



Editorial

Amtliche Bekanntmachungen

- Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes in § 16 Abs. 2 – Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens und der Fachgruppenkontingente bei Selektivverträgen und bei der Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 87b SGB V der KV Thüringen
- Bereitschaftsdienstordnung der KV Thüringen

Ihre Fachinformationen

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
 - Hinweise zur Überweisungssteuerung 1
 - Abrechnung von Leistungen im Rahmen des Auslandsabkommens 2
 - Freigabe des Duplexdruckverfahrens für die Blankoformularbedruckung für einzelne Muster zum 01.07.2018 3
 - Änderungen in der konventionellen und Blankoformularbedruckung für die Muster 9 und 56 3
- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
 - Fortbildungsveranstaltung zur parenteralen Ernährung 3
 - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 4
 - Hinweise zur Gripeschutzimpfung 2018/2019 5
- **Qualitätssicherung**
 - Feedback-Berichte der Disease-Management-Programme 6
 - Weitere Informationen rund um DMP 8
 - Rückmeldung an den überweisenden Arzt bei Therapieaufnahme durch den Psychotherapeuten 9
- **Verträge**
 - Aktualisierte Listen der teilnehmenden BKKn an Thüringer Sonderverträgen 9
- **Alles was Recht ist**
 - Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag 10
- **Ärztliche Selbstverwaltung**
 - „Notdienst“ wird „Bereitschaftsdienst“ – Vertreterversammlung beschließt Reform der Notdienstordnung 11
- **Infomationen**
 - Telematikinfrastruktur: Finanzierung verbessert, neuer Anbieter für Praxisausweis 14
 - Neuaufgabe: Serviceheft zur Reha-Verordnung bietet jetzt noch mehr Hinweise 15
 - Ratgeber zum achtsamen Umgang mit digitalen Medien bei Kindern und Jugendlichen 15

Terminkalender

Generationen-Stammtisch – Zukunft gestalten	16
Abrechnungstermine für das 2. Quartal 2018	16
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	17

Anlagen

- Anlage 1 – Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (veröffentlicht im BAnz AT 23.05.2018 B2)
- Anlage 2 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen
- Anlage 3 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am Hautscreening-Vertrag in Thüringen und an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“
- Anlage 4 – Telematikinfrastruktur: Finanzierung der Erstausrüstung und der laufenden Betriebskosten und notwendige technische Komponenten für den Anschluss

Beilage

Formular (MUSTER) – Therapieaufnahme/Befundbericht/Therapiebeendigung/Therapieabbruch (gemäß EBM 2.1.4 Berichtspflicht)

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

verantwortlich: Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer

Redaktion: Babette Landmann, Stabsstelle Kommunikation/Politik

Telefon: 03643 559-193

Telefax: 03643 559-191

Internet: www.kvt.de

E-Mail: info@kvt.de

Druck: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

unser vertragsärztlicher Notdienst heißt jetzt ärztlicher Bereitschaftsdienst. Das hat die Vertreterversammlung in ihrer jüngsten Sitzung im Zuge der Novellierung der Notdienstordnung (jetzt: Bereitschaftsdienstordnung) beschlossen. Manch einer mag sich an den Kopf greifen und sich fragen, was soll diese Wortspielerei. Die Erklärung liegt in einer bundesweiten Vereinheitlichung des Begriffes für den Dienst in unseren sprechstundenfreien Zeiten, auch für die Bewerbung der Nummer 116117. Der Bereitschaftsdienst ist ein wertvolles Gut, denn er ermöglicht es uns Ärzten, die Verantwortung für unsere Patienten an Kollegen zu delegieren und selbst Freizeit zu haben. Der Rettungsdienst ist für die lebensbedrohlichen Fälle da, die unverzüglich auszuführen sind. Wir kümmern uns um die anderen akute Behandlungsanlässe außerhalb der Sprechzeiten. Dazu sind wir bereit und das können wir!

Oft wird beklagt, dass viele Patienten den Bereitschaftsdienst missbrauchen oder zumindest in fehlerhafter Weise in Anspruch nehmen. Die Bilanz von 13 Konsultationen wegen Zecken bei 26 Patienten während eines Sitzdienstes ist schon bedenklich und ärgerlich. Falsche Informationen in den Medien, selbst ernannte Gurus auf dem Gebiet und die fehlende Gesundheitskompetenz der Bevölkerung sind für diese Misere verantwortlich. Wir können diesem Problem nur mit Empathie und Aufklärung begegnen. Ein Hausbesuch ist dafür sicher nicht notwendig, auch wenn er angefordert würde. Aber der Arzt-Patienten-Kontakt im Fahrdienst nach Vermittlung durch unsere Dispatchingzentrale ist nach wie vor Standard, auch nach der möglichen Modifikation des Fernbehandlungsverbotes durch unsere Landesärztekammer nach dem Ärztetag-Beschluss. Allerdings ist auch jeder Arzt für sein Tun selbst verantwortlich. Unsere Bereitschaftsdienstordnung gibt uns den Rahmen vor, in dem wir unseren Dienst absolvieren. Ein Dienst ist ein Dienst und stößt auch bei erfahrenen Kollegen besonders spezialisierter Fachrichtungen nicht immer auf Begeisterung. Aber die Verpflichtung, sich für den Dienst fortzubilden,

hilft vielleicht, manch scheinbare Hürde zu überwinden. Die Vertreterversammlung wollte hier nicht explizit eine zu erreichende Punktzahl festlegen, hat uns aber aufgegeben, in unserem Fortbildungsprogramm Möglichkeiten zu eröffnen, entsprechende Veranstaltungen zu besuchen.

Die Verlängerung der Dienstzeiten und damit die Verkürzung der Präsenzpflicht stieß auch bei dieser Vertreterversammlung nicht auf Zustimmung. Deutlich wurde, dass es hierbei eine gute Balance geben muss zwischen Attraktivität des Dienstes und der Möglichkeit, den Dienst in seinen Sprechstundenalltag zu integrieren. Die Diskussionen zur Bereitschaftsdienstordnung zum letztendlichen Beschluss in der Vertreterversammlung waren auf eine breite ärztliche Basis gestellt. Die Beratenden Fachausschüsse und der Notdienstausschuss hatten sich zu den Änderungen geäußert und ihre Erfahrungen und Wünsche eingebracht.

Unsere Notdienstbeauftragten heißen jetzt wieder Obfrauen oder -männer, weil der alternative Begriff zu sperrig gewesen wäre. Sie sind nach wie vor ein wichtiges Bindeglied zwischen Vorstand und Notdienstausschuss und den Kollegen in den Regionen. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit ist Grundlage für ein gutes Funktionieren unseres Bereitschaftsdienstes und damit unseres Sicherstellungsauftrages. Ich spreche ausdrücklich allen Kolleginnen und Kollegen, die diese nicht immer leichte Tätigkeit ausführen, meinen ausdrücklichen Dank aus.

Es grüßt Sie kritisch und optimistisch wie immer

Ihre



Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende

Amtliche Bekanntmachungen

Gemäß § 24 der Satzung der KV Thüringen wird darauf hingewiesen, dass nachfolgende Bekanntmachungen auf der Internetseite der KV Thüringen einzusehen sind.

- Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes in § 16 Abs. 2 – Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens und der Fachgruppenkontingente bei Selektivverträgen und bei der Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 87b SGB V der KV Thüringen (Beschluss der Vertreterversammlung vom 13. Juni 2018)
- Bereitschaftsdienstordnung der KV Thüringen (Beschluss der Vertreterversammlung vom 13. Juni 2018)

Die Bekanntmachungen finden Sie im Internetportal der KV Thüringen unter www.kvt.de in der Rubrik „**Amtliche Bekanntmachungen und Beschlüsse der Vertreterversammlung**“. Diese erreichen Sie direkt über die Startseite (Button auf der rechten Seite) der KV Thüringen. Auf Anforderung kann der Text der Bekanntmachung im Einzelfall in Papierform oder per E-Mail zur Verfügung gestellt werden.

Abrechnung/Honorarverteilung

Hinweise zur Überweisungssteuerung

Damit die Inhalte der Vereinbarung zur Überweisungssteuerung – gilt für die Versicherten der AOK PLUS – korrekt umgesetzt werden, hier nochmal die wesentlichen Fakten der Vereinbarung:

▪ Ablauf der Überweisungssteuerung:

1. Prüfung der Überweisungsdringlichkeit des Patienten.
2. Wenn dringliche Behandlungsnotwendigkeit zwischen einem Tag und einer Woche besteht, erfolgt die **Vereinbarung des Termins** zwischen beiden beteiligten Arztpraxen. Das heißt: Die überweisende Arztpraxis muss vor Ausstellung der dringlichen Überweisung einen Termin mit der anderen Arztpraxis vereinbaren und diesen Termin dem Patienten benennen. Diese Aufgabe darf nicht auf den Patienten übertragen werden. Die Art und Weise der Terminvereinbarung (per Telefon, E-Mail, Telefax etc.) ist dabei nicht festgelegt.
3. Beim Ausstellen der Überweisung muss der Aufdruck der Abrechnungsnummer 99997A oder 99997B – je nach Kategorie der Dringlichkeit – erfolgen.
 - Abrechnung der 99997A oder 99997B bei dem Patienten am Tag der Ausstellung der Überweisung
4. In der annehmenden Praxis wird der Überweisungsschein bei Aufnahme des Patienten in die Praxis-EDV als solcher angelegt. Wie alle anderen Überweisungen wird dieser bis vier Jahre nach Bekanntgabe des Honorarbescheides aufbewahrt.
 - Abrechnung der 99998A oder 99998B bei dem Patienten am Tag der Behandlung

Achtung! Der Vertrag zur Überweisungssteuerung erstreckt sich **nicht** auf die Terminvergabe von Ärzten innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) untereinander.

▪ Vergütungs- und Abrechnungsmodalitäten:

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

Abrechnung von Leistungen im Rahmen des Auslandsabkommens

Nach dem zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht haben Patienten aus dem EU- bzw. EWR-Ausland und der Schweiz, die im Ausland krankenversichert sind, sich vorübergehend in Deutschland aufhalten und ärztliche Behandlung benötigen, direkten Anspruch auf eine vertragsärztliche Versorgung. Vorausgesetzt, die Patienten weisen sich mit der Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) bzw. einer provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB) oder alternativ mit einem Abrechnungsschein einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aus. Die Abrechnung der Behandlung erfolgt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). **Ohne Vorlage einer Anspruchsberechtigung sind die ärztlichen Leistungen nach Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) privat in Rechnung zu stellen.**

Die Vereinbarung zur Anwendung der europäischen Krankenversicherungskarte sieht vor, dass der Patient nach Vorlage der EHIC bzw. der PEB in der Praxis **vor Beginn der Behandlung** die aushelfende deutsche Krankenkasse auswählt. Im Anschluss ist das Patientenformular, welches im Praxisverwaltungssystem (PVS) in 13 Sprachen hinterlegt ist, auszudrucken und vom Patienten oder gemeinsam mit dem Patienten gut lesbar auszufüllen. Zusätzlich ist **das Datum, der Stempel und die Unterschrift des Arztes** aufzutragen und anschließend zu kopieren. Zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs sind die **Vorder- und Rückseite der EHIC bzw. der PEB jeweils zweimal zu kopieren** und zusätzlich mit Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes auf allen Kopien zu versehen. Eine Kopie des Identitätsnachweises ist nach Überprüfung der Identität nicht erforderlich.

Eine Kopie der Dokumentation des Behandlungsanspruchs (mit Datum, Stempel und Unterschrift) und das Original-Patientenformular sind unverzüglich nach dem ersten Arzt-Patienten-Kontakt an die aushelfende deutsche Krankenkasse zu übersenden. Die Zweitkopie der Dokumentation des Behandlungsanspruchs (mit Datum, Stempel und Unterschrift) und die Kopie des Patientenformulars sind bei der erstmaligen Abrechnung mit den Abrechnungsunterlagen bei der KV Thüringen einzureichen. Nur vollständige Abrechnungsunterlagen werden in der KV Thüringen weiterverarbeitet, alle unvollständigen Nachweise werden zur Änderung/Ergänzung an die Arztpraxis zurückgesandt. Es entfällt die Aufbewahrung der Kopien in der Arztpraxis.

Für die Kopien ist die GOP 40144 und für das Versenden der Unterlagen ist die GOP 40120 berechnungsfähig. In der Abrechnungsdatei werden die Behandlungsfälle zum Auslandsabkommen in der Praxis-EDV mit dem Versichertenstatus „1“ (Mitglied) sowie als Besondere Personengruppe „7“ (SVA) angelegt. Damit wird der Fall als sonstiger Kostenträger gekennzeichnet und entsprechend extrabudgetär vergütet.

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

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

Freigabe des Duplexdruckverfahrens für die Blankoformularbedruckung für einzelne Muster zum 01.07.2018

Bisher war nicht eindeutig geregelt, ob Formulare mit Vorder- und Rückseite auch bei der Blankoformularbedruckung beidseitig bedruckt werden dürfen. Nun haben sich die Partner des Bundesmantelvertrages auf eine Klarstellung verständigt. Für folgende Vordruckmuster kann ab 01.07.2018 die Duplexbedruckung genutzt werden:

- Muster 12: Verordnung häuslicher Krankenpflege
- Muster 13: Heilmittelverordnung (Physikalische/Podologische Therapie)
- Muster 14: Heilmittelverordnung (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)
- Muster 15: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe
- Muster 18: Heilmittelverordnung (Ergotherapie/Ernährungstherapie)
- Muster 56: Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining
- Muster 63: Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

Änderungen in der konventionellen und Blankoformularbedruckung für die Muster 9 und 56

Das neu gestaltete Muster 9 („Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten) tritt zum **Stichtag 01.07.2018 in Kraft**. Ab diesem Zeitpunkt **muss** das neue Formular verwendet werden.

Ebenso wird das Muster 56 („Ärztliche Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining“) zum 01.07.2018 angepasst. Die aktuell gültigen Muster dürfen jedoch weiter genutzt und aufgebraucht werden, da hier **keine Stichtagsregelung** besteht.

Ihr Ansprechpartner zur Blankoformularbedruckung: Claus Wähnert, Telefon 03643 559-408

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Fortbildungsveranstaltung zur parenteralen Ernährung

Uns erreichen häufig Fragen zur Verordnung von Ernährungslösungen. Welche Trink-/Sondennahrung oder Ernährungslösung darf ich verordnen? Was muss ich dabei beachten, gibt es Stolpersteine? Bei welchen Erkrankungen darf ich sie verordnen? Wann ist es überhaupt sinnvoll auf künstliche Ernährung zurückzugreifen?

Gerne wollen wir Ihnen in Zusammenarbeit mit Herrn Dr. Putziger, Ernährungsmediziner aus Leipzig, hierzu eine Informationsveranstaltung anbieten. Im ersten Teil informieren wir Sie über die gesetzlichen Grundlagen der Verordnungsfähigkeit von enteraler und parenteraler Ernährung. Danach erfahren Sie von Herrn Dr. Putziger einiges zu den verschiedenen Formen der Mangelernährung und wie man dieser gezielt und effektiv begegnen kann. Herr Dr. Putziger bringt sehr viel Erfahrung in der Ernährungsmedizin mit und untermauert seinen Vortrag anschaulich mit Beispielen aus der Praxis.

Bei Interesse an einer solchen Veranstaltung melden Sie sich bitte bei Silke Jensen, Gruppe Dienstleistungen, Telefon 03643 559-282, an.

Bei inhaltlichen Fragen wenden Sie sich bitte an Anja Auerbach, Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung, Telefon 03643 559-763.

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

▪ Medizinprodukte – Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (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
Aqua B. Braun	23.01.2023	08.05.2018
Macrogol dura®	11.05.2023	15.04.2018
Medicoforum Laxativ	11.05.2023	12.05.2018
NaCl 0,9 % B. Braun	23.01.2023	08.05.2018
Ringer B. Braun	23.01.2023	08.05.2018

▪ Docetaxel im Off-Label-Use – Anlage VI der AM-RL

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

Ausnahme ist eine Verordnung im Off-Label-Use nach Anlage VI Teil A der AM-RL möglich. Neu aufgenommen wurde hier „**Docetaxel bei hormonsensitivem Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (M1)**“. Den vollständigen Text der Bekanntmachung finden Sie in **Anlage 1** dieses Rundschreibens. Bitte beachten Sie, dass nicht alle Hersteller der entsprechenden Arzneimittel ihre Zustimmung für den Einsatz bei dieser Indikation erteilt haben. Die Bekanntmachung enthält eine Auflistung der verordnungsfähigen Präparate. Der Beschluss trat am 24.05.2018 in Kraft.

Die Anlage VI, Teil B der AM-RL führt die im Off-Label-Use ausgeschlossenen Arzneimittel auf. Eine vollständige Auflistung aller derzeit im Off-Label-Use verordnungsfähigen bzw. ausgeschlossenen Arzneimittel und Indikationen finden Sie unter www.g-ba.de.

▪ Frühe Nutzenbewertung – Anlage XII der AM-RL

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

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassene Anwendungsgebiete*	Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie*
Abirateronacetat (Zytiga®) 07.06.2018	Neues Anwendungsgebiet: Behandlung des neu diagnostizierten Hochrisiko-metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinoms	Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber einer konventionellen Androgendeprivation ggf. in Kombination mit Docetaxel und Prednison oder mit einem nichtsteroidalen Antiandrogen.
Cladribin (MAVENCLAD) 17.05.2018	Hochaktive schubförmige multiple Sklerose	Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber verschiedenen Vergleichstherapien.**
Dupilumab (Dupixent®) 17.05.2018	Mittelschwere bis schwere atopische Dermatitis bei Erwachsenen, die für eine systemische Therapie in Frage kommen	Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber einem patientenindividuell optimierten Therapieregime.

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassene Anwendungsgebiete*	Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie*
Guselkumab (Tremfya) 17.05.2018	Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen, die für eine systemische Therapie in Frage kommen	Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber verschiedenen Vergleichstherapien.
Niraparib (Zejula) 07.06.2018 Beschluss ist befristet bis 01.10.2020	Karzinom der Ovarien, der Tuben oder des Peritoneums	Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen – da es sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens handelt, gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt.
Perampanel (Fycompa®) 17.05.2018	Neues Anwendungsgebiet: Zusatztherapie bei primär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen bei Patienten ab 12 Jahren mit idiopathischer generalisierter Epilepsie.	Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber einer patientenindividuellen antiepileptischen Therapie.**

* 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 gemäß § 130b SGB V zu vereinbarenden Erstattungsbetrag. Sollte nach sechs Monaten keine Einigung erzielt worden sein, wird das Schiedsamt innerhalb von drei weiteren Monaten entscheiden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert auf ihrer Internetseite www.arzneimittel-infoservice.de und im Deutschen Ärzteblatt ausführlich über die frühe Nutzenbewertung. Eine Schnellübersicht zur Verordnung von Arzneimitteln findet sich dort auch unter der Rubrik „Arzneimittel-Richtlinie“.

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

Hinweise zur Gripeschutzimpfung 2018/2019

Mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses – entsprechend der Empfehlung der Ständigen Impfkommission vom Januar 2018 – wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass gesetzlich Versicherte künftig gemäß der Schutzimpfungs-Richtlinie mit einem quadrivalenten Grippeimpfstoff geimpft werden können. Der Beschluss steht aktuell noch unter dem Vorbehalt der Veröffentlichung im Bundesanzeiger.

Derzeit sind in Deutschland drei quadrivalente Grippeimpfstoffe zugelassen. Vaxigrip Tetra® und Influx Tetra® sind ab einem Alter von sechs Monaten, Influvac Tetra® ist hingegen erst ab einem Alter von 18 Jahren zugelassen. Die AOK PLUS wird im Namen aller gesetzlichen Krankenkassen in einem Schreiben an alle impfenden Ärzte über die aktuellen Preise informieren. Die Auswahl der Impfstoffe sollte bedarfsgerecht und wirtschaftlich erfolgen. Bitte beachten Sie, dass Vorbestellungen direkt beim Hersteller weiter unzulässig sind. Sinnvoll ist es, den voraussichtlichen Bedarf an Grippeimpfstoffen mit Ihrer Lieferapotheke zu besprechen und abzustimmen.

Wie bisher gelten folgende **Grundsätze**:

- Für die Verordnung von Grippeimpfstoffen 2018/2019 für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Ordnungsblatt Muster 16 zu verwenden. Die Verordnung ist zu Lasten des Kostenträgers AOK PLUS auszustellen und die Markierungsfelder „8“ (Impfstoffe) und „9“ (Sprechstundenbedarf) sind zu kennzeichnen.
- Auf der Verordnung ist die vollständige namentliche Bezeichnung des Impfstoffes (einschließlich der Angabe mit bzw. ohne Kanüle/Nadel) und die Anzahl der Packungen bzw. Impfstoffdosen (Verordnungsmenge) anzugeben.

- Zur Vermeidung von Impfstoff-Überbeständen am Ende der Impfsaison soll die Verordnung bedarfsgerecht (Orientierung an Monatszeiträumen) erfolgen.
- Der über die AOK PLUS bezogene Sprechstundenbedarf darf nur für Patienten der GKV und der freien Heilfürsorge (Bundeswehr, Bundespolizei, Polizei) verwendet werden.
- Für Impfungen anderer Kostenträger ist ein gesonderter Vorrat anzulegen und eine Verordnung zu Lasten dieser Kostenträger bzw. als Privatrezept auszustellen.

Prüfen Sie die Abrechnung Ihrer Leistungen auf Vollständigkeit. Aus der Rechtsprechung erwächst die Verpflichtung, erbrachte Leistungen auch abzurechnen. Bei einer Vielzahl täglicher Impfleistungen, wie in der Grippezeit üblich, darf die Leistungsabrechnung nicht unterbleiben. Diskrepanzen zwischen der Menge der bezogenen Impfstoffdosen und der Anzahl der abgerechneten Impfleistungen führten in der Vergangenheit zu Vorwürfen der Unwirtschaftlichkeit sowie zu Einzelfallprüfungen von Seiten der Krankenkassen und sollten daher vermieden werden.

Es besteht weiterhin Konsens mit den Thüringer Krankenkassen und ihren Verbänden, das bisherige Prozedere bei Grippezeitimpfungen fortzuführen. **Im Interesse der Verhinderung einer Influenzaepidemie sollten möglichst alle Patienten der in der Schutzimpfungs-Richtlinie genannten Indikationsgruppen geimpft werden**, insbesondere wie bisher z. B. die Personen mit Publikumsverkehr und über 60-Jährige (denken Sie in diesem Zusammenhang auch an eine ggf. notwendige Pneumokokkenimpfung).

Ihre Ansprechpartnerinnen: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-760
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Qualitätssicherung

Feedback-Berichte der Disease-Management-Programme

Nach dem Versand der persönlichen Feedbackberichte an die teilnehmenden Vertragsärzte wurde deutlich, dass sich viele Vertragsärzte mit den Berichten auseinandergesetzt haben. Einige Ärzte haben sich mit konkreten Fragen in Bezug auf die Auswertungen der Qualitätssicherungsmaßnahmen an die KV Thüringen gewandt.

Bei der Mitbehandlung des diabetischen Fußes – DMP Diabetes mellitus Typ 2, ist eine Aussage erst nach einem Jahr aussagekräftig. Da zum 01.07.2017 der Vertrag zum Diabetes mellitus Typ 2 angepasst und aktualisiert wurde, ist **ein Vergleich somit erst mit der Auswertung des 1. Halbjahres 2018 möglich**. Die KV Thüringen ist aber zum Erstellen der Feedback-Berichte vertraglich verpflichtet.

Nachfolgend möchten wir auf wesentliche Fragen eingehen:

▪ Fußstatus DMP Diabetes mellitus Typ 2

Die jeweiligen Angaben zu den Fragekomplexen „Pulsstatus“, „Sensibilitätsprüfung“, „Weiteres Risiko für Ulcus“, „Ulcus“ und „(Wund)Infektion“ sind nur dann verpflichtend, wenn Ihr Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat. Bei jüngeren Patienten sind die Angaben optional. Hat Ihr Patient das 18. Lebensjahr vollendet, muss jedoch zu jedem Fragekomplex eine Angabe erfolgen. Sollte an beiden Füßen eine Schädigung vorliegen, muss nur der schwerer betroffene Fuß dokumentiert werden.

▪ Pulsstatus DMP Diabetes mellitus Typ 2

Geben Sie bitte bei allen Patienten an, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ob der Pulsstatus auffällig oder unauffällig ist. Genau eine Angabe ist hier zulässig. Bitte geben Sie „unauffällig“ nur dann an, wenn an beiden Füßen keine Auffälligkeit besteht.

Sollten Sie den Pulsstatus nicht erhoben haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

▪ **Sensibilitätsprüfung DMP Diabetes mellitus Typ 2**

Geben Sie bitte bei allen Patienten an, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ob die Sensibilitätsprüfung auffällig oder unauffällig ist. Genau eine Angabe ist zulässig. Eine Sensibilitätsstörung liegt vor, wenn die den Fuß schützenden Empfindungsqualitäten eingeschränkt sind (Nachweis z. B. durch Monofilament oder Stimmgabeltest).

Bitte geben Sie „unauffällig“ nur dann an, wenn an beiden Füßen keine Auffälligkeit besteht.

Sollten Sie die Sensibilitätsprüfung nicht durchgeführt haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

▪ **Weiteres Risiko für Ulcus DMP Diabetes mellitus Typ 2**

Geben Sie bitte bei allen Patienten an, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ob ein weiteres Risiko für die Entstehung eines Ulcus besteht. Hierzu zählen die Fußdeformität, die Hyperkeratose mit Einblutung, der Zustand nach einem vorherigen Ulcus und auch der Zustand nach einer Amputation (z. B. des Vorfußes). Mehrfachangaben sind möglich. Bitte beachten Sie bei Mehrfachnennungen, dass neben der Angabe „nicht untersucht“ oder „nein“ keine weitere Angabe gemacht werden kann.

Bitte geben Sie „nein“ nur dann an, wenn an beiden Füßen kein Risiko für ein Ulcus besteht.

Sollten Sie das Ulcus-Risiko nicht erhoben haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

▪ **Ulcus DMP Diabetes mellitus Typ 2**

Geben Sie bitte bei allen Patienten an, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ob ein Ulcus besteht. Bei Vorliegen eines Ulcus ist genau eine Angabe zur Beschaffenheit des Ulcus – „oberflächlich“ oder „tief“ – erforderlich. Bei Vorliegen mehrerer Ulzerationen ist der schwerste Befund zu dokumentieren.

Sollte an beiden Füßen eine Schädigung vorliegen, ist nur der schwerer betroffene Fuß zu dokumentieren. Bitte geben Sie „nein“ nur dann an, wenn an beiden Füßen kein Ulcus besteht.

Sollten Sie das Vorhandensein eines Ulcus nicht untersucht haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

▪ **(Wund)Infektion DMP Diabetes mellitus Typ 2**

Geben Sie bitte bei allen Patienten an, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ob eine (Wund)Infektion an einem oder an beiden Füßen vorliegt. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bitte geben Sie „nein“ nur dann an, wenn an beiden Füßen keine (Wund)Infektion besteht. Sollten Sie die Füße nicht auf das Vorliegen von (Wund)Infektionen untersucht haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

▪ **Injektionsstellen (bei Insulintherapie) DMP Diabetes mellitus Typ 2**

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu Diabetes mellitus Typ 1 sowie bei Patienten mit einer Insulintherapie bei Diabetes mellitus Typ 2 möglich und hier verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig. Geben Sie bitte an, ob die Insulin-Injektionsstellen auffällig oder unauffällig sind. Zu den Injektionsstellen zählen auch die Applikationsstellen bei einer Insulin-Pumpentherapie. Sollten Sie die Injektionsstellen nicht untersucht haben, geben Sie bitte zur Vollständigkeit „nicht untersucht“ an.

▪ **Intervall der künftigen Fußinspektion(en) DMP Diabetes mellitus Typ 2**

Die Angabe ist verpflichtend bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Genau eine Angabe ist zulässig.

Je nach Risiko-Status ist mindestens einmal jährlich eine Untersuchung beider Füße (ggf. der Amputationsstümpfe) durchzuführen. Bei Patienten mit erhöhtem Risiko soll die Prüfung häufiger erfolgen.

Anhand der folgenden Kriterien ist die künftige Frequenz der Fußinspektion, einschließlich Kontrolle des Schuhwerks, festzulegen:

Keine sensible Neuropathie	jährlich
Sensible Neuropathie	alle 6 Monate
Sensible Neuropathie und Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und/oder Risiken wie Fußdeformitäten (ggf. infolge Osteoarthropathie), Hyperkeratose mit Einblutung, Z.n. Ulcus, Z.n. Amputation	alle 3 Monate oder häufiger

▪ **Überweisung zum Facharzt – DMP COPD**

Wenn Sie selbst als Facharzt der koordinierende und somit dokumentierende Arzt sind, geben Sie bitte im Dokumentationsfeld „COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst“ die Angabe „ja“ an. Es wird keine unmittelbare „Eigenüberweisung“ abgefragt und das Ergebnis würde für nicht überweisende Ärzte schlechter dargestellt.

▪ **Schriftlicher Selbstmanagementplan – DMP Asthma bronchiale**

Für die weitere Behandlung sollen Sie gemeinsam mit Ihrem Patienten jährlich einen Behandlungsplan erstellen und Therapieziele vereinbaren. Hierzu zählt insbesondere das Monitoring der Asthmaerkrankung durch die Patienten z. B. durch Peak-Flow-Kontrolle und die Erstellung eines darauf abgestimmten Medikationsplans zum Selbstmanagement, insbesondere für Notfälle. Geben Sie bitte an, ob Sie für Ihren Patienten einen solchen Plan erstellt haben oder nicht. Auch wenn Sie in einem bereits bestehenden Medikationsplan keine Veränderungen vornehmen, dokumentieren Sie unter „**Schriftlicher Selbstmanagementplan**“ die Angabe „ja“.

Sie können für die Erstellung des Selbstmanagementplans ein eigenes Formular verwenden oder im Internet unter www.zi-dmp.de → Dokumente → Formales → Asthma-Selbstmanagementplan ein Formular herunterladen.

Ihre Ansprechpartnerin: Kathrin Darnstedt, Telefon 03643 559-759

Weitere Informationen rund um DMP

▪ **Einführung von Erinnerungsmeldungen für Dokumentationen der Disease-Management-Programme (Quartalsreminder an den DMP teilnehmenden Arzt)**

Die KV Thüringen hat sich für die Einführung von Erinnerungsmeldungen (Quartalsreminder an den Arzt) durch die Datenstelle entschieden.

Ein solches Reminder-System wird bereits in anderen KV-Bereichen eingesetzt. Gemeinsam mit einigen Ihrer Kollegen wurde deshalb vereinbart, den Arztreminder für die KV Thüringen einzuführen. Damit sollen mögliche Patientenausschreibungen aus dem DMP verhindert werden.

Der Arztreminder sendet in Fällen, in denen durch fehlende Folge-Dokumentation die Ausschreibung droht, ein Erinnerung an die Praxis.

Sollten Sie in Ihrer Praxis diesen Reminder nicht wünschen, können Sie diesen auch jederzeit abbestellen.

▪ **Arzt-Hotline – Authentifizierung**

Das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht hat die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der DMP-Datenstelle (SPS) – bezogen auf die DMP-Prozesse – geprüft. Dabei wurde festgestellt, dass die Datenstelle bei telefonischen Gesprächsbeginn über die „Arzt-Hotline“ keine Prüfung vornimmt, inwieweit die anrufende Person berechtigt ist, Auskünfte über DMP-Daten einzuholen.

Daraufhin wurde festgelegt, dass im DMP-Vertragsgebiet Thüringen eine Authentifizierung des Anrufers über ein Passwort je BSNR erfolgen soll. **Hierzu erhalten alle Betriebsstätten einen Informationsbrief mit ihrem jeweiligen Passwort zur Authentifizierung bei der DMP-Datenstelle.** Sobald wir den Zeitpunkt der Umsetzung erfahren, werden wir Sie informieren.

▪ Online-Erfassungsverfahren „DMPsysOnline“ (Arzt-Online-Portal)

Das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht hat die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der DMP-Datenstelle (SPS) – bezogen auf die DMP-Prozesse – geprüft. Diese Datenschutzaufsicht forderte auch die Anmeldeprozesse von „DMPsysOnline“ kurzfristig wie folgt anzupassen:

- 1) Passwort = Die Verlängerung auf zwölf Stellen ist bereits erfolgt.
- 2) „Zwei-Faktor-Authentifizierung“ für das Login = Der Anmeldeprozess wird um ein Sicherheitszertifikat erweitert, welches bei Anmeldung neben Benutzername und Kennwort eingefügt werden muss. Die Umsetzung erfolgt **spätestens bis zum 01.09.2018**.
- 3) Löschkonzept (Löschung der Daten und Dokumentationen durch den Leistungserbringer im Arzt-Online-Portal) = Die Umsetzung erfolgt kurzfristig.

Ihre Ansprechpartnerin: Kathrin Darnstedt, Telefon 03643 559-759

Rückmeldung an den überweisenden Arzt bei Therapieaufnahme durch den Psychotherapeuten

Der Beratende Fachausschuss für Psychotherapie wurde erneut darauf hingewiesen, dass trotz mehrfach erfolgter Informationen im Rundschreiben sehr häufig keine Rückmeldung an den überweisenden Arzt erfolgt. In der Fortbildungsveranstaltung „EBM für Fortgeschrittene – Schwerpunkt Psychotherapie“ im Mai diesen Jahres wurde dies wiederum thematisiert.

Die Mitglieder des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie **appellieren** deshalb nochmals **an alle psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, dem überweisenden Arzt eine kurze Mitteilung zukommen zu lassen**. Zur schnelleren Handhabung können Sie das Formular (siehe Beilage) in diesem Rundschreiben verwenden.

Ihre Ansprechpartnerin der Geschäftsstelle des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie:

- Elke Rudat, Telefon 03643 559-194

Verträge

Aktualisierte Listen der teilnehmenden BKKn an Thüringer Sonderverträgen

In folgenden Anlagen dieses Rundschreibens sind die Betriebskrankenkassen aufgeführt, die im 3. Quartal 2018 an den zwischen dem BKK Landesverband Mitte und der KV Thüringen geschlossenen Sonderverträgen teilnehmen:

- **Anlage 2:** Hausarztzentrierte Versorgung
- **Anlage 3:** Hautkrebsvorsorge-Verfahren und Starke Kids Thüringen

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Alles was Recht ist

Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

Frage 1:

In welchem Umfang kann ein Arzt, der nicht mehr Mitglied der KV Thüringen ist, als Vertreter zur Verfügung stehen?

Der Vertreter muss entweder derselben oder einer unmittelbar verwandten Fachgebietsgruppe (z. B. Innere Medizin/Allgemeinmedizin, Orthopädie/Rehabilitative Medizin) angehören wie der Vertretene.

Frage 2:

Wie erfolgt in diesem Fall die Abrechnung gegenüber der KV Thüringen?

Der vertretene Vertragsarzt rechnet die Leistungen des Vertreters als eigene Leistungen gegenüber der KV Thüringen ab.

Frage 3:

Wie erfolgen Verordnungen in diesem Fall?

Der Vertreter benutzt den Stempel und die LANR des Vertretenen und unterschreibt „i. V.“.

Ferner benutzt der Vertreter zusätzlich seinen eigenen Namensstempel, der Name, Vorname und Berufsbezeichnung enthalten muss.

Frage 4:

Wie sieht es im Vertretungsfall mit der Berufshaftpflichtversicherung aus?

Gemäß § 21 der Berufsordnung der Landesärztekammer Thüringen ist ein Arzt verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern. Auch ein „Arzt im Ruhestand“ sollte eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung, eine sogenannte „Ruhestandsversicherung“, ausweisen. Nähere Informationen hierfür können über die Landesärztekammer Thüringen oder die entsprechenden Berufshaftpflichtversicherer erfragt werden.

Frage 5:

Besteht eine Fortbildungsverpflichtung gemäß § 95d Abs. 1 SGB V für Ärzte, die nicht mehr Mitglied einer KV sind?

Nein. Gemäß § 95d Abs. 1 SGB V ist ein Vertragsarzt verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Gemäß § 95d Abs. 5 SGB V gilt die Fortbildungsverpflichtung entsprechend für angestellte Ärzte eines MVZ, eines Vertragsarztes oder einer Einrichtung nach § 105 Abs. 1 Satz 2, Abs. 5 oder nach § 119b SGB V.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass es eine Fortbildungsverpflichtung gemäß § 4 der Berufsordnung der Landesärztekammer Thüringen gibt. Danach hat ein Arzt, der seinen Beruf ausübt die Verpflichtung, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

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

„Notdienst“ wird „Bereitschaftsdienst“ – Vertreterversammlung beschließt Reform der Notdienstordnung

Die Vertreterversammlung der KV Thüringen hat eine umfassende Reform der Notdienstordnung beschlossen. Sie umfasst eine Reihe von Einzelpunkten: von der Behandlung von Strafgefangenen in den Sprechstundenfreien Zeiten der Anstaltsärzte über bereichsübergreifende Behandlung im Sitzdienst (die Patienten werden dort behandelt, wo sie hinkommen) bis zu organisatorischen Fragen wie Durchführung vermittelter Fachdienst-Einsätze und Angabe einer telefonischen Erreichbarkeit im Dienstplanportal. Außerdem wird der Notdienst ab 1. Juli in Bereitschaftsdienst umbenannt. Damit sollen die Patienten die ambulanten Sprechstunden und Hausbesuche am Abend, in der Nacht, an Wochenenden, Feiertagen und Brückentagen besser vom Notarzt bzw. Rettungsdienst unterscheiden können, die bei Unfällen und lebensbedrohlichen Erkrankungen helfen. Die Umbenennung trägt außerdem dem Umstand Rechnung, dass „Bereitschaftsdienst“ dem allgemeinen und in den allermeisten anderen KVen üblichen Sprachgebrauch entspricht. Auch die Notdienstordnung wurde in Bereitschaftsdienstordnung umbenannt.

Die neue Bereitschaftsdienstordnung wurde auf der Internetseite der KV Thüringen www.kvt.de amtlich bekannt gemacht. Nachfolgend erhalten Sie einen Überblick über die Einzelpunkte, welche in der Notdienstordnung geändert wurden.

Änderung der Notdienstordnung – Die einzelnen Punkte im Überblick:

- Der Notdienst wird in Bereitschaftsdienst umbenannt. Alle Formulierungen in der Notdienstordnung werden entsprechend geändert.
- Die Behandlung von Gefangenen in JVA außerhalb der Dienstzeiten der Anstaltsärzte wird explizit als zur Sicherstellung gehörig benannt.
- Patienten, die in eine Bereitschaftsdienstpraxis kommen, werden dort generell auch dann behandelt, wenn sie nicht im entsprechenden Bereitschaftsdienstbereich wohnen.
- Zu den Verpflichtungen im Notdienst gehört ggf. auch die Zwangseinweisung psychisch kranker Menschen, wenn dies aus medizinischer Sicht und nach ThürPsychKG geboten ist.
- Der Fahrdienst-habende Arzt ist verpflichtet, alle vermittelten Einsätze durchzuführen, indem er die Patienten persönlich aufsucht. Er kann die Reihenfolge der Einsätze nach medizinischen Gesichtspunkten bestimmen, aber nicht Einsätze über einen längeren Zeitraum des Tages „sammeln“.
- Zum Bereitschaftsdienst eingeteilte Ärzte müssen ihre telefonische Erreichbarkeit im Dienstplanportal hinterlegen.
- Nur Ärztinnen können bis 18 Monate nach einer Entbindung vom Bereitschaftsdienst freigestellt werden.
- Der Vorstand kann einen Bereitschaftsdienstobmann auch vor Ablauf der Amtszeit abberufen.
- Die „Notdienstzentralen“ heißen ab 01.07.2018 „Bereitschaftsdienstpraxen“.
- Die „Notdienstbeauftragten“ heißen ab 01.07.2018 „Obleute“.

Ab 2019 planen KBV und KVen eine bundesweite Informationskampagne zum Bereitschaftsdienst und zur kostenfreien Nummer 116117.

Vor der Verhandlung in der Vertreterversammlung hatten die Beratenden Fachausschüsse für Hausärzte, Fachärzte und angestellte Ärzte die vorgeschlagenen Änderungen der Notdienstordnung ausführlich diskutiert und den Vertretern entsprechende Voten empfohlen. Auf Grundlage dieser Empfehlung entschieden sich die Vertreter gegen eine Ausweitung des Bereitschaftsdienstes bis morgens 8 Uhr zur Verkürzung der Präsenzzeit. Auch eine Forderung nach verpflichtender Fortbildung für den Bereitschaftsdienst im Umfang von jährlich fünf Punkten wurde abgelehnt. Zugestimmt wurde schließlich einem Änderungsantrag des Vorsitzenden der Vertreterversammlung, der diese Voten aufnahm. Die Fortbildung betreffend, wurde die KV Thüringen aufgefordert, regelmäßig Fortbildungen zu Bereitschaftsdienst-Inhalten anzubieten.

▪ Probleme bei Hausbesuchen in der JVA Tonna angesprochen

In der Debatte um die neue Notdienstordnung (Bereitschaftsdienstordnung) sprach Frau Dipl.-Med. Mechthild Funke stellvertretend für die Kolleginnen und Kollegen des Bereiches Bad Langensalza wiederkehrende Probleme bei Fahrdiensteinsätzen in der JVA Tonna an. JVA-Bedienstete würden immer wieder Hausbesu-

che für Gefangene ohne wirkliche medizinische Indikation anfordern. Diese seien vor allem für Ärztinnen im Dienst schwierig. Vorstand und Hauptgeschäftsführer erklärten, zu diesem Thema sei jetzt ein Termin mit der JVA-Leitung und dem Anstaltsarzt anberaunt. Hausbesuche in JVA gehörten allerdings zu den Pflichten im Fahrdienst.

Der Vorstand informierte, dass ab 2. Juli auch der zahnärztliche Bereitschaftsdienst über 116117 vermittelt wird. Die KV Thüringen hat dazu eine Vereinbarung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgeschlossen. Nachdem die Bereitschaftsapotheken bereits seit Juli 2017 über diese Nummer zu erfragen sind, wird Thüringen damit das erste Bundesland sein, in dem alle medizinischen Bereitschaften unter einer gemeinsamen kostenfreien Nummer zu erreichen sind. Der Vorstand berichtete außerdem, dass die KV Thüringen auf der Grundlage des Ärztetag-Beschlusses zum Fernbehandlungsverbot das Vorhaben weiterverfolgen werde, in der Vermittlungszentrale des Bereitschaftsdienstes einen beratenden Arzt zu „installieren“. Außerdem sei zu erwarten, dass die Politik zeitnah den Betrieb der Vermittlungszentralen über 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche per Gesetz regeln werde. Eine Evaluierung der ersten Thüringer Portalpraxen habe außerdem gezeigt, dass diese inzwischen gut laufen und auch nicht zu nennenswerten Mehrkosten führen.

▪ **Deutscher Ärztetag und Gesundheitspolitik**

Zu Beginn der Versammlung befassten sich die Vertreter mit den Ergebnissen des 121. Deutschen Ärztetages vom 8. bis 11. Mai in Erfurt und den vom neuen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in Erfurt vorgestellten Vorhaben der Berliner Regierungskoalition. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. med. Andreas Jordan, lobte den Appell Spahns an die Bundesländer, mehr Medizinstudienplätze zu schaffen, den entsprechenden Beschluss des Deutschen Ärztetages sowie die kritische Positionierung des Ärztetages zu den per Gesetz verordneten Terminservicestellen. Gemeinsam mit dem Vorstand kritisierte Herr Dr. Jordan, dass die Bundesregierung an ihrem Vorhaben festhält, die Vertragsärzte per Gesetz zu längeren Sprechstunden zu verpflichten.

Die 1. Vorsitzende des Vorstandes der KV Thüringen, Dr. med. Annette Rommel, informierte über die Forderung des KBV-Vorstandes, dass es mehr Leistungen nur dann gebe, wenn sie von den Gesetzlichen Krankenversicherungen auch bezahlt werden. Diese Forderung habe die Vertreterversammlung der KBV im Vorfeld des Ärztetages am 7. Mai in Erfurt bekräftigt. In der Diskussion lieferte Frau Dr. med. Kirsten Jung dafür ein weiteres Argument, indem sie auf die wachsenden Probleme der Arztpraxen verwies, qualifiziertes Praxispersonal zu bekommen. Auch dafür sei eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen notwendig, die Politik und Kassen derzeit verweigerten. Gutes Personal müsse auch angemessen bezahlt werden.

Frau Dr. Rommel berichtete über die Entscheidung des Thüringer Landessozialgerichts zur Zuweisung von Patienten an einzelne Ärzte per Bescheid. Das Gericht hatte entschieden, dass es für diese Vorgehensweise keine Rechtsgrundlage gibt und einzig auf die Terminservicestelle als Instrument der Patientenvermittlung verwiesen. Dies zeige, „dass die Terminservicestelle an Bedeutung gewinnt und unsere Hoffnung, dass sie zur Bedeutungslosigkeit schrumpft, unberechtigt ist“, sagte die KV-Vorsitzende. Leider sei es inzwischen so, dass wir Terminprobleme in Thüringen in einigen Bereichen tatsächlich sehen. Um hier dennoch glaubwürdig mit der Politik für die Interessen der Ärzte streiten zu können, sei mehr Einigkeit unter den Ärzten nötig, so die KV-Vorsitzende.

▪ **Erste Vorschläge zur Bedarfsplanungsreform**

Der 2. Vorsitzende des Vorstandes der KV Thüringen, Dr. med. Thomas Schröter, gab in seinem Teil des Berichts einen Überblick über die ersten Vorschläge zur Bedarfsplanungsreform, die aus dem Gutachten im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses hervorgehen. Ein Vorschlag sehe vor, die Verteilung der Arztsitze so zu steuern, dass es die Patienten nicht weiter als 15 Minuten zur nächsten Hausarztpraxis und 30 Minuten zur nächsten Praxis der allgemeinen fachärztlichen Versorgung haben. Ein weiterer hebe auf eine stärkere Berücksichtigung der regionalen Krankheitslast ab, ein dritter auf die Definition von Pflichtkapazitäten für Arztsitze. Alle Vorschläge werden in der Konsequenz zu einer höheren Anzahl an Ärzten führen, sagte Dr. Schröter. Hier sei die Regelung einer zusätzlichen Finanzierung wichtig.

Herr Dr. Schröter informierte außerdem über den aktuellen Stand der Aktivitäten der Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Thüringen. Seit 2009 habe die Stiftung 238 Thüringen-Stipendien bewilligt. 82 ehemalige Stipendiaten arbeiteten inzwischen als Fachärzte in der ambulanten Versorgung in

Thüringen. Nur 15 hätten ihre Pläne geändert und das Stipendium zurückgezahlt. Auch die Stiftungs-Praxen seien weiterhin ein Erfolg. Am 1. August werde die Stiftung in Hermsdorf ihre erste augenärztliche Praxis eröffnen.

▪ **Abrechnungsergebnisse für das 4. Quartal 2017**

Der Leiter der Stabsstelle Grundsatzfragen Honorar/EBM/ASV, Stephan Turk, informierte anschließend über die Abrechnungsergebnisse für das 4. Quartal 2017. Er musste dabei über eine erneute Steigerung der Kosten für veranlasste Laborleistungen verweisen. In der Diskussion kritisierten die fachärztlichen Vertreter ihre fortwauernde Schlechterstellung durch die gesetzliche Budgetierung und forderten für die Honorarverhandlungen einen stärkeren Einsatz für extrabudgetäre Vergütungen im fachärztliche Bereich. Der Vorstand verwies auf Signale des neuen Bundesgesundheitsministers, fachärztliche Grundleistungen auszubudgetieren. Das seien aber bisher nicht mehr als Signale, schränkte er ein.

▪ **Weiterentwicklung des Honorarverteilungsmaßstabes**

Der Hauptgeschäftsführer der KV Thüringen, Sven Auerswald, informierte die Vertreterversammlung über den Stand der Benehmensherstellung mit den Kassen zu den Beschlüssen der vergangenen Vertreterversammlung. Zu den Beschlüssen zur Laborreform betreffend sei das Benehmen hergestellt. Auch die Beschlüsse zu den Laborparametern seien in Kraft. Der 2. Vorsitzende des Vorstandes der KV Thüringen, Dr. med. Thomas Schröter, informierte in diesem Zusammenhang darüber, dass die KV entsprechend einem Auftrag der Vertreterversammlung zwei Informationsveranstaltungen zur indikationsgerechten Veranlassung von Laborleistungen organisiert hat. Die erste fand am 15. Juni statt. Die zweite folgt im nächsten Jahr.

Im Zusammenhang mit der Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens (IPV), der Fachgruppenkontingente (FGK) bei Selektivverträgen und bei Teilnahme an der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) fasste die Vertreterversammlung einen Beschluss zum Umgang mit Ärzten, die die Teilnahme an Selektivverträgen oder ASV beenden und ihre Patienten im Rahmen des Gesamtvertrages weiter behandeln. Für diese Fälle beschloss die Vertreterversammlung eine „Rückbereinigung“ auf entsprechenden Antrag.

▪ **Scharfe Kritik an Telematikinfrastruktur**

Scharfe Kritik übten die Mitglieder der Vertreterversammlung an den Vorgaben der Politik zum Anschluss von Praxen und MVZ an die Telematikinfrastruktur (TI). Die Kritik richtete sich gleichermaßen an Politik, Kassen und Industrie. Trotz der gestiegenen Erstattung im 3. und 4. Quartal seien die Kosten kaum durch die Erstattungssummen der Kassen gedeckt. Die Industrie und die gematik zögerten mit der Bereitstellung und Zulassung der Komponenten. Gleichzeitig bleibe die Politik bei ihrer Drohung, Ärzten Honorar abzuziehen, die nicht bis Ende dieses Jahres an die TI angeschlossen sind. Dies sei nicht akzeptabel, sagte z. B. Frau Dr. med. Sabine Malur. Der Vorstand versicherte, auf politischer Ebene weiter auf eine Aufhebung der Honorarabzugs-Regelung zu drängen.

Vor der Diskussion hatte der Hauptgeschäftsführer der KV Thüringen, Sven Auerswald, den Stand des Ausbaus der TI in Thüringen zusammengefasst. Aktuell seien 380 Thüringer Ärzte angeschlossen. Die KBV habe indessen höhere Erstattungsbeiträge für die zweite Jahreshälfte erstritten. (S. auch Rubrik „Informationen“ und Anlage 4.)

▪ **Information über EU-Datenschutz-Grundverordnung**

Das Justitiariat der KV Thüringen informierte die Vertreterversammlung über die Auswirkungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung auf die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Tätigkeit. Für die Information der KV-Mitglieder wurden und werden demnach mehrere Veranstaltungen angeboten. Informationen, Checklisten sowie Formular-Vorlagen mit Ausfüllhilfen werden über ein Sonderportal auf der Internetseite der KV Thüringen www.kvt.de (z. T. per Link auf den Internetauftritt der KBV) zur Verfügung gestellt.

▪ **Neues Mitgliedermedienkonzept der KV Thüringen, Ärzteblatt Thüringen**

Der Vorstand stellte der Vertreterversammlung das neue Konzept der KV Thüringen für die Mitgliederkommunikation vor. Es umfasst ab 2019 eine neue moderne Internetseite, ein überarbeitetes, deutlich kürzeres und prägnanteres Rundschreiben sowie ein eigenes vierteljährliches werbefreies Mitgliedermagazin. Die Ideen zu Internetseite und Rundschreiben wurden von den Vertretern begrüßt. Um das eigene Mitgliedermagazin und die damit verbundene Aufgabe der Mitherausgeberschaft des Ärzteblattes Thüringen durch die KV Thüringen entspann sich eine ausführliche, kontroverse Debatte. Ein Antrag, der KV-Vorstand möge mit der Landesärztekammer einen neuen Vertrag über eine gemeinsame Herausgeberschaft des Ärzteblattes Thüringen verhandeln, fand jedoch keine Mehrheit.

Über das neue Konzept zur Mitgliederkommunikation wird Sie die KV Thüringen ab August ausführlich hier im Rundschreiben informieren. Mit Blick auf die künftigen Mitgliedermedien bereite die Vertreterversammlung außerdem für September eine Satzungsänderung zu den Amtlichen Bekanntmachungen vor.

▪ **Vertreterversammlung würdigt Verhalten von Frau Dr. med. Heike Franke beim Rennsteiglauf**

Die Vertreterversammlung würdigte das Verhalten der Erfurter Internistin, Frau Dr. med. Heike Franke, beim diesjährigen Rennsteiglauf. Frau Dr. Franke war als Läuferin auf der Marathonstrecke auf einen 76-jährigen Läufer gestoßen, der zusammengebrochen war, hatte ihn reanimiert und ihm damit das Leben gerettet. Dieses Verhalten stehe beispielhaft für die Einstellung der Thüringer Ärztinnen und Ärzte, zu helfen, wann und wo sie gebraucht werden, sagte KV-Vorsitzende Dr. med. Annette Rommel. Die Mitglieder der Vertreterversammlung quittierten das Verhalten ihrer Kollegin mit langem Applaus.

▪ **Arbeitsgruppen zum Sicherstellungsauftrag auf der VV-Klausur im September**

Die nächste Vertreterversammlung findet am 7. (Klausur) und 8. (Vertreterversammlung) September in Jena statt. Angesichts der aktuellen ambulanten Versorgungssituation in Thüringen, der Entscheidung des Landessozialgerichtes zur Patientenzuweisung und bevorstehender politischer Debatten und Gesetzgebungsverfahren wird sie sich mit dem Sicherstellungsauftrag und neuen Wegen zu dessen Erfüllung beschäftigen. Damit wollen sich Vorstand und Vertreter auch für die bevorstehenden Diskussionen mit der Politik rüsten.

HINWEIS!

Alle Beschlüsse der Vertreterversammlung finden Sie im Internet unter www.kvt.de – die Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen und Beschlüsse der Vertreterversammlung“ erreichen Sie direkt über die Startseite – Hyperlink auf der rechten Seite.

Informationen

Telematikinfrastruktur: Finanzierung verbessert, neuer Anbieter für Praxisausweis

▪ **Finanzierung verbessert**

Für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) erhalten Praxen und MVZ in der zweiten Jahreshälfte deutlich mehr Geld als ursprünglich geplant. Die KBV und der GKV-Spitzenverband einigten sich unter Moderation des Vorsitzenden des Bundesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung auf höhere Erstattungspauschalen: im 3. Quartal 1.719 Euro und im 4. Quartal 1.547 Euro. Hinzu kommen wie bisher jeweils 435 Euro für ein Kartenterminal, bei größeren Praxen für zwei oder drei Terminals. Die KBV hatte das Bundesschiedsamt eingeschaltet, nachdem die Kassen deutlich weniger Geld geben wollten.

Eine aktualisierte Übersicht zur TI-Finanzierung und zu den notwendigen technischen Komponenten für den Anschluss (Informationen der KBV) finden Sie auf www.kvt.de im Sonderportal „Informationen zur Einführung der Telematikinfrastruktur“ sowie als **Anlage 4** dieses Rundschreibens.

▪ **Weiterer Anbieter für Praxisausweis zugelassen**

Die gematik und die KBV haben außerdem einen weiteren Anbieter für den elektronischen Praxisausweis zugelassen. Neben der Bundesdruckerei kann jetzt auch die Firma medisign GmbH den Praxisausweis anbieten. Er ist eine der Komponenten, der für die Nutzung der Telematikinfrastruktur angeschafft werden muss.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Abt. Informationstechnologie:

- Torsten Olschewski, Telefon 03643 559-104
- Johannes Schulz, Telefon 03643 559-109

Neuaufgabe: Serviceheft zur Reha-Verordnung bietet jetzt noch mehr Hinweise



Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat in ihrer Reihe PraxisWissen die Broschüre „Medizinische Rehabilitation – Hinweise zur Verordnung“ aktualisiert. Das Serviceheft informiert jetzt auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über ihre Möglichkeiten zur Reha-Verordnung. Dabei werden auch die Einschränkungen vorgestellt, die für sie gelten. Zudem wurde die Broschüre um vier Seiten erweitert: **Neu ist ein Kapitel, das Vertragsärzte über die Verordnung von Reha-Leistungen zulasten der Rentenversicherung informiert.** Das Kapitel enthält Informationen zu den hier geltenden Formularen, aber auch zur Honorierung und zum Datenschutz sowie ein Praxisbeispiel.

Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation – Hinweise zur Verordnung“ wurde erstmals 2017 herausgegeben. Sie stellt vor, was eine Reha leistet und welche Regeln und Grundlagen für die Verordnung relevant sind. Die Verfahren bei der Kranken- und Rentenversicherung werden vorgestellt, zudem bietet das Heft Praxisbeispiele. Ein Serviceteil rundet das Serviceangebot ab.

▪ Servicereihe PraxisWissen: kostenlos bestellen

- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation – Hinweise zur Verordnung“ ist in der Servicereihe „PraxisWissen“ erschienen.
- Praxen können gedruckte Exemplare kostenlos bei der KBV bestellen: versand@kbv.de.
- Die Broschüre steht auch im Internet zum Herunterladen bereit: www.kbv.de/832587.

Ratgeber zum achtsamen Umgang mit digitalen Medien bei Kindern und Jugendlichen



Ärzte und Psychotherapeuten können Eltern und andere Bezugspersonen mit dem Ratgeber gezielt über den achtsamen Umgang mit digitalen Medien in der Kindererziehung informieren. Der Flyer hat eine hohe Praxisrelevanz, da bisher kaum brauchbare Materialien zu diesem Themenbereich zur Verfügung stehen.

An der Erstellung waren Fachleute aller großen pädiatrischen Verbände beteiligt, die Federführung hat der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte übernommen.

Diesen Flyer finden Sie auf unsere Internetseite www.kvt.de unter der Rubrik „Patienten → Patienteninformationen“. Außerdem kann der Flyer in der KV Thüringen unter der Telefonnummer 03643 559-231 bestellt werden.

GENERATIONEN-STAMMTISCH – ZUKUNFT GESTALTEN!

Wann?	Mittwoch, den 29.08.2018, 17.00 Uhr
Wo?	Gasthof Goldener Hirsch, An der Hasel 91–93, 98527 Suhl
Für wen?	Interessierte Hausärzte und Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin sowie Quereinsteiger aus der Region Suhl/Schmalkalden/Meiningen
Warum?	Netzwerke bilden und Kontakte knüpfen für mögliche Praxiskooperationen, Anstellungsmöglichkeiten, Praxisübernahmen/-abgaben

Wenn Sie dabei sein wollen, dann melden Sie sich bei uns an!

Tina Götz, E-Mail tina.goetz@kvt.de, Telefon 03643 559-195

Abrechnungstermine für das 2. Quartal 2018

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

02.07. bis 06.07.2018

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

Sie können die **Abrechnungsdatei auch vor dem 01.07.2018 einreichen** und müssen dies der KV Thüringen auch nicht melden. Bitte beachten Sie jedoch, dass bei Einreichungen vor den o. g. Terminen der vollständige Betrieb des Portals nicht rund um die Uhr gewährleistet werden kann.

Ihre Ansprechpartner für die Übermittlung mittels KV-SafeNet¹:

- Torsten Olschewski, Telefon 03643 559-104
- Johannes Schulz, Telefon 03643 559-109

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

Montag bis Freitag 02.07.2018 bis 06.07.2018 08:00 – 17:00 Uhr

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

Achtung!

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

Ihre Ansprechpartnerin bei Verlängerung der Abgabefrist: Jennifer Namyslo,
Telefon: 03643 559-471,
Telefax: 03643 559-499,
E-Mail: abrechnung@kvt.de

¹ Die KV-SafeNet steht nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung.

Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen

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

Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
der Landesärztekammer Thüringen
Anmeldung/Auskunft: Postfach 10 07 40, 07740 Jena
Telefon: 03641 614-142, -143, -145; Telefax: 03641 614-149
E-Mail: akademie@laek-thueringen.de

▪ Fortbildungskurs zur Verlängerung der Fachkunde Leitender Notarzt

Termin: 22.08.2018, 09:00 bis 16:30 Uhr
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
Leitung: Dr. med. Jens Reichel, Jena
Gebühr: 120 €
Zertifizierung: 10 Punkte, Kategorie C, NOTZERT

▪ 100-Stunden-Kurs Ernährungsmedizin nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Teil 1: 03.09. – 08.09.2018
Teil 2: 11.03. – 15.03.2019
Ort: Universitätsklinikum Jena, Bachstraße 18, Jena
Leitung: Prof. Dr. med. Ulrich Alfons Müller, Jena, Dr. rer. nat. Nicolle Müller, Jena
Gebühr: 1.400 €
Zertifizierung: 100 Punkte, Kategorie H

▪ 1. Palliativmedizinischer Fortbildungstag

- Informationen zur aktuellen S3-Leitlinie Palliativmedizin, Prof. Dr. med. Raymond Voltz, Köln
- Palliativmedizinischer Dienst, Dr. med. Bernd Oliver Maier, Wiesbaden
- Interaktion Onkologie und Palliativmedizin: Was sollen Palliativmediziner über neue onkologische Therapien wissen? PD Dr. med. Ulrich Schüler, Dresden
- Interaktion Neurologie und Palliativmedizin: Wie werden Patienten mit fortgeschrittenen neurologischen Erkrankungen palliativmedizinisch gut behandelt? PD Dr. med. Julian Großkreutz, Jena
- Spiritualität als Aufgabe in der Palliativmedizin? Prof. Dr. Eberhard Tiefensee, Erfurt (angefragt)

Termin: 12.09.2018, 14:00 bis 19:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
Leitung: PD Dr. med. Ulrich Wedding, Jena
Gebühr: 30 € (Ärzte), 20 € (Nichtärzte)
Zertifizierung: 6 Punkte, Kategorie A

▪ Kompaktkurs Notfallmedizin zur Anerkennung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Termin: 14.09. – 22.09.2018
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
Leitung: Dr. med. Jens Reichel, Jena
Gebühr: 980 €
Zertifizierung: 80 Punkte, Kategorie H, NOTZERT

▪ 15. Suchtmedizinischer Fortbildungstag Thüringen

- I. Schon Abhängig? – Ein Suchtproblem beginnt lange vor der 1. Entgiftung
- II. Was neuerdings so alles verordnet werden kann

Termin: 15.09.2018, 09:00 bis 14:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena

Leitung: Dr. med. Katharina Schoett, Mühlhausen
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 6 Punkte, Kategorie A

▪ **Kinder- und Jugendpsychiatrischer Fortbildungstag: Kinder psychisch kranker Eltern**

Termin: 22.09.2018, 10:00 bis 13:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
Leitung: Dr. med. Ekkehart Englert, Erfurt
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

▪ **Fortbildungstag Laboratoriumsmedizin: Diabetes – interdisziplinär**

Termin: 29.09.2018, 09:00 bis 12:30 Uhr
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
Leitung: Prof. Dr. med. Margarete Borg-von Zepelin, Mühlhausen;
Dr. med. habil. Hans-Jürgen Wolff, Arnstadt
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

▪ **Fortbildungstag Ethik**

Wunscherfüllende Medizin:

- Workshop I: Fallbesprechungen Klinische Ethikkomitees
- Workshop II: Ambulante Ethikberatung
- Podiumsdiskussion

Termin: 24.10.2018, 13:00 bis 17:30 Uhr
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
Leitung: PD Dr. med. Ulrich Wedding, Ulrike Skorsetz, Jena
Gebühr: 20 €
Zertifizierung: 7 Punkte, Kategorie C

Praxispersonal

▪ **Auffrischkurs Notfallmanagement/erweiterte Notfallkompetenz für Nichtärztliche Praxisassistenten (mit zusätzlichem E-Learning-Abschnitt)**

Die Teilnahme an diesem Kurs (Präsenztage + E-Learning-Abschnitt) deckt die geforderten 20 Stunden des Auffrischkurses Notfallmanagement/erweiterte Notfallkompetenz im Rahmen der Zusatzqualifikation Nichtärztliche Praxisassistentin ab.

Termin: 05.09.2018, 09:00 bis 16:30 Uhr
Ort: Landesärztekammer, Im Semmicht 33, Jena
Leitung: Peter Schütz, Unfallhilfe e. V., Erfurt
Gebühr: 100 €

Nichtärztliche Praxisassistentin

Das Kurssystem 2018 für die Zusatzqualifikation „Nichtärztliche/r Praxisassistent/in“ beginnt im September 2018. Für den Kurszyklus 2019/2020 ist ein Einstieg im März oder im September 2019 möglich.

Alle detaillierten Angaben und Informationen erfragen Sie bitte bei Frau Sachse. Folgende Kontaktmöglichkeiten haben Sie:

- Telefon: 03641 614-141
- E-Mail: sachse.akademie@laek-thueringen.de

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage VI – Off-Label-Use Docetaxel bei hormonsensitivem Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (M1)

Vom 16. März 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. März 2018 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 16. März 2018 BAnz AT 03.05.2018 B2) wie folgt zu ändern:

- I. Der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie wird in Teil A eine Ziffer XXVIII Docetaxel bei hormonsensitivem Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (M1) wie folgt angefügt:

„1. Hinweise zur Anwendung von Docetaxel bei hormonsensitivem Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (M1) gemäß § 30 Absatz 2 AM-RL:

- a) Nicht zugelassenes Anwendungsgebiet (Off-Label-Indikation):
Hormonsensitives Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (M1)
- b) Behandlungsziel:
Verlängerung der Überlebenszeit
- c) Folgende Wirkstoffe sind zugelassen:
Zur Behandlung des metastasierten, hormonsensitiven Prostatakarzinoms sind folgende Wirkstoffe zugelassen:

GnRH (Gonadotropin-Releasing-Hormon)-Agonisten:

Buserelin
Goserelin
Leuprorelin
Triptorelin

GnRH-Antagonisten:

Degarelix

Antiandrogene:

Flutamid
Bicalutamid
Cyproteron

Abirateronacetat

- d) Spezielle Patientengruppe:
Patienten mit hormonsensitiven Prostatakarzinom
- mit Fernmetastasen (M1-Stadium) und
- gutem Allgemeinzustand (nach ECOG / WHO 0 bis 1 bzw. Karnofsky Index ≥ 70 %) und
- zusätzlich zur Androgendeprivationstherapie (ADT)
Bei Patienten im Alter ab 70 Jahren sollte berücksichtigt werden, dass bei vergleichsweise kleiner Fallzahl (23 % bzw. 29,5 % des Gesamtkollektivs) in den beiden relevanten Phase 3-Studien (CHAARTED¹ und STAMPEDE²) die Untergruppenanalysen für diese Altersgruppe keinen einheitlichen Überlebensvorteil für die zusätzliche Gabe von Docetaxel zeigten.
- e) Patienten, die nicht behandelt werden sollten:
Patienten, die nicht behandelt werden sollten sind in Punkt 4.3 (Gegenanzeigen) der Fachinformationen für Docetaxel aufgeführt.
- f) Dosierung:
Wie in der Fachinformation für die Indikation Prostatakarzinom angegeben: Docetaxel 75 mg/m² Tag 1 alle 3 Wochen plus Prednison 2 x 5 mg pro Tag per os. Alternativ zur täglichen Prednisongabe kann in Analogie zur CHAARTED-Studie jeweils 8 mg orales Dexamethason 12, 3 und 1 Stunde vor Docetaxel verabreicht werden.
- g) Behandlungsdauer:
6 Zyklen entspricht ca. 18 Wochen.
- h) Wann sollte die Behandlung abgebrochen werden?
Bei nicht akzeptabler Toxizität oder Progress der Tumorerkrankung.
- i) Nebenwirkungen/Wechselwirkungen, wenn diese über die zugelassene Fachinformation hinausgehen oder dort nicht erwähnt sind:
Keine, die über die Fachinformation für Docetaxel hinausgeht.

Nach der Berufsordnung der Ärzte sind Verdachtsfälle von Nebenwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) bzw. der zuständigen Bundesoberbehörde zu melden. Dies gilt auch für Arzneimittel, die im Off-Label-Use eingesetzt werden. Auch für Patienten besteht die Möglichkeit, Nebenwirkungen direkt an die Bundesoberbehörden zu melden.
- j) Weitere Besonderheiten
Keine.
- k) Zustimmung der pharmazeutischen Unternehmer:
Die folgenden pharmazeutischen Unternehmer haben für ihre Docetaxel-haltigen Arzneimittel eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ausschließlich ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:
AqVida GmbH, Aventis Pharma S.A., axicorp Pharma GmbH, axios Pharma GmbH, betapharm Arzneimittel GmbH, HAEMATO PHARM GmbH, HIKMA Farmaceutica (Portugal) S.A., kohlpharma GmbH, lapharm GmbH Pharmazeutische Produkte, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate m. b. H., MTK-PHARMA Vertriebs GmbH, OmniCare Pharma GmbH, onkovis GmbH, ORCA 2 GmbH, Orifarm GmbH,

1 Sweeney, C. J., Chen, Y.-H., Carducci, M., Liu, G., Jarrard, D. F., Eisenberger, M., et al. (2015). Chemohormonal Therapy in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 373(8), 737–746.

2 James, N. D., MSc, M. R. S., Clarke, N. W., Mason, M. D., MD, P. D. P. D., MSc, M. R. S., et al. (2016). Addition of docetaxel, zoledronic acid, or both to first-line long-term hormone therapy in prostate cancer (STAMPEDE): survival results from an adaptive, multiarm, multistage, platform randomised controlled trial. *The Lancet*, 387(10024), 1163–1177.

PGD Profusio Leipzig Gesundheits GmbH, Pharma Resources GmbH, PUREN Pharma GmbH & Co. KG, ratiopharm GmbH, STADAPHARM GmbH, Teva Pharma B. V. und Tillomed Pharma GmbH.

Nicht verordnungsfähig sind in diesem Zusammenhang die Docetaxel-haltigen Arzneimittel anderer pharmazeutischer Unternehmer, da diese keine entsprechende Erklärung abgegeben haben.

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

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 16. März 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Anlage 2 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung
in Thüringen**

Betriebskrankenkasse	VKNR
actimonda krankenkasse	21405
atlas BKK ahlmann	03407
Audi BKK	64414
BAHN-BKK	40401
BKK 24	09416
BKK Achenbach Buschhütten	18403
BKK Akzo Nobel – Bayern –	67411
BKK B. Braun Melsungen	42401
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Diakonie	19402
BKK Dürkopp Adler	19409
BKK EUREGIO	21407
BKK evm	47419
BKK EWE	12407
BKK exklusiv	09402
BKK Faber-Castell & Partner	69405
BKK firmus	03412
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	19410
BKK Herford Minden Ravensberg	19479
BKK Herkules	42419
BKK KARL MAYER	40417
BKK KBA/West	67407
BKK Krones	68404
BKK MAHLE	61435
BKK Melitta Plus	19540
BKK Miele	19473
BKK Mobil Oil	09455
BKK PFAFF	49417
BKK Pfalz	49411
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
BKK Public	07430
BKK Rieker.Ricosta.Weisser	58440
BKK RWE	09409
BKK Salzgitter	07417
BKK SBH	58435
BKK Scheufelen	61449
BKK Technoform	08425
BKK Textilgruppe Hof	65424
BKK VBU	72421
BKK VDN	18544
BKK Voralb HELLER*LEUZE*TRAUB	61493
BKK Werra-Meissner	42420
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406
BKK Würth	61487
BKK ZF & Partner	47434

Anlage 2 – Übersicht der teilnehmenden BKKn an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung in Thüringen

Betriebskrankenkasse	VKNR
Continental BKK	02422
Daimler BKK	61491
Debeka BKK	47410
energie-BKK	09450
Ernst & Young BKK	42402
Heimat Krankenkasse	19418
Metzinger BKK	62418
Novitas BKK	02407
pronova BKK	49402
R+V BKK	45405
Schwenninger BKK (Teilnahme zum 31.12.2018 gekündigt)	58434
SECURVITA BKK (Teilnahme zum 31.06.2018 beendet)	02406
SIEMAG BKK	18515
SKD BKK	67412
Südzucker-BKK	52405
Thüringer BKK	89407
TUI BKK	09452
VIACTIV Krankenkasse	18405
WMF Betriebskrankenkasse	61477

Quelle: BKK Landesverband Mitte

Stand: 3. Quartal 2018, Änderungen gegenüber dem 2. Quartal 2018 sind **rot** gekennzeichnet

Anlage 3 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am Hautscreening-Vertrag in Thüringen und an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

Teilnehmende Betriebskrankenkassen am Hautscreening-Vertrag in Thüringen	VKNR
actimonda krankenkasse	21405
atlas BKK ahlmann	03407
BKK 24	09416
BKK Achenbach Buschhütten	18403
BKK Akzo Nobel – Bayern –	67411
BKK B. Braun Melsungen	42401
BKK Deutsche Bank AG	24413
BKK Diakonie	19402
BKK Dürkopp Adler	19409
BKK evm	47419
BKK EWE	12407
BKK exklusiv	09402
BKK Freudenberg	53408
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	19410
BKK Herford Minden Ravensberg	19479
BKK Herkules	42419
BKK KBA/West	67407
BKK Linde	45411
BKK MAHLE	61435
BKK Melitta Plus	19540
BKK Miele	19473
BKK PFAFF	49417
BKK Pfalz	49411
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
BKK Public	07430
BKK RWE	09409
BKK Salzgitter	07417
BKK Technoform	08425
BKK Textilgruppe Hof	65424
BKK VBU	72421
BKK VDN	18544
BKK VerbundPlus	62461
BKK Werra-Meissner	42420
BKK Wirtschaft & Finanzen	42406

Anlage 3 – Übersicht der teilnehmenden BKKn am Hautscreening-Vertrag in Thüringen und an dem Vertrag „Starke Kids Thüringen“

Teilnehmende Betriebskrankenkassen am Hautscreening-Vertrag in Thüringen	VKNR
BKK Würth	61487
Continentale BKK	02422
Debeka BKK	47410
energie-BKK	09450
Heimat Krankenkasse	19418
pronova BKK	49402
Salus BKK	40410
SIEMAG BKK	18515
Thüringer BKK	89407
TUI BKK	09452
WMF Betriebskrankenkasse	61477

Quelle: BKK Landesverband Mitte

Stand: 3. Quartal 2018, Änderungen gegenüber dem 2. Quartal 2018 gab es keine

Teilnehmende Betriebskrankenkassen am Vertrag „Starke Kids“	VKNR
BKK Linde	45411
BKK Miele	19473
BKK PricewaterhouseCoopers	42405
Brandenburgische BKK	81401
Debeka BKK	47410
Novitas BKK	02407
R+V-BKK (Teilnahme zum 30.06.2018 beendet)	45405

Quelle: BKK Landesverband Mitte

Stand: 3. Quartal 2018, Änderungen gegenüber dem 2. Quartal 2018 sind **rot** gekennzeichnet



TELEMATIKINFRASTRUKTUR: FINANZIERUNG DER ERSTAUSRÜSTUNG UND DER LAUFENDEN BETRIEBSKOSTEN*

Erstausrüstung der Praxis (einmalige Zahlung)

Erstausrüstungspauschale für Konnektor und stationäres Kartenterminal	2/2018	2.344,98 Euro (1909,98 Euro für Konnektor, 435,00 Euro für Terminal)
	3/2018 ab 4/2018	2.154,00 Euro (1.719,00 Euro für Konnektor, 435,00 Euro für Terminal) 1.982,00 Euro (1.547,00 Euro für Konnektor, 435,00 Euro für Terminal)
Entscheidend dafür, welche Pauschale eine Praxis erhält, ist das Quartal des ersten Versichererstammdatenabgleichs (VSDM) und nicht des Kaufvertrags oder der Lieferung des Konnektors. Außerdem: Die angegebenen Beiträge decken die Kosten für einen Konnektor und für ein Kartenterminal. Für Praxen, die Anspruch auf 2 oder 3 Kartenterminals haben, erhöht sich die Erstausrüstungspauschale pro Gerät um 435 Euro.		
Pauschale für mobiles Kartenterminal	350 Euro	Anspruch bei mindestens 3 Hausbesuchen im Quartal und/oder Kooperationsvertrag zur Pflegeheimbetreuung oder Patientenversorgung in anderen Praxen (z.B. Anästhesisten) sowie für ausgelagerte Praxisräume
Starterpauschale für PVS-Update, Installation, Schulung, Ausfallzeiten und zusätzlichen Aufwand in der VSDM-Startphase	900 Euro	
Laufende Betriebskosten		
Betriebskostenpauschale für Wartung Konnektor und VPN-Zugangsdienst	bis 2/2018	ab 3/2018
	298 Euro pro Quartal	248 Euro pro Quartal
Pauschale für Praxisausweis	23,25 Euro pro Quartal und Ausweis (1 Ausweis pro Praxis, 1 weiterer Ausweis für jedes mobile Kartenterminal, auf das die Praxis Anspruch hat)	
Pauschale für eHBA	11,63 Euro pro Quartal und Arzt/Psychotherapeut	

*Die Zahlung der Pauschalen erfolgt, sobald die Praxis die erste Online-Anwendung durchführt: der Abgleich der Versichererstammdaten auf der eGK – das VSDM.

TELEMATIKINFRASTRUKTUR: NOTWENDIGE TECHNISCHE KOMPONENTEN FÜR DEN ANSCHLUSS

Komponente	Funktion	Status	Finanzierung	Anspruchspartner
Konnektor	stellt Zugang zur TI her	zugelassen; weitere Modelle erwartet	Erstausrüstungspauschale für Konnektor und ein Kartenterminal: 2/2018 2.344,98 Euro 3/2018 2.154,00 Euro ab 4/2018 1.982,00 Euro	PVS-Hersteller bzw. Systembetreiber
E-Health-Kartenterminal	kann eGK, Praxisausweis und eHBA einlesen	zugelassen; weitere Modelle erwartet	Entscheidend dafür, welche Pauschale eine Praxis erhält, ist das Quartal des ersten Versichertenstamdatenaustauschs (VSDM) und nicht des Kaufvertrags oder der Lieferung des Konnektors. Außerdem: Praxen mit 4 bis 6 Ärzten/Therapeuten (Vollzeitäquivalente) haben Anspruch auf 2 Kartenterminals, mit mehr als 6 Ärzten auf 3 Kartenterminals. Die Erstausstattungspauschale erhöht sich pro Terminal um 435 Euro.	PVS-Hersteller bzw. Systembetreiber
Mobiles Kartenterminal	Einlesen der eGK außerhalb der Praxis	Bestandsgeräte dürfen Übergangsweise genutzt werden	350 Euro je Gerät Anspruchsvoraussetzungen: - mindestens 3 Hausbesuche/Quartal ODER - Pflegeheimbetreuungsvertrag ODER - ausgelagerte Praxisstätte ODER - Patientenversorgung in anderen Praxen (z.B. Anästhesisten)	PVS-Hersteller bzw. Systembetreiber
Praxisausweis (SMC-B)	Legitimationskarte der Praxis für Zugang zur TI	zugelassen; weitere Anbieter erwartet	23,25 Euro/Quartal	Trust-Service-Provider
PVS-Update	Anpassung des PVS, um Zugang zur TI zu ermöglichen und Versichertendaten einlesen zu können	abhängig vom PVS-Hersteller	In der Starterpauschale von 900 Euro enthalten. Die Pauschale soll auch Kosten für die Installation und damit zusammenhängende Ausfallzeiten, Schulungen und den zusätzlichen Zeitaufwand für das VSDM in der Startphase abdecken.	PVS-Hersteller bzw. Systembetreiber
VPN-Zugangsdienst	stellt Zugang zur TI her	zugelassen; weitere Dienste erwartet	In der Betriebskostenpauschale enthalten; diese beträgt: 298 Euro/Quartal (bis Quartal 2/2018) 248 Euro/Quartal (ab Quartal 3/2018) Pauschale soll auch Wartungskosten für Konnektoren abdecken.	PVS-Hersteller bzw. Systembetreiber
Optional				
eHBA	Keine Pflicht für die TI, wird für QES benötigt	verfügbar	11,63 Euro/Quartal	Ärztchamber oder Psychotherapeutenkammer

Aktuelle Zulassungsliste der für Praxen relevanten Komponenten unter: <https://fachportal.gematik.de/zulassungen/>
Eine Übersicht der für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen Praxisausweise unter: http://www.kbv.de/media/sp/Zugelassene_Anbieter_Praxisausweis.pdf

Stand: 15.6.2018

Adresse des Hausarztes:

.....
.....
.....

**Betreff: Therapieaufnahme/Befundbericht/Therapiebeendigung/Therapieabbruch
(gemäß EBM 2.1.4 Berichtspflicht)**

Patient/-in: Name:

geb. am:

Adresse:

Diagnose:

Sehr geehrte Frau Kollegin/sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für die freundliche Zuweisung der/des o. g. Patientin/Patienten, mit der/dem

- die Aufnahme einer Psychotherapie (Analytische PT/Tiefenpsych. PT/Verhaltenstherapie) in einem Umfang von Therapiestunden
- keine Aufnahme einer Psychotherapie
- das Fortführen der Psychotherapie für weitere Therapiestunden
- das Beenden der Psychotherapie in Therapiestunden

vereinbart wurde.

- Ein Therapieabbruch erfolgte am
- Die Patientin/der Patient hat eine Auskunft an Dritte abgelehnt.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Datum/Unterschrift/Stempel

