. eine unkritische Weiterführung von Arzneimittelverordnungen sind zu vermeiden.
- c) Der Vertragsarzt stellt einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlichen Umgang mit aut-idem sicher: Die wirtschaftliche Auswahl eines Arzneimittels nimmt die Apotheke immer dann vor, wenn aut-idem zugelassen wird bzw. der Vertragsarzt einen Wirkstoff verordnet. Der Ausschluss von aut-idem im Einzelfall kann insbesondere bei Vorliegen medizinischer Gründe notwendig sein. Ein genereller Ausschluss von aut-idem kann jedoch zu erheblichen Mehrkosten führen.
- d) Die Vertragsärzte sollen bei der Verordnung von Arzneimitteln Multimedikation nach Möglichkeit vermeiden, um Arzneimittelinteraktionen zu verhindern. Insbesondere bei älteren Patienten sollte eine potenziell inadäquate Medikation vermieden werden.

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

▪ **Wirtschaftlichkeitsziele mit Zielquoten im Heilmittelbereich**

In der Heilmittelvereinbarung 2017 wurden erstmals – auch im Hinblick auf eine künftige Richtgrößenablösung in der Wirtschaftlichkeitsprüfung – Wirtschaftlichkeitsziele mit spezifischen Zielquoten (Mindestanteil an vorrangigen Heilmitteln) für alle Richtgrößenfachgebiete definiert.

Heilmittel/ Heilmittelgruppen	Ziel-Heilmittel (bevorzugt verordnen, wenn medizinisch möglich und auf Basis von Heilmittel-Richtlinie/-Katalog)	Fachgebiet/Zielquote	
Ziel 1: Physiotherapie bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems bei den Indikations- schlüsseln WS und EX	KG als EB oder GB KG Gerät KG im Bewegungsbad als EB oder GB Chirogymnastik Übungsbehandlung EB oder GB Übungsbeh. im Bewegungsbad EB oder GB Standard. Heilmittelkombinationen – D1 Ultraschall-Wärmetherapie (allein verordnet) Elektrotherapie/-stimulation (allein verordnet) Manuelle Therapie (bei den Indikationsschlüs- seln WS1a/d, WS2a/d, EX1a, EX2a, EX3a, EX4a nur zu 80 % gewertet, da wenn medizi- nisch möglich Bevorzugung von KG)	8010: 83,8% 0110: 94,0% 1010: 98,5% 1610: 95,9% 2310: 98,5% 4410: 88,4%	1910: 89,1% 0710: 98,5% 1310: 98,5% 2110: 86,8% 3810: 88,5% 5610: 98,5%
Ziel 2: MLD – Therapiezeit	MLD 30 bzw. 45 Min.	8010: 79,1% 0110: 98,5% 1010: 76,9% 1610: 36,4% 2310: 98,5% 4410: 98,5%	1910: 78,2% 0710: 98,5% 1310: 98,5% 2110: 90,8% 3810: 88,6% 5610: 66,7%
Ziel 3: Logopädie – Therapiezeit	Logopädie 30 und 45 Min.	8010: 98,5% 0110: 93,5% 1010: 93,5% 1610: 93,5% 2310: 98,5% 4410: 98,5%	1910: 98,5% 0710: 98,5% 1310: 98,5% 2110: 98,5% 3810: 93,5% 5610: 93,5%
Ziel 4: Physiotherapie – Kombinationen	einzeln verordnete vorrangige (A-) oder opti- onale (B-)Heilmittel mögliche einzeln verordnete ergänzende (C-) Heilmittel	8010: 98,5% 0110: 97,5% 1010: 98,5% 1610: 98,5% 2310: 98,5% 4410: 98,5%	1910: 98,5% 0710: 98,5% 1310: 98,5% 2110: 98,5% 3810: 98,5% 5610: 98,5%
Ziel 5: Ergotherapie – Kombinationen	Bevorzugung der einzeln verordneten vorran- gigen (A-) oder optionalen (B-)Heilmittel	8010: 98,5% 0110: 98,5% 1010: 98,5% 1610: 95,4% 2310: 98,5% 4410: 95,4%	1910: 98,5% 0710: 98,0% 1310: 98,5% 2110: 98,5% 3810: 98,5% 5610: 98,5%

Die Zuordnung erfolgt gemäß bundeseinheitlichem HM-Positionsnummernverzeichnis.

KG = Krankengymnastik, MT = Manuelle Therapie, EB = Einzelbehandlung, GB = Gruppenbehandlung, MLD = Manuelle Lymphdrainage

▪ Folgen einer Einhaltung der Zielquoten für die einzelne Praxis (Arzneimittel- und Heilmittelbereich)

Die gesamten Verordnungskosten derjenigen Indikationsgruppen/Arzneimittelgruppen (im Arzneimittelbereich) bzw. Heilmittel-Zielgruppen (im Heilmittelbereich), bei denen die Zielquoten (siehe Tabelle auf Seite 7) von der jeweiligen in der Praxis vertretenen Richtgrößenfachgruppe erreicht bzw. eingehalten werden, werden für diese von der Prüfungsstelle grundsätzlich bereits in der Vorabprüfung aus dem Verordnungsvolumen (Ist-Volumen) für Arznei- bzw. Heilmittel herausgerechnet (d. h. abgezogen). Hierbei wird sowohl im Arzneimittel- als auch im Heilmittelbereich prinzipiell jedes Ziel für sich (einzeln) betrachtet.

Im Arzneimittelbereich bleibt das Medikationskatalog-Ziel (Ziel 1) hierbei für die Quotenberechnung zusammengefasst (ungeteilt); als Leitsubstanzen gelten hierbei Wirkstoffe, die in mindestens einem Indikationsgebiet des Medikationskataloges als „Standard“ oder „Reserve“ eingestuft werden.

Nur wenn begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen, z. B. durch Mengenausweitung zum Zwecke der Zielerreichung, bestehen, wird dieser Abzug nicht vorgenommen.

Somit kann durch Erreichen von einer oder mehreren Zielquoten sowohl im Arzneimittel- als auch im Heilmittelbereich eine Überschreitung des Richtgrößenvolumens der jeweiligen Richtgrößenfachgruppe in der Praxis vermindert und ggf. einem Regress vorgebeugt werden.

Für 2018 ist eine primäre Steuerungswirkung über Zielquoten (statt über Richtgrößen) mit den Kostenträgern vorgesehen. Wir werden Sie hierüber weiter informieren.

▪ Weitere Informationen der Vertragsärzte

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

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

Individuelle Erläuterungen zu den Wirtschaftlichkeitszielen für 2017 erhalten Sie durch u. g. Ansprechpartner und auf Wunsch auch gern persönlich nach Terminabsprache (Telefon 03643 559-762) bei uns im Haus.

Ihre Ansprechpartner: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-760
Dr. Urs Dieter Kuhn, Telefon 03643 559-767
Thomas Kaiser, Telefon 03643 559-771

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

▪ Therapiehinweis zu Alemtuzumab – Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Wirkung vom 21.12.2016 einen Therapiehinweis zu Alemtuzumab beschlossen.

Der G-BA gibt in Therapiehinweisen nach § 92 Abs. 2 Satz 7 SGB V Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln. Er kann dabei die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln einschränken. Die Therapiehinweise sind bei einer Verordnung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung zu beachten.

In den Hinweisen werden Arzneimittel bewertet, insbesondere hinsichtlich

1. des Ausmaßes ihres therapeutischen Nutzens, auch im Vergleich zu anderen Arzneimitteln und Behandlungsmöglichkeiten,
2. des therapeutischen Nutzens im Verhältnis zum Apothekenabgabepreis und damit zur Wirtschaftlichkeit,
3. der medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit.

In **Anlage 10** dieses Rundschreibens finden Sie den Therapiehinweis zu Alemtuzumab.

▪ **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 AM-RL gelistet sind. Das gilt auch für Verordnungen im Sprechstundenbedarf. Der G-BA hat folgende Verlängerungen der Verordnungsfähigkeit beschlossen:

Produktbezeichnung	Befristung der Verordnungsfähigkeit bis	Inkrafttreten des Beschlusses
PURI CLEAR	29.11.2021	30.11.2016

▪ **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 AM-RL aufgenommen.

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassene Anwendungsgebiete*	Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie*
Crizotinib (XALKORI) 15.12.2016 Der Beschluss vom 02.05.2013 wird aufgehoben.	Behandlung des vorbehandelten Anaplastische-Lymphom-Kinase-positiven, fortgeschrittenen nicht kleinzelligen Bronchialkarzinoms	a) Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen für Patienten, bei denen eine Chemotherapie angezeigt ist gegenüber der Vergleichstherapie Docetaxel oder Pemetrexed. b) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt für Patienten, bei denen eine Chemotherapie nicht angezeigt ist gegenüber Best-Supportive-Care.
Eftrenonacog alfa (ALPROLIX) 15.12.2016	Behandlung und Prophylaxe von Blutungen bei Patienten mit Hämophilie B	Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen – da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Emtricitabin, Rilpivirin, Tenofovirafenamid (Odefsey) 05.01.2017	Behandlung der HIV-1-Infektion bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren	Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber verschiedenen individuellen antiretroviralen Therapien.**
Ibrutinib (IMBRUVICA®) 15.12.2016	chronisch lymphatische Leukämie (CLL) (bei Patienten mit Mutation s. Beschluss vom 21.07.16)	Ein Zusatznutzen ist nicht belegt für die einzelnen Patientengruppen gegenüber verschiedenen Vergleichstherapien.**

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassene Anwendungsgebiete*	Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie*
Nivolumab (OPDIVO®) 15.12.2016 Beschluss ist befristet bis 15.06.2017.	In Kombination mit Ipilimumab zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms	Ein Zusatznutzen ist nicht belegt für die einzelnen Patientengruppen gegenüber verschiedenen Vergleichstherapien.**
Obinutuzumab (Gazyvaro) 15.12.2016	Follikuläres Lymphom	Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen Da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Saxagliptin (Onglyza®) 15.12.2016 (Der Beschluss vom 01.10.2013 wird aufgehoben.)	Erwachsene mit Typ-2-Diabetes mellitus als Monotherapie oder in Kombination mit anderen oralen Antidiabetika und/oder Insulin	Ein Zusatznutzen ist nicht belegt . Die Vergleichstherapien waren bei den verschiedenen Patientengruppen Metformin + Sulfonylharnstoff, Metformin + Insulin, Sulfonylharnstoff + Insulin.
Saxagliptin/ Metformin (Komboglyze®) 15.12.2016 (Der Beschluss vom 01.10.2013 wird aufgehoben.)	Diabetes mellitus Typ II bei Erwachsenen – wenn Metformin allein nicht ausreichend ist – in Kombination mit Insulin – in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff, wenn sowohl Metformin als auch ein Sulfonylharnstoff nicht ausreichend sind	Ein Zusatznutzen ist nicht belegt . Die Vergleichstherapien waren bei den verschiedenen Patientengruppen Metformin + Sulfonylharnstoff oder Metformin + Insulin.
Selexipag (Upravi) 15.12.16	Pulmonale arterielle Hypertonie	Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber einer patientenindividuellen Therapie.
Sitagliptin (Januvia®/Xelevia®) 15.12.16 Beschluss ist befristet bis 15.06.2018. (Der Beschluss vom 01.10.2013 wird aufgehoben.)	Diabetes mellitus Typ II bei Erwachsenen a) Monotherapie, wenn Metformin nicht geeignet ist. b) Orale Zweifach-Kombination mit Metformin, wenn Metformin-Monotherapie nicht ausreichend ist. c) Orale Zweifach-Kombination mit einem Sulfonylharnstoff, wenn die höchste vertragene Dosis einer Sulfonylharnstofftherapie nicht ausreichend ist und Metformin nicht geeignet ist. d) Orale Dreifach-Kombination mit einem Sulfonylharnstoff und Metformin, wenn eine Zweifach-Kombination (Sulfonylharnstoff + Metformin) nicht ausreichend ist. e) Kombinationstherapie mit Insulin (mit oder ohne Metformin).	a) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber einem Sulfonylharnstoff. b) Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen gegenüber Metformin + Sulfonylharnstoff. c) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber Insulin + Sulfonylharnstoff. d) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber Insulin + Metformin. e) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber Insulin + Metformin.

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassene Anwendungsgebiete*	Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie*
Sitagliptin/Metformin (Janumet®/Velmetia®) 15.12.2016 (Der Beschluss vom 01.10.2013 wird aufgehoben.)	Diabetes mellitus Typ II bei Erwachsenen a) wenn Metformin allein nicht ausreichend ist b) in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff, wenn sowohl Metformin als auch ein Sulfonylharnstoff nicht ausreichend sind c) in Kombination mit Insulin	a) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber Metformin + Sulfonylharnstoff. b) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber Insulin + Metformin. c) Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber Insulin + Metformin.
Sofosbuvir/Velpatasvir (Epclusa) 05.01.2017	Chronische Hepatitis C Virusinfektion	<ul style="list-style-type: none"> – Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen bei Patienten ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose Genotyp 2 – Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen bei Patienten ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose Genotyp 3 – Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen bei Patienten mit dekompensierter Zirrhose Genotyp 2, 3, 4, 5 oder 6 – Ein Zusatznutzen ist nicht belegt für alle anderen Patientengruppen. <p>Für die einzelnen Patientengruppen werden verschiedene Vergleichstherapien angegeben.</p>
Talimogen laherparepvec (IMLYGIC®) 15.12.2016	Nicht resezierbares, metastasiertes Melanom	Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber einer patientenindividuellen Therapie bei den verschiedenen Patientengruppen.

* 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 KBV 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: Anja Auerbach, Telefon 03643 559-763
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Neuregelungen für die Verordnung von Heilmitteln

Bereits in den Rundschreiben seit Oktober 2016 informierten wir Sie regelmäßig über die Neuregelungen, welche im Zusammenhang mit Heilmittelverordnungen **seit dem 01.01.2017** in Kraft traten. Bitte nutzen Sie nur noch die **neuen Verordnungsformulare (Muster 13, 14 und 18)** mit den zwei Feldern für die Angabe einer ICD-10-Kodierung. Die alten Vordrucke (gültig bis 31.12.2016) können vernichtet werden.

Die Änderungen der Heilmittel-Richtlinie sind ebenfalls (wie angekündigt) zum 01.01.2017 in Kraft getreten. Die vollständige Richtlinie inklusive der Anlagen und des Heilmittelkataloges finden Sie in unserem Internetportal (www.kvt.de unter [Arzt/Psych.](#) → [Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung](#) → [Verordnungsberatung](#) → [Heilmittel](#) → [Rechtsgrundlagen](#)) oder beim Gemeinsamen Bundesausschuss (www.g-ba.de).

Die aktualisierten Listen mit den Erkrankungen zu der Anerkennung als langfristiger Heilmittelbedarf oder besonderer Verordnungsbedarf (BVB) – ehemals Praxisbesonderheiten – wurden im Rundschreiben 12/2016 veröffentlicht. Eine Zusammenfassung der beiden Listen können Sie ebenfalls unserem Internetauftritt entnehmen.

Die Diagnoseübersichten wurden bereits im Sommer 2016 zwischen den jeweiligen Vertragspartnern auf Bundesebene bzw. durch den G-BA vereinbart. Jedoch wurde erst zum Jahresende die für 2017 gültige Version der ICD-10-Kassifizierung vom DIMDI bekannt gegeben. Hierbei wurde (wie vom DIMDI bereits angekündigt) die Kodierung des Schweregrades des Lymphödems konkretisiert. Da die Übersicht der Erkrankungen mit langfristigem Behandlungsbedarf zu diesem Zeitpunkt als Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie bereits beschlossen war, konnte eine Aufnahme an dieser Stelle nicht mehr erfolgen. Daher werden die nachfolgend genannten Diagnosen vorübergehend (bis zur Ergänzung in der Heilmittel-Richtlinie) als besonderer Verordnungsbedarf aufgenommen:

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
Erkrankung des Lymphsystems						
I89.02		Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III				
I89.05		Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium III Kopf, Hals, Thoraxwand, Genitalbereich	LY2			
Q82.0-		Hereditäres Lymphödem	LY2			

Ihre Ansprechpartnerinnen: Anja Auerbach, Telefon 03643 559-763
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles

Verordnungen von Heilmitteln außerhalb des Regelfalles bedürfen gemäß Heilmittel-Richtlinie (HM-RL) der Genehmigung durch die Krankenkassen – sie unterliegen damit einem Genehmigungsvorbehalt. Nach § 8 Abs. 4 der HM-RL des G-BA können die Krankenkassen auf diese Genehmigung jedoch verzichten (den Genehmigungsvorbehalt aussetzen). Eine Übersicht dieser Krankenkassen finden Sie auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes www.gkv-spitzenverband.de unter der Rubrik „ambulante Leistungen/Heilmittel/ Genehmigung außerhalb des Regelfalles“.

Von der KBV erhielten wir die Information, dass die BKK firmus seit dem 01.01.2017 von dem Genehmigungsvorbehalt für Verordnungen außerhalb des Regelfalles wieder Gebrauch macht. Erbringer von Heilmittelleistungen müssen diese Leistungen bei Versicherten der BKK firmus also wieder genehmigen lassen.

Bitte beachten Sie, dass verschiedene Krankenkassen nur bei einigen Indikationen auf die Genehmigung verzichten. Mit diesem Genehmigungsverzicht sind die verordnenden Ärzte nicht vom Gebot der Wirtschaftlichkeit entbunden (gemäß § 9 der HM-RL). **Auf eine nachträgliche Überprüfung der Wirtschaftlichkeit bzw. medizinischen Notwendigkeit wird seitens der Krankenkassen nicht verzichtet.**

Ihre Ansprechpartnerin: Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Qualitätssicherung

Delegations-Vereinbarung – Neuerungen ab 01.01.2017

Die Übergangsregelung zur Genehmigung und Vergütung von Nichtärztlichen Praxisassistenten in Ausbildung wurde um zwei weitere Jahre verlängert. Bisher musste bis zum 31.12.2016 der Nachweis erbracht werden, dass die begonnene Ausbildung zum Nichtärztlichen Praxisassistenten abgeschlossen ist. Nun haben die Partner des Bundesmantelvertrages den Paragraph 8 der Delegations-Vereinbarung dahingehend geändert, die **Frist bis zum 31.12.2018** zu verlängern.

Weiterhin wurde vereinbart, dass mehr Hausarztpraxen von der Förderung Nichtärztlicher Praxisassistenten profitieren sollen. Dazu wurde die als Abrechnungsvoraussetzung durchschnittlich zu erfüllende Mindestzahl von Behandlungsfällen abgesenkt.

Ein Hausarzt mit einer vollen Zulassung kann danach einen Praxisassistenten genehmigt bekommen, wenn er durchschnittlich mindestens 700 Behandlungsfälle je Quartal (alt: 860) **oder** durchschnittlich 120 Fälle je Quartal bei über 75-jährigen Patienten (alt: 160) nachweist. Für jeden weiteren Hausarzt (entsprechend einem Arzt mit vollem Tätigkeitsumfang) in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 521 beziehungsweise um 80 Fälle je Arzt.

Ihre Ansprechpartnerin: Sabine Pfeifer, Telefon 03643 559-748

KBV-Publikation „Überwachungen und Begehungen von Arztpraxen durch Behörden“ wurde aktualisiert

Die Publikation fasst in übersichtlicher Form Gesetze und Verordnungen zusammen, auf deren Grundlage Behörden wie Gesundheitsämter, Gewerbeaufsichtsämter oder Eichämter Arztpraxen begehnen oder Informationen anfordern können. Neben den Hinweisen auf gesetzliche Pflichten sollen niedergelassene Ärzte bei der Erfüllung der Anforderungen unterstützt werden. Im Fokus stehen dabei die Themen Hygiene und Medizinprodukte.

Die Broschüre umfasst rund 120 Seiten und steht ausschließlich in elektronischer Form als PDF-Dokument zum Herunterladen im Internetportal der KV Thüringen zur Verfügung (siehe www.kvt.de → Arzt/Psychoth. → Beratungsservice von A bis Z → H → Hygiene → Zum Herunterladen).

Ihre Ansprechpartnerin: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745



Verträge

Honorarabschluss für das Jahr 2017 und Eckpunkte für das Jahr 2018

Am 10.01.2017 konnten die Verhandlungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Thüringen zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen abgeschlossen werden. Im Rahmen eines Gesamtkompromisses verständigten sich letztendlich beide Vertragsparteien auf einen Vertrag für 2017 und die Eckpunkte für das Jahr 2018.

Die zentralen Eckpunkte des Verhandlungsergebnisses stellen sich wie folgt dar:

1. Der regionale Punktwert für 2017 beträgt 10,5300 €-Cent.
2. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) wird für 2017 um rund 2,1122 Prozent gesteigert.
3. Die bisher vereinbarten Leistungen außerhalb der MGV sowie alle förderungswürdigen Leistungen aus 2016 werden fortgeführt.
4. Zusätzlich stellen die Krankenkassen in 2017 weitere 1,5 Mio. € bereit. Davon werden ab dem 01.07.2017 für die Leistungen aus den Bereichen Geriatrie, Palliativmedizin und Sozialpädiatrie 500.000 € verwendet. Für die Förderung der konservativen Augenheilkunde und des konventionellen Röntgens sowie der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung und Radiosynoviorthese werden ab 01.07.2017 1 Mio. € zur Verfügung gestellt.
5. Ab 2018 werden von den Krankenkassen 3 Mio. € für die Förderung gemäß der Aufteilung nach Punkt 4. gezahlt.
6. Gesetzliche Änderungen sowie Beschlüsse und Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses, insbesondere zur Punktwertanpassung und Steigerung der MGV in 2017 und 2018, werden umgesetzt.
7. Zur weiteren langfristigen Umsetzung der in 2017 avisierten Pilotprojekte von Portalpraxen haben die Krankenkassen auch in 2018 eine gesonderte Finanzierung zugesichert.

Hinweis: Die genaue Ausgestaltung zu Punkt 4 ist mit den Krankenkassen noch abzustimmen.

Ihre Ansprechpartner in der Hauptabteilung
– Vertragswesen, Telefon 03643 559-131

UV-GOÄ und Ärztevertrag zum 01.01.2017 angepasst

Die Gebührenordnung für die Abrechnung mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern (UV-GOÄ) wurde **zum 01.01.2017** angepasst. Außerdem sind einige Änderungen im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger (Änderungsvereinbarung zum Vertrag gemäß § 34 Abs. 3 SGB VII) in Kraft getreten. Diese sind u. a. folgende:

Anpassung der UV-GOÄ:

- Nr. 570:** Photodynamische Therapie (PDT von Hautläsionen inkl. photodynamischer Lichtbestrahlung, ...)
(Behandlungsgesamtfläche von bis zu 100 cm², Honorierung 100,61 €)
- Nr. 571:** Leistung nach Nr. 570 für jeweils weitere angefangene 100 cm² der vom Behandlungsplan zu Nr. 570 erfassten Gesamtfläche, ...
(Behandlungsgesamtfläche über 100 cm², Honorierung 50 €)
- Nr. 575 bis 577:** Laserbehandlung: Für die Berechnung der Laserbehandlungsflächen wurde eine Vereinfachung gewählt und auf die Definitionen „je Feld“ und „je Sitzung“ verzichtet. Die Angabe richtet sich nach der Gesamtfläche der Laserbehandlungsfläche.

▪ Änderung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger (Änderungsvereinbarung)

Die Änderungsvereinbarung enthält u. a. die Ergänzung des § 27 (Aufgaben eines Durchgangsarztes) Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger um den Absatz 1a, der konkret die Überweisungspflicht der ambulant tätigen Durchgangsarzte an Durchgangsarzte, die an Krankenhäusern tätig sind und an den besonderen Heilverfahren teilnehmen, regelt. Davon unberührt bleibt die Möglichkeit, Unfallverletzte nach Absprache mit dem Unfallversicherungsträger zur weiteren Behandlung an Krankenhäuser ohne spezielle Zulassung (stationäres Durchgangsverfahren, Verletzungsarten- oder Schwerstverletzungsartenverfahren) zu überweisen, die für die Art der Verletzung besondere Qualifikationen aufweisen.

Außerdem wurde in der Änderungsvereinbarung geregelt, dass die **Übermittlungsbefugnis** im Bereich der Unfallversicherungsträger auch **auf das Psychotherapeutenverfahren** (Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) Anwendung findet. Die Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission sowie die vollständige Änderungsvereinbarung wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 1-2/2017 veröffentlicht.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V

Seit dem 01.07.2016 können die Leistungen des Kapitels 37 EBM im Zusammenhang mit einem abgeschlossenen Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V (auf der Grundlage der Anlage 27 des Bundesmantelvertrages/Ärzte) erbracht und abgerechnet werden.

Den Muster-Kooperationsvertrag finden Sie im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de → [Arzt/ Psychoth.](#) → [Verträge](#) → [P](#) → [Pflegeheim](#) → [Muster-Kooperationsvertrag](#). Für den Vertragsabschluss ist ausschließlich dieses Muster zu verwenden. Es sind in allen Ausfüllfeldern des Vertrages Angaben zur Umsetzung der jeweiligen Maßnahme erforderlich. Der Kooperationsvertrag ist von allen Vertragsschließenden zu unterzeichnen und danach an die ServiceStelle der KV Thüringen zu senden.

Den Kooperationsvertrag schließen

- eine stationäre Pflegeeinrichtung oder ein stationäres Hospiz (nach § 39a SGB V), die gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI i. V. m. § 72 Abs. 1 SGB XI zugelassen sind und
- mindestens zwei Vertragsärzte (Haus- und/oder Fachärzte) (siehe obligater Leistungsinhalt der GOP 37105 EBM).

Ihre Ansprechpartnerinnen:

- Vertragsfragen, Doreen Lüpke, Telefon 03643 559-131
- ServiceStelle, Uta Lübeck, Telefon 03643 559-751

Fusion BARMER GEK und Deutsche BKK zu BARMER

Die BARMER GEK und die Deutsche BKK haben zum 01.01.2017 zur neuen Krankenkasse BARMER fusioniert. Alle bestehenden Verträge mit der BARMER GEK gelten ab dem 01.01.2017 für alle Versicherten der neuen BARMER.

Ihre Ansprechpartnerin: Anne Weißmann, Telefon 03643 559-137

Verträge zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung: Aktualisierung zum 01.01.2017

Aufgrund der Änderungen der Diagnoseklassifikation ICD-10-GM durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für das Jahr 2017 wurden die entsprechenden Anhänge der Verträge zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung mit der Techniker Krankenkasse sowie der BAHN-BKK angepasst.

Die aktualisierten Anhänge finden Sie wie gewohnt auf der Homepage der KV Thüringen unter www.kvt.de
→ [Arzt/Psychoth.](#) → [Verträge](#) → [P](#) → [Patientenorientierte medizinische Versorgung](#).

Ihre Ansprechpartner für:

- Vertragsfragen: Anne Weißmann, Telefon 03643 559-137
- Abrechnungsfragen: siehe Tabelle auf Seite 3 dieses Rundschreibens

Alles was Recht ist

Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

Frage 1:

Gibt es eine Berichtspflicht von Arzt zu Arzt im Rahmen von Überweisungen?

Ja. Der überweisende Arzt muss dem Überweisungsempfänger über die bisher erhobenen Befunde und/oder getroffenen Behandlungsmaßnahmen in Kenntnis setzen, soweit dies für die Durchführung der Überweisung erforderlich ist. Umgekehrt hat der Überweisungsempfänger dem Überweisenden die Unterlagen (Befunde) und Informationen zum Überweisungsauftrag zu geben, soweit eine Weiterbehandlung durch den Überweisenden erforderlich ist (§ 24 Abs. 6 Sätze 1 und 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Frage 2:

Ist für die Befundübermittlung auf Grundlage der Überweisung die Einwilligung des Patienten erforderlich?

Nein. Es ist davon auszugehen, dass der Patient stillschweigend in die Datenübermittlung einwilligt. Es liegt keine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht vor.

Frage 3:

Gibt es Möglichkeiten, die Berichtspflicht entfallen zu lassen?

Nein. Die Berichtspflicht ist Teil der vertragsärztlichen Tätigkeit. Die gegenseitige Information der behandelnden Ärzte dient der Patientensicherheit (bspw. im Hinblick auf Wechselwirkungen von Medikamenten, die von verschiedenen Ärzten verordnet werden) und vermeidet unwirtschaftliche Doppeluntersuchungen. Es ist unzulässig, Überweisungen nicht anzunehmen oder den Patienten zu der Erklärung zu drängen, dass dieser auf den Bericht an den Überweisenden verzichte, um auf diese Weise die Berichtspflicht zu umgehen.

Frage 4:

Gilt die Berichtspflicht auch, wenn der Patient von sich aus einen Facharzt unmittelbar ohne Überweisung in Anspruch nimmt?

Ja. Der Facharzt übermittelt die relevanten medizinischen Informationen an den vom Versicherten benannten Hausarzt, allerdings nur mit Einverständnis des Versicherten (§ 24 Abs. 6 Satz 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

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

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

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

Ärztliche Selbstverwaltung

Vorstand der KV Thüringen wiedergewählt

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen hat in ihrer konstituierenden Sitzung am 04.01.2017 den Vorstand in seinem Amt bestätigt. Gewählt wurden Frau Dr. med. Annette Rommel als 1. Vorsitzende des Vorstandes und Herr Dr. med. Thomas Schröter als 2. Vorsitzender des Vorstandes. Ebenfalls in ihren Ämtern bestätigt wurden Herr Dr. med. Andreas Jordan als Vorsitzender der Vertreterversammlung und Herr Dr. med. Michael Sakriß als stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung. Durch die Wahl von Frau Dr. Rommel in den Vorstand rückte Herr Dipl.-Med. Andreas Kaschowitz, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Weida, als gewähltes Mitglied der Vertreterversammlung nach.

In weiteren Wahlgängen bestimmten die Vertreter außerdem die Mitglieder des Vorstandsausschusses, des Finanzausschusses und des Satzungsausschusses. Außerdem bildeten sie eine Kommission gemäß § 9 Abs. 2 der Satzung (Vertragskommission).

Eine detaillierte Darstellung der Wahlergebnisse einschließlich der jeweiligen Zahl der abgegebenen Stimmen in den einzelnen Wahlgängen finden Sie in **Anlage 11** dieses Rundschreibens.

Informationen

Übermittlung von Befunden an den MDK ab 2017 neu geregelt

Ab 01.01.2017 sind Unterlagen für gutachterliche Stellungnahmen zusammen mit einem Weiterleitungsbogen der Krankenkassen direkt an den MDK zu senden. Die Änderung geht zurück auf datenschutzrechtliche Bedenken zum sogenannten Umschlagverfahren in der Vergangenheit.

Für die Übermittlung der Befunde erhalten die Vertragsärzte ab sofort von den Krankenkassen, neben einem Schreiben, aus dem der Grund für die Begutachtung hervorgeht, einen bereits vollständig ausgefüllten, verbindlichen Weiterleitungsbogen (Muster 86). Dieser enthält u. a. die Anschrift des MDK, eine Vorgangsnummer und die Daten des Patienten. Diesem Weiterleitungsbogen sind die angeforderten Unterlagen in Kopie beizufügen und direkt an den MDK zu senden – ohne Umweg über die Krankenkasse. Für den Versand ist auch weiterhin ein Freiumschlag von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen – ab 01.04.2017 verbindlich im Format C5.

Über die Neuregelung hatten wir bereits zum Ende des vergangenen Jahres sowie nochmals zu Beginn des neuen Jahres auf unserer Internetseite www.kvt.de mit einem Hinweis auf die Mitteilungen der KBV informiert.

Gelbfieberimpfstellen im Freistaat Thüringen

Aufgrund von Änderungen werden in **Anlage 12** dieses Rundschreibens die von der obersten Landesgesundheitsbehörde, dem Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, zugelassenen Gelbfieberimpfstellen im Freistaat mit dem aktuellen Stand vom 04.01.2017 veröffentlicht.

Neuer Sprachführer für die Behandlung von fremdsprachigen Patienten

Im Mandl & Stamm-Verlag, Husum, ist unter dem Titel „MEDGUIDE – Medizinischer Sprachführer“ ein dreisprachiger bebildeter Sprachführer erschienen. In den Sprachen Deutsch, Arabisch und Farsi (Persisch) gibt er Hilfestellungen zur Überwindung der Sprachbarriere bei der ärztlichen Behandlung fremdsprachiger Patienten. Der Sprachführer basiert auf praktischen Erfahrungen von Ärzten mehrerer Fachgebiete (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie) bei der Behandlung von Flüchtlingen.

Die 100-seitige Broschüre im Format A4 ist werbefrei. Der Verkaufserlös kommt nach Angaben des Verlages der Erstellung weiterer Sprachführer (z. B. zu Schwangerschaft und Geburtshilfe) zu Gute. Weitere Informationen zu Inhalt und Bestellmöglichkeiten sowie Preisauskünfte erhalten Sie im Internet unter www.edition-willkommen.de.

10. Thüringer Gesundheitsmesse am 11. und 12. März 2017 auf der Messe Erfurt

Die KV Thüringen ist das 10. Mal auf der Gesundheitsmesse vertreten. Wieder hält die KV Thüringen ein interessantes Programm vor. Die Themen „Gendermedizin“ und „Ärztlicher Notdienst“ stehen im Fokus.

Der Fachbeirat der Gesundheitsmesse, in dem die KV Thüringen seit Jahren vertreten ist, präferierte das Thema Gendermedizin deshalb, weil schon das Verständnis von „Gesundheit“ die Geschlechter scheidet. Frauen und Männer sind unterschiedlich krank: Sie haben zum Teil unterschiedliche Symptome, Medikamente wirken anders, und auch das Risiko zu erkranken, ist nicht gleich. Das werden unsere Mitglieder in sechs Vorträgen erörtern. Die Themen der Vorträge sind auf den Messeflyern veröffentlicht.

Das Thema „Ärztlicher Notdienst“ wurde ausgewählt, um darauf hinzuweisen, dass immer noch viele der Rettungseinsätze unnötig sind. In die Bevölkerung soll hineingetragen werden: Abwarten bis zur Regelsprechstunde, wenn möglich, Notdienst, falls nötig, und Rettungsarzt nur bei echten Notfällen.

Wir werden ein Einsatzfahrzeug des Ärztlichen Notdienstes im Foyer der Gesundheitsmesse platzieren. Am KV-Stand können sich die Besucher über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme des Ärztlichen Notdienstes informieren. Dazu zeigen wir ein Video der KBV zum Thema Notdienst. Ziel ist es, die Nummer 116117 bekannter zu machen.

Auch auf unser Beratungsangebot rund um die Gesundheit werden die Messebesucher nicht verzichten müssen. Am Stand der KV Thüringen werden – wie all die Jahre – zuvor Gesundheitschecks durchgeführt und es wird ein Beratungsangebot rund um die Gesundheit geben. Auch auf die Einladung zum Apfelessen können sich die Messebesucher erneut freuen. Tipps zur gesunden Ernährung bekommen Interessierte kostenlos mit auf den Weg.

▪ Informationsmaterial für Ihre Patienten zum Auslegen in der Praxis

Diesem Rundschreiben sind zehn Messeflyer und ein Plakat beigelegt. Gern können Sie bei Bedarf weitere Flyer anfordern – Ansprechpartnerin ist Marion Letetzki, Telefon 03643 559-728.

Alle Informationen zur Thüringer Gesundheitsmesse finden Sie unter www.thueringer-gesundheitsmesse.de.

Rezept für Bewegung

Häufig sind Ärzte die entscheidenden Impulsgeber für präventive Maßnahmen bei den Patienten. Der Arzt kennt seine Patienten, die Krankheitsgeschichten, das familiäre und soziale Umfeld. Mit diesem Wissen kann der Arzt zielgerichtet und situationsspezifisch den Patienten zu präventivem Verhalten motivieren.

Ein Beispiel, welches zeigt, wie gut Präventionsaktionen mit Beteiligung von Ärzten funktionieren, ist das „Rezept für Bewegung“ (siehe **Anlage 13** in diesem Rundschreiben). Ärzte können ihren Patientinnen und Patienten mit dem Rezept für Bewegung eine schriftliche Empfehlung für körperliche Aktivität geben.

In den letzten Jahren haben Ärzte vorwiegend die mit dem **Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT** zertifizierten Bewegungsangebote der Sportvereine mit den Schwerpunkten Herz-Kreislauf, Muskel- und Skelettsystem, Entspannung/Stressbewältigung und Koordination/motorische Förderung empfohlen.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.rezept-fuer-bewegung.de. Kostenlose Materialien können die Ärzte beim Landessportbund Thüringen oder bei der KV Thüringen bestellen.

Ihre Ansprechpartnerinnen:

- KV Thüringen: Marion Letetzki, Telefon 03643 559-728
- Landessportbund Thüringen: Kerstin Lang, Telefon 0361 3405435, E-Mail k.lang@lsb-thueringen.de

Aufruf!

Bei der Rennsteigstaffel 2017 für die KV Thüringen Flagge zeigen

Der Rennsteig-Staffellauf Ende Juni auf dem berühmten Thüringer Höhenwanderweg ist ein einzigartiges Sportereignis. Staffeln von jeweils zehn Läuferinnen und Läufern absolvieren in Etappen mit festgelegten Wechselstellen den gesamten Rennsteig von Blankenstein bis Hörschel. Am Abend treffen sich viele Sportler am Zielort, um ihre Schlussläufer auf den letzten Metern zu begleiten. **Am 24. Juni 2017 findet der 19. Rennsteig-Staffellauf statt.** Die KV Thüringen will sich erstmals an dem Lauf beteiligen: mit einer gemischten Staffel aus Mitgliedern und Mitarbeitern.

Mit diesem Artikel möchten wir Sie dazu aufrufen, gemeinsam mit uns als KV-Mannschaft an den Start zu gehen. Sie sollten ein(e) geübte(r) Läufer(in) sein und sich eine Etappe von 14 bis 20 Kilometern auf Feld- und Waldwegen ernsthaft zutrauen. Oder Sie unterstützen einen unserer Läufer als Radbegleiter oder helfen bei der An- und Abreise der Läufer. Uns geht es dabei nicht um Spitzenzeiten (die andererseits aber auch nicht verboten sind), sondern um Spaß am Sport und Freude an einem gemeinsamen Erlebnis. Besonders würden wir uns über Starter aus den Regionen am Rennsteig und seiner Nähe freuen. Aber auch alle anderen Kollegen sind herzlich willkommen.

Wenn Sie Interesse daran haben, für Ihre KV Thüringen beim Rennsteig-Staffellauf am 24. Juni 2017 zu starten, senden Sie eine E-Mail mit Namen, Kontaktdaten (idealerweise Handynummer

und E-Mail-Adresse, gern auch, wenn Sie mögen, schon eine „Wunsch-Etappe“) und beabsichtigter Art der Teilnahme (Läufer, Radbegleiter) an

medien@kvt.de.

Die KV übernimmt die Anmeldung der Staffel einschließlich Anmeldegebühr, die Stabsstelle Kommunikation/Politik kümmert sich um das Organisatorische. Hier können Sie auch alle Fragen stellen. Unter der Internetadresse www.rennsteig-staffellauf.de können Sie sich über den Lauf, die Etappen und viele Fragen rund um den Lauf informieren. Bitte haben Sie Verständnis, dass die Teilnahme am Lauf einschließlich An- und Abreise zur Etappe und zur Ziel-Party für alle eine Freizeitaktivität und nicht Teil der Tätigkeit im Rahmen der KV Thüringen ist.

Wir freuen uns auf ein tolles Sporterlebnis, bei dem wir gemeinsam für unsere KV Flagge zeigen wollen.

*Der Beratende Ausschuss für Medien und Öffentlichkeitsarbeit
Die Stabsstelle Kommunikation/Politik*

Ihr Ansprechpartner: Veit Malolepsy,
Telefon 03643 559-192,
E-Mail medien@kvt.de



Tag der Chancen: Ich bin Arzt und jetzt?

„Tag der Chancen“ am 4. März 2017 bietet Orientierung für den Nachwuchs

Aller Anfang ist schwer, und die richtige Entscheidung für sich selbst zu treffen erst recht. Fragen von jungen Heilberuflern gibt es viele, sei es, welcher Berufsweg oder welches Arbeitsumfeld das richtige ist, wie effizientes Arbeiten in einer von Informationsfluten geprägten Zeit aussieht oder wie junge Heilberufler erfolgsversprechend verhandeln können, z. B. ihr Gehalt oder Verträge mit Mitarbeitern oder Kollegen. Die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung sowie die Landes(zahn)ärztekammer Thüringen haben sich zusammen mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer (apoBank) zum Ziel gesetzt, den jungen Medizinerinnen und Zahnmedizinerinnen den Berufseinstieg bzw. -wechsel leichter zu machen und hierfür den „Tag der Chancen“ ins Leben gerufen.

In verschiedenen interaktiven Workshops erhalten junge Ärzte und Zahnärzte Informationen rund um einen gelungenen Berufseinstieg. Dr. med. Annette Rommel, 1. Vorsitzende der KV Thüringen: „Mediziner haben heute deutlich flexiblere Möglichkeiten, ihren Beruf auszuüben, als dies noch vor einigen Jahren der Fall war, und Studienpläne sehen es nicht vor, darüber zu unterrichten, welche Chancen der Berufsalltag konkret bietet.“

Nicht nur zum Berufseinstieg, sondern auch nach einigen Jahren stellt sich die Frage: Was nun? Welche Möglichkeiten zur Weiterentwicklung gibt es? Lohnt sich eine Niederlassung? Und wie sind die jeweiligen Berufswege mit Freizeit und Familie vereinbar? „Alle jungen Heilberufler müssen ihren Platz in der Versorgungslandschaft finden und sich in ihrer Berufsausübung wohlfühlen. Mit dem neuen Veranstaltungsformat ‚Tag der Chancen‘ wollen wir die dafür notwendige Basis schaffen,“ so Rommel weiter. Und Bernhard Koelmer von der apoBank und Leiter der Filiale Erfurt ergänzt hierzu: „Uns ist es wichtig, dass die jungen Heilberufler herausfinden können, was zu ihnen persönlich passt und welche berufliche Laufbahn geeignet ist.“ Die Workshop-Experten werden von Praktikern unterstützt, so dass alle Fragen nicht nur theoretisch, sondern lebensnah beantwortet werden können. Zudem sollen u. a. auch Methoden zur Selbsteinschätzung oder verschiedene Arbeitsmodelle zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie vermittelt werden. Gerade hier sei es wichtig, die vorhandenen Gestaltungsmöglichkeiten zu kennen und sich frühzeitig damit zu beschäftigen. „Unsere Erfahrungen belegen: Arzt sein mit Kind und Kegel geht nicht – das gibt’s nicht!“, so Koelmer.

Wann?	am 4. März 2017 von 9 bis 17 Uhr
Wo?	in den Räumlichkeiten der KV Thüringen
Workshops	<ul style="list-style-type: none"> – Souverän durch den Arbeitsalltag – Karriere als Heilberufler – die Qual der Wahl – Niederlassen lohnt sich! – Heilberuf mit Familie – kein Widerspruch
Anmeldung	im Internet unter tag-der-chancen.de
Ansprechpartnerin in der KV Thüringen	Susann Binnemann, Telefon 03643 559-230

Fortbildungen und Veranstaltungen in Thüringen

Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 01.02.2017, 14:00–19:00 Uhr	Fit am Empfang – Der erste Eindruck zählt	M.A. Albrecht Römpf, Trainer und Berater im Gesundheitswesen, lizenzierter QEP-Trainer, DeltaMed Süd GmbH & Co. KG, Ludwigsburg	Praxispersonal 60,00 €
Mittwoch, 01.02.2017, 15:00–19:00 Uhr	Buchhaltung in der Arztpraxis – Grundlage betriebswirtschaftlicher Praxisführung (Grundkurs) 7 Punkte, Kategorie C	Dipl.-Ök. Sabina Surrey, Gotha	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 60,00 €
Mittwoch, 01.02.2017, 15:00–18:00 Uhr	Veranstaltung ist ausgebucht. Meridiane-Stretching	Heike Raudszus, Beratung und Entspannungstraining, vigor – Lebenskraft für Körper und Geist, Gotha	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 60,00 €
Mittwoch, 01.02.2017, 15:00–19:00 Uhr	Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfänger	Christel Mellenthin, Geschäftsführerin und Managementberaterin (Gesundheitswesen), Healthcare Management Institut, Chorin	Praxispersonal 60,00 €
Mittwoch, 15.02.2017, 14:00–19:00 Uhr	Crashkurs Medical English im Umgang mit Englisch sprechenden Flüchtlingen und Asylbewerbern für Ärzte	Julia Sieber, Ausbildung der Universität Cambridge zum Englischunterricht für Erwachsene, Sprachenzentrum Friedrich-Schiller-Universität, Jena	Psychotherapeuten, Vertragsärzte 60,00 €
Mittwoch, 15.02.2017, 14:00–18:00 Uhr	Hinweise zur Verordnung von Arzneimitteln etc., Teil 1 5 Punkte, Kategorie A	Bettina Pfeiffer, Mitarbeiterin der Abteilung Verordnungsberatung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 15.02.2017, 14:00–19:00 Uhr	Einarbeitung neuer Praxis-Mitarbeiter	Katja Saalfrank, Praxismanagement und -beratung, Selbitz	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 60,00 €
Mittwoch, 15.02.2017, 14:00–16:15 Uhr	Englisch für Praxispersonal Der Kurs umfasst 10 Termine à 3 Unterrichtsstunden und findet immer im wöchentlichen Rhythmus mittwochs von 14:00 bis 16:15 Uhr statt (nicht an Feiertagen).	Jutta Barz-Hotz, Diplom-Übersetzerin und Berufspädagogin, ERWS UG (h. b.), Erfurt	Praxispersonal 100,00 € für alle Termine
Mittwoch, 15.02.2017, 15:00–19:00 Uhr	Veranstaltung ist ausgebucht. Wartezeiten- und Terminmanagement	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 60,00 €
Mittwoch, 15.02.2017, 15:00–19:00 Uhr	Word 2010 (Grundkurs)	Dipl.-Math. oec. Stephan Büchner, Leiter der Gruppe Statistik der KVT, Weimar	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 60,00 €

Terminkalender

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 15.02.2017, 16:30–18:45 Uhr	Englisch für Ärzte Der Kurs umfasst 10 Termine à 3 Unterrichtsstunden und findet immer im wöchentlichen Rhythmus mittwochs von 16:30 bis 18:45 Uhr statt (nicht an Feiertagen).	Jutta Barz-Hotz, Diplom-Übersetzerin und Berufspädagogin, ERWS UG (h. b.), Erfurt	Psychotherapeuten, Vertragsärzte 120,00 € für alle Termine
Mittwoch, 22.02.2017, 14:00–19:00 Uhr	Crashkurs Medical English im Umgang mit Englisch sprechenden Flüchtlingen und Asylbewerbern für Praxispersonal	Julia Sieber, Ausbildung der Universität Cambridge zum Englischunterricht für Erwachsene, Sprachenzentrum Friedrich-Schiller-Universität, Jena	Praxispersonal 60,00 €
Mittwoch, 22.02.2017, 14:00–18:00 Uhr	Verordnungsmanagement für Praxispersonal, Teil 1	Anja Auerbach, Mitarbeiterin der Abteilung Verordnungsberatung der KVT, Weimar	Praxispersonal Kostenfrei
Mittwoch, 22.02.2017, 15:00–18:00 Uhr	Rechtliche Aspekte für Praxispersonal in der Patientenbetreuung	Ass. jur. Sabine Zollweg, Mitarbeiterin Justitiariat der KVT, Weimar	Praxispersonal 60,00 €
Mittwoch, 22.02.2017, 15:00–19:00 Uhr	Das Problem Zeit 5 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainee, Beraterin, Coach, Mediatorin, Kranichfeld	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 60,00 €
Freitag, 24.02.2017, 13:00–19:00 Uhr	Konflikt- und Beschwerdemanagement	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal 100,00 €
Freitag, 24.02.2017, 14:00–17:00 Uhr Freitag, 03.03.2017, 14:00–17:00 Uhr	Terminverschiebung EBM für Neueinsteiger – hausärztlicher Versorgungsbereich 5 Punkte, Kategorie C	Steffen Göhring, Leiter der Hauptabteilung Abrechnung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Freitag, 24.02.2017, 14:00–18:00 Uhr	WingTsun – Prävention im Bereich Selbstbehauptung und Selbstverteidigung	Norman Müller, hauptberuflicher WingTsun-Lehrer, WingTsun-Akademie Weimar	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 60,00 €
Freitag, 24.02.2017, 14:00–19:30 Uhr Samstag, 25.02.2017, 08:30–15:45 Uhr	Qualitätsmanagement in Arztpraxen – Einführungsseminar zu Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) 14 Punkte, Kategorie H	Christel Mellenthin, Geschäftsführerin und Managementberaterin (Gesundheitswesen), Healthcare Management Institut, Chorin	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 250,00 €
Samstag, 25.02.2017, 09:00–12:00 Uhr	Niederlassungsseminar zu verordnungsfähigen Leistungen 4 Punkte, Kategorie A	Bettina Pfeiffer, Mitarbeiterin der Abteilung Verordnungsberatung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Samstag, 25.02.2017, 09:00–15:00 Uhr	Rhetoriktraining – Der Ton macht die Musik und Der Körper sagt immer die Wahrheit	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal 100,00 €
Mittwoch, 01.03.2017, 14:00–18:00 Uhr	Fünf „Tibeter“®	Heike Raudszus, Beratung und Entspannungstraining, vigor – Lebenskraft für Körper und Geist, Gotha	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 60,00 €

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 01.03.2017, 15:00–19:00 Uhr	Management der Emotionen 5 Punkte, Kategorie A	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainee- rin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Kranichfeld	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 60,00 €
Mittwoch, 01.03.2017, 15:00–18:00 Uhr	Rechtliche Aspekte für Vertragsärzte im Praxisalltag und in der Patientenbetreuung 3 Punkte, Kategorie A	Ass. jur. Sabine Zollweg, Mitarbeiterin Justitiariat der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 01.03.2017, 15:00–18:00 Uhr	Diabetisches Fußsyndrom	Dr. med. Sandra Pietschmann, Fachärztin für Innere Medizin/ Diabetologie, Hypertensiologin DHL, Medizinisches Versorgungszentrum 5, Weimar	Praxispersonal 60,00 €
Freitag, 03.03.2017, 14:00–17:00 Uhr	EBM für Neueinsteiger – hausärztlicher Versorgungsbereich 5 Punkte, Kategorie C	Steffen Göhring, Leiter der Hauptabteilung Abrechnung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 08.03.2017, 14:00–18:00 Uhr	Hinweise zur Verordnung von Heilmitteln etc., Teil 2 8 Punkte, Kategorie A	Bettina Pfeiffer, Mitarbeiterin der Abteilung Verordnungsberatung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 08.03.2017, 15:00–19:00 Uhr	Excel 2010 (Grundkurs)	Dipl.-Math. oec. Stephan Büchner, Leiter der Gruppe Statistik der KVT, Weimar	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 60,00 €
Mittwoch, 08.03.2017, 15:00–18:00 Uhr	IGeL'n hält gesund	Christel Mellenthin, Geschäftsführerin und Managementberaterin (Gesundheitswesen), Healthcare Management Institut, Chorin	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 60,00 €
Mittwoch, 08.03.2017, 15:00–17:30 Uhr	Der Honorarbescheid 3 Punkte, Kategorie A	Christina König, Leiterin der Abteilung Honorare/Widersprüche der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 15.03.2017, 14:00–19:00 Uhr	Crashkurs Medical English im Umgang mit Englisch sprechenden Flüchtlingen und Asylbewerbern für Praxispersonal	Julia Sieber, Ausbildung der Universität Cambridge zum Englischunterricht für Erwachsene, Sprachzentrum Friedrich-Schiller-Universität, Jena	Praxispersonal 60,00 €
Mittwoch, 15.03.2017, 14:00–18:00 Uhr	Verordnungsmanagement für Praxispersonal, Teil 2	Anja Auerbach, Mitarbeiterin der Abteilung Verordnungsberatung der KVT, Weimar	Praxispersonal Kostenfrei
Mittwoch, 15.03.2017, 14:00–19:00 Uhr	Fit am Empfang – Der erste Eindruck zählt	M.A. Albrecht Römpf, Trainer und Berater im Gesundheitswesen, lizenzierter QEP-Trainer, DeltaMed Süd GmbH & Co. KG, Ludwigsburg Dipl.-Betriebsw. (FH) Andreas Schaupp, Berater und Trainer im Gesundheitswesen, lizenzierter QEP-Trainer, Geschäftsführer der DeltaMed Süd GmbH & Co. KG, Ludwigsburg	Praxispersonal 60,00 €

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 15.03.2017, 15:00–19:00 Uhr	Zwischen den Stühlen – Führen in der Sandwichposition	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Bra- xein, institut salus medici, Berlin	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 60,00 €
Mittwoch, 15.03.2017, 15:00–18:00 Uhr	Risiken und Nutzen von sozialen Netzwer- ken (Gated Communities)	Dipl.-Inf. Sven Dickert, Mitar- beiter der IT-Abteilung der KVT, Weimar	Praxispersonal, Psychotherapeuten, Vertragsärzte 60,00 €

Die Teilnahme an den angebotenen Schulungen ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung möglich. Das Anmeldeformular finden Sie stets in der Beilage „Interessante Fortbildungsveranstaltungen“ und im Internet unter www.kvt.de. Bitte senden Sie uns das Formular per Telefax an 03643 559-229 oder buchen Sie Ihr Seminar einfach online über unseren Fortbildungskalender. Freie Kapazitäten können Sie auf unserer Internetseite www.kvt.de im Fortbildungskalender einsehen.

Inhouse-Seminare

Bei Interesse an Inhouse-Seminaren (Seminare in Ihren eigenen Räumlichkeiten) steht Ihnen Susann Binnemann unter der Telefonnummer 03643 559-230 gern zur Verfügung.

Kinderbetreuungsangebot

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Kinder während eines Seminars von erfahrener Fachpersonal betreuen zu lassen. Bei Interesse teilen Sie uns dies bitte telefonisch oder über das Anmeldeformular mit.

Bei allgemeinen Fragen zum Fortbildungskalender wenden Sie sich bitte an Susann Binnemann, Telefon 03643 559-230, und bei Fragen zur Anmeldung an Silke Jensen, Telefon 03643 559-282.

Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen

Für nachfolgende Veranstaltungen wenden Sie sich bitte bei Anmeldungen und Auskünften an die

Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
der Landesärztekammer Thüringen
Anmeldung/Auskunft: Postfach 100740, 07740 Jena
Telefon: 03641 614-142, -143, -145; Telefax: 03641 614-149
E-Mail: akademie@laek-thueringen.de

▪ Notfälle sicher beherrschen in der Arztpraxis und im kassenärztlichen Notfalldienst

- Hinweise auf die rechtlichen Verpflichtungen (1)
- Aktuelle Empfehlungen zur Reanimation
- die häufigsten Kindernotfälle
- DD Thoraxschmerz und ACS, DD-Bewusstlosigkeit, Unverträglichkeitsreaktionen
- Berichte/Falldiskussionen aus dem Notfallalltag
- EKG – AED – Medikamente (mit Demo)
- Wiederbeleben – Das habe ich lange nicht gemacht
- Praktische Übungen – Notfallmanagement

Termin: 17.02. – 18.02.2017, Teil 1
Ort: Hotel Dorotheenhof, Dorotheenhof 1, Weimar
Leitung: Dr. med. Jens Reichel, Jena
Gebühr: 250 €
Zertifizierung: 16 Punkte, Kategorie C

▪ Fortbildungskurs zur Verlängerung der Fachkunde Leitender Notarzt

Termin: 22.02.2017, 09:00 bis 16:30 Uhr
 Termin: 26.04.2017, 09:00 bis 16:30 Uhr
 Ort: KV Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, Weimar
 Leitung: Dr. med. Jens Reichel, Jena
 Gebühr: je 120 €
 Zertifizierung: je 10 Punkte, Kategorie C, NOTZERT

▪ 25. Medizinisch-Juristisches Kolloquium

Akademie der Landesärztekammer Thüringen, Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Jena

Thema: Praktische Fragen des Arztrechts – vor allem für Berufseinsteiger mit Falldiskussion
 Termin: 15.03.2017, 15:00 bis 19:00 Uhr
 Ort: Jena
 Leitung: Dr. med. Ricarda Arnold, Jena
 Gebühr: gebührenfrei
 Zertifizierung: 5 Punkte, Kategorie A

▪ Tuberkulose gestern und heute – kommt sie zurück?

Gemeinschaftsveranstaltung der Landestierärztekammer und der Landesärztekammer Thüringen

Themen:

- Tuberkulose beim Menschen – eine alte Erkrankung im Vormarsch
- Tuberkulose bei Tieren – eine Zoonose in „beide Richtungen“
- Infektionen mit atypischen Mykobakterien beim Menschen
- Para-Tuberkulose und sonstige Infektionen mit atypischen Mykobakterien beim Tier

Termin: 16.03.2017, 17:00 Uhr
 Ort: Jena, Hörsaal der Zoologie, Ebertstr. 1, Jena
 Anmeldung/
 Information: Geschäftsstelle der Landestierärztekammer Thüringen, Thälmannstraße 1/3, 99085 Erfurt
 Telefon: 0361 64438793, E-Mail: info@ltk.de
 Gebühr: 40 €
 Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

▪ Notfallmanagement für das Praxisteam

Termin: 29.03.2017, 14:00 bis 17:00 Uhr
 Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, Weimar
 Leitung: Dr. med. Michael Walther, Meiningen
 Gebühr: 130 €
 Zertifizierung: 5 Punkte, Kategorie C

▪ Train the Trainer, Modul 2

Fachspezifisches Modul – Allgemeinmedizin

Termin: 26.04.2017
 Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
 Gebühr: 60 €
 Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

▪ **6. Thüringer Gerinnungstag**

Termin: 20.05.2017
 Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
 Leitung: PD Dr. med. Günter Syrbe, Jena
 Gebühr: gebührenfrei
 Zertifizierung: 6 Punkte, Kategorie A

▪ **Medizinische Fortbildungstage Thüringen 2017**

Termin: 07.06. – 09.06.2017
 Ort: Kaisersaal, Futterstraße 15/16, 99084 Erfurt
 Leitung: Prof. Dr. med. Heiko Wunderlich, Jena
 Info: www.medizinische-fortbildungstage.org

Praxispersonal

▪ **Intensivkurs für Medizinische Fachangestellte**

Themen:
 Organspende, Rechtliche Fragen, Hygienemanagement, Wundversorgung, Praxisorganisation, Präanalytik, Abrechnung, Impfen, Wichtige gastroenterologische und nephrologische Leitsymptome, Notfälle in der Praxis, Diabetestherapie in der hausärztlichen Praxis, Neues und Wichtiges zur Blutzuckermessung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Teil 1: 03. – 04.03.2017
 Teil 2: 17. – 18.03.2017
 Gebühr: 400 €
 Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, Weimar
 Leitung: Doreen Stedry, Greiz, Ingeborg Rogahn, Jena

▪ **Qualitätszirkel für „Nichtärztliche Praxisassistenten“**

Voraussetzung: abgeschlossene Qualifikation „Nichtärztliche Praxisassistentin“
 Termin: 22.03.2017, 16:00 bis 18:30 Uhr
 Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
 Leitung: Dorothea Stula, Jena
 Gebühr: 25 €

▪ **Termine „Nichtärztliche Praxisassistentin“ 2017/2018**

Ansprechpartner: Herr Heller
 Telefon: 03641 614-145
 Telefax: 03641 614-149
 E-Mail: heller.akademie@laek-thueringen.de

Thema	Termin(e)	Anzahl Stunden	Abschnitte
Versorgung und Betreuung von Onkologie- und Palliativpatienten	25. 01. bis 26.01.2018	9 Stunden	B 3
Palliativmedizinische Zusammenarbeit und Koordination	27.01.2018	8 Stunden	B 4
Ernährungsmedizin	24.03. bis 25.03.2017 (Warteliste) 19.01. bis 20.01.2018	16 Stunden	B 6

Thema	Termin(e)	Anzahl Stunden	Abschnitte
Wundpflege und Wundversorgung	29.09.2017	10 Stunden	B 8
Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen/Strukturierte Schulungen	Teil 1: 16.09.2017 Teil 2: 23.09.2017 Teil 3: 21.10.2017	gesamt 24 Stunden	B 10
Telemedizinische Grundlagen	Teil 1: 15.03.2017 Teil 2: 22.03.2017	gesamt 10 Stunden	B 11
Kommunikation und Gesprächsführung	20.05.2017	8 Stunden	C 1
Wahrnehmung und Motivation	13.05.2017	8 Stunden	C 2
Medizinische Dokumentation/ Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien	18.02.2017 (Warteliste) 17.02.2018	10 Stunden	C 3
Kompaktbaustein II – Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen – Geriatrische Syndrome – Testverfahren Demenzverdacht – Hausbesuche, Versorgungsmanagement	3./4. Quartal 2017	gesamt 48 Stunden	A 3, B 2, B 5.4, B 9
Kompaktbaustein I – Häufige Krankheitsbilder – Psychosomatische und psychosoziale Versorgung – Arzneimittelversorgung	Teil 1: 23.02. – 25.02.2017 Teil 2: 02.03. – 04.03.2017	gesamt 46 Stunden	A1, A2 B 1, B 5.1 – B 5.3, B 7
Notfallmanagement/ erweiterte Notfallkompetenz	22.02.2017 (Warteliste) 3. Quartal 2017	10 Stunden	Notfall

Anlage 1 – Durchschnittliche Punktzahlvolumina und Fallzahlen des Vorjahresquartals pro Fachgruppe sowie die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen für 3. Quartal 2016

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

für das Quartal 3/2016

Fachgruppe	durchschnittl. PZV	durchschnittl. relevante Fallzahl
Hausärzte	358.619	1.025
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	309.734	996
Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie	76.185	209
Fachärzte für Augenheilkunde	526.587	1.585
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	357.060	898
Fachärzte für Frauenheilkunde	295.311	1.024
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	505.843	1.227
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	361.120	1.562
Fachärzte für Humangenetik	150.777	345
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	523.692	974
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13300 bis 13311 EBM)	884.852	1.117
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13400 bis 13431 EBM)	419.770	813
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Hämato-/Onkologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13500 bis 13502 EBM)	850.873	750
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13550 bis 13561 EBM)	1.026.763	1.345
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13650 bis 13670 EBM)	991.653	1.540
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13700 bis 13701 EBM)	276.004	807
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13600 bis 13621 EBM)	47.538	229
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	427.571	343
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	26.565	163

Anlage 1 – Durchschnittliche Punktzahlvolumina und Fallzahlen des Vorjahresquartals pro Fachgruppe sowie die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen für 3. Quartal 2016

Fachgruppe	durchschnittl. PZV	durchschnittl. relevante Fallzahl
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)	581.652	968
Fachärzte für Nuklearmedizin	826.730	762
Fachärzte für Orthopädie	527.527	1.348
Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Radiologie	1.529.901	1.712
Fachärzte für Urologie	417.381	1.252
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	401.036	603
Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM	113.884	212
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin	13.252	542
Fachärzte für Strahlentherapie	56.619	138

Stand: 04.01.2017

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen nach § 13 HVM
für das Quartal 3/2016

Fachgruppe	Kapazitätsgrenzen in Minuten
ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	3.377
psychologische Psychotherapeuten	3.197
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	3.565
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	6.647

Stand: 04.01.2017

**Arzneimittelvereinbarung
nach § 84 Abs. 1 SGB V
für das Jahr 2017**

zwischen

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

einerseits

und

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

dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover

der IKK classic

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

der Knappschaft
Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt/Main

den Ersatzkassen

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

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

andererseits

Präambel

Grundlage für die nachfolgenden Regelungen sind die Rahmenvorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für das Jahr 2017 vom 30. September 2016.

Die Vertragspartner vereinbaren ein Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2017. Sie legen in gemeinsamer Verantwortung Wirtschaftlichkeitsziele sowie ein darauf ausgerichtetes Maßnahmenpaket für das Jahr 2017 fest.

Das Ziel besteht darin, im Jahr 2017 durch intensiviertes gemeinsames Handeln das vereinbarte Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel einzuhalten.

§ 1

Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2017

Das Ausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2017 wird inklusive der Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V auf den Betrag von 1.244.400.000,00 € festgelegt. Gesetzliche Rabatte, Abschläge und Zuzahlungen sind nicht enthalten. Verordnungskosten für Hepatitis C-Arzneimittel sind im Ausgabenvolumen nicht enthalten.

Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 4 Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V sind nicht Bestandteil dieser Vereinbarung. Diese Verordnungskosten gehen nicht in das Ausgabenvolumen nach Satz 1 ein und werden auch nicht vom Ausgabenvolumen abgezogen.

§ 2

Steuerung der Arznei- und Verbandmittelausgaben im Jahr 2017

(1) Zielvereinbarung

1. Zur intensiven Steuerung der Arznei- und Verbandmittelausgaben 2017 einigen sich die Vertragspartner auf 17 Zielgruppen der **Anlage 1**.

Die Zielgruppendefinition erfolgt auf ATC-Basis gemäß **Anlage 2**.

2. Weitere Ziele

- a) Blutzuckerteststreifen sollen in der Regel nur für insulinpflichtige Patienten mit Diabetes mellitus verordnet werden. Die Menge an verordneten Blutzuckerteststreifen soll sich an medizinisch notwendigen Messintervall orientieren.
- b) Die Menge an verordneten Protonenpumpeninhibitoren soll sich an der medizinischen Notwendigkeit orientieren. Eine unkritische Übernahme von Therapieempfehlungen aus dem Krankenhaus bzw. eine unkritische Weiterführung von Arzneimittelverordnungen sind zu vermeiden.
- c) Der Vertragsarzt stellt einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlichen Umgang mit aut-idem sicher:
Die wirtschaftliche Auswahl eines Arzneimittels nimmt die Apotheke immer dann vor, wenn aut-idem zugelassen wird bzw. eine Wirkstoffverordnung durch den Vertragsarzt vorgenommen wird. Der Ausschluss von aut-idem im Einzelfall kann insbesondere bei Vorliegen medizinischer Gründe notwendig sein.

Ein genereller Ausschluss von aut-idem kann jedoch zu erheblichen Mehrkosten führen.

- d) Die Vertragsärzte sollen bei der Verordnung von Arzneimitteln Multimedikation nach Möglichkeit vermeiden, um Arzneimittelinteraktionen zu verhindern. Insbesondere bei älteren Patienten sollte eine potentiell inadäquate Medikation vermieden werden.

(2) Maßnahmen zur Zielerreichung

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

(3) Feststellung der Zielerreichung, Datengrundlage

1. Eine Bewertung zum Erfüllungsstand dieser Vereinbarung erfolgt nach Abschluss des Kalenderjahres 2017 durch die Vertragspartner gemeinsam. Die Zielerreichung wird auf Landesebene (KV-weit) festgestellt.
2. Die Ermittlung der Zielerfüllung erfolgt auf Basis der Verordnungsdaten der Krankenkassen gemäß § 13 Absatz 1 Vertrag Datenträgeraustausch (DTA) und darauf basierenden Auswertungen.
3. Die Zielvereinbarung gilt auf Landesebene als erfüllt, wenn die Ziele gemäß Abs. 1 Nr. 1 erreicht sind.
4. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse erfolgt die Anpassung der Zielwerte im Folgejahr und/oder die Veränderung der vereinbarten Maßnahmen.

(4) Ergänzende Regelungen

1. Die Vertragspartner tragen gemeinsam Verantwortung für die gemäß Abs. 1 vereinbarten Ziele und die Umsetzung der Maßnahmen gemäß Abs. 2.
2. Die Krankenkassen werden die Versicherten und die KV Thüringen die Vertragsärzte über die Zielsetzung der vorliegenden Vereinbarung in Kenntnis setzen.
3. Die Nutzungsrechte und Nutzungsbedingungen der KBV im Hinblick auf den von ihr erstellten Medikationskatalog sind von den Vertragspartnern dieser Vereinbarung und der Prüfungsstelle zu beachten.

§ 3
Laufzeit und Anschlussvereinbarung

1. Die Vereinbarung gilt für den Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017.
2. Die Vertragspartner werden entsprechend den gesetzlichen Vorgaben rechtzeitig vor Ablauf der Vereinbarung Verhandlungen für die Folgezeit aufnehmen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 01.12.2016

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez. IKK classic

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

gez. Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

Anlagen 1, 2 und 3

Anlage 1
 Wirtschaftlichkeitsziele 2017 – Arzneimittel nach § 2 Abs. 1 Nr. 1

Indikationsgebiete / Arzneimittelgruppen	Ziel-Arzneimittel / Leitsubstanzen	Fachgebiete und Mindestzielwerte auf der Basis von DDD* (Angaben in %)												
Wirkstoffe s. Anlage 2	bevorzugt verordnen, wenn medizinisch möglich, und auf Basis der Arzneimittel-Richtlinie Wirkstoffe s. Anlage 2	Allgemein. / Prakt. Arzt	Internist / HA	Internist / FA	Anästhesie	Augenheilkunde	Chirurgie	Gynäkologie	HNO	Dermatologie	Kinderheilkunde	Neurologie / Psychiatrie	Orthopädie / PRM	Urologie
1. KBV-Medikationskatalog: Asthma Herzinsuffizienz COPD Hypertonie Demenz KHK Depression Diabetes Fettstoffwechselförderung Vorhofflimmern Harnwegsinfektionen Infektionen obere Atemwege Infektionen untere Atemwege	im KBV-Medikationskatalog in mindestens einem Indi- kationsgebiet als „Standard“ oder „Reserve“ gekennzeichnete Arznei- mittel (s. unter KVTOP/ Dokumente/Publicationen/ Wichtige Nachrichten)	81,7	81,9	79,5	64,0	81,7	87,1	37,1	94,3	84,2	93,1	81,8	61,3	72,8
2. nicht steroidale Antirheumatika / NSAR	Ibuprofen Diclofenac Indometacin Ketoprofen Naproxen Meloxicam Piroxicam	83,4	82,0	68,5	34,7	84,7	85,7	84,7	84,7	84,7	98,5	94,8	78,3	92,3

Indikationsgebiete / Arzneimittelgruppen		Fachgebiete und Mindestzielwerte auf der Basis von DDD* (Angaben in %)												
Ziel-Arzneimittel / Leitsubstanzen		Allgemein. / Prakt. Arzt	Internist / HA	Internist / FA	Anästhesie	Augenheilkunde	Chirurgie	Gynäkologie	HNO	Dermatologie	Kinderheilkunde	Neurologie / Psychiatrie	Orthopädie / PRM	Urologie
<p>bevorzugt verordnen, wenn medizinisch möglich, und auf Basis der Arzneimittel-Richtlinie</p> <p>Wirkstoffe s. Anlage 2</p>		67,0	66,4	77,3	63,7	66,4	66,4	66,4	66,4	66,4	66,4	66,4	46,5	66,4
3. Opiat- / Opioid-Analgetika (Wirkstoffauswahl)	<p>alle oralen Präparate, außer Tapentadol, Fentanyl und Oxycodon-Kombinationen</p>	35,2	34,9	36,9	53,8	36,2	36,2	36,2	36,2	36,2	36,2	36,2	53,9	36,2
4. Opiat- / Opioid-Analgetika (Darreichungsform)	<p>orale anstelle transdermaler Darreichungsformen (außer Tapentadol und Oxycodon-Kombinationen)</p>	55,2	54,5	44,0	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9
5. Orale Antikoagulantien**	<p>Phenprocoumon und Warfarin</p>	94,5	91,9	94,8	94,5	94,5	98,1	85,5	94,5	94,5	94,5	94,5	98,5	98,2
6. Niedermolekulare Heparine	<p>Enoxaparin Tinzaparin</p>	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	97,7
7. Alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung BPH	<p>Tamsulosin Alfuzosin</p>													

Indikationsgebiete / Arzneimittelgruppen	Ziel-Arzneimittel / Leitsubstanzen bevorzugt verordnen, wenn medizinisch möglich, und auf Basis der Arzneimittel-Richtlinie Wirkstoffe s. Anlage 2	Fachgebiete und Mindestzielwerte auf der Basis von DDD* (Angaben in %)												
		Allgemein. / Prakt. Arzt	Internist / HA	Internist / FA	Anästhesie	Augenheilkunde	Chirurgie	Gynäkologie	HNO	Dermatologie	Kinderheilkunde	Neurologie / Psychiatrie	Orthopädie / PRM	Urologie
8. Urologika zur Behandlung von Blasentleerungsstörungen	generikafähige Wirkstoffe	53,8	52,4	51,3	51,3	51,3	36,3	51,3	51,3	51,3	51,3	51,3	51,3	54,5
9. GN-RH-Analoga	Leuprorelin	77,5	77,5	77,5	77,5	77,5	77,5	77,5	77,5	77,5	77,5	77,5	77,5	77,5
10. Orale Kontrazeptiva	Norethisteron/Ethinylestra- diol und Levonorgestrel/ Ethinylestradiol (auch Sequentialpräparate)	29,3	30,1	30,1	30,1	30,1	30,7	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1
11. Granulozyten Kolonie- stimulierende Faktoren	Biosimilars	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
12. Erythropoetine	Biosimilars	60,3	60,3	62,4	60,3	60,3	60,3	60,3	60,3	60,3	60,3	60,3	60,3	60,3
13. TNF-alpha-Blocker	Biosimilars	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0
14. Multiple Sklerose – moderate Verlaufsform	IFN Beta 1b Glatirameracetat	33,8	33,8	33,8	33,8	33,8	33,8	33,8	33,8	33,8	33,8	33,8	33,8	33,8

Indikationsgebiete / Arzneimittelgruppen	Ziel-Arzneimittel / Leitsubstanzen	Fachgebiete und Mindestzielwerte auf der Basis von DDD* (Angaben in %)												
Wirkstoffe s. Anlage 2	bevorzugt verordnen, wenn medizinisch möglich, und auf Basis der Arzneimittel-Richtlinie	Allgemein. / Prakt. Arzt	Internist / HA	Internist / FA	Anästhesie	Augenheilkunde	Chirurgie	Gynäkologie	HNO	Dermatologie	Kinderheilkunde	Neurologie / Psychiatrie	Orthopädie / PRM	Urologie
15. Multiple Sklerose – aktive Verlaufsform	Fingolimod Mitoxantron	73,9	73,9	73,9	73,9	73,9	73,9	73,9	73,9	73,9	73,9	73,9	73,9	73,9
16. Antigliukomatos	generikafähige Wirkstoffe	77,0	71,8	71,8	71,8	69,5	71,8	71,8	71,8	71,8	71,8	71,8	71,8	71,8
17. Antineovaskuläre Mittel / IVOM	rabattbegünstigte Präparate für Ranibizumab Afliberzept	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5

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

Die Umsetzung der Arzneimittelvereinbarung 2017 durch die Prüfungsstelle erfolgt im Hinblick auf die Leitsubstanzquoten-Berechnung (nach Wirtschaftlichkeitszielen der jeweiligen Arzneimittelvereinbarung) auf Basis der Wido-Klassifikation. Eine Benachteiligung der Vertragsärzte bei der Leitsubstanzquoten-Berechnung im Vergleich zur Anwendung der amtlichen Klassifikation darf sich daraus jedoch nicht ergeben. Dies ist seitens der Prüfungsstelle zu gewährleisten und auf Anfrage gegenüber den Vertragspartnern zu belegen.

** Die Berücksichtigung der Erreichung des Zieles Medikationskatalog im Prüfverfahren bleibt hiervon unberührt.

Anlage 2

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

Ziel	Indikationsgruppe/Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/Präferenzsubstanz
01	<p>Medikationskatalog der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)**</p> <p>Indikationsbereiche: Asthma, COPD, Demenz, Depression, Diabetes, Fettstoffwechselstörung, Harnwegsinfektionen, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Infektionen obere Atemwege, Infektionen untere Atemwege, KHK, Osteoporose, Vorhofflimmern</p> <p>Alle klassifizierten Wirkstoffe (als „Standard“, „Reserve“ oder als „nachrangig“ eingestuft)</p>	<p>„Standard“ und „Reserve“</p>
02	<p>NSAR/Coxibe</p> <p>M01AA01 Phenylbutazon M01AB01 Indometacin M01AB05 Diclofenac M01AB11 Acemetacin M01AB14 Proglumetacin M01AB16 Aceclofenac M01AC01 Piroxicam M01AC06 Meloxicam M01AE01 Ibuprofen M01AE02 Naproxen M01AE03 Ketoprofen M01AE11 Tiaprofensäure M01AE14 Dexibuprofen M01AE17 Dexketoprofen M01AH01 Celecoxib M01AH04 Parecoxib M01AH05 Etoricoxib M01AX01 Nabumeton</p>	<p>M01AB01 Indometacin M01AB05 Diclofenac M01AC01 Piroxicam M01AC06 Meloxicam M01AE01 Ibuprofen M01AE02 Naproxen M01AE03 Ketoprofen</p>
03	<p>orale Opiode WHO III</p> <p>nur orale Darreichungsformen (WIdO): BEU, BTA, FTA, HKP, KAP, LOE, LSE, LUT, REK, RET, RGR, SMT, SUT, TAB, TRA, TRO</p> <p>N02AA01 Morphin N02AA03 Hydromorphon N02AA05 Oxycodon N02AA25 Oxycodon und Naloxon N02AA55 Oxycodon in Kombinationen N02AB02 Pethidin N02AB03 Fentanyl</p>	<p>orale Opiode WHO III ohne Tapentadol, Fentanyl und Oxycodon Kombinationen</p> <p>Darreichungsformen siehe links</p> <p>N02AA01 Morphin N02AA03 Hydromorphon N02AA05 Oxycodon N02AB02 Pethidin N02AE01 Buprenorphin</p>

Ziel	Indikationsgruppe/Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/Präferenzsubstanz
	N02AE01 Buprenorphin N02AX06 Tapentadol	
04	Opioide (orale und transdermale Darreichungsformen) orale Darreichungsformen (WldO): BEU, BTA, FTA, HKP, KAP, LOE, LSE, LUT, REK, RET, RGR, SMT, SUT, TAB, TRA, TRO transdermale Darreichungsformen (WldO): PFL, PFT N02AA01 Morphin N02AA03 Hydromorphon N02AA05 Oxycodon N02AB02 Pethidin N02AB03 Fentanyl N02AE01 Buprenorphin	orale Darreichungsformen (WldO): BEU, BTA, FTA, HKP, KAP, LOE, LSE, LUT, REK, RET, RGR, SMT, SUT, TAB, TRA, TRO ATC-Codes siehe links
05	Orale Antikoagulantien*** B01AA03 Warfarin B01AA04 Phenprocoumon B01AE07 Dabigatran B01AF01 Rivaroxaban B01AF02 Apixaban B01AF03 Edoxaban	B01AA03 Warfarin B01AA04 Phenprocoumon
06	Niedermolekulare Heparine B01AB04 Dalteparin B01AB05 Enoxaparin B01AB06 Nadroparin B01AB07 Parnaparin B01AB08 Reviparin B01AB10 Tinzaparin B01AB13 Certoparin	B01AB05 Enoxaparin B01AB10 Tinzaparin
07	Alpha-Rezeptorenblocker G04CA01 Alfuzosin G04CA02 Tamsulosin G04CA03 Terazosin G04CA04 Silodosin G04CA05 Doxazosin	G04CA01 Alfuzosin G04CA02 Tamsulosin
08	Urologika G04BD Mittel bei häufiger Blasenentleerung und Harninkontinenz, exklusive G04BD20 G04BX18 Duloxetin (in urologischer Indikation)	Fertigarzneimittel der aufgeführten ATC mit generikafähigen Wirkstoffen

Ziel	Indikationsgruppe/Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/Präferenzsubstanz
09	Gn-RH-Analoga L02AE01 Buserelin L02AE02 Leuprorelin L02AE03 Goserelin L02AE04 Triptorelin L02AE05 Histrelin	L02AE02 Leuprorelin
10	Orale Kontrazeptiva G03AA G03AB	G03AA05 Norethisteron und Ethinyl- estradiol G03AA07 Levonorgestrel und Ethinylestradiol G03AB03 Levonorgestrel und Ethinylestradiol****
11	Biosimilare G-CSF L03AA Koloniestimulierende Faktoren: Filgrastim, Pegfilgrastim, Lipegfilgrastim, Lenograstim	Biosimilare Fertigarzneimittel der aufgeführten ATC-Gruppe
12	Biosimilare Erythropoetine B03XA01 Erythropoetin B03XA02 Darbepoetin alpha B03XA03 Methoxy-PEG-Epoetin beta	Biosimilare Fertigarzneimittel der aufgeführten ATC
13	Biosimilare TNF-alpha-Inhibitoren L04AB02 Infliximab L04AB01 Etanercept L04AB04 Adalimumab L04AB05 Certolizumabpegol L04AB06 Golimumab	Biosimilare Fertigarzneimittel der aufgeführten ATC
14	MS-Therapeutika moderate Form L03AB07 Interferon-beta-1a L03AB08 Interferon-beta-1b L03AB13 Peginterferon- beta-1a L03AX13 Glatirameracetat L04AA31 Teriflunomid N07XX09 Dimethylfumarat	L03AB08 Interferon-beta-1b L03AX13 Glatirameracetat
15	MS-Therapeutika aktive Verlaufsform L04AA27 Fingolimod L04AA23 Natalizumab L01DB07 Mitoxantron (mit Zulassung bei MS) L04AA34 Alemtuzumab	L04AA27 Fingolimod L01DB07 Mitoxantron (PZN mit Zulassung bei MS)

Ziel	Indikationsgruppe/Arzneimittelgruppe:	Leitsubstanz/Präferenzsubstanz
16	<p>Antiglaukomatosa</p> <p>S01EA03 Apraclonidin S01EA04 Clonidin S01EA05 Brimonidin S01EB01 Pilocarpin S01EB02 Carbachol S01EB21 Pilocarpin und Phenylephrin S01EB51 Pilocarpin, Kombinationen S01EC01 Acetazolamid S01EC03 Dorzolamid S01EC04 Brinzolamid S01EC24 Brinzolamid und Brimonidin S01ED01 Timolol S01ED02 Betaxolol S01ED03 Levobunolol S01ED04 Metipranolol S01ED05 Carteolol S01ED24 Metipranolol und Pilocarpin S01ED61 Timolol und Latanoprost S01ED62 Timolol und Bimatoprost S01ED63 Timolol und Travoprost S01ED66 Timolol und Dorzolamid S01ED67 Timolol und Brinzolamid S01ED68 Timolol und Pilocarpin S01ED69 Timolol und Brimonidin S01ED70 Timolol und Tafluprost S01EE01 Latanoprost S01EE03 Bimatoprost S01EE04 Travoprost S01EE05 Tafluprost</p>	<p>Antiglaukomatosa (Mono- und Kombinationspräparate) mit generikafähigen Wirkstoffen</p> <p>S01EA04 Clonidin S01EA05 Brimonidin S01EB01 Pilocarpin S01EB02 Carbachol S01EC01 Acetazolamid S01EC03 Dorzolamid S01EC04 Brinzolamid S01ED01 Timolol S01ED02 Betaxolol S01ED04 Metipranolol S01ED05 Carteolol S01ED61 Timolol und Latanoprost S01ED66 Timolol und Dorzolamid S01EE01 Latanoprost</p>
17	<p>IVOM: VEGF-Hemmer</p> <p>S01LA04 Ranibizumab S01LA05 Aflibercept</p>	<p>Rabattvertragsarzneimittel</p>

* Es gilt im Hinblick auf die ATC-Code- und DDD-Wert-Zuordnung die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Klassifikation (ATC-Wirkstoffklassifikation mit DDD-Angaben) in der jeweils gültigen Fassung.
 Die Umsetzung der Arzneimittelvereinbarung 2017 durch die Prüfungsstelle erfolgt im Hinblick auf die Leit-substanzquoten-Berechnung (nach Wirtschaftlichkeitszielen der jeweiligen Arzneimittelvereinbarung) auf Basis der WIdO-Klassifikation. Eine Benachteiligung der Vertragsärzte bei der Leitsubstanzquoten-Berechnung im Vergleich zur Anwendung der amtlichen Klassifikation darf sich daraus jedoch nicht ergeben. Dies ist seitens der Prüfungsstelle zu gewährleisten und auf Anfrage gegenüber den Vertragspartnern zu belegen.

** Der KBV-Medikationskatalog steht grundsätzlich allen Ärzten mit LANR im geschützten Onlinebereich der KVT (KVTOP unter Dokumente => Publikationen) zur Verfügung. Es gilt die für das Kalenderjahr zur Anwendung bestimmte Version.

*** Die Berücksichtigung einer Zielerreichung im Medikationskatalogbereich im Prüfverfahren bleibt hiervon unberührt.

****Keine Dopplung mit G03AA07, ATC für Sequentialpräparate

Anlage 3

Inhalt der Daten zur ARV-Schnittstelle inklusive Regelungen zur Haftung

Der Inhalt der Daten [ARV-Stammdatei laut Vorgabe Datensatzbeschreibung ARV (Übermittlung von Inhalten der regionalen, kollektivvertraglichen Arzneimittelvereinbarungen) in der aktuell gültigen Version der KBV] gemäß der Anlage 2, die grundsätzlich quartalsweise an die KBV geliefert werden, wird zuvor durch die KV Thüringen erarbeitet, der AOK PLUS übermittelt und durch diese geprüft. Erforderliche Änderungen werden der KV Thüringen innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Erhalt der Daten schriftlich mitgeteilt. Werden innerhalb von 10 Arbeitstagen keine Änderungswünsche übermittelt oder wird der Einreichung nicht ausdrücklich widersprochen, so gilt die Zustimmung als erteilt. Anschließend erfolgt die Übermittlung durch die KV Thüringen an die KBV zur Veröffentlichung.

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

**Vereinbarung
über die Festsetzung von Richtgrößen für
Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2017 nach § 106b SGB V gemäß
Anlage 1, Teil A der Prüfvereinbarung
(Richtgrößen-Vereinbarung/Arzneimittel)**

zwischen

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

- im Folgenden KV Thüringen genannt –

einerseits

und

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

dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover

der IKK classic

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

der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

andererseits

Präambel

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

1. Bildung der Richtgrößen

1.1 Grundsätze zur Bildung der Richtgrößen

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

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

Altersgruppe 1 (0 bis 15 Jahre)

Altersgruppe 2 (16 bis 49 Jahre)

Altersgruppe 3 (50 bis 64 Jahre)

Altersgruppe 4 (ab 65 Jahre)

Der Sprechstundenbedarf wird zu gleichen Teilen den Altersgruppen zugeordnet.

- (2) Die Richtgrößen gelten für die vertragsärztliche Tätigkeit niedergelassener Ärzte, der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angestellten Ärzte in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, in KV-Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 1 SGB V, in Kommunalen Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 5 SGB V und bei Vertragsärzten sowie Ärzten in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 SGB V mit Ausnahme „Ermächtigte“ der in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen (nachfolgend Vertragsärzte genannt).
- (3) Impfstoffe zur Prävention bleiben bei der Bildung von Richtgrößen unberücksichtigt.
- (4) Gesetzliche Zuzahlungen sowie Rabatte nach den §§ 130 und 130a SGB V sind Bestandteile der Richtgrößen (Bruttoprinzip).
- (5) Die Vertragspartner vereinbaren für das Jahr 2017 die in Anlage 2 aufgeführten Richtgrößen.
- (6) Die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung (mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weitere) sind nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen gemäß § 106b SGB V.

1.2 Inkrafttreten und Bekanntgabe der Richtgrößen 2017

Die nach Punkt 1.1 Abs. 5 vereinbarten Richtgrößen sind durch die KV Thüringen mit Wirksamkeit zum 01.01.2017 bekannt zu machen.

2. Information über veranlasste Ausgaben

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

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

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

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

3. Verfahren bei der Überschreitung des Richtgrößenvolumens

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

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

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

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

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

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

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

Dabei ist die Überschreitung des Richtgrößenvolumens pro Fachgruppe einer Betriebsstätte einschließlich Nebenbetriebsstätten festzustellen. Es ist kein gesamthaftes Betriebsstättenvolumen (Soll) über alle in einer Betriebsstätte vorhandenen Fachgruppen zu bilden. Abweichend wird bei der Fallermittlung bei Berufsausübungsgemeinschaften bestehend aus Fachärzten für Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte und hausärztlich tätigen Internisten festgelegt (Umstellung auf eine LANR-basierte fachgruppenbezogene Prüfung), dass im Rahmen der Richtgrößenprüfung eine gemeinsame Betrachtung dieser beiden Verordnungsfachgruppen analog zum EBM (hausärztlicher Versorgungsbereich) erfolgt. Dabei kommt die jeweils höhere Richtgröße der Fachärzte für Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte bzw. der hausärztlich tätigen Internisten je Altersgruppe zur Anwendung.

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

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

4. Sonstige Regelungen

- (1) Soweit die Richtgrößen des Jahres 2016 rückwirkend erhöht werden, sind auch die Richtgrößen für das Jahr 2017 entsprechend zu erhöhen und bilden die Grundlage für die Ermittlung des fachgruppenbezogenen Richtgrößenvolumens (Soll). Über die Veränderung der Richtgrößen sind die Vertragsärzte und die Prüfungseinrichtungen in geeigneter Weise zu informieren.

5. Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2017 in Kraft und gilt bis 31.12.2017.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 22.11.2016

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez. IKK classic

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

gez. Knappschaft,
Regionaldirektion Frankfurt

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

Anlagen 1 und 2

Anlage 1

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für das Jahr 2017 (Richtgrößen-Vereinbarung Arzneimittel) zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen

Fachgruppen mit Arzneimittel-Richtgrößen

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

Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte

Anästhesisten

Augenärzte

Chirurgen

Frauenärzte

HNO-Ärzte

Hautärzte

fachärztliche Internisten / Lungenärzte

hausärztliche Internisten

Kinderärzte

Nervenärzte (inkl. Psychiater)

Orthopäden / Ärzte für physikalische Therapie

Urologen

Anlage 2

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für das Jahr 2017 (Richtgrößen-Vereinbarung Arzneimittel) zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen

Richtgrößen 2017

Arznei- und Verbandmittel in EURO

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

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

¹ Angaben pro fachgruppenbezogenen kurativ-ambulantem Behandlungsfall (brutto)

Heilmittel-Vereinbarung für das Jahr 2017 nach § 84 Abs. 7 i. V. m. Abs. 1 SGB V

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
(im Folgenden KV Thüringen genannt)

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand,
hier vertreten durch
Frau Andrea Epkes
- BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
- IKK classic
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse
- Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Präambel

Gegenstand der Vereinbarung ist das Ausgabenvolumen für Heilmittel für das Jahr 2017 gemäß § 84 Abs. 7 i. V. m. Abs. 1 SGB V. Die Vertragspartner legen in gemeinsamer Verantwortung Wirtschaftlichkeitsziele sowie ein darauf ausgerichtetes Maßnahmenpaket für das Jahr 2017 fest.

§ 1 Grundlagen

- (1) Grundlage für die nachfolgenden Regelungen sind die Rahmenvorgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2017 vom 30. September 2016 für die Heilmittelvereinbarung nach § 84 Abs.7 SGB V.
- (2) Das Ziel besteht darin, im Jahr 2017 durch weiteres gemeinsames Handeln das vereinbarte Ausgabenvolumen für Heilmittel einzuhalten.

§ 2 Heilmittelvolumen

- (1) Das Netto-Ausgabenvolumen für Heilmittel für das Jahr 2017 beträgt 161.220.386 Euro.

Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 4 Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V sind nicht Bestandteil dieser Vereinbarung. Diese Verordnungskosten gehen nicht in das Ausgabenvolumen nach Satz 1 ein und werden auch nicht vom Ausgabenvolumen abgezogen.

- (2) Das Ausgabenvolumen nach Abs. 1 ist Basis für die Weiterentwicklung des Ausgabenvolumens 2018.
- (3) Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dass Abweichungen zu den für das Jahr 2017 zugrunde gelegten Annahmen aus den Rahmenvorgaben 2017 gemäß Rahmenvorgaben 2018 in den Verhandlungen zur Heilmittel-Vereinbarung 2018 berücksichtigt werden.

§ 3 Steuerung der Heilmittelausgaben im Jahr 2017

- (1) **Zielvereinbarung**

Zur intensiven Steuerung der Heilmittelausgaben 2017 einigen sich die Vertragspartner auf die 5 Zielgruppen der **Anlage 1**.

Die Zielgruppendefinition erfolgt auf Basis der in der Heilmittelrichtlinie des G-BA aufgeführten Heilmittel in **Anlage 2**.

(2) **Maßnahmen zur Zielerreichung**

1. Die Information aller Vertragsärzte über die Zielvereinbarung allgemein, die Ist-Situation sowie zu den Zielfeldern, die die Vertragspartner der Vereinbarung unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation vorrangig zu erreichen suchen, erfolgt durch die KV Thüringen. Hierzu gehören auch gemeinsame Empfehlungen auf der Grundlage von § 73 Abs. 8 SGB V über die wirtschaftliche Verordnungsweise.
2. Die zeitnahe (mindestens quartalsweise) Information der Ärzte - mit Verordnungen in den Zielbereichen - über ihr Verordnungsverhalten mittels Heilmittel-Frühinformationsdaten erfolgt durch die KV Thüringen.
Die Information der Vertragsärzte über das Erreichen der Ziele nach Abs. 1 kann mit Frühinformationsdaten der Krankenkassen auf Landesebene erfolgen.
3. Zur Steuerung der Ausgabenentwicklung vereinbaren die Vertragspartner die Einsetzung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe. Diese Arbeitsgruppe analysiert die Ausgabenentwicklung des Jahres 2017, ermittelt Wirtschaftlichkeitsreserven anhand von Beispielfällen und erarbeitet Informationen zur Gewährleistung ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Heilmittelverordnungen.

**§ 4
Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2017 in Kraft und gilt bis 31.12.2017.

Anlagen 1 und 2

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 14.12.2016

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez. IKK classic

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

gez. Knappschaft,
Regionaldirektion Frankfurt/Main

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

Anlage 1

Wirtschaftlichkeitsziele 2017 – Heilmittel nach § 3 Abs. 1

Heilmittel/ Heilmittelgruppen	Ziel-Heilmittel bevorzugt verordnen, wenn medizinisch möglich, und auf Basis von Heilmittel-Richtlinie/-Katalog	Fachgebiete und Mindestzielwerte* auf Basis von Behandlungseinheiten (Angaben in %)												
Ziel 1: Physiotherapie bei Erkrankungen des Muskel-Skelett- Systems bei den Indikations- schlüsseln WS und EX	KG als EB oder GB KG Gerät KG im Bewegungsbad als EB oder GB Chirogymnastik Übungsbehandlung EB oder GB Übungsbeh. im Bewegungsbad EB oder GB Standard. Heilmittelkombinationen – D1 Ultraschall-Wärmetherapie (allein verordnet) Elektrotherapie/-stimulation (allein verordnet) Manuelle Therapie (bei den Indikationsschlüs- seln WS1a/d, WS2a/d, EX1a, EX2a, EX3a, EX4a nur zu 80% gewertet, da wenn medizinisch möglich Bevorzugung von KG)	Allgemeinmed./ Prakt. Arzt	83,8	89,1	86,8	94,0	98,5	98,5	98,5	95,9	98,5	98,5	98,5	98,5
Ziel 2: MLD - Therapiezeit	MLD 30 bzw. 45 Min.	79,1	78,2	90,8	98,5	98,5	98,5	76,9	98,5	36,4	98,5	88,6	98,5	66,7

Heilmittel/ Heilmittelgruppen	Ziel-Heilmittel bevorzugt verordnen, wenn medizinisch möglich, und auf Basis von Heilmittel-Richtlinie/-Katalog	Fachgebiete und Mindestzielwerte* auf Basis von Behandlungseinheiten (Angaben in %)																									
Ziel 3: Logopädie - Therapiezeit	Logopädie 30 und 45 Min.	Allgemeinmed./ Prakt. Arzt	98,5	Internist / HA	98,5	Internist / FA	98,5	Anästhesie	93,5	Chirurgie	98,5	Gynäkologie	93,5	HNO	98,5	Dermatologie	93,5	Kinderheilkunde	98,5	Neurologie / Psychiatrie	93,5	Orthopädie / PRM	98,5	Urologie	93,5		
Ziel 4: Physiotherapie - Kombinationen	einzeln verordnete vorrangige (A-) oder optionale (B-) Heilmittel mögliche einzeln verordnete ergänzende (C-) Heilmittel	98,5	98,5	98,5	98,5	97,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5		
Ziel 5: Ergotherapie - Kombinationen	Bevorzugung der einzeln verordneten vorrangigen (A-) oder optionalen (B-) Heilmittel	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	98,0	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	95,4	95,4	98,5	98,5	98,5	98,5	95,4	95,4	98,5	98,5	98,5	98,5

* Mindestzielwerte ohne Verordnungen bei langfristigem Heilmittelbedarf

- KG = Krankengymnastik
- EB = Einzelbehandlung
- GB = Gruppenbehandlung
- MLD = Manuelle Lymphdrainage
- MT = Manuelle Therapie

Anlage 2

Definition der Zielgruppen gemäß § 3 Abs. 1

Ziel	Heilmittel/-gruppen	Ziel-Heilmittel
1	<p>Physiotherapie</p> <p>Bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems bei den Indikationsschlüsseln WS und EX</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übungsbehandlung, EB/GB • Übungsbehandlung im Wasser, EB/GB • Chirogymnastik • KG, auch Atemtherapie, auch auf neurophysiol. Grundlage, EB/GB • KG Gerät • KG im Wasser, EB/GB • Manuelle Therapie (MT) (bei den Indikationsschlüsseln WS1a/d, WS2a/d, EX1a, EX2a, EX3a, EX4a nur zu 80%) • D1 – standardisierte HM-Kombination • Ultraschall-Wärmetherapie einzeln (gemäß § 12 Abs. 4 Satz 2 HM-RL) • Elektrotherapie/-stimulation einzeln (gemäß § 12 Abs. 4 Satz 2 HM-RL) • Massagen • Traktion • Elektrotherapie/-stimulation (als C-Heilmittel in Komb. mit einem A- oder B-Heilmittel) • Hydroelektrische Bäder • Wärmetherapie (als C-Heilmittel in Komb. mit einem A- oder B-Heilmittel) • Kältetherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Übungsbehandlung, EB/GB • Übungsbehandlung im Wasser, EB/GB • Chirogymnastik • KG, auch Atemtherapie, auch auf neurophysiol. Grundlage, EB/GB • KG Gerät • KG im Wasser, EB/GB • Manuelle Therapie (MT) (bei den Indikationsschlüsseln WS1a/d, WS2a/d, EX1a, EX2a, EX3a, EX4a nur zu 80%) • D1 – standardisierte HM-Kombination • Ultraschall-Wärmetherapie einzeln (gemäß § 12 Abs. 4 Satz 2 HM-RL) • Elektrotherapie/-stimulation einzeln (gemäß § 12 Abs. 4 Satz 2 HM-RL)
2	<p>MLD – Therapiezeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • MLD 30 Min. • MLD 45 Min. • MLD 60 Min. (Verordnung von MLD 60 nur gemäß § 18 Abs. 2, Nr. 7c) HM-RL) 	<ul style="list-style-type: none"> • MLD 30 Min. • MLD 45 Min
3	<p>Logopädie – Therapiezeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logo 30 Min. • Logo 45 Min. • Logo 60 Min. 	<ul style="list-style-type: none"> • Logo 30 Min. • Logo 45 Min.
4	<p>Physiotherapie-Kombination</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle einzeln verordneten Heilmittel der Kategorien A, B oder C (gemäß § 12 Abs. 4 Satz 2 HM-RL) • Kombinationen A + C oder B + C 	<ul style="list-style-type: none"> • alle einzeln verordneten Heilmittel der Kategorien A, B oder C (gemäß § 12 Abs. 4 Satz 2 HM-RL)
5	<p>Ergotherapie-Kombination</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle einzeln verordneten Heilmittel der Kategorien A oder B • Kombinationen A + C oder B + C 	<ul style="list-style-type: none"> • alle einzeln verordneten Heilmittel der Kategorien A oder B

Die Zuordnung erfolgt gemäß bundeseinheitlichem HM-Positionsnummernverzeichnis

KG = Krankengymnastik

MT= Manuelle Therapie

EB = Einzelbehandlung

GB = Gruppenbehandlung

MLD = Manuelle Lymphdrainage

Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel für das Jahr 2017 gemäß § 106b SGB V nach Anlage 1, Teil A der Prüfvereinbarung (Richtgrößen- Vereinbarung/Heilmittel)

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
(im Folgenden KV Thüringen genannt)

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand,
hier vertreten durch
Frau Andrea Epkes
- BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover,
- IKK classic,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
- Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Präambel

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

1. Bildung der Richtgrößen

1.1 Grundsätze zur Bildung der Richtgrößen

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

- Die Richtgrößen werden für Heilmittel vereinbart.
- Die Richtgrößen werden einheitlich für alle Kassenarten und den Geltungsbereich der KV Thüringen vereinbart.
- Die Richtgrößen für Heilmittel werden nach folgenden Altersgruppen gegliedert:

Altersgruppe 1 (0 bis 15 Jahre)

Altersgruppe 2 (16 bis 49 Jahre)

Altersgruppe 3 (50 bis 64 Jahre)

Altersgruppe 4 (ab 65 Jahre)

(2) Die Richtgrößen gelten für die vertragsärztliche Tätigkeit niedergelassener Ärzte, der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angestellten Ärzte in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, in KV-Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 1 SGB V, in Kommunalen Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 5 SGB V und bei Vertragsärzten sowie Ärzten in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 SGB V, mit Ausnahme „Ermächtigte“, der in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen (nachfolgend Vertragsärzte genannt).

(3) Gesetzliche Zuzahlungen sind Bestandteil der Richtgrößen (Bruttoprinzip).

(4) Grundlage für die Festlegung der Richtgrößen des Jahres 2017 sind die Rahmenvorgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2017 vom 30. September 2016 sowie die zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossenen Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015 sowie der 1. Änderungsvereinbarung zu diesen Rahmenvorgaben vom 15. Februar 2016. Die auf Bundesebene vereinbarten besonderen Verordnungsbedarfe sowie der langfristige Heilmittelbedarf sind bei der Bildung der Richtgrößen zu berücksichtigen.

(5) Die Vertragspartner vereinbaren für das Jahr 2017 die in der Anlage 2 aufgeführten Richtgrößen.

- (6) Bei der Heilmittel-Richtgrößenprüfung des Jahres 2017 werden die auf Bundesebene festgelegten besonderen Verordnungsbedarfe im Rahmen der Vorabprüfung vollständig berücksichtigt.
- (7) Die Verordnungskosten von Heilmitteln für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V unterliegen vollständig nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

1.2 Inkrafttreten und Bekanntgabe der Richtgrößen 2017

Die nach Punkt 1.1 vereinbarten Richtgrößen sind durch die KV Thüringen mit Wirksamkeit zum 01.01.2017 bekanntzumachen.

2. Information über veranlasste Ausgaben

- (1) Zur Frühinformation nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 Heilmittelvereinbarung 2017 im Hinblick auf das Verordnungsvolumen, die Richtgrößen- und die Zielquoteneinhaltung sowie ggf. zu Steuerungs- und Beratungszwecken übermittelt die datenzusammenführende Stelle quartalsweise an die Vertragspartner zu den im Bereich der KV Thüringen veranlassten Ausgaben für Heilmittel:
 - die Summe der Bruttoausgaben und die Anzahl der Verordnungen/ Verordnungseinheiten mit Gesamtausweisung des langfristigen Heilmittelbedarfs, der Praxisbesonderheiten/ besonderen Verordnungsbedarfe und Ausweisung der sonstigen Kosten
 - nach den Altersgruppen gemäß Punkt 1.1 Abs. 1
 - nach Wirtschaftlichkeitsziel-Kategorie
 - bis spätestens Ende des 8. Monats nach Ablauf eines Quartals, sofern die notwendigen Daten der KV Thüringen (Arztstamm) und der Krankenkassen der datenzusammenführenden Stelle rechtzeitig zur Verfügung stehen.

Diese Verordnungsdaten werden je Vertragsarzt (bzw. Prüfeinheit) und Heilmittelpositionsnummer der Zielquoten (Anlage 2 der Heilmittelvereinbarung) einschließlich einer Gesamtsummenstatistik je Prüfgruppe zum Zwecke der Einhaltung des vereinbarten Heilmittelausgabenvolumens von der Daten zusammenführenden Stelle für Thüringen den Vertragspartnern bereitgestellt.

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

3. Verfahren bei der Überschreitung des Richtgrößenvolumens

- (1) Das Verfahren der Richtgrößenprüfung ist Bestandteil der gemeinsamen Prüfvereinbarung. Die Richtgrößenprüfung findet auf Ebene der LANR fachgruppenbezogen innerhalb einer Betriebsstätte einschließlich Nebenbetriebsstätten statt.
- (2) Die für die Vertragsärzte anzuwendenden Richtgrößen ergeben sich aus der Fachgruppen-Zuordnung der KV Thüringen gemäß Klassifikationsschema nach Anlage 1.
- (3) Die Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens wird auf der Grundlage der Gesamtkosten für Heilmittel aller Vertragsärzte der gleichen Fachgruppe der

Betriebsstätte einschließlich der Nebenbetriebsstätte/n (Ist) und dem Richtgrößenvolumen aller Vertragsärzte der gleichen Fachgruppe innerhalb einer Betriebsstätte einschließlich des Volumens der Nebenbetriebsstätte/n (Soll) vorgenommen. Behandlungen desselben Versicherten durch Vertragsärzte derselben Fachgruppe in der Betriebsstätte und in einer oder mehreren Nebenbetriebsstätten werden gemäß BMV-Ä zu einem fachgruppenbezogenen Behandlungsfall zusammengeführt. Dabei ermittelt sich das fachgruppenbezogene Richtgrößenvolumen (Soll) wie folgt:

Fachgruppenbezogenes Richtgrößenvolumen (Soll) = Summe der Produkte aus der Richtgröße der jeweiligen Altersgruppe und der Gesamtzahl der fachgruppenbezogenen kurativ-ambulanten Behandlungsfälle der gleichen Altersgruppe innerhalb der gleichen Fachgruppe der Betriebsstätte (einschließlich der Nebenbetriebsstätte).

Dabei ist die Überschreitung des Richtgrößenvolumens pro Fachgruppe einer Betriebsstätte einschließlich Nebenbetriebsstätten festzustellen. Es ist kein gesamthafes Betriebsstättenvolumen (Soll) über alle in einer Betriebsstätte vorhandenen Fachgruppen zu bilden. Abweichend wird bei der Fallermittlung bei Berufsausübungsgemeinschaften bestehend aus Fachärzten für Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte und hausärztlich tätigen Internisten festgelegt (Umstellung auf eine LANR-basierte fachgruppenbezogene Prüfung), dass im Rahmen der Richtgrößenprüfung eine gemeinsame Betrachtung dieser beiden Verordnungsfachgruppen analog zum EBM (hausärztlicher Versorgungsbereich) erfolgt. Dabei kommt die jeweils höhere Richtgröße der Fachärzte für Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte bzw. der hausärztlich tätigen Internisten je Altersgruppe zur Anwendung.

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

5. Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2017 in Kraft und gilt bis 31.12.2017.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 14.12.2016

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten
und Gartenbau (SVLFG)

gez. Knappschaft,
Regionaldirektion Frankfurt

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

Anlagen 1 und 2

Anlage 1

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel für das Jahr 2017 (Richtgrößen-Vereinbarung Heilmittel) zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen

Fachgruppen mit Heilmittel-Richtgrößen

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

Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte

Anästhesisten

Chirurgen

Frauenärzte

HNO-Ärzte

Hautärzte

fachärztliche Internisten / Lungenärzte

hausärztliche Internisten

Kinderärzte

Nervenärzte (inkl. Psychiater)

Orthopäden/Ärzte für physikalische Therapie

Urologen

Anlage 2

zur Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel für das Jahr 2017 (Richtgrößen-Vereinbarung Heilmittel) zwischen der KV Thüringen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen

Richtgrößen 2017

Heilmittel in EURO

Fachgruppen*	Alters- gruppe 1 (0-15 Jahre)¹	Alters- gruppe 2 (16-49 Jahre)¹	Alters- gruppe 3 (50-64 Jahre)¹	Alters- gruppe 4 (ab 65 Jahre)¹
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	8,90	7,57	11,23	15,33
Anästhesisten	1,94	9,74	14,33	11,15
Chirurgen	4,36	15,08	21,34	21,90
Frauenärzte	0,04	0,52	4,42	7,59
HNO-Ärzte	11,25	2,91	3,85	3,08
Hautärzte	0,03	3,84	7,84	7,38
fachärztliche Internisten / Lungenärzte	0,56	3,20	3,57	3,30
hausärztliche Internisten	4,25	5,79	8,30	12,44
Kinderärzte	14,67	12,72	6,27	22,00
Nervenärzte / Psychiater	27,78	13,62	17,05	24,60
Orthopäden/Ärzte für physikalische Therapie	22,62	33,84	33,31	30,93
Urologen	0,53	0,84	0,91	0,63

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

¹ Angaben pro fachgruppenbezogenen kurativ-ambulantem Behandlungsfall (brutto)

1. Protokollnotiz

zu den Vereinbarungen über die Festsetzung von Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel (Richtgrößen-Vereinbarung/Arzneimittel) für das Jahr 2015 sowie das Jahr 2016

zwischen

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

- im Folgenden KV Thüringen genannt –

einerseits

und

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

dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover

der IKK classic

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

der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

andererseits

Die Vertragspartner der Richtgrößenvereinbarung legen bei der Fallermittlung bei Berufsausübungsgemeinschaften von hausärztlich tätigen Internisten und Fachärzten für Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte fest (Umstellung auf eine LANR-basierte fachgruppenbezogene Prüfung), dass abweichend von der Richtgrößenvereinbarung für die Verordnungsjahre 2015 und 2016 im Rahmen der Richtgrößenprüfung eine gemeinsame Betrachtung dieser beiden Verordnungsfachgruppen analog zum EBM (hausärztlicher Versorgungsbereich) erfolgt. Dabei kommt die jeweils höhere Richtgröße der Fachärzte für Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte bzw. der hausärztlich tätigen Internisten je Altersgruppe zur Anwendung.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 22.11.2016

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez classic

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

gez. Knappschaft,
Regionaldirektion Frankfurt

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

1. Protokollnotiz

zu den Vereinbarungen über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel (Richtgrößen-Vereinbarung/Heilmittel) für das Jahr 2015 sowie für das Jahr 2016

zwischen

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

- im Folgenden KV Thüringen genannt –

einerseits

und

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

dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover

der IKK classic

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

der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt
Galvanistraße 31
60486 Frankfurt

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

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

andererseits

Anlage 7 – 1. Protokollnotiz zu den Vereinbarungen über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel für das Jahr 2015 sowie für das Jahr 2016

Die Vertragspartner der Richtgrößen-Vereinbarung legen bei der Fallermittlung bei Berufsausübungsgemeinschaften von hausärztlich tätigen Internisten und Fachärzten für Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte fest (Umstellung auf eine LANR-basierte fachgruppenbezogene Prüfung), dass abweichend von der Richtgrößenvereinbarung für die Verordnungsjahre 2015 und 2016 im Rahmen der Richtgrößenprüfung eine gemeinsame Betrachtung dieser beiden Verordnungsfachgruppen analog zum EBM (hausärztlicher Versorgungsbereich) erfolgt. Dabei kommt die jeweils höhere Richtgröße der Fachärzte für Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte bzw. der hausärztlich tätigen Internisten je Altersgruppe zur Anwendung.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 14.12.2016

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez. IKK classic

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

gez. Knappschaft,
Regionaldirektion Frankfurt

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

▪ **Wirtschaftlichkeitsziele mit Zielquoten im Arzneimittelbereich**

In der Arzneimittelvereinbarung 2017 wurden 17 Ziele mit spezifischen Zielquoten (Mindestanteil an Leitsubstanzen) für alle Richtgrößenfachgebiete definiert.

Richtgrößenfachgebiete mit spezifischen Zielquoten:

- Allgemeinmediziner/Prakt. Ärzte (8010), hausärztliche Internisten (1910),
- Anästhesisten (0110), Augenärzte (0410), Chirurgen (0710), Frauenärzte (1010), HNO-Ärzte (1310), Hautärzte (1610), fachärztliche Internisten (2110), Kinderärzte (2310), Nervenärzte (3810), Orthopäden (4410), Urologen (5610)

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

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz	Fachgebiet/ Zielquote
01	Medikationskatalog der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)** Indikationsbereiche: Asthma, COPD, Demenz, Depression, Diabetes, Fettstoffwechselstörung, Harnwegsinfektionen, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Infektionen obere Atemwege, Infektionen untere Atemwege, KHK, Osteoporose, Vorhofflimmern Alle klassifizierten Wirkstoffe (als „Standard“, „Reserve“ oder als „nachrangig“ eingestuft)	„Standard“ und „Reserve“ (mind. in 1 Indikationsgebiet)	8010: 81,7% 1910: 81,9% 0110: 64,0% 0410: 81,7% 0710: 87,1% 1010: 37,1% 1310: 94,3% 1610: 84,2% 2110: 79,5% 2310: 93,1% 3810: 81,8% 4410: 61,3% 5610: 72,8%
02	NSAR/Coxibe M01AA01 Phenylbutazon M01AB01 Indometacin M01AB05 Diclofenac M01AB11 Acemetacin M01AB14 Proglumetacin M01AB16 Aceclofenac M01AC01 Piroxicam M01AC06 Meloxicam M01AE01 Ibuprofen M01AE02 Naproxen M01AE03 Ketoprofen M01AE11 Tiaprofensäure M01AE14 Dexibuprofen M01AE17 Dexketoprofen M01AH01 Celecoxib M01AH04 Parecoxib M01AH05 Etoricoxib M01AX01 Nabumeton	M01AB01 Indometacin M01AB05 Diclofenac M01AC01 Piroxicam M01AC06 Meloxicam M01AE01 Ibuprofen M01AE02 Naproxen M01AE03 Ketoprofen	8010: 83,4% 1910: 82,0% 0110: 34,7% 0410: 84,7% 0710: 85,7% 1010: 84,7% 1310: 84,7% 1610: 84,7% 2110: 68,5% 2310: 98,5% 3810: 94,8% 4410: 78,3% 5610: 92,3%
03	orale Opiode WHO III nur orale Darreichungsformen N02AA01 Morphin N02AA03 Hydromorphon N02AA05 Oxycodon N02AA25 Oxycodon und Naloxon N02AA55 Oxycodon in Kombinationen N02AB02 Pethidin N02AB03 Fentanyl N02AE01 Buprenorphin N02AX06 Tapentadol	orale Opiode WHO III ohne Tapentadol, Fentanyl und Oxycodon Kombinationen: N02AA01 Morphin N02AA03 Hydromorphon N02AA05 Oxycodon N02AB02 Pethidin N02AE01 Buprenorphin	8010: 67,0% 1910: 66,4% 0110: 63,7% 0410: 66,4% 0710: 66,4% 1010: 66,4% 1310: 66,4% 1610: 66,4% 2110: 77,3% 2310: 66,4% 3810: 66,4% 4410: 46,5% 5610: 66,4%

Anlage 8 – Aufstellung der Wirtschaftlichkeitsziele mit Zielquoten im Arzneimittelbereich

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz	Fachgebiet/ Zielquote
04	Opioide (orale und transdermale Darreichungsformen) N02AA01 Morphin N02AA03 Hydromorphon N02AA05 Oxycodon N02AB02 Pethidin N02AB03 Fentanyl N02AE01 Buprenorphin	orale Darreichungsformen ATC-Codes siehe links	8010: 35,2% 1910: 34,9% 0110: 53,8% 0410: 36,2% 0710: 36,2% 1010: 36,2% 1310: 36,2% 1610: 36,2% 2110: 36,9% 2310: 36,2% 3810: 36,2% 4410: 53,9% 5610: 36,2%
05	Orale Antikoagulantien*** B01AA03 Warfarin B01AA04 Phenprocoumon B01AE07 Dabigatran B01AF01 Rivaroxaban B01AF02 Apixaban B01AF03 Edoxaban	B01AA03 Warfarin B01AA04 Phenprocoumon	8010: 55,2% 1910: 54,5% 0110: 54,9% 0410: 54,9% 0710: 54,9% 1010: 54,9% 1310: 54,9% 1610: 54,9% 2110: 44,0% 2310: 54,9% 3810: 54,9% 4410: 54,9% 5610: 54,9%
06	Niedermolekulare Heparine B01AB04 Dalteparin B01AB05 Enoxaparin B01AB06 Nadroparin B01AB07 Parnaparin B01AB08 Reviparin B01AB10 Tinzaparin B01AB13 Certoparin	B01AB05 Enoxaparin B01AB10 Tinzaparin	8010: 94,5% 1910: 91,9% 0110: 94,5% 0410: 94,5% 0710: 98,1% 1010: 85,5% 1310: 94,5% 1610: 94,5% 2110: 94,8% 2310: 94,5% 3810: 94,5% 4410: 98,5% 5610: 98,2%
07	Alpha-Rezeptorenblocker G04CA01 Alfuzosin G04CA02 Tamsulosin G04CA03 Terazosin G04CA04 Silodosin G04CA05 Doxazosin	G04CA01 Alfuzosin G04CA02 Tamsulosin	8010: 98,5% 1910: 98,5% 0110: 98,5% 0410: 98,5% 0710: 98,5% 1010: 98,5% 1310: 98,5% 1610: 98,5% 2110: 98,5% 2310: 98,5% 3810: 98,5% 4410: 98,5% 5610: 97,7%
08	Urologika G04BD Mittel bei häufiger Blasenentleerung und Harninkontinenz, exklusive G04BD20 G04BX18 Duloxetine (in urologischer Indikation)	Fertigarzneimittel der aufgeführten ATC mit generikafähigen Wirkstoffen	8010: 53,8% 1910: 52,4% 0110: 51,3% 0410: 51,3% 0710: 51,3% 1010: 36,3% 1310: 51,3% 1610: 51,3% 2110: 51,3% 2310: 51,3% 3810: 51,3% 4410: 51,3% 5610: 54,5%
09	Gn-RH-Analoga L02AE01 Buserelin L02AE02 Leuprorelin L02AE03 Goserelin L02AE04 Triptorelin L02AE05 Histrelin	L02AE02 Leuprorelin	alle FG: 77,5%

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz	Fachgebiet/ Zielquote
10	Orale Kontrazeptiva G03AA G03AB	G03AA05 Norethisteron und Ethinylestradiol G03AA07 Levonorgestrel und Ethinylestradiol G03AB03 Levonorgestrel und Ethinylestradiol****	8010: 29,3% 1910: 30,1% 0110: 30,1% 0410: 30,1% 0710: 30,1% 1010: 30,7% 1310: 30,1% 1610: 30,1% 2110: 30,1% 2310: 30,1% 3810: 30,1% 4410: 30,1% 5610: 30,1%
11	Biosimilare G-CSF L03AA Koloniestimulierende Faktoren: Filgrastim, Pegfilgrastim, Lipegfilgrastim, Lenograstim	Biosimilare Fertigarzneimittel der aufgeführten ATC-Gruppe	alle FG: 15,0%
12	Biosimilare Erythropoetine B03XA01 Erythropoetin B03XA02 Darbepoetin alpha B03XA03 Methoxy-PEG-Epoetin beta	Biosimilare Fertigarzneimittel der aufgeführten ATC	8010: 60,3% 1910: 60,3% 0110: 60,3% 0410: 60,3% 0710: 60,3% 1010: 60,3% 1310: 60,3% 1610: 60,3% 2110: 62,4% 2310: 60,3% 3810: 60,3% 4410: 60,3% 5610: 60,3%
13	Biosimilare TNF-alpha-Inhibitoren L04AB02 Infliximab L04AB01 Etanercept L04AB04 Adalimumab L04AB05 Certolizumabpegol L04AB06 Golimumab	Biosimilare Fertigarzneimittel der aufgeführten ATC	alle FG: 25,0%
14	MS-Therapeutika moderate Form L03AB07 Interferon-beta-1a L03AB08 Interferon-beta-1b L03AB13 Peginterferon-beta-1a L03AX13 Glatirameracetat L04AA31 Teriflunomid N07XX09 Dimethylfumarat	L03AB08 Interferon-beta-1b L03AX13 Glatirameracetat	alle FG: 33,8%
15	MS-Therapeutika aktive Verlaufsform L04AA27 Fingolimod L04AA23 Natalizumab L01DB07 Mitoxantron (mit Zulassung bei MS) L04AA34 Alemtuzumab	L04AA27 Fingolimod L01DB07 Mitoxantron (PZN mit Zulassung bei MS)	alle FG: 73,9%

Anlage 8 – Aufstellung der Wirtschaftlichkeitsziele mit Zielquoten im Arzneimittelbereich

Ziel	Indikationsgruppe/ Arzneimittelgruppe	Leitsubstanz/ Präferenzsubstanz	Fachgebiet/ Zielquote
16	Antiglaukomatosa (Mono- und Kombinationspräparate)	Antiglaukomatosa mit generikafähigen Wirkstoffen	
	S01EA03 Apraclonidin	S01EA04 Clonidin	8010: 77,0% 1910: 72,0%
	S01EA04 Clonidin	S01EA05 Brimonidin	0110: 71,8% 0410: 69,5%
	S01EA05 Brimonidin	S01EB01 Pilocarpin	0710: 71,8% 1010: 71,8%
	S01EB01 Pilocarpin	S01EB02 Carbachol	1310: 71,8% 1610: 71,8%
	S01EB02 Carbachol	S01EC01 Acetazolamid	2110: 71,8% 2310: 71,8%
	S01EB21 Pilocarpin und Phenylephrin	S01EC03 Dorzolamid	3810: 71,8% 4410: 71,8%
	S01EB51 Pilocarpin, Kombinationen	S01EC04 Brinzolamid	5610: 71,8%
	S01EC01 Acetazolamid	S01ED01 Timolol	
	S01EC03 Dorzolamid	S01ED02 Betaxolol	
	S01EC04 Brinzolamid	S01ED04 Metipranolol	
	S01EC24 Brinzolamid und Brimonidin	S01ED05 Carteolol	
	S01ED01 Timolol	S01ED61 Timolol und Latanoprost	
	S01ED02 Betaxolol	S01ED66 Timolol und Dorzolamid	
	S01ED03 Levobunolol	S01EE01 Latanoprost	
	S01ED04 Metipranolol		
	S01ED05 Carteolol		
	S01ED24 Metipranolol und Pilocarpin		
	S01ED61 Timolol und Latanoprost		
	S01ED62 Timolol und Bimatoprost		
	S01ED63 Timolol und Travoprost		
	S01ED66 Timolol und Dorzolamid		
	S01ED67 Timolol und Brinzolamid		
	S01ED68 Timolol und Pilocarpin		
	S01ED69 Timolol und Brimonidin		
	S01ED70 Timolol und Tafluprost		
	S01EE01 Latanoprost		
	S01EE03 Bimatoprost		
	S01EE04 Travoprost		
	S01EE05 Tafluprost		
17	IVOM: VEGF-Hemmer		
	S01LA04 Ranibizumab	Rabattvertragsarzneimittel	alle FG: 98,5%
	S01LA05 Aflibercept		

* Es gilt im Hinblick auf die ATC-Code- und DDD-Wert-Zuordnung die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Klassifikation (ATC-Wirkstoffklassifikation mit DDD-Angaben) in der jeweils gültigen Fassung. Die Umsetzung der Arzneimittelvereinbarung 2017 durch die Prüfungsstelle erfolgt im Hinblick auf die Leitsubstanzquoten-Berechnung (nach Wirtschaftlichkeitszielen der jeweiligen Arzneimittelvereinbarung) auf Basis der WIdO-Klassifikation. Eine Benachteiligung der Vertragsärzte bei der Leitsubstanzquoten-Berechnung im Vergleich zur Anwendung der amtlichen Klassifikation darf sich daraus jedoch nicht ergeben. Dies ist seitens der Prüfungsstelle zu gewährleisten und auf Anfrage gegenüber den Vertragspartnern zu belegen.

** Der KBV-Medikationskatalog steht grundsätzlich allen Ärzten mit LANR im geschützten Onlinebereich der KVT (KV-TOP unter Dokumente => Publikationen) zur Verfügung. Es gilt die für das Kalenderjahr zur Anwendung bestimmte Version.

*** Die Berücksichtigung einer Zielerreichung im Medikationskatalogbereich im Prüfverfahren bleibt hiervon unberührt.

**** Keine Dopplung mit G03AA07, ATC für Sequentialpräparate.



Kassenärztliche
Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts



INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Arzneimitteltherapie

November 2016

Der Medikationskatalog: So unterstützt er die Arzneimitteltherapie – Wissenswertes für Praxen

Welche Wirkstoffe werden bei einer Herzinsuffizienz oder Fettstoffwechselstörung vorrangig eingesetzt und welche Alternativen gibt es? Durch die zunehmende Zahl an Arzneimitteln ist die Auswahl nicht immer ganz leicht. Hilfe bietet der Medikationskatalog der KBV. Er unterstützt Ärzte bei einer evidenzbasierten Wirkstoffauswahl und wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln. Was den Medikationskatalog auszeichnet, wie er Vertragsärzte unterstützt und genutzt werden kann, stellt diese Praxisinformation vor.

Medikationskatalog: Was ist das?

Der Medikationskatalog stellt eine Entscheidungshilfe für den Arzt dar. Er listet für 22 ordnungsrelevante Indikationen alle zugelassenen Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen auf. Das Besondere: Die Wirkstoffe sind in die Kategorien „Standard“, „Reserve“ und „nachrangig zu verordnen“ unterteilt. Ärzte können so auf einen Blick sehen, welche Wirkstoffe vorrangig verordnet werden sollten. Dies erleichtert die Auswahl. Bei den Informationen handelt es sich um reine Empfehlungen. Die freie Therapieentscheidung bleibt davon unberührt. Der Katalog enthält nur Wirkstoffe, für die es zugelassene Fertigpräparate gibt.

Für welche Indikationen gibt es ihn?

Der Medikationskatalog gibt Verordnungsempfehlungen zu 22 Indikationen der folgenden 14 Indikationsgruppen:

- ▣ Alzheimer-Demenz
- ▣ Antibiotikatherapie bei Infektionen der unteren Atemwege
- ▣ Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen Atemwege
- ▣ Antibiotikatherapie bei Harnwegsinfektionen
- ▣ Asthma bronchiale
- ▣ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- ▣ Depression
- ▣ Diabetes mellitus Typ 2
- ▣ Fettstoffwechselstörung
- ▣ Herzinsuffizienz
- ▣ Hypertonie
- ▣ Koronare Herzkrankheit (KHK)
- ▣ Osteoporose
- ▣ Vorhofflimmern

Katalog: Wirkstoffe für 22 ordnungsrelevante Indikationen

Freie Therapieentscheidung des Arztes

Übersicht der Indikationsgruppen

Der Medikationskatalog: So unterstützt er die Arzneimitteltherapie – Wissenswertes für Praxen

Welche Wirkstoffe werden bei einer Herzinsuffizienz oder Fettstoffwechselstörung vorrangig eingesetzt und welche Alternativen gibt es? Durch die zunehmende Zahl an Arzneimitteln ist die Auswahl nicht immer ganz leicht. Hilfe bietet der Medikationskatalog der KBV. Er unterstützt Ärzte bei einer evidenzbasierten Wirkstoffauswahl und wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln. Was den Medikationskatalog auszeichnet, wie er Vertragsärzte unterstützt und genutzt werden kann, stellt diese Praxisinformation vor.

Medikationskatalog: Was ist das?

Der Medikationskatalog stellt eine Entscheidungshilfe für den Arzt dar. Er listet für 22 ordnungsrelevante Indikationen alle zugelassenen Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen auf. Das Besondere: Die Wirkstoffe sind in die Kategorien „Standard“, „Reserve“ und „nachrangig zu verordnen“ unterteilt. Ärzte können so auf einen Blick sehen, welche Wirkstoffe vorrangig verordnet werden sollten. Dies erleichtert die Auswahl. Bei den Informationen handelt es sich um reine Empfehlungen. Die freie Therapieentscheidung bleibt davon unberührt. Der Katalog enthält nur Wirkstoffe, für die es zugelassene Fertipräparate gibt.

Für welche Indikationen gibt es ihn?

Der Medikationskatalog gibt Verordnungsempfehlungen zu 22 Indikationen der folgenden 14 Indikationsgruppen:

- ☐ Alzheimer-Demenz
- ☐ Antibiotikatherapie bei Infektionen der unteren Atemwege
- ☐ Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen Atemwege
- ☐ Antibiotikatherapie bei Harnwegsinfektionen
- ☐ Asthma bronchiale
- ☐ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- ☐ Depression
- ☐ Diabetes mellitus Typ 2
- ☐ Fettstoffwechselstörung
- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Hypertonie
- ☐ Koronare Herzkrankheit (KHK)
- ☐ Osteoporose
- ☐ Vorhofflimmern

Katalog: Wirkstoffe für 22 ordnungsrelevante Indikationen

Freie Therapieentscheidung des Arztes

Übersicht der Indikationsgruppen

Medikationskatalog – das Wichtigste in Kürze

- ▣ Der Katalog unterstützt Ärzte bei der evidenzbasierten Wirkstoffauswahl sowie bei einer sicheren und wirtschaftlichen Verordnungsweise.
- ▣ Er enthält Empfehlungen für die Auswahl von Wirkstoffen für 14 verordnungsrelevante Indikationsgruppen – zum Beispiel Herzinsuffizienz und Diabetes mellitus Typ 2.
- ▣ Die Wirkstoffe sind in Standardwirkstoffe, Reservewirkstoffe und nachrangig einzusetzende Wirkstoffe unterteilt. Ärzte sehen damit auf einen Blick, welcher Wirkstoff vorrangig verordnet werden sollte.
- ▣ Es handelt sich dabei um reine Empfehlungen – die freie Therapieentscheidung des Arztes bleibt unberührt.
- ▣ Sämtliche Bewertungen basieren auf Evidenz, beispielsweise aus Leitlinien, Therapieempfehlungen sowie Cochrane Reviews, und durchliefen ein zweistufiges Review-Verfahren.

Mehr Informationen

Auf der KBV-Internetseite zum Thema Arzneimittel finden Sie alles Wichtige zu den Aspekten Verordnung, frühe Nutzenbewertung, Arzneimittel-Richtlinie, Arzneimitteltherapiesicherheit und Verordnungssteuerung. Zudem steht hier die KBV-Publikation Wirkstoff AKTUELL zum Download bereit:

www.kbv.de/969890.

Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abonnieren: www.kbv.de/PraxisNachrichten

Überblick

Informationen
im Internet

Bundesministerium für Gesundheit

Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage IV – Therapiehinweis Alemtuzumab

Vom 15. September 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. September 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 20. Oktober 2016 (BAnz AT 12.12.2016 B2), wie folgt zu ändern:

I.

In Anlage IV wird entsprechend der alphabetischen Reihenfolge folgender Therapiehinweis eingefügt:

Alemtuzumab

(z. B. Lemtrada®)

Indikation

Am 12. September 2013 wurde Alemtuzumab mit dem Handelsnamen Lemtrada® zugelassen zur Behandlung von Erwachsenen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung, definiert durch klinischen Befund oder Bildgebung.

Die Anwendung von Alemtuzumab wird nicht empfohlen bei Patientinnen und Patienten, die keine aktive Erkrankung aufweisen oder unter der aktuellen Therapie stabil sind.

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

Die Einleitung und die Überwachung der Behandlung mit Alemtuzumab sollten durch in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose (MS) erfahrene Neurologinnen und Neurologen oder Nervenärztinnen und Nervenärzte erfolgen. Es sollten zudem Fachpersonal und Geräte zur Verfügung stehen, die geeignet sind, die häufigsten Nebenwirkungen, insbesondere Autoimmunerkrankungen und Infektionen, rechtzeitig zu erkennen und zu beherrschen.

Medikamente und Ausrüstung zur Behandlung von Überempfindlichkeitsreaktionen und/oder anaphylaktischen Reaktionen sollten verfügbar sein.

Wegen der notwendigen Nachbeobachtung der Patientinnen und Patienten (bis 48 Monate nach der letzten Infusion), ist bei Einleitung der Therapie mit Alemtuzumab die ärztliche Nachbeobachtung durch die die Therapie beginnenden Ärztinnen und Ärzte gegebenenfalls in Abstimmung mit den die weitere Nachbehandlung durchführenden Neurologinnen und Neurologen oder Nervenärztinnen und Nervenärzten sicherzustellen. Die erstmalige Verordnung setzt eine Prognose der aktuell betreuenden und der die weitere Nachbehandlung durchführenden Neurologinnen und Neurologen oder Nervenärztinnen und Nervenärzten voraus, dass die Versicherten hierzu in der Lage und bereit sind.

Vor der Behandlung müssen die Patientinnen und Patienten über

- die Risiken und den Nutzen der Behandlung sowie
- die Notwendigkeit einer 48-monatigen Nachbeobachtung nach der letzten Alemtuzumab-Infusion aufgeklärt werden.

Mit Alemtuzumab behandelten Patientinnen und Patienten müssen

- die Packungsbeilage,
- die Patientenkarte und
- der Leitfaden für Patientinnen und Patienten ausgehändigt werden.

Die intravenösen Infusionen sollen über einen Zeitraum von etwa vier Stunden verabreicht werden und eine Überwachung hinsichtlich infusionsassoziiierter Reaktionen wird während und für weitere zwei Stunden nach Beendigung der Alemtuzumab-Infusion empfohlen.

Direkte, aktiv kontrollierte Vergleichsstudien liegen für Alemtuzumab ausschließlich gegenüber Interferon (IFN) beta-1a vor. In den vergleichenden Phase-III-Studien zeigte sich gegenüber IFN beta-1a eine signifikante Verringerung der

Anlage 10 – Beschluss des G-BA über eine Änderung der AM-RL, Anlage IV – Therapiehinweis Alemtuzumab

Schubrate. Ein Vorteil von Alemtuzumab bezüglich der Verminderung der Progression der Behinderung wurde bei vorbehandelten Patientinnen und Patienten gezeigt, aber nicht bei therapienaiven Patientinnen und Patienten.

Die Ergebnisse zur Behinderungsprogression sind aber bei den vorbehandelten Patientinnen und Patienten aufgrund der Erhebung von Ausgangswerten nach Randomisierung mit Unsicherheit behaftet.

Im Vergleich zur Therapie mit IFN zeigten sich vermehrt ihrer Art nach schwere, auch zeitverzögert nach der Behandlung auftretende, Nebenwirkungen, woraus sich die Notwendigkeit einer 48-monatigen Nachbeobachtung ergibt.

In der Gesamtbewertung ist die Verringerung der Schubrate abzuwägen gegen die häufigen und teilweise schweren Nebenwirkungen. Wegen dieser schweren, potenziell auch tödlich verlaufenden Nebenwirkungen insbesondere autoimmuner Art, die teilweise auch mit deutlicher zeitlicher Verzögerung nach der Gabe auftreten, ist bei der Abwägung der Therapieoptionen auch der individuelle Verlauf der Erkrankung der Patientinnen und Patienten und eine bereits bestehende Behinderung einzubeziehen. Bei nicht schweren Verläufen ist Alemtuzumab in der Regel nicht die Therapie der Wahl.

Direkte Vergleichsstudien gegenüber anderen zugelassenen Therapiealternativen wie Azathioprin, Dimethylfumarat, Glatirameracetat oder Teriflunomid sowie Fingolimod oder Natalizumab liegen nicht vor. Vorteile zu positiven Behandlungseffekten von Alemtuzumab gegenüber diesen Therapiealternativen sind damit nicht belegt.

Dabei ist der Einsatz von Alemtuzumab aufgrund der mit der Anwendung verbundenen Nebenwirkungen – und der Notwendigkeit einer langen Nachbeobachtungszeit – gegenüber den weiteren zur Behandlung der RRMS zugelassenen Arzneimitteln kritisch abzuwägen. Darüber hinaus sind im Vergleich zu anderen zur Behandlung der RRMS zugelassenen Wirkstoffen bei Anwendung von Alemtuzumab mehr prophylaktische Maßnahmen (Arzneimittel, Impfungen) sowie die Therapie begleitende Laboruntersuchungen erforderlich.

Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verläufen der RRMS mit Alemtuzumab sind Risiken für das Auftreten schwerwiegender Nebenwirkungen entsprechend zu gewichten und im Vergleich zu Fingolimod und Natalizumab insbesondere auch in der mehrjährig zu gewährleistenden Nachbeobachtungszeit zu beachten. Daher sollte die Entscheidung für Alemtuzumab bei diesen Patientinnen und Patienten individuell sorgfältig abgewogen werden.

Die Anwendung von Alemtuzumab ist gemäß Zulassung auf zwei Behandlungsphasen in zwei Jahren begrenzt. Unklar bleibt dabei, wie Patientinnen und Patienten bei weiterhin aktiver Erkrankung weiterbehandelt werden können.

Der Einsatz von Alemtuzumab entspricht damit einer wirtschaftlichen Verordnungsweise bei Patientinnen und Patienten mit schweren Verläufen, d. h. insbesondere solchen

- die trotz des Einsatzes der zur Behandlung der RRMS zugelassenen Wirkstoffe IFN, Azathioprin, Dimethylfumarat, Glatirameracetat oder Teriflunomid mindestens zwei Schübe innerhalb von zwei Jahren erleiden und deren Behinderung progredient ist, definiert als Zunahme um mindestens 1 EDSS-Punkt bei einem Ausgangswert von $\leq 5,5$ und von mindestens 0,5 bei einem Ausgangswert über 5,5, oder
- deren Erkrankung klinisch rasch progredient ist.

Kosten

Tabelle 1: Kosten der zur Behandlung der RRMS zugelassenen Arzneimittel

Wirkstoff	Arzneimittel	Dosierung	1-Jahrestherapiekosten	2-Jahrestherapiekosten
Alemtuzumab	Lemtrada®	1. Jahr: 5 x 12 mg/Jahr 2. Jahr: 3 x 12 mg/Jahr	1. Jahr: 53 268 € 2. Jahr: 31 961 €	85 228 € ¹
Arzneimittel zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit RRMS				
IFN beta-1a	Rebif®	3 x 44 µg/Woche	25 102 €	50 204 €
		3 x 22 µg/Woche	20 444 €	40 888 €
	Avonex®	1 x 30 µg/Woche	22 155 €	44 309 €
	Plegridy®	125 µg alle 2 Wochen	22 986 €	45 973 €
IFN beta-1b	Extavia®	250 µg jeden 2. Tag	16 790 €	33 581 €
	Betaferon®	250 µg jeden 2. Tag	19 431 €	38 861 €
Azathioprin		2 – 3 mg/kg Körpergewicht/Tag	388 – 573 €	776 – 1 145 €
Dimethylfumarat	Tecfidera®	2 x 240 mg/Tag	15 938 €	31 876 €
Glatirameracetat	Copaxone®	1 x 20 mg/Tag	18 550 €	37 099 €
		3 x 40 mg/Woche	15 825 €	31 651 €
Teriflunomid	Aubagio®	1 x 14 mg/Tag	14 406 €	28 812 €

¹ Zum aktuellen Zeitpunkt ist unklar, welche Kosten für eine Therapie der RRMS nach zweijähriger Behandlung mit Alemtuzumab entstehen.

**Anlage 10 – Beschluss des G-BA über eine Änderung der AM-RL,
Anlage IV – Therapiehinweis Alemtuzumab**

Wirkstoff	Arzneimittel	Dosierung	1-Jahrestherapiekosten	2-Jahrestherapiekosten
Arzneimittel zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit RRMS mit (hoch-)aktiver Erkrankung ²				
Fingolimod	Gilenya®	1 x 0,5 mg/Tag	22 583 €	45 165 €
Natalizumab	Tysabri®	300 mg alle 4 Wochen	27 993 €	55 985 €

Dosierungen in den Auftitrierungsphasen, die von denen der Erhaltungstherapie abweichen, wurden nicht berücksichtigt. Dosisberechnungen erfolgten mit einer Körperoberfläche von 1,89 m² und einem Gewicht von 76,3 kg (Mikrozensus 2013).

Kostenberechnung auf Basis der größten verfügbaren Packung bzw. Festbetrag; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden nicht berücksichtigt.

Stand Lauer Taxe: 1. September 2016

Wirkungen

Alemtuzumab ist ein rekombinanter, humanisierter monoklonaler Antikörper, der sich gegen das 21- bis 28-kD-Glykoprotein CD52 auf der Zelloberfläche richtet. Alemtuzumab bindet an CD52, ein Antigen auf der Zelloberfläche, das in hohen Konzentrationen auf T-Lymphozyten (CD3 +) und B-Lymphozyten (CD19 +) und in niedrigen Konzentrationen auf natürlichen Killerzellen, Monozyten und Makrophagen vorkommt. Alemtuzumab wirkt durch antikörperabhängige, zellvermittelte Zytolyse und komplementvermittelte Lyse nach Zelloberflächenbindung an T- und B-Lymphozyten.

Der Mechanismus, durch den Alemtuzumab seine therapeutischen Wirkungen bei MS entfaltet, ist noch nicht vollständig aufgeklärt.

Wirksamkeit

Der öffentliche Bewertungsbericht der europäischen Zulassungsbehörde (EPAR) nennt zwei Hauptstudien. Es wurde eine Studie bei nicht vorbehandelten Patientinnen und Patienten (Studie 323 – Cohen) und eine weitere bei vorbehandelten Patientinnen und Patienten (Studie 324 – Coles) durchgeführt. Der EDSS-Wert (Expanded Disability Status Scale) lag bei nicht vorbehandelten zwischen 0,0 und 3,0 und bei den vorbehandelten Patientinnen und Patienten zwischen 0,0 und 5,0. In beiden Studien wurde mit IFN beta-1a (Rebif®) 44 µg dreimal pro Woche verglichen. Alemtuzumab wurde in der zugelassenen Dosis von 12 mg und in einem weiteren Arm mit der nicht zugelassenen Dosis von 24 mg verabreicht. Die Randomisierung erfolgte für die zugelassene Dosis jeweils 2:1. Die co-primären Endpunkte waren in beiden Untersuchungen

- Schubrate und
- SAD (Sustained Accumulation of Disability, definiert als mindestens sechs Monate anhaltende Zunahme um mindestens 1 EDSS-Punkt bzw. um 1,5 Punkte, wenn der Ausgangswert 0 Punkte war).

Die Studien erreichten den primären Endpunkt nach einer Beobachtung von zwei Jahren, wenn wenigstens eine der folgenden Bedingungen erreicht wird: Das Maximum der 2 p-Werte ist ≤ 0,05 (nicht erfüllt); das Minimum eines der 2 p-Werte ist ≤ 0,025. Die Patientinnen und Patienten und behandelnden Ärztinnen und Ärzte waren nicht verblindet. Die Endpunkte wurden verblindet erhoben.

Tabelle 2: Die Ergebnisse klinischer Endpunkte

Klinische Endpunkte	Nicht vorbehandelte Patientinnen und Patienten (CAMMS 323)		Vorbehandelte Patientinnen und Patienten (CAMMS 324)	
	Alemtuzumab 12 mg n = 376	IFN beta-1a n = 187	Alemtuzumab 12 mg n = 426	IFN beta-1a n = 202
Jährliche Schubrate (ARR) (95 %-KI)	0,18 (0,13; 0,23)	0,39 (0,29; 0,53)	0,26 (0,21; 0,33)	0,52 (0,41; 0,66)
Inzidenzdichterratio (95 %-KI); Risikosenkung	0,45 (0,32; 0,63); 54,9 (p < 0,0001)		0,51 (0,39; 0,65); 49,4 (p < 0,0001)	
Akkumulation von Behinderung (SAD über 6 Monate bestätigt) (95 %-KI)	8,0 % (5,7; 11,2)	11,1 % (7,3; 16,7)	12,7 % (9,9; 16,3)	21,1 % (15,9; 27,7)
Risikoverhältnis (Hazard Ratio)	0,70 (0,40; 1,23) (p = 0,22)		0,58 (0,38; 0,87) (p = 0,0084)	
Schubfreie Patientinnen und Patienten nach 2 Jahren (95 %-KI)	77,6 % (72,9; 81,6) (p < 0,0001)	58,7 % (51,1; 65,5)	65,4 % (60,6; 69,7) (p < 0,0001)	46,7 % (39,5; 53,5)

² Aufgrund seines Anwendungsgebietes kommt Mitoxantron nur für eine kleine Subpopulation der Patientinnen und Patienten mit RRMS in Frage, welche jedoch im Rahmen des Therapiehinweises zu vernachlässigen ist. Mitoxantron wurde deshalb bei Erstellung des Therapiehinweises nicht berücksichtigt.

**Anlage 10 – Beschluss des G-BA über eine Änderung der AM-RL,
Anlage IV – Therapiehinweis Alemtuzumab**

Klinische Endpunkte	Nicht vorbehandelte Patientinnen und Patienten (CAMMS 323)		Vorbehandelte Patientinnen und Patienten (CAMMS 324)	
	Alemtuzumab 12 mg n = 376	IFN beta-1a n = 187	Alemtuzumab 12 mg n = 426	IFN beta-1a n = 202
Veränderung des EDSS ab Baseline nach 2 Jahren Schätzung (95 %-KI)	-0,14 (-0,25; -0,02) (p = 0,42)	-0,14 (-0,29; -0,01)	-0,17 (-0,29; -0,05) (p < 0,0001)	0,24 (0,07; 0,41)

(Werte modifiziert nach Tabelle 3 der Fachinformation)

Die Schubrate war in beiden Studien signifikant niedriger unter Alemtuzumab im Vergleich zu IFN beta-1a. Die Behinderungsprogression ausgedrückt in SAD war unter Alemtuzumab nicht signifikant unterschiedlich bei den therapie-naiven Patientinnen und Patienten und signifikant geringer in der Studie mit vorbehandelten Patientinnen und Patienten. Die Veränderung der EDSS ab Baseline zeigte nach zwei Jahren nur bei den vorbehandelten Patientinnen und Patienten als sekundären Endpunkt eine signifikante Veränderung.

Tabelle 3: Abbrüche der randomisierten Patientinnen und Patienten

	Nicht vorbehandelte Patientinnen und Patienten (CAMMS 323)		Vorbehandelte Patientinnen und Patienten (CAMMS 324)	
	SC IFN beta-1a (N = 195)	Alem 12 mg/day (N = 386)	SC IFN beta-1a (N = 231)	Alem 12 mg/day (N = 436)
Randomisierte Patientinnen und Patienten	195	386	231	436
Abbruch vor Therapie, n (%)	8 (4,1)	10 (2,6)	29 (12,6)	10 (2,3)
Entscheidung der Prüferärztin/des Prüferarztes	0	0	0	2 (0,5)
Rücknahme durch Patientin/Patient	7 (3,6)	8 (2,1)	27 (11,7)	7 (1,6)
Anderes	1 (0,5)	2 (0,6)	2 (0,8)	1 (0,2)
Behandelte Patientinnen und Patienten, n (%)	187 (95,9)	376 (97,4)	202 (87,4)	435 ³
Vollständige Therapie, n (%)	164 (87,7)	360 (95,7)	158 (78,2)	404 (92,9)
Abbruch der Therapie, n (%)	23 (12,3)	16 (4,3)	44 (21,8)	31 (7,1)
Studie beendet, n (%)	173 (88,7)	367 (95,1)	175 (75,8)	416 (95,4)
Abbruch der Studie, n (%)	22 (11,3)	19 (4,9)	56 (24,2)	20 (4,6)
Adverse Event (AE)	5 (2,6)	1 (0,3)	6 (2,6)	2 (0,5)
Mangelnde Wirksamkeit	2 (1,0)	0	6 (2,6)	0
Entscheidung der Prüferärztin/des Prüferarztes	1 (0,5)	2 (0,5)	3 (1,3)	4 (0,9)
Rücknahme durch Patientin/Patient/Verweigerung weiterer Therapie	12 (6,2)	12 (3,1)	36 (15,6)	11 (2,5)
Tod	0	1 (0,3)	0	1 (0,2)
Protokollverletzung	0	0	1 (0,4)	0
Lost to follow up	0	1 (0,3)	1 (0,4)	1 (0,2)
Schwangerschaft	1 (0,5)	0	1 (0,4)	0
Anderes	1 (0,5)	2 (0,5)	2 (0,9)	1 (0,2)

(Tabelle modifiziert nach Medical Review der FDA Seite 88 Tabelle 38 „Sponsor ISE Table 3-3. Subject disposition. Randomized subjects.“)

³ Beinhaltet 426 Patientinnen und Patienten die der Behandlung mit Alemtuzumab 12 mg/d zugeteilt wurden sowie neun Patienten, die zunächst der Behandlung mit Alemtuzumab 24 mg/d zugeteilt wurden jedoch 12 mg/d erhalten haben.

Mangel der Studien ist, dass zwar die Endpunkterhebung verblindet erfolgte, jedoch die teilnehmenden Patientinnen und Patienten und die Prüferinnen und -ärzte unverblindet waren.

Die vollständigen Studienprotokolle der Hauptstudien sind nicht öffentlich zugänglich.

Im Bericht der US-amerikanischen Zulassungsbehörde FDA findet sich, dass die Ausgangswerte (Baseline) wie der EDSS-Status nach der Randomisierung und vor Verabreichung der ersten Dosis der Prüfmedikation erhoben wurden. Das Protokoll erlaubte maximal 14 Tage von der Randomisierung bis zum Beginn der Therapie mit der Prüfmedikation, es sei denn während dieser Phase trat ein Schub auf. Dann gab es zwei Optionen für den Therapiebeginn:

1. 30 Tage nach dem Schub oder
2. wenn die Prüferin bzw. der Prüfer den Krankheitszustand als stabil einschätzt.

Trat eine Infektion auf, wurden die Behandlung und die Baseline-Testung bis zum Abklingen des Infekts verschoben (FDA Clinical Review, 2013).

Um den Effekt der Erhebung der Ausgangswerte nach Randomisierung auf die Ergebnisse zur Verminderung der Progression der Behinderung zu untersuchen, hat die FDA post hoc eine modifizierte Auswertung vorgenommen. Anders als bei der geplanten Auswertung der Studien werden die Werte zum Zeitpunkt des Screenings verwendet. Dadurch reduziert sich die Anzahl von SAD-Ereignissen in der IFN-Gruppe in Studie 323 (therapienaive Patientinnen und Patienten) um 15 % und in Studie 324 um 12,5 %. Im Gegensatz dazu erhöhen sich die SAD-Ereignisse in der Gruppe der mit Alemtuzumab 12 mg behandelten Patientinnen und Patienten um 13,3 % bei terapienaiven Patientinnen und Patienten (Studie 323) und um 11,1 % bei vorbehandelten Patientinnen und Patienten. In der Studie bei vorbehandelten Patientinnen und Patienten (Studie 324) ist das Ergebnis der modifizierten Auswertung ebenso wie bei terapienaiven Patientinnen und Patienten nicht signifikant (FDA Statistical Review, 2013).

Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse zur Progression der Behinderung bei vorbehandelten Patientinnen und Patienten mit Unsicherheit behaftet; zum einen aufgrund der Erhebung der Ausgangswerte nach Randomisierung – und vor dem Hintergrund des offenen Studiendesigns und damit möglicherweise in Kenntnis der Gruppenzuteilung – und zum anderen aufgrund der durch die modifizierte Auswertung aufgezeigten Unterschiede der ermittelten Anzahl der SAD-Ereignisse in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Erhebung der Ausgangswerte.

Tabelle 4: Zusammenfassung der SAD-Ereignisse mit modifizierten Kriterien unter Verwendung des EDSS-Wertes zum Zeitpunkt des Screenings

Veränderung der Anzahl der SAD	IFN beta-1a	Alemtuzumab 12 mg
Studie 323 (nichtvorbehandelt)		
N	187	376
N (%) SAD – modifiziert	17 (9,09 %)	34 (9,04 %)
N (%) SAD – Original	20 (10,70 %)	30 (7,98 %)
Differenz	-3 (15,00 %)	4 (13,33 %)
Studie 324 (vorbehandelt)		
N	202	426
N (%) SAD – modifiziert	35 (17,33 %)	60 (14,09 %)
p-Wert Vergleich zu IFN beta-1a		0,201
N (%) SAD – Original	40 (19,80 %)	54 (12,68 %)
p-Wert Vergleich zu IFN beta-1a		0,0084
Differenz	-5 (12,5 %)	6 (11,11 %)

(Tabelle modifiziert aus dem Statistischen Review der FDA, Seite 31 Table 15 Summary of SAD Events under Modified Criteria Using Screening EDSS as Baseline, ohne die Spalte für Alemtuzumab 24 mg.)

Alemtuzumab wurde in direkten Vergleichsstudien ausschließlich gegenüber IFN beta-1a untersucht.

Vergleichsstudien gegenüber anderen Substanzen wie Azathioprin, Dimethylfumarat, Glatirameracetat oder Teriflunomid sowie Fingolimod oder Natalizumab liegen nicht vor. Ein Vorteil hinsichtlich positiver Behandlungseffekte ist damit für Alemtuzumab gegenüber diesen Therapiealternativen nicht belegt.

Risiken – gegebenenfalls Vorsichtsmaßnahmen

Die in den Phase III-Studien erhobenen Nebenwirkungen sind in den Publikationen deskriptiv dargestellt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der 2:1-Randomisierung jeweils etwa doppelt so viele Patientinnen und Patienten mit Alemtuzumab wie mit IFN behandelt wurden.

Infektionen, Nausea, Kopfschmerzen, Rash, Urtikaria, Fieber, Fatigue, Schilddrüsenaffektionen waren in beiden Studien häufiger unter Alemtuzumab, wobei auch schwerwiegende Nebenwirkungen in den Kategorien Infektionen, Schilddrüsenaffektionen sowie Störungen des Blut- und lymphatischen Systems häufiger waren. Grippeähnliche Symptome, Reaktionen an der Injektionsstelle, Lebertoxizität – auch schwerwiegende – und Insomnia traten unter IFN häufiger auf. Auf Grundlage der Publikationen ist ein belastbarer statistischer Vergleich der Nebenwirkungen methodisch nicht möglich, sodass Aussagen zu quantitativen Unterschieden hieraus nicht abgeleitet werden können.

Zu den unter Alemtuzumab aufgetretenen schwerwiegenden Nebenwirkungen zählen auch protrahierte Nebenwirkungen autoimmuner Art, die aufgrund eines potenziell zeitverzögerten Auftretens und tödlichen Ausgangs bei der Therapie mit Alemtuzumab eine regelmäßige und über die Behandlung hinausgehende Überwachung der Patientinnen und Patienten erforderlich machen. Insbesondere aufgrund dieser Nebenwirkungen ergibt sich in der Gesamtschau der in den Studien aufgetretenen Nebenwirkungen ein qualitativer Nachteil von Alemtuzumab.

Vergleichsstudien gegenüber anderen Substanzen wie Azathioprin, Dimethylfumarat, Glatirameracetat oder Teriflunomid sowie Fingolimod oder Natalizumab liegen nicht vor. Daher kann das Nebenwirkungsprofil von Alemtuzumab nur qualitativ aufgrund der Angaben in der Fachinformation bewertet werden. Dabei zeichnet sich Alemtuzumab gegenüber Azathioprin, Dimethylfumarat, Glatirameracetat und Teriflunomid durch ausgeprägtere, schwerere, mitunter lebensbedrohliche und zeitverzögert auftretende Nebenwirkungen aus.

Gemäß Fachinformation sind die häufigsten Nebenwirkungen unter Alemtuzumab, die bei ≥ 20 % der Patientinnen und Patienten auftreten, Ausschlag, Kopfschmerz, Fieber und Atemwegsinfektionen.

Zu den weiteren Nebenwirkungen gehören unter anderem

I. Autoimmunität:

- a) Schilddrüsenerkrankungen,
- b) Idiopathische thrombozytopenische Purpura,
- c) Nephropathien,
- d) Zytopenien,

II. Infusionsassoziierte Reaktionen und

III. Infektionen.

Zu Nummer Ia Schilddrüsenerkrankungen

Autoimmune Schilddrüsenerkrankungen wurden bei schätzungsweise 36 % der im Rahmen klinischer MS-Studien mit Alemtuzumab 12 mg behandelten Patientinnen und Patienten in den 48 Monaten nach der ersten Exposition mit Alemtuzumab beobachtet. Bei Patientinnen und Patienten mit anamnestischen Schilddrüsenerkrankungen war die Inzidenz von Schilddrüsenereignissen, sowohl in der mit Alemtuzumab behandelten Gruppe, als auch in der mit IFN beta-1a behandelten Gruppe, höher. Patientinnen und Patienten mit bestehender Schilddrüsenerkrankung sollte Alemtuzumab nur verabreicht werden, wenn der mögliche Nutzen die möglichen Risiken überwiegt.

Zu den beobachteten autoimmunen Schilddrüsenerkrankungen zählten Hyper- bzw. Hypothyreosen.

Vor Beginn der Behandlung und danach alle drei Monate bis 48 Monate nach der letzten Infusion sollten Schilddrüsenfunktionstests, z. B. eine Bestimmung des Thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH), durchgeführt werden. Nach dieser Zeit sollten entsprechende Tests auf der Grundlage klinischer Befunde, die eine Schilddrüsenfunktionsstörung nahelegen, durchgeführt werden.

Zu Nummer Ib Idiopathische thrombozytopenische Purpura (ITP)

Schwerwiegende Ereignisse von ITP wurden bei etwa 1 % der behandelten Patientinnen und Patienten in kontrollierten klinischen Studien zu MS beobachtet.

Ein Patient mit MS entwickelte vor der Einführung der Auflage monatlicher Blutuntersuchungen eine ITP, die unerkannt blieb. Der Patient starb an einer Hirnblutung.

ITP trat im Allgemeinen 14 bis 36 Monate nach der ersten Exposition auf.

In der Fachinformation wird empfohlen Patientinnen und Patienten daran zu erinnern, auf mögliche Symptome zu achten und ärztliche Hilfe aufzusuchen, wenn Fragen bestehen.

Vor Beginn der Behandlung und danach monatlich bis 48 Monate nach der letzten Infusion sollte ein großes Blutbild mit Differentialblutbild erstellt werden. Danach sollten Untersuchungen durchgeführt werden, wenn die klinischen Befunde auf eine ITP hindeuten. Wenn ein Verdacht auf eine ITP besteht, sollte unverzüglich ein großes Blutbild erstellt werden.

Zu Nummer Ic Nephropathien

Nephropathien, einschließlich Goodpasture-Syndrom (anti-GBM-Glomerulonephritis), wurden bei 0,3 % der Patientinnen und Patienten in klinischen Studien zu MS beobachtet und traten im Allgemeinen innerhalb von 39 Monaten nach der letzten Verabreichung von Alemtuzumab auf. In klinischen Studien traten zwei Fälle von Goodpasture-Syndrom auf. Beide Fälle waren schwerwiegend, wurden durch die klinische und Laborüberwachung früh erkannt und hatten nach Behandlung einen positiven Ausgang.

Die klinischen Merkmale einer Nephropathie können eine Erhöhung des Kreatinins im Blut, Hämaturie und/oder Proteinurie umfassen. Obwohl dies in klinischen Studien nicht beobachtet wurde, kann eine alveolare Blutung, die sich als Hämoptyse äußert, im Rahmen des Goodpasture-Syndroms auftreten. Da Hämoptysen auch Symptom einer ITP sein können, ist eine entsprechende Differentialdiagnostik erforderlich. Die Fachinformation empfiehlt Patientinnen und Patienten daran zu erinnern, auf mögliche Symptome zu achten und ärztliche Hilfe aufzusuchen, wenn Fragen bestehen. Das Goodpasture-Syndrom kann zu Nierenversagen führen, welches bei zu spät einsetzender Behandlung zu Dialysepflicht führt und/oder eine Transplantation erfordert und nicht behandelt lebensbedrohlich verlaufen kann.

Vor Beginn der Behandlung und danach monatlich bis 48 Monate nach der letzten Infusion sollten die Serum-Kreatinin-Spiegel überwacht werden. Urinuntersuchungen einschließlich Mikroskopie sollten vor Beginn der Behandlung und

danach monatlich bis 48 Monate nach der letzten Infusion durchgeführt werden. Bei Beobachtung klinisch signifikanter Veränderungen ausgehend von den Ausgangswerten beim Serum-Kreatinin, bei ungeklärter Hämaturie und/oder Proteinurie sollten unverzüglich weitere Untersuchungen im Hinblick auf mögliche Nephropathien veranlasst werden, einschließlich einer sofortigen Überweisung an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt.

Die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Nephropathien können das Risiko nicht erfolgreicher Behandlungsergebnisse senken. Nach diesem Zeitraum sollten Untersuchungen auf der Grundlage von klinischen Befunden, die eine Nephropathie nahelegen, durchgeführt werden.

Das potenzielle Risiko, das mit einer Wiederaufnahme der Behandlung mit Alemtuzumab nach Auftreten von Nephropathien assoziiert ist, ist unbekannt.

Zu Nummer I d Zytopenien

Verdachtsfälle autoimmuner Zytopenien, wie etwa Neutropenien, hämolytische Anämien und Panzytopenien, wurden in klinischen MS-Studien selten berichtet.

Wenn das Vorliegen einer Zytopenie bestätigt wird, sollten umgehend entsprechende medizinische Maßnahmen eingeleitet werden, einschließlich der Überweisung an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt.

Zu Nummer II Infusionsassoziierte Reaktionen (IAR)

Schwerwiegende Reaktionen traten bei 3 % der Patientinnen und Patienten auf. Hierzu zählten Fälle von Fieber, Urtikaria, Vorhofflimmern, Übelkeit, Beklemmungsgefühl in der Brust und Hypotonie. Die klinischen Merkmale von anaphylaktischen Reaktionen können den klinischen Merkmalen von infusionsassoziierten Reaktionen ähneln, sind aber in der Regel schwerwiegender und potenziell lebensbedrohlich.

Im Gegensatz zu infusionsassoziierten Reaktionen wurde über anaphylaktische Reaktionen selten berichtet.

Es wird empfohlen, die Patientinnen und Patienten vorzubehandeln, um infusionsassoziierte Reaktionen zu lindern. IAR können jedoch bei Patientinnen und Patienten trotz Vorbehandlung auftreten.

Eine Überwachung hinsichtlich infusionsassoziiert Reaktionen wird während und für weitere zwei Stunden nach Beendigung der Alemtuzumab-Infusion empfohlen. Falls eine IAR auftritt, muss nach Bedarf eine entsprechende symptomatische Behandlung eingeleitet werden. Wenn die Infusion nicht gut vertragen wird, kann die Infusionsdauer verlängert werden. Wenn eine schwerwiegende Infusionsreaktion auftritt, sollte der unverzügliche Abbruch der intravenösen Infusion erwogen werden.

Ärztinnen und Ärzte sollten die kardiologische Anamnese der Patientinnen und Patienten kennen, da auch kardiale Symptome wie Tachykardie zu den infusionsassoziierten Reaktionen gehören.

Medikamente und Ausrüstung zur Behandlung anaphylaktischer und/oder schwerwiegender Reaktionen sollten verfügbar sein.

Zu Nummer III Infektionen

Infektionen traten in kontrollierten klinischen Studien zur MS, die bis zu zwei Jahre lang andauerten, bei 71 % der mit Alemtuzumab behandelten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu 53 % der mit subkutan verabreichtem IFN beta-1a (44 µg, 3-mal wöchentlich) behandelten Patientinnen und Patienten auf und waren überwiegend von leichtem bis mittlerem Schweregrad. Infektionen, die häufiger bei mit Alemtuzumab behandelten Patientinnen und Patienten als bei mit IFN beta-1a behandelten Patientinnen und Patienten auftraten, waren Nasopharyngitis, Harnwegsinfektionen, Infektionen der oberen Atemwege, Sinusitis, oraler Herpes, Grippe und Bronchitis. Schwerwiegende Infektionen traten in kontrollierten klinischen Studien zu MS bei 2,7 % der mit Alemtuzumab behandelten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu 1 % der mit IFN beta-1a behandelten Patientinnen und Patienten auf.

Schwerwiegende Infektionen mit dem Varizella-Zoster-Virus, einschließlich primärer Varizella-Infektion (Windpocken) und Reaktivierung des Varizella-Zoster-Virus (Herpes Zoster), traten in klinischen Studien häufiger bei mit Alemtuzumab behandelten Patientinnen und Patienten (0,3 %) als bei mit IFN beta-1a behandelten Patientinnen und Patienten (0 %) auf.

Zervikale Infektionen mit dem humanen Papillomavirus (HPV), einschließlich Zervixdysplasie, wurden bei mit Alemtuzumab behandelten Patientinnen ebenfalls berichtet (2 %). Es wird empfohlen, bei weiblichen Patientinnen jährlich ein HPV-Screening durchzuführen.

Das Auftreten einer Tuberkulose wurde in kontrollierten klinischen Studien bei mit Alemtuzumab und bei mit IFN beta-1a behandelten Patientinnen und Patienten berichtet. Eine aktive und latente Tuberkulose wurden bei 0,3 % der mit Alemtuzumab behandelten Patientinnen und Patienten berichtet, meistens in endemischen Regionen.

Vor Beginn der Behandlung müssen alle Patientinnen und Patienten sowohl auf aktive als auch inaktive (latente) Tuberkulose gemäß den lokalen Richtlinien untersucht werden.

Bei Patientinnen und Patienten, die mit Alemtuzumab behandelt wurden, wurde das Auftreten einer Listeriose/Listerienmeningitis berichtet, die meist innerhalb eines Monats nach der Alemtuzumab-Infusion auftrat. Um dieses Risiko zu reduzieren, sollten Patientinnen und Patienten, die Alemtuzumab erhalten, die Aufnahme von rohem oder nicht durchgegartem Fleisch, Weichkäse und unpasteurisierten Milchprodukten bis mindestens einen Monat nach der Alemtuzumab-Behandlung vermeiden.

Oberflächliche Pilzinfektionen, insbesondere orale und vaginale Candidosen, traten in kontrollierten klinischen Studien zu MS häufiger bei mit Alemtuzumab behandelten Patientinnen und Patienten (12 %) als bei mit IFN beta-1a behandelten Patientinnen und Patienten (3 %) auf.

Ärztinnen und Ärzte sollten in Erwägung ziehen, den Beginn der Verabreichung von Alemtuzumab bei Patientinnen und Patienten mit aktiver Infektion zu verschieben, bis die Infektion vollständig kontrolliert ist.

Es liegen keine Daten zu einem möglichen Zusammenhang zwischen der Gabe von Alemtuzumab und einer Reaktivierung des Hepatitis-B-Virus (HBV) oder des Hepatitis-C-Virus (HCV) vor, da Patientinnen und Patienten mit Anzeichen aktiver oder chronischer Infektionen von den klinischen Studien ausgeschlossen wurden. Es sollte in Erwägung gezogen werden, Patientinnen und Patienten mit hohem Risiko für eine HBV- und/oder HCV-Infektion vor Beginn der Behandlung mit Alemtuzumab auf das Vorliegen einer solchen Infektion zu untersuchen. Bei der Verschreibung von Alemtuzumab an Patientinnen und Patienten, die als Träger von HBV und/oder HCV identifiziert wurden, ist Vorsicht geboten, da diese Patientinnen und Patienten infolge ihres Status ein erhöhtes Risiko tragen, durch eine potenzielle Virusreaktivierung irreversible Leberschäden davonzutragen.

Bösartige Neubildungen

Wie bei anderen immunmodulierenden Therapien ist auch bei Aufnahme einer Alemtuzumab-Therapie bei Patientinnen und Patienten mit anamnestischen oder noch bestehenden bösartigen Neubildungen Vorsicht geboten. Es ist derzeit nicht bekannt, ob Alemtuzumab das Risiko für die Entwicklung von bösartigen Schilddrüsenneubildungen erhöht, da eine Schilddrüsen-Autoimmunität selbst ein Risikofaktor für bösartige Schilddrüsenneubildungen sein kann.

Alemtuzumab ist kontraindiziert bei Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder sonstiger Bestandteile des Arzneimittels sowie bei HIV-Infektion.

Alemtuzumab sollte während der Schwangerschaft nur verabreicht werden, wenn der potenzielle Nutzen die potenziellen Risiken für den Fötus überwiegt, da Alemtuzumab die Plazentaschranke überschreiten kann und dadurch ein potenzielles Risiko für den Fötus darstellt.

Stillen sollte während einer Behandlungsphase von Alemtuzumab und vier Monate lang nach der letzten Infusion einer jeden Behandlungsphase unterbrochen werden. Allerdings kann der Nutzen der durch die Muttermilch übertragenen Immunität die Risiken einer potenziellen Exposition gegenüber Alemtuzumab für den gestillten Säugling überwiegen.

Die Serumspiegel von Alemtuzumab waren innerhalb von 30 Tagen nach jeder Behandlungsphase niedrig oder nicht nachweisbar. Daher sollten Frauen im gebärfähigen Alter während der Behandlung und vier Monate lang nach der letzten Infusion eine zuverlässige Verhütungsmethode anwenden.

Da über ein Drittel der Patientinnen und Patienten autoimmune Schilddrüsenerkrankungen entwickeln, ist zu beachten, dass eine Schilddrüsenerkrankung ein spezielles Risiko für schwangere Frauen darstellt. Ohne eine Behandlung der Hypothyreose während der Schwangerschaft besteht ein erhöhtes Risiko eines Spontanaborts und fötaler Auswirkungen, wie etwa geistige Retardierung und Zwergwuchs. Bei Müttern mit Basedow-Krankheit können mütterliche Thyreotropin-Rezeptor-Antikörper auf einen in der Entwicklung befindlichen Fötus übertragen werden und eine vorübergehende neonatale Basedow-Krankheit zu Folge haben.

Die Patientinnen und Patienten sollten an jedem der ersten drei Tage einer jeden Behandlungsphase unmittelbar vor der Verabreichung von Alemtuzumab mit Kortikosteroiden vorbehandelt werden. In klinischen Studien wurden die Patientinnen und Patienten an den ersten drei Tagen einer jeden Behandlungsphase mit Alemtuzumab mit 1 000 mg Methylprednisolon vorbehandelt.

Prophylaxen:

a) Antiherpetika

Eine Prophylaxe mit oralen Antiherpetika sollte bei allen Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Sie sollte am ersten Tag der jeweiligen Behandlungsphase mit Alemtuzumab beginnen und mindestens einen Monat über den Abschluss der Behandlungsphase hinaus fortgeführt werden. In klinischen Studien wurde den Patientinnen und Patienten zweimal täglich 200 mg Aciclovir oder ein äquivalentes Arzneimittel verabreicht.

b) Impfstoffe

Es wird empfohlen, dass Patientinnen und Patienten, die Impfungen bzw. Impfserien erhalten sollen, diese mindestens sechs Wochen vor Aufnahme der Behandlung erhalten oder abgeschlossen haben sollen. Die Fähigkeit, nach Behandlung mit Alemtuzumab eine Immunantwort auf einen Impfstoff zu entwickeln, wurde laut Fachinformation bisher nicht untersucht.

Die Sicherheit einer Immunisierung mit viralen Lebendimpfstoffen nach einer Behandlungsphase mit Alemtuzumab wurde nicht formal in kontrollierten klinischen Studien zu MS untersucht. Virale Lebendimpfstoffe sollten nicht an MS-Patientinnen und -Patienten verabreicht werden, die kürzlich eine Behandlungsphase mit Alemtuzumab erhalten haben.

Varizella-Zoster-Virus-Antikörper-Test/-Impfung

Wie bei allen immunmodulierenden Arzneimitteln sollten Patientinnen und Patienten, die keine Windpocken in der Anamnese aufweisen oder nicht gegen das Varizella-Zoster-Virus (VZV) geimpft sind, vor Beginn einer Behandlungsphase mit Alemtuzumab auf Antikörper gegen VZV getestet werden. Eine VZV-Impfung von antikörpernegativen Patientinnen und Patienten sollte vor Beginn der Behandlung mit Alemtuzumab in Erwägung gezogen werden. Um die

vollständige Wirkung der VZV-Impfung zu ermöglichen, sollte die Behandlung mit Alemtuzumab auf sechs Wochen nach der Impfung verschoben werden.

Laboruntersuchungen

Laboruntersuchungen sollten in regelmäßigen Abständen über 48 Monate nach der letzten Behandlung mit Alemtuzumab durchgeführt werden, um die Patientinnen und Patienten hinsichtlich früher Anzeichen einer Autoimmunerkrankung zu überwachen:

- Großes Blutbild mit Differentialblutbild (vor Beginn der Behandlung und danach in monatlichen Abständen)
- Kreatinin-Spiegel im Serum (vor Beginn der Behandlung und danach in monatlichen Abständen)
- Urinanalyse mit Mikroskopie (vor Beginn der Behandlung und danach in monatlichen Abständen)
- ein Schilddrüsenfunktionstest, wie etwa eine Bestimmung des Thyreotropin-Spiegels (vor Beginn der Behandlung und danach alle drei Monate)

Nach diesem Zeitraum sind bei jedem klinischen Befund, der Nephropathien oder Schilddrüsenerkrankungen nahelegt, weitere Untersuchungen erforderlich.

Ergänzender Hinweis: Die Abpackungen von Alemtuzumab in den Arzneimitteln MabCampath® und Lemtrada® sind unterschiedlich. MabCampath® enthält 30 mg/1 ml in einer Ampulle und wird in 100 ml Infusionslösung aufbereitet mit einer Infusionsdauer von zwei Stunden und Lemtrada® enthält 12 mg/1,2 ml in einer Ampulle und wird in 100 ml Infusionslösung aufbereitet. Die Infusionsdauer beträgt mindestens vier Stunden mit einer Nachbeobachtungszeit von mindestens zwei Stunden.

Aus Sicherheitsgründen ist nur ein indikationsgerechter Einsatz der Arzneimittel zu vertreten.

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 15. September 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende
Prof. Hecken

Wahlprotokoll

über die Wahlen des Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung, des Vorstandes, des Vorstandsausschusses gemäß § 9 Abs. 3 der Satzung, einer Kommission gemäß § 9 Abs. 2 der Satzung, des Finanzausschusses gemäß § 20 der Satzung und des Satzungsausschusses, durchgeführt in der konstituierenden Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen am 04.01.2017, für die Amtszeit 2017 bis 2022

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Vorsitzender der Vertreterversammlung	Herr Dr. med. Andreas Jordan
Stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung	Herr Dr. med. Michael Sakriß
1. Vorsitzende des Vorstandes	Frau Dr. med. Annette Rommel
2. Vorsitzender des Vorstandes	Herr Dr. med. Thomas Schröter
Vorstandsausschuss hausärztliches Mitglied fachärztliches Mitglied psychotherapeutisches Mitglied	Herr Dr. med. Ulf Zitterbart Herr Dipl.-Med. Ingo Menzel Frau Dipl.-Psych. Dagmar Petereit
Kommission nach § 9 Abs. 2 der Satzung	Herr Dr. med. Andreas Jordan Herr Dr. med. Michael Sakriß Herr Dr. med. Ulf Zitterbart Herr Dipl.-Med. Ingo Menzel Frau Dipl.-Psych. Dagmar Petereit
Finanzausschuss Mitglieder	Herr Dr. med. Peter Baum Herr Dr. med. Michael Herzau Herr Dr. med. Thomas Hagemeyer
Stellvertreter	Herr Tobias Wüstefeld Herr Dr. med. Ronald Bastian Herr Dr. med. Rolf-Peter Römer Frau Dr. med. Denise Lundershausen
Satzungsausschuss	Frau Dr. med. Sabine Köhler Frau Dipl.-Med. Mechthild Funke Frau Priv.-Doz. Dr. med. habil. Kirsten Jung

1. Wahlgang

Wahl des Wahlausschusses – 3 Beisitzer aus den Reihen der Vertreterversammlung neben der Wahlleiterin (§ 4 Abs. 1 der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung)

Kandidaten: **Frau Dr. med. Marlies Bölich**
 Herr Tobias Wüstefeld
 Frau Dr. med. Sybille Mergner
 Herr Prof. Dr. med. habil. Carsten Boltze

abgegebene Stimmen: 90 (30 x 3)
gültige Stimmen: 75
ungültige Stimmen: 25

Frau Dr. med. Marlies Bölich **21**
Herr Tobias Wüstefeld **19**
Herr Prof. Dr. med. habil. Carsten Boltze **18**
Frau Dr. med. Sybille Mergner 17

Herr Wüstefeld war bis Wahlgang 9 Mitglied des Wahlausschusses. Wegen seiner Kandidatur für den Finanzausschuss übernahm Frau Dr. Mergner ab Wahlgang 10 das Amt als Mitglied des Wahlausschusses.

2. Wahlgang

Wahl des Vorsitzenden der Vertreterversammlung

Kandidaten: **Herr Dr. med. Ulf Zitterbart**
 Herr Dr. med. Andreas Jordan

abgegebene Stimmen: 30
gültige Stimmen: 29
ungültige Stimmen: 1

Herr Dr. med. Andreas Jordan: **15**
Herr Dr. med. Ulf Zitterbart: 14

3. Wahlgang

Wahl des stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung

Kandidat: **Herr Dr. med. Michael Sakriß**

abgegebene Stimmen: 30
gültige Stimmen: 29
ungültige Stimmen: 1

Ja-Stimmen: **24**
Nein-Stimmen: 5

4. Wahlgang

Wahl des ersten Vorstandsmitgliedes

Kandidaten:	Herr Dr. med. Thomas Schröter Frau Dipl.-Psych. Dagmar Petereit
abgegebene Stimmen:	30
gültige Stimmen:	30
ungültige Stimmen:	0
Herr Dr. med. Thomas Schröter	16
Frau Dipl.-Psych. Dagmar Petereit	14

5. Wahlgang

Wahl des zweiten Vorstandsmitgliedes

Kandidat:	Frau Dr. med. Annette Rommel
abgegebene Stimmen:	30
gültige Stimmen:	29
ungültige Stimmen:	1
Ja-Stimmen:	27
Nein-Stimmen:	2

6. Wahlgang

Wahl des 1. Vorsitzenden des Vorstandes

Kandidaten:	Herr Dr. med. Thomas Schröter Frau Dr. med. Annette Rommel
abgegebene Stimmen:	30
gültige Stimmen:	28
ungültige Stimmen:	2
Frau Dr. med. Annette Rommel	26
Herr Dr. med. Thomas Schröter	2

7. Wahlgang

Wahl eines hausärztlichen Mitgliedes für den Vorstandsausschuss

Kandidat:	Herr Dr. med. Ulf Zitterbart
abgegebene Stimmen:	30
gültige Stimmen:	27
ungültige Stimmen:	3
Ja-Stimmen:	26
Nein-Stimmen:	1

8. Wahlgang

Wahl eines fachärztlichen Mitgliedes für den Vorstandsausschuss

Kandidat:	Herr Dipl.-Med. Ingo Menzel	
abgegebene Stimmen:		30
gültige Stimmen:		29
ungültige Stimmen:		1
Ja-Stimmen:		19
Nein-Stimmen:		10

9. Wahlgang

Wahl eines psychotherapeutischen Mitgliedes für den Vorstandsausschuss

Kandidat:	Frau Dipl.-Psych. Dagmar Petereit	
abgegebene Stimmen:		30
gültige Stimmen:		29
ungültige Stimmen:		1
Ja-Stimmen:		23
Nein-Stimmen:		6

Bildung einer Kommission nach § 9 Abs. 2 der Satzung

Die Vertreterversammlung beschloss, eine Kommission zu bilden, die die Vertragsverhandlungen mit den gewählten Vorstandsmitgliedern führt, der der Vorsitzende der Vertreterversammlung und dessen Stellvertreter sowie die Mitglieder des Vorstandsausschusses angehören.

Vorsitzender Vertreterversammlung: Herr Dr. med. Andreas Jordan

Stellv. Vors. Vertreterversammlung: Herr Dr. med. Michael Sakriß

**Mitglieder Vorstandsausschuss: Herr Dr. med. Ulf Zitterbart
Herr Dipl.-Med. Ingo Menzel
Frau Dipl.-Psych. Dagmar Petereit**

10. Wahlgang

Wahl des Finanzausschusses gemäß § 20 der Satzung

Kandidaten:	Herr Dr. med. Peter Baum Herr Dr. med. Michael Herzau Herr Dr. med. Thomas Hagemeyer Herr Dr. med. Rolf-Peter Römer Frau Dr. med. Denise Lundershausen Herr Tobias Wüstefeld
--------------------	---

abgegebene Stimmen:	90 (30 x 3)
gültige Stimmen:	79
ungültige Stimmen:	11
Herr Dr. med. Peter Baum	17
Herr Dr. med. Michael Herzau	14
Herr Dr. med. Thomas Hagemeier	14
Herr Tobias Wüstefeld	13
Frau Dr. med. Denise Lundershausen	11
Herr Dr. med. Rolf-Peter Römer	10

11. Wahlgang

Wahl der stellvertretenden Mitglieder des Finanzausschusses gemäß § 20 der Satzung

Kandidaten: **Herr Dr. med. Rolf-Peter Römer**
 Frau Dr. med. Denise Lundershausen
 Herr Tobias Wüstefeld
 Herr Dr. med. Ronald Bastian

abgegebene Stimmen:	120 (30 x 4)
gültige Stimmen:	76
ungültige Stimmen:	44
Herr Tobias Wüstefeld	23
Herr Dr. med. Rolf-Peter Römer	18
Herr Dr. med. Ronald Bastian	18
Frau Dr. med. Denise Lundershausen	17

12. Wahlgang

Stichwahl 2. und 3. stellvertretendes Mitglied des Finanzausschusses gemäß § 20 der Satzung

Kandidaten: **Herr Dr. med. Rolf-Peter Römer**
 Herr Dr. med. Ronald Bastian

abgegebene Stimmen:	30
gültige Stimmen:	30
ungültige Stimmen:	0
Herr Dr. med. Ronald Bastian	16
Herr Dr. med. Rolf-Peter Römer	14

13. Wahlgang

Wahl des Sitzungsausschusses

Kandidaten: **Frau Dr. med. Sabine Köhler**
 Frau Dipl.-Med. Mechthild Funke
 Frau Priv.-Doz. Dr. med. habil. Kirsten Jung

Die Wahl des Satzungsausschusses erfolgte per Handzeichen im Block.

abgegebene Stimmen:	30
Ja-Stimmen:	28
Nein-Stimmen:	0
Stimmenthaltungen:	2

Protokollerarbeitung:
Sabine Tappert

Protokollbestätigung:

gez.
Ass. jur. Bettina Jäger-Siemon
Wahlleiterin

ERFURT

Herr PD Dr. med. R. Lundershausen
Thälmannstraße 25
99085 Erfurt
Tel.: 0361- 5667216
Fax: 0361- 5667211

ERFURT

Landeshauptstadt Erfurt
Amt für Soziales und Gesundheit
Impfstelle für Auslandsreisende
Herr Dipl. Med. Gerrit Hesse
Juri-Gagarin-Ring 150
99084 Erfurt
Tel.: 0361 6554292
Fax: 0361 6554259

JENA

Friedrich Schiller- Universität Jena
Klinik für Innere Medizin II
Herr Prof. Dr. med. Pletz,
Herr Dr. med. Schleenvoigt,
Herr Dr. med. Weis
Erlanger Allee 101
07740 Jena
Tel.: 03641- 9324275
Fax: 03641- 9324222

JENA

Friedrich Schiller- Universität Jena
Zentrum für Gesundheits- und
Sicherheitsmanagement (ZGS)
Arbeitsmedizinischer Dienst
Frau OÄ Dr. med. Bornmann
Erlanger Allee 103
07740 Jena
Tel.: 03641- 9398101
Fax: 03641- 935355

WARTBURGKREIS

Landratsamt Wartburgkreis
Gesundheitsamt- Außenstelle Eisenach
Frau Dr. Maier, Frau DM Jung/ Frau Dr.
Langlotz
Markt 22
99817 Eisenach
Tel.: 03691- 670462
Fax: 03691- 670463

WARTBURGKREIS

Landratsamt Wartburgkreis
Gesundheitsamt
Frau Dr. Maier, Frau DM Jung/Frau Dr.
Langlotz
Erzberger Allee 14
36433 Bad Salzungen
Tel.: 03695- 617402
Fax: 03695- 617499

SUHL

BAD Gesundheitsvorsorge und
Sicherheitstechnik GmbH, Zentrum Suhl
Frau Dipl. Med. Büttner
Industriestrasse 18
98544 Zella-Mehlis
Tel.: 03682 88260
Fax: 03682 882620

NORDHAUSEN

Südharz- Krankenhaus Nordhausen gGmbH
Medizinische Klinik
Herr Dr. med. Fessel
Robert- Koch- Str. 39
99734 Nordhausen
Tel.:03631 412311
Fax:03631 412310

STADTRODA

Landratsamt Saale-Holzlandkreis
Gesundheitsamt
Frau Dr. Naumann
Heinrich-Heine-Straße 15 b
07646 Stadtroda
Tel.: 036691 70813
Fax: 036691 70898

WEIMAR

Allgemeinarztpraxis
Herr Dr. med. Thomas Seidel
Warschauer Str. 26 A5
99427 Weimar
Tel.: 03643 502151
Fax: 03643 7737367

GERA

SRH-Waldklinikum Gera
Medizinische Klinik 3
Abteilung Impfstelle
Herr Sebastian Stößel
Straße des Friedens 122
07548 Gera
Tel.: 0365 8282318

RUDOLSTADT

MVZ der Thüringen-Kliniken
„Georgius Agricola“ GmbH
Praxis Frau Beatrice M. Furcht
Hugo-Trinckler-Straße 2-4
07407 Rudolstadt
Tel.: 03672 4564760
Fax: 03672 4564761

Stand: 11.1. 2017

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



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

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

Bankverbindung

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

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

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

Rezept für Bewegung

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Ellen Lundershausen
Präsidentin
Landesärztekammer Thüringen

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

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

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

Peter Gösel
Präsident
Landessportbund Thüringen e.V.



Freistaat Thüringen  Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie





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

Fax: 0361 3405477

Ja, ich bestelle

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

..... Stück Block à 20 Rezepte

..... Stück Plakate A4

..... Stück Plakate A3

[Bitte die gewünschten Bestellzahlen eintragen.]

Bitte schicken Sie mir die Artikel an folgende Adresse:

Name:

Straße:

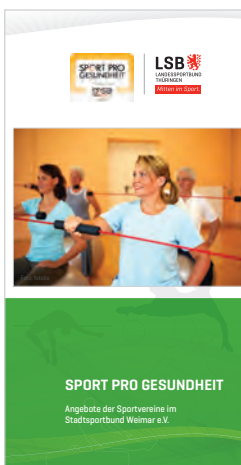
PLZ/Ort:

Telefon:

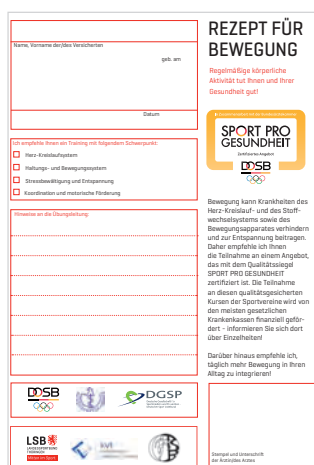
Fax:

E-Mail:

Flyer Sport pro Gesundheit



Rezept für Bewegung
 DIN A5-Block à 20 Rezepte



Plakate
 DIN A4 oder A3



Name, Vorname der/des Versicherten	
	geb. am
Datum	

Ich empfehle Ihnen ein Training mit folgendem Schwerpunkt:

Herz-Kreislaufsystem

Haltungs- und Bewegungssystem

Stressbewältigung und Entspannung

Koordination und motorische Förderung

Hinweise an die Übungsleitung:



REZEPT FÜR BEWEGUNG

Regelmäßige körperliche Aktivität tut Ihnen und Ihrer Gesundheit gut!



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

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

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Kostenlose Materialien können Sie beim Landessportbund Thüringen oder bei der KV Thüringen bestellen:

- KV Thüringen: Marion Letetzki, Telefon 03643 559-728
- Landessportbund Thüringen: Kerstin Lang, Telefon 0361 3405435, E-Mail k.lang@lsb-thueringen.de

Sie haben die ärztliche Empfehlung, an einem SPORT PRO GESUNDHEIT-Angebot teilzunehmen. Sämtliche Angebote in Ihrer Nähe finden Sie im Internet unter www.sportprogesundheit.de .	
Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Landessportbund/Sportkreis: Landessportbund Thüringen e.V.	
Kontakt:	Referat Breitensport
Telefon:	0361 34054-35
E-Mail:	k.lang@lsb-thueringen.de
Internet:	www.rezept-fuer-bewegung.de

Sport ist gesund
und wirkt präventiv!
Fangen Sie an!



Mitteilung der Übungsleitung an die verordnende Ärztin/ den verordnenden Arzt:

Ihr/e Patient/in hat an unserem Bewegungsangebot teilgenommen.

Stempel und Unterschrift des Vereins

 Freistaat Thüringen		 Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie		 AGETHUR Landeserziehung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.
--	---	---	---	---