

KVBINFOS 06|09

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 82 Abrechnungsabgabe Quartal 2/2009
- 82 Änderung der Abrechnungsbestimmungen
- 86 Honorarreform – Änderungen für das Quartal 3/2009
- 89 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 3/2009
- 90 Zuweisung der RLV bei (statusrelevanten) Änderungen in der Praxis
- 90 Neuer Hautscreeningvertrag der BKK
- 91 Berechnungsfähigkeit bei Strahlentherapie

VERORDNUNGEN

- 92 Arzneikostentrendmeldung in SmarAkt
- 92 Von der Verordnung bis zur Abgabe von Arzneimitteln
- 93 Verordnungen außerhalb der ambulanten Versorgung
- 94 Verordnung von Kontrazeptiva

ALLGEMEINES

- 94 Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V
- 94 Umsatzsteuer Empfängnisverhütung

INFORMATIONEN FÜR FACHÄRZTE

- 95 Onkologievereinbarung
- 95 Strukturvertrag Katarakt

SEMINARE

- 96 Neue Seminarbroschüre
- 97 Fortbildung: „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 98 Die nächsten Seminartermine der KVB

ABRECHNUNGSABGABE QUARTAL 2/2009

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungunterlagen für das 2. Quartal 2009 bis spätestens **Freitag, den 10. Juli 2009**, bei uns ein. Gerne können Sie die Unterlagen auch schon früher schicken. Denken Sie bitte auch daran, uns mit Ihrer Abrechnung die unterschriebene Sammelerklärung (bitte Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen – wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe – zuzusenden. 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

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

ÄNDERUNG DER ABRECH- NUNGSBESTIMMUNGEN

Die Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (gültig ab 1. April 2005), geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 17. März 2007, wurden durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 25. April 2009 geändert (siehe Seite 83f. in dieser Ausgabe). Die geänderten Bestimmungen finden erstmals auf die Abrechnung des Quartals 2/2009 Anwendung.

Aufgrund der Besonderheiten bei der Direktabrechnung der Laborgemeinschaften sowie der modifizierten Rahmenbedingungen zur Vergabe und Verwendung der Arztnummer infolge der Einführung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes war eine Anpassung der Abrechnungsbestimmungen erforderlich.

Sie können die geänderten Abrechnungsbestimmungen auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern* abrufen.

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

ABRECHNUNGSBESTIMMUNGEN DER KVB GÜLTIG AB 1. APRIL 2005

geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 17. März 2007, zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 25. April 2009, gültig ab 1. April 2009 (so anwendbar auf Abrechnungsfälle ab Quartal 2/2009)

Die Vertreterversammlung der KVB erlässt folgende Abrechnungsbestimmungen:

§ 1 Geltungsbereich

(1) Diese Abrechnungsbestimmungen gelten für alle im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zugelassenen Vertragsärzte¹ und Psychotherapeuten¹, Medizinischen Versorgungszentren, ermächtigten Ärzte¹ und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen und alle weiteren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer¹ sowie für Vertragsärzte¹, die die Analysekosten gemäß dem Abschnitt 32.2. des EBM durch ihre Laborgemeinschaft gegenüber der KVB abrechnen.

(2) Diese Abrechnungsbestimmungen finden auch Anwendung auf die Abrechnung von Notfall-Leistungen, die von Nichtvertragsärzten oder Krankenhäusern erbracht werden. Ambulante Notfall-Leistungen, die in Krankenhäusern erbracht werden, sind dabei nur durch das jeweilige Krankenhaus abrechnungsfähig.

(3) Alle vorstehend genannten Ärzte, Therapeuten und Einrichtungen werden im folgenden als „Vertragsärzte“ bezeichnet. Die nachfolgenden das ärztliche Honorar betreffenden Regelungen gelten für die Analysekosten nach Abschnitt 32.2. des EBM entsprechend.

§ 2 Einreichung der Abrechnung

Die Honorarforderung für die im Honorarverteilungsvertrag im Ersten Abschnitt genannten abrechnungsfähigen Leistungen ist vom Vertragsarzt kalendervierteljährlich bei der vom Vorstand der KVB bestimmten Stelle geltend zu machen.

Die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben sind der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 295 Abs. 4 Satz 1 im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln; die Regelungen der Richtlinien der KBV gemäß § 295 Abs. 4 Satz 2 gelten in der jeweiligen Fassung.

Hierbei sind die Abrechnungen unter Beachtung der dafür geltenden Regelungen (zum Beispiel Beschlüsse des Vorstandes der KVB, vertragliche Regelungen mit den Krankenkassen oder deren Verbänden) einzureichen.

§ 3 Fristen für die Einreichung der Abrechnung

(1) Die Abrechnungen sind unter Beachtung der dafür geltenden Regelungen innerhalb der von der KVB festgesetzten Fristen einzureichen. Eine Fristverlängerung ist vor Fristablauf in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag möglich. Der Antrag ist bei der nach § 2 Satz 1 bestimmten Stelle einzureichen.

(2) Reicht der Vertragsarzt seine Behandlungsfälle ganz oder teilweise später als nach den von der KVB gemäß Abs. 1 Satz 1 festgesetzten Einreichungsfristen zur Abrechnung ein, besteht kein Anspruch auf Bearbeitung im laufenden Quartal.

(3) Nach Einreichung eines Behandlungsfalles zur Abrechnung bei der KVB

ist unbeschadet der Absätze 1 und 2 eine Ergänzung dieser Abrechnung um noch nicht angesetzte Leistungspositionen oder ein Austausch angesetzter Leistungspositionen durch den Vertragsarzt ausgeschlossen.

(4) Die Abrechnung von Behandlungsfällen ist nach Ablauf der im Ersten Abschnitt – Allgemeine Bestimmungen des Honorarverteilungsvertrages festgelegten Ausschlussfrist ausgeschlossen.

§ 4 Prüfung der Abrechnung

(1) Die KVB überprüft die Honorarforderungen der Vertragsärzte – unbeschadet des Nachprüfungsrechts der Krankenkassen – auf rechnerische und sachliche Richtigkeit nach Maßgabe der bestehenden Regelungen.

Berichtigungen sind dem Vertragsarzt mit einem rechtsmittelfähigen Bescheid mitzuteilen.

(2) Ein Anspruch auf Honorierung besteht nur für die nach §§ 106, 106a SGB V geprüften und anerkannten Honorarforderungen. Für Leistungen, die nicht nach den gesetzlichen, vertraglichen sowie satzungsgemäßen Bestimmungen erbracht sind, besteht kein Anspruch auf Vergütung.

(3) Mit dem Honorarbescheid erhält der Vertragsarzt einen Nachweis über die von ihm abgerechneten und von der KVB vergüteten Leistungen. Werden Leistungen nach dem Abschnitt 32.2 des EBM vom Vertragsarzt durch eine Laborgemeinschaft abgerechnet, erhält der Vertragsarzt mit dem Abrechnungsbescheid einen Nachweis über die von ihm durch die Laborgemeinschaft abgerechneten und vergüteten Analysekosten.

§ 5 Abschlags- und Restzahlungen

(1) Auf das für den einzelnen Vertragsarzt zu erwartende Vierteljahreshonorar werden durch die KVB monatliche Abschlagszahlungen geleistet. Die Höhe und die Termine der Abschlagszahlungen richten sich nach den Beschlüssen des Vorstandes der KVB.

(2) Der nach § 2 Satz 1 bestimmten Stelle sind rechtzeitig alle Umstände mitzuteilen, die die Höhe des zu erwartenden Honorars wesentlich beeinflussen.

(3) Werden der KVB besondere Umstände (zum Beispiel wesentliche Veränderungen des Honorars des Vertragsarztes) bekannt, kann die KVB die Höhe der Abschlagszahlungen erhöhen, vermindern oder die Abschlagszahlungen einstellen.

(4) Bei Vertragsärzten, deren Abrechnung nach Ablauf der nach § 3 Absatz 1 festgesetzten Frist beziehungsweise Verlängerungsfrist bei der nach § 2 Satz 1 bestimmten Stelle nicht vorliegt, kann die KVB weitere Zahlungen bis zum Eingang der Abrechnungsunterlagen aussetzen.

(5) Neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte melden für die ersten zwei Quartale ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit monatlich die jeweils vorliegende Zahl von Behandlungsausweisen. Die monatlichen Abschlagszahlungen werden nach Maßgabe eines Beschlusses des Vorstandes der KVB auf der Grundlage dieser Meldungen berechnet.

(6) Die Restzahlung erfolgt unverzüglich nach Eingang der Restzahlungen der Kostenträger. Abweichend hiervon erfolgt die Restzahlung auf das Konto einer Laborgemeinschaft erst nachdem vom vertretungsberechtigten Ge-

schäftsführer der Laborgemeinschaft die unterschriebene „Bestätigung zur Auszahlung der Analysekosten nach Abschnitt 32.2 EBM“ bei der KVB eingegangen ist.

(7) Die KVB ist berechtigt, diejenigen Beträge von Zahlungen an den Vertragsarzt abzusetzen, auf die von dritter Seite ein gesetzlicher Anspruch geltend gemacht werden kann, die von dem Vertragsarzt abgetreten oder von Dritten gepfändet worden sind. Ist die Gläubigerstellung bezüglich der Honorarforderung strittig, kann die KVB den strittigen Betrag bis zur rechtskräftigen Klärung zurückbehalten oder hinterlegen.

(8) Unbeschadet der geleisteten Abschlagszahlungen sowie der Restzahlung wird die Honorarforderung des Vertragsarztes erst fällig, wenn

a) die in Verträgen geregelten Antragsfristen der Krankenkassen für die Überprüfung der Abrechnung abgelaufen sind und/oder

b) eventuell erforderliche Berichtigungs- und Prüfverfahren für die Beteiligten bindend abgeschlossen sind.

Bis dahin sind alle Zahlungen der KVB an die Vertragsärzte jederzeit aufrechnungsfähige und gegebenenfalls vom Vertragsarzt zurückzuzahlende Vorschüsse und steht der erteilte Honorarbescheid unter dem Vorbehalt eines vollständigen oder teilweisen Widerrufs und der Neufestsetzung des Honorars.

(9) Bei Überzahlungen, Rückforderungen und Schadensersatzforderungen kann die KVB den festgestellten Betrag sofort mit Ansprüchen des Vertragsarztes verrechnen oder zum unverzüglichen Ausgleich zurückverlangen.

(10) Bei Nichtausübung oder Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie bei begründetem Verdacht von

Falschabrechnungen setzt die KVB weitere Zahlungen an den Vertragsarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise solange aus bis festgestellt ist, ob Berichtigungen aus Prüfverfahren nach §§ 106, 106 a SGB V oder Schadensersatzforderungen nach den vertraglichen Regelungen angemeldet worden sind. Ist dies der Fall, so hat die KVB den rechtswirksamen Abschluss der Prüfverfahren oder eine etwaige Feststellung einer Schadensersatzforderung im Rahmen der vertraglichen Regelungen abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Vertragsarzt beziehungsweise dessen Erben durchzuführen.

§ 6 Beiträge, Gebühren und Nutzungsentgelte

Von den Zahlungen an den Vertragsarzt werden die Beiträge (Verwaltungskostenanteile/Umlagen) und eventuell anfallende Gebühren sowie Nutzungsentgelte (§ 24 Satzung der KVB) einbehalten.

§ 7 Kennzeichnung ärztlicher Leistungen

Der Vorstand der KVB ist berechtigt, gegebenenfalls zusätzlich zu den im EBM oder in anderen vertraglichen oder gesetzlichen Regelungen enthaltenen Abrechnungsbestimmungen für einzelne Leistungen eine Kennzeichnungspflicht verbindlich für alle oder einzelne Vertragsärzte festzulegen, soweit es für eine ordnungsgemäße Abrechnung erforderlich ist. Die Erfüllung der Kennzeichnungspflicht ist dann Voraussetzung dafür, dass die von der jeweiligen Praxis zur Abrechnung gebrachten Leistungen vergütet werden.

§ 8 Vergabe der KV-spezifischen Abrechnungsnummer (ANR)

1) Der Vertragsarzt verwendet bei der Abrechnung die ihm nach den jeweils gültigen Regelungen der Bundesmantelverträge und der Richtlinien der KBV gemäß § 75 Abs. 7 SGB V von der KVB zugeteilte Arztnummer (LANR) sowie Betriebsstättennummer (BSNR) beziehungsweise Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR). Dabei sind sämtliche vertragsärztliche Leistungen unter Angabe der Arztnummer (LANR) des Leistungserbringers sowie aufgeschlüsselt nach Betriebsstätten (BSNR) und Nebenbetriebsstätten (NBSNR) zu kennzeichnen.

2) Die Analysekosten gemäß dem Anhang zu Kapitel 32.2. des EBM, die durch eine Laborgemeinschaft gegenüber der KVB abgerechnet werden, sind unter Angabe der Arztnummer (LANR) und aufgeschlüsselt nach Betriebsstätten (BSNR) und Nebenbetriebsstätten (NBSNR) des anweisenden Arztes sowie unter Verwendung der Betriebsstättennummer (BSNR) der Laborgemeinschaft zu kennzeichnen.

§ 9 Inkrafttreten

Diese Abrechnungsbestimmungen der KVB treten am 1. April 2005 in Kraft und sind erstmals auf die Abrechnungsfälle des 2. Quartals 2005 anzuwenden².

¹In den gesamten Abrechnungsbestimmungen gelten alle Bezeichnungen in gleicher Weise für Vertragsärztinnen, Psychotherapeutinnen, ermächtigte Ärztinnen und alle weiteren Leistungserbringerinnen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

²Diese Bestimmung betrifft das Inkraft-Treten der Abrechnungsbestimmungen in der ursprünglichen Fassung vom 1. April 2005 (Beschluss der Vertreterversammlung vom 2. März 2005). Der Zeitpunkt des Inkraft-Tretens der späteren Änderungen ergibt sich aus den jeweiligen Änderungsbeschlüssen.

HONORARREFORM – ÄNDERUNGEN FÜR DAS QUARTAL 3/2009

Freie Leistungen

Nicht die gesamte Honorierung erfolgt seit dem 1. Januar 2009 auf Basis der so genannten Regelleistungsvolumen (RLV). Neben Leistungen, die in das RLV einfließen, gibt es „freie Leistungen“, die je nach Arztgruppe einen großen Umfang der Honorierung ausmachen können. Diese Leistungen werden mit den in der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgewiesenen Beträgen vergütet. Für das Quartal 3/2009 sind **neue freie Leistungen** hinzugekommen.

Hier die Zusammenstellung der freien Leistungen ab 1. Juli 2009. Neu hinzugekommene Leistungen haben wir textlich hervorgehoben.

Bitte beachten Sie, dass die mit (*) gekennzeichneten neuen freien Leistungen zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe zwar mit den Krankenkassen verhandelt, die entsprechenden Vereinbarungen aber noch nicht unterzeichnet waren. Sollten sich noch Änderungen ergeben, informieren wir Sie selbstverständlich umgehend.

a) Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe)
- Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520
- Leistungen des Abschnitts 1.7.1 bis 1.7.4
- Früherkennungsuntersuchung U 7a
- Hautkrebscreening
- Durchführung von Vakuumstanzbiopsien
- Strahlentherapie
- Phototherapeutische Keratektomie
- Leistungen der künstlichen Befruchtung

- Substitutionsbehandlung

Zusätzlich werden auch Leistungen, die regional vereinbart werden, nicht in das RLV einbezogen (zum Beispiel Impfungen).

b) Leistungen außerhalb des RLV

Hausärztlicher Versorgungsbereich

- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
- Leistungen im organisierten Notfalldienst
- Besuche (GOP **01410***, 01411, 01412, **01413***, 01415)
- Auswertung des Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 03241, 04241)
- Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantatträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537)
- Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin sowie pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung (GOP 04410 bis 04580)
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
- Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des Abschnitts 35.2
- Kostenpauschalen des Kapitels 40
- Leistungen in kurativ-stationären Fällen, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Fachärztlicher Versorgungsbereich

- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
- Leistungen im organisierten Notfalldienst
- Besuche (GOP **01410***, 01411, 01412, **01413***, 01415)

- Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
- **Leistungen des Abschnitts 5.3***
- Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)
- Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantatträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677 (analog Kapitel 4))
- Auswertung des Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 13253, 27323)
- **Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6***
- **Bronchoskopien* (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670)**
- **Gesprächs- und Betreuungsleistungen* (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222)**
- Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
- ESWL (GOP 26330)
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
- Polysomnographie (GOP 30901)
- Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- MRF-Angiographie des Abschnitts 34.4.7
- Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des Abschnitts 35.2
- Kostenpauschalen des Kapitels 40
- Leistungen in kurativ-stationären Fällen, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert werden

Änderung bei den Zuschlägen für Teilradiologie (Fachärzte)

Bisher gab es für den Leistungsbereich Diagnostische Radiologie einen einheitlichen Fallwertzuschlag (GOP 34210 – 34282). Ab dem Quartal 3/2009 ändert sich diese Regelung. Die Zuschläge sind nun – so die neuen Vorgaben auf Bundesebene – je Arztgruppe unterschiedlich hoch (siehe Tabelle rechts).

Änderung der Regelung für Jungpraxen

Die Anfängerregelung im Honorarvertrag wurde um eine Regelung für Jungpraxen ergänzt. Unter einer Jungpraxis versteht man eine Praxis, die sich noch im Aufbau befindet. Dies ist der Fall, wenn seit der Erstniederlassung nicht mehr als 20 Quartale vergangen sind.

Hat eine Jungpraxis den Fachgruppendurchschnitt im Vorjahresquartal noch nicht erreicht, **werden die eigenen Fallzahlen im Abrechnungsquartal** angesetzt. Soweit die eigenen Fallzahlen im Abrechnungsquartal über dem Fachgruppenschnitt liegen, kommt der Fachgruppendurchschnitt zum Ansatz.

Was bedeutet das für die RLV-Zuweisung?

Sie erhalten mit der RLV-Zuweisung Ihre tatsächlich im Vorjahresquartal abgerechneten Fälle mitgeteilt. Parallel dazu stellen wir die entsprechenden Durchschnittsfallzahlen (Vorjahresquartal 3/2008) und die RLV-Fallwerte der Fachgruppen im Internet ein.

Ihre Obergrenze als Jungpraxis ergibt sich aus Multiplikation Ihres RLV-Fallwerts (aus dem Zuweisungsbescheid) und der Durchschnittsfallzahl Ihrer Fachgruppe. Bei der Honorarabrechnung wird dann auf Ihre tatsächlich abgerechneten Fallzahlen abgestellt.

Fallwertzuschlag für Leistungsbereich Diagnostische Radiologie (GOP 34210 – 34282)

Arztgruppen	Zuschlag je Fall in Euro
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für plastische Chirurgie, ohne Unfallchirurgie und Neurochirurgie	6,10
Fachärzte für Frauenheilkunde	3,90
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,80
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	3,80
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	2,10
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	1,30
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	4,70
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	5,40
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2,30
Fachärzte für Neurochirurgie	4,70
Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie	7,20
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	6,60
Fachärzte für Urologie	3,30
Sonstige Facharztgruppen, für die die Erbringung von Leistungen der diagnostischen Radiologie zum Kern des Gebiets gehört	5,30

Wichtig: Die Berücksichtigung als Jungpraxis erfolgt damit automatisch mit der Honorarabrechnung des betreffenden Quartals. Ab dem Quartal 3/2009 müssen Sie daher keinen Antrag mehr auf Berücksichtigung als Jungpraxis stellen.

Umstellung der Fallzählung vom Arztfall auf den Behandlungsfall

Mit dem Beschluss vom 20. April 2009 hat der Bewertungsausschuss die Fallzählung ab dem 1. Juli 2009 umgestellt. Grund für diese Umstellung war, „dass sich bereits jetzt ein deutlicher Anstieg der Anzahl der Arztfälle abzeichnete. Zur Vermeidung der sich hieraus ergebenden Konsequenz eines insbesondere für Einzelpraxen und besonders spezialisierte Ärzte nachteiligen

sukzessiven Verfalls der Fallwerte im Regeleistungsvolumen hat der Bewertungsausschuss beschlossen, die Fallzählung auf den Behandlungsfall umzustellen“, so die Stellungnahme der KBV.

Die Summe der RLV-Fälle in einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle in der Arztpraxis. In fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften erfolgt die Aufteilung anhand der Arztfälle der einzelnen Ärzte.

Gleichzeitig wurde für Gemeinschaftspraxen und Kooperationen eine Zuschlagsregelung oder besser gesagt eine prozentuale „RLV-Erhöhung“ beschlossen.

Was bedeutet das?

Einzelpraxis: Die Zahl der RLV-Fälle entspricht der Zahl der (RLV-relevanten) Behandlungsfälle. Ein Fall, in dem allerdings nur freie Leistungen abgerechnet wurden, ist nicht RLV-relevant.

Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (Achtung: nicht Job-Sharing): Auch hier sind die Behandlungsfälle maßgeblich für die Bemessung des RLV. Für die Aufteilung der Behandlungsfälle auf die in der BAG tätigen Ärzte kommt es auf den jeweiligen Anteil der Arztfälle an der Gesamt-Arztfallzahl der BAG an.

Die neu geregelte prozentuale „RLV-Erhöhung“ stellt sich wie folgt dar:

- Für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe wird das RLV um zehn Prozent erhöht.
- Bei fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten wird das RLV um bis zu 40 Prozent erhöht. Hier erfolgt die Anhebung des RLV um fünf Prozent je Fachgruppe für maximal sechs Fachgruppen. Für jede weitere Gruppe wird das RLV dann jeweils um weitere 2,5 Prozent angehoben.

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

Beispiel 1

zur RLV-Fallzählung ab 1. Juli 2009 (Bezugsquartal 3/2008):

Fachkonforme BAG mit zwei Ärzten (zwei Orthopäden)

Gesamt Behandlungsfälle BAG = 2.000
 Gesamt Arztfälle BAG = 2.500

davon entfallen auf
 Arzt A Orthopäde = 1.500 Arztfälle
 Arzt B Orthopäde = 1.000 Arztfälle

Formel: $\text{Arztfälle des Arztes} / \text{Gesamtarztfälle der BAG} \times 100$
 = Prozentanteil an den Gesamtarztfällen

Berechnung: $1.500 / 2.500 \times 100$
 = 60 Prozent an den Gesamtarztfällen

Das bedeutet: Arzt A hat einen Anteil an den Arztfällen von 60 Prozent an den Gesamtarztfällen der BAG, Arzt B hat einen Anteil an den Arztfällen von 40 Prozent an den Gesamtarztfällen der BAG.

Oder abstrakt formuliert:
 Behandlungsfälle der BAG x Prozentanteil an den Gesamtarztfällen
 = RLV-Fälle des Arztes

Zwischenergebnis:

Arzt A: 60 Prozent der Behandlungsfälle = 1.200 RLV-Fälle
 Arzt B: 40 Prozent der Behandlungsfälle = 800 RLV-Fälle

plus „RLV-Erhöhung“ für fachkonforme BAG von zehn Prozent

Ergebnis: RLV für 3/2009

Arzt A: $1.200 \times \text{Fallwert} \times \text{Morbi} + \text{zehn Prozent Zuschlag für BAG}$
 Arzt B: $800 \times \text{Fallwert} \times \text{Morbi} + \text{zehn Prozent Zuschlag für BAG}$

ZEITBEZOGENE KAPAZITÄTSGRENZEN 3/2009

Wie Sie im Internet unter www.kvb.de auf unserer Sonderseite zum Regelleistungsvolumen 2009 oder auch in unserer RLV-Broschüre lesen konnten, werden für die psychotherapeutischen Fachgruppen nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27. und 28. August 2008 keine RLV berechnet. Vielmehr gelten ab dem 1. Januar 2009 zeitbezogene Kapazitätsgrenzen. Diese werden auf Grundlage des entsprechenden Vorjahresquartals berechnet und sind je Quartal leicht unterschiedlich.

Nachfolgend die Werte für das Quartal 3/2009 (veröffentlicht im Bayerischen Staatsanzeiger 20/2009 vom 15. Mai 2009):

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 3/2009 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten (Fachgruppe 690 und 700)	31.250
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Fachgruppe 710)	29.840
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Fachgruppe 500)	32.140
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien (Fachgruppe 500)	30.860

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

Beispiel 2 zur RLV-Fallzählung ab 1. Juli 2009 (Bezugsquartal 3/2008):

Fachübergreifende BAG mit drei Ärzten (Orthopäde, Chirurg, Fachärztlicher Internist)

- Gesamt Behandlungsfälle BAG = 3.000
- Gesamt Arztfälle BAG = 4.000

- davon entfallen auf
- Arzt A (Orthopäde) = 1.500 Arztfälle
- Arzt B (Chirurg) = 1.000 Arztfälle
- Arzt C (FÄ-Internist) = 1.500 Arztfälle

Formel: $\text{Arztfälle des Arztes} / \text{Gesamtarztfälle der BAG} \times 100$
 = Prozentanteil an den Gesamtarztfällen

Berechnung: $1.500 / 4.000 \times 100$
 = 37,5 Prozent an den Gesamtarztfällen

Das bedeutet: Arzt A hat einen Anteil an den Arztfällen von 37,5 Prozent an den Gesamtarztfällen der BAG. Arzt B hat einen Anteil an den Arztfällen von 25,0 Prozent an den Gesamtarztfällen der BAG. Arzt C hat einen Anteil an den Arztfällen von 37,5 Prozent an den Gesamtarztfällen der BAG

Oder abstrakt formuliert:
 Behandlungsfälle der BAG x Prozentanteil an den Gesamtarztfällen
 = RLV-Fälle des Arztes

Zwischenergebnis:
 Arzt A: 37,5 Prozent von den Behandlungsfällen = 1.125 RLV-Fälle
 Arzt B: 25,0 Prozent von den Behandlungsfällen = 750 RLV-Fälle
 Arzt C: 37,5 Prozent von den Behandlungsfällen = 1.125 RLV-Fälle

plus RLV-Erhöhung für fachübergreifende BAG:
 Drei Fachgebiete je fünf Prozent = 15 Prozent Erhöhung

Ergebnis: RLV für 3/2009
 Arzt A: 1.125 x Fallwert x Morbi + 15 Prozent Zuschlag für BAG
 Arzt B: 750 x Fallwert x Morbi + 15 Prozent Zuschlag für BAG
 Arzt C: 1.125 x Fallwert x Morbi + 15 Prozent Zuschlag für BAG

ZUWEISUNG DER RLV BEI (STATUSRELEVANTEN) ÄNDERUNGEN IN DER PRAXIS

In der neuen Honorarwelt haben Statusänderungen in fast allen Fällen direkte Auswirkung auf das der Praxis zugewiesene Regelleistungsvolumen (RLV). Berechnung und praxisbezogene Zuweisung des RLV erfolgen für jedes Quartal gesondert. Bis diese Zuweisung erfolgt, bedarf es gewisser Vorlaufzeiten. So müssen beispielsweise die durchschnittlichen Fallwerte der Fachgruppen und die je Arzt relevanten Fallzahlen des Vorjahresquartals ermittelt werden. In einem nächsten Schritt müssen bei Kooperationen die Arzt-RLV zu einem Praxis-RLV addiert werden. Dazu ist ein Rückgriff auf die damaligen, aber auch die aktuellen Praxiskonstellationen erforderlich.

Statusänderung allgemein

Tritt nun in einer Praxis eine statusrelevante Änderung ein, kann dies für die arztbezogene Berechnung und praxisbezogene Zuweisung des RLV relevant sein. Statusrelevante Praxisänderungen sind insbesondere Neuniederlassungen, personelle Veränderungen in Berufsausübungsgemeinschaften sowie die Begründung beziehungsweise Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses mit einem angestellten Arzt.

Eine solche Statusänderung muss durch den Zulassungsausschuss genehmigt, in das Arztregister aufgenommen und dann für die oben geschilderte Berechnung herangezogen werden. Erfolgt die Statusänderung innerhalb eines Zeitraums von zirka zwei Monaten vor der Zuweisung des RLV für das jeweils nächste Quartal, kann das RLV an die Statusänderung nicht mehr automatisch angepasst werden. Dadurch entsteht ein nachträglicher Korrekturbedarf des zugewiesenen RLV. Selbstverständlich sind wir bemüht, die sich für das RLV ergebenden Veränderungen so schnell wie möglich umzusetzen. Da diese nachträglichen – manuell durchzufüh-

renden – Korrekturen jedoch sehr aufwändig sind, müssen Sie eventuell mit längeren Wartezeiten rechnen, bis das RLV an die neue Konstellation angepasst ist.

Statusänderungen während des Quartals

Da die Zuweisung des quartalsbezogenen RLV zudem auch immer einige Wochen vor dem Beginn des jeweiligen Quartals erfolgt, führen statusrelevante Praxisänderungen **innerhalb eines Quartals** zwangsläufig ebenfalls zu einer nachträglichen Korrektur des RLV.

Was können Sie tun?

Bitte achten Sie daher darauf, dass Sie Praxisänderungen beim Zulassungsausschuss grundsätzlich nur zum Quartalsbeginn beantragen.

Anderenfalls muss das quartalsbezogene RLV nachträglich wieder korrigiert werden und Sie kennen nicht von Anfang an das RLV-Honorarvolumen Ihrer Praxis für dieses Quartal.

Planbare Praxisänderungen sollten Sie zudem möglichst frühzeitig beim Zulassungsausschuss beantragen, damit nicht in Anbetracht der geschilderten Vorlaufzeiten vor der Zuweisung eine nachträgliche Korrektur des RLV erforderlich wird.

Haben Sie hierzu Fragen?

Nutzen Sie unsere Serviceangebote unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis*, Stichwort *Service & Beratung*.

NEUER HAUTSCREENING-VERTRAG DER BKK

Die KVB konnte kurzfristig mit dem BKK Landesverband Bayern einen Hautscreeningvertrag abschließen. Inhalt des Vertrags ist das Hautscreening für Patienten unter 35 Jahren, die bei einer der teilnehmenden Betriebskrankenkassen (siehe unten) versichert sind. Sie können ab sofort auf freiwilliger Basis teilnehmen.

Ihr Vorteil: Sie können die Leistung einfach über die KVB abrechnen.

Die wichtigsten Eckpunkte des Vertrags:

Berechtigte Ärzte

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Genehmigung der KVB für das Hautscreening nach den Krebsfrüherkennungsrichtlinien

Teilnahme

- Die Teilnahme ist freiwillig.
- Eine Teilnahmeerklärung ist nicht erforderlich. Wenn Sie die Voraussetzungen erfüllen, können Sie die Leistung abrechnen.

Leistung

Hautvorsorge-Verfahren

Leistungsanspruch

einmal im Jahr

Abrechnungsnummer

97825 (keine gesonderte Rechnung an den Patienten)

Wert

25 Euro – außerhalb RLV

Kasse

- Nur bei teilnehmenden Betriebskrankenkassen
- Die jeweils aktuelle Liste wird im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen Bayern/Hautscreening* veröffentlicht.

BERECHNUNGSFÄHIGKEIT BEI STRAHLENTHERAPIE

Patienten

Bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres (0 bis 35 Jahre)

Praxisgebühr

Wird nur diese Vorsorgeleistung erbracht, fällt keine Praxisgebühr an.

Hautvorsorgeverfahren

Das Verfahren umfasst die **Anamnese**, eine **körperliche Untersuchung** (sofern notwendig einschließlich Auflichtmikroskopie), die erstmalige **Hauttypbestimmung**, die vollständige **Dokumentation nach den Vorgaben der Krebsfrüherkennungsrichtlinien** und die **Beratung über das Ergebnis** (zum Beispiel Risikoprofil und gesundheitsschädliche Verhaltensweisen ansprechen).

Weitere Informationen zu den Hautscreeningverträgen mit BKK, GEK und Knappschaft für Patienten unter 35 Jahren finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen Bayern/Hautscreening*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

In der Strahlentherapie werden Therapieformen angewandt, bei denen bisher unklar war, ob diese im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berechnungsfähig sind. Wir haben uns zur Klärung dieser Frage an die Kassenzärztliche Bundesvereinigung (KBV) gewandt. In Abstimmung mit der KBV möchten wir Sie über die Berechenbarkeit der folgenden Therapieformen informieren:

- Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)
- Tomotherapie
- Stereotaktische fraktionierte Radiotherapie
- Stereotaktische Radiochirurgie
- Bildgeführte Bestrahlung (image guided radiotherapy IGRT)

Bei der intensitätsmodulierten Radiotherapie, der Tomotherapie, der stereotaktischen fraktionierten Radiotherapie und der bildgeführten Bestrahlung ist davon auszugehen, dass es sich um Schritttinnovationen handelt und nicht um neue Behandlungsmethoden. Diese Therapieformen können über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abgerechnet werden.

Die stereotaktische Radiochirurgie ist noch keine anerkannte Behandlungsmethode und deshalb nicht als vertragsärztliche Leistung berechenbar. Die KBV prüft derzeit die Antragsfähigkeit der Radiochirurgie für eine Beratung im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch, dass GKV-Versicherte Anspruch darauf haben, vertragsärztliche Leistungen als Sachleistungen zu erhalten. Eine Privatliquidation ist nur im Rahmen der Regelungen der Bundesmantelverträge möglich. Hier heißt es in § 18 Abs. 8 Bundesmantelver-

trag-Ärzte beziehungsweise in § 21 Abs. 8 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag:

Der Vertragsarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern,

1. *wenn die Elektronische Gesundheitskarte vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt worden ist beziehungsweise ein anderer gültiger Behandlungsausweis nicht vorliegt und nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht wird,*
2. *wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt,*
3. *wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde.*

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

ARZNEIKOSTENTREND- MELDUNG IN SMARAKT

Die Arzneikostentrendmeldung wird zirka acht Wochen nach Quartalsende allen Praxen mit einem Mindestverordnungsvolumen von 500,- Euro zur Verfügung gestellt. Sie finden sie auch online in der Arzneimittelakte in SmarAkt. Dort erhalten Sie zudem eine Analyse Ihrer Verordnungsdaten für die in der Arzneimittelvereinbarung 2009 genannten Wirkstoffgruppen.

Mit dem Erreichen der Wirtschaftlichkeitsziele aus der Arzneimittelvereinbarung können Sie die Wirtschaftlichkeit Ihrer Verordnungsweise unterstreichen. Nutzen Sie die von der KVB bereit gestellten Informationen. Die Pharmakotherapieberater der KVB unterstützen Sie gerne bei der Auswahl von Verordnungsalternativen.

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

VON DER VERORDNUNG BIS ZUR ABGABE VON ARZNEIMITTELN

In der täglichen Praxis hat die Umsetzung von Arzneimittelrabattverträgen im Einzelfall immer wieder zu Problemen geführt. Um die Therapietreue der Patienten vor dem Hintergrund einer wirtschaftlichen Verordnungsweise zu sichern, haben sich die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) und der Bayerische Apothekerverband e. V. (BAV) auf eine gemeinsame Empfehlung geeinigt, die Anfang Mai 2009 an alle Empfänger der Richtgrößentrendmeldung (RTM) Quartal 4/2008 versandt wurde. Da wir mit dieser RTM nicht alle aktuell verordnenden Ärzte erreichen können, haben wir die Inhalte für Sie zusammengefasst.

Teilbarkeit

Sowohl bei Wirkstoffverordnung als auch bei erlaubter Aut-idem-Substitution ist die Apotheke an bestehende Rabattverträge der Krankenkasse gebunden. Lediglich in begründeten Ausnahmefällen darf die Apotheke ein anderes Arzneimittel abgeben. Dies ist zum Beispiel in der Akutversorgung im Notdienst der Fall, kann aber auch dann notwendig sein, wenn sich das rabattierte Arzneimittel nicht teilen lässt, eine Teilung aber therapeutisch gewünscht ist.

Der Arzt sollte bei erforderlicher Teilbarkeit der Tabletten die Einnahmehöhe auf dem Rezept angeben (zum Beispiel 1/2 – 0 – 1). Der Apotheker kann sich dann auf pharmazeutische Bedenken berufen, wenn das jeweilige Rabattarzneimittel im Einzelfall nicht teilbar ist.

Verschiedene Hersteller beim gleichen Patienten

Sollten Krankenkassen mit mehreren Herstellern Rabattverträge über denselben Wirkstoff abgeschlossen haben, kann es bei wiederholter Verordnung zu einem Switching zwischen den Arzneimitteln der verschiedenen Firmen kommen. Dies kann bei einzelnen Pa-

tienten zur Verunsicherung führen und in der Folge die Compliance beeinträchtigen. Der Apotheker sollte deshalb nachfragen oder gegebenenfalls über die Kundenkarte klären, welches Präparat der Patient bisher bekommen hat, um eine möglichst durchgängige Medikation zu gewährleisten.

Nur noch ein Hersteller pro Wirkstoff

Wird von einer Krankenkasse nur noch eine Firma pro Wirkstoff über einen bestimmten Zeitraum im Rahmen eines Rabattvertrags gelistet, gibt es zu Beginn vielleicht Umstellungsprobleme. Hier ist die pharmazeutische Kompetenz des Apothekers gefragt, den Patienten über das neue Präparat zu informieren, um die wirtschaftliche Verordnung des Arztes zu unterstützen.

Mehrfachmedikation mit demselben Wirkstoff

Bei Dauermedikation kann es vorkommen, dass Patienten denselben Wirkstoff von unterschiedlichen Herstellern einnehmen, weil sie nicht wissen, dass das neue Arzneimittel ein bisher eingenommenes Arzneimittel ersetzen soll. So könnte es beispielsweise passieren, dass ein Betablocker von zwei verschiedenen Firmen parallel eingenommen wird. Um derartige Fälle zu vermeiden, sollten Ärzte und Apotheker nachfragen, welche Medikamente aktuell vom Patienten eingenommen werden. Im Einzelfall kann es von Vorteil sein, sich die Schachteln und/oder die Blister der Vormedikation vom Patienten mitbringen zu lassen.

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

VERORDNUNGEN AUSSERHALB DER AMBULANTEN VERSORGUNG

„Müssen Sie Arzneimittel bei Krankenhausaufenthalt verordnen oder beim ambulanten Operieren im Krankenhaus?“, diese und ähnliche Fragen stellen sich in der Praxis sehr häufig. Wir haben Ihnen eine Übersicht der Regelungen zusammengestellt.

Voll- und teilstationäre Aufnahme

Die medikamentöse Versorgung der Patienten während des stationären Aufenthalts ist durch das Krankenhaus sicherzustellen. Die Versorgung mit Arzneimitteln erfolgt sowohl bei notfallmäßiger Einweisung als auch bei planbaren Eingriffen für die Zeit des Krankenhausaufenthalts durch das Krankenhaus. Die Kosten für Arzneimittel sind in den Tagespauschalen enthalten. Die Krankenhausbehandlung umfasst alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung für die medizinische Versorgung der Versicherten notwendig sind. Dies gilt ebenfalls für Interkurrent-Erkrankungen.

Aufnahmetag

Für den Aufnahmetag wird auch die Tagespauschale bezahlt, weshalb die Versorgung an diesem Tag in das Budget des Krankenhauses gehört.

Entlassungstag

Der Entlassungstag wird jedoch – mit Ausnahme bei teilstationärer Behandlung – nicht mitgerechnet. Am Entlassungstag hat der Patient jedoch eine ausreichende Menge an Arzneimitteln zu erhalten. Die Arzneimittelmenge muss so bemessen sein, dass für den Patienten genügend Zeit besteht, sich nachfolgend in ambulante Behandlung zu begeben. Folgt auf die Entlassung unmittelbar ein Wochenende oder ein Feiertag, so sind Medikamente zur Überbrückung durch das Krankenhaus abzugeben.

Umstellungen der Medikation

Aufgrund begrenzter Leistung von Medi-

kamenten in der Krankenhausapotheke kann es vorkommen, dass der Patient für die Dauer des stationären Aufenthalts eine andere Medikation als beim Hausarzt erhält. Notwendige Umstellungen der Medikation im Krankenhaus, etwa im Hinblick auf „Unverträglichkeiten“ mit geplanten operativen Eingriffen, gehören ebenfalls in den Zuständigkeitsbereich des Krankenhauses.

Sie sollten Ihre Patienten vor der Aufnahme ins Krankenhaus darüber informieren, dass Sie gegebenenfalls nach der Entlassung die Rückumstellung vornehmen werden.

Vor- und nachstationäre Behandlung

Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung im Rahmen des Sicherstellungsauftrags wird durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Erfolgt eine Zytostatika-Behandlung als poststationäre Behandlung, sind die Zytostatika vom Krankenhaus zu stellen. Außerhalb dieses Bereichs ist die Versorgung durch den niedergelassenen Vertragsarzt sicherzustellen.

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Ermächtigte Krankenhausärzte sind berechtigt und verpflichtet, alle Leistungen im Rahmen ihres Ermächtigungsumfangs selbst zu erbringen. Das heißt, im Rahmen der Mit- und/oder Weiterbehandlung durch einen ermächtigten Krankenhausarzt obliegt diesem auch die medikamentöse Versorgung, jedenfalls solange sich der Patient in der Behandlung des ermächtigten Krankenhausarztes befindet. Dies gilt im Übrigen auch für den Sprechstundenbedarf, physikalisch-medizinische Leistungen und Krankentransporte/Krankenfahrten. Für bereits bestehende Erkrankungen oder Interkurrent-Erkrankungen

ist der ermächtigte Krankenhausarzt allerdings nicht zuständig. Nach Abschluss der Mit-/Weiterbehandlung obliegt dann dem niedergelassenen Vertragsarzt die weitere medikamentöse Versorgung.

Belegärztliche Leistungen

Der Aufenthalt des Patienten im Rahmen einer belegärztlichen Leistung ist ein stationärer Aufenthalt mit den oben genannten Grundsätzen.

Stationäre Rehabilitation

Hier liegt der Fall anders: Die medikamentöse Versorgung des Patienten für bestehende Erkrankungen, die nicht Grundlage der Rehabilitation sind, bleibt in den Händen des Vertragsarztes. Bei einer stationären Rehabilitation sind also die Kosten für die Medikamente über den Tagessatz der Einrichtung nicht vollständig abgegolten. Im Tagessatz der Reha-Einrichtung sind bei einer Rehabilitation wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zum Beispiel die Kosten für Herz-Kreislauf-Medikamente enthalten. Arzneimittel für andere Erkrankungen sind durch den niedergelassenen Vertragsarzt zu verordnen.

Bitte beachten: Sie können keine Fern Diagnosen stellen! Eine Arzneimittelverordnung ist nur nach dem Arzt-Patientenkontakt möglich. Wird der Patient nach dem Krankenhausaufenthalt direkt in eine Rehabilitation übergeleitet, so muss der Patient am Ort der Rehabilitationseinrichtung den niedergelassenen Arzt aufsuchen. Bitte stellen Sie hierzu erforderlichenfalls einen Überweisungsschein aus. Durch das Krankenhaus sind Medikamente zur Überbrückung abzugeben.

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

VERORDNUNG VON KONTRAZEPTIVA

Wegen häufiger Rückforderungsanträge seitens der Krankenkassen möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass Kontrazeptiva nur bis zum 20. Geburtstag – also der Vollendung des 20. Lebensjahrs – zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähig sind (§ 24a Abs. 2 SGB V).

Bitte beachten Sie bei der Verordnung von Kontrazeptiva die zeitliche Reichweite Ihrer Verordnungen. Gemäß der Richtlinie zur Empfängnisverhütung und zum Schwangerschaftsabbruch ist es möglich, sofern es medizinisch zu verantworten ist, die „Pille“ für sechs Monate zu verordnen. Durch die längeren Verordnungsabstände ergibt sich gegebenenfalls eine Ersparnis bei der Praxisgebühr und der Zuzahlung in der Apotheke für Ihre Patientin. Werden Großpackungen, die für drei oder sechs Monate Therapie ausreichend sind, kurz vor dem 20. Geburtstag der Patientin verordnet, werden die Kosten teilweise von den Kassen nicht mehr getragen. Die Krankenkassen stellen dann gegenüber den verordnenden Ärzten entsprechende Rückforderungsanträge.

Empfehlung

Verordnen Sie nur die Menge an Kontrazeptiva, die bis zum 20. Geburtstag ausreicht. Nach Vollendung des 20. Lebensjahrs sind Kontrazeptiva keine Leistung der GKV mehr und können daher nur noch auf Privatrezept verordnet werden.

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

FORTBILDUNGSPFLICHT NACH § 95d SGB V

Viele Ärzte und Psychotherapeuten haben ihren erforderlichen Nachweis noch nicht erbracht. Mittlerweile ist höchste Eile geboten. Wer am 30. Juni 2004 bereits zugelassen war, hat für die Nachweisführung nur noch bis zum 30. Juni 2009 Zeit.

Wird die Fortbildung nicht oder nicht rechtzeitig nachgewiesen, ist die KVB verpflichtet, das Honorar im ersten Jahr um zehn Prozent und im zweiten Jahr um 25 Prozent zu kürzen. Anschließend droht sogar der Entzug der Zulassung.

Die Pflicht zur fachlichen Fortbildung gilt auch für Angestellte eines Vertragsarztes/-psychotherapeuten oder eines medizinischen Versorgungszentrums. Den Nachweis über die Fortbildung gegenüber der KVB führt der Vertragsarzt/-psychotherapeut als Arbeitgeber. Eine Honorarkürzung endet erst nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis geführt wird. Parallel zu der nachträglichen Erfüllung der Fortbildungspflicht ist die Pflicht zur fachlichen Fortbildung aus dem neuen Fünfjahreszeitraum zu erfüllen.

Vermeiden Sie Honorarkürzungen, indem Sie die zum Stichtag 30. Juni 2009 erforderliche Mindestanzahl von 250 Fortbildungspunkten der KVB rechtzeitig mitteilen. Nutzen Sie für die Nachweisführung das Serviceangebot der Kammern.

Vertragsärzte finden weitere Informationen im Internet unter www.blaek.de in der Rubrik Fortbildung/Fortbildungspunkte und im Bayerischen Ärzteblatt, Ausgabe Oktober 2008 (unter www.blaek.de in der Rubrik Ärzteblatt).

Vertragspsychotherapeuten erhalten weitere Informationen im Internet unter www.ptk-bayern.de.

Haben Sie Fragen zur sozialrechtlichen Fortbildungsverpflichtung? Einen FAQ-Katalog haben wir für Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Sonstige Bestimmungen/Fortbildungspflicht* eingestellt. An den einzelnen Standorten steht Ihnen auch unser Team „Praxisführungsberatung“ gerne zur Verfügung. Oder senden Sie ganz einfach eine E-Mail an Praxisfuehrungsberatung@kvb.de.

UMSATZSTEUER EMPFÄNGNISVERHÜTUNG

Über den Berufsverband der Frauenärzte wurde eine verbindliche Auskunft der Obersten Finanzbehörden erwirkt, wonach nunmehr alle ärztlichen Leistungen zur Empfängnisverhütung, unabhängig von der jeweiligen Verhütungsmethode, unter den Voraussetzungen des § 4 Nr. 14 UStG umsatzsteuerfrei sind.

Bei Fragen erreichen Sie uns per E-Mail an Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

ONKOLOGIEVEREINBARUNG

Auf Bundesebene wurde beschlossen, dass die Onkologievereinbarungen in den einzelnen KV-Bereichen übergangsweise auch im 2. Quartal 2009 weitergelten. Ab dem 3. Quartal 2009 sind bundeseinheitliche Vorgaben geplant.

In Bayern konnten wir mit den Krankenkassen den Fortbestand der bisherigen Regelungen abstimmen, bis es eine neue Bundes- oder Landesregelung gibt. Folgende Punkte sind wichtig:

1. **Onkologievereinbarung Ersatzkassen** (Nrn. 86502 – 86505) läuft ab 1/2009 wie bisher weiter.

2. **Onkologievereinbarung Regionalkassen** (Nrn. 86500, 86501, 86501Z) läuft ab 1/2009 wie bisher weiter.

Wichtig: „Organ“-Onkologen, denen seit dem 1. Januar 2008 eine bundesweite EBM-Nr. „Zusatzpauschale Onkologie“ (GOP 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315) zur Verfügung steht und die daher die Nr. 86500 nicht mehr abrechnen können, bekommen einen Zuschlag von elf Euro auf diese GOP, um betragsmäßig auf dieselbe Vergütung wie bei Abrechnung der Nr. 86500 zu kommen.

Der Zuschlag wird ab 1/2009 automatisch über die KVB zugesetzt.

3. **INN-Vereinbarung (alle Kassen)** läuft ab 1/2009 wie bisher weiter.

Neu: Zuschlag für INN-Teilnehmer auf die GOP 01510 bis 01512, 02100 bis 02120, 13500 bis 13502 EBM – nur Regionalkassen (Ersatzkassen vergüten dafür höhere Onkologiepauschalen)

■ Voraussetzung: Nr. 86501 ist im Behandlungsfall abgerechnet und anerkannt.

■ Der Zuschlag wird ab 1/2009 automatisch über die KVB zugesetzt.

4. Zusammenarbeit mit einer Apotheke (§ 129 Abs. 5 SGB V) oder mit einem Betrieb mit Herstellungserlaubnis (§ 130a Abs. 8 SGB V) – **nur AOK Bayern** – läuft ab 1/2009 wie bisher weiter.

Neu: Zuschlag für Teilnehmer auf die GOP 01510 bis 01512, 02100 bis 02120, 13500 bis 13502 EBM

■ Voraussetzung: Nr. 86501 ist im Behandlungsfall abgerechnet und anerkannt.

■ Der Zuschlag wird ab 1/2009 automatisch über die KVB zugesetzt.

Zu 3. und 4.

GOP	Zuschlag
01510	9,60 Euro
01511	18,25 Euro
01512	26,84 Euro
02100	1,08 Euro
02101	3,01 Euro
02110	4,06 Euro
02111	1,62 Euro
02112	1,28 Euro
02120	2,23 Euro
13500	3,65 Euro
13501	3,65 Euro
13502	3,65 Euro

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

STRUKTURVERTRAG KATARAKT

Der Strukturvertrag Katarakt läuft für das Jahr 2009 weiter. Dies gilt sowohl für die Regionalkassen als auch für die Ersatzkassen.

Für das Quartal 2/2009 bleiben im Ersatzkassenbereich die Regelungen unverändert:

1. Die Nr. 97403 (Komplexgebühr Anästhesieverfahren) enthält die Pauschale für die Anästhesie und die postoperative Überwachung. Wird die postoperative Überwachung durch den Operateur durchgeführt, so hat die Vergütung für die postoperative Betreuung im Innenverhältnis Anästhesist/Operateur zu erfolgen.

2. Die Nr. 97405 (postoperative Überwachung) kann nur abgerechnet werden, wenn eine Operation ohne Beteiligung eines Anästhesisten durchgeführt wird.

Für Regionalkassenpatienten verbleibt es wie bisher bei der gesonderten Abrechnung der Nrn. 97403 und 97405.

Für das Quartal 3/2009 haben die Ersatzkassen angekündigt, dass eine Überarbeitung des Strukturvertrags Katarakt notwendig ist. Die Verhandlungen hierzu werden in Kürze aufgenommen.

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

NEUE SEMINARBROSCHÜRE

Auch im zweiten Halbjahr 2009 bieten wir Ihnen wieder ein umfassendes und abwechslungsreiches Seminarangebot. Ab Juli können Sie und Ihr Praxisteam aus neuen, aber auch altbewährten Themen auswählen: Wenn Sie zum Beispiel als Praxisinhaber und Unternehmer ihr betriebswirtschaftliches Know-how vertiefen möchten, geben Ihnen unsere Experten die entsprechenden betriebswirtschaftlichen Werkzeuge an die Hand. Auch Ihre juristischen Fragen, beispielsweise zum Thema Kooperationen, werden innerhalb unserer Veranstaltungen detailliert beantwortet. Das Gleiche gilt, wenn Sie funktionierende Netzwerke nutzen möchten, um Ihre Praxis für den Wettbewerb zu stärken. In all diesen Fällen finden Sie in unserer Seminarbroschüre für das zweite Halbjahr 2009 schnell und komfortabel die für Sie passende Veranstaltung. Auch an den Informationsbedarf Ihres Praxisteam haben wir gedacht. Neben Fachseminaren bieten wir Ihren Mitarbeitern Veranstaltungen zum Thema Konfliktmanagement oder Personalführung an.

Die Seminarbroschüre wird Ihnen voraussichtlich Ende Juni/Anfang Juli mit der Post zugeschickt.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 65*
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 66*
E-Mail Seminarberatung@kvb.de

FORTBILDUNG: „AKUTSITUATIONEN IM ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST“

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) bieten wir Ihnen praxisorientierte Veranstaltungen an, die speziell auf den Ärztlichen Bereitschaftsdienst ausgerichtet sind. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf.

Ihre Vorteile:

- Zielgruppenorientierung
- Aktuelle, umsetzbare Lösungen statt Schubladenkonzepte
- Praktisches Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul II)
- Erfahrene Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkte
- Beste Teilnehmerbewertungen

Zielgruppen:

- Vertragsärzte, die am Bereitschaftsdienst teilnehmen oder teilnehmen möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter oder im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (unter bestimmten Voraussetzungen zur Teilnahme an Fortbildungen verpflichtet!)
- Sonstige interessierte Ärzte

Die drei Themen-Module

Modul I:

- Kardiozirkulatorische Nothfälle mit Fallbeispielen
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- Richtlinien der Bundesärztekammer sowie des European Resuscitation Council (ERC)
- Praktische Übungen: Mega-Code-Training in Kleinstgruppen

Fortbildungspunkte: 8

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: jeweils 9.00 – 16.30 Uhr

Termine:

Samstag, 11. Juli 2009
KVB-Bezirksstelle München/Oberbayern

Samstag, 26. September 2009
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 28. November 2009
KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II:

- Atemwegserkrankungen und -verlegung bei Kindern
- Vergiftungen/Ingestionsunfälle im Kindesalter
- Weitere typische Erkrankungen im Kindesalter (Fieberkrampf und Verletzungen, Verbrennungen und Verbrühungen)

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: jeweils 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 22. Juli 2009
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 28. Oktober 2009
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul III:

- Fallbeispiele aus und für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Wichtige Aspekte zur Leichenschau
- Informationen zur Abrechnung, Praxisgebühr und zu Formularen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: jeweils 17.00 – 20.30 Uhr

Termine:

Mittwoch, 17. Juni 2009
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 23. September 2009
KVB-Bezirksstelle München/Oberbayern

Mittwoch, 18. November 2009
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Weitere Informationen zu dieser Fortbildung erhalten Sie unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89

Das Anmeldeformular finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Ärzte & Psychotherapeuten/Akutsituationen Bereitschaftsdienst*.

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 *Praxis/Fortbildung*.

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 Anzahl können Sie bei Ihrer Seminaranmeldung erfragen.

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

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Fit im Kopf – Denken macht Spaß

Statistiken der KVB für Fachärzte

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJP

Abrechnungsworkshop Hausärzte und hausärztliche Kinderärzte

Aktuelles zur Gesundheitspolitik (für Hausärzte)

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop HNO

Strukturierte Teambesprechung

Statistiken der KVB für Hausärzte

Info-Tag: Praxisabgeber

Die psychotherapeutische Praxis – aktuelle Informationen und Themen

Notfalltraining für das Praxisteam

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Existenzgründung für angehende Allgemeinärzte

Refresher-Kurs für hausärztliche Sonographie

QM-Seminare

Praxisführung und -entwicklung (QEP-Tagesseminar)

Qualitätsentwicklung (QEP-Tagesseminar)

Vorbereitung auf die QEP-Zertifizierung (Halbtagesseminar)

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Juni 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Juni 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. Juni 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Juni 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Juni 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	23. Juni 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juni 2009	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juni 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Ärztinnen, die sich niederlassen möchten	kostenfrei	24. Juni 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg, Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Juni 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Juni 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	26. Juni 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Juni 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	27. Juni 2009	10.00 bis 15.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	27. Juni 2009	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	27. Juni 2009	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. Juni 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	1. Juli 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	85,- Euro	1. Juli 2009	15.00 bis 20.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	188,- Euro	20. Juni 2009	9.00 bis 16.30 Uhr	München, Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	188,- Euro	20. Juni 2009	9.00 bis 16.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	8. Juli 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg

