

KVBINFOS 60|60

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 118 Abrechnungsabgabe Quartal 3/2009
- 118 RLV-Zuweisungsbescheid 4/2009 und RLV-Antragsbearbeitung 4/2009
- 120 Honorarreform – Informationen für das Quartal 4/2009
- 121 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 4/2009
- 122 EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2009
- 123 Kodierung von Diagnosen
- 124 Spezialisierte Versorgung von Patienten mit HIV ab 1. Juli 2009
- 125 Fortführung der Diabetesvereinbarungen
- 125 Kostenerstattung für Chlamydien-Screening
- 126 Neue Homöopathieverträge
- 126 Abrechnung Bundeswehr und Zivildienst

VERORDNUNGEN

- 126 Arzneimitteldaten-Formularbedruckung
- 127 Neufassung Arzneimittelrichtlinie
- 128 Unzulässiger Sprechstundenbedarf
- 129 Günstig verordnen – trotz Herstellertricks

QUALITÄT

- 130 Qualitätsmanagement in der Praxis – Stichtag 31. Dezember 2009
- 131 Qualitätsmanagement – Welche Zertifizierung macht Sinn?
- 132 Vereinigte IKK Signal Iduna fördert QM
- 132 Überwachung von Sedierungen

ALLGEMEINES

- 133 KVB fördert allgemeinmedizinische Weiterbildung

- 134 Nachweis der Fortbildungspflicht
- 134 Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- 135 Vertrag „Ärzte/Unfallversicherungsträger“
- 135 Betriebsstättenverlegung VBZ Augsburg
- 135 Münchner Woche für Seelische Gesundheit
- 136 Schweinegrippe: RKI bittet um Mithilfe

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

- 136 Quotenregelung in der psychotherapeutischen Versorgung

SEMINARE

- 137 Fortbildung: „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 138 Die nächsten Seminartermine der KVB

ABRECHNUNGSABGABE QUARTAL 3/2009

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen für das 3. Quartal 2009 bis spätestens **Montag, den 12. Oktober 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
Yorkstraße 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

RLV-ZUWEISUNGSBESCHEID 4/2009 UND RLV-ANTRAGSBEARBEITUNG 4/2009

Praxen mit Ärzten einer Fachgruppe, die den Regelleistungsvolumina (RLV) unterliegen, erhalten quartalsweise geltende RLV. Für die formale Zuweisung dieser RLV haben wir ein sehr enges Zeitfenster, weil

- wir die Daten, die wir für die Zuweisung benötigen (unter anderem Arztregisterdaten) erst möglichst spät aus unseren Systemen „abziehen“, um noch viele Änderungen in Praxiskonstellationen berücksichtigen zu können,
- die RLV-Zuweisungen vor Quartalsbeginn bei Ihnen sein müssen.

Wir stellen bei der **RLV-Zuweisung** zu Beginn des Quartals zunächst auf die vertraglichen Berechnungsvorgaben ab und ermitteln nach diesen Vorgaben das RLV, das wir Ihnen zum Quartalsbeginn zuschicken.

Nach der vorgegebenen Systematik kann dann im Einzelfall ein **Antrag auf RLV-Anpassung** gestellt werden.

- RLV-Zuweisung: Die Zuweisung an die Praxis erfolgt unter Berücksichtigung der vertraglichen Berechnungsvorgaben.
- RLV-Anpassung (Antrag): Nach dieser RLV-Zuweisung werden die Anträge auf RLV-Anpassung geprüft und es wird gegebenenfalls eine Anpassung des ursprünglichen RLV vorgenommen.

Antrag auf Anpassung des RLV wegen Fallwerterhöhung

„Meinem Antrag auf Anpassung des RLV wegen ‚Praxisbesonderheit‘ wurde stattgegeben und ich habe im Quartal 1/2009 bereits eine Fallwerterhöhung erhalten. Im Zuweisungsbescheid 4/2009 finde ich dazu aber nichts.

Wieso ist das so?“

Sie finden in Ihrem Stattgabe-Bescheid 1/2009 einen Vermerk, dass die Entscheidung für die Quartale 1/2009 bis 4/2009 gilt. Mit dieser Entscheidung ist eine Verfahrensvereinfachung erreicht worden, damit Sie – bei gleicher Sachlage – für die Quartale 2/2009 bis 4/2009 **nicht** erneut einen **Antrag** auf Fallwertanpassung wegen Praxisbesonderheit stellen müssen.

Allerdings muss für jedes Quartal erneut geprüft werden, ob die Voraussetzungen für eine Stattgabe weiterhin vorliegen. Daher enthält der Stattgabe-Bescheid einen Widerrufsvorbehalt: Der Vorbehalt lautet vollständig: *„Diese Entscheidung kann widerrufen (§§ 32, 47 SGB X) werden, wenn die für die Stattgabe erforderlichen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Der Antragsteller ist verpflichtet, jede Änderung der Umstände, die für die Genehmigung ausschlaggebend sind, unverzüglich der KVB zu melden.“* Das bedeutet, dass die RLV-Anhebung beispielsweise dann wegfallen kann, wenn es zu einer Änderung der Praxisausrichtung kommt und sich eine Spezialisierung daher nicht mehr fortsetzen lässt.

Aufgrund der Vielzahl der zu prüfenden Anträge und des oben beschriebenen engen Zeitfensters kann es daher sein, dass bei der RLV-Zuweisung 4/2009 eine positive Entscheidung (die Ihnen für ein vorangegangenes Quartal bereits mitgeteilt wurde) nicht automatisch berücksichtigt wird. In der nachgelagerten Bearbeitung durch die KVB wird jedoch der Sachverhalt unter den genannten Einschränkungen (Stichwort „Liegen die Voraussetzungen noch vor?“) analog umgesetzt.

Änderungen der Vorgaben ab 1. Juli 2009 und damit auch für das Quartal 4/2009:

Zum 1. Juli 2009 wurden neue freie Leistungen (innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aber außerhalb der RLV) eingeführt, wie zum Beispiel für Anästhesisten oder Nephrologen.

- Damit liegen die Voraussetzungen der ursprünglichen Stattgabe nicht mehr vor (siehe oben), da sich die RLV-relevanten Leistungen und damit die Grundlagen für die Fallwertberechnung 4/2009 geändert haben. Die ursprüngliche Fallwerterhöhung muss daher erneut auf eine mögliche Fortschreibung für die Zeit ab 1. Juli 2009 hin geprüft werden.
- Aus diesem Grund konnte auch eine Stattgabe von 1/2009 noch nicht automatisch in den Bescheid 4/2009 eingearbeitet werden.
- Wird im Rahmen der Antragsbearbeitung festgestellt, dass die Praxisbesonderheit mit Leistungen begründet wird, die nun außerhalb des RLV liegen, wird der Antrag als gegenstandslos gewertet und Sie werden entsprechend informiert.
- Sollte der Antrag weitere Sachverhalte enthalten, die RLV-relevant sind, erhalten Sie dazu einen entsprechenden Bescheid.

Jungpraxen

„Meinem Antrag auf Behandlung als Jungpraxis wurde bereits im Quartal 1/2009 oder 2/2009 stattgegeben. Im Zuweisungsbescheid 4/2009 finde ich aber dazu nichts!“

Unter einer Jungpraxis versteht man ei-

ne Praxis, die sich noch im Aufbau befindet. Dies ist dann der Fall, wenn seit der ersten Zulassung des einzelnen Arztes nicht mehr als 20 Quartale vergangen sind. Zu beachten: Bei der Bewertung, ob es sich um eine Jungpraxis handelt, ist der Zeitpunkt der Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung maßgeblich, nicht etwa die Gründung von Gemeinschaftspraxen.

Hat eine solche 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 nach den Vorgaben des Honorarvertrags der Fachgruppendurchschnitt des entsprechenden Vorjahresquartals zum Ansatz.

Bis zum Quartal 2/2009 erfolgte die Berücksichtigung als Jungpraxis nur auf Antrag. Ab dem Quartal 3/2009 ist ein solcher Antrag (Jungpraxis) nicht mehr erforderlich. Die Berücksichtigung (rechnerische Umsetzung) als Jungpraxis erfolgt ab dem Quartal 3/2009 automatisch mit der Honorarabrechnung des betreffenden Quartals.

Was bedeutet das für die RLV-Zuweisung 4/2009?

- Sie erhalten mit der RLV-Zuweisung Ihre tatsächlich im Vorjahresquartal abgerechneten RLV-relevanten Fälle und das sich anhand dieser Fälle ergebende RLV mitgeteilt.
- Parallel dazu stellen wir die entsprechenden Durchschnittsfallzahlen (Vorjahresquartal 4/2008) und die RLV-Fallwerte der Fachgruppen ins Internet.
- Ihre Obergrenze als Jungpraxis ergibt sich aus Multiplikation Ihres

RLV-Fallwerts (aus dem Zuweisungsbescheid) und der Durchschnittsfallzahl Ihrer Fachgruppe.

Wichtig: Ab dem Quartal 3/2009 müssen Sie keinen Antrag mehr auf Berücksichtigung als Jungpraxis stellen.

Im Zuweisungsbescheid finden Sie zunächst weiterhin (nur) Ihre im Quartal 4/2008 abgerechneten RLV-relevanten Fälle. Dies gilt auch, wenn Sie in der Vergangenheit bereits eine Stattgabe eines Antrags zum Thema Jungpraxis erhalten haben. Die Berücksichtigung (rechnerische Umsetzung) als Jungpraxis erfolgt ab dem Quartal 3/2009 automatisch mit der Honorarabrechnung des betreffenden Quartals.

Weitere Erläuterungen auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/RLV 2009*.

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

HONORARREFORM – INFORMATIONEN FÜR DAS QUARTAL 4/2009

Freie Leistungen 4/2009

Keine Änderungen im Vergleich zu 3/2009!

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.

Hier die Zusammenstellung der freien Leistungen seit 1. Juli 2009.

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)

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

ZEITBEZOGENE KAPAZITÄTSGRENZEN 4/2009

Wie Sie im Internet unter www.kvb.de auf unserer Sonderseite zum Regelleistungsvolumen 2009 oder auch in unserer RLV-Broschüre lesen konnten, gelten für die psychotherapeutischen Fachgruppen seit 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 4/2009** (veröffentlicht im Bayerischen Staatsanzeiger 33/2009 vom 14. August 2009):

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 4/2009 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten (Fachgruppe 690 und 700)	31.920
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Fachgruppe 710)	30.520
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Fachgruppe 500)	32.320
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien (Fachgruppe 500)	31.770

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 bei den Zuschlägen für Teilradiologie (Fachärzte)

Keine Änderungen im Vergleich zu 3/2009!

Bisher gab es für den Leistungsbereich Diagnostische Radiologie einen einheitlichen Fallwertzuschlag (GOP 34210 bis 34282). Seit dem Quartal 3/2009 hat sich diese Zuschlagsregelung geändert. Die Zuschläge sind nun – so die neuen Vorgaben auf Bundesebene – je Arztgruppe unterschiedlich hoch (siehe Tabelle Seite 120).

Umstellung der Fallzählung vom Arztfall auf den Behandlungsfall

Keine Änderungen im Vergleich zu 3/2009!

Zum Quartal 3/2009 erfolgte entsprechend der Bundesvorgaben bei der RLV-Berechnung eine Umstellung der Fallzählung. Eine ausführliche Erläuterung zu diesem Thema mit konkreten Beispielen finden Sie in den KVB INFOS, Ausgabe 6/2009, auf Seite 87.

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

- 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
- MRT-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

EBM-ÄNDERUNGEN ZUM 1. OKTOBER 2009

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2009 wurden Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen. Diese stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die wichtigsten Änderungen haben wir nachfolgend für Sie zusammengefasst. Die Beschlüsse mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen waren detailliert im Deutschen Ärzteblatt, Heft 24 vom 12. Juni 2009 und Heft 30 vom 24. Juli 2009 veröffentlicht.

Gesundheitsuntersuchung/Untersuchung auf Blut im Stuhl: Ausgliederung der Laborleistungen

Für die bisher in den Komplexleistungen der Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732) und der Untersuchung auf Blut im Stuhl (GOP 01734) enthaltenen Laborparameter wurden eigene Laborpauschalen geschaffen.

GOP 32890

Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Erbringung der GOP **01732** (Gesundheitsuntersuchung) 1,00 Euro

GOP 32892

Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Erbringung der GOP **01734** (Untersuchung auf Blut im Stuhl) 1,45 Euro

Anforderung bei Laborgemeinschaften

Durch die Änderung können die Laborparameter zu den Untersuchungen nach GOP 01732 und 01734 ab dem 1. Oktober 2009 mit Muster 10A bei Laborgemeinschaften angefordert und von diesen direkt abgerechnet werden. Für die Anforderung tragen Sie bitte die zutreffende Laborpauschale 32890 oder 32892 im Muster 10A in das Feld „Sonstiges“ als Freitext ein. Ein zusätzliches Ankreuzen des Feldes

„Präventiv“ ist nicht notwendig.

Für alle übrigen in Komplexleistungen enthaltenen Laborleistungen konnte noch keine Lösung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und den Krankenkassen gefunden werden. Die KBV setzt sich aber auch hier für eine entsprechende Regelung ein. Bis dahin gilt weiter, dass diese Parameter gesondert bei der Laborgemeinschaft anzufordern sind und die Vergütung im Innenverhältnis zu regeln ist.

Abrechnung bei Erbringung im eigenen Labor

Bei Erbringung im eigenen Labor kann die Laborpauschale 32890 neben der GOP 01732 und die Laborpauschale 32892 neben der GOP 01734 berechnet werden.

Auftragsüberweisung an ein Labor

Die Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung und der Untersuchung auf Blut im Stuhl können auch als Auftragsleistungen mit Muster 10 (Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen) an ein Labor überwiesen werden.

Berechnungsfähig ist dies von:

- allen Fachärzten, die nach der Präambel ihres Kapitels Leistungen des Kapitels 32 abrechnen können
- Hausärzten nach Kapitel 3

GOP 01732

Die Bewertung für die Gesundheitsuntersuchung ändert sich von 885 auf **855 Punkte** (Preis BÉGO neu: **29,93 Euro**).

GOP 01734

Die Bewertung für die Untersuchung auf Blut im Stuhl ändert sich von 70 auf **30 Punkte** (Preis BÉGO neu: **1,06 Euro**). Der Leistungsinhalt der GOP 01734 umfasst die Ausgabe der

Testbriefchen und die Veranlassung der Untersuchung auf Blut im Stuhl in drei Proben.

Hinweis:

Nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe sind zur Ausgliederung der Laborleistungen auf Bundesebene noch Änderungen geplant. Wir informieren Sie in den nächsten Ausgaben unserer KVB INFOS.

Änderungen im Speziallabor (Abschnitt 32.3)

Zwei Höchstwerte für GOPen 32426 und 32427

■ Höchstwert für begründete Einzelfälle bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr

Bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr sind die immunologischen Untersuchungen nach GOP 32426 und 32427 in begründeten Einzelfällen im Behandlungsfall bis zu einem Höchstwert von 111,00 Euro berechnungsfähig.

- Der Höchstwert von 65,00 Euro bleibt für die sonstigen Fälle.
- Beide Höchstwerte für die Untersuchungen nach GOPen 32426 und 32427 gelten im Behandlungsfall.

Bitte beachten Sie

- In begründeten Einzelfällen rechnen Sie bitte die GOP 32426 oder 32427 mit dem Buchstaben „U“ ab (**32426U** oder **32427U**). Der jeweils zutreffende Höchstwert wird dann von uns bei der Umsetzung berücksichtigt.
- Den Grund, weshalb im Einzelfall mehr Bestimmungen notwendig waren, tragen Sie bitte in das **Feld 5009** (Freier Begründungstext) ein.

KODIERUNG VON DIAGNOSEN

GOP 32429 – gestrichen

Die GOP 32429 für die Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline mit mindestens 20 deklarierten Antigenen wird gestrichen und kann somit ab dem 1. Oktober 2009 nicht mehr berechnet werden. Die GOP wird gestrichen, da bei Durchführung einer ordnungsgemäßen Allergie-Anamnese aus ärztlicher Sicht keine zwingende Notwendigkeit für die Anwendung derartiger Streifentests mehr besteht. Die GOP 32429 wird in Anhang 4 (Verzeichnis der nicht oder nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen) aufgenommen.

GOP 32477 – gestrichen

Die GOP 32477 für die Immun-(fixations-)elektrophorese mit bis zu drei Antiseren wird gestrichen und kann somit ab dem 1. Oktober 2009 nicht mehr berechnet werden. Die GOP 32477 wird in Anhang 4 aufgenommen.

GOP 32478 – Keine Beschränkung mehr auf Dys- und Paraproteinämie/ Bewertung angehoben

Die Beschränkung der Immun-(fixations-)elektrophorese mit mindestens vier Antiseren (GOP 32478) auf die Dys- und Paraproteinämie entfällt. Die Bewertung der GOP 32478 wird auf 20,00 Euro angehoben (vorher 18,60 Euro).

GOPen 32825 und 32830 – Neuer Abrechnungsausschluss

Der Nukleinsäurenachweis von *Mycobacterium tuberculosis* nach GOP 32830 und der Direktnachweis von DNA und/oder RNA des *Mycobacterium tuberculosis* Complex (MTC) mittels einer Amplifikationsmethode nach GOP 32825 können im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnet werden.

GOP 32830 – einmal im Behandlungsfall

Die GOP 32830 für den Nukleinsäurenachweis von *Mycobacterium tuberculosis* ist nur noch einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

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

Eine korrekte Kodierung von Diagnosen verhindert einen Abfluss von Finanzmitteln aus Bayern. Sie ist die Grundlage dafür, dass die Krankenkassen, die viele chronisch kranke Versicherte haben, entsprechende Zuweisungen von Geldern aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich erhalten.

Bitte achten Sie deshalb wie üblich in Ihrer Abrechnung darauf, die diagnostizierten Krankheiten vollständig und korrekt zu kodieren. Dabei sollten alle Diagnosen, zu denen beraten und behandelt wurde, erfasst und die zugrunde liegende Krankheit so genau wie möglich beschrieben werden.

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

SPEZIALISIERTE VERSORGUNG VON PATIENTEN MIT HIV AB 1. JULI 2009

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 187. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung ab 1. Juli 2009 beschlossen. Diese stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die wichtigsten Änderungen haben wir nachfolgend dargestellt. Der Beschluss mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail wurde im Deutschen Ärzteblatt, Heft 27 vom 3. Juli 2009, veröffentlicht.

Die neuen Gebührenordnungspositionen für die spezialisierte Versorgung von HIV-infizierten Patienten können erst berechnet werden, wenn eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/AIDS-Erkrankung erteilt wurde.

Voraussetzungen für diese Genehmigung:

- Zugehörigkeit des Arztes zum hausärztlichen Versorgungsbereich oder die Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin.
- Nachweis praktischer Erfahrungen in der Betreuung von HIV-infizierten beziehungsweise an AIDS erkrankten Patienten und ein regelmäßiger Besuch von Fortbildungen zu aktuellen Themen im Zusammenhang mit HIV/AIDS.
- Als Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung wird eine jährliche Mindestzahl betreuter HIV-/AIDS-Patienten gefordert.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung HIV gemäß § 135

Abs. 2 SGB V) und das Antragsformular finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Qualität/Qualitätssicherung/HIV/AIDS*.

Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen für HIV-infizierte Patienten in den EBM

Zum 1. Juli 2009 wird der Abschnitt 30.10 mit den Gebührenordnungspositionen (GOPen) 30920, 30922 und 30924 für Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen.

Die GOPen 30920, 30922 und 30924 sind nur vom behandelnden Arzt und nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

GOP 30920

Zusatzpauschale für die Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten Versorgung von HIV-Infizierten

- Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

EBM-Bewertung: **1300 Punkte**

Preis Bayerische Euro-Gebührenordnung: **45,51 Euro**

GOP 30922

Zuschlag zur GOP 30920 bei Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten:

- zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte

■ im Behandlungsfall nicht neben GOP 30924 berechnungsfähig

EBM-Bewertung: **875 Punkte**

Preis Bayerische Euro-Gebührenordnung: **30,63 Euro**

GOP 30924

Zuschlag zur GOP 30920 bei Vorliegen HIV-assoziierter Erkrankungen und/oder AIDS-definierter Erkrankungen und/oder bei Vorliegen von behandlungsbedürftigen Koinfekti-

onen (zum Beispiel Hepatitis B/C, Tuberkulose), gegebenenfalls bei Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten:

- drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte

■ im Behandlungsfall nicht neben GOP 30922 berechnungsfähig

EBM-Bewertung: **1750 Punkte**

Preis Bayerische Euro-Gebührenordnung: **61,26 Euro**

Geändert: GOP 03212

Chronikerzuschlag auch für HIV-Schwerpunktpraxen neben den GOPen 03120 bis 03122 berechnungsfähig

HIV-Schwerpunktpraxen können ab dem 1. Juli 2009 den Chronikerzuschlag nach GOP 03212 neben den „Versichertenpauschalen bei Überweisungen durch einen anderen Hausarzt“ berechnen (GOPen 03120 bis 03122). Die Regelung wurde bis zum 31. Dezember 2009 befristet.

Vergütung außerhalb MGV und RLV

Die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30920 bis 30924 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) und außerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV) bezahlt. Ärzte, die HIV-Patienten betreuen, wurden bereits Anfang Juli über die neuen Leistungen informiert.

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

FORTFÜHRUNG DER DIABETESVEREINBARUNGEN

Die Diabetesvereinbarungen mit BKK und Knappschaft sowie mit der Signal Iduna IKK sind derzeit gekündigt. Als positives Zwischenergebnis der laufenden Vertragsverhandlungen konnte die KVB erreichen, dass diese Kassen dennoch sämtliche Leistungen der gekündigten Diabetesvereinbarungen auch im dritten Quartal 2009 gegen sich gelten lassen.

In den Verhandlungen hat sich außerdem abgezeichnet, dass die KVB mit diesen Krankenkassen voraussichtlich in Zukunft wieder Vereinbarungen abschließen wird. Diese werden möglicherweise inhaltlich der AOK-Diabetesvereinbarung entsprechen.

Wir empfehlen Ihnen dennoch, vorsorglich alle Schulungen noch im dritten Quartal 2009 abzuschließen. Schulungen für DMP-Patienten können weiterhin mit den gültigen Abrechnungsziffern des DMP-Vertrags abgerechnet werden, sofern Sie die entsprechende Berechtigung dafür haben. Die gültige Vergütungsübersicht ist unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Neue Versorgungsformen/DMP* eingestellt.

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

KOSTENERSTATTUNG FÜR CHLAMYDIEN-SCREENING

Im Patientinnenmerkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses „Screening auf Chlamydia trachomatis-Infektion“ wurde bislang noch auf die Möglichkeit zur Durchführung des Screenings mittels Abstrich-Entnahme hingewiesen (wir hatten hierüber im Rundschreiben HON 01/2009 vom 9. Januar 2009 informiert). Daher hatten Patientinnen – sofern diese das Chlamydien-Screening mittels Abstrich wünschten – auch weiterhin Anspruch auf diese Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Leistungen konnten vom Arzt im Wege der Kostenerstattung auf Grundlage der GOÄ privat liquidiert werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nun den Hinweis auf die Möglichkeit des Chlamydien-Screenings mittels Abstrich mit Wirkung zum 17. Juli 2009 aus dem Patientinnenmerkblatt gestrichen. Das bedeutet, dass Patientinnen **keinen Anspruch mehr auf ein Chlamydien-Screening mittels Abstrich als GKV-Leistung haben.**

Diese Leistungen können zwar nach den bundesmantelvertraglichen Bestimmungen vom Arzt dann noch erbracht und der Patientin privat in Rechnung gestellt werden, wenn die Patientin dies von sich aus wünscht und dem Arzt schriftlich bestätigt. Jedoch werden die Kosten für diese Untersuchung von den Kassen nicht mehr übernommen. Wir bitten Sie, Ihre Patientinnen darauf hinzuweisen.

Weiterhin eine **Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung** ist die Durchführung des **Chlamydien-Screenings an einer Urinprobe** mittels eines Nukleinsäure-amplifizierenden Tests (NAT). Das Screening aus Urin kann nach den Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes über die Chipkarte abgerechnet werden.

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 HOMÖOPATHIE- VERTRÄGE

Seit dem Quartal 3/2009 existieren neben dem bestehenden GEK-Homöopathievertrag noch zwei weitere Homöopathieverträge, die über die KVB abgerechnet werden können.

Die KVB konnte mit der BKK Mobil Oil einen Homöopathievertrag schließen, der inhaltlich dem GEK-Vertrag entspricht (gleiche Abrechnungsnummern – gleiche Honorare). Kernstück dieses Vertrags ist die homöopathische Erstbeziehungsweise Folgeanamnese sowie die homöopathische Fallanalyse/Repertorisation. Bis zum Jahresende soll die Vergütung dieses Homöopathievertrags angehoben beziehungsweise um weitere homöopathische Leistungen (zum Beispiel Beratung) ergänzt werden.

Außerdem ist die KVB dem bundesweiten Homöopathievertrag mit der SECURVITA BKK beigetreten. Dieser Vertrag entspricht inhaltlich dem ehemaligen Vertrag der SECURVITA BKK mit dem Deutschen Zentralverein Homöopathischer Ärzte e. V. Die Versorgung der Patienten mit klassischer Homöopathie bleibt auf gleich hohem Niveau erhalten, ebenso die besondere Vergütung Ihrer Leistungen.

Detaillierte Informationen zu den Homöopathieverträgen mit der KVB finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen Bayern/Homöopathievertrag*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 018 05 – 90 92 90 – 10*
Fax 018 05 – 90 92 90 – 11*
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

ABRECHNUNG BUNDES- WEHR UND ZIVILDienst

Ab dem Quartal 3/2009 können auch Patienten mit einem Überweisungsschein des Truppenarztes oder des Beauftragten der Wehrbereichsverwaltung oder mit einem Behandlungsausweis des Bundesamtes für Zivildienst **papierlos** abgerechnet werden. Für die Abrechnung ist das Einreichen der Scheine nicht mehr notwendig. Diese verbleiben in der Praxis analog der GKV (siehe auch KVB INFOS 7-8/2009, Seite 103).

Die Übermittlung folgender Scheine entfällt:

- Bundeswehr Heilfürsorge (blau)
Kassennummer 79868
- Bundeswehr Musterung (lila)
Kassennummer 79869
- Zivildienst
Kassennummer 74895

Für abgerechnete Nachtragsfälle bis Quartal 2/2009 bitte die Scheine der Abrechnung beilegen.

Die Überweisungsscheine der Bundeswehr beziehungsweise die Behandlungsausweise des Bundesamtes für Zivildienst sind genauso wie die Scheine der GKV nach dem Behandlungsquartal ein Jahr lang in der Praxis vorzuhalten. In diesem Zeitraum können die Scheine für Prüfzwecke angefordert werden.

Beachten Sie bitte auch die aktualisierten Infoblätter (Kurz- und Langversion) unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Besondere Kostenträger*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 018 05 / 90 92 90 – 10*
Fax 018 05 / 90 92 90 – 11*
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

ARZNEIMITTEL-DATEN- FORMULARBEDRUCKUNG

Unvollständig ausgefüllte Verordnungsvordrucke beeinträchtigen präzise Ausweisung der Verordnungskosten. Soweit die von den Apothekenrechenzentren gelieferten Verordnungsdaten durch fehlende, unvollständige oder falsche Betriebsstättennummer (BSNR) und lebenslange Arztnummer (LANR) nicht eindeutig zugeordnet werden können, hat dies Auswirkungen auf die Verordnungsdaten der eigenen Praxis sowie die Errechnung der Fachgruppenwerte.

Insbesondere bei den Rezepten für den Sprechstundenbedarf erschwert das Fehlen der LANR eine eindeutige Zuweisung erheblich. Aufgrund dieser Problematik waren im ersten Quartal 2009 Verordnungskosten in Höhe von 22,8 Millionen Euro nicht eindeutig zuzuordnen, was annähernd der Hälfte der Gesamtsumme entspricht. Als Konsequenz war eine exakte Ermittlung des Sprechstundenbedarfs weder praxis- noch fachgruppenbezogen möglich, eine Auswertung in der Arzneikostentrendmeldung konnte somit nicht erfolgen.

Bitte stellen Sie in Ihrer Praxis sicher, dass bei jedem Rezept die BSNR beziehungsweise NBSNR und LANR eingedruckt sind, damit wir Ihnen Ihre Verordnungsdaten zeitnah und vollständig zur Verfügung stellen können.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 018 05 / 90 92 90 – 30*
Fax 018 05 / 90 92 90 – 31*
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

NEUFASSUNG ARZNEIMITTELRICHTLINIE

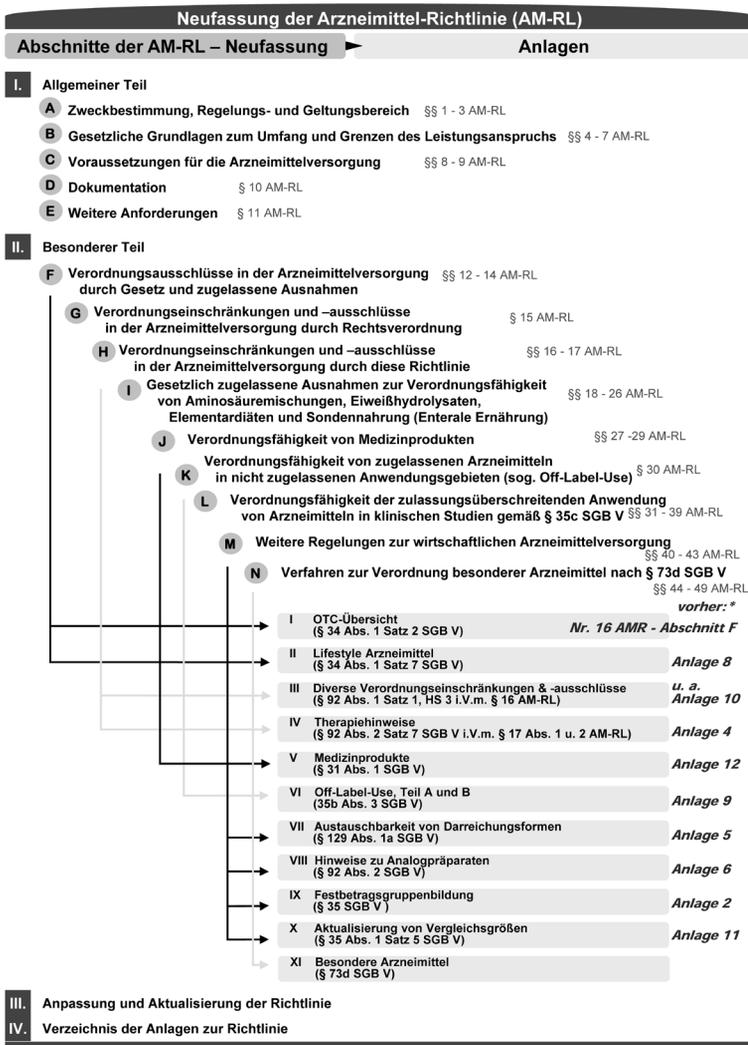
Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der Neufassung der Arzneimittelrichtlinie vom 1. April 2009 die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise konkretisiert. Im Vergleich zu der vorherigen Arzneimittelrichtlinie hat er weit reichende Verordnungsaußschlüsse und Verordnungseinschränkungen definiert. Diese betreffen sowohl die Verordnung für Erwachsene als auch in großem Umfang die Verordnung für Kinder bis zwölf Jahre (siehe Schaubild).

Kulanz der Krankenkassen in der Übergangsphase

Allgemeine und kassenübergreifende Aussagen oder Zusagen zu einer Kulanzregelung in der Übergangsphase nach Neufassung der Arzneimittelrichtlinie konnten von den Krankenkassen nicht gegeben werden. Die Krankenkassen überwachen EDV-gestützt die Einhaltung der Verordnungsaußschlüsse, die durch Gesetz beziehungsweise durch die Arzneimittelrichtlinien vorgegeben sind. Werden diese Vorgaben nicht eingehalten, stellen die Krankenkassen Rückforderungsanträge bei der Prüfungsstelle.

Bei Unklarheiten in Verordnungsfragen wenden Sie sich bitte jederzeit an unsere Beratungsstelle. Wenn Sie zu der neuen Arzneimittelrichtlinie eine individuell auf Ihr Verordnungsspektrum zugeschnittene Pharmakotherapieberatung wünschen, informieren wir Sie gerne.

Bitte vereinbaren Sie einen Termin unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de



**Die bisherige Anlage 3 wird aus der Arzneimittel-Richtlinie ausgegliedert und als selbstständige Übersicht geführt.*

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss

UNZULÄSSIGER SPRECHSTUNDENBEDARF

Der Bezug von Sprechstundenbedarf ist in der bayerischen Sprechstundenbedarfsvereinbarung geregelt und erfolgt zu Lasten der AOK Bayern.

Als Sprechstundenbedarf gelten nur solche Mittel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Berechtigten im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung angewendet werden oder bei Notfällen für mehr als einen Berechtigten zur Verfügung stehen müssen. Dabei ist stets der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit zu beachten, wie beispielsweise der Bezug von preisgünstigen Groß- und Bündelpackungen. Für die Rückerstattung der Kosten von unzulässigen Verordnungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit gilt Paragraph 18 der Prüfungsvereinbarung. Darin werden gesamtvertraglich Mindestbeträge festgelegt. Allerdings kann es auch unterhalb dieser Bagatellgrenze zu Rückforderungen kommen, wenn der Vertragsarzt solche Verordnungen innerhalb der letzten vier Quartale fortsetzt und eine Änderung des Ordnungsverhaltens auf anderem Weg nicht möglich erscheint.

In diesem Zusammenhang erhielten wir von der AOK Bayern zahlreiche Hinweise auf die unzulässige Verordnung von Sprechstundenbedarf aus dem Quartal 2/2008. Einige aktuelle Beispiele sollen die wesentlichen Punkte der Vereinbarung verdeutlichen:

a) Verbandstoffe und Nahtmaterial

Nur der gebleichte Zellstoff zur Verwendung am Patienten ist als Sprechstundenbedarf ordnungsfähig. Dagegen sind Zellstoff, Krepp- und Krankenunterlagen und Ähnliches zum Reinigen des Patienten oder zum Säubern beziehungsweise Abdecken von Geräten oder als Unterlage auf Untersuchungsliegen nicht ordnungsfähig.

b) Mittel zur Diagnostik und Therapie

Diese sind in den berechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen bereits enthalten und deshalb unzulässig (Abschnitt II/Abs. 5 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung).

Beispiele:

Allgemeine Praxiskosten

Gummifingerlinge, Fieberthermometerhüllen, Lanzetten als Geräte zur Blutentnahme, Kontrolllösung für Blutzuckermessgeräte, Aceton zum Reinigen

Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind

Ultraschallgel, Hypromellose-Präparat zur Durchführung von Kontaktglasuntersuchungen, Mini Spike®

Kosten für Reagenzien, Substanzen und Materialien für Laboratoriumsuntersuchungen

Methylenblau (nur als Antidot ordnungsfähig), Lugolsche Lösung, Natriumcitrat-Lösung, Kalilauge, Essigsäure, Formaldehyd

Wasser ist nur als Lösungs- oder Verdünnungsmittel für Arzneimittel, jedoch nicht für Laborzwecke auf Sprechstundenbedarf ordnungsfähig.

c) Desinfektionsmittel

Zulässig sind ausschließlich Desinfektionsmittel zur Anwendung am Patienten. Nicht beziehbar sind dagegen Mittel zur Desinfektion oder Reinigung von Flächen und Instrumenten oder der Hände des Arztes beziehungsweise seiner Mitarbeiter. Ebenfalls nicht zulässig sind Hautreinigungsmittel wie Seifen, Syndets und Emulsionen, auch wenn sie medizinische Substanzen enthalten.

Bei den Alkoholzubereitungen sind Alkoholtupfer und Isopropylalkohol in einer Konzentration von 70 Prozent beziehbar. Nicht ordnungsfähig ist dagegen Ethanol (Spiritus), unabhängig von der Konzentration.

e) Injektions- und Infusionsmittel

Als Sprechstundenbedarf ordnungsfähig sind Infusions- oder Injektionsmittel

- für Notfälle und akute Schmerz- und Erregungszustände (soweit geeignet auch orale und rektale Darreichungsformen)
- zur Geburtshilfe
- bei Serienbehandlung: wirtschaftliche Großpackungen (auch Durchstechflaschen) zur Anwendung bei mehr als einem Berechtigten

Unzulässig sind dagegen unter anderem:

- homöopathische Kombinationspräparate
- Mineralstoffpräparate außer Magnesium und Calcium
- vitaminhaltige Präparate
- Zytostatika, Metastasenhemmer und Bisphosphonate

f) Arzneimittel oder andere Substanzen zur Anwendung bei mehreren Patienten

Voraussetzung für den Bezug über Sprechstundenbedarf ist die mögliche Anwendung bei mehr als einem Patienten oder die Behandlung in unmittelbarem ursächlichem Zusammenhang mit einem ärztlichen Eingriff. Dabei sind die Arzneimittelrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

Unter diesen Voraussetzungen nicht über Sprechstundenbedarf beziehbare Produkte sind zum Beispiel:

- diverse Basiscremes ohne Wirkstoffzusatz, da diese auch zur Pflege

GÜNSTIG VERORDNEN – TROTZ HERSTELLERTRICKS

der Haut angewendet werden

- Actihaemyl® Salbe durch Ausschluss von Zellulärtherapeutika und Organhydrolysaten nach der Arzneimittelrichtlinie
- Arzneimittel mit einem längerfristigen Therapiebedarf, wie zum Beispiel Nystatin Mundgel zur Behandlung von Mundsoor

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

Die aut-idem-Regelung und der Abschluss von Rabattverträgen durch die Krankenkassen führen immer wieder zur Verwirrung beim Ausstellen von Rezepten. Über die wichtigsten Regelungen zur Belieferung von Verordnungen sowie einige Tricks und Fallen, die sich durch die Veränderung von Packungsgrößen durch Herstellerfirmen ergeben, haben wir ausführlich im Juli 2009 in „Verordnung aktuell“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* informiert. Hier einige Auszüge:

Durch die Änderung von Packungsgrößen ihrer Präparate versuchen Arzneimittelhersteller immer wieder, sich den geltenden Austauschmechanismen zu entziehen. So werden häufig die enthaltenen Stückzahlen verändert (von 98 auf 100 Stück oder umgekehrt), um damit dem Austausch zu entgehen. Besondere Stillblüten treibt dieses Vorgehen, wenn noch vorliegende Rabattverträge mit Krankenkassen hinzukommen.

Aktuelles Beispiel: Rabattvertrag der AOK Bayern für den Wirkstoff **Omeprazol**

Die AOK Bayern hat für den Wirkstoff Omeprazol ausschließlich mit der Firma KSK einen Rabattvertrag abgeschlossen, der sich über einen Zeitraum von zwei Jahren erstreckt. Von diesem Rabattvertrag betroffen sind die Präparate der Packungsgrößen 15 Stück (N1), 28 Stück (N2), 56 Stück (N3), 98 Stück (N3), die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses auf dem Markt waren. Nach Abschluss des Rabattvertrages hat der Hersteller weitere Packungsgrößen auf den Markt gebracht, für die kein Rabattvertrag mit der AOK Bayern existiert: 14 Stück (N1), 30 Stück (N2), 50 Stück (N2), 60 Stück (N3), 100 Stück (N3).

Ein Rabattpräparat kann jedoch nur abgegeben werden, wenn für die auf dem Rezept angegebene Stückzahl auch ein rabattiertes Präparat existiert.

Verordnen Sie also „Omeprazol KSK 40 mg 98 Stück“ oder „Omeprazol 40 mg 98 Stück“ für einen AOK-Patienten, wird ein rabattiertes Arzneimittel abgegeben. Verordnen Sie „Omeprazol KSK 40 mg 100 Stück“ für einen AOK-Patienten, wird kein rabattiertes Präparat abgegeben. Der Apotheker kann nun zwischen dem Präparat der Firma KSK oder einem der drei preisgünstigsten Präparate wählen. Im konkreten Fall ist das unrabattierte Präparat der Firma KSK jedoch 23 Euro teurer als das günstigste vergleichbare Generikum! Verordnen Sie im Rahmen einer Wirkstoffverordnung „Omeprazol 40 mg 100 Stück“, wird eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgegeben.

Besonders vor dem Hintergrund dieses Vertrags stellt sich der Sinn von Rabattverträgen als Mittel zur kostengünstigen Verordnung. Es kann nicht Ziel dieser Verträge sein, dass der Arzt durch Irreführung teure Präparate anstelle kostengünstiger Generika verordnet. Vom Arzt eine genaue Kenntnis der Rabattverträge jeder Krankenkasse mit einzelnen Firmen inklusive der rabattierten Stückzahlen zu verlangen, ist nicht hinnehmbar.

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

QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER PRAXIS – STICHTAG 31. DEZEMBER 2009

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in der Qualitätsmanagement-Richtlinie festgelegt, dass alle Praxen **bis zum Ende des Jahres** (oder vier Jahre nach Niederlassung) ihr einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) geplant und umgesetzt haben müssen. Die QM-Richtlinie legt hierfür Grundelemente und Instrumente fest. Diese sind unterteilt in die Bereiche Patientenversorgung und Praxisführung/ Mitarbeiter/Organisation und umfassen unter anderem die Strukturierung von Behandlungsabläufen, Mitarbeiterorientierung und Informationsmanagement.

Die Instrumente des QM schließen Qualitätsziele, Prozess- und Ablaufbeschreibungen, regelmäßige Teambesprechungen, Beschwerde- und Notfallmanagement sowie Patientenbefragungen ein.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat das QM-System „QEP® – Qualität und Entwicklung in Praxen“ in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen entwickelt, um Sie in Ihrer Praxis bei der Einführung des Qualitätsmanagements zu unterstützen.

Seminarangebot der KVB

Darauf basierend bietet Ihnen die KVB noch bis Ende des Jahres anderthalbtägige QEP®-Einführungsseminare an. Für alle Praxen, die daran bereits teilgenommen haben, gibt es Aufbau-seminare zu den Themen Patientenmanagement, Mitarbeiter und Fortbildung sowie Praxisführung und Organisation. Aktuelle Termine finden Sie auch unter www.kvb.de.

Fragen beantworten Ihnen unsere Mitarbeiter unter den Telefonnummern
09 11 / 9 46 67 – 2 21 und
09 11 / 9 46 67 – 3 36

QEP®-Einführungsseminar für Hausärzte

11./12. September 2009 KVB München

QEP®-Einführungsseminare für Haus- und Fachärzte

18./19. September 2009 KVB Nürnberg
25./26. September 2009 KVB München und KVB Augsburg
9./10. Oktober 2009 KVB Bayreuth und KVB Würzburg
16./17. Oktober 2009 KVB Regensburg
4./5. Dezember 2009 KVB München

QEP®-Einführungsseminare für Psychotherapeuten

6./7. November 2009 KVB München
27./28. November 2009 KVB München

QEP®-Einführungsseminar in Kooperation mit dem BDI

18./19. Dezember 2009 KVB München

Weitere Fragen beantworten Ihnen unsere Mitarbeiter unter den Telefonnummern 09 11 / 9 46 67 – 3 23 und 09 11 / 9 46 67 – 3 36.

Qualitätszirkel: Schulungen für Moderatoren

Die KVB bietet für an der Gründung eines Qualitätszirkels interessierte Ärzte Schulungen an. Inhalt der Veranstaltungen sind Moderationstechniken, Dokumentation der Sitzungen, die strukturierte Vorbereitung und die Verbesserung der kommunikativen Kompetenz. Durchgeführt werden die Moderatoren-Schulungen von Qualitätszirkel-Tutoren, die ihre eigene Erfahrung mit einbringen.

Grundschulung für ärztliche Qualitätszirkel

Die Teilnahme an der halbtägigen Schulung ist die Voraussetzung, um einen von der KVB anerkannten und geförderten Qualitätszirkel zu leiten. Vermittelt werden die Grundlagen für die Leitung sowie formelle Grundlagen.

10. Oktober 2009 KVB München
5. Dezember 2009 KVB Nürnberg

Aufbaukurs für ärztliche Qualitätszirkel

Dieser halbtägige Kurs baut auf der Grundschulung auf. Die Moderatoren lernen unter anderem strukturierte Ablaufpläne (Dramaturgien) kennen.

17. Oktober 2009 KVB Nürnberg

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel

Die Teilnahme an diesem eintägigen Kurs ist Voraussetzung für die Leitung eines Qualitätszirkels nach den Qualitätszirkel-Grundsätzen der KVB. Es werden die Inhalte der Grundschulung sowie des Aufbaukurses vermittelt.

26. September 2009 KVB München
14. November 2009 KVB Regensburg

QUALITÄTSMANAGEMENT – WELCHE ZERTIFIZIERUNG MACHT SINN?

Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen. Die konkrete Ausgestaltung dieser Verpflichtung wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der QM-Richtlinie erarbeitet. Sie definiert bestimmte Grundelemente und Mindestanforderungen. Die Verwendung eines bestimmten QM-Systems und die Zertifizierung nach einem QM-System fordert sie jedoch nicht. Nach der Einführung eines Systems in der Praxis ist es aber unter Umständen sinnvoll, die Zertifizierung durch eine externe Zertifizierungsfirma durchführen zu lassen. Viele Praxen in Bayern haben sich bereits zu diesem Schritt entschlossen.

Argumente für eine Zertifizierung

- Dokumentation der erfolgreichen Errichtung eines QM-Systems für Patienten, Krankenkassen, Versicherungen
- Überprüfung der Umsetzung und Bestätigung des Praxisteam in seiner erfolgreichen Arbeit
- Feststellung des Verbesserungspotentials durch einen neutralen Auditor
- Wertsteigerung der Praxis
- Marketing, da in bestimmtem Rahmen mit dem Zertifikat geworben werden kann

QM-Systeme wie beispielsweise QEP® (Qualität und Entwicklung in Praxen) oder EPA® werden ausschließlich durch akkreditierte Zertifizierungsstellen überprüft. Bei der Auswahl einer Zertifizierungsstelle für die DIN EN ISO 9001 kann sich der Praxisinhaber für ein akkreditiertes oder nicht akkreditiertes Unternehmen entscheiden. Bei der Auswahl der Zertifizierungsstelle sollte man jedoch Folgendes zur Akkreditierung beachten.

Was bedeutet „Akkreditierung“?

Eine Akkreditierung erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihre Bedeutung liegt darin, dass das Zertifizierungsunternehmen selbst nach einer anerkannten festgelegten Norm (DIN EN ISO/IEC 17021) arbeitet. Beispielsweise verpflichtet sich das Unternehmen, QM-Systeme ausschließlich nach dieser international einheitlichen Anforderung zu zertifizieren. Dadurch stellt das Akkreditierungsunternehmen die gleichbleibende Qualität von Produkt- und Dienstleistungsprüfungen sicher.

Durch eine EU-Verordnung wird es ab 2010 in jedem Mitgliedsstaat nur noch eine nationale Akkreditierungsstelle geben. Unter Beteiligung von Bund, Ländern und Wirtschaft wird dafür eine neue Gesellschaft mit Behördenaufgaben gegründet. Der Gesetzentwurf zur Akkreditierungsstelle ist bereits verabschiedet. Weitere Informationen erhalten Sie beim Deutschen Akkreditierungsrat unter www.dar.bam.de.

Wie wichtig die vorausschauende Auswahl eines Zertifizierungsunternehmens sein kann, zeigt sich derzeit im Programm der Vereinigten IKK (in Kooperation mit der KVB) zur Förderung eines einrichtungsinternen QM in der vertragsärztlichen Versorgung. Zertifizierte Praxen und medizinische Versorgungszentren können dort eine einmalige Bonuszahlung beantragen. Teilnahmevoraussetzung ist unter anderem die Zertifizierung durch eine akkreditierte Zertifizierungsstelle (vergleiche auch www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität*).

Angebot der KVB

Die KVB bietet im Rahmen ihrer QM-Seminare für Praxisinhaber und Praxismitarbeiter ein Seminar zur Vorbereitung auf die QEP®-Zertifizierung an.

Sie erhalten Tipps und Anregungen, wie das Praxisteam eine Zertifizierung nach dem QEP®-System erfolgreich bestehen und großen Nutzen daraus ziehen kann. Erfahrene QEP®-Trainer und QM-Experten ausgewählter Kooperationsfirmen geben Informationen zum Ablauf einer Zertifizierung, zur Selbstbewertung, typischen Stolpersteinen im Zertifizierungsprozess und zur Zeitplanung und Organisation am Visitationstag.

Termine und Anmeldeformulare finden Sie in der QM-Seminarbroschüre 2009 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätsmanagement*. Im kommenden Jahr werden wir die Seminarreihe mit den Themen Zertifizierung und Rezertifizierung erweitern.

Das nächste Seminar findet am 23. September 2009 von 15.00 bis 19.00 Uhr in der KVB in München statt.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 19
 09 11 / 9 46 67 – 3 36
 E-Mail QM-Beratung@kvb.de

VEREINIGTE IKK SIGNAL IDUNA FÖRDERT QM

Die zwischen KVB und der Vereinigten IKK Signal Iduna geschlossene Vereinbarung zur Förderung der Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ist bei den niedergelassenen Vertragsärzten auf positive Resonanz gestoßen. Fast 400 Praxen haben bereits einen Antrag auf die Förderung in Form einer Einmalzahlung in Höhe von 250 Euro gestellt. Voraussetzung für den Erhalt der Förderung ist der erfolgreiche Abschluss einer Zertifizierung des in der jeweiligen Praxis eingesetzten QM-Systems.

Beide Vertragspartner begrüßen es sehr, dass immer mehr niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten die Chancen eines durchgängigen Qualitätsmanagements in ihren Praxen sehen und ergreifen. Nicht nur die Praxen selbst, auch die Versicherten profitieren davon, dass die Prozesse und Strukturen in den Praxen überschaubar und auf dem neuesten Stand sind.

Da die Fördermittel noch nicht ausgeschöpft sind, besteht weiterhin – bis 30. September 2009 – Gelegenheit diese zu beantragen.

Fragen beantwortet Ihnen

Markus Hütter

Telefon 09 11 / 94 66 7 – 3 19

E-Mail Markus.Hütter@kvb.de

ÜBERWACHUNG VON SEDIERUNGEN

Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen e.V. (DGVS) und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) wurden die S3-Leitlinien „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“ und „Kolonreales Karzinom“ herausgegeben. Ärzte, die gastrointestinale Endoskopien durchführen, sollten folgende Empfehlung der S3-Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“ zur Überwachung der Sedierung (Ziffer 3.3.2. der Leitlinie) beachten:

„Der endoskopierende Arzt ist während der Durchführung der Endoskopie in aller Regel nicht in der Lage, den Vitalfunktionen des Patienten die notwendige Aufmerksamkeit zu schenken. Es ist daher für jede Endoskopie unter Sedierung erforderlich, dass neben dem endoskopierenden Arzt und seiner Endoskopieassistenten eine weitere Person, die nicht in die Endoskopie involviert ist, diese Aufgabe zuverlässig wahrnimmt. Diese qualifizierte Person soll in der Überwachung von Patienten, die Sedativa, Hypnotika und/oder Analgetika erhalten, speziell und nachweislich geschult und erfahren sein. Wann immer der Patient ein erhöhtes Risiko aufweist oder ein langwieriger und aufwendiger Eingriff zu erwarten ist, soll ein zweiter, entsprechend qualifizierter Arzt zugegen sein, der ausschließlich die Durchführung und Überwachung der Sedierung sicherstellt.“

Ärzte, die Polypektomien durchführen, sollten darüber hinaus folgende Empfehlungen der S3-Leitlinie „Kolonreales Karzinom“, zum Polypenmanagement (Nachsorge) – Ziffer IV.5 der Leitlinie – beachten:

„Nach Abtragung kleiner, einzelner, nicht neoplastischer Polypen besteht keine Notwendigkeit einer endoskopischen Nachsorge. Begründung: Bindung endoskopischer Ressourcen.“

Hintergrund: Bei Patienten mit kleinen (kleiner als ein Zentimeter) hyperplastischen Polypen und negativer Familienanamnese besteht offenbar kein erhöhtes Risiko für das Auftreten eines kolorektalen Karzinoms. Hier gelten die allgemeinen Regeln zur KRK-Prävention, das heißt Kontrollkoloskopie nach zehn Jahren. Ausnahmen sind nicht-neoplastische Polyposiserkrankungen (hyperplastische, juvenile, Peutz-Jeghers) mit erhöhtem Risiko einer malignen Entartung.“

Darüber hinaus enthält die S3-Leitlinie „Kolonreales Karzinom“ detaillierte Empfehlungen zum Zeitpunkt der Kontrollkoloskopie nach kompletter Abtragung neoplastischer Polypen (Adenome), abhängig von Anzahl, Größe und Histologie der entfernten Adenome.

Beide S3-Leitlinien können im Volltext unter www.dgvs.de in der Rubrik „Leitlinien der dgvs“ abgerufen werden. Informationen zum rechtlichen Stellenwert medizinischer Leitlinien finden Sie unter www.versorgungsleitlinien.de in der Rubrik Glossar&Kommentare/Kommentare zum NVL-Glossar/Rechtlicher Stellenwert von Leitlinien.

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

KVB FÖRdert ALLGEMEINMEDIZINISCHE WEITERBILDUNG

Für die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in der Praxis niedergelassener Vertragsärzte stehen weiterhin Fördermittel zur Verfügung.

Die KVB setzt sich seit langem dafür ein, die allgemeinmedizinische Weiterbildung für den medizinischen Nachwuchs attraktiv zu gestalten. Um die ambulante flächendeckende Versorgung der bayerischen Bevölkerung im hausärztlichen Bereich in qualitativ hochwertiger Form weiterhin zu gewährleisten, unterstützt die KVB die Weiterbildung von angehenden Hausärzten auf vielfältige Weise.

In Bayern gibt es 600 förderungsfähige Weiterbildungsstellen in Vollzeit. Die Mittel hierzu werden je zur Hälfte von der KVB und den Verbänden der Krankenkassen getragen. Auch für das laufende Jahr 2009 stehen noch ausreichend Fördermittel zur Verfügung. Interessierte Ärzte können daher für dieses Jahr noch eine förderungsfähige Leistung beantragen und bewilligt bekommen.

Die attraktiven Rahmenbedingungen für KVB-Mitglieder:

- 24 Monate Förderungshöchstdauer
- Förderungsfähigkeit auch der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin
- Monatliche Förderung derzeit in Höhe von 2.040 Euro bei Ganztagsbeschäftigung und 1.020 Euro bei Halbtagsbeschäftigung

Die KVB setzt sich aktuell auf Bundesebene dafür ein, diese Förderungsbeträge auf mindestens 4.000 Euro bei einer Ganztagsbeschäftigung zu erhöhen. Derzeit ist allerdings noch nicht absehbar, ob und bis wann unsere Forderung durchgesetzt werden kann.

Die Voraussetzungen für die Gewährung der Fördermittel:

- Der weiterbildende Arzt muss im Besitz einer Weiterbildungsbefugnis der Bayerischen Landesärztekammer für das Gebiet der Allgemeinmedizin oder das Gebiet Innere und Allgemeinmedizin oder für die Weiterbildung in einem auf die Allgemeinmedizin beziehungsweise Innere und Allgemeinmedizin anrechnungsfähigen Fach sein.

Wichtig:

Der weiterbildende Arzt muss eine Weiterbildungsbefugnis nach der WBO 2004 vorweisen, wenn der Weiterbildungsassistent eine Weiterbildung nach der WBO 2004 durchführt. Ansonsten ist eine Auszahlung der Fördermittel nicht möglich!

- Der zu fördernde Weiterbildungsabschnitt des Weiterbildungsassistenten muss nach der Weiterbildungsordnung auf die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin beziehungsweise zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin anrechnungsfähig sein.
- Der Weiterbildungsabschnitt muss mindestens sechs Monate betragen. Weiterbildungsabschnitte mit einer Dauer von weniger als sechs Monaten sind nur förderungsfähig, wenn diese Abschnitte für die Weiterbildung in den Gebieten Allgemeinmedizin beziehungsweise Innere und Allgemeinmedizin nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung von der Bayerischen Landesärztekammer als anrechnungsfähig anerkannt wurden.
- Der Weiterbildungsassistent muss über die ärztliche Approbation oder eine Erlaubnis zur vorüber-

gehenden Ausübung des ärztlichen Berufs nach Paragraph 10 Bundesärzteordnung verfügen.

Die Fördermittel können bei der KVB beantragt werden. Die entsprechenden Antragsformulare können Sie sich auf der Internetseite der KVB unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Allgemeinmedizin-Förderung* herunterladen.

Angehende Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, die eine freie Weiterbildungsstelle im ambulanten oder stationären Bereich suchen, können den Vermittlungspool „Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin“ der KVB nutzen. Er macht es angehenden Hausärzten einfacher, die einzelnen Ausbildungsabschnitte wohnortnah auszuwählen und zeitlich gut aufeinander abzustimmen. Sie finden den Vermittlungspool unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote*.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Präsenzberater. Deren Kontaktdaten erhalten Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Beratung/Präsenzberater Praxisführung*.

NACHWEIS DER FORTBILDUNGSPFLICHT

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurde zum 1. Januar 2004 mit der Vorschrift des § 95d SGB V eine allgemeine Fortbildungsverpflichtung in das SGB V eingeführt. Ärzte und Psychotherapeuten, die bereits am 1. Juli 2004 an der vertragsärztlichen beziehungsweise psychotherapeutischen Versorgung teilgenommen haben, mussten erstmalig bis zum 30. Juni 2009 gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung die Erfüllung ihrer Fortbildungspflicht nachweisen. In Bayern waren 21.000 Ärzte und Psychotherapeuten betroffen. Die große Mehrheit der Ärzte und Psychotherapeuten hat bis zu diesem Termin mindestens 250 Fortbildungspunkte nachgewiesen. Gerade zum Ende des ersten Ablaufzeitraums haben uns viele Fragen zum Thema Fortbildungspflicht erreicht. Die am häufigsten gestellten Fragen haben wir für Sie zusammengefasst:

Welche Folgen hat eine unzureichende Fortbildung?

Erfüllt ein Vertragsarzt beziehungsweise -psychotherapeut seine Fortbildungsverpflichtung nicht oder nur unvollständig, ist die KV gesetzlich verpflichtet, das Honorar zu kürzen (§ 95d Abs. 3 SGB V). Das Honorar wird in den ersten vier Quartalen, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um zehn Prozent gekürzt. Ab dem fünften Quartal beträgt die Kürzung 25 Prozent. Der Nachweis der Fortbildung kann binnen zwei Jahren ganz oder teilweise nachgeholt werden. Die nachgeholt Fortbildung wird nicht auf den folgenden Fünfjahreszeitraum angerechnet. Anderenfalls hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Antrag auf Entziehung der Zulassung beim Zulassungsausschuss zu stellen.

Wann endet bei nachgeholter Fortbildung die Honorarkürzung?

Die Honorarkürzung endet erst nach Ablauf des Quartals, in dem der voll-

ständige Fortbildungsnachweis geführt wird.

Wie erfolgt die Kürzung bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAGen), Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Ärzten mit einem angestellten Arzt?

Bei BAGen und MVZ erfolgt eine anteilige, individuelle Honorarkürzung des jeweiligen Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten, der seiner Fortbildungspflicht nicht nachgekommen ist. Ärzte mit angestellten Ärzten werden wie BAGen behandelt, das heißt, nur der Arzt oder angestellte Arzt, der seine Fortbildungspflicht nicht erfüllt, wird auf der Basis des anteiligen individuellen Honorars bei der Kürzung berücksichtigt.

Wann beginnt der Fünfjahreszeitraum, innerhalb dessen 250 Fortbildungspunkte nachgewiesen werden müssen, für Ärzte und Psychotherapeuten, die nach dem 30. Juni 2004 zugelassen wurden?

Für Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeuten, die ab dem 1. Juli 2004 zugelassen wurden, beginnt der Fünfjahreszeitraum mit dem Zeitpunkt der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Gilt die Fortbildungspflicht auch für Klinikärzte?

Ende Dezember 2005 hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage des § 137 SGB V Einzelheiten zur Fortbildungspflicht in Kliniken angestellter Fachärzte vereinbart. Nunmehr sind auch im Krankenhaus tätige Fachärzte (nicht Belegärzte und ermächtigte Ärzte nach § 116 SGB V) verpflichtet, innerhalb von fünf Jahren (Stichtag ist der 1. Januar 2006) 250 Fortbildungspunkte zu erwerben. Im Unterschied zum ambulanten Bereich müssen 150 dieser Punkte fachspezifisch erworben werden. Die Festlegung

trifft der Facharzt selbst, muss sich diese jedoch vom Ärztlichen Direktor schriftlich bestätigen lassen. Der Nachweis über die erbrachten Fortbildungen ist ebenfalls dem Ärztlichen Direktor – also nicht der Kassenärztlichen Vereinigung – beizubringen.

Weitere Fragen und Antworten finden Sie auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/FAQs/F – Fortbildungsverpflichtung*.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Präsenzberater. Deren Kontaktdaten erhalten Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Beratung/Präsenzberater Praxisführung*.

FESTSTELLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Zwischen der KVB und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) wurde für Anfragen des MDK zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein Vordruck vereinbart. Für die Auskunftserteilung sowie für Kopie und Übersendung der Unterlagen (inklusive Porto) kann der Arzt die GOP 98947 ansetzen.

Vereinzelte stellen wir fest, dass der MDK versucht, entsprechende Auskünfte (Arztbriefe) über den Patienten zu erlangen. Hierdurch geht dem Arzt die vereinbarte und ihm zustehende Vergütung verloren. Bitte achten Sie deshalb darauf, dass Auskünfte betreffend der Pflegebedürftigkeit Ihrer Patienten stets nur bei Verwendung des vereinbarten Vordrucks durch den MDK gegeben werden.

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

VERTRAG „ÄRZTE/UNFALL-VERSICHERUNGSTRÄGER“

Die Vertragspartner des Vertrags „Ärzte/Unfallversicherungsträger“ haben uns darüber informiert, dass der Neudruck des Formulars „Ärztliche Unfallmeldung“ (Formtext F1050) erhebliche Kosten verursacht. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten, sich – wenn möglich – das entsprechende Formular selbst aus dem Internet herunterzuladen. Sie finden es unter www.dguv.de/formtexte/aerzte/index.jsp.

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

BETRIEBSSTÄTTENVERLEGUNG VBZ AUGSBURG

Die Vermittlungs- und Beratungszentrale (VBZ) Augsburg wurde am 22. Juli 2009 nach München verlegt. Die Verlegung der Betriebsstätte bleibt für Sie als Mitglied ohne Konsequenzen.

- Die Vermittlung des Bereitschaftsdienstes wird in der gewohnt hohen Qualität fortgeführt.
- Anrufe werden weiterhin unter der einheitlichen Rufnummer des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Bayern 0 18 05 / 19 12 12* entgegengenommen.
- Ärzte, die im Bereitschaftsdienst tätig sind, können wie bisher unter den bekannten Rufnummern anrufen und sich zu den Themen Dienstaustausch, Vermittlung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und Disposition der Patientenanfragen beraten lassen.

Fragen beantwortet Ihnen
 Guido Zdenka
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 88
 E-Mail Guido.Zdenka@kvb.de

MÜNCHNER WOCHEN FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT

Podiumsdiskussion „Sie fragen – Experten antworten“

Anlässlich der ersten Münchner Woche für Seelische Gesundheit findet am 8. Oktober 2009 im Seminarzentrum des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbands München eine Podiumsdiskussion mit Ärzten und Psychotherapeuten zum Thema „Wege im Psycho-Dschungel – Orientierung im Helfersystem“ statt. Moderiert wird die Veranstaltung von Dr. Irmgard Pfaffinger, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, und Dr. Peter Scholze, hausärztlicher Internist und Psychotherapeut. Teilnehmer – Interessierte, Betroffene, Kollegen – haben Gelegenheit, mit Vertretern folgender Fachgruppen zu diskutieren:

- Hausärzte
- Fachärzte für Innere Medizin
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

Darüber hinaus sind Vertreter von stationären, teilstationären und Kriseneinrichtungen anwesend. Die Veranstaltung will Wege im Psycho-Dschungel aufzeigen und Orientierung im Helfersystem geben, da für die Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen eine Vielzahl unterschiedlicher Spezialisten, sowohl in Kliniken als auch in der ambulanten Praxis, zur Verfügung stehen.

Die Podiumsdiskussion des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbands München und der KVB findet von 18.30 bis 21.00 Uhr im Seminarzentrum des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbands

München, Elsenheimerstraße 63 (Erdgeschoss), 80687 München statt. Der Eintritt ist frei, die Räume sind barrierefrei erreichbar. Vor und nach der Diskussionsrunde stehen die Podiumsteilnehmer den Besuchern für Fragen zur Verfügung.

Wir möchten Sie bitten, auch Ihre Patienten und Kollegen auf diesen Termin hinzuweisen. Unter www.woche-seelische-gesundheit.de finden Sie Informationen zu über hundert weiteren Veranstaltungen, die zwischen dem 5. und 11. Oktober 2009 stattfinden. Außerdem können Sie dort weitere Informationen anfordern.

Fragen beantwortet Ihnen
 Dietmar Kramer
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 09
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 32 09
 E-Mail Dietmar.Kramer@kvb.de

SCHWEINEGRIPPE: RKI BITTET UM MITHILFE

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat gemeinsam mit dem Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) ein System zur elektronischen Surveillance (SEED^{ARE}) entwickelt, das schrittweise zusätzlich zur syndromischen Surveillance der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) aufgebaut wird, um ein möglichst gutes Bild der Betroffenheit und Krankheitslast in der Bevölkerung zu erhalten. Derartige Daten dienen der Erstellung eines Lagebildes und der Situations einschätzung für die Fachkreise und für die Allgemeinbevölkerung. Sie geben dem RKI die Möglichkeit, treffsichere Empfehlungen für Schutzmaßnahmen und zum Patientenmanagement zu geben. Insbesondere werden hausärztlich und pädiatrisch tätige Ärzte gebeten, sich an der elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) zu beteiligen.

Der Vorteil dieses Sentinels (SEED^{ARE}) wird vom RKI in der geringen Arbeitsbelastung für den Arzt und das Praxispersonal gesehen. Dadurch könnten die Zeitnähe und die Stabilität beispielsweise auch während einer Pandemie gewährleistet werden. Das SEED^{ARE}-System wird bei entsprechend hoher Teilnahmequote von Arztpraxen perspektivisch auch die regionale Ausbreitung der Influenza beobachten. Damit kann die Krankheitslast der Bevölkerung noch genauer als bisher eingeschätzt werden. Einem Großteil der niedergelassenen Ärzte steht dieses Instrument bereits jetzt über ihr Praxisverwaltungssystem zur Verfügung (siehe Deutsches Ärzteblatt, Heft 5, Seite A176). Nach der Aktivierung sollen sich die weiteren Schritte auf das Absenden einer automatisch verschlüsselten E-Mail pro Woche beschränken. Praxen, die sich an diesem Sentinel beteiligen möchten, werden gebeten, sich per E-Mail mit dem RKI in Verbindung zu setzen: seed.are@rki.de

QUOTENREGELUNG IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie hinsichtlich der Quotenregelung in der psychotherapeutischen Versorgung beschlossen. Danach sind in jedem Planungsbereich 20 Prozent der Zulassungsmöglichkeiten denjenigen psychotherapeutischen Leistungserbringern vorbehalten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln.

Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln sowie Leistungserbringer, deren psychotherapeutische Leistungen an Kindern und Jugendlichen mindestens 90 Prozent ihrer Gesamtleistungen betragen, sind Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.

Trotz der derzeit in allen bayerischen Planungsbereichen bestehenden Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten sind daher in einzelnen Planungsbereichen neue Niederlassungen – insbesondere für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten – möglich. Allerdings werden aufgrund einer zwingenden, für zwei Jahre anzuwendenden Übergangsvorschrift zunächst nur Zulassungsmöglichkeiten entstehen, bis in jedem Planungsbereich eine Versorgungsquote in Höhe von zehn Prozent erreicht ist. Hintergrund ist, dass eine möglichst gleichmäßige Anhebung der Versorgung erreicht werden soll.

Wichtig: Der Beschluss ist noch nicht in Kraft. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Beschluss noch bis Ende August beanstanden. Bei Redaktionsschluss stand noch nicht fest, ob die beschlossene Regelung in dieser Form gültig wird.

Sobald die Regelung in Kraft tritt, kann der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Feststellungen über Zulassungsmöglichkeiten für ärztliche Psy-

chotherapeuten beziehungsweise für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, treffen. Dies wird voraussichtlich im September 2009 der Fall sein.

Die Anzahl der neu zu besetzenden Vertragsarzt beziehungsweise Vertragspsychotherapeutesitze wird anschließend im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht. Interessenten haben dann 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 Hochrechnungen der KVB haben ergeben, dass in einzelnen Planungsbereichen in Ober-, Mittel- und Unterfranken sowie in Niederbayern mit Niederlassungsmöglichkeiten von Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, zu rechnen ist.

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

FORTBILDUNG „AKUTSITUATIONEN IM ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST“

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer 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 I)
- Erfahrene Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkte
- Begleitmaterial

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 Nofälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- Richtlinien der Bundesärztekammer sowie des European Resuscitation Council (ERC)
- Praktische Übungen in Form eines Mega-Code-Trainings in Kleingruppen

Fortbildungspunkte: 8

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: jeweils 9.00 – 16.30 Uhr

Termine

Samstag, 26. September 2009
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 28. November 2009
KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II:

- Atemwegserkrankungen und -verlegung bei Kindern
- Vergiftungen/Ingestionsunfälle
- Typische Erkrankungen und Verletzungen (auch Verbrennungen) im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: jeweils 17.00 – 20.00 Uhr

Termine

Mittwoch, 28. Oktober 2009
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul III:

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: jeweils 17.00 – 20.30 Uhr

Termine

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/Akutsituationen im Ärztlichen 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 Augenärzte

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

Notfalltraining für das Praxisteam

Abrechnungsworkshop Hausärzte und hausärztliche Kinderärzte

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Mitgliederversammlung in Rosenheim (Gasthof-Hotel Höhensteiger)

Aktive Praxissteuerung – betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Abrechnungsworkshop Hausärzte und hausärztliche Kinderärzte

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Gynäkologen

Info-Tag: Existenzgründer

Verordnungen – Workshop für Praxismitarbeiter

Evidenzbasierte Arzneimittelinformation – wie bewerte ich klinische Studien?

Die psychotherapeutische Praxis

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start

QM-Seminare

Patientenmanagement (QEP-Tagesseminar)

Vorbereitung auf die QEP-Zertifizierung (Halbtagesseminar)

Praxisführung und -organisation (QEP-Tagesseminar)

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. September 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. September 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber kurz nach der Niederlassung	kostenfrei	16. September 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. September 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. September 2009	10.00 bis 13.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. September 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. September 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
alle KVB-Mitglieder	kostenfrei	23. September 2009	19.30 Uhr	Rosenheim
Praxisinhaber	kostenfrei	23. September 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. September 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. September 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. September 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	25. September 2009	15.00 bis 20.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. September 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	30. September 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	30. September 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. September 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. September 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber kurz nach der Niederlassung	kostenfrei	30. September 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	188,- Euro	19. September 2009	9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	23. September 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	188,- Euro	10. Oktober 2009	9.00 bis 16.30 Uhr	München

