

KVB INFOS 03|09

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 26 Abrechnungsabgabe Quartal 1/2009
- 26 Veröffentlichung Auszahlungspunktwerte
- 26 Wirtschaftlichkeitsbonus Labor 2/2007
- 27 Neue Impfcifern
- 27 Alter bei Dialysesachkosten beachten
- 27 Hüftsonographie bei Säuglingen
- 28 Leistungsbewertungen in der Strahlentherapie
- 29 Leistungsbewertungen in der Reproduktionsmedizin
- 30 Vergütung von Leistungen für Soldaten
- 30 Punktwert Direktabrechnungsverfahren
- 30 Fusion: IKK-Direkt und Techniker Krankenkasse

VERORDNUNGEN

- 31 Hilfsmittel nur vom „Vertragspartner“?
- 31 Keine Mischrezepte für Arzneimittel, Hilfsmittel und Impfstoffe
- 32 Verschreibungspflicht für Paracetamol und Johanniskraut
- 32 Arzneimittelsicherheit in der Schwangerschaft

QUALITÄT

- 33 Anwendung des Kinderfilters in der Röntgendiagnostik
- 34 Neufassung der Ultraschallvereinbarung
- 36 Konstanzprüfung der Röntgeneinrichtung bei Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen

ALLGEMEINES

- 36 Rechenschaftsbericht der KVB
- 37 Regionale Vereinbarungen 2009

- 37 PKV-Basistarif: Verhandlungen gescheitert
- 38 eDokumentation zum Hautkrebscreening
- 38 Voraussetzungen für die Teilnahme am Notarzdienst
- 39 Elektronische Vernetzung in Arztpraxen
- 39 Praxisbewertungen: Richtigstellung

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

- 40 Änderung bei der Bedarfsplanung der Psychotherapeuten

SEMINARE

- 41 Neue Broschüre „Beratung und Service“
- 41 Forum für Existenzgründer und Praxisabgeber
- 41 Betriebswirtschaft für den Vertragsarzt
- 42 Die nächsten Seminartermine der KVB

ABRECHNUNGSABGABE QUARTAL 1/2009

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungunterlagen für das 1. Quartal 2009 bis Dienstag, **14. April 2009**, ein. Gerne können Sie uns die Unterlagen auch schon früher zusenden. Denken Sie bitte daran, mit Ihrer Abrechnung die unterschriebene Sammelerklärung (Quartal bitte eintragen) einschließlich der gegebenenfalls notwendigen Unterlagen – wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe – an uns zu senden. Dies gilt auch, wenn Sie uns Ihre Datei online übermitteln.

Einreichungswege für Ihre Quartalsabrechnung

Online-Abrechnung über das Portal „Meine KVB“ (KV-SafeNet) oder über D2D

Briefsendungen an die Anschrift:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Päckchen/Pakete an die Anschrift:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

VERÖFFENTLICHUNG AUS- ZAHLUNGSPUNKTWERTE

Die Auszahlungspunktwerte der Quartale 3/2008 und 4/2008 werden – wie Sie es bisher aus dem ehemaligen KV-Blickpunkt gewohnt sind – zukünftig in PROFUND veröffentlicht. Zum Redaktionsschluss für die März-Ausgabe standen die Punktwerte des Quartals 3/2008 noch nicht fest.

Sie können diese unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Abrechnung* abrufen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

WIRTSCHAFTLICHKEITS- BONUS LABOR 2/2007

Bei einigen Abrechnungen aus dem Quartal 2/2007 waren die Wirtschaftlichkeitsboni Labor zu berichtigen. Bei der Korrektur im Rahmen des Honorarbescheids 3/2007 (Gutschriften unter den Sachkonten 590 000 und 590 100) sind die neu berechneten Laborbudgets beziehungsweise Kürzungsquoten wesentlich nicht berücksichtigt worden. Dies wird mit dem Honorarbescheid 3/2008 nachgeholt. Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

NEUE IMPFZIFFERN

Seit 1. Oktober 2008 gelten für Impfungen neue Abrechnungsnummern. Hierüber haben wir bereits in einem Rundschreiben vom 28. August 2008 informiert. Bitte achten Sie darauf, die Abrechnungsnummern stets vollständig und mit der richtigen Buchstabenkennzeichnung anzugeben. Unvollständige Abrechnungsnummern, zum Beispiel solche ohne Buchstabenkennzeichnung (sofern vorgesehen), werden gestrichen. Eine Übersicht zu den Abrechnungsnummern (GOP) finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Rechtsquellen Bayern/Schutzimpfungen und Prophylaxe*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

ALTER BEI DIALYSE-SACHKOSTEN BEACHTEN

Die Sachkostenpauschalen im Zusammenhang mit Dialysen sind nach Altersgruppen eingeteilt. So gibt es zum Beispiel für einen Patienten ohne Diabetes abhängig vom Alter drei Wochenpauschalen für Dialysekosten:

- **GOP 40820:** bis zum vollendeten 18. Lebensjahr**
- **GOP 40800:** ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 59. Lebensjahr**
- **GOP 40802:** ab dem vollendeten 59. Lebensjahr**

Die Kostenpauschalen werden mit unterschiedlichen Beträgen vergütet, sodass Sie eventuell zu geringe oder zu hohe Kosten erstattet bekommen, wenn Sie die falsche Pauschale berechnen. Ab dem Quartal 2/2009 werden deshalb die Sachkostenpauschalen für Dialysen entsprechend dem Alter des Patienten automatisiert korrigiert.

**Das 18. Lebensjahr wird am Tag vor dem 18. Geburtstag vollendet, am 18. Geburtstag beginnt das 19. Lebensjahr. Entsprechend wird das 59. Lebensjahr am Tag vor dem 59. Geburtstag vollendet, so dass die GOP 40802 ab dem Tag des 59. Geburtstages berechnet werden kann.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

HÜFTSONOGRAPHIE BEI SÄUGLINGEN

In den KVB INFOS 1/2009 haben wir Sie darüber informiert, dass eine außerhalb der vierten bis fünften Lebenswoche berechnete GOP 01722 ab dem Quartal 1/2009 gestrichen wird. Diese Mitteilung möchten wir berichtigen. Für die automatisierte Prüfung der sonographischen Screening-Untersuchung von Säuglings Hüften (GOP 01722) werden weiterhin die Toleranzgrenzen für die U3 – also die dritte bis achte Lebenswoche – verwendet.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

LEISTUNGSBEWERTUNGEN IN DER STRAHLENTHERAPIE

Die Punktzahlen der Leistungen der Strahlentherapie (Kapitel 25) wurden zum 1. Januar 2009 **nicht abgesenkt**. Die bis 31. Dezember 2008 gültigen Punktzahlen gelten weiter.

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 23. Oktober 2008 zur Absenkung der Bewertungen der Strahlentherapie wurde rückgängig gemacht (Beschluss des Be-

wertungsausschusses aus der 172. Sitzung vom Dezember 2008). Für die bayerische Euro-Gebührenordnung ergeben sich somit zum 1. Januar 2009 folgende Preise:

GOP	Kurztext	Punkte 4/2008	Punkte 1/2009	Punkte- differenz	Euro 1/2009
25210	Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	810	810	0	28,36 €
25211	Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung	1.765	1.765	0	61,78 €
25213	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	255	255	0	8,93 €
25214	Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	255	255	0	8,93 €
25310	Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	355	355	0	12,43 €
25320	Bestrahlung Telekobaltgerät (gut-/bösartig) oder Linearbeschleuniger (gutartig)	750	750	0	26,26 €
25321	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen	1.005	1.005	0	35,18 €
25322	Zuschlag Bestrahlungsfelder	185	185	0	6,48 €
25323	3-D-Technik, Großfeld-, Halbkörperbestrahlung	270	270	0	9,46 €
25330	Moulag- oder Flabtherapie	1.160	1.160	0	40,61 €
25331	Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie	3.310	3.310	0	115,86 €
25332	Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	2.205	2.205	0	77,18 €
25333	Interstitielle Brachytherapie	3.310	3.310	0	115,86 €
25340	Bestrahlungsplanung I	1.055	1.055	0	36,93 €
25341	Bestrahlungsplanung II	4.745	4.745	0	166,08 €
25342	Bestrahlungsplanung III	7.060	7.060	0	247,11 €

LEISTUNGSBEWERTUNGEN IN DER REPRODUKTIONSMEDIZIN

Die Punktzahlen der nachfolgend aufgeführten Leistungen in der Reproduktionsmedizin wurden zum 1. Januar 2009 angehoben. Die Anhebung der Punktzahlen ist zunächst bis

31. Dezember 2009 befristet.

Die Euro-Preise in der bayerischen Euro-Gebührenordnung wurden wie folgt angepasst:

GOP	Kurztext	Punkte 4/2008	Punkte 1/2009	Punkte- differenz	Euro 1/2009
08530	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination im Spontanzklus	265	305	40	10,68 €
08531	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination nach hormoneller Stimulation	475	550	75	19,26 €
08550	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET)	21.485	24.805	3.320	868,20 €
08551	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Gebührenordnungsposition 08550 bis zum Ausbleiben der Zellteilung	18.320	21.150	2.830	740,28 €
08552	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 08550 bzw. 08560 bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion	4.875	5.630	755	197,06 €
08560	IVF einschl. ICSI mit anschließendem Embryo-Transfer (ET)	30.270	34.945	4.675	1.223,11 €
08561	IVF einschließlich ICSI bis zum Ausbleiben der Zellteilung	27.105	31.295	4.190	1.095,36 €

VERGÜTUNG VON LEISTUNGEN FÜR SOLDATEN

Mit Vertragsabschluss zwischen der Wehrbereichsverwaltung Ost und der KVB können seit dem 1. Januar 2009 ausgewählte Leistungen des DMP-Vertrags und der Diabetesvereinbarung für Bundeswehrsoldaten erbracht und abgerechnet werden. Alle abrechenbaren Leistungen sind in der Anlage zum oben genannten Vertrag aufgeführt, der unter www.kvb.de in der Rubrik *DMP* eingestellt ist. Die Abrechnungs- und Vergütungsbestimmungen gelten analog zu den Verträgen der Ersatzkassen in der jeweils gültigen Fassung. Eine Einschreibung ins DMP ist für die Abrechnung der DMP-Leistungen nicht erforderlich und nicht möglich. Voraussetzung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen durch berechtigte Ärzte ist ein Überweisungsschein San/Bw/O217, der durch den Truppenarzt ausgestellt wird. Berechtigte Ärzte sind solche, die am DMP-Vertrag beziehungsweise der Diabetesvereinbarung zwischen der KVB und den Ersatzkassen teilnehmen. Es ist keine gesonderte Teilnahmeerklärung erforderlich.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

PUNKTWERT DIREKTABRECHNUNGSVERFAHREN

Der Punktwert für das Direktabrechnungsverfahren bei Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zivildienst und Bayerischer Bereitschaftspolizei beträgt für relevante Leistungen, die vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2009 erbracht werden, 3,5001 Cent (= bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 2009).

Details hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Abrechnung/Direktabrechnung/Besondere Kostenträger*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

FUSION: IKK-DIREKT UND TK

Zum 1. Januar 2009 hat die Regionalkasse IKK-Direkt mit der Techniker Krankenkasse (TK) fusioniert. Die „neue“ Techniker Krankenkasse bleibt auch nach dem Zusammenschluss Mitglied der Ersatzkassengemeinschaft. Somit gelten für ehemals IKK-Direkt-Versicherte seit 1. Januar 2009 die Verträge der Ersatzkassen. Nach Aussage der Techniker Krankenkasse wurden die ehemaligen Versichertenkarten bereits ausgetauscht, da diese ihre Gültigkeit zu Jahresbeginn verloren haben und nicht mehr zur Abrechnung herangezogen werden können.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

HILFSMITTEL NUR VOM „VERTRAGSPARTNER“?

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ändert sich das Vertragsgeschehen 2009 zusehends auch im Hilfsmittelbereich. Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln haben die Krankenkassen mehr vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten: Insbesondere umfassende Ausschreibungen sollen Einsparungen bei den Ausgaben für Hilfsmittel erzielen. Künftig soll die Versorgung der Versicherten nur noch durch Vertragspartner der jeweiligen Krankenkasse erfolgen.

Saugende Inkontinenzhilfen

Verschiedene Krankenkassen haben uns über den Abschluss von Hilfsmittellieferverträgen für saugende Inkontinenzhilfen mit einzelnen Leistungserbringern informiert.

Mit der Ausweitung der Versorgungsverträge können Ihre Patienten unter Umständen Hilfsmittel nicht mehr bei ihrem gewohnten Lieferanten, zum Beispiel Apotheke oder Sanitätshaus, beziehen. Bei Nachfragen Ihrer Patienten zu möglichen Hilfsmittellieferanten verweisen Sie sie bitte an die zuständige Krankenkasse.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

KEINE MISCHREZEPTE FÜR ARZNEIMITTEL, HILFSMITTEL UND IMPFSTOFFE

Das Arzneiverordnungsblatt „Muster 16“ ist multifunktionell. Es dient der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln, Hilfsmitteln (außer Seh- und Hörhilfen) und von Impfstoffen. Es kann für die patientenbezogene Verordnung als auch für die Verordnung von Sprechstundenbedarf genutzt werden.

Bitte verwenden Sie getrennte Verordnungsblätter bei Verordnung von Arzneimitteln und Hilfsmitteln beziehungsweise Impfstoffen. Nur durch die Verwendung getrennter Verordnungsblätter können Sie verhindern, dass Hilfsmittelverordnungen und Impfstoffe Ihrem Arzneimittelvolumen zugeordnet werden.

Typische **Beispiele** für Mischverordnungen von Arzneimitteln und Hilfsmitteln sind:

- Infusionslösung und Infusionsbestecke
- Insulin und Insulinspritzen
- Blutzuckerteststreifen und Lanzetten

Die Apotheken dürften schon seit 2007 – zumindest bei den Regionalkassen – keine Mischrezepte mehr beliefern, sie müssten eine Position streichen. Bei Ersatzkassen gibt es diese Regelung nicht, die Apotheker sind aber gehalten, den Arzt darauf hinzuweisen, dass er keine Mischverordnungen ausstellt.

Die Zahl der falsch gekennzeichneten Rezepte und Mischverordnungen ist dennoch immer noch hoch. Eine Auswertung, die wir vor kurzem für das Quartal 4/2008 von der Verrechnungsstelle Süddeutscher Apotheken erhielten, belegt den Handlungsbedarf.

Empfehlung:

Weisen Sie auch Ihre Praxismitarbeiter auf die korrekte Kennzeichnung hin. Stellen Sie niemals Mischverordnungen aus – so vermeiden Sie Komplikationen. Bitte vergessen Sie außerdem nicht, für Hilfsmittel das Feld „7“ mit der Ziffer „7“ beziehungsweise für Impfungen das Feld „8“ mit der Ziffer „8“ zu kennzeichnen.

So vermeiden Sie es, dass Patienten von Apotheken in Ihre Praxis zurückgeschickt werden, um ein neues Rezept zu holen. Darüber hinaus leisten Sie einen aktiven Beitrag zur Vermeidung der unnötigen Wirtschaftlichkeitsprüfung Ihrer Verordnungsweise bei einer statistischen Auffälligkeit.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

VERSCHREIBUNGSPFLICHT FÜR PARACETAMOL UND JOHANNISKRAUT

Der Gesetzgeber hat für Paracetamol und Johanniskraut (Hypericum) die teilweise Verschreibungspflicht zum 1. April 2009 beschlossen. Der Bundesrat stimmte einer entsprechenden Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung zu.

Paracetamol darf dann nur noch in Packungen mit bis zu zehn Gramm Gesamtwirkstoffmenge rezeptfrei abgegeben werden. Gleiches gilt für Kombinationspräparate, die Paracetamol enthalten.

Als Begründung werden missbräuchliche Anwendung sowie schwere Nebenwirkungen (Vergiftung, Leberzellnekrosen) bei Überdosierung angegeben. Leberschäden sind möglich, wenn ein gesunder Erwachsener einmalig mehr als zehn bis zwölf Gramm oder über einen längeren Zeitraum mehr als 7,5 Gramm Paracetamol täglich einnimmt. Diese Grenzwerte sind bei Kindern entsprechend niedriger. Unbeabsichtigte Vergiftungen sowie die Verwendung von Paracetamol mit Suizidabsichten treten in Deutschland häufig auf.

Zu beachten ist, dass aufgrund der Arzneimittelpreisverordnung die rezeptpflichtigen Präparate deutlich teurer sein werden als die apothekenpflichtigen. Um in der vertragsärztlichen Versorgung nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot zu verstoßen, soll zunächst überprüft werden, ob nicht ein apothekenpflichtiges Präparat zu Lasten des Patienten zur Behandlung der Erkrankung ausreichend ist, bevor ein verschreibungspflichtiges Präparat auf Kassenrezept verordnet wird.

Als Komedikation mit Opioiden zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen ist jedoch auch ein apothekenpflichtiges Arzneimittel zu Lasten der GKV verordnungsfähig (Arzneimittelrichtlinie 16.4.3).

Ausschlaggebend für die Rezeptpflicht bei **Johanniskraut**-haltigen Arzneimitteln ist die jeweilige Zulassung, die nicht an die Dosierung gebunden ist. Nur Präparate mit der Indikation „mittelschwere Depression“ werden verschreibungspflichtig. Arzneimittel, die für leichte, vorübergehende depressive Zustände und depressive Verstimmungszustände oder psychovegetative Störungen zugelassen sind, bleiben weiter apothekenpflichtig, auch wenn sie genau dieselbe Dosierung haben wie die verschreibungspflichtigen.

Hintergrund des Bundesratsbeschlusses sind keine Sicherheitsbedenken zu Johanniskraut an sich, sondern die Überzeugung, dass mittelschwere Depressionen eine Diagnose- und Indikationsstellung erfordern und in ärztliche Behandlung gehören.

Zu Lasten der GKV konnten schon bisher nur Johanniskrautpräparate mit der Indikation mittelschwere Depression verordnet werden (Arzneimittelrichtlinie 16.4.18, „OTC-Ausnahmeliste“). Diese werden ab April 2009 verschreibungspflichtig, damit ist die OTC-Ausnahmeliste in diesem Punkt hinfällig.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

ARZNEIMITTELSICHERHEIT IN SCHWANGERSCHAFT

Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit gibt es seit Mitte Oktober 2008 die kostenlose Datenbank „Arzneimitteltherapiesicherheit in Schwangerschaft und Stillzeit“.

Das frei zugängliche und unabhängige Online-Informationsangebot bietet Fachleuten und Laien in leicht verständlicher Form Informationen zur Verträglichkeit der wichtigsten Medikamente und zur Behandlung von häufig vorkommenden Krankheiten in Schwangerschaft und Stillzeit. Dabei sind relevante wissenschaftliche Daten zu den Arzneimitteln so aufbereitet, dass vor allem zwei wichtige Fragen beantwortet werden können:

- Darf das Medikament einer Schwangeren oder Stillenden verordnet werden?
- Was ist zu tun, wenn die Schwangere oder Stillende das Medikament bereits eingenommen hat?

Die Datenbank, die Eintragungen für etwa 400 Wirkstoffe enthält, wurde durch das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie in Berlin erstellt. Dieses Projekt ist Teil des Aktionsplanes 2008/2009 des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen/Link-Tipp* oder direkt unter www.embryotox.de.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

ANWENDUNG DES KINDERFILTERS IN DER RÖNTGENDIAGNOSTIK

Im KV-Blickpunkt 4/2008 haben wir Sie bereits über die Neufassung der Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik informiert, die Ende 2007 in Kraft getreten ist. Hier ist besonders die Anwendung des Kinderfilters zu beachten, die bis zum vollendeten 12. Lebensjahr verpflichtend und bei Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr optional ist. Bei körperlich sehr weit entwickelten Kindern – einem Erwachsenen in Größe und Gewicht bereits gleich – entfällt die Verpflichtung zur Anwendung des Kinderfilters. Hierbei ist jedoch eine Begründung erforderlich, in der Sie die körperliche Entwicklung festhalten (Parameter: Größe, Gewicht, Körperdurchmesser).

Bei Jugendlichen zwischen dem 13. und 18. Lebensjahr ist der Kinderfilter unbedingt zu verwenden, wenn der Jugendliche in seiner körperlichen

Statur mehr einem Kind als einem Jugendlichen entspricht. Die in der Tabelle aufgeführten Referenzwerte sind einzuhalten.

Bitte beachten Sie, dass auf dieses Kriterium im Rahmen der Stichprobenprüfung in der konventionellen Radiologie ein besonderes Augenmerk gelegt wird. Die Vorstandskommission Qualitätssicherung Radiologie bewertet die eingereichten Röntgenaufnahmen mit den Stufen 1 (keine Beanstandung), 2 (geringe Beanstandung), 3 (erhebliche Beanstandung) und 4 (schwerwiegende Beanstandung). Sollten Sie bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern keinen Kinderfilter verwenden, führt dies zu einer Bewertung der Patientenaufnahme mit der Stufe 3. Bei mindestens zwei Patientenaufnahmen mit der Beurteilung Stufe 3 sind Sie verpflichtet, an einem Kolloquium teilzunehmen. Bedenken Sie bitte nicht nur Ihre persönlichen

Konsequenzen. Im Vordergrund sollte unbedingt das Grundprinzip der Minimierung der Strahlenexposition des Patienten stehen. Den vollständigen Text der Leitlinie finden Sie im Internet unter www.bundesaerztekammer.de unter dem Stichwort *Leitlinien*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Bezeichnung	Austragungszeit/Alter	Gewicht (kg)	Körperdurchmesser (pa/ap)	Dosis μ Gy Extr.	Dosis μ Gy Körperstamm	Zusatzfilter (mm Cu) 1mm Al + mind. 0,1 mm Cu	Raster
1 Frühgeborenes	< 28 Wochen	< 1	< 4	≤ 10	≤ 5 (2,5)	0,1	nein
2 Neugeborenes	0 – 28 Tage	< 5	< 6	≤ 10	≤ 5 (2,5)	0,1	nein
3 Säugling	1 – 12 Monate	< 10	< 10	≤ 10	≤ 5 (2,5)	0,1	nein
4 Kind unter 8 Jahren	1 – 8 Jahre	< 20	< 20	≤ 10	≤ 5 (2,5)	0,1	nein
5 Kind über 8 Jahren	9 – 12 Jahre	< 25	< 25	≤ 10	≤ 5 (2,5)	0,1	nein
6 Jugendlicher	13 – 18 Jahre	> 25	> 25	≤ 10	≤ 5 (2,5)	0,1	möglich, r8 bzw. r17 bei Festraster

NEUFASSUNG DER ULTRASCHALLVEREINBARUNG

Am **1. April 2009** tritt die neue Ultraschallvereinbarung in Kraft. Diese berücksichtigt sowohl die medizinisch-technischen Weiterentwicklungen als auch die Änderungen der fachlichen Inhalte der Weiterbildungsordnungen. Ziel der Neuerung ist es, einen bundesweit einheitlichen konstanten Qualitätsstandard zu bewahren und weiterhin eine qualitativ hochwertige Betreuung der Patienten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten.

Die wichtigsten Änderungen möchten wir Ihnen vorab darstellen.

Das müssen Sie wissen, wenn Sie bereits über eine Genehmigung verfügen:

- Die in der Vergangenheit von der KVB erteilten Genehmigungen behalten ihre Gültigkeit.
- Ihr derzeit eingesetztes Ultraschallgerät können Sie bis 31. März 2013 weiter in Ihrer Praxis verwenden. Innerhalb dieser Zeit müssen Sie nachweisen, dass Ihr Gerät die neuen apparativen Mindestanforderungen erfüllt. Sind diese erfüllt, können Sie Ihr Gerät auch über den 31. März 2013 hinaus einsetzen.

§ 9 Apparative Ausstattung

Eine neue Gerätegewährleistungserklärung für Ihr derzeit eingesetztes Ultraschallgerät finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Qualität/Qualitätssicherung*. Bitte lassen Sie diese von Ihrem Hersteller ausfüllen und von ihm bestätigen, dass Ihr Gerät den neuen Mindestanforderungen (diese sind in Anlage III der Vereinbarung aufgelistet) entspricht. Reichen Sie diese Erklärung bitte bis spätestens 31. März 2010 bei der KVB ein.

§ 9 Einsatz eines neuen Ultraschallgeräts – Abnahmeprüfung

Kaufen Sie sich ein neues Gerät oder nehmen Sie an Ihrem Altgerät Veränderungen vor, die Auswirkungen auf die Bildqualität haben (zum Beispiel Einsatz eines neuen Schallkopfes), dann muss das Gerät beziehungsweise die Neuerung die in Anlage III aufgelisteten Mindestanforderungen erfüllen. Diese weisen Sie – wie bereits in der Vergangenheit – durch das Einreichen der Gerätegewährleistungserklärung Ihres Herstellers nach.

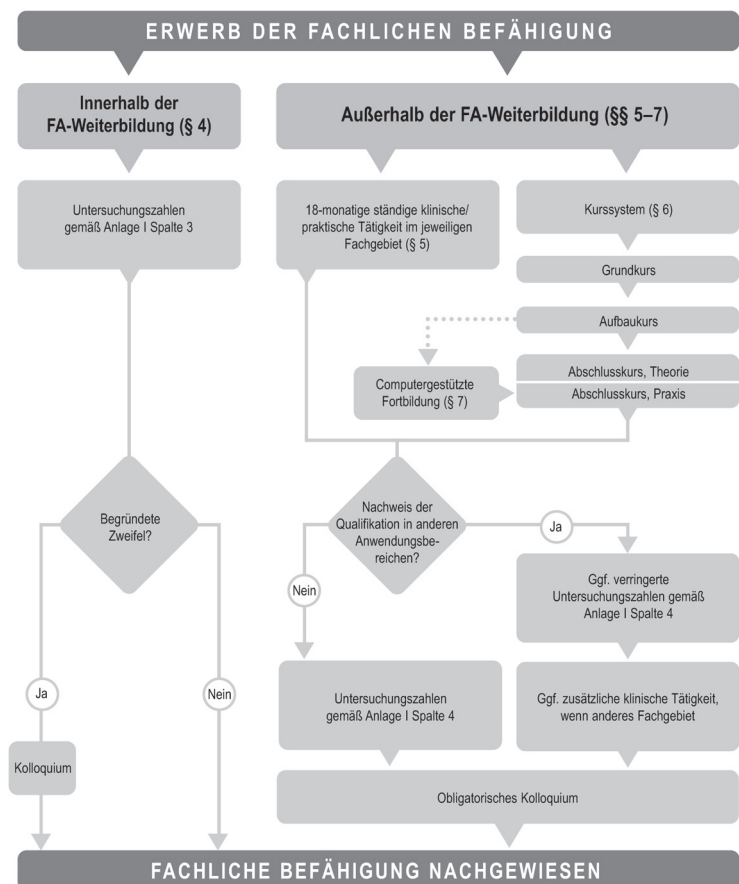
Zusätzlich ist für Anwendungsbereiche im B-Modus eine Abnahmeprüfung zur Überprüfung der technischen Bildqualität neu

eingeführt worden. Hierfür reichen Sie bitte eine aktuelle Bilddokumentation ein, die nicht älter als drei Monate sein darf und technisch der Bildqualität in Anlage III Nr. 9.1 und 9.2 sowie den Dokumentationsanforderungen gemäß Anlage III Nr. 6 entspricht.

Sofern Sie Ihr Ultraschallgerät für mehrere Anwendungsklassen verwenden, ist es ausreichend, dass Sie die Bilddokumentation einer Anwendungsklasse einreichen.

Vor der ersten Inbetriebnahme

Ihres neuen Gerätes müssen Sie von einer geeigneten Person in die Anwendung und Handhabung Ihres Gerätes eingewiesen werden. Dokumentieren Sie dies bitte unter



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Angabe des Namens des Einweisenden, da die KVB diesen Nachweis anfordern kann.

■ **Neu: § 10 Anforderungen an die ärztliche Dokumentation**

Erstmalig sind Vorgaben für Ihre Routedokumentation zu beachten. Die notwendigen Inhalte der Dokumentation sind in § 10 beschrieben. Die Anforderungen an die Bilddokumentation finden Sie in Anlage III Nr. 6 der Vereinbarung.

Kann Ihr derzeit eingesetztes Ultraschallgerät die Inhalte der Bilddokumentation aus Anlage III nicht automatisch anzeigen, ist dies bis zum 31. März 2013 zulässig, solange eine eindeutige Patientenidentifikation möglich ist.

■ **Neu: § 11 Stichprobenprüfung**

Die Dokumentation aus § 10 (Indikation, Befund, Diagnose, Therapie) wird zusammen mit der dazugehörigen Bilddokumentation (fünf Fälle) im Rahmen einer neu eingeführten Stichprobenprüfung durch eine Fachkommission überprüft. Jährlich werden daher zukünftig mindestens drei Prozent aller Genehmigungsinhaber geprüft. Bei Mängeln in Ihrer Dokumentation werden Sie informiert und beraten. Im folgenden Jahr werden erneut Bilder von Ihnen angefordert und im Falle erneuter Mängel ein Kolloquium durchgeführt. Darüber hinausgehende mögliche Konsequenzen sind in § 11 beschrieben.

■ **Neu: § 13 Konstanzprüfung**

Zur Gewährleistung einer gleichbleibenden technischen Bildqualität ist nunmehr alle vier Jahre eine Konstanzprüfung Ihres Ultraschallgeräts durch eine Kommission vorgesehen (Bilderprüfung), wenn Sie Untersuchungen im B-Modus

durchführen. Geprüft wird, ob die technische Bildqualität der eingereichten Dokumentation die in Anlage III Nr. 9.2 genannten charakteristischen Merkmale erfüllt.

■ **Neue Anwendungsbereiche: PW-Doppler Untersuchungen der männlichen Genitalsysteme und Duplexuntersuchungen intrakranieller hirnversorgender Gefäße**

Wenn Sie bereits eine Übergangsgenehmigung der KVB für Doppleruntersuchungen der männlichen Genitalsysteme oder Duplexuntersuchungen der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße haben, erhalten Sie ohne die Vorlage von weiteren Nachweisen eine Genehmigung für diese neu eingefügten Anwendungsbereiche. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass Sie Ihren Antrag bis spätestens 30. September 2009 stellen.

■ **§ 12 Säuglingshüfte**

Die Vorgaben zur sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte bleiben bestehen.

Neuerungen bei der Antragstellung

■ **§ 7 Computergestützte Fortbildung**

Die fachliche Befähigung kann durch anerkannte computergestützte Fortbildungen in Verbindung mit Ultraschallkursen erbracht werden. Bitte beachten Sie, dass jedoch nur der theoretische Teil des Abschlusskurses durch eine derartige Fortbildung ersetzt werden kann.

■ **Antrag auf Genehmigung des Anwendungsbereichs „fetomateriales Gefäßsystem“ oder „fetale Echokardiographie“**

Alle Antragsteller, die die Schwerpunktbezeichnung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ führen, sind für die Genehmigungs-

erteilung in den Anwendungsbereichen „fetomateriales Gefäßsystem“ oder „fetale Echokardiographie“ vom Bestehen eines Kolloquiums befreit. Dieses war in der alten Ultraschallvereinbarung als Voraussetzung für eine Genehmigung zwingend vorgeschrieben.

■ **§ 16 Übergangsregelungen**

Die fachliche Befähigung für einen Anwendungsbereich kann von Ihnen bis zum **30. Juni 2010** fakultativ auch nach den Vorgaben der alten Ultraschallvereinbarung erworben und nachgewiesen werden, sofern Sie sich zum Zeitpunkt des Inkraft-Tretens dieser Vereinbarung in einer Weiterbildung befinden.

Erwerben Sie derzeit Ihre fachliche Qualifikation durch Ultraschallkurse nach §§ 6, 7 der Ultraschallvereinbarung, behalten diese – alternativ zu den Vorgaben der neuen Vereinbarung – bis zum **30. Juni 2010** ihre Gültigkeit.

Weitere Informationen zur neuen Ultraschallvereinbarung sowie unsere FAQ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Qualität/Qualitätssicherung*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon	0 18 05 / 90 92 90 – 10*
Fax	0 18 05 / 90 92 90 – 11*
E-Mail	Abrechnungsberatung@kvb.de

* 14 Cent pro Minute für Anrufe aus dem deutschen Festnetz, abweichende Preise aus Mobilfunknetzen

KONSTANZPRÜFUNG DER RÖNTGENEINRICHTUNG BEI MUND-KIEFER-GESICHTS-CHIRURGEN

Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen haben häufig eine so genannte Doppelzulassung. Das heißt, sie sind einerseits im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und andererseits im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) zugelassen. Sollte dies bei Ihnen der Fall sein und Sie im Rahmen einer Röntgengenehmigung radiologische Leistungen bei gesetzlich versicherten Patienten erbringen und abrechnen, werden Sie derzeit von zwei Stellen – von der Ärztlichen Stelle der KVB und von der Röntgenstelle der Zahnärzte der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) – aufgefordert, Konstanzprüfungsunterlagen einzureichen.

Um Ihnen eine doppelte Prüfung zu ersparen, haben wir uns sowohl mit der zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, als auch mit der Röntgenstelle der Bayerischen Zahnärzte (RBZ) abgestimmt.

Sofern Ihre dentale Röntgeneinrichtung bereits durch die RBZ geprüft wurde, werden wir diese Prüfung selbstverständlich anerkennen. Dafür genügt uns eine Kopie Ihres RBZ-Bescheids.

Die oben genannte Regelung gilt nicht für die Stichprobenprüfung der von Ihnen veranlassten und befundeten Röntgenbilder, die Sie bei uns zur Abrechnung gebracht haben. Die Überprüfung medizinischer Leistungen im Einzelfall durch Stichproben ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität. Sie unterstützen uns, indem Sie uns die benötigten Daten vollständig und zeitnah übermitteln.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

RECHENSCHAFTSBERICHT DER KVB

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) gibt für das Geschäftsjahr 2007 über die Verwendung ihrer Mittel Auskunft (§ 78 Abs. 3 i. V. m. § 305b SGB V). Die KVB hat das Geschäftsjahr 2007 mit einem **Jahresergebnis von -16,76 Millionen Euro** und einer Bilanzsumme von 1,2 Milliarden Euro abgeschlossen.

Die Aufwendungen der KVB betragen 2007 insgesamt 170.568 TEUR. Darin waren für den Personalaufwand mit 1.645 Stellen 108.063 TEUR enthalten.

Ferner sind 2007 angefallen:

- Sachaufwand: 18.405 TEUR
- Aufwand für Sicherstellungsmaßnahmen: 13.441 TEUR
- Sonstiger Aufwand: 45 TEUR

Bei den Erträgen wurde eine Verwaltungskostenumlage in Höhe von 114.432 TEUR gebucht; dies entspricht einem Verwaltungskostensatz von 2,5 Prozent der verwaltungskostspflichtigen Honorare. Über die Gebührenordnung wurden 2.441 TEUR vereinnahmt.

Die Vertragspartner leisteten Kostenbeträge/Erstattungen in Höhe von 6.082 TEUR. Die übrigen Erträge betragen 30.852 TEUR.

Investitionen wurden im Geschäftsjahr 2007 in Höhe von 8.229 TEUR getätigt.

REGIONALE VEREINBARUNGEN 2009

Die Strukturverträge in ihrer bisherigen Form sowie die Punktwertförderung für besondere Einzelleistungen endeten zum 31. Dezember 2008. Nach der Schiedsamsentscheidung besteht nur noch die Möglichkeit, „Regionale Vereinbarungen“ zu schließen. Welche Einzelleistungen oder Themen in 2009 als „Regionale Vereinbarung“ fortgeführt beziehungsweise verhandelt werden, haben wir in einer Übersicht zusammengestellt.

Diese Übersicht mit dem jeweils aktuellen Sachstand finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Rechtsquellen Bayern/Strukturvertragsleistungen*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

PKV-BASISTARIF: VERHANDLUNGEN GESCHEITERT

Die Verhandlungen über einen Basistarif in der Privaten Krankenversicherung (PKV) zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem PKV-Verband sind gescheitert. Nun wird eine noch zu gründende Schiedsstelle angerufen (§ 71 Abs. 3c SGB V).

Bis zu einer Beschlussfassung durch die Schiedsstelle gelten für den ab 1. Januar 2009 umzusetzenden PKV-Basistarif die gesetzlichen Bestimmungen gemäß § 75 Abs. 3a ff. SGB V. Dementsprechend erstellt der behandelnde Arzt seine Rechnung an den im Basistarif Versicherten gemäß der GOÄ unter Beachtung der leistungsbezogenen gesetzlichen Höchstwerte des Steigerungsfaktors:

- Laboratoriumsuntersuchungen in Abschnitt M sowie Leitungen nach der Nr. 437 (Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung bis zu 24 Stunden Dauer) bis zum 1,16-fachen des Gebührensatzes GOÄ
- Gebühren für die in den Abschnitten A (Gebühren in besonderen Fällen), E (physikalisch-medizinische Leistungen) und O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, MRT und Strahlentherapie) nur bis zum 1,38-fachen des Gebührensatzes GOÄ
- Gebühren für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ nur bis zum 1,8-fachen des Gebührensatzes GOÄ in den jeweiligen Leistungsbereichen

Der Sicherstellungsauftrag für die Versorgung der Versicherten im Basistarif obliegt nach den gesetzlichen Vorgaben den Kassenärztlichen Vereinigungen beziehungsweise der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Dementsprechend sind die an der vertrags-

ärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten zur Versorgung der Basistarif-Versicherten verpflichtet (§ 95 Abs. 1 in Verbindung mit § 95a und § 95c SGB V). Die voranstehenden Ausführungen zur Umsetzung des PKV-Basistarifs gelten gleichermaßen für die Versorgung von Versicherten im PKV-Standardtarif.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

E-DOKUMENTATION ZUM HAUTKREBSSCREENING

Zum 1. Januar 2009 wurde die elektronische Dokumentation zum Hautkrebscreening eingeführt, die nun als Abrechnungsvoraussetzung für die von Ihnen durchgeführten Untersuchungen gilt. Ihre eingereichten Dokumentationen werden von uns an eine noch zu bestimmende Auswertungsstelle geschickt, die die bundesweit erfassten Daten wissenschaftlich evaluiert. Ziel ist es, die Wirksamkeit des Früherkennungsprogramms anhand Ihrer Daten zu belegen.

Die elektronische Dokumentation können Sie in Ihrem Praxisverwaltungssystem durchführen, so dass Ihnen zu Ihren bereits in der Vergangenheit durchgeführten Dokumentationen kein zusätzlicher Aufwand entsteht.

Am Ende eines jeden Quartals reichen Sie die Dokumentationen bitte als Datensätze zusammen mit Ihren Abrechnungsdaten bei uns ein.

Folgende Einreichungswege bestehen:

- Datenträger:
Diskette, CD, USB (bitte separaten Datenträger verwenden)
- D2D
- „Meine KVB“

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Einreichungswegen sowie unsere FAQ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Qualität/Qualitätssicherung/Hautkrebscreening*.

Allen Softwareherstellern wurde im letzten Jahr von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) das entsprechende Pflichtenheft zur Verfügung gestellt, um eine Dokumentationsvorlage entwickeln und sich von der KBV zertifizieren lassen zu können.

Eine Liste der von der KBV zertifizierten Dokumentationsmodule finden Sie unter www.kbv.de in der Rubrik *IT in der Arztpraxis/Updates/Regelupdates*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

VORAUSSETZUNGEN TEILNAHME NOTARZTDIENST

Bitte beachten Sie, dass die Übergangsfristen der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) ablaufen, innerhalb derer Sie Ihren Fachkundenachweis „Rettungsdienst“ und die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ erwerben können. Mit beiden Nachweisen erfüllen Sie derzeit die fachlichen Anforderungen zur Teilnahme am Notarztdienst.

Ärzte, die bis zum **31. Juli 2009** den Fachkundenachweis „Rettungsdienst“ nicht besitzen, müssen die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ nachweisen, um am Notarztdienst teilnehmen zu dürfen. Der Erwerb der Bezeichnung „Notfallmedizin“ ist allerdings aufwändiger. Wir empfehlen Ihnen daher zu prüfen, ob Sie den Fachkundenachweis „Rettungsdienst“ noch innerhalb der oben genannten Frist erwerben können. Auch wenn Sie derzeit noch kein Interesse an einer Teilnahme am Notarztdienst haben, könnte der vorsorgliche Erwerb von Nutzen sein.

Die fachlichen Anforderungen für die Teilnahme von Ärzten in der Notfallrettung (Notarztdienst) sind im Bayerischen Rettungsdienstgesetz (BayRDG), Artikel 43, Absatz 4 festgelegt.

Die Besitzer der Fachkunde „Rettungsdienst“ können sich unter bestimmten Voraussetzungen die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ anerkennen lassen (siehe Übergangsbestimmungen der BLÄK). Näheres erfahren Sie unter www.blaek.de.

ELEKTRONISCHE VERNETZUNG IN ARZTPRAXEN

Obwohl der Trend zur elektronischen Vernetzung nicht mehr aufzuhalten ist, haben nach wie vor viele niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten Bedenken, ihre Praxen online zu vernetzen. In der Tat könnten bei einem ungeschützten Internetzugang Praxisdaten ausspioniert oder bei der Übertragung abgefangen werden. Aus diesem Grund hat die KVB exklusiv für ihre Mitglieder eine Lösung entwickelt, die es ihnen ermöglicht, eine sichere elektronische Datenverbindung zu uns aufzubauen: das KV-SafeNet. Im Quartal 4/2008 hat bereits jede zehnte Praxis KV-SafeNet ihr Vertrauen geschenkt und ihre Abrechnung online eingereicht. Praxen, die innerhalb des Förderzeitrahmens am Förderprogramm „Online-Kommunikation“ teilgenommen haben, erhielten einen finanziellen Bonus. Insgesamt sind bis heute mehr als 2.700 Förderanträge bei uns eingegangen.

Das Mitgliederportal „Meine KVB“ bietet neben der Online-Abrechnung viele weitere Vorteile. So können einige Facharztgruppen durch die elektronischen Dokumentationen im Rahmen der KVB-Qualitätsprogramme die Chance nutzen, trotz Stopp der bayerischen Strukturverträge weiterhin eine qualitätsbezogene Mehrvergütung zu erzielen. Etabliert hat sich hier beispielsweise die elektronische Dokumentation in der Koloskopie, bei DMPs und in der Schwangerschaftsvorsorge. Zu Jahresbeginn ist außerdem die eDoku Darmkrebsprävention neu hinzugekommen. Darüber hinaus ist ab dem zweiten Quartal 2009 ein elektronisches Training zur Interpretation Klinischer Studien (eTIKS) geplant, das Mitgliedern des Portals „Meine KVB“ kostenfrei zur Verfügung steht. Die KVB entwickelt derzeit auch die Online-Anwendung Prax-1S, um allen Mitgliedern eine fundierte Basis für wirtschaftliche Analysen ihrer Praxen

bieten zu können. Der Fokus liegt hierbei auf Analysen, die Ärzte entweder nicht direkt oder nur sehr umständlich aus ihrem Praxisverwaltungssystem ziehen können. Ein zusätzlicher Service des Mitgliederportals „Meine KVB“ ist deshalb der kostenlose Zugang zu Analysen, die bisher nicht verfügbar waren. Unter www.kvb.de können Sie uns in der Rubrik *Neu im Netz* per Online-Fragebogen mitteilen, welche Analysen für Sie besonders interessant sind. Auf dieser Grundlage werden wir die Analysemöglichkeiten anpassen, bevor wir sie in „Meine KVB“ bereitstellen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Mitgliederportal@kvb.de

PRAXISBEWERTUNGEN: RICHTIGSTELLUNG

Im Zusammenhang mit Praxisveränderungen und -abgaben hängen viele Überlegungen und Entscheidungen für die Zukunft vom Wert einer Praxis ab. Zum Thema „Praxisbewertung bei der KVB“ hat das Deutsche Ärzteblatt in Heft 51/52 vom 22. Dezember 2008 darauf hingewiesen, dass die KVB auch Leistungen im Rahmen einer „Bewertung von Arztpraxen“ anbietet. Dies stimmt nur bedingt: Im Rahmen einer Kooperations- oder Übernahmeverberatung geben wir Ihnen zwar eine Einschätzung darüber, welche Anbieter von Praxisbewertungen seriös sind und wo Sie sich vorab informieren können. Aber wir bieten Praxisbewertungen – zumindest vorläufig – nicht als eigenständige Dienstleistung an.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Praxisfuehrung@kvb.de

ÄNDERUNG BEI DER BEDARFSPLANUNG DER PSYCHOTHERAPEUTEN

Ab 1. Januar 2009 gibt es eine neue Mindestquote in Höhe von 20 Prozent für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln. Somit werden mehr Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Praxis anmelden können.

Derzeit sind in Bayern alle Planungsbereiche für Psychotherapeuten gesperrt. Trotz dieser bestehenden Zulassungsbeschränkungen **kann es in einzelnen Planungsbereichen Zulassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten geben, wenn so genannte Mindestquoten nicht erfüllt sind.**

Diese Mindestquoten in der psychotherapeutischen Versorgung wurden zum 1. Januar 2009 neu festgesetzt. Eine neue Quote von 20 Prozent für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, wurde eingeführt – bei gleichzeitiger Absenkung der Mindestquote für ärztliche Psychotherapeuten von 40 auf 25 Prozent.

Für die Umsetzung in der Praxis ist es jetzt noch erforderlich, dass die neue Regelung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in die „Bedarfsplanungsrichtlinie Ärzte“ eingearbeitet wird. Bei der Berechnung der neuen Mindestquotierungsanteile ist auch noch unklar, welcher Kreis von Ärzten und Psychotherapeuten zu den psychotherapeutischen tätigen Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuen, gezählt wird. Da selbst in der Gesetzesbegründung hierzu nähere Hinweise fehlen, ist es notwendig, dass der Gemeinsame Bundesausschuss den Leistungserbringerkreis noch genau definiert. Sobald die Richtlinie angepasst worden ist, kann der Landesausschuss Feststellungen über Zulassungsmöglichkeiten für ärztliche Psychothera-

peuten beziehungsweise für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, treffen.

Die Anzahl der neu zu besetzenden Vertragsarzt beziehungsweise Vertragspsychotherapeutensitze wird anschließend im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht. Interessenten haben danach die Möglichkeit, innerhalb einer Frist von sechs bis acht Wochen ihren Zulassungsantrag beim entsprechenden Zulassungsausschuss einzureichen.

Anträge können erst nach Veröffentlichung im Bayerischen Staatsanzeiger gestellt werden. Zu früh gestellte Anträge werden von den Zulassungsausschüssen als unzulässige Vorratsanträge abgelehnt. Erste auf den neuen Mindestquoten basierende Zulassungen erfolgen voraussichtlich ab Mitte dieses Jahres.

Bitte wenden Sie sich bei Rückfragen an Praxisfuehrungsberatung@kvb.de.

NEUE BROSCHÜRE „BERATUNG UND SEMINARE“

Anfang Februar 2009 haben wir Ihnen unsere neue Broschüre „Beratung und Seminare“ zugeschickt. Darin enthalten sind alle Veranstaltungen für das erste Halbjahr 2009 sowie sämtliche Informationen zu unserem Beratungsportfolio. Insgesamt haben wir unser Veranstaltungsangebot deutlich optimiert und erweitert. Neben Themen mit starkem Praxisbezug wie „Kooperationsmöglichkeiten“, „Betriebswirtschaftliche Praxisführung“ oder „Tipps zu Verordnungen“, die sich sowohl an niedergelassene als auch an angestellte Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten richten, haben wir auch an Seminare für Ihre Praxismitarbeiter gedacht. Ihnen bieten wir neben bewährten Themen wie „Telefontraining und strukturierte Teambesprechungen“ erstmals auch fachgruppenspezifische Abrechnungs-Workshops.

Neu sind auch unsere gesundheitspolitischen Veranstaltungen, zu denen der KVB-Vorstand einlädt und Sie über die neuesten gesundheitspolitischen Ereignisse, Vertragsverhandlungen und Politikerkontakte informiert. Zu diesen wie zu allen anderen KVB-Veranstaltungen bitten wir Sie, sich rechtzeitig anzumelden unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Seminare*. Bei Bedarf finden Sie die Broschüre hier auch noch einmal als Download. Über die Veröffentlichung unserer Seminartermine für das zweite Halbjahr 2009 werden wir Sie selbstverständlich rechtzeitig informieren.

Mehr zum Thema Anmeldung erfahren Sie unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 65*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 66*
 E-Mail Seminarberatung@kvb.de

FORUM EXISTENZGRÜNDER UND PRAXISABGEBER

Am 28. März 2009 von 10.00 bis 15.00 Uhr haben Niederlassungswillige und Praxisabgeber im Rahmen einer kostenlosen KVB-Veranstaltung in Nürnberg Gelegenheit, unverbindlich miteinander ins Gespräch zu kommen, einander kennenzulernen und die ideale Praxis beziehungsweise den idealen Nachfolger zu finden. Das nötige Know-how hierzu erhalten Gründer und Abgeber in einer Reihe von Fachvorträgen, die getrennt voneinander stattfinden und genügend Gelegenheit für individuelle Fragen bieten. Existenzgründer erfahren hier alles, was sie über die wichtigsten Schritte bis zur Zulassung wissen müssen. Auch die Themen „Praxisfinanzierung“ und „Betriebswirtschaftliche Grundlagen“ stehen auf dem Programm. Für Praxisabgeber liegt der Fokus der Fachvorträge auf den Themen „Praxisbewertung“ sowie „Steuerliche und rechtliche Aspekte der Praxisübergabe“.

Die Veranstaltung findet im Gebäude der KVB in Nürnberg, Vogelsgarten 6, statt. Teilnehmer erhalten drei Fortbildungspunkte.

Gründer und Praxisabgeber können sich bereits vorab unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Praxisbörse* über aktuelle Praxisgesuche oder -abgaben informieren. Hier besteht auch die Möglichkeit, eine Chiffre-Anzeige aufzugeben.

Alles zum Thema Anmeldung erfahren Sie unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 65*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 66*
 E-Mail Seminarberatung@kvb.de

BETRIEBSWIRTSCHAFT FÜR DEN VERTRAGSARZT

In Zeiten begrenzter Einnahmen kommt es vor allem auf unternehmerische Fähigkeiten des Vertragsarztes an und darauf, die Praxis auch in Zukunft wirtschaftlich führen zu können. Von großer Bedeutung ist hierbei die regelmäßige Überprüfung wichtiger betriebswirtschaftlicher Kennzahlen. Diese verstehen, werten und aktiv steuern zu können, ist das Ziel des Seminars „Aktive Praxissteuerung – Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt“. Frank Eckart, betriebswirtschaftlicher Berater der KVB in Nürnberg, hat dort bereits am 10. Januar 2009 interessierten Teilnehmern wertvolle Tipps zu folgenden Themen gegeben:

- Wie können Marketingmaßnahmen, besondere Genehmigungen und Qualifikationen den Umsatz beeinflussen?
- Wie wirken sich Personalkosten und Abschreibungsmöglichkeiten auf die Betriebsausgaben aus?

Im Anschluss an das Seminar informierte KVB-Abrechnungsberaterin Monica Gibanica-Maier über das seit 1. Januar 2009 gültige Regelleistungsvolumen (RLV) sowie über Antrags- und Widerspruchsmöglichkeiten.

Interessenten können sich für dieses Seminar zu folgenden Terminen anmelden:

18. März 2009,
 15.00 – 18.00 Uhr, KVB Augsburg
27. Mai 2009,
 15.00 – 18.00 Uhr, KVB München
23. September 2009,
 15.00 – 18.00 Uhr, KVB Regensburg

Informationen zum Seminar und zur Anmeldung erhalten Sie unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 65*
 E-Mail Seminarberatung@kvb.de.

DIE NÄCHSTEN SEMINARTERMINE DER KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 0 18 05 / 90 92 90 – 65*

Informationen zu QM-Seminaren

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern 09 11/ 9 46 67 – 3 36 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 28

Anmeldung und weitere Seminare

Anmeldeformulare und weitere Veranstaltungen finden Sie in unseren Seminarbroschüren 2009 und im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Seminare 2009*.

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

Die Seminare sind zum Teil gebührenpflichtig und in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt.

Fortbildungspunkte

Bei der Teilnahme an unseren Seminaren sammeln Sie auch Fortbildungspunkte. Die jeweilige Zahl der Fortbildungspunkte können Sie bei Ihrer Seminaranmeldung erfragen.

* 14 Cent pro Minute für Anrufe aus dem deutschen Festnetz, abweichende Preise aus Mobilfunknetzen

KVB-Seminare

Starter-Tag
Alles rund um ihren Start

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Tipps und Informationen zur Verordnung

Starter-Tag
Alles rund um ihren Start

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Abrechnungsworkshop
Operierende Fachgruppen mit Anästhesisten, Chirurgen, Orthopäden, Urologen

Abrechnungsworkshop Belegärzte

Patientenorientierte Kommunikation für Praxismitarbeiter

Abrechnungsworkshop Belegärzte

Das Telefon als Visitenkarte der Praxis

Abrechnungsworkshop
Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Belegärzte

Existenzgründertag

Praxisabgebtag

KV-Statistiken richtig lesen (für Hausärzte)

Starter-Tag
Alles rund um ihren Start

Gründer-/Abgeberforum

QM-Seminare

Kommunikation in QM (Halbtagesseminar)

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte (1,5-tägig)

QEP-Tagesseminar Patientenmanagement

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber kurz nach der Niederlassung	kostenfrei	11. März 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Ärztinnen	kostenfrei	11. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. März 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber kurz nach der Niederlassung	kostenfrei	18. März 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	18. März 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. März 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. März 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Niederlassungswillige	kostenfrei	20. März 2009	15.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	21. März 2009	10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber kurz nach der Niederlassung	kostenfrei	27. März 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Niederlassungswillige und Praxisabgeber	kostenfrei	28. März 2009	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	13. Mai 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München, Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	15. Mai 2009 16. Mai 2009	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	188,- Euro	16. Mai 2009	9.00 bis 16.30 Uhr	Regensburg

