



Editorial

Schiedsspruch zum Honorarvertrag 2014

Ihre Fachinformationen

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
 - Abrechnung von Sachkosten gemäß Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 1
 - Abrechnungs-Sammelerklärung für die kommende Quartalsabrechnung 1
 - Abrechnung der DMP-Augenuntersuchungspauschale 1
 - Abrechnung von Leistungen im Rahmen des Auslandsabkommens 2

- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
 - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 3
 - Frühe Nutzenbewertung 5
 - Vermeidung von Einzelfallprüfungen bei Arzneimittelverordnungen –
Neue Vereinbarung mit der AOK PLUS 6
 - Beratungsangebot für Ärzte in Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren 6
 - FSME-Risikogebiete – aktuelle Übersichtskarte 7
 - Online-Umfrage zur Heilmittel-Verordnung bei langfristigem Behandlungsbedarf und
Praxisbesonderheiten 7
 - MRSA-Eradikationstherapie – jetzt in Häuslicher Krankenpflege möglich 8
 - Verordnung Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung –
Aktuelle Übersicht der Leistungserbringer 8

- **Qualitätssicherung**
 - Fehlermeldesysteme im Qualitätsmanagement nutzen 9

- **Verträge**
 - Neuer Vertrag „RheumaAktiv Thüringen“ mit der AOK PLUS 9
 - Ergänzung des HzV-Vertrages (AOK PLUS) um das Modul „Rheuma“ 10
 - Homöopathievertrag zwischen der AG Vertragskoordination und der SECURVITA BKK 11
 - Weiterentwicklung des Strukturvertrages Diabetisches Fußsyndrom in Thüringen
mit der AOK PLUS 12

- **Alles was Recht ist**
 - Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag 12

- **Informationen**
 - Kampagne „Lass dich nieder!“ – Junge Ärzte im Mittelpunkt 13
 - Fünfte bundesweite Befragung zur wirtschaftlichen Situation in Arztpraxen beginnt Mitte Juni 14
 - Präventionsinitiative 2014: Informationskampagne zur Hautkrebs-Vorsorge 14

Terminkalender

Termine zur Abrechnungsannahme	15
Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena	15



25.06. bis 28.06.2014 im Kaisersaal Erfurt

16

Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen	18
7. Jenaer Geriatrie-Symposium – Assessment in Bewegung	20
Fortbildungsveranstaltung des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten: „Was kann man mit einer psychotherapeutischen Praxis verdienen?“	20
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	21

Anlagen

- Anlage 1 – Merkblatt „Informationen für die Praxis – Im Ausland krankenversicherte Patienten“
- Anlage 2 – Vereinbarung zur Vermeidung von Arzneikostenregressen und zur gemeinsamen Beratung und Information der Vertragsärzte
- Anlage 3 – Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: MRSA-Eradikationstherapie
- Anlage 4 – Zugelassene Leistungserbringer für die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Beilagen

- Abrechnungs-Sammelerklärung
- Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

verantwortlich: Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer

Redaktion: Babette Landmann, Stabsstelle Kommunikation/Politik

Telefon: 03643 559-0

Telefax: 03643 559-191

Internet: www.kvt.de

E-Mail: info@kvt.de

Druck: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

Schiedsspruch zum Honorarvertrag 2014

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

obwohl Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen in Thüringen eine konstruktive Vertragspartnerschaft pflegen, kam eine Einigung über die angemessene Gesamtvergütung in diesem Jahr nicht zustande. Die Positionen lagen zu Beginn der Verhandlungen wieder einmal weit auseinander. Als keine Kompromisslösung in Sicht kam, rief die KV Thüringen die Schlichtungsstelle an. Während zur Fortführung extrabudgetärer Leistungen und zur Berücksichtigung des Inflationsausgleiches beim regionalen Punktwert Einvernehmen erzielt wurde, blieben die Berücksichtigung des diagnosebezogenen Morbiditätsanstiegs, die Förderung von ausgewählten Leistungen durch Punktwertzuschläge und die Erweiterung des Katalogs ausbudgetierter Leistungen auch unter Moderation des Schiedsamtsvorsitzenden bis zuletzt strittig.

So kam es zu einem Schlichterspruch, der erwartungsgemäß für beide Seiten positive und negative Aspekte aufweist. Erleichtert sind wir, dass für die rheumatologische Versorgung und für die Wachkomabehandlung wichtige Leistungspositionen von der Budgetierung befreit werden konnten; mit unseren weitergehenden Forderungen konnten wir uns in diesem Jahr nicht durchsetzen. Die verbleibende budgetierte Gesamtvergütung wird um insgesamt

4,012 Prozent sockelwirksam gesteigert. Diese Rate wird absehbar nicht ausreichen, alle notwendigen Leistungen mit dem regional vereinbarten Punktwert von 10,13 Cent zu vergüten. Aber sie stellt ein besseres Ergebnis im Vergleich zu den bisher bekannten Abschlüssen anderer KV-Bereiche dar und muss als das derzeit maximal Erreichbare akzeptiert werden.

Die im vergangenen Jahr vereinbarten förderungswürdigen Leistungen werden mit einem Punktwertzuschlag von 1,41 Cent unverändert fortgeführt. Einem Auftrag der Vertreterversammlung folgend hat der Vorstand erreicht, dass 0,54 Prozent der MGV gezielt für Punktwertzuschläge im unterfinanzierten fachärztlichen Versorgungsbereich zur Verfügung gestellt werden.

Eine Liste unerfüllter Anliegen bleibt weiter auf unserer Agenda, denn es gilt: „Nach der Verhandlung ist vor der Verhandlung.“

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Thomas Schröter
2. Vorsitzender

Abrechnung/Honorarverteilung

Abrechnung von Sachkosten gemäß Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM

Um einen reibungslosen Ablauf bei der Abrechnung/Vergütung von Sachkosten gemäß Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM zu gewährleisten, ist es notwendig, dass seitens der Thüringer Ärzteschaft alle erforderlichen Informationen gemäß der Vereinbarung zur Umsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen angegeben werden.

In diesem Zusammenhang möchten wir nochmals auf zwei Aspekte hinweisen:

- **Originalrechnungen** sind mit **Stempel und Unterschrift des Arztes** bei der KVT einzureichen
- **Auf einer Einzelrechnung muss zusätzlich der Versichertenbezug ersichtlich sein**

Sollten zukünftig Angaben gemäß o. g. Vereinbarung fehlen, müssen wir leider unvollständig eingereichte Abrechnungen ablehnen.

Ihre Ansprechpartnerin: Sylvia Steinhäuser, Leiterin der Abt. Kostenträger/Statistik, Telefon 03643 559-245

Achtung!

Abrechnungs-Sammelerklärung für die kommende Quartalsabrechnung

Mit diesem Rundschreiben erhalten Sie das Formular „Abrechnungs-Sammelerklärung“ für die kommende Quartalsabrechnung. Bitte beachten Sie, dass zu einer kompletten Quartalsabrechnung auch die Abrechnungs-Sammelerklärung sowie die Fallzusammenstellung/Fallstatistik gehören und die Papierunterlagen zeitnah an die KVT zu senden sind.

Abrechnung der DMP-Augenuntersuchungspauschale

Im neuen DMP-Vergütungsvertrag wurde zum 01.01.2014 auch die „DMP-Augenuntersuchungspauschale“ neu geregelt. Diese Pauschale wird für den eingeschriebenen Versicherten im DMP Diabetes mellitus Typ 1 oder DMP Diabetes mellitus Typ 2 nach erfolgter augenärztlicher Untersuchung einmal im Kalenderjahr vergütet. **Zwingende Grundlage für die Vergütung dieser DMP-Augenuntersuchungspauschale ist eine Überweisung explizit zu dieser Untersuchung, ausgestellt vom jeweils koordinierenden DMP-Arzt.** Sind beide beteiligten Ärzte in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig, so wird diese Untersuchung ohne ausgestelltes Muster 6 abgerechnet.

– Folgende GOP sind für die Augenärzte berechnungsfähig:

GOP 99539 für DMP-DM 1 (Wert 7 Euro)

GOP 99560 für DMP-DM 2 (Wert 7 Euro)

– Leistungstext „DMP-Augenuntersuchungspauschale“

Zeitnahe Terminvergabe für die vom koordinierenden Vertragsarzt überwiesenen Patienten zur augenärztlichen Untersuchung (binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes in Mydriasis) und ophthalmologische Kontrolle für eingeschriebene Versicherte sowie Befundbericht an den überweisenden koordinierenden Vertragsarzt; einmal kalenderjährlich.

Genereller Hinweis zur DMP-Überweisung:

Wird der eingeschriebene DMP-Versicherte zum Arzt der 2. Versorgungsebene oder zum Augenarzt im Rahmen des DMP überwiesen, ist ein vollständig ausgefüllter Überweisungsschein mit dem eindeutigen Kennzeichen des jeweiligen DMP notwendig.

Abrechnung von Leistungen im Rahmen des Auslandsabkommens

Nach dem zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht haben Patienten, die im Ausland krankenversichert sind und ärztliche Behandlung benötigen, Anspruch auf eine vertragsärztliche Versorgung, vorausgesetzt, sie weisen sich mit der Europäischen Krankenversichertenkarte (EIHC) bzw. mit einer provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB) oder alternativ mit einem Abrechnungsschein einer deutschen Krankenkasse sowie ihren Personalausweis oder Reisepass aus. Die Abrechnung der Behandlung erfolgt über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Ohne Vorlage einer Anspruchsberechtigung sind die ärztlichen Leistungen nach GOÄ in Rechnung zu stellen.

Die Vereinbarung zur Anwendung der europäischen Krankenversicherungskarte sieht vor, dass der Patient nach Vorlage der **Europäischen Krankenversichertenkarte/Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB)** in der Praxis **vor Beginn der Behandlung** die aushelfende deutsche Krankenkasse auswählt. Im Anschluss sind die Muster 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten) und 81 (Erklärung) auszufüllen.

Muster 80a und 81a sind im Original unverzüglich an die aushelfende deutsche Krankenkasse zu übersenden; anstelle des Musters 80a kann der Ausweis oder Reisepass als Fotokopie (GOP 40144) übermittelt werden. Dabei sind die Versandkosten nach GOP 40120 abrechnungsfähig. Die Durchschläge (Muster 80b und 81b bzw. die Zweitfotokopie) verbleiben beim Vertragsarzt und sind mindestens zwei Jahre aufzubewahren.

Die Behandlungsfälle im Rahmen des Auslandsabkommens werden in der EDV mit dem **Versichertenstatus „1000 7“** angelegt. Damit wird der Fall als besonderer Kostenträger gekennzeichnet und entsprechend extrabudgetär vergütet.

In **Anlage 1** dieses Rundschreibens erhalten Sie noch einmal das **Merkblatt „Informationen für die Praxis – Im Ausland krankenversicherte Patienten“** mit diesen und weiteren Informationen. Wir bitten dringend um Berücksichtigung der Hinweise und um zeitnahe Übersendung der Formulare an die aushelfenden deutschen Krankenkassen.

Ihre Ansprechpartnerinnen für alle Themen der Leistungsabrechnung:

Frau Rudolph App. 480	Frau Richter 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 Gimbel App. 430	Frau Reimann App. 452	Frau Stöpel App. 438	Frau Kölbl App. 444
Kinderärzte Internisten Allgemein- mediziner Praktische Ärzte	Kinderärzte Internisten Allgemein- mediziner Praktische Ärzte	Gynäkologen HNO-Ärzte Orthopäden Physikal. Med. Urologen	Neurologen Nervenärzte Psychiater Psychotherap. Augenärzte Hautärzte Notfälle/ Einricht., MVZ	ermächtigte Ärzte Fachchemiker Humangenetik Laborärzte Laborgemein- schaften Pathologen HNO-Ärzte	Belegärzte Chirurgen Radiologen Nuklearmediz. Dialyseärzte Dialyse-Einr. MKG Neurochirurgen Anästhesisten

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

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

- **Änderung der Verordnungseinschränkung von Mitteln zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit – Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)**

Die Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) der AM-RL wird in Nummer 2 wie folgt ergänzt:

Arzneimittel	Rechtliche Grundlagen und Hinweise
<p>2. Mittel zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit,</p> <p>a) ausgenommen zur Unterstützung der Aufrechterhaltung der Abstinenz bei alkoholkranken Patienten im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts mit begleitenden psychosozialen und soziotherapeutischen Maßnahmen.</p> <p>b) ausgenommen zur Unterstützung der Reduktion des Alkoholkonsums bei alkoholkranken Patienten, die auf eine Abstinenztherapie hingeführt werden, für die aber entsprechende Therapiemöglichkeiten nicht zeitnah zur Verfügung stehen. Die Verordnung kann bis zu drei Monate erfolgen; in begründeten Ausnahmefällen kann die Verordnung um weitere drei Monate verlängert werden. Die Einleitung darf nur durch in der Therapie der Alkoholabhängigkeit erfahrene Ärztinnen und Ärzte erfolgen.</p> <p>Der Einsatz von Arzneimitteln zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit ist im Hinblick auf das therapeutische Gesamtkonzept besonders zu dokumentieren.</p>	<p>Verordnungseinschränkung verschreibungspflichtiger Arzneimittel nach dieser Richtlinie [4]</p>

[4] Verordnungseinschränkung nach dieser Richtlinie (§ 92 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGB V in Verbindung mit § 16 Abs. 1 und 2 AM-RL)

Dieser Beschluss trat am 08.05.2014 in Kraft.

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

Produktbezeichnung	Befristung der Verordnungsfähigkeit	Inkrafttreten des Beschlusses
Pe-Ha-Luron® 1.0 %	04.04.2019	01.05.2014
Pe-Ha-Visco (2 %)	04.04.2019	05.05.2014

Bitte beachten Sie, dass eine einmal befristete Verordnungsfähigkeit nicht immer verlängert wird. Einige Produkte sind dadurch inzwischen wieder entfallen. Achten Sie daher auf die Angaben Ihrer Praxissoftware oder prüfen Sie häufig verordnete Medizinprodukte in größeren Abständen anhand der veröffentlichten Übersichten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung weist auch darauf hin, dass die Anlage V noch erweitert wird.

Medizinprodukte mit arzneimittelähnlichem Charakter sind nur noch dann zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen ordnungsfähig, wenn sie in Anlage V der AM-RL gelistet sind. Das gilt auch für Verordnungen im Sprechstundenbedarf. Die derzeit bei bestimmten Indikationen ordnungsfähigen Medizinprodukte finden Sie im Internet unter www.g-ba.de.

- **Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII der AM-RL)**

Bei neu eingeführten Wirkstoffen bewertet der G-BA den Nutzen von erstattungsfähigen Arzneimitteln. Hierbei wird insbesondere der Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie bewertet und es werden Hinweise zur wirtschaftlichen Ordnungsweise gegeben.

Kürzlich hat der G-BA weitere nachfolgende Beschlüsse im Rahmen der frühen Nutzenbewertung gefasst und in die Anlage XII der AM-RL aufgenommen.

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*
Indacaterol/ Glycopyrronium (Ultribro® Breezhaler) 08.05.2014	Bronchialerweiternde Erhaltungstherapie zur Symptomlinderung bei erwachsenen Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)	a) COPD Stufe II: Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen b) COPD Stufe III mit höchstens einer Exazerbation pro Jahr: Hinweis für einen geringen Zusatznutzen c) COPD Stufe IV mit höchstens einer Exazerbation pro Jahr: ein Zusatznutzen ist nicht belegt** d) COPD Stufe III und IV mit ≥ 2 Exazerbationen pro Jahr: ein Zusatznutzen ist nicht belegt** Zweckmäßige Vergleichstherapien: a–c) langwirksame Beta 2-Sympathomimetika (Formoterol oder Salmeterol) oder langwirksame Anticholinergika (Tiotropium) oder die Kombination beider Wirkstoffklassen d) inhalative Corticosteroide zusätzlich zu langwirksamen Beta 2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika
Afatinib (Giotrif®) 08.05.2014 befristet bis 15.05.15	Monotherapie zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem und/oder metastasiertem nicht kleinzelligen Lungenerkarzinom mit EGFR-Mutationen	Für nicht vorbehandelte Patienten wurden für einige Untergruppen Hinweise für einen Zusatznutzen gefunden. Für vorbehandelte Patienten wurde kein Zusatznutzen gefunden. Als zweckmäßige Vergleichstherapie wurden u. a. Gefitinib oder Erlotinib herangezogen.

* 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 die Erstattungsbeträge. Sollte nach 6 Monaten keine Einigung erzielt worden sein, wird das Schiedsamt innerhalb von drei weiteren Monaten entscheiden.

Es ist nicht auszuschließen, dass die Verordnung in den Anwendungsgebieten, in denen ein Zusatznutzen nicht belegt ist, das Arzneimittel jedoch deutlich teurer ist als die zweckmäßige Vergleichstherapie, bis zum Abschluss der Erstattungsvereinbarung von Krankenkassen als unwirtschaftlich erachtet wird.

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

Frühe Nutzenbewertung

Mit ihrer Zulassung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte müssen alle Arzneimittel ihre Wirksamkeit, Qualität und Unbedenklichkeit entsprechend den Vorgaben des Arzneimittelgesetzes belegen. Darüber hinaus wurde im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) u. a. die frühe Nutzenbewertung ab 01.01.2011 beschlossen, d. h. **neue Medikamente werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf ihren Zusatznutzen gegenüber der bisherigen zweckmäßigen Vergleichstherapie bewertet.**

Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass nicht jedes Arzneimittel, welches neu auf den Markt kommt, besser ist als herkömmliche Arzneimittel. Trotzdem sind viele neue Medikamente teurer als die alten – zum Nachteil der Krankenkassen. Deshalb hat der Gesetzgeber mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz zum 01.01.2011 die frühe Nutzenbewertung eingeführt. Das Ergebnis der Nutzenbewertung – also ob ein neues Arzneimittel einen Zusatznutzen hat oder nicht – wirkt sich auf den Erstattungsbetrag aus und damit auf die Kosten, die den Krankenkassen für das Medikament entstehen.

Vom Zeitpunkt der Zulassung bzw. dem Markteintritt eines neuen Arzneimittels bis zur Nutzenbewertung liegt die Wirtschaftlichkeitsverantwortung zunächst allein beim Arzt.

Sobald die Nutzenbewertung im G-BA abgeschlossen ist, haben Hersteller und Spitzenverband der Krankenkassen sechs Monate Zeit, einen Erstattungspreis zu verhandeln. Diese Einflussnahme auf die Kostengestaltung ist Ziel und Hintergrund der Zusatznutzenbewertung. Die Krankenkassen gestalten also in gemeinsamer Verantwortung mit dem Hersteller die wirtschaftliche Erstattung.

Liegt ein **Zusatznutzen** vor, gewährleistet grundsätzlich der zwischen Krankenkassen und Hersteller verhandelte Erstattungspreis die Wirtschaftlichkeit des Arzneimittels. Somit entfällt die Kostenverantwortung für den Arzt und ist bei indikationsgerechtem und mengenmäßig korrektem Einsatz gemäß Fachinformation unter Beachtung des abschließenden G-BA-Beschlusses zur Nutzenbewertung (enthält Anforderungen an Zweckmäßigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit) wirtschaftlich. Die Nutzenbewertung und die Vereinbarung eines für die gesetzliche Krankenversicherung einheitlichen Erstattungsbetrages konkretisieren die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit des Arzneimittels. Dies bedeutet allerdings nicht, dass damit auch jede Verordnung dieses Arzneimittels im Einzelfall zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Stehen für eine Therapie mehrere Wirkstoffe zur Verfügung, gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot für die Auswahl: Auszuwählen ist derjenige Wirkstoff, der im Einzelfall ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich für die jeweilige Behandlung ist.

Wenn ein Arzneimittel **keinen Zusatznutzen** hat, ordnet der G-BA das Mittel in eine Festbetragsgruppe ein. Für Arzneimittel, bei denen weder ein Zusatznutzen vorliegt noch die Einordnung in eine Festbetragsgruppe möglich ist, wird zwischen pharmazeutischem Unternehmer und Spitzenverband der Krankenkassen ein Erstattungsbetrag vereinbart, der nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führen darf als die festgelegte zweckmäßige Vergleichstherapie (diese sind in den vollständigen Beschlusstexten des G-BA gut dargestellt). Der Arzneimittelpreis wird also sinken. Mit diesem niedrigeren Preis wird die Wirtschaftlichkeit dieser neuen Arzneimittel hergestellt.

Vor Abschluss der Preisverhandlungen wird daher allen Vertragsärzten empfohlen, diese neuen Arzneimittel **ohne Zusatznutzen und mit höheren Kosten** gegenüber der (bisherigen) zweckmäßigen Vergleichstherapie nur in ausgewählten Fällen einzusetzen, in denen ein patientenindividueller Vorteil dokumentiert werden kann.

Dies geschieht aus zwei Gründen:

1. In der Zeit von der Zulassung eines neuen Arzneimittels bis zur Festlegung eines Erstattungspreises ist das Mittel (in der Regel noch) teurer als die Vergleichstherapie. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Krankenkassen oder die Prüfungsstelle in dieser Zeitspanne eine unwirtschaftliche Ordnungsweise sehen.
2. Es gab einige Beispiele, in denen die Preisverhandlungen für den Hersteller so unbefriedigend verliefen, dass er das Produkt in Deutschland aus dem Handel nahm. In solchen Fällen müssten die Patienten dann wieder umgestellt werden.

Achtung! **Verordnungen preiswerterer Arzneimittel sind auch in dieser Phase bereits wirtschaftlich. Bei Verordnungen bis zur endgültigen Preisfestlegung sollte der patientenindividuelle Vorteil dieser Therapie immer dokumentiert werden.**

FAZIT

Grundsätzlich ist die Verordnung von Arzneimitteln, die der frühen Nutzenbewertung unterliegen, dann kritisch, wenn die Bewertung des G-BA (in der Regel drei Monate) nach Markteinführung erkennen lässt, dass kein Zusatznutzen gegenüber der Vergleichstherapie festgestellt wird und die **Wirtschaftlichkeit der neuen Therapie damit offen ist**. In diesen Fällen sollte der Arzt, wenn er dennoch die neue Therapie verordnet, seine **Verordnungsentscheidung gut begründet dokumentieren**.

Nach der Festsetzung des Erstattungspreises in Höhe der zweckmäßigen Vergleichstherapie, z. B. in der entsprechenden Festbetragsgruppe, wenn das Präparat keinen Zusatznutzen hat, hat der Arzt keine Verantwortung mehr für den (zumeist inzwischen abgesenkten) Arzneimittelpreis. Maßgeblich sind die **Fachinformationen und die Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie** etc. zu beachten, wie bei allen anderen Verordnungen. Therapieentscheidungen sind grundsätzlich in der Patientenakte zu dokumentieren.

Ihre Ansprechpartnerin: Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Vermeidung von Einzelfallprüfungen bei Arzneimittelverordnungen – neue Vereinbarung mit der AOK PLUS

Die Nichtbeachtung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) und anderer vertragsärztlicher Regelungen führt regelmäßig zu Prüfanträgen der Krankenkassen gegenüber den Vertragsärzten. Auch im Rahmen der Richtgrößen- und Zufälligkeitprüfung beanstandet die Prüfungsstelle derartige unwirtschaftliche Verordnungen.

Gemeinsam mit der AOK PLUS gelang es den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Thüringen und Sachsen erstmals eine **Vereinbarung zur Vermeidung von Arzneykostenregressen und zur gemeinsamen Beratung und Information der Vertragsärzte** (siehe **Anlage 2** dieses Rundschreibens) abzuschließen. Diese soll dazu beitragen, dass Vertragsärzte in den beiden Bundesländern nicht sofort einen Regressantrag der AOK PLUS fürchten müssen, wenn sie Verordnungsausschlüsse und -einschränkungen der AM-RL nicht beachtet haben.

Im Sinne einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit wird sich die AOK PLUS in der Regel dann zunächst an die beiden KVen wenden. In einer Arbeitsgruppe (AG) werden die Vertreter der AOK PLUS und der KVen zunächst entscheiden, welche Verordnungen von Ärzten künftig hinterfragt werden sollten. Die Vertragsärzte erhalten danach eine schriftliche Information über ihre verordneten Arzneimittel mit potenzieller Regressgefahr. Es werden fachliche und rechtliche Grundlagen, wie z. B. die Zulassung der Arzneimittel und die Therapiehinweise des G-BA erläutert. In diesem Zusammenhang können auch individuelle Hinweise zu konkreten Patienten durch die AOK PLUS direkt gegeben werden.

Gleichzeitig werden Informationen für alle Vertragsärzte entweder über das Mitgliederportal der KVT (KVTOP) oder das Rundschreiben publiziert. Danach erhalten alle Vertragsärzte Zeit, das Ordnungsverhalten umzustellen bzw. die Gründe für die Verordnungen im Ausnahmefall zu dokumentieren. Bitte nutzen Sie diese Zeit für die Reflexion Ihrer Vorgehensweise und die Dokumentation, denn sechs Monate nach der Information wird die AOK PLUS die laufenden Ordnungsdaten analysieren und über eine nochmalige Nachfrage bei den Ärzten oder einen entsprechenden Prüfantrag entscheiden.

Arzneimittel, die eindeutig aus der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV ausgeschlossen sind, können weiterhin direkt zu Prüfanträgen führen. Dies betrifft z. B. Mittel nach Anlage II der AM-RL (Lifestyle) oder Präparate ohne arzneimittelrechtliche Zulassung in Deutschland oder der EU.

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

Beratungsangebot für Ärzte in Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren

Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung kosten Zeit, verursachen Arbeit und können finanziell bedrohlich sein. Die KVT unterstützt ihre Mitglieder im Rahmen der Ordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung auch jederzeit bei Verfahren zur

- Zufälligkeitprüfung
- Richtgrößenprüfung
- Einzelfallprüfung

Unsere Unterstützung kann insbesondere in der gemeinsamen Erörterung des weiteren Verfahrensablaufes, der Erklärung der Statistiken und daraus abzuleitender Sachverhaltsdarstellungen sowie Bewertung sonstiger Unterlagen der Prüfungsstelle bestehen.

Gleichzeitig kann eine fachliche Diskussion zur inhaltlichen Abfassung einer Stellungnahme mit unseren Beratungsärzten bzw. -apothekern geführt werden.

Bitte vereinbaren Sie einen Termin mit unseren Ansprechpartnern:

▪ **zu Verfahrensfragen/Statistiken:**

Thomas Kaiser, Telefon 03643 559-771

Vera Otto, Telefon 03643 559-774

▪ **zu medizinischen Fragen/Argumentationshilfen:**

Dr. Editha Kniepert, Telefon 03643 559-760

Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763

FSME-Risikogebiete – aktuelle Übersichtskarte

Gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie erhalten Personen, die in innerdeutschen FSME-Risikogebieten Zecken exponiert sind, die FSME-Impfung (Grundimmunisierung/Auffrischimpfung) als Indikationsimpfung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die STIKO empfiehlt die FSME-Impfung ausdrücklich für Personen, die in den Risikogebieten zeckenexponiert sind, und weist darauf hin, dass ein hoher Anteil der auftretenden FSME-Erkrankungen durch eine Steigerung der Impfquoten, insbesondere in Kreisen mit einer hohen FSME-Inzidenz, verhindert werden könnte.

Zu den Thüringer FSME-Risikogebieten gehören nach wie vor die Landkreise:

- Hildburghausen,
- Saalfeld-Rudolstadt,
- Saale-Orla-Kreis,
- Saale-Holzland-Kreis,
- Sonneberg sowie die Städte
- Jena und
- Gera.

Neu ausgewiesen wurde der an Thüringen grenzende Vogtlandkreis. Die aktuelle Übersichtskarte (Stand 24.03.2014) für alle innerdeutschen **FSME-Risikogebiete** wurde im Epidemiologischen Bulletin 15/2014 veröffentlicht. Sie finden diese Übersichtskarte auf der Internetseite des Robert Koch-Institutes (www.rki.de).

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

Online-Umfrage zur Heilmittel-Verordnung bei langfristigem Behandlungsbedarf und Praxisbesonderheiten

Die KBV hat eine Online-Umfrage zum langfristigen Heilmittelbedarf gestartet. Sie will bis zum 15.07.2014 von den Vertragsärzten erfahren, wie diese die aktuellen Regelungen bewerten. Zu den Praxisbesonderheiten werden ebenfalls Fragen gestellt. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass erstmalig die „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs“ überprüft werden soll. Die KBV benötigt deshalb Informationen zu den Erfahrungen der Vertragsärzte mit der Umsetzung dieser Regelungen und welche Verbesserungen aus ärztlicher Sicht eventuell erforderlich sind.

Die Überprüfung der Vereinbarung ist künftig jährlich vorgesehen, um sie dem Versorgungsbedarf anpassen zu können. Da die Vertragsärzte durch den direkten Patientenkontakt den Verbesserungsbedarf am besten einschätzen können, fragt die KBV zum Beispiel inwiefern die **definierte Diagnoseliste** ausreichend ist **oder** ob **weitere Diagnosen** aufgenommen werden sollten.

Die Umfrage finden Sie in den aktuellen Meldungen auf der Internetseite der KBV oder im Fortbildungsportal der KBV (<https://cme.kbv.de/AIS-CME/home.seam>). Nutzen Sie auch den Hyperlink auf dem Internetportal der KVT.

Ärzte, die im Fortbildungsportal der KBV noch nicht registriert sind, melden sich mit ihrer Lebenslangen Arztnummer (LANR) an. So wird sichergestellt, dass ausschließlich Vertragsärzte teilnehmen. Die KBV weist darauf hin, dass die Umfrage selbstverständlich anonymisiert durchgeführt und ausgewertet wird. Die Angabe von LANR, Name und E-Mail-Adresse dient nur der Zugangsregulierung. Diese Daten werden von der KBV weder gespeichert, noch mit den Ergebnissen der Umfrage in Zusammenhang gebracht.

Bitte nutzen Sie die Möglichkeit, Ihre Erfahrungen und Vorschläge an dieser Stelle mit einzubringen. **Eine Teilnahme ist bis zum 15.07.2014 – nur online – möglich.**

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

MRSA-Eradikationstherapie – Jetzt in Häuslicher Krankenpflege möglich

Die Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose nach ärztlichem Sanierungsplan wurde in die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie neu aufgenommen. Der G-BA-Beschluss trat am 01.05.2014 in Kraft. Die Leistungsbeschreibung finden Sie in **Anlage 3** dieses Rundschreibens.

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

Verordnung Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung – Aktuelle Übersicht der Leistungserbringer

Die Verordnung Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen mit begrenzter Lebenserwartung zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen.

Eine Verordnung von SAPV Muster 63 kann bei komplexem Symptomgeschehen, welches spezifische palliativmedizinische und/oder -pflegerische Kenntnisse und ein interdisziplinäres Konzept erfordert, erfolgen. Anderweitige ambulante Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes sind für diese Patienten schon zum Einsatz gekommen und erwiesen sich als nicht ausreichend. Jede Verordnung von SAPV wird von der Krankenkasse geprüft und muss bewilligt werden. Die SAPV kann erfolgen als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung.

In der hausärztlichen Versorgung ist es grundsätzlich möglich, die palliativmedizinische Versorgung nach den GOP 03370 bis 03373 sowie 04370 bis 04373 abzurechnen, auch wenn parallel eine SAPV-Betreuung erfolgt. Diese additive Teilversorgung im Rahmen der SAPV ist mittels Muster 63 verordnungsfähig und schließt die Abrechnung der genannten EBM-Positionen nicht aus.

Zuletzt informierten wir vor einem Jahr über die zugelassenen Leistungserbringer für SAPV. Inzwischen sind die Versorgungsregionen einiger SAPV-Teams erweitert worden. Eine aktuelle Übersicht hierzu finden Sie in **Anlage 4** dieses Rundschreibens.

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

Qualitätssicherung

Fehlermeldesysteme im Qualitätsmanagement nutzen

Mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes am 26.02.2013 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, innerhalb eines Jahres wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit aufzunehmen. Insbesondere sollten die Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festgelegt werden.

Zum 17.04.2014 ist die geänderte Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (ÄQM-RL) in Kraft getreten. Ergänzt wurde u. a. die Sicherheitskultur als ein Ziel des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in § 2 und die Risikokommunikation in § 3. In § 4 wird der Umgang mit Risiken und sicherheitsrelevanten Ereignissen verständlicher dargestellt.

Der G-BA nennt zwei Beispiele für qualitativ hochwertige Fehlermanagementsysteme: das Netzwerk CIRS des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (unter www.cirs-berlin.de) und das Projekt „Jeder Fehler zählt“ (unter www.jeder-fehler-zaehlt.de) – Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Beide Fehlersysteme zeichnen sich laut G-BA durch Sanktionsfreiheit, Anonymität, niedrigschwellige Berichtsmöglichkeit, systematische Analyse und Auswertung der Berichte mit Hinweisen auf mögliche Verbesserungsmaßnahmen aus.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1917.

Ihre Ansprechpartnerin: Kerstin Budach, Telefon 03643 559-749.

Verträge

Neuer Vertrag „RheumaAktiv Thüringen“ mit der AOK PLUS

Die KVT und die AOK PLUS haben einen Vertrag gemäß § 73c SGB V zur ambulanten Versorgung von Versicherten mit ausgewählten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen im Freistaat Thüringen abgeschlossen, der **zum 01.04.2014 in Kraft** getreten ist.

Nachfolgend sind ausgewählte Eckpunkte des Vertrages aufgeführt:

1. Ziele des Vertrages (siehe § 1 des Vertrages)

Dieser Vertrag stellt eine fachärztliche Ergänzung für Versicherte der AOK PLUS mit ausgewählten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zum Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Thüringen (HzV-THR) dar. Ziele des Vertrages sind, eine frühzeitige Diagnosestellung und Interventionsmöglichkeit nach Auftreten erster Symptome zu erreichen und den Patientendurchlauf beim Rheumatologen zu erhöhen.

2. Teilnahmeberechtigung und Einschreibung der Rheumatologen (siehe §§ 2 und 3 sowie Anlage 2 des Vertrages)

Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, Vertragsärzte in Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V, die Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie oder Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie im hausärztlichen Versorgungsbereich sind. Die Einschreibung der Rheumatologen erfolgt mittels der Teilnahmeerklärung (Anlage 2 des Vertrages) möglichst per Telefax gegenüber der KVT.

3. Teilnahmebedingungen und Einschreibung der Versicherten (siehe § 5 sowie Anlage 1 des Vertrages)

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der AOK PLUS, sofern sie

- an der HzV-THR teilnehmen,
- an einer der im Vertrag genannten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (wie Rheumatoide Arthritis, Polymyalgia rheumatica, Arteriitis temporalis, Spondylitis ankylosans, Arthritis psoriatica oder Kollagenosen) leiden.

Die Einschreibung des Versicherten in diesen Vertrag erfolgt beim Rheumatologen mittels Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 1 des Vertrages).

4. Versorgungsauftrag des Rheumatologen (siehe § 8 des Vertrages)

- zeitnahe Terminvergabe für eine Erstvorstellung des Versicherten für die Verdachtsdiagnosen Rheumatoide Arthritis, Polymyalgia rheumatica, Arteriitis temporalis innerhalb von zwei Wochen,
- Einschreibung des Versicherten,
- Sicherung der Diagnose,
- Rücküberweisung von Versicherten mit stabilem Krankheitsverlauf/in Remission an Hausarzt,
- Durchführung von Patientenschulungen,
- mindestens einmal pro Jahr Durchführung eines Qualitätszirkels für zuweisende Hausärzte.

5. Vergütung (siehe § 9 und Anlage 7 des Vertrages)

Abr.-Nr.	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Vergütung
99085	Überprüfung Verdachtsdiagnose für jeden nicht am Vertrag teilnehmenden Versicherten, für den die in § 8 Abs. 3 aufgeführten Leistungen erbracht wurden	einmalig pro Versicherten	30,00 €
99086	Einschreibepauschale für jeden neu eingeschriebenen Versicherten, für den die in § 8 Abs. 4 aufgeführten Leistungen erbracht wurden	einmalig pro Versicherten	30,00 €
99087	Strukturierte Rücküberweisung zum Hausarzt für jeden eingeschriebenen Versicherten, für den die in § 8 Abs. 5 aufgeführten Leistungen erbracht wurden	pro Versicherten und pro Kalenderjahr	60,00 €
99088	Pauschale Patientenschulung für jede Patientenschulung nach § 8 Abs. 6 und 7 i. V. m. Anlagen 6 und 6.1 für eingeschriebene Versicherten	pro Versicherten und Unterrichtseinheit (drei Unterrichtseinheiten)	26,00 €

Für jeden Qualitätszirkel nach § 8 Abs. 8 i. V. m. Anlage 9 wird pro Veranstaltung – maximal zweimal pro Kalenderjahr – 200,00 € ausgezahlt.

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Abrechnung der vertraglich vereinbarten Leistungen erfolgt über die KVT im Rahmen der Quartalsabrechnung.

Der Vertrag inkl. Anlage 2 ist auf der Internetseite der KVT unter www.kvt.de → Arzt/Psychoth. → Verträge → R → RheumaAktiv Thüringen eingestellt. Weitere Informationen sowie das gesamte Vertragswerk inkl. Anlagen können über die Internetseite der AOK PLUS unter www.aok-gesundheitspartner.de/thr/arztundpraxis/vertraege/index_11877.html abgerufen werden.

Ihre Ansprechpartnerin: Doreen Lüpke, Telefon 03643 559-131

Ergänzung des HzV-Vertrages (AOK PLUS) um das Modul „Rheuma“

Wie im Rundschreiben 04/2014 auf Seite 9 veröffentlicht, wurde der Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV-THR) – zwischen der AOK PLUS, dem Thüringer Hausärzteverband und der KVT – **mit Wirkung zum 01.04.2014 angepasst und bis zum 30.06.2015 verlängert.**

Gegenstand der Anpassung war unter anderem die Ergänzung des HzV-Vertrages um das Modul „Wundmanagement“ und der Einsatz eines PLUSmobils. Des Weiteren soll das Modul „Rheuma“ in Abhängigkeit zu dem neuen Vertrag RheumaAktiv Thüringen (§ 73c SGB V) zum Einsatz kommen. Der Vertrag Rheuma Aktiv Thüringen wurde seitens der Aufsichtsbehörde genehmigt und das Modul „Rheuma“ kann innerhalb der HzV-THR umgesetzt werden.

Die HzV-THR und der Vertrag RheumaAktiv Thüringen sollen damit zu einer vernetzten ambulanten Versorgung verbunden werden. Das gemeinsame Ziel soll darin bestehen, die beteiligten Hausärzte und Rheumatologen bei der Versorgung der Versicherten der AOK PLUS mit ausgewählten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen optimal zu verknüpfen, um die Lebensqualität der betroffenen Patienten deutlich zu erhöhen.

Die Abrechnung erfolgt, wie bisher, kalendervierteljährlich über die KV Thüringen unter Angabe der nachfolgend aufgeführten Abrechnungsnummern.

Abr.-Nr.	Wesentliche Leistungsinhalte	Vergütungsregeln	Vergütung
99068	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellung und Übermittlung des Screeningbogens für Hausärzte (Anlage MV 14a – Anhang 1) eines in die HzV-THR eingeschriebenen Versicherten, an einen am Vertrag RheumaAktiv Thüringen teilnehmenden Rheumatologen. - Übermittlung der relevanten Vorbefunde, Vorerkrankungen und des vollständigen Medikamentenplanes an den Rheumatologen. - Terminvereinbarung beim Rheumatologen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Einmalig pro Leistungserbringung (Anlage MV 14a II. Abschnitt Abs. 1) für jeden in die HzV-THR eingeschriebenen Versicherten, für den eine Verdachtsdiagnose gemäß dem Screeningbogen für Hausärzte vorliegt 	10,00 €
99069	<ul style="list-style-type: none"> - Übernahme der vom Rheumatologen übermittelten Diagnosen in das AIS des Hausarztes. - Behandlung entsprechend der vom Rheumatologen vorgeschlagenen Therapie unter Berücksichtigung der Komorbiditäten des eingeschriebenen Versicherten. - Fortführung der Arzneimitteltherapie und Ausstellen der entsprechenden Verordnungen. - Regelmäßige Überwachung des Therapieverlaufes entsprechend der vom Rheumatologen vorgegebenen Werte (Anlage MV 14a – Anhang 3), im Bedarfsfall Überweisung zum Rheumatologen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Einmal pro Abrechnungsquartal für jeden in den Vertrag RheumaAktiv Thüringen eingeschriebenen Versicherten, sofern ein Hausarzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. 	12,00 €

Das Modul „Rheuma“ inklusive Anlagen steht ab sofort im Internetportal der KVT unter www.kvt.de → [Arzt/ Psychoth.](#) → [Verträge](#) → [H](#) → [Hausarztzentrierte Versorgung](#) → [AOK PLUS](#) zur Verfügung. Darüber hinaus können weitere Informationen auf der Internetseite der AOK PLUS unter www.aok-gesundheitspartner.de/thr/arztundpraxis/hzv/ abgerufen werden.

Die Unterlagen zur Umsetzung des Moduls Rheuma haben die an der HzV-THR teilnehmenden Hausärzte von der AOK PLUS bereits erhalten.

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Homöopathievertrag zwischen der AG Vertragskoordinierung und der SECURVITA BKK

Zum 01.10.2013 erfolgte der Beitritt der HypoVereinsbank BKK zum Homöopathievertrag nach § 73c SGB V. Die HypoVereinsbank BKK ist zum 01.01.2014 mit der BKK Mobil Oil fusioniert. Leider lehnt die BKK Mobil Oil einen Vertragsbeitritt ab, so dass die HypoVereinsbank BKK zum 30.06.2014 nicht mehr an diesem Vertrag teilnimmt.

Ab 01.07.2014 ist somit die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag für Versicherte der HypoVereinsbank BKK nicht mehr möglich.

Weiterhin wurde **zum 01.07.2014** die Anlage 2 (Teilnahmeerklärung für Versicherte) um die Änderungen des Patientenrechtegesetzes in Form eines 2. Nachtrages zum o. g. Homöopathievertrag modifiziert.

Die aktualisierte Teilnahmeerklärung erhalten Sie wie bisher über die Formularausgabe der KVT, Telefon 03643 559-231, oder über die KVT-Online-Formularbestellung bzw. zum Herunterladen im Internetportal der KVT unter www.kvt.de → [Arzt/Psychoth.](#) → [Verträge](#) → [H](#) → [Homöopathie](#). Das komplette Vertragswerk inkl. Anlagen und Nachträge ist auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/7579.php eingestellt.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Weiterentwicklung des Strukturvertrages Diabetisches Fußsyndrom in Thüringen mit der AOK PLUS

Der o. g. Strukturvertrag wurde mit Wirkung **zum 01.04.2014** weiterentwickelt. Die Änderungen sind Inhalt einer **3. Protokollnotiz** zu diesem Vertrag.

Nachfolgend sind die Eckpunkte der 3. Protokollnotiz aufgeführt:

1. Die Anlage 1 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte“ wurde um die gesetzlich vorgeschriebene Widerrufsbelehrung angepasst.
2. Die bisherige Anlage 4a „Praxisausstattung“ wurde bereits im Rahmen der 2. Protokollnotiz um die Begriffsbestimmung „AIS mit S3C-Schnittstelle“ und „KV-SafeNet“ modifiziert.
3. Anlage 6: Der MRSA-Zuschlag (Abr.-Nr. 99165) ist bereits mit der Abrechnung der Koordinierungspauschale - Koordinierungsbeginn (Abr.-Nr. 99163) abrechnungsfähig.
4. Die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 9 werden um die Anforderungen entsprechend des „*Anhangs zur Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V*“ ergänzt.
5. Die bisherige Anlage 12 „Fußdokumentationsbogen“ wurde ebenfalls modifiziert.

Die bisherigen Anlagen 1, 4a, 6, 9 und 12 wurden jeweils durch die neue Fassung ersetzt.

Über die Internetseite der KVT unter www.kvt.de → [Arzt/Psychoth.](#) → [Verträge](#) → [D](#) → [Diabetisches Fußsyndrom](#) sind der Vertragstext sowie die drei Protokollnotizen zum Vertrag abrufbar. Das komplette Vertragswerk inkl. der Anlagen ist auf der Internetseite der AOK PLUS unter www.aok-gesundheitspartner.de/thr/arztundpraxis/vertraege/index_07068.html eingestellt.

Ihre Ansprechpartnerinnen der

- HA Vertragswesen: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134
- Abt. Qualitätssicherung: Claudia Wündsch, Telefon 03643 559-714

Alles was Recht ist

Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

Frage 1:

Gibt es eine Berichtspflicht von Arzt zu Arzt, wenn eine Überweisung nicht vorliegt?

JA. Wenn der Versicherte einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt unmittelbar in Anspruch nimmt, übermittelt dieser Facharzt mit Einverständnis des Versicherten die relevanten medizinischen Informationen an den vom Versicherten benannten Hausarzt. Stimmt der Versicherte demnach der Übermittlung zu, besteht auch hier eine Berichtspflicht an den Hausarzt (§ 24 Abs. 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Frage 2:

Können relevante medizinische Informationen, z. B. Laborbefunde, auch von einem Facharzt an einen Facharzt übermittelt werden?

JA, soweit das Einverständnis des Patienten gegeben ist. Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit

befreit, als das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist (§ 9 Abs. 4 der Berufsordnung der Landesärztekammer Thüringen).

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 unter www.kvt.de → [Arzt/Psychoth.](#) → [Recht](#) → [Antworten auf Fragen aus dem Praxisalltag](#).

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

Informationen

Kampagne „Lass dich nieder!“ – Junge Ärzte im Mittelpunkt



Seit 2013 läuft die erfolgreiche Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Ab Mai 2014 wird diese um eine Nachwuchsoffensive ergänzt, die sich gezielt an junge Mediziner richtet. Auf Großflächenplakaten geben Studenten und Ärzte in der Facharztausbildung der Kampagne unter dem Motto „Lass dich nieder!“ ein Gesicht.

Durch gezielte Maßnahmen im universitären Umfeld sollen ihre Kommilitonen und junge Ärzte für die Arbeit in der Niederlassung begeistert werden.

Herzstück der Kampagne wird das neue Onlineportal www.lass-dich-nieder.de: Dort finden Studenten und Ärzte in der Facharztausbildung Anregungen, Praxisbeispiele und Tipps rund um die Wege in die Niederlassung und den Praxisalltag. Ab dem 16. Mai – und ein zweites Mal zum Wintersemester im November – weisen Online-Banner, Promotion-Aktionen und Großflächenplakate rund um die 37 medizinischen Fakultäten die Zielgruppe auf das Informationsangebot im Netz hin.

Aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland zeichnet sich ein zunehmender Mangel an niedergelassenen Ärzten ab, insbesondere bei Fachrichtungen, die für die ambulante Versorgung vor Ort gebraucht werden, beispielsweise Hausärzte, Augenärzte oder auch Frauenärzte. Für die KBV ist es daher besonders wichtig, junge Mediziner bereits früh zu informieren. Dadurch sollen sie sich ein umfassendes Bild über die Niederlassung machen können und sich – im Idealfall – für die eigene Praxis oder die Arbeit als angestellter Arzt im Praxisteam entscheiden.

Das Online-Portal www.lass-dich-nieder.de hält für alle, die mehr über die Niederlassung erfahren möchten, ein umfangreiches und verständliches multimediales Informationspaket bereit. Das Portal gliedert sich in vier Hauptthemenbereiche:

- Erster Bereich „Weg“ beschreibt die Stationen auf dem Weg zum Arzt – vom Studium bis zu den verschiedenen Niederlassungsoptionen.
- Zweiter Bereich „Praxisalltag“ informiert umfassend über alles, was den Arzt in seinem täglichen Arbeiten erwartet: Arbeitsbedingungen, Balance zwischen Beruf und Freizeit, aber auch Verdienstmöglichkeiten und Fachrichtungen.
- Dritter Bereich „Antworten“ erklärt das Gesundheitssystem, es gibt wissenswerte Zahlen und Fakten, einen FAQ-Bereich, der ständig erweitert wird, und ein Mentoren-Team, das nach und nach aufgebaut wird.
- Vierter Bereich „Angebote“ informiert zu weitergehenden Beratungsangeboten der KBV und der KVen. Unterhaltsame Formate wie ein Quiz, Videos und Infografiken runden das Angebot ab.

Selbstverständlich werden auf www.lass-dich-nieder.de auch Hintergründe zur Kampagne sowie eine Auswahl der Kampagnenmotive gezeigt.

Fünfte bundesweite Befragung zur wirtschaftlichen Situation in Arztpraxen beginnt Mitte Juni

Ab Mitte Juni erhalten wieder mehrere Tausend Praxen Post vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Unter dem Motto „ZiPP zählt!“ sind sie gebeten, bis zum 30. September an der bundesweiten Befragung zur Wirtschaftssituation in der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen.

Je größer der Rücklauf, desto aussagefähiger ist die Datengrundlage. Aufgerufen zur Teilnahme sind sowohl Ärzte und Psychotherapeuten, die sich bereits in den vergangenen Jahren beteiligt haben, als auch solche, die in einem repräsentativen Stichprobenverfahren ausgewählt wurden. Wer bereits teilgenommen hat, ist für das Panel besonders wichtig.

Um die Teilnahme zu fördern, bietet das Zi:

- Aufwandsentschädigung: für Einzelpraxen gibt es 200 €, Gemeinschaftspraxen erhalten wegen des höheren Aufwands 350 €.
- Software: Steuerberater erhalten über DATEV und ADDISON eine Software, um den Fragebogen aus vorliegenden Steuererklärungen mit geringstem Aufwand zu erstellen.
- Feedback: Alle ZiPP-Teilnehmer erhalten den Jahresbericht und einen individuellen Praxisbericht mit Vergleichskennzahlen. Ein Musterbericht kann im Internet eingesehen werden. Auch die Berufsverbände erhalten Auswertungen für ihre Fachgruppe nach Versorgungsschwerpunkten.

Bei Rückfragen können die angeschriebenen Ärzte und Psychotherapeuten die **Telefon-Hotline 030 4005 2444** nutzen. Detailliertere Informationen, etwa der Jahresbericht, stehen unter www.zi-pp.de.

Präventionsinitiative 2014: Informationskampagne zur Hautkrebs-Vorsorge

Die KBV beginnt Ende Mai gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Informationskampagne zur Hautkrebs-Vorsorge. „Die meisten Flecken sind harmlos. Welche nicht, sagt Ihnen Ihr Haus- oder Hautarzt.“ lautet die Überschrift auf Plakaten und Flyern – daneben als Bildmotiv eine freundlich dreinblickende Giraffe. Mit dem aufmerksamkeitsstarken Motiv soll die Vorsorge und Früherkennung von Hautkrebs stärker in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt werden.

Ab dem Alter von 35 Jahren haben gesetzlich Krankenversicherte alle zwei Jahre Anspruch auf diese Untersuchung, bei der es darum geht, Hautveränderungen möglichst frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Viele Krankenkassen bieten die Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung auch öfter und bereits für jüngere Versicherte an.

Eine begrenzte Anzahl an Flyern (ca. 10 Exemplare pro Praxis) können Ärzte ab sofort über die KVT bestellen:

- Telefon 03643 559-193
- Telefax 03643 559-191
- E-Mail info@kvt.de

Bitte nutzen Sie das **Serviceangebot der KBV**, wenn Sie große Mengen für Ihre Praxis bestellen möchten.

- Bestellungen per E-Mail unter versand@kbv.de.
- Eine Kopiervorlage des Flyers kann im Internet heruntergeladen und unkompliziert ausgedruckt werden. Das Blatt steht in sechs Sprachen zur Verfügung.
- Wartezimmerplakat zur Information für Ihre Patienten.
- Für Ärzte gibt es außerdem eine Praxisinformation mit Tipps und Hinweisen zur Ansprache der Patienten.

Sämtliche Informationsmaterialien stehen ab sofort im Internet unter www.kbv.de bereit.

Die Aktionen zur Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung sind Teil der Präventionskampagne, die die KBV zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen 2010 gestartet hat. Weitere Themen in diesem Jahr werden Reiseschutzimpfungen (zu Beginn der Ferienzeit im Sommer) und im Herbst die Grippe-schutzimpfung sein.

Termine zur Abrechnungsannahme für das 2. Quartal 2014

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

01.07. bis 07.07.2014

Einreichungen vor dem 01.07.2014 sind möglich und müssen der KVT nicht gemeldet werden. 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 zum KVT OnlinePortal (KVTOP):

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

Die nachfolgenden Termine beziehen sich auf die Annahme der Abrechnungsunterlagen und den Zugang zu den Online-Übertragungsplätzen in der KV Thüringen:

Dienstag bis Freitag, und Montag,	01.07.2014 bis 04.07.2014 07.07.2014	08:00–17:00 Uhr 08:00–17:00 Uhr
--	---	--

Eine Verlängerung der Abgabefrist bedarf der Genehmigung durch die KVT und kann nur in absoluten Ausnahmefällen gewährt werden.

Achtung! Zu einer kompletten Quartalsabrechnung gehören auch die Abrechnungs-Sammelerklärung sowie die Fallzusammenstellung. Bitte beachten Sie, dass auch die Papierunterlagen zeitnah zu uns geschickt werden.

Ihre Ansprechpartnerin bei Verlängerung der Abgabefrist:

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

Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena

Die nächste Veranstaltung der Arzneimittelkommission des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena findet gemeinsam mit allen interessierten niedergelassenen Vertragsärzten und Apothekern **am 18.06.2014 um 17:15 Uhr** statt.

Thema: **Arzneimittel und Alkohol**
Referent: PD Dr. Marion Hippus, Universitätsklinikum Jena, Institut für Pharmakologie und Toxikologie
Ort: Klinikum 2000, Seminarraum 1, Erlanger Allee 101, Jena-Lobeda Ost
Leitung/
Moderation: PD Dr. rer. nat. habil. M. Hippus (Institut für Klinische Pharmakologie) und Prof. Dr. rer. nat. med. habil. M. Hartmann (Apotheke des Klinikums)
Auskunft/
Anmeldung: Apotheke des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Prof. Dr. rer. nat. med. habil. M. Hartmann, Telefon 03641 932-5401

Die Veranstaltung wird mit **zwei Punkten der Kategorie A** auf das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer anerkannt.

Ihre Ansprechpartnerin in der KVT: Dr. Editha Kniepert, Telefon 03643 559-760



25.06. bis 28.06.2014
KAISERSAAL ERFURT

BITTE MELDEN SIE SICH FÜR DIE MEDIZINISCHEN FORTBILDUNGSTAGE AN!

Online unter www.medizinische-fortbildungstage.org/anmeldung.html

Organisationsbüro: Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
der Landesärztekammer Thüringen
Telefon 03641 614-142, Telefax 03641 614-149

▪ **Berufspolitisches Forum – Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung – Schnittstellen oder Systembrüche?**

25.06.14 | 14:00–17:00 Uhr | Kaisersaal | gebührenfrei

Referent

Prof. Dr. jur. Ulrich Wenner, Bundessozialgericht, Vorsitzender Richter des 6. Senats, Kassel

Leitung

Dr. med. Annette Rommel, 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Dr. med. Mathias Wesser, Präsident der Landesärztekammer Thüringen

Im Anschluss findet eine Podiumsdiskussion statt, wozu Sie recht herzlich eingeladen sind.

▪ **Psychosomatik in der ärztlichen Praxis**

25.06.14 | 14:00–17:30 Uhr | Raum Paganini | Halbtageskarte

▪ **Fortbildungscurriculum zur Versorgung von Patienten mit Trachealkanülen – Teil 1**

25.06.14 | 13:00–18:00 Uhr | Raum Liszt | 60 €

▪ **Hygienemanagement in der Arztpraxis**

25.06.14 | 15:00–19:00 Uhr | Raum Bach | 30 €

▪ **Strukturierte curriculare Fortbildung Geriatrische Grundversorgung – zum Erwerb der ankündigungsfähigen Qualifikation**

25.06.14 | 13:00–18:15 Uhr | Raum Schumann | Gesamtgebühr 600 €

26.06.14 | 09:00–18:00 Uhr | Raum Bach

27.06.14 | 09:00–16:45 Uhr | Raum Bach

28.06.14 | 09:00–13:30 Uhr | Raum Bach

▪ **Update Hygiene 2014**

26.06.14 | 09:00–16:00 Uhr | Kaisersaal | Tageskarte

▪ **Pflegetagung »Gesund dank ausgewogenem Arbeitsklima«**

26.06.14 | 09:00–16:00 Uhr | Raum Paganini | Tageskarte (ermäßigt)

- **MTA – »Berufsbild mit Zukunft?!«, »Praxis-nah« – Seminar für Medizinisch-Technische-Assistenten**
26.06.14 | 09:30–13:15 Uhr | Raum Schumann | Halbtageskarte (ermäßigt)

- **»Keine Angst vor der Niederlassung!«**
Eine Veranstaltung der Stiftung ambulante Versorgung Thüringen (savth) und ein besonderes Angebot für junge Ärzte.
26.06.14 | 13:00–16:00 Uhr | Raum Liszt | gebührenfrei

- **Fit für den Notfall in der Praxis und im Notdienst – Teil 1: Workshop mit aktuellen Therapieempfehlungen**
27.06.14 | 09:00–12:45 Uhr | Kaisersaal | 40 €

- **QM-Beauftragte in der Arztpraxis**
27.06.14 | 08:30–13:00 Uhr | Raum Paganini | Halbtageskarte

- **Wenn chronisch kranke Kinder erwachsen werden – Überleitung der Behandlung chronisch kranker Kinder in die Erwachsenenmedizin**
27.05.14 | 14:00–17:05 Uhr | Raum Schumann | Halbtageskarte

- **EBM für Ärzte und Praxispersonal – hausärztlicher Versorgungsbereich**
27.06.14 | 13:15–14:15 Uhr | Raum Paganini | Halbtageskarte (ermäßigt)

- **Aktuelle Hinweise zum Ordnungsmanagement in der Vertragsarztpraxis**
27.06.14 | 14:30–16:00 Uhr | Raum Paganini | Halbtageskarte (ermäßigt)

- **Schweigepflicht, Datenschutz und digitale Archivierung in der Arztpraxis**
27.06.14 | 16:15–17:45 Uhr | Raum Paganini | Halbtageskarte (ermäßigt)

- **Plenarveranstaltung »Konservative oder operative Behandlung?«**
28.06.14 | 09:30–14:25 Uhr | Kaisersaal | Tageskarte

- **AZUBI-Tag – Fortbildungstag für medizinische Fachangestellte in der Ausbildung**
28.06.14 | 09:30–13:30 Uhr | Raum Paganini | Halbtageskarte (ermäßigt)

- **Qualitätszirkel für die Nichtärztliche Praxisassistentin und die VERAH**
28.06.14 | 09:00–12:00 Uhr | Raum Liszt | Halbtageskarte (ermäßigt)

- **Thüringer Ärzteorchester e. V.**
28.06.14 | 14:30–15:15 Uhr | Kaisersaal | gebührenfrei

Alle Teilnehmer der Medizinischen Fortbildungstage, Gäste und Musikinteressierte sind herzlich zum Konzert des Thüringer Ärzteorchesters in den Kaisersaal eingeladen.

Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 04.06.2014, 16:00–19:00 Uhr	Drogennotfälle (Anmeldung über die Landesärztekammer) 4 Punkte, Kategorie A	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Michael Kretzschmar	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 11.06.2014, 13:00–19:00 Uhr	Grundlagen des Projektmanagements	Dipl.-Psych. Silvia Mulik, Trainerin, Beraterin, Coach, Mediatorin, Teamleiterin, Ziola GmbH, Eisenach	Praxispersonal 80,00 €
Mittwoch, 11.06.2014, 15:00–19:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Telemedizinische Grundlagen (B11) (Anmeldung über die Landesärztekammer)	Dipl.-Inf. Sven Dickert, Mitarbeiter der IT-Abteilung der KVT, Weimar	Praxispersonal 80,00 €
Mittwoch, 11.06.2014, 15:00–18:00 Uhr	Umgang mit codierten Kassenrezepten inkl. BtM-Rezepten 3 Punkte, Kategorie A	Dr. med. Urs Dieter Kuhn, Mitarbeiter der Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Freitag, 13.06.2014, 14:00–19:30 Uhr Samstag, 14.06.2014, 08:30–15:30 Uhr	Qualitätsmanagement in Arztpraxen – Einführungsseminar zu Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) für Psychotherapeuten 14 Punkte, Kategorie H	Sigrid Rybka, Health Consulting, Berlin	Praxispersonal, Psychotherap. 250,00 €
Samstag, 14.06.2014, 09:00–17:00 Uhr	Fortbildungsseminar zum Fortbildungsprogramm Hautkrebs-Screening 10 Punkte, Kategorie C	MR Dr. med. Werner Gehrlicher, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Weimar Dipl.-Med. Silke Vonau, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Nahetal-Waldau	Vertragsärzte 150,00 €
Mittwoch, 18.06.2014, 15:00–18:00 Uhr Freitag, 20.06.2014, 15:00–18:00 Uhr	Terminverschiebung EBM für Fortgeschrittene – Schwerpunkt Psychotherapie 5 Punkte, Kategorie C	Steffen Göhring, Leiter der Hauptabteilung Abrechnung der KVT, Weimar	Psychotherap. Kostenfrei
Mittwoch, 18.06.2014, 15:00–19:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Telemedizinische Grundlagen (B11) (Anmeldung über die Landesärztekammer)	Dipl.-Inf. Sven Dickert, Mitarbeiter der IT-Abteilung der KVT, Weimar	Praxispersonal 80,00 €
Freitag, 13.06.2014, 15:00–17:00 Uhr <u>oder</u> Freitag, 20.06.2014, 15:00–17:00 Uhr	NEU! Informationsveranstaltung zur Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen 	Dr. med. Annette Rommel, 1. Vorsitzende der KVT Weitere Referenten sind geplant.	Vertragsärzte kostenfrei

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Freitag, 20.06.2014, 13:00–19:00 Uhr	Der gute Ton am Telefon – Erfolgreiches Telefonieren in der Arztpraxis (Grundkurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €
Freitag, 20.06.2014, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Fortgeschrittene – Schwerpunkt Psychotherapie 5 Punkte, Kategorie C	Steffen Göhring, Leiter der Hauptabteilung Abrechnung der KVT, Weimar	Psychotherap. Kostenfrei
Samstag, 21.06.2014, 09:00–15:00 Uhr	Rhetoriktraining – Der Ton macht die Musik und Der Körper sagt immer die Wahrheit	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €
Mittwoch, 02.07.2014, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Praxispersonal – fachärztlicher Versorgungsbereich	Steffen Göhring, Leiter der Hauptabteilung Abrechnung der KVT, Weimar	Praxispersonal Kostenfrei
Mittwoch, 02.07.2014, 15:00–20:00 Uhr	Mitwirkung und Adhärenz chronisch Kranker 8 Punkte, Kategorie C	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, institut salus medici, Berlin	Vertragsärzte 80,00 €
Freitag, 04.07.2014, 13:00–19:00 Uhr	Konflikt- und Beschwerdemanagement (Aufbaukurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €
Samstag, 05.07.2014, 09:00–15:00 Uhr	Besser telefonieren (Aufbaukurs)	Karin Diehl, Arztfachhelferin, Trainerin, Frankfurt/Main	Praxispersonal 80,00 €
Mittwoch, 09.07.2014, 15:00–18:00 Uhr	Kontroverses in Diagnostik und Therapie des Typ-2-Diabetes – Empfehlungen für die Hausarztpraxis 4 Punkte, Kategorie A	Hon.-Prof. Dr. med. habil. Harald Schmechel, Internist/Diabetologe/Hypertensiologe DHL, Erfurt	Vertragsärzte 45,00 €
Mittwoch, 09.07.2014, 15:00–19:00 Uhr	Autogenes Training nach Schultz und Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (Schnupperkurs)	Denise Pfeufer, Gesundheits- und Entspannungspädagogin, Breitenbach	Praxispersonal, Psychotherap., Vertragsärzte 45,00 €

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

Kinderbetreuungsangebot

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

Bei allgemeinen Fragen zum Fortbildungskalender wenden Sie sich bitte an Susann Binnemann, Telefon 03643 559-230 und bei Fragen zur Anmeldung an Silke Jensen, Telefon 03643 559-232.

7. Jenaer Geriatrie-Symposium – Assessment in Bewegung

Termin: 04.06.2014, 15.00 bis 20.00 Uhr

Ort: Rosensäle, Fürstengraben 27, 07743 Jena

Themen:

- Assessment Workshop: Vom Aufwand zum Nutzen
- Was bringt Assessment?
- Aktuelles zur operativen Versorgung bei Schulterproblemen
- Vom Assessment zur Therapieplanung
- Praktisches Vorgehen bei der Schultermobilisation: die sportwissenschaftliche Perspektive

Kontaktadresse:

Universitätsklinikum Jena, Klinik für Geriatrie, Bachstraße 18, 07743 Jena

Telefon 03641 934901

Telefax 03641 934902

E-Mail doreen.sobol@med.uni-jena.de

Internet www.geriatrie.uniklinikum-jena.de

Fortbildungsveranstaltung des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten: „Was kann man mit einer psychotherapeutischen Praxis verdienen?“

Termin: Samstag, den 05.07.2014, 10.30 bis 13.00 Uhr

Ort: KVT, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Referenten:

Dipl. Psych. Ulrike Böker, zweite Vorsitzende des bvvp Baden-Württemberg

Dipl. Psych. Jürgen Doebert, Mitglied im Bundesvorstand des bvvp und Mitglied der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg und der KBV

Die Veranstaltung richtet sich besonders an junge Kolleginnen und Kollegen, die eine Niederlassung planen oder gerade einen Kassensitz erhalten haben. Aber auch bereits länger Niedergelassene sind herzlich willkommen, da für sie die Frage des Vorgehens bei Widersprüchen und Klagen erörtert wird.

Themen sind:

- Welche Aufgaben fallen in einer Praxis an?
- Welche Ziffern können abgerechnet werden?
- Welche Honorarumsätze lassen sich erzielen?
- Wie ist das mit halben Sitzen?
- Was muss an Betriebskosten berücksichtigt werden?
- Welche zusätzlichen Kosten fallen an, z. B. Altersvorsorge, Krankenversicherungen?
- Was bleibt unter dem Strich als Nettoeinkommen übrig?
- Welche Möglichkeiten der Kooperationen gibt es für Praxen? Wie ist das mit Anstellungen?
- Wie ist das Honorar der Psychotherapeuten eingebettet in die Gesamtvergütung ambulanter Leistungen?
- Welche Entwicklungen beim Honorar der Psychotherapeuten sind zu erwarten?
- Klageverfahren des bvvp zur angemessenen Vergütung

Der Veranstalter bittet Sie, sich für die Raumplanung per E-Mail bvvp@bvvp.de bei der Bundesgeschäftsstelle der bvvp **bis spätestens zum 7. Juni 2014** anzumelden. Bei Rückfragen können Sie sich gern an den Ansprechpartner vor Ort, Dr. Andreas Jost, E-Mail dr.a.jost@t-online.de oder an Dipl.-Psych. Ulrike Böker ulrike.boeker@bvvp.de wenden.

Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen

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

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

▪ 12. Thüringer Impftag

- Aktuelle STIKO-Empfehlungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Dr. med. Jan Leidel, Berlin
- Impfungen gegen Rotavirus-Erkrankungen, Dr. med. Dietmar Beier, Chemnitz
- Influenza-Impfung in Deutschland – Ist ein besserer Schutz möglich? Prof. Dr. med. Peter Wutzler, Jena
- Aktuelles zur Impfung gegen Pertussis und Pneumokokken-Erkrankungen, Dr. med. Benjamin Schleenvoigt, Jena
- Aktuelle Situation bei Impfungen gegen Humane Papilloma-Viren, Dr. med. Julia Vorwergk, Jena
- Herbst 2013 – Masern in Jena, Prof. Dr. med. Wolfgang Pfister, Jena
- Zusätzliches Programm für Assistenzpersonal:
- Impfmanagement in der ärztlichen Praxis, Dr. med. Anke Möckel, Weimar
- Welche Impfungen empfiehlt die STIKO für Erwachsene und Senioren? Dipl.-Med. Gerrit Hesse, Jena

Termin: 14.06.2014, 09:00–16:00 Uhr
Ort: Kassenärztliche Vereinigung, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar
Leitung: Prof. Dr. med. Wolfgang Pfister, Jena, Prof. Dr. med. Peter Wutzler, Erfurt
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 8 Punkte, Kategorie A

▪ Suchtmedizinischer Fortbildungstag

Sucht im Alter

- aus Sicht des Geriaters: Suchtprobleme im Krankenhaus, Dr. med. Joachim Zeeh, Meiningen
- aus Sicht des Hausarztes: Behandlungskonzepte unter Berücksichtigung von Multimorbidität, Polymedikation und ärztlicher Verantwortung für die Folgen der Pharmakotherapie, Dr. med. Eberhard Schäfer, Erfurt
- aus Sicht des Apothekers: Rezepte, Apotheke – Was geht übern Tresen! Ronald Schreiber, Erfurt
- Suchttherapie mit Schwerpunkt Rehabilitation: bei älteren Patienten, Christoph Kern, Bad Klosterlausnitz
- aus Sicht des Schmerztherapeuten/Palliativmediziners: Schmerztherapie mit dem Rücken zur Wand – Opiattherapie im Alter und ihre Folgen, Dr. med. Sabine Sonntag-Koch, Erfurt

Termin: 14.06.2014, 09:00–14:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dr. med. Katharina Schoett, Mühlhausen
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 6 Punkte, Kategorie A

▪ Versorgung chronifizierungsgefährdeter bzw. bereits chronifizierter Schmerzpatienten

Ist-Situation in der Versorgung chronischer Schmerzpatienten

- Versorgungszahlen chronischer Schmerzpatienten in Thüringen – Vorstellung einer Studie
- Prästationäres Screening im ambulanten Umfeld
- Stationäres multidisziplinäres Assessment bei chronischen Schmerzpatienten

Zielkonflikte chronischer Patienten

- Rentenanträge, Anträge zum GdB, Vermittelbarkeit im Arbeitsamt und sozialmedizinische Leistungsbeurteilungen nach Reha

Stationäre multimodale Schmerztherapie

- Ergebnisse bei hochchronischen Schmerzpatienten
- Daten zum Follow-up

Ein (interaktives) Seminar für alle interessierten Fachbereiche.

Termin: 10.09.2014, 17:00 Uhr – 19:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dr. med. Johannes Friedrich Lutz, Bad Berka
Gebühr: gebührenfrei
Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

Praxispersonal

▪ **Fortbildungscurriculum zur Versorgung von Patienten mit Trachealkanülen (30 Stunden)**

für Medizinische Pflegekräfte, Medizinische Fachangestellte und interessierte Ärzte

- Anatomie und Pathophysiologie der oberen Atemwege
- Tracheotomie – Indikation/Komplikationen
- Trachealkanülen/Trachealkanülenmanagement (Teil 1)

Termin: 25.06.2014, 13:00–18:00 Uhr – Teil 1
Ort: Kaisersaal, Futterstraße 15/16, 99084 Erfurt
Gebühr: 60 € (Teil 1)

Termin: 12.09.2014, 14:00 Uhr bis 13.09.2014, 16:00 Uhr – Teil 2
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Gebühr: 90 € (Teil 2)
Leitung: apl. Prof. Dr. med. Andreas Müller, Gera

▪ **Ambulantes Operieren für Medizinische Fachangestellte**

1. Kurswochenende: 12.09. bis 13.09.2014
2. Kurswochenende: 26.09. bis 27.09.2014
3. Kurswochenende: 24.10. bis 25.10.2014
4. Kurswochenende: 14.11. bis 15.11.2014
5. Kurswochenende: 21.11. bis 22.11.2014

Beginn: jeweils am Freitag, 15:00 Uhr, und am Samstag, 9:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dr. med. Philipp Zollmann, Jena
Gebühr: 700 €

▪ **Notfallseminar für Praxispersonal**

Termin: 05.11.2014, 17:00–21:00 Uhr
Ort: MVZ FA-Zentrum Kaffeetrichter, Schillerstraße 25, 99096 Erfurt
Leitung: Dr. med. Eberhard Müller, Erfurt
Gebühr: 40 €



INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Im Ausland krankenversicherte Patienten

März 2013

Checkliste für die Praxis: So funktioniert die Abrechnung bei Patienten, die im Ausland krankenversichert sind

Für die ärztliche Behandlung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind und während ihres Aufenthalts in Deutschland erkranken, bestehen je nach Herkunftsland des jeweiligen Patienten unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten, die wir Ihnen im Folgenden näher erläutern. Drei Checklisten für die Praxis ermöglichen dabei einen schnellen Überblick über die einzelnen Schritte von der Erfassung bis zur Abrechnung.

I. Patienten aus den Staaten des europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz: *Europäische Krankenversicherungskarte*

Patienten aus den Staaten des europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz haben Anspruch auf alle Leistungen, die sich während ihres Aufenthalts in Deutschland als medizinisch notwendig erweisen. Das heißt: Eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung (z.B. Virusinfektion), aber auch beispielsweise eine fortlaufende Versorgung chronisch Kranker oder eine ggf. anstehende Früherkennungsuntersuchung, die nicht bis zur Rückkehr in das Heimatland aufgeschoben werden kann. Um seinen Anspruch nachzuweisen, legt der Patient eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vor.

II. Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit: *Abrechnungsschein*

Patienten, die auf Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit Anspruch auf Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft haben, können ebenfalls bei einem Aufenthalt in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen. Der grundsätzliche Unterschied zu Patienten aus den EWR-Staaten und der Schweiz besteht darin, dass sich Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen mit dem Anspruchsnachweis ihrer heimischen Krankenkasse zunächst an eine von ihnen gewählte deutsche Krankenkasse wenden müssen. Auch der Umfang der Leistungen ist deutlich eingeschränkter. Es sind nur solche Behandlungen durchzuführen, die unaufschiebbar sind.

Die Krankenkasse stellt einen entsprechenden Abrechnungsschein aus, auf dem Einschränkungen des Leistungsspektrums („Für sofort notwendige Leistungen“) vermerkt sind. Fehlen diese Zusätze auf dem Abrechnungsschein, kann auch eine weitergehende Behandlung durchgeführt werden.

III. Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen: *Vergütung nach GOÄ*

Bei Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen können, sind Sie berechtigt und verpflichtet, nach GOÄ zu berechnen.

Unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten je nach Herkunftsland des Patienten

Europäische Krankenversicherungskarte

Abrechnungsschein der aushelfenden deutschen Krankenkasse

Abrechnung nach GOÄ



Im Ausland krankenversicherte Patienten

I. Checkliste für die Praxis: Patienten aus den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz

- (1) Ein Patient aus einem EWR-Staat oder der Schweiz legt zur Behandlung
 - eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)
 - **oder** eine Ersatzbescheinigung (PEB)
 - sowie einen Identitätsnachweis (Reisepass oder Personalausweis) vor.
- (2) Sie kopieren die EHIC bzw. die PEB und den Identitätsnachweis des Patienten jeweils zweimal.
 Alternativ – z.B. wenn keine Möglichkeit besteht, die Dokumente zu kopieren – tragen Sie die Daten in das Muster 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten) ein, das Sie anschließend abstempeln und unterschreiben.
- (3) Der Patient füllt das Muster 81 (Erklärung des Patienten) aus und unterschreibt es. Hier gibt er auch die von ihm gewählte deutsche Krankenkasse an.
- (4) Senden Sie eine Kopie der EHIC/PEB und die Kopie des Identitätsnachweises (alternativ Muster 80) sowie das Muster 81 möglichst schnell an die vom Patienten gewählte Krankenkasse. Die Zweitkopie/Durchschläge verbleiben bei Ihnen und müssen zwei Jahre lang aufbewahrt werden.
- (5) Sie rechnen die Kosten für die Behandlung mit Ihrer KV nach den Regelungen des Ersatzverfahrens ab, d.h.:
 - Sie stellen einen Abrechnungsschein (Muster 5) aus.
 - Ins Adressfeld tragen Sie nur Namen, Vornamen und Geburtsdatum sowie die gewählte Krankenkasse ein.
 - In das Feld „Status“ fügen Sie die Ziffer „10007“ ein.
 Zusätzlich sind für die Fotokopien die EBM-Ziffer 40144 und für die Versendung der Unterlagen die EBM-Ziffer 40120 berechnungsfähig.

Herkunftsland
des
Patienten:

Belgien
Bulgarien
Dänemark
Estland
Finnland
Frankreich
Griechenland
Großbritannien
Irland
Island
Italien
Lettland
Lichtenstein
Litauen
Luxemburg
Malta
Niederlande
Norwegen
Österreich
Polen
Portugal
Rumänien
Schweden
Schweiz
Slowakei
Slowenien
Spanien
Tschechien
Ungarn

Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln: Erfolgen auf den üblichen Formularen. Im Adressfeld tragen Sie unter „Status“ die Ziffer „10007“ ein.

Krankenhausbehandlungen: Sie tragen auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) den Namen der aushelfenden deutschen Krankenkasse und im Statusfeld die Ziffer „10007“ ein.

Überweisungen: Sie tragen im Statusfeld die Nummer „10007“ ein. Bei Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, ist auch die voraussichtliche Aufenthaltsdauer anzugeben. Für den weiterbehandelnden Arzt gelten die vorher beschriebenen Regelungen entsprechend.

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit: Sie stellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus. Der Patient bekommt das Original sowie die Durchschrift zur Vorlage beim Arbeitgeber und der Krankenkasse. Sie brauchen keine Durchschrift an die aushelfende deutsche Krankenkasse weiterzuleiten.

Arznei-,
Heil- und
Hilfsmittel

Krankenhaus

Überweisun-
gen

Arbeits-
unfähigkeit



Im Ausland krankenversicherte Patienten

II. Checkliste für die Praxis: Patienten aus Ländern mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit

Ein Patient, der auf Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit Anspruch auf Leistungen bei Krankheit oder Mutterschaft hat, kann ebenfalls bei seinem Aufenthalt in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen. Der Leistungsumfang ist jedoch deutlich eingeschränkter als bei Patienten aus EWR-Staaten oder der Schweiz. Es sind nur solche Behandlungen durchzuführen, die unaufschiebbar sind.

Checkliste für die Praxis:

- (1) Ein Patient aus einem Land mit bilateralem Abkommen kommt in die Praxis und legt einen Abrechnungsschein der gewählten deutschen Krankenkasse vor.
- (2) Sie prüfen die Dringlichkeit der Behandlung und achten auf die Behandlungseinschränkungen, die auf dem Abrechnungsschein notiert sind.
- (3) Sie erfassen den Abrechnungsschein.

Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln: Erfolgen auf dem Arzneverordnungsblatt (Vordruckmuster 16). Im Adressfeld tragen Sie unter „Status“ die Ziffer „10007“ ein. Bitte weisen Sie den Patienten darauf hin, dass Heil- und Hilfsmittel ggf. vor der Lieferung von der gewählten deutschen Krankenkasse genehmigt werden müssen.

Krankenhausbehandlungen: Sie tragen auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) die im Abrechnungsschein von der aushelfenden deutschen Krankenkasse angegebene Statusnummer ein.

Überweisungen: Eine Überweisung zu einem weiteren Arzt ist nur zulässig, wenn der Patient eine Versichertenkarte der aushelfenden deutschen Krankenversicherung vorlegt.

Bei Patienten mit Abrechnungsschein bescheinigen Sie die Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Behandlung auf einem Rezept (Muster 16). Dieses Rezept muss der Patient bei der aushelfenden deutschen Krankenkasse vorlegen, dann bekommt er wieder einen Abrechnungsschein und kann einen weiteren Arzt aufsuchen.

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit: Sie stellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus. Der Patient bekommt das Original zur Vorlage beim Arbeitgeber. Die Durchschrift leiten Sie an die aushelfende deutsche Krankenkasse weiter.

Herkunftsland
des
Patienten:

Bosnien
Herzegowina
Israel (nur für
Leistungen bei
Mutterschaft)
Kroatien
Mazedonien
Montenegro
Serbien
Türkei
Tunesien

Arznei-,
Heil- und
Hilfsmittel

Krankenhaus

Überweisun-
gen

Arbeits-
unfähigkeit

Im Ausland krankenversicherte Patienten



III. Checkliste für die Praxis: Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen

Wenn ein Patient keine gültige Europäische Krankenversicherungskarte bzw. Ersatzbescheinigung und den Identitätsnachweis oder einen Abrechnungsschein vorlegt, sind Sie berechtigt und verpflichtet, vom Patienten eine Vergütung nach GOÄ zu fordern.

Checkliste für die Praxis:

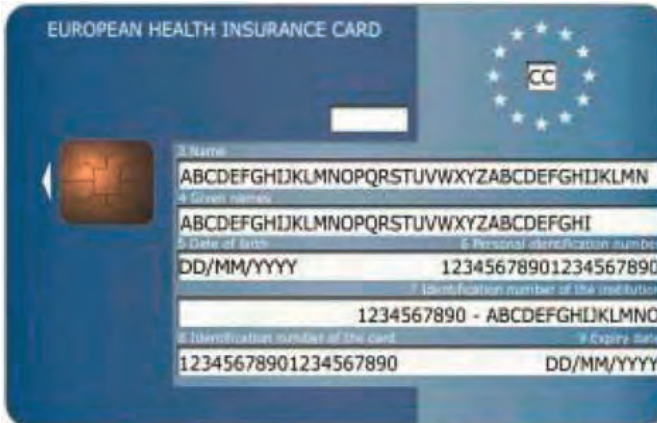
- (1) Der Patient kommt in die Praxis und legt keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vor.
- (2) Sie informieren den Patienten, dass er sich an eine gesetzliche Krankenkasse seiner Wahl wenden kann, um ggf. einen Anspruchsnachweis (EHIC/PEB, Abrechnungsschein, Krankenversichertenkarte) zu erhalten, wenn mit seinem Heimatland ein entsprechendes Sozialversicherungsabkommen besteht.
Auch Patienten, die ihren Leistungsanspruch mit einer anderen Bescheinigung nachweisen (z.B. Muster E 112 oder E 121), müssen nach wie vor zuerst zur Krankenkasse. Dort erhalten Sie einen Abrechnungsschein.
- (3) Reicht der Patient den Anspruchsnachweis innerhalb von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nach, sind Sie verpflichtet, dem Patienten das Honorar zu erstatten.
- (4) Wenn Sie dem Patienten Ihr Honorar privat (auf Basis der GOÄ) in Rechnung stellen, können auch Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden.

Arznei-,
Heil- und
Hilfsmittel



Im Ausland krankenversicherte Patienten

Europäische Krankenversicherungskarte (Muster)



Formular „Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Versicherungskarte“ (Muster, Originalgröße DIN A4)

Anlage 2

BESCHENIGUNG ALS PROVISORISCHER ERSATZ FÜR DIE EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE

Gemäß Anhang 2 des Beschlusses Nr. 190 vom 18. Juni 2003 betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte

Bezeichnung des Vortrucks Ausgabemitgliedstaat

Angaben zum Karteninhaber

3. Name

4. Vorname

5. Geburtsdatum

6. Persönliche Kennnummer

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers

Angaben zur Karte

8. Kennnummer der Karte

9. Ablaufdatum

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung

a) vom bis

b) bis

Stempel des Trägers und Unterschrift

Hinweise und Informationen

Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.

**Vereinbarung zur
Vermeidung von Arzneikostenregressen und zur
gemeinsamen Beratung und Information der Vertragsärzte**

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
nachfolgend „KV Sachsen“ genannt,

der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
nachfolgend „KV Thüringen“ genannt

und der

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen

vertreten durch den Vorstand

hier vertreten durch den Vorsitzendes des Vorstandes

Herr Rainer Striebel

nachfolgend „AOK PLUS“ genannt

I. Ausgangspunkt

- (1) Die Komplexität der von den Vertragsärzten im Zusammenhang mit der Verordnung von Arzneimitteln zu beachtenden gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen hat in den vergangenen Jahren stetig zugenommen und unterliegt einem stetigen Wandel. Die Krankenkassen sind zur Prüfung der Verordnungen verpflichtet. Die Vertragsärzte sind dadurch zunehmend dem Risiko von Arzneikostenregressen ausgesetzt. Dem entgegenwirkend informieren die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag regelmäßig und bei Bedarf über von der Verordnung ausgeschlossene bzw. unwirtschaftliche Arzneimittel.
- (2) Die Vertragsärzte sind mit dieser Fülle an Informationen, Hinweisen, Schreiben und Auswertungen zum Teil überfordert und wünschen sich gezielte, aktuelle und konzentrierte Informationen möglichst aus einer Hand.
- (3) Aus diesem Grund vereinbaren die KV Sachsen, die KV Thüringen (im Folgenden die KVen) und die AOK PLUS auf der Grundlage von § 73 Absatz 8 und § 106 SGB V die Erarbeitung und Veröffentlichung einheitlicher Verordnungshinweise. Dadurch soll eine wirtschaftliche Ordnungsweise erreicht und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemäß § 106 SGB V mit ggf. daraus resultierenden Arzneikostenregressen vermieden werden.
- (4) Die Vertragspartner gehen davon aus, dass bei den im Rahmen dieser Vereinbarung beratenen Ärzten grundsätzlich keine Unwirtschaftlichkeiten vorliegen.

II. Vertragsgegenstand

- (1) Ziel der Vereinbarung ist, unzulässige Verordnungen und daraus resultierende Arzneikostenregresse im Einzelfall möglichst von vornherein zu vermeiden. Die Ärzte sollen durch aktuelle und konkrete Informationen und Hinweise über Fallgestaltungen unzulässiger Verordnungen in die Lage versetzt werden, diese schon bei ihrer Verordnungsentcheidung zu berücksichtigen. Durch die Zusammenarbeit von KVen und AOK PLUS soll eine große Anzahl von Ärzten gebündelt und gezielt zu Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsfragen informiert werden.
- (2) Die AOK PLUS prüft quartalsweise und bei besonderem Bedarf bzw. konkreten Anhaltspunkten die ihr vorliegenden Informationsquellen und informiert die KVen quartalsweise über ihrer Ansicht nach potentiell bestehende und künftige regressrelevante Sachverhalte. Dies erfolgt durch Angabe des jeweiligen Mittels und der Begründung für den/die Verordnungsausschluss/-einschränkung. Die Regressrelevanten Sachverhalte, die mit dieser Vereinbarung vermieden werden sollen, ergeben sich dabei aus:
 - a) einem/r nicht offensichtlichen bzw. nicht eindeutigen Verordnungsausschluss/-einschränkung nach der Arzneimittel-Richtlinie (offensichtliche bzw. eindeutige Verordnungsausschlüsse/-einschränkungen sind zeitnah nach Vertragsabschluss zwischen den Vertragspartnern zu konsentieren)
 - b) dem Zulassungsstatus eines Fertigarzneimittels (fiktive Zulassung)

- c) regelhafter Anwendung eines Fertigarzneimittels außerhalb der Zulassung in Deutschland bei einer relevanten Anzahl von Ärzten.

Weitere Sachverhalte können die Vertragspartner im Einvernehmen in diese Vereinbarung aufnehmen.

Auf Basis der jeweils vorliegenden Verordnungsdaten werden die Bewertungen zu den o. g. Sachverhalten zwischen AOK PLUS und KVen ausgetauscht.

- (3) AOK PLUS und KVen stimmen sich anschließend über die regressrelevanten Sachverhalte ab, von denen maximal drei innerhalb von drei Monaten eine Vertragsarztinformation gemäß Punkt (4) nach sich ziehen. Die KVen stellen in Zusammenarbeit mit der AOK PLUS Informationen und Hinweise zum jeweiligen Sachverhalt zusammen. Diese sollen insbesondere folgende Punkte beinhalten:

- a) Name des Wirkstoffes und aller Fertigarzneimittel
- b) Rechtslage (z. B. Arzneimittel-Richtlinie, Zulassungsstatus)
- c) Fachliche Einschätzung der Wertigkeit des Wirkstoffes in der dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Therapie der jeweiligen Indikation
- d) Kosten der Therapie
- e) Erläuterung von Therapiealternativen mit Umstellungshinweisen
- f) Kosten der Vergleichstherapie
- g) Definition von Ausnahmeregelungen.

- (4) Die KVen geben diese Hinweise und Informationen gemeinsam mit der AOK PLUS in geeigneter Art und Weise gebündelt und zeitnah an ihre Mitglieder bzw. die zuvor ausgewählten Ärzte weiter und weisen diese auf die damit verbundenen Folgen hin. Dies kann erfolgen durch:

- a) Artikel in den KV-Mitteilungen/KV-Rundschreiben
- b) Passagen in regelmäßigen Rundschreiben (Bsp.: Honorarbrief)
- c) Informationsveranstaltungen (Bsp.: Workshops mit bis zu 20 Ärzten)
- d) selektive schriftliche Auswertungen (Bsp.: Arzneimittel-Trendinformation)
- e) elektronische Hinweise (Bsp.: per S3C für an gemeinsamen Selektivverträgen der AOK PLUS und der KVen teilnehmende Ärzte, E-Mail Newsletter)
- f) schriftliche, telefonische oder persönliche Beratungen.

Die persönliche (ggf. schriftliche) Information/Beratung soll Hinweisen in den KV-Mitteilungen/KV-Rundschreiben vorgezogen werden.

Sofern elektronische Hinweise per S3C möglich sind, stellt die AOK PLUS hinsichtlich der Ausgestaltung sowie des Zeitpunktes des jeweiligen konkreten S3C-Hinweises mit den KVen Einvernehmen her.

Über die Informationen der jeweiligen KV erhält die AOK PLUS zeitgleich mit den Vertragsärzten in geeigneter Form Kenntnis darüber, welche Ärzte welche Informationen

und Hinweise in welcher Form erhalten haben. Zuvor erfolgt eine Abstimmung zwischen der jeweiligen KV und der AOK PLUS über die zu informierenden Ärzte, indem von den KVen zum jeweiligen regressrelevanten Sachverhalt nicht erfasste Ärzte zeitnah von der AOK PLUS ergänzt werden.

Wenn innerhalb von 6 Monaten nach Anzeige des regressrelevanten Sachverhaltes keine gemeinsame Information erfolgt ist, informiert die AOK PLUS die Vertragsärzte allein. Die KVen werden hierüber informiert.

- (5) Die Therapieumstellung erfolgt bei unzulässigen Verordnungen zeitnah und angemessen unter Sicherung der Compliance. Die AOK PLUS führt nach Vorliegen geeigneter Daten ein Erfolgscontrolling der Informationsmaßnahme durch. Über das Ergebnis informiert die AOK PLUS die jeweilige KV zeitnah.
- (6) Prüfanträge der AOK PLUS sind grundsätzlich nur beschränkt auf diejenigen Mittel möglich, zu denen der Arzt im Sinne von Punkt (4) beraten wurde und die einer Empfehlung zur Therapieumstellung unterlagen.
- (7) Die sich aus dem Abschnitt II ergebenden Verpflichtungen der Partner dieses Vertrages haben auch nach Beendigung dieser Vereinbarung für Verordnungen, die während der Laufzeit dieser Vereinbarung veranlasst werden, Bestand. Gleiches gilt für daraus resultierende in dieser Vereinbarung beschriebene Maßnahmen.
- (8) Die Vertragspartner bilden eine gemeinsame Arbeitsgruppe zur praktischen Umsetzung und zur kontinuierlichen Begleitung dieser Vereinbarung.
- (9) Die KVen verpflichten sich, jeden neu zugelassenen Vertragsarzt im jeweiligen Bundesland innerhalb von drei Monaten nach Zulassung eine Erstberatung zur wirtschaftlichen Verordnungsweise aktiv anzubieten.

III. Inkrafttreten, Kündigung und Formvorschriften

- (1) Die Vereinbarung tritt zum 1. April 2014 in Kraft und kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.
- (2) Bei Kündigung durch eine KV endet die Vereinbarung in diesem jeweiligen Bundesland, ohne dass dies Auswirkungen auf das andere Bundesland hat.
- (3) Sollten gesetzliche Regelungen in Kraft treten, die diese Vereinbarung unmittelbar betreffen, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über die notwendige Anpassung dieser Vereinbarung.
- (4) Das Recht auf Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtige Gründe in diesem Sinne gelten insbesondere Änderungen gesetzlicher Grundlagen sowie gerichtliche oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die dieser Vereinbarung die rechtliche oder tatsächliche Grundlage entziehen, sowie wiederholte und schwere Verstöße gegen die vereinbarten Pflichten.
- (5) Nebenabreden, Änderungen oder Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

- (6) Im Einvernehmen der Vertragspartner können dieser Vereinbarung weitere Krankenkassen beitreten. Entsprechende Regelungen werden dann zwischen der KV Sachsen, der KV Thüringen und der AOK PLUS getroffen.
- (7) Diese Vereinbarung steht ggf. unter dem Vorbehalt der aufsichtsbehördlichen und der datenschutzrechtlichen Nichtbeanstandung.

Dresden, Weimar, den 27.03.2014

gez. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

gez. AOK PLUS

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: MRSA-Eradikationstherapie

Vom 23. Januar 2014

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 23. Januar 2014 beschlossen, die Anlage der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Fassung vom 17. September 2009 (BAnz. Nr. 21a vom 9. Februar 2010), zuletzt geändert am 19. September 2013 (BAnz AT 12.12.2013 B7), wie folgt zu ändern:

- I. Im Leistungsverzeichnis der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie wird nach der Nummer „26.“ eine neue Nummer 26a wie folgt eingefügt:

26a Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose

Leistungsbeschreibung

- Durchführung Sanierung/Eradikation nach ärztlichem Sanierungsplan gemäß Verordnung. Dazu können bei Bedarf insbesondere gehören:
 - Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels
 - Mund- und Rachenspülung mit einer antiseptischen Lösung
 - Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen
 - In Verbindung mit den MRSA-Sanierungsmaßnahmen als begleitende Maßnahmen Textilien, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich wechseln und Gegenstände, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich desinfizieren in besonders gelagerten Ausnahmefällen, in denen ausnahmsweise der regelhaft gegebene Anspruch auf Erbringung dieser Leistungen nach dem SGB XI nicht gegeben ist. Die Voraussetzungen des § 6 Absatz 5 der Richtlinie werden abschließend im Verfahren nach § 6 geprüft.

Bemerkung

- Die Leistung ist verordnungsfähig im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von Trägern mit dem Methicillinresistenten Staphylococcus aureus (MRSA).
- Wird die Eradikationstherapie im Krankenhaus begonnen, kann eine Verordnung zur Sicherung der Nahtlosigkeit der Sanierung zudem unter den Voraussetzungen des § 7 Absatz 5 erfolgen.
- Die Leistung ist auch verordnungsfähig im Rahmen einer Eradikationstherapie im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffen, wenn die MRSA-Kolonisation im Krankenhaus festgestellt wurde.

Bezüglich der Verwendung von Übergabebögen wird auf die jeweils aktuellen Empfehlungen maßgeblicher Fachorganisationen/Netzwerke verwiesen.

Die begleitenden Maßnahmen des Wäschewechsels und der Desinfektion sind regelhaft Leistungen, die im Bereich der pflegerischen Grundversorgung und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach SGB XI erbracht werden. Deshalb besteht ein Regelungsbedarf im Bereich der häuslichen Krankenpflege nur für besonders gelagerte Ausnahmefälle, in denen entgegen der Regel ein Anspruch aus dem SGB XI nicht besteht. Diese besondere Voraussetzung (§ 6 Absatz 5 der Richtlinie) wird abschließend im Verfahren nach § 6 geprüft.

In Bezug auf die bei der Durchführung der Leistungen zu beachtenden Anforderungen insbesondere an die Hygiene im Haushalt, an den Umgang mit Textilien und Gegenständen, die mit der Haut oder Schleimhaut der Patientin oder des Patienten in Kontakt kommen, an die Händehygiene sowie an organisatorische Maßnahmen der Versorgung wird auf die jeweils aktuellen Empfehlungen maßgeblicher Fachorganisationen/Netzwerke verwiesen.

Die Verordnung setzt voraus, dass die Patientin bzw. der Patient aufgrund von körperlichen oder geistigen Einschränkungen oder entwicklungsbedingt noch nicht vorhandenen Fähigkeiten nicht in der Lage ist, die im Rahmen der MRSA-Sanierungsbehandlung erforderlichen Maßnahmen mit ärztlicher Einleitung, Anleitung bzw. Überwachung selbst durchzuführen.

Dauer und Häufigkeit der Maßnahme

- Dauer nach Maßgabe des ärztlichen Sanierungsplans (5 bis 7 Tage).
- Neue Erstverordnung nach frustraner Sanierung möglich. Dabei sind im Vorfeld die Gründe des Misserfolgs zu eruieren.

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 Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 23. Januar 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende

Hecken

Anlage 4 – Zugelassene Leistungserbringer für die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die Krankenkassen und ihre Verbände in Thüringen übermittelten der KVT aktuell zugelassene Leistungserbringer für die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß §§ 37b und 132d SGB V.

Versorgungsregionen	Kontaktdaten
LK Eichsfeld, Unstrut-Hainich-Kreis	Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Pflegedienst (AHPP-EIC/UH) Träger: Caritativer Pflegedienst Eichsfeld gGmbH Klosterstr. 7 37355 Reifenstein Tel.: 036076 993419 Fax: 036076 993947
Stadt Erfurt, Stadt Weimar, LK Weimarer Land, LK Sömmerda	PALLIATUS-Palliativ-Care Team Vertretungsberechtigte: Frau Dipl.-Med. Sylvia Urban C.-v.-Ossietzky-Str. 67 99423 Weimar Tel.: 03643 9081999 Fax: 03643 9081999
LK Saalfeld-Rudolstadt, LK Hildburghausen, LK Sonneberg, Ilmkreis	Palliativnetz Südthüringen Vertretungsberechtigter: Herr Dr. Heiner Müller Oelzer Str. 12 98746 Katzhütte Tel.: 036781 31124 Fax: 036781 31131
Stadt Jena, Saale-Holzland-Kreis	SAPV-Team des Universitätsklinikums Träger: Universitätsklinikum Jena Bachstr. 18 07749 Jena Tel.: 03641 9392201
LK Nordhausen, Kyffhäuserkreis	Ambulantes Palliativnetz Nordthüringen „APANOR“ Träger: Medizin & Pflege GmbH i. G. Stolberger Straße 60 99734 Nordhausen Tel.: 03631 472154 Fax: 03631 472155
Stadt Gera, LK Greiz, LK Altenburger Land	Palliativteam Ostthüringen Träger: SRH Poliklinik Gera Str. des Friedens 122 07548 Gera Tel.: 0365 8288800 Fax: 0365 8288195
Stadt Eisenach, Wartburgkreis LK Gotha	Palliativ Netzwerk Westthüringen Träger: Diako Seniorenhilfe gGmbH Karlsplatz 27-31 99817 Eisenach Tel.: 03691 7452210 Fax: 03691 822322

