

An alle an der hausärztlichen Versorgung teiln. Ärzte und Einrichtungen (außer Kinderärzte), alle Fachärzte für Innere Medizin
alle Genehmigungsinhaber HIV/AIDS
alle Ärzte mit der Zusatzbez. Infektiologie
alle Ärzte mit der Zusatzbez. Suchtmed.
Grundvers.

Der Vorstand
Ansprechpartner: Service-Center
Tel.: (030) 3 10 03 - 999
Fax: (030) 3 10 03 - 900
service-center@kvberlin.de

Berlin, im Februar 2015

Neuer Strukturvertrag: Behandlung der Hepatitis C bei Versicherten der AOK Nordost

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

aktuell ist ein neuer Strukturvertrag nach § 73a SGB V abgeschlossen worden: Der Vertrag beinhaltet ein Versorgungskonzept, welches unter Berücksichtigung neuer Arzneimittel zur Behandlung der Hepatitis C insbesondere darauf abzielt, die Zahl der Therapieabbrüche zu verringern. Die Versorgung der Patienten erfolgt im Rahmen eines definierten Betreuungs- und Behandlungsplans und der jeweils aktuellen Empfehlung zur Therapie der chronischen Hepatitis C der DGVS (Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V.). Der Betreuungs- und Behandlungsablauf ist schematisch dargestellt (Anlage).

Der Vertrag ist gemeinsam mit der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV/Infizierter e.V. (dagnä), dem Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), dem Arbeitskreis Substitution Opiatabhängiger Berlin e.V. (AKSOB) und dem Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V. (BDA) entwickelt worden.

An dem Vertrag dürfen Ärzte teilnehmen, die folgende **Teilnahmevoraussetzungen** erfüllen:

- Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Gastroenterologie oder mit hepatologischem Schwerpunkt (Nachweis anhand bng/Zertifikat oder Nachweis von 100 hepatologischen Patienten pro Quartal)
- Facharzt für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt mit hepatologischem Schwerpunkt (Nachweis anhand bng/Zertifikat oder Nachweis von 100 hepatologischen Patienten pro Quartal)
- Teilnehmen können auch alle Ärzte, die über die Genehmigung zur Teilnahme an der HIV/AIDS Qualitätssicherungsvereinbarung nach

**Neuer
Strukturvertrag**

**Therapie der
chronischen
Hepatitis C**

ICD B18.2G

**Teilnahmevo-
raussetzungen
für den Arzt**

/2

§ 135 Absatz 2 SGB V verfügen oder über die Zusatzbezeichnung „Infektiologie“ (LÄK oder DGI) oder über die Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ (LÄK) und die aktiv an der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger teilnehmen.

Darüber hinaus sind folgende Nachweise zu führen:

- Betreuung von mindestens 25 Hepatitis/C/Patienten pro Jahr 3 Jahre vor Teilnahme an diesem Vertrag sowie
- der Nachweis der eigenständig durchgeführten Therapie der chronischen Hepatitis C bei mindestens 30 unterschiedlichen Patienten innerhalb von 4 Jahren vor Teilnahme an diesem Vertrag und
- der Nachweis über die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen im Bereich Hepatologie/Infektiologie innerhalb der letzten drei Jahre vor Vertragsteilnahme (30 CME/Punkte) und ab Teilnahme am Vertrag jährlich 20 CME/Punkte (davon 10 Punkte in der Kategorie C).

Den **Nachweis der Fallzahlen** können Sie z.B. in Form einer Liste der behandelten Fälle führen (Initialen des Patienten, Geschlecht, Geburtsjahr, Behandlungszeitraum, Diagnose, Genotyp)

Supervision: Ärzte, die die geforderten Fallzahlen nicht erreicht haben, können dennoch teilnehmen, hierbei erfolgt eine Mitbetreuung der Patienten durch einen Supervisor (teilnehmender Arzt, der die Teilnahmevoraussetzungen vollständig erfüllt).

Wenn Sie an dem Vertrag teilnehmen möchten, erklären Sie dies bitte anhand der **beigefügten Teilnahmeerklärung**.

Der Vertrag gilt aktuell für **Versicherte der AOK Nordost mit Wohnort in Berlin**. Versicherte der AOK Nordost mit Wohnort außerhalb von Berlin werden aller Voraussicht nach kurzfristig ebenfalls teilnehmen können, hierzu informiert Sie die Liste der Berliner Sonderverträge auf der Homepage der KV Berlin tagesaktuell:

www.kvberlin.de/ für die Praxis/ Verträge und Recht/Sonderverträge

Auch der Versicherte muss seine Teilnahme erklären. Hierzu ist ausschließlich die dem Vertrag als Anlage beigefügte Teilnahme- und Einwilligungserklärung zu verwenden. Sie erhalten den Vordruck mit Ihrer Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag.

Die Teilnahmeerklärung des Versicherten leiten Sie bitte an die AOK Nordost (Adresse steht auf dem Formular).

Teilnehmen dürfen nur Versicherte der AOK Nordost, bei denen die Diagnose **chronische Hepatitis C gesichert** ist. Der entsprechende **ICD B18.2G** ist für die Teilnahme und auch für Ihre Abrechnung verbindlich.

Folgende Leistungen werden Ihnen außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet:

Teilnahmeerklärung und Nachweisführung erforderlich

Vertrag gilt für Versicherte der AOK Nordost mit Wohnort Berlin

andere Wohnorte folgen

Teilnahmeerklärung des Versicherten erforderlich

Betreuungspauschale für das Einschreibequartal: **SNR 99013 60€**
Betreuungspauschale für das Einschreibequartal im Rahmen der
Supervision:

Supervisor: **SNR 99014 15€**, behandelnder Arzt: **SNR 99015 45€**

Betreuungspauschale je (weiterem) Quartal: **SNR 99016 80€**

Betreuungspauschale im Rahmen der Supervision:

Supervisor: **SNR 99017 20€**, behandelnder Arzt: **SNR 99018 60€**

Durchführung eines Zweitmeinungsverfahrens: **SNR 99019 35€**

Ein Zweitmeinungsverfahren erfolgt u.a. bei Abweichen von der
Therapieempfehlung der DGSV oder bei wiederholter Infektion. Das
Verfahren ist im Vertrag beschrieben.

Bestandteil des Vertrages sind auch Regelungen zur wirtschaftlichen
Verordnungsweise von Arzneimitteln. **Die antivirale Therapie ist
kostenintensiv, sie unterliegt auch im Rahmen dieses Vertrages dem
Wirtschaftlichkeitsgebot.**

Die AOK Nordost behält sich ausdrücklich vor, die
Arzneimittelverordnungen auch im Einzelfall zu prüfen (nach § 106 SGB
V).

Diese und weitere Informationen sowie den Vertrag und alle Anlagen zum
Vertrag finden Sie auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung
Berlin.

*www.kvberlin.de für die Praxis> Qualität>Überblick>Hepatitis-C-Virus
(HCV)-Infektionen (AOK Nordost)*

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der
KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. Uwe Kraffel
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke
Mitglied im Vorstand

Anlagen

Schematische Darstellung des Betreuungs- und Behandlungsablaufs
Ihre Teilnahmeerklärung (2a: Teilnahme, 2b: Teilnahme mit Supervision)

**Vergütung:
neue SNRn**

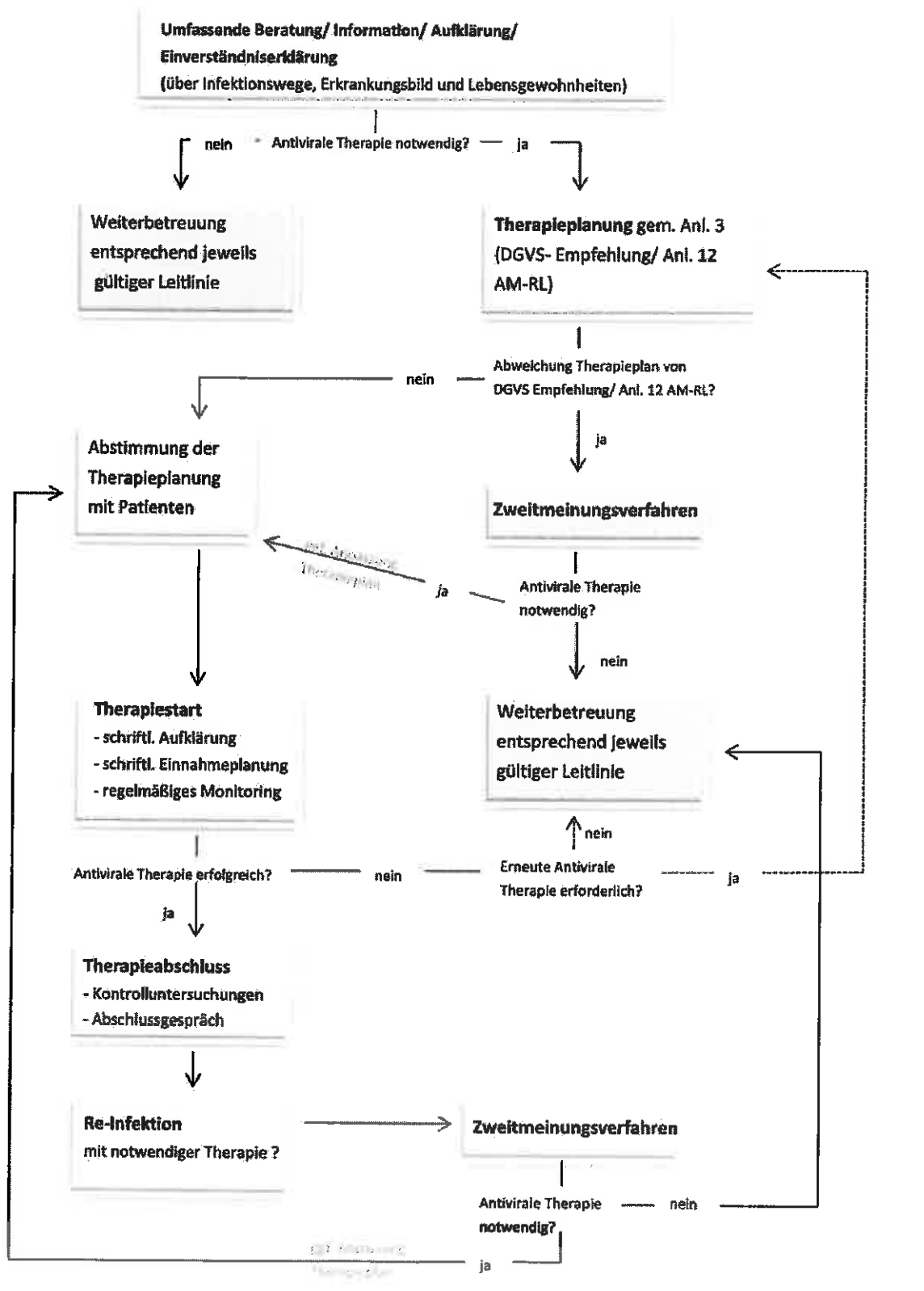
**99013 bis 99019
nur in Verbin-
dung mit
ICD B18.2G**

**Bei der Arz-
neimittel-
verordnung
gilt das Wirt-
schaftlich-
keitsgebot!**

☎ 31003-999

Anlage 5: Darstellung Betreuungs-/Behandlungsablauf § 5
zum Vertrag nach § 73a zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der AOK Nordost

Im Vorfeld ist die Notwendigkeit eines Supervisors gemäß des o.g. Vertrags zu klären!





Anlage 2a – Teilnahmeerklärung zum Vertrag nach § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 465, Fax (030) 31003 - 50465

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung

zum Vertrag nach § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin (gültig ab 01.01.2015)

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Anlage 2a – Teilnahmeerklärung zum Vertrag nach § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin



Hiermit beantrage ich für mich bzw. für den angestellten Arzt die Teilnahme an dem o.g. Vertrag. Ich besitze für mich bzw. für den angestellten Arzt

- eine der in § 3 Abs. 1 des Vertrages genannten Qualifikationen, die mich bzw. den angestellten Arzt in den Geltungsbereich einschließt

(Nachweise sind beigelegt bzw. liegen vor)

und

- den Nachweis über die Betreuung von mindestens 25 Hepatitis-C-Patienten pro Jahr 3 Jahre vor Teilnahme an dem Vertrag sowie den Nachweis der eigenständig durchgeführten Therapie der chronischen Hepatitis C bei mindestens 30 unterschiedlichen Patienten 4 Jahre vor Teilnahme an diesem Vertrag

(formlose Patientenliste aus der die Krankenkasse, Versichertennummer, Diagnose und der hepatologische Betreuungszeitraum der Patienten hervorgehen ist beigelegt)

und

- den Nachweis über die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen im Bereich der Hepatologie/ Infektiologie innerhalb der letzten 3 Jahre vor Vertragsteilnahme (30 CME-Punkte, davon 10 Punkte in der Kategorie C)

(Nachweise liegen bei)



Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich, den Inhalt des Vertrages gem. § 73a zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin in der jeweils gültigen Fassung durchzuführen.

Weiterhin verpflichte ich mich erstmalig spätestens 12 Monate nach Erteilung der Abrechnungsgenehmigung und danach kalenderjährlich - bis 31.12. des Jahres, den Nachweis über die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen im Bereich der Hepatologie/ Infektiologie mit mindestens 20 CME-Punkten (davon 10 Punkte in der Kategorie C) bei der KV Berlin, Abt. Qualitätssicherung, einzureichen.

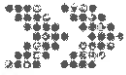
Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung zur Behandlung eines Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung



Anlage 2b – Teilnahmeerklärung mit Supervision zum Vertrag nach § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 465, Fax (030) 31003 - 50465

Praxisstempel

**Teilnahmeerklärung mit Supervision (gem. § 3 Abs. 5)
zum Vertrag nach § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit
der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost
mit chronischer Hepatitis C in Berlin
(gültig ab 01.01.2015)**

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

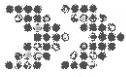
Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Anlage 2b – Teilnahmeerklärung mit Supervision zum Vertrag nach § 73a SGB V zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin



Hiermit beantrage ich für mich bzw. für den angestellten Arzt die Teilnahme am o.g. Vertrag als Arzt mit Supervision. Ich besitze für mich bzw. für den angestellten Arzt

- eine der in § 3 Abs. 1 des Vertrages genannten Qualifikationen, die mich bzw. den angestellten Arzt in den Geltungsbereich einschließt

(Nachweise sind beigelegt bzw. liegen vor)

und

- den Nachweis über die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen im Bereich der Hepatologie/ Infektiologie innerhalb der letzten 3 Jahre vor Vertragsteilnahme (30 CME-Punkte, davon 10 Punkte in der Kategorie C)

(Nachweise liegen bei)

Name und Anschrift des Supervisors: _____



Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich, den Inhalt des Vertrages gem. § 73a zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin in der jeweils gültigen Fassung durchzuführen.

Mir ist bekannt, dass alle Patienten durch den gleichen Supervisor mit betreut werden müssen, damit sich dieser ein umfassendes Bild über die Betreuung und Therapie verschaffen kann. Weiterhin habe ich den Supervisor zeitnah nach der Einschreibung des Versicherten zum geplanten Betreuungskonzept zu kontaktieren und es erfolgt vor jedem Therapiebeginn ein Gespräch mit dem Supervisor über den einzelnen Patienten über die individuell geplante Arzneimitteltherapie. Zusätzlich treffe ich mich zweimal jährlich mit dem Supervisor, um die Patienten einzeln zu besprechen. Die Ergebnisse der Gespräche werden entsprechend dokumentiert.

Die Pflicht zur Begleitung durch den Supervisor endet erst, wenn ich die Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1-3 selbst erfülle.

Weiterhin verpflichte ich mich erstmalig spätestens 12 Monate nach Erteilung der Abrechnungsgenehmigung und danach kalenderjährlich - bis 31.12. des Jahres, den Nachweis über die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen im Bereich der Hepatologie/ Infektiologie mit mindestens 20 CME-Punkten (davon 10 Punkte in der Kategorie C) bei der KV Berlin, Abt. Qualitätssicherung, einzureichen.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung zur Behandlung eines Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung