

KVBINFOS 2009

Jahresinhaltsverzeichnis



	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
ABRECHNUNG		Doppelabrechnungen vermeiden	10/145
Abrechnung Bundeswehr und Zivildienst	7-8/103	EBM-Änderungen zum 1. April 2009	5/62
Abrechnung Bundeswehr und Zivildienst	9/126	EBM-Änderungen zum 1. Juli 2009	10/142
Abrechnung von Anfragen des Medizinischen Dienstes	1/4	EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2009	9/122
Abrechnung von Sachkosten	5/64	EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2009	10/143
Abrechnung von Tumormarkern	1/5	EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2009	11/154
Abrechnungsabgabe Quartal 4/2008	1/2	Erbringen von Anästhesieleistungen	11/155
Abrechnungsabgabe Quartal 1/2009	3/26	Erweiterung Tonsillotomieverträge	12/176
Abrechnungsabgabe Quartal 1/2009	4/46	Fortführung Diabetesvereinbarungen	9/125
Abrechnungsabgabe Quartal 2/2009	6/82	Fortführung Diabetesvereinbarungen	10/145
Abrechnungsabgabe Quartal 2/2009	7-8/102	Fusion: IKK-Direkt und Techniker Krankenkasse	3/30
Abrechnungsabgabe Quartal 3/2009	9/118	Genehmigungspflichtige Leistungen	12/176
Abrechnungsabgabe Quartal 3/2009	10/142	Genetische Diagnostik	11/159
Abrechnungsabgabe Quartal 4/2009	12/170	GOP 33061: Wie oft berechnungsfähig?	4/48
Alter bei Dialysesachkosten beachten	3/27	Herausforderung Arztnummernsystematik	1/2
Änderung der Abrechnungsbestimmungen	6/82	Hinweise zum Ausfüllen von Muster 10A	5/64
Änderung der Honorarunterlagen	2/14	Honorarreform – Änderungen für das Quartal 3/2009	6/86
Änderungen in Kapitel 32 (Labor)	5/63	Honorarreform – Informationen für das Quartal 4/2009	9/120
Ausgliederung der Laborleistungen bei GOP 01732 und 01734	11/154	Honorarreform – Informationen für das Quartal 1/2010	12/171
Auzahlungspunktwerte des Quartals 3/2008	4/49	Honorarreform: Was sind die „freien Leistungen“?	4/46
Auszahlungspunktwerte des Quartals 4/2008	5/65	Hüftsonographie bei Säuglingen	1/4
Berechnungsfähigkeit bei Strahlentherapie	6/91	Hüftsonographie bei Säuglingen	3/27
Bereitschaftsdienstpauschale	12/175	Jobsharing-Obergrenzen	11/159
Betreuungspauschalen Diabetesvereinbarung	12/174	Kodierung von Diagnosen	9/123

	Ausgabe/Seite
Kostenerstattung bei Bundesbahnbeamten	12/178
Kostenerstattung für Chlamydien-Screening	9/125
Krankenversorgung Bundesbahnbeamte	7-8/103
Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus	4/48
Leistungsbewertungen in der Reproduktionsmedizin	3/29
Leistungsbewertungen in der Strahlentherapie	3/28
MRSA-Laborabrechnung	1/3
Neue Homöopathieverträge	9/126
Neue Impfziffern	3/27
Neuer Hautscreeningvertrag der BKK	6/90
Punktwert Direktabrechnungsverfahren	3/30
RIV-Zuweisungsbescheid 4/2009 und RIV-Antragsbearbeitung 4/2009	9/118
Sachkosten mit der Kennzeichnung „T“ und „W“	11/156
Schmerztherapie – GOP 30706 und 30708	7-8/102
Schreiben zur Honorarreform	4/48
Schweinegrippe: Schnelltest	7-8/103
Spezialisierte Versorgung von Patienten mit HIV ab 1. Juli 2009	9/124
Strukturvertrag Bundesknappschaft	7-8/102
Vergütung von Leistungen für Soldaten	3/30
Verjährung von Arztrechnungen	12/178
Veröffentlichung Auszahlungspunktwerte	3/26
Verwendung von Muster 10A und Muster 10	1/3
Verwendung von Vordruckmustern	11/156

	Ausgabe/Seite
Weniger Abrechnungsunterlagen per Post	2/14
Wirtschaftlichkeitsbonus Labor	7-8/103
Wirtschaftlichkeitsbonus Labor 2/2007	3/26
Zahlungsforderung der argab	12/175
Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 1/2010	12/170
Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 2/2009	4/47
Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 3/2009	6/89
Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 4/2009	9/121
Zuweisung der RLV bei (statusrelevanten) Änderungen in der Praxis	6/90

VERORDNUNGEN

Änderung von Vordrucken	7-8/105
Arzneikostenfrühinformationen	11/160
Arzneikostenfrühinformationen	7-8/105
Arzneikostentrendmeldung in SmarAkt	6/92
Arzneimitteldaten-Formularbedruckung	9/126
Arzneimittel-Infoservice	4/55
Arzneimittel-Infoservice	7-8/106
Arzneimittel-Infoservice	10/146
Arzneimittelsicherheit	1/5
Arzneimittelsicherheit in der Schwangerschaft	3/32
Arzneimittelvereinbarung 2010	12/179
AutIdem-Rabattverträge	2/16

	Ausgabe/Seite
Bescheinigungen für Bonusprogramme	1/6
Einsparpotentiale bei Interferon beta 1b	5/72
Formatänderung Muster 13	1/6
Günstig verordnen – trotz Herstellertricks	9/129
Heilmittelverordnungen bei Frühförder- und Tagesstättenplänen nicht prüfrelevant	2/15
Hilfsmittel nur vom „Vertragspartner“?	3/31
Hilfsmittelverordnungen: www.rehadat.de bietet Unterstützung	7-8/104
Keine Mischrezepte für Arzneimittel, Hilfsmittel und Impfstoffe	3/31
Kostenerstattung bei Wahlтарifen	1/7
Krankenbeförderung wirtschaftlich verordnen	12/180
LANR und BSNR auf Verordnung nötig	12/179
Meningokokken-Impfstoff	12/182
Me-too-Präparate	1/7
Missbrauch von Fentanylplastern	5/71
Nagelkorrektur-/Orthonyxiespangen	1/7
Neue Arzneimittel	5/72
Neue Arzneimittel	7-8/107
Neue Arzneimittelvereinbarung ab 2009	1/5
Neuer Arzneimittelservice der AKdÄ	4/55
Neufassung Arzneimittel-Richtlinie	9/127
Neufassung Arzneimittel-Richtlinie	12/178
Neufassung Arzneimittel-Richtlinie	5/70
Pharmakotherapie im Qualitätszirkel	2/15
Praxisbesonderheiten	1/5

	Ausgabe/Seite
Richtig gestellt	5/72
Rückforderungen der Krankenkassen	2/14
Schutzimpfungs-Richtlinie gilt	10/147
Stationäre Krankenhausbehandlung	12/182
Therapiesicherheit	5/73
Unzulässiger Sprechstundenbedarf	9/128
Venlafaxin generisch verfügbar	2/16
Verordnung von Brustprothesen	5/71
Verordnung von Impfstoffen	4/54
Verordnung von Kontrazeptiva	6/94
Verordnungen außerhalb der ambulanten Versorgung	6/93
Verordnungsfähige Medizinprodukte	11/159
Verordnungsfähige Medizinprodukte für GKV-Versicherte	1/6
Verschreibungspflicht für Paracetamol und Johanniskraut	3/32
Von der Verordnung bis zur Abgabe von Arzneimitteln	6/92

PRAXISFÜHRUNG

Abmahnung bei der eigenen Homepage	7-8/108
Elektronische Patientenakten	7-8/109
Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten – Tarifänderung seit 1. September 2008	1/8
KVB vermittelt Praxisvertreter	11/162
KVIdent: Mit der Praxis online	7-8/107
Pflicht zur eDoku des Hautkrebsscreenings	1/8

	Ausgabe/Seite
Sprechstundentätigkeit – Mindestzeiten	5/73
Zu früh für neue Kartenlesegeräte	5/74
 QUALITÄT	
Anwendung des Kinderfilters in der Röntgendiagnostik	3/33
Dokumentation in Qualitätszirkeln	7-8/110
Fortbildungspunkte Sonographie	5/74
Histopathologie Hautkrebsscreening	11/161
Konstanzprüfung der Röntgeneinrichtung bei Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen	3/36
Kurative Mammographie: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V	2/16
Mindestanzahl bei urologischen Röntgenaufnahmen	5/75
Neufassung der Ultraschallvereinbarung	3/34
Qualitätsmanagement – Welche Zertifizierung macht Sinn?	9/131
Qualitätsmanagement in der Praxis – Stichtag 31. Dezember 2009	9/130
Qualitätssicherung laboratoriums- medizinischer Untersuchungen	7-8/109
Sonographie Abdomen und Retroperitoneum	5/74
Überwachung von Sedierungen	9/132
Umfrage in Pflegeheimen	12/183
Vakuumbiopsie der Mamma	10/147
Vereinigte IKK Signal Iduna fördert QM	9/132
Zuschuss für QM-Beratungen	11/161

	Ausgabe/Seite
 ALLGEMEINES	
Abmahnung wegen Pandemie-Broschüre	11/164
Alkoholmissbrauch von Jugendlichen	11/164
Änderung Muster 30, 39 und 40	1/9
Betriebsstättenverlegung VBZ Augsburg	9/135
„Chronische Herzinsuffizienz“ im DMP KHK	11/163
Chronische Niereninsuffizienz	11/163
Diabetesvereinbarungen bis Ende Juni gültig	5/76
DMP-Teilnahmeanträge	7-8/111
eDokumentation zum Hautkrebsscreening	3/38
Eintragungsofferten unseriöser Verlage	2/17
Elektronische Vernetzung in Arztpraxen	3/39
Europäische Krankenversicherungskarte	12/183
Existenzgründer und Praxisabgeber	7-8/112
Fallstricke bei Überweisungen	2/17
Feststellung der Pflegebedürftigkeit	9/134
Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V	6/94
Kündigung Diabetesvereinbarungen	1/8
KVB fördert allgemeinmedizinische Weiterbildung	9/133
KVB initiiert Studie zum Einweisungsverhalten	2/18
KVB-Arztsuche – mit Ihrer Praxis im Internet	7-8/111
LKK-Vertrag zu Asthma/COPD	1/9
Münchner Woche für Seelische Gesundheit	9/135
Nachweis der Fortbildungspflicht	9/134

	Ausgabe/Seite
Neuaufgabe des Mutterpasses	10/148
Neufassung DMP-Brustkrebs-Vertrag	11/163
Online-Kommunikation: geringere Kosten	1/9
PKV-Basistarif: Verhandlungen gescheitert	3/37
Praxisbewertungen: Richtigstellung	3/39
Rechenschaftsbericht der KVB	3/36
Regionale Vereinbarungen 2009	3/37
Schweinegrippe: RKI bittet um Mithilfe	9/136
Service-Telefon: Warum kostenpflichtig?	5/76
Überweisungen	1/8
Umsatzsteuer: Empfängnisverhütung	6/94
Versicherungspflicht beim Wechsel von Freiberuflichkeit ins Angestelltenverhältnis	7-8/110
Vertrag „Ärzte/Unfallversicherungsträger“	9/135
Voraussetzungen für die Teilnahme am Notarzdienst	3/38
Vorsicht bei Eintragungsofferten von Verlagen	7-8/112
Zur Influenza A/H1N1 („Schweinegrippe“)	7-8/111

INFORMATIONEN FÜR FACHÄRZTE

Onkologievereinbarung	6/95
Strukturvertrag Katarakt	6/95

INFORMATIONEN FÜR HAUSÄRZTE

KVB-Hausarztverträge haben Bestand	2/18
Tischvorlage und Check-Up-Kalender	4/56

	Ausgabe/Seite
INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN	
Änderung bei der Bedarfsplanung der Psychotherapeuten	3/40
Broschüre „Psychotherapeutische Leistungen“	1/9
Hilfe für Kinder und Jugendliche	2/19
PTK-Fachtagung in der LMU München	2/19
Quotenregelung in der psycho- therapeutischen Versorgung	9/136
Quotenregelung Psychotherapie	12/184
Veranstaltungshinweis der PTK Bayern	1/9

SEMINARE

Betriebswirtschaft für den Vertragsarzt	3/41
„eTIKS“ – per Mausclick klaren Durchblick bei klinischen Studien	7-8/113
Existenzgründungsseminare	7-8/113
Forum für Existenzgründer und Praxisabgeber	3/41
Hygienemanagement in Praxen	2/21
Neue Broschüre „Beratung und Service“	3/41
Neue Seminarbroschüre	6/96
Pharmaunabhängige Fortbildung zur Arzneimittelvereinbarung 2009	2/21

KVBINFOS 01/09

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 2 Abgabe der Abrechnung Quartal 4/2008
- 2 Herausforderung Arztnummernsystematik
- 3 MRSA-Laborabrechnung
- 3 Verwendung von Muster 10A und Muster 10
- 4 Abrechnung von Anfragen des Medizinischen Dienstes
- 4 Hüftsonographie bei Säuglingen
- 5 Abrechnung von Tumormarkern

VERORDNUNGEN

- 5 Neue Arzneimittelvereinbarung ab 2009
- 5 Praxisbesonderheiten

- 5 Arzneimittelsicherheit
- 6 Formatänderung Muster 13
- 6 Bescheinigungen für Bonusprogramme
- 6 Verordnungsfähige Medizinprodukte für GKV-Versicherte
- 7 Me-too-Präparate
- 7 Kostenerstattung bei Wahlтарifen
- 7 Nagelkorrektur-/Orthonyxien

PRAXISFÜHRUNG

- 8 Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten – Tarifänderung seit 1. September 2008
- 8 Pflicht zur eDoku des Hautkrebsscreenings

ALLGEMEINES

- 8 Kündigung Diabetesvereinbarungen
- 8 Überweisungen
- 9 LKK-Vertrag zu Asthma/COPD
- 9 Änderung Muster 30, 39 und 40
- 9 Online-Kommunikation: geringere Kosten

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

- 9 Broschüre Psychotherapeutische Leistungen
- 9 Veranstaltungshinweis der PTK Bayern

KVB SEMINARE

- 10 Die nächsten QM-Seminare

ABRECHNUNGSABGABE QUARTAL 4/2008

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen für das 4. Quartal 2008 bis Montag, **12. Januar 2009**, ein. Gerne können Sie uns die Unterlagen auch schon früher zusenden. Denken Sie bitte daran, mit Ihrer Abrechnung die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich der gegebenenfalls notwendigen Unterlagen – wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe – an uns zu senden. Dies gilt auch, wenn Sie uns Ihre Datei online übermitteln.

Wenn Sie eine Empfangsbestätigung über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen wünschen, fordern Sie diese bitte einfach bei uns an.

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

HERAUSFORDERUNG ARZTNUMMERNSYSTEMATIK

Seit 1. Juli 2008 ist die neue Arztnummernsystematik – eine der wesentlichen Auswirkungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) – in Kraft. Eine Mammutaufgabe für alle Beteiligten, da fast 28.000 Leistungserbringer neue Nummern erhielten. Lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR) und viele neue Nebenbetriebsstättennummern (NBSNR) mussten erst in den Praxisalltag integriert werden. Für das von vielen Praxen aufgebrachte Verständnis und die zahlreichen konstruktiven Hinweise bedanken wir uns ausdrücklich.

Dank dieser Hilfe hielten sich die Datenprobleme in Grenzen, obwohl die Kassenärztlichen Vereinigungen und Praxissoftwarehersteller die zentralen Vorgaben kurzfristig umsetzen mussten. Die erste Abrechnung unter den Bedingungen der neuen Arztnummernsystematik (Quartalsabrechnung 3/2008) ist bereits erfolgt. Aus den daraus resultierenden Erfahrungen haben wir folgende Bitten an Sie:
Wenden Sie die neue Arzt- und Betriebsstättennummern korrekt an. Dies minimiert den Verwaltungsaufwand bei allen Beteiligten (Praxen, KVen, Krankenkassen, Apothekenrechenzentren) und Sie

- vermeiden Richtigstellungen der Abrechnung wegen Fehlangaben,
- minimieren das Regressrisiko durch die Krankenkassen bei Verordnungen,
- verhindern den Vorwurf von Pflichtverstößen, die unter Umständen disziplinarrechtliche oder zulassungsrechtliche Folgen haben können.

Wenn Sie im Rahmen der Tätigkeit in einer so genannten „Nebenbetriebsstätte“ (zum Beispiel Filiale, Belegabteilung) eine Überweisung veranlassen, geben Sie bitte die Ihnen mitgeteilte NBSNR auf dem Überweisungsschein an.

Zusätzliche Hinweise zur Verwendung der Betriebsstättennummern (zum Beispiel für ausgelagerte Praxisräume/OP-Räume) finden Sie in unseren FAQs im Internet.

Lebenslange Arztnummer

Einige Fragen hat auch die LANR aufgeworfen. Nur die ersten sieben Ziffern der Nummer sind eine eindeutige persönliche Identifikationsnummer. Die achte und neunte Ziffer der LANR codiert die Fachrichtung, in der der Arzt/Psychotherapeut überwiegend tätig ist. Haben Sie mehrere LANR erhalten, dürfen sich diese also nur in den letzten beiden Stellen unterscheiden. Wurden Ihnen versehentlich mehrere LANR mitgeteilt, die sich in den ersten sieben Stellen unterscheiden, wenden Sie sich bitte per E-Mail an vaendg@kvb.de oder rufen Sie uns an.

Informationen/FAQs zur neuen Arztnummernsystematik finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/VÄndG* oder direkt über die Startseite unter dem Stichwort „VÄndG“.

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

MRSA-LABOR- ABRECHNUNG

Seit 1. Januar 2008 ist der MRSA-Nukleinsäurenachweis mit der GOP 32837 (bei Nachweis mittels NAT: Zuschlag GOP 32859) Bestandteil des EBM.

Bitte beachten Sie:

Der MRSA-Test dient der Prävention und Kontrolle von MRSA-Infektionen in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Der MRSA-Test sollte weder zur Diagnose von MRSA noch zur Lenkung oder Überwachung der Behandlung von MRSA-Infektionen eingesetzt werden.

Hält der behandelnde Arzt aus medizinischer Sicht den MRSA-Nachweis für erforderlich, ist der Nukleinsäurenachweis nach GOP 32837 (Zuschlag GOP 32859 bei NAT) **nur** zum Screening von **unbehandelten** Patienten geeignet. Durch den Nukleinsäurenachweis lässt sich nicht unterscheiden, ob es sich um vitale oder bereits abgetötete Bakterien handelt.

Für das Sanierungsmonitoring muss weiterhin die **kulturelle** Anzüchtung erfolgen. Die PCR gibt hier keine Hilfestellung. Bitte beachten Sie dies auch bei der Laborauftragserteilung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten vom Kompetenzzentrum Gesamtprüfung Labor unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 34
0 89 / 5 70 93 – 24 32

VERWENDUNG DER MUSTER 10A UND MUSTER 10

Für die Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32.2. **an eine Laborgemeinschaft** ist seit 1. Oktober 2008 **ausschließlich das Muster 10A** zu verwenden. Dabei müssen Sie die (Verdachts-)Diagnose und wichtige Befunde/Medikationen im Diagnosfeld vermerken. Außerdem müssen die Leistungen im Auftragsfeld festgelegt (beziehungsweise nicht auf dem Muster 10A enthaltene Parameter des EBM-Kapitels 32.2. über das Feld 61 „Sonstiges“ angefordert und im Freitextfeld näher spezifiziert) sowie die übrigen Pflichtfelder auf dem Muster ausgefüllt werden. Bei Nachforderungen ist die Ausstellung eines zweiten Muster 10A-Scheines erforderlich. In begründeten Ausnahmefällen, zum Beispiel bei eiligen telefonischen Nachforderungen, hat der Einsender die Möglichkeit, den Zweitschein nachzureichen.

Bitte beachten Sie, dass Sie für Aufträge zur Durchführung von Leistungen des Kapitels 32 (beziehungsweise entsprechender Leistungen der Abs. 1.7.4 und 1.7.5. des EBM)

- **an einen anderen Vertragsarzt,**
- eine nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtung,
- ein MVZ,
- einen ermächtigten Arzt oder eine ermächtigte, ärztlich geleitete Einrichtung

ausschließlich das Muster 10 verwenden.

Als überweisender Vertragsarzt teilen Sie grundsätzlich Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mit. Sie definieren Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Ge-

bührenordnungsposition beziehungsweise ihrer Legende (Definitionsauftrag) oder grenzen sie durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels ein (Indikationsauftrag), vergleiche Allgemeine Bestimmungen des EBM, Kapitel 32 Punkt 14. Der ausführende Vertragsarzt darf nur diese Gebührenordnungspositionen berechnen.

Eine Verwendung so genannter „Kombischeine“ (Muster 10 mit abhängigen Markierungsfeldern oder geändertes Muster 10A) ist für die Veranlassung und Abrechnung von Laborleistungen nach den verbindlichen Vorgaben der Bundesmantelverträge und der Vordruckvereinbarung mit ihren Erläuterungen ausgeschlossen.

Laborleistungen, die in Komplexen enthalten sind (wie beispielsweise die Gesundheitsuntersuchung) rechnet der niedergelassene Arzt unmittelbar im Rahmen des Leistungskomplexes mit der KVB ab. Solche Komplexleistungsteile dürfen daher nicht mit Formblatt 10 beziehungsweise 10A angefordert und durch den Laborarzt oder die Laborgemeinschaft zur Abrechnung gebracht werden. Über die Vergütung solcher Laborleistungen muss das beauftragte Labor mit dem Einsender eine eigenständige Regelung treffen. Wir bitten Sie, dies auch bei der Laborauftragserteilung zu beachten.

Weitere Fragen und Antworten zur Laborreform finden Sie auf unserer Webseite www.kvb.de unter der Rubrik [FAQ/Laborreform/Muster 10A](#).

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten vom Kompetenzzentrum Gesamtprüfung Labor unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 36

ABRECHNUNG VON ANFRAGEN DES MEDIZINISCHEN DIENSTES

Für Anfragen der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) haben wir Ihnen folgende Abrechnungsinformationen zusammengestellt.

Berechnungsfähigkeit der GOP 98947

Die GOP 98947 ist nur dann berechnungsfähig, wenn der MDK eine Anfrage zur **Pflegebedürftigkeit** stellt (siehe auch KV-Blickpunkt 2/2006). Hierfür erhalten Sie vom MDK die Anlage 1 „**Arztanfrage zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**“, die ausgefüllt an den MDK zurückzusenden ist. Nur dann ist die Vergütung der Ziffer durch den MDK gewährleistet. Der Vordruck enthält im letzten Absatz den Hinweis auf die Abrechenbarkeit der GOP 98947.

Kommt die **GOP 98947** zum Ansatz, sind die Kosten für Porto und Fotokopien mit der Ziffer bereits abgegolten. Verwechseln Sie die Anlage 1 bitte nicht mit **Muster 11 „Bericht für den Medizinischen Dienst“**. Dieses Muster enthält in der Regel den Hinweis „Der Bericht des Arztes ist nach EBM 2008 berechnungsfähig“. Für diesen Bericht kann die **GOP 01621** angesetzt werden.

Telefonische Anfragen des MDK

Telefonische Auskünfte an den MDK sind **nicht berechnungsfähig**. Sie sind nicht verpflichtet, dem MDK telefonische Auskünfte zu geben (siehe auch Newsletter für Hausärzte, Ausgabe 4 Nov./Dez. 2007 (Praxistipp S. 2)).

Wir empfehlen Ihnen, bei telefonischen Anfragen um Übersendung eines Formularvordruckes oder um schriftliche Anforderung eines Gutachtens oder Bescheinigung durch den MDK zu bitten.

Berechnungsfähigkeit von Gutachten und Bescheinigungen mit gutachterlicher Fragestellung

Hier können Sie nach den bundesmantelvertraglichen Regelungen (§ 36 BMV-Ä) die folgenden Gebührenordnungspositionen ansetzen:

- GOP 01621 – Krankheitsbericht, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 11, 53 oder 56.
- GOP 01622 – Ausführlicher schriftlicher Kurplan oder begründetes schriftliches Gutachten oder schriftliche gutachterliche Stellungnahme, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 20 a-d, 51 oder 52.

Befundanfragen durch den MDK

Für die Weiterleitung eines Befunds an den MDK (mit gegebenenfalls erforderlichen Kopien) sind die Kostenpauschalen des Kapitels 40 des EBM für Versand und Kopien abrechenbar, sofern **nicht die GOP 98947** zur Abrechnung kommen kann:

- GOP 40144 – Kopie, EDV-technische Abschrift, je Seite
- GOP 40120, 40122, 40124, 40126 – Porto

Unsere Newsletter und das Archiv des KV-Blickpunkts (bis zur letzten Ausgabe 4/2008) finden Sie im Internet unter www.kvb.de.

Die Vereinbarung zwischen der KVB und dem MDK in Bayern finden Sie ebenfalls auf unserer Webseite in der Rubrik *Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bayern A-Z/Pflege*.

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

HÜFTSONOGRAPHIE BEI SÄUGLINGEN

Nach den Kinder-Richtlinien ist die sonographische Screening-Untersuchung von Säuglings Hüften (GOP 01722) in der vierten bis fünften Lebenswoche durchzuführen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass im Falle einer klinisch noch unauffälligen Dysplasie eine eventuell notwendige Therapie vor der sechsten Lebenswoche einsetzt, um so das spätere Auftreten einer Hüftgelenksluxation zu verhindern. Die für die Früherkennungsuntersuchung U3 bestehenden **Toleranzgrenzen gelten nicht** für das Hüftsonographie-Screening. Ab dem Quartal 1/2009 wird die Einhaltung der Altersgrenze automatisiert geprüft und eine außerhalb der vierten bis fünften Lebenswoche berechnete GOP 01722 gestrichen.

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

ABRECHNUNG VON TUMORMARKERN

Die Bestimmung von Tumormarkern im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen (Screenings) ist im Rahmen der Sekundärprävention nicht Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs (Ziffer 11 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Abschnitts 32.2). Deshalb ist sie als vertragsärztliche Leistung gemäß Gebührenordnungsposition aus Kapitel 32 nicht berechnungsfähig. Wenn eine entsprechende Anforderung an ein Labor durch einen Vertragsarzt vorliegt, so muss der Laborarzt unbedingt Rücksprache mit dem anfordernden Vertragsarzt halten. Sollten Tumormarker im Rahmen von Screening- beziehungsweise Früherkennungsuntersuchungen bestimmt werden, sind die gesetzlichen Vorgaben bei der Erbringung von individuellen Gesundheitsleistungen zu beachten.

Verdachtsdiagnosen gelten nicht als Screening im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen. Im Gegensatz zu einer Screening-Untersuchung ohne konkreten medizinischen Hinweis auf eine Krebserkrankung, ist bei einer Verdachtsdiagnose davon auszugehen, dass bereits konkrete Gründe vorliegen, die eine Tumorerkrankung annehmen lassen. Damit ist eine Abrechnung im Rahmen der GKV möglich.

Die **PSA-Bestimmung** im Rahmen der Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann ist nach GOP 01731 ebenfalls nicht möglich, da sie nicht Bestandteil der Krebsfrüherkennungsrichtlinien gemäß Abschnitt C.1. ist.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten vom Kompetenzzentrum Gesamtprüfung Labor unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 34
0 89 / 5 70 93 – 24 32

NEUE ARZNEIMITTLVEREINBARUNG AB 2009

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) hat mit den bayerischen Krankenkassen zum 1. Januar 2009 eine neue Arzneimittelvereinbarung auf der gesetzlichen Grundlage von § 84 Abs. 1 SGB V geschlossen.

Die Vereinbarung wurde entsprechend der Satzung Ende letzten Jahres mittels Rundschreiben bekannt gegeben. Sie finden sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen/Gesetzliche Grundlagen*.

Informationsveranstaltungen mit pharmaanabhängiger Fortbildung

Im Januar und Februar 2009 bieten wir Ihnen wieder regionale Informationsveranstaltungen zur Arzneimittelvereinbarung in Verbindung mit pharmakologischen Fortbildungsveranstaltungen an. Bitte beachten Sie unsere Terminhinweise unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Termine 2009*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten am Servicetelefon Verordnung unter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*

PRAXISBESONDERHEITEN

Die pauschale Meldung von Praxisbesonderheiten sowie der Hinweis auf Zusatzbezeichnungen oder kostenintensive Patienten, wie sie gelegentlich mit der Abrechnung abgegeben werden, sind nicht notwendig.

Wir empfehlen, erst im Rahmen eines anhängigen Prüfverfahrens Mehrkosten verursachende Tatsachen substantiiert vorzutragen. Hierbei ist darzulegen, welche Präparate zu welchen Kosten vermehrt zum Einsatz kommen beziehungsweise welche Kosten durch welche Präparate bei den kostenintensiven Patienten anfallen.

Die Pharmakotherapie-Berater der KVB unterstützen Sie bei Ihrer Argumentation gegenüber den autonomen Prüfungsgremien.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*

ARZNEIMITTELSICHERHEIT: INFOS IM INTERNET

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) bietet einen kostenlosen Newsletter (Drug Safety Mail), der auf neue Risikoinformationen zu Arzneimitteln (zum Beispiel Risikobekanntgaben, Rote-Hand-Briefe etc.) hinweist.

Die Hinweise der AkdÄ zur Arzneimittelsicherheit finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen/Externe Publikationen*.

FORMATÄNDERUNG MUSTER 13

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat uns kurzfristig über eine Formatänderung informiert. So dürfen ab 1. Januar 2009 Vorder- und Rückseite der Vordrucke für Maßnahmen der Physikalischen Therapie (Muster 13) im Bereich der Blauformularbedruckung ausschließlich im Format DIN A5 gedruckt werden. Der Druck auf DIN A4 ist ab diesem Zeitpunkt nicht mehr zulässig. Die Umstellung der Praxisverwaltungssysteme wurde durch die KBV veranlasst.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

BESCHEINIGUNGEN FÜR BONUSPROGRAMME

Bescheinigungen im Bonusheft für aktuell durchgeführte Präventionsleistungen/Impfungen durch einfaches Ankreuzen mit Stempel und Unterschrift des Arztes sind nicht gesondert honorierungsfähig.

Wenn rückwirkende Bestätigungen verlangt werden, die einen Rechercheaufwand auslösen und über das übliche Maß hinausgehen, können diese allerdings gegenüber den Versicherten privat liquidiert werden.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten, Johannes Braumiller, unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 25 10

VERORDNUNGSFÄHIGE MEDIZINPRODUKTE FÜR GKV-VERSICHERTE

Am 1. Juli 2008 ist das Gesetz zur Änderung medizinproduktrechtlicher und anderer Vorschriften in Kraft getreten. Hierauf basierend hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festgelegt, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Medizinprodukte ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden können (Gesetzliche Grundlagen: § 31 Abs. 1 SGB V, Medizinprodukte-Verordnung (MPV), Arzneimittelgesetz, Arzneimittelrichtlinie Anlage 12).

Der G-BA legt in der Anlage 12 der Arzneimittelrichtlinie fest, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen, die **als Medizinprodukte zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind**, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden und damit verordnungsfähig sind.

Der G-BA listet dabei die verordnungsfähigen Medizinprodukte unter Angabe der jeweiligen Produktbezeichnung auf. Die Aufnahme in die Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte erfolgt auf Antrag des jeweiligen Herstellers. Diese Anträge sind innerhalb von 90 Tagen durch den G-BA zu bescheiden. Eine nachfolgende Genehmigung durch das Bundesgesundheitsministerium ist nicht erforderlich. Soweit die Verordnungs-fähigkeit befristet ist, wird dies vom G-BA gesondert ausgewiesen.

Die Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte wird durch den G-BA fortlaufend ergänzt. Die aktuelle Version der Anlage 12 der Arzneimittelrichtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA: www.g-ba.de.

Weitere außerhalb der Anlage 12 verordnungsfähige Medizinprodukte

Die Beschlüsse des G-BA beziehen sich ausschließlich auf Medizinprodukte mit Arzneimittelcharakter. Medizinprodukte mit Verbandmittelcharakter und Hilfsmittel sind von den neuen Regelungen der Arzneimittelrichtlinie **nicht** betroffen.

Medizinisch notwendige Medizinprodukte – Zusatzinformationen

Ein Medizinprodukt ist laut G-BA (im Sinne des § 31 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V) medizinisch notwendig, wenn es entsprechend seiner Zweckbestimmung nach Art und Ausmaß der Zweckerzielung zur Krankenbehandlung (im Sinne des § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V und Nr. 31) geeignet ist, eine diagnostische oder therapeutische Interventionsbedürftigkeit besteht, der diagnostische oder therapeutische Nutzen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und eine andere, zweckmäßigere Behandlungsmöglichkeit nicht verfügbar ist.

Wirtschaftlichkeitsgebot

Medizinprodukte sind unter Beachtung der medizinischen Notwendigkeit und des Wirtschaftlichkeitsgebots auszuwählen beziehungsweise zu verordnen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

ME-TOO-PRÄPARATE

Die im Arzneiverordnungsreport 2008 analysierten Analogpräparate haben mit 20 Prozent den zweitgrößten Anteil am Umsatz des gesamten Arzneimittelmarktes.

Me-too-Präparate (Synonyme: Analog-Präparate, Scheininnovationen) enthalten neue Wirkstoffmoleküle mit analogen pharmakologischen und klinischen Wirkungen wie bereits bekannte Arzneimittel. Sie sind damit chemische Innovationen mit pharmakologisch ähnlichen oder gleichartigen Wirkungen ohne indikationsspezifische therapeutische Vorteile.

Neu heißt nicht immer besser. Immer noch werden zu oft und ohne überzeugenden Grund neue (teure) Arzneimittel eingesetzt. Unter Umständen ist ein neues Medikament nur deswegen eingeführt worden, um den Patentschutz zu erneuern, ohne dabei die Wirkungsweise wesentlich zu verändern.

Vor jeder Verordnung sollten Sie prüfen, ob das Therapieziel nicht auch mit bewährten und günstigeren Medikamenten erreicht werden kann.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

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

KOSTENERSTATTUNG BEI WAHLTARIFEN

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz können gesetzlich krankenversicherte Patienten das Kostenersatzprinzip auf den Bereich der ärztlichen Behandlung einschränken und für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln weiterhin das Sachleistungsprinzip wählen. Die Verordnungen sind deshalb auf Muster 13, 14, 16 beziehungsweise 18 auszustellen.

Für Ihre Vergleichswerte im Bereich der Wirtschaftlichkeits-/Richtgrößenprüfung ergeben sich durch diese Fälle Nachteile, da die Kosten für die Verordnungen in das Volumen Ihrer Arznei- beziehungsweise Heilmittel einfließen, ohne dass hier ein ambulanter Fall gegenübersteht.

Deshalb empfehlen wir Ihnen, für diese Patienten je einen Abrechnungsschein anzulegen, in den Sie ausschließlich die **Hilfsziffer 88190** eintragen. Außerdem füllen Sie bitte das Diagnosefeld – wie üblich – aus. So wird ein Behandlungsfall generiert, der in Ihre Verordnungsstatistik eingeht.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

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

NAGELKORREKTUR-/ ORTHONYXIESPANGEN

Bei medizinisch indizierter Spangenbergbehandlung stellt das Anlegen und Wechseln von Nagelkorrekturspangen eine ärztliche Leistung dar. Sie kann gegebenenfalls vom Arzt an entsprechend ausgebildetes Personal delegiert werden. Die Verantwortlichkeit bleibt beim Arzt.

Bezug über Sprechstundenbedarf

Die Nagelspangen können ausschließlich über den Sprechstundenbedarf (Kennzeichnung mit „7“) bezogen werden. Eine Verordnung als Hilfsmittel auf den Namen des Patienten ist nicht möglich, da Nagelspangen im Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Krankenkassen nicht gelistet sind.

Auch eine Verordnung von Spangenbergbehandlung als Heilmittel ist nicht zulässig. Der Heilmittelkatalog sieht die Verordnung einer podologischen Therapie nur bei diabetischem Fußsyndrom mit Neuropathie und/oder Angiopathie im Stadium „Wagner 0“ vor, nicht zur Spangenbergbehandlung.

EBM-Leistungen

Eine gesonderte Berechnungsmöglichkeit dieser Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung besteht nicht. Vielmehr ist das Anlegen und Wechseln solcher Spangen mit der Abrechnung der Versicherten beziehungsweise Grundpauschale abgegolten.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

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

KRANKENVERSORGUNG DER BUNDESBahnBEAMTEN – TARIFÄNDERUNG SEIT 1. SEPTEMBER 2008

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten hat zum 1. September 2008 die Regelungen der Beihilfevorschriften des Bundes zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit Festbetrag (gemäß § 35 SGB V) und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Zuzahlungsbefreiung von Arzneimitteln (gemäß § 31(3) SGB V) in ihren Tarif übernommen.

Die Versicherten treten gegenüber den behandelnden Ärzten als Selbstzahler auf, wobei gelegentlich eine mangelnde Zahlungsmoral festgestellt wird.

Nach § 6(1) des Vertrags zwischen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird die Krankenkasse bei ihren Versicherten auf die unverzügliche Begleichung von Arztrechnungen hinwirken und den Arzt unterstützen, wenn ein Rechnungsbetrag nicht in der vereinbarten Frist beglichen wurde. Betroffene Ärzte können die jeweils zuständige Bezirksleitung der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten einschalten.

Anschriften und Kommunikationsverbindungen der **Bezirksleitungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB):**

Bezirksleitung der KVB

Süüendstraße 44

76135 Karlsruhe

Telefon 07 21 / 82 43 – 1 81

oder – 1 82 oder – 1 83

Fax 07 21 / 82 43 – 1 59

Bezirksleitung der KVB

Franz-Ulrich-Straße 12

34117 Kassel

Telefon 05 61 / 78 13 – 0

Allg. Auskunft Krankenversorgung,

Telefon 05 61 / 78 13 – 1 81

Fax 05 61 / 78 13 – 1 59

Bezirksleitung der KVB

Hafenstraße 62

48153 Münster

Telefon 02 51 / 62 71 – 0

Fax 02 51 / 62 71 – 1 59

Bezirksleitung der KVB

Klepperstraße 1A

83026 Rosenheim

Telefon 0 80 31 / 40 76 – 0

Fax 0 80 31 / 40 76 – 1 59

Bezirksleitung der KVB

Döppersberg 41

42103 Wuppertal

Telefon 02 02 / 49 66 – 0

Fax 02 02 / 49 66 – 1 59

Internetseite der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten:

www.kvb.bund.de

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

PFLICHT ZUR E-DOKU DES HAUTKREBSSCREENINGS

Ab 1. Januar 2009 wird die elektronische Dokumentation des Hautkrebscreenings für alle Genehmigungsinhaber Pflicht. Den notwendigen Inhalt dieser Dokumentation können Sie den Krebsfrüherkennungsrichtlinien entnehmen. Von Ihrem Softwareanbieter sollten Sie bereits die erforderlichen Updates erhalten haben. Derzeit schaffen wir für Sie die notwendigen Voraussetzungen, damit Sie zum Ende des Quartals 1/2009 die vorgeschriebenen Dokumentationen bei der KVB einreichen können. Über den technischen Ablauf der Einreichung informieren wir Sie gesondert.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten:

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

KÜNDIGUNG DIABETES- VEREINBARUNGEN

Die Vereinbarungen nach § 43 SGB V (jeweils in der Fassung vom 1. Oktober 2006) wurden von den folgenden Krankenkassen mit Wirkung zu den genannten Terminen gekündigt:

■ Vereinigte IKK:
31. Dezember 2008

■ BKK und Knappschaft:
31. März 2009

Derzeit finden mit den Kostenträgern Verhandlungen über die Fortführung der Diabetesvereinbarungen statt. Wir empfehlen Ihnen vorsorglich, die laufenden Schulungen aus den jeweiligen Verträgen für alle betroffenen Patienten bis zu den oben genannten Terminen abzuschließen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin, Ingrid Hirschmann, unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 76

ÜBERWEISUNGEN

Bitte denken Sie daran, dass Sie beim Ausstellen einer Überweisung nach den Regelungen des Bundesmantelvertrags **grundsätzlich die Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitteilen**. Sie erleichtern damit die Arbeit Ihrer Kollegen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

LKK-VERTRAG ZU ASTHMA/COPD

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) hat mit der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) einen neuen Vertrag zur Durchführung von Schulungs- und Gesprächsleistungen bei Patienten mit Asthma und COPD geschlossen. Voraussetzungen für die Abrechnung von Schulungen im Rahmen des neuen Vertrags sind die Teilnahme genehmigung für das DMP Asthma/COPD sowie die entsprechenden Schulungsgenehmigungen. Schulungsprogramm, Abrechnungsnummer sowie Vergütung entsprechen denjenigen im DMP Asthma/COPD. Als Besonderheit ist die „Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen“ bei der LKK auch für Kinder unter fünf Jahren durchführbar. Der bisherige LKK-Asthma-Schulungsvertrag endete zum 31. Dezember 2008.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin, Julia Rösch, unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 52

ÄNDERUNG MUSTER 30, 39 UND 40

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat uns kurzfristig über Änderungen zur Vordruckvereinbarung bezüglich der Muster 30 (Gesundheitsuntersuchung), 39 (Dokumentation Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen) und 40 (Dokumentation Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer) informiert. Ab 1. Januar 2009 entfallen die bisher für die KV bestimmten Durchschläge in den Dokumentationen. Alte Formulare sind aufzubrauchen – hier entfällt die Notwendigkeit, die Durchschläge für die KV auszufüllen und mit der Abrechnung bei der KV einzureichen.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten, Johannes Braumiller, unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 25 10

ONLINE-KOMMUNIKATION: GERINGERE KOSTEN

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) appelliert an ihre Mitglieder, die Vorteile der Online-Kommunikation in den Praxen zum eigenen Vorteil intensiver zu nutzen.

Die Online-Anbindung ist zukünftig auch eine wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme an vielen attraktiven Versorgungsverträgen. Außerdem lässt sich dadurch unnötige Bürokratie in der Verwaltung der KVB einsparen, was wiederum den Mitgliedern über einen moderaten Verwaltungskostensatz zugute kommt. Gerade die mit großem Aufwand verbundene Umsetzung der gesetzlichen Eingriffe in die Organisationsabläufe und die technischen Systeme der KVB im letzten Jahr erfordern es, alle nur möglichen Verbesserungen im Verwaltungsablauf durch Online-Anwendungen zu realisieren. Insbesondere durch eine konsequente Nutzung der Online-Abrechnung sieht die KVB für sich – aber auch für ihre Mitglieder – ein enormes Einsparpotential und ermuntert deshalb die Praxen, online zu gehen und die Chancen des Kommunikationsmediums der Zukunft stärker zu nutzen.

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

BROSCHÜRE PSYCHOTHE- RAPEUTISCHE LEISTUNGEN

Kleine Details sind bei der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen oft von großer Bedeutung. Wegen zahlreicher Richtlinien- und Gesetzesänderungen haben wir unsere etablierte Broschüre aktualisiert. Sie finden das Heft im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Abrechnung*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten
Stefan Schlosser
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 03
Karin Bruckmüller
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 6 08

VERANSTALTUNGSHINWEIS DER PTK BAYERN

Die Psychotherapeutenkammer (PTK) Bayern führt am Samstag, 21. März 2009, in der LMU München eine Informationsveranstaltung mit dem Titel **„Prävention psychischer Störungen – eine Herausforderung für die Zukunft“** durch. Mehr dazu finden Sie im Internet unter www.ptk-bayern.de. Die Teilnahme ist kostenfrei.

Schriftliche Anmeldung per Fax an 0 89 / 51 55 55 – 25 oder per Brief an PTK Bayern, Postfach 151506, 80049 München bis spätestens Freitag, 13. März 2009.

DIE NÄCHSTEN QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE DER KVB

Informationen zu QM-Seminaren

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

Anmeldung

Anmeldeformulare finden Sie in unserer Seminarbroschüre 2009 und im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Qualitätsprogramme/weitere Qualitätsprogramme/Qualitätsmanagement/QM-Seminare*.

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

Die Seminare sind gebührenpflichtig und in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt.

Alle Informationen zu unserem Seminarangebot finden Sie auch in unserer Seminarbroschüre 2009 und im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/KVB-Seminare*.

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

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

Thema

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP-kompakt für Psychotherapeuten (Seminarreihe, zwei Termine)

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Hygienemanagement in Arztpraxen (Halbtagesseminar)

Gut vorbereitet auf die QEP-Zertifizierung (Halbtagesseminar)

QEP-kompakt für Haus- und Fachärzte (Seminarreihe, vier Termine)

Hygienemanagement in Arztpraxen (Halbtagesseminar)

QEP-Anwenderworkshop (Seminarreihe, vier Halbtagesseminare)

Gut vorbereitet auf die QEP-Zertifizierung (Halbtagesseminar)

QEP-Einführungsseminar speziell für Hausärzte

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP-Refresher (Halbtagesseminar)

QEP-Tagesseminar Qualitätsentwicklung

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Hygienemanagement in Arztpraxen (Halbtagesseminar)

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort/ KVB-Bezirksstelle
Praxisinhaber und Mitarbeiter	220,- Euro	6. Februar 2009 7. Februar 2009	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Mitarbeiter	290,- Euro	7. Februar 2009 7. März 2009	9.00 bis 16.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber und Mitarbeiter	220,- Euro	13. Februar 2009 14. Februar 2009	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Mitarbeiter	220,- Euro	13. Februar 2009 14. Februar 2009	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter und interessierte Praxisinhaber	75,- Euro	18. Februar 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Mitarbeiter	95,- Euro	18. Februar 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Mitarbeiter	565,- Euro	21. Februar 2009 (erster Termin)	9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxismitarbeiter und interessierte Praxisinhaber	75,- Euro	4. März 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter und interessierte Praxisinhaber	290,- Euro	4. März 2009 (erster Termin)	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Mitarbeiter	95,- Euro	4. März 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Mitarbeiter	220,- Euro	6. März 2009 7. März 2009	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Mitarbeiter	220,- Euro	6. März 2009 7. März 2009	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Mitarbeiter	95,- Euro	11. März 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Mitarbeiter	188,- Euro	14. März 2009	9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber und Mitarbeiter	220,- Euro	13. März 2009 14. März 2009	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter und interessierte Praxisinhaber	75,- Euro	18. März 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Mitarbeiter	220,- Euro	20. März 2009 21. März 2009	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth

KVBINFOS 02|09

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 14 Weniger Abrechnungsunterlagen per Post
- 14 Änderung der Honorarunterlagen

VERORDNUNGEN

- 14 Rückforderungen der Krankenkassen
- 15 Heilmittelverordnungen bei Frühförder- und Tagesstättenplänen nicht prüfrelevant
- 15 Pharmakotherapie im Qualitätszirkel
- 16 AutIdem-Rabattverträge
- 16 Venlafaxin generisch verfügbar

QUALITÄT

- 16 Kurative Mammographie: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V

ALLGEMEINES

- 17 Fallstricke bei Überweisungen
- 17 Eintragungsofferten unseriöser Verlage
- 18 KVB initiiert Studie zum Einweisungsverhalten

INFORMATIONEN FÜR HAUSÄRZTE

- 18 KVB-Hausarztverträge haben Bestand

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

- 19 Hilfe für Kinder und Jugendliche
- 19 PTK-Fachtagung in der LMU München

SEMINARE

- 20 Fortbildung: „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 21 Pharmaunabhängige Fortbildung zur Arzneimittelvereinbarung 2009
- 21 Hygienemanagement in Praxen
- 22 Die nächsten Seminartermine der KVB

WENIGER ABRECHNUNGS- UNTERLAGEN PER POST

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) wird Schritt für Schritt den Umfang der bisher postalisch zugestellten Abrechnungsunterlagen reduzieren und damit auch Versandkosten einsparen. Folgende Nachweise sind ab dem Abrechnungsquartal 3/2008 ausschließlich über das Mitgliederportal SmarAkt unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/SmarAkt* abrufbar:

- Berechnung Wirtschaftlichkeitsbonus Labor (Liste O)
- Praxisindividuelle Punktzahl für die GOP 12220 (Liste E) – nur für Laborärzte
- Bewertung der GOP 10320, 10322 und 10324 gemäß Kapitel 10.3 EBM (Liste HAEMOB) – nur für wenige Dermatologen

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

ÄNDERUNG DER HONORARUNTERLAGEN

Im Zuge der Aktualisierung der Honorarunterlagen – unter anderem aufgrund der Änderungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) – werden in der Honorarzusammenstellung ab Quartal 3/2008 zusätzlich folgende Summen ausgewiesen:

ambulant – stationär – sonstige Notfälle – Bereitschaftsdienst

Der Ausweis erfolgt bei allen Kassengruppen und den Besonderen Kostenträgern.

Die bisher den Belegärzten zur Verfügung gestellte Liste „Aufstellung der stationären Honorare von Belegärzten“ (EBA 167) entfällt damit.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

RÜCKFORDERUNGEN DER KRANKENKASSEN

Die Krankenkassen überwachen EDV-gestützt die Einhaltung der Verordnungsausschlüsse, die durch Gesetz beziehungsweise durch die Arzneimittelrichtlinien vorgegeben sind. Werden diese Vorgaben nicht eingehalten, stellen die Krankenkassen Rückforderungsanträge nach § 18 der Prüfungsvereinbarung (PV).

Diese Rückforderungen richten die Krankenkassen seit 1. Januar 2008 an die **Prüfungsstelle**. Diese nimmt eine inhaltliche Prüfung der Anträge vor. Falls die Rückforderungen berechtigt sind, das heißt, wenn tatsächlich Arzneimittel verordnet wurden, die nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen hätten verordnet werden dürfen, leitet die Prüfungsstelle die Anträge an die betroffenen Ärzte weiter. Legen diese **innerhalb von vier Wochen** keinen Einspruch gegen die Rückforderung ein, veranlasst die Prüfungsstelle den Einbehalt des Regressbetrags durch die KVB.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*

HEILMITTELVERORDNUNGEN BEI FRÜHFÖRDER- UND TAGESSTÄTTENPLÄNEN NICHT PRÜFRELEVANT

Für Maßnahmen der Frühförderung werden Förder- und Behandlungspläne ausgestellt. Dies erfolgt durch Ärzte, die hierfür die entsprechende Genehmigung besitzen. Der KVB werden die Verordnungsdaten von den Krankenkassen beziehungsweise den Verbänden je Vertragsarzt differenziert nach der Verordnungsart (Physikalische Medizin, Ergotherapie, Logopädie) auf Datenträger zur Verfügung gestellt.

Bis zum Quartal 4/2006 waren die Kosten für Heilmittel auf Frühförder- und Tagesstättenplänen zu Unrecht in den Prüfstatistiken enthalten. Soweit in Einzelfällen Kosten, die im Rahmen heilpädagogischer Maßnahmen entstanden sind, in der Heilmittelstatistik enthalten waren, wurden diese im Rahmen von Sondierungsgesprächen im Vorfeld von Prüfverfahren bereinigt. Mittlerweile ist eine Bereinigung der Statistiken erfolgt: Heilmittelkosten aus Frühförder- und Tagesstättenplänen sind letztmalig in die Statistik „Entwicklung Verordnungswerte“ für das Quartal 1/2007 eingeflossen. Im Rahmen der Sondierung sind diese Kosten in jedem Fall ohne Zutun des Arztes bereinigt worden.

Eine saubere statistische Bereinigung greift seit dem Quartal 2/2007, so dass seitdem auch keine Fehluordnungen mehr enthalten sind. Das heißt, die Heilmittelverordnungen im Rahmen der Frühförder- und Tagesstättenpläne sind in der Heilmittelstatistik nicht enthalten und daher nicht prüfrelevant.

Bei **sinnesbehinderten** Kindern kann in **Ausnahmefällen** für die betreffende Indikation zusätzlich zum Förder- und Behandlungsplan ein Heilmittelvordruck Muster 13, 14 oder 18 ausgestellt werden, wenn die überregionale Frühförderstelle die Komplexleistung nicht vollständig erbringen kann und dadurch die Behandlung durch

einen niedergelassenen Therapeuten erforderlich ist. Diese Heilmittelverordnungen sind nur unter Beachtung der Heilmittelrichtlinien möglich. Der Heilmitteltherapeut muss in diesen Fällen die Bezeichnung „Sinnesbehinderung“ im Feld „Medizinische Begründung“ bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles* vermerken. Die überregionale Frühförderstelle weist den Therapeuten hierauf ausdrücklich hin. Auch diese Verordnungen dürfen nicht in die Heilmittelstatistik einfließen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*

PHARMAKOTHERAPIE IM QUALITÄTSZIRKEL

Als niedergelassener Arzt sind Sie einer immer größer werdenden Informationsflut zu Arzneimitteln und medizinischen Studien ausgesetzt. Seit Jahren ist es daher eine der vordringlichsten Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), Ihnen relevante Informationen zur Arzneimitteltherapie schnell und übersichtlich zur Verfügung zu stellen. Im Gegensatz zur marketingorientierten Informationspolitik der Pharmaindustrie geschieht dies wissenschaftlich unabhängig nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin. Auf diese Weise haben Sie die Möglichkeit, sich neutral zu informieren, um selbstständig und verantwortungsvoll Ihre Entscheidungen im Praxisalltag treffen zu können. Pharmaunabhängige Studienauswertungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen/Arzneimittel im Blickpunkt*.

Die Verbesserung der Arzneimittelversorgung kann sicherlich nicht allein dadurch erreicht werden, dass der Informationsstand über rezeptierte Arzneimittel erhöht wird. Die Mitarbeit im Qualitätszirkel ermöglicht Ihnen darüber hinaus eine Diskussion über die Indikation und Interaktion zur Arzneimittelverordnung.

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

AUT-IDEM- RABATTVERTRÄGE

Auch 2009 wird die tägliche Verordnungspraxis von Rabattverträgen bestimmt. Inzwischen haben fast alle Krankenkassen für generische Substanzen – einzelne Krankenkassen auch für Originalarzneimittel – Rabattverträge abgeschlossen. In der Praxis führt dies dazu, dass Patienten in der Dauertherapie häufig andere Arzneimittel erhalten. Dabei kommt es immer wieder zu Problemen mit der Compliance der Patienten sowie zu Verwechslungen oder Doppelentnahmen. Das Setzen des Aut-idem-Kreuzes sollten Sie auf die Fälle beschränken, in denen aus medizinischen Gründen ein Austausch nicht sachgerecht erscheint. Auch wenn sich so aus der Bedienung der Rabattverträge für Sie ein größerer Erklärungsbedarf ergibt, ist es dennoch keine Lösung, durchgehend „aut idem“ anzukreuzen und damit eine Substitution in der Apotheke auszuschließen. Sofern Krankenkassen nicht von den Rabattverträgen profitieren, können Ihnen Mehrkosten entstehen, für die Sie unter Umständen bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung haften müssen.

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

VENLAFAXIN GENERISCH VERFÜGBAR

Seit Mitte Dezember 2008 ist der selektive Noradrenalin- und Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Venlafaxin in Deutschland als Generikum auf dem Markt.

Die Generika sind teilweise bis zu 60 Prozent günstiger als das Original. Über die Preise der Venlafaxin-Generika sowie über die Anforderungen bezüglich deren Bioäquivalenz können Sie sich unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen/Verordnung aktuell* ausführlich informieren.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*

KURATIVE MAMMOGRAPHIE

Ärzte mit Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie sind verpflichtet, sich weiterhin an einem Verfahren zur kontrollierten Selbstüberprüfung zu beteiligen (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V). Dieses Verfahren kann nicht durch andere Fortbildungsmaßnahmen, beispielsweise der Teilnahme an Qualitätszirkeln, ersetzt werden, beziehungsweise komplett entfallen.

In einem persönlichen Schreiben haben wir Sie bereits darüber informiert, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns eine neue Fallsammlung entsprechend der Mammographie-Vereinbarung erstellt hat. Diese wurde inzwischen durch die beiden Institutionen freigegeben.

Es ist uns bewusst, dass die Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung für Sie einen erheblichen Zeitaufwand bedeutet. Wir versuchen Sie dabei zu unterstützen, indem wir neben der Prüfeinrichtung am Standort München (hier stehen teilweise zwei Prüfstationen zur Verfügung) eine weitere Prüfstation am Standort Nürnberg eingerichtet haben. In München beginnt die Prüfung um 8.00 Uhr und in Nürnberg um 9.00 Uhr.

Bitte vereinbaren Sie einen Prüftermin mit unseren Expertinnen

Martina Reis
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 51

Bettina Haberäcker
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 16

FALLSTRICKE BEI ÜBERWEISUNGEN

In der Regel werden Leistungen durch eine Überweisung auf Vordruck (Muster 6) veranlasst. Doch Überweisung ist nicht gleich Überweisung. Deshalb stellen wir Ihnen hier kurz die grundsätzlichen Unterschiede vor und erläutern Ihnen die Problematik bei Auftragsüberweisungen.

Folgende Überweisungsarten beziehungsweise Überweisungszwecke gibt es:

- Überweisungen zur Mitbehandlung
- Überweisungen zur Weiterbehandlung
- Überweisungen zu Konsiliaruntersuchung
- Auftragsüberweisungen – Indikations- und Definitionsaufträge

Bei den Auftragsüberweisungen kommt es ab und an zu Missverständnissen. Auftragsüberweisungen werden unterschieden in Indikationsaufträge und Definitionsaufträge.

Bei Indikationsaufträgen veranlasst der Arzt Leistungen, indem er eine Methode empfiehlt.

Bei Definitionsaufträgen werden die veranlassten Leistungen nach Art und Umfang beschrieben – der Überweisungsempfänger ist daran gebunden. Ist der Überweisungsempfänger der Ansicht, dass andere als im Definitionsauftrag benannte Leistungen erforderlich sind, muss er das mit dem überweisenden Arzt klären, am besten telefonisch und unter Angabe von Datum und Gesprächspartner. Beides sollte auf dem Überweisungsschein vermerkt werden.

Ohne eine solche Erweitungsabsprache kann es zu einer nachträglichen Berichtigung und eventuell sogar zu Schadensersatzansprüchen kommen.

Eine nachträgliche Ausstellung beziehungsweise die nachträgliche Vorlage einer Überweisung ist nicht vorgesehen. Auch kann keine Praxis durch einen Patienten oder Kollegen dazu aufgefordert werden, nachträglich eine Überweisung auszustellen.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten, Stefan Schlosser, unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 12 03

EINTRAGUNGSOFFERTEN UNSERIÖSER VERLAGE

Sicher haben Sie in Ihrer Praxis auch schon Angebote zur Eintragung in Ärzteverzeichnisse erhalten. Hierfür gibt es seriöse Anbieter, aber oft auch schwarze Schafe. Letztere versuchen die Praxisroutine zu nutzen, damit Sie unseriöse und meist teure Verträge abschließen. Häufig sind derartige Vertragsangebote so gestaltet, dass der Verlag bewusst Verwechslungen mit seriösen Anbietern, zum Beispiel Telefonbuchverlagen, anstrebt. Oder aber es werden Überweisungsscheine beigelegt und mit der getätigten Überweisung kommt der Vertrag zustande. Bitte überprüfen Sie deshalb genau, welche Leistungen zu welchen Kosten Sie erhalten. Die Bedingungen stehen meist im so genannten Kleingedruckten.

Dasselbe gilt auch für die Kündigungsmöglichkeiten. Oft wird der Eindruck der unverbindlichen Bestellung erweckt und im Kleingedruckten steht, dass ein Vertrag über zwei Jahre mit Verlängerung bei Nichtkündigung zustande kommt.

Da derzeit verstärkt Aktivitäten solcher Verlage zu beobachten sind, möchten wir Sie vor Fehlentscheidungen warnen. Derartige Angebote sind nicht von vornherein unzulässig. Daher können wir nicht aktiv gegen sie vorgehen. Falls diese jedoch wie in den oben genannten Beispielen den Vertragsinhalt verschleiern, kann ein betrügerisches Verhalten vorliegen. In diesem Fall ist die Polizei beziehungsweise die Staatsanwaltschaft Ihr richtiger Ansprechpartner.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten, Stefan Schlosser, unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 12 03

KVB INITIIERT STUDIE ZUM EINWEISUNGSVERHALTEN

Etwa jeder dritte Euro aus dem Beitragsaufkommen der Gesetzlichen Krankenversicherung wird für den stationären Versorgungsbereich aufgewandt. Die steigenden Kosten in diesem Bereich lassen auch die Kritik am Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte lauter werden.

Denn die Entscheidung, wie und wo mit ein Patient behandelt wird, ist grundsätzlich ihnen überlassen. Unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots stellt der behandelnde Arzt sicher, dass jeder Patient die optimale Versorgung erhält und weist ihn, wenn notwendig, in eine stationäre Einrichtung zur weiteren Behandlung ein.

Der Vorwurf gegenüber niedergelassenen Ärzten, die Kosten für die stationäre Behandlung durch ihr progressives Einweisungsverhalten zu beeinflussen, unterschätzt jedoch die Bedeutung des informierten, mündigen Patienten, der sich aktiv in die Behandlung einbringt. Nicht selten sind es die Patienten selbst, die den direkten Kontakt zum Krankenhaus suchen.

Wie gehen niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser damit um? Wie häufig kommt es in der Praxis vor, dass Patienten oder Krankenhäuser auf eigene Initiative die Ausstellung einer Krankenhausverordnung verlangen? Mit diesen Fragen beschäftigt sich die aktuelle Studie des Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen unter der Leitung von Prof. Dr. Jürgen Wasem, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) initiiert wurde.

Aktuell beruhen alle Angaben über stationäre Einweisungen ausschließlich auf den durch die Krankenhäuser erfassten Daten. Im Rahmen der im November 2008 gestarteten Stu-

die wird geklärt, inwieweit sich die Angaben der niedergelassenen Ärzte mit denen der Krankenhäuser decken. Schnittstellenprobleme zwischen der ambulanten und stationären Versorgung wie beispielsweise Einweisungen auf Wunsch des Patienten können die Studienteilnehmer darüber hinaus ebenfalls melden.

Erste Studienergebnisse erwartet die KVB für das Frühjahr 2009.

KVB-HAUSARZTVERTRÄGE HABEN BESTAND

Die Hausarztverträge der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) mit BKK, LKK, AOK und GEK gelten fort. Sie können daher unverändert die GOP 97100 (Wert: 9,- Euro zusätzlich bei BKK, LKK, GEK und 5,50 Euro zusätzlich bei AOK) bei eingeschriebenen Patienten abrechnen, wenn Sie am jeweiligen Hausarztvertrag teilnehmen.

Informationen zu den Hausarztverträgen wie Teilnahmeerklärungen, Fragenkatalog und Liste der teilnehmenden Krankenkassen finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Hausarztzentrierte Versorgung*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

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

HILFE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Der Sozialdienst katholischer Frauen (SkF) veranstaltet am 26. März 2009 in München ein Symposium für Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitshilfe und Schule. Ziel der Veranstaltung ist es, die Kooperation zwischen den genannten Fachkräften zu thematisieren und zu verbessern.

Nach einer Reihe interessanter Fachvorträge sollen in einer abschließenden Podiumsdiskussion, an der auch der zweite stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), Rudi Bittner, teilnimmt, die aufgeworfenen Fragen näher erläutert werden.

Die Veranstaltung findet von 9.30 Uhr bis 16.30 Uhr im Kreisverwaltungsreferat München, Ruppertstraße 11, 80337 München, statt. Die Teilnahmegebühr beträgt 49,- Euro beziehungsweise 39,- Euro für ehrenamtliche und berufliche Mitarbeiter des SkF und muss vorab überwiesen werden.

Anmeldung und Informationen:

Beate Frank

Telefon 0 89 / 53 88 60 – 17

E-Mail frank@skfbayern.de

Anmeldeschluss ist der 15. Februar 2009.

PTK-FACHTAGUNG IN DER LMU MÜNCHEN

Am Samstag, den 21. März 2009, veranstaltet die Bayerische Psychotherapeutenkammer (PTK Bayern) eine Fachtagung zum Thema „Prävention psychischer Störungen – eine Herausforderung für die Zukunft“. Damit soll auf die Möglichkeit und Bedeutung der Prävention vielfältiger psychischer Störungen und Krankheiten aufmerksam gemacht werden.

Hierzu werden Experten namhafter Universitäten und Präventionsinstitute in der Münchner Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) erwartet, die in Vorträgen, Workshops und Diskussionsrunden über wirksame Ansätze und Methoden informieren. Die Veranstaltung beginnt um 10.00 Uhr und ist kostenlos. Teilnehmer erhalten acht Fortbildungspunkte.

Interessenten können sich bis spätestens Freitag, den 13. März 2009, per Fax anmelden unter
0 89 / 51 55 55 – 25.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.ptk-bayern.de.

FORTBILDUNG: „AKUTSITUATIONEN IM ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST“

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) bietet zusammen mit der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) eine Fortbildung nach § 4 der Bereitschaftsdienstordnung an. Das Thema der Veranstaltung heißt „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“.

Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten, sind aus Gründen der Qualitätssicherung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes unter bestimmten Voraussetzungen zur Teilnahme an Fortbildungen verpflichtet. Das Fortbildungsangebot für die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akutversorgung gilt auch für Vertragsärzte.

Die drei Themen-Module

Modul I:

- Kardiozirkulatorische Nofälle mit Fallbeispielen
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation, auch Richtlinien der BLÄK sowie des European Resuscitation Council (ERC)
- Praktische Übungen in Form eines Mega-Code-Trainings

Fortbildungspunkte: 8

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: jeweils 9.00 – 16.15 Uhr

Termine:

Samstag, 7. März 2009
KVB-Bezirksstelle München/
Oberbayern

Samstag, 9. Mai 2009
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

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. April 2009
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 27. Mai 2009
KVB-Bezirksstelle München/
Oberbayern

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 zu Abrechnung, Praxisgebühr und Formularen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: jeweils 17.00 – 20.30 Uhr

Termine:

Mittwoch, 18. März 2009
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

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 – 48 03

Das Anmeldeformular finden Sie unter
www.kvb.de in der Rubrik *Service/Seminare*.

FORTBILDUNG ZUR ARZNEI-MITTELVEREINBARUNG

Wirtschaftlichkeitsreserven im Arzneimittelbereich zu erkennen und zu nutzen, ist das Ziel unserer kostenlosen pharmaanabhängigen Informationsveranstaltungen.

Unsere Veranstaltungsthemen:

- Ezetimib – neue Studien: ENHANCE und SEAS können keinen Nutzen beweisen
- AT1-Antagonisten: ONTARGET- und PRESERVE-Studie: Telmisartan und Irbesartan nicht besser als ACE-Hemmer – Vorsicht vor Kombinationen
- Clopidogrel: Stand der Evidenz – Verwirrung über Nachahmerprodukte

Nächste Veranstaltungstermine:

10. Februar 2009, 19.00 Uhr
KVB-Bezirksstelle: München/Obb.
Für Region: **Oberbayern**

11. Februar 2009, 16.00 Uhr
KVB-Bezirksstelle: Bayreuth
Für Region: **Oberfranken**

11. Februar 2009, 19.00 Uhr
KVB-Bezirksstelle: Würzburg
Für Region: **Unterfranken**

12. Februar 2009, 19.00 Uhr
KVB-Bezirksstelle: Regensburg
Für Region: **Oberpfalz**

25. Februar 2009, 16.00 Uhr
KVB-Bezirksstelle: München/Obb.
Für Region: **München**

Bei Fragen zu Ihrer kostenlosen Anmeldung erreichen Sie unsere Experten unter Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 65*
Bei pharmakologischen Fragen erreichen Sie unsere Experten unter Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*
Online-Anmeldung unter www.kvb.de in der Rubrik *Service*.

HYGIENEMANAGEMENT IN PRAXEN

Ein effektives Hygienemanagement in der Praxis dient nicht nur der Erfüllung der gesetzlichen Auflagen, sondern vor allem dem Schutz der Patienten sowie der Vermeidung von Infektionen bei Mitarbeitern im Rahmen des gesetzlichen Arbeitsschutzes. Die dafür notwendigen Regelungen sind beispielsweise im Infektionsschutzgesetz, in der Biostoffverordnung und in den Berufsgenossenschaftlichen Verordnungen beschrieben. Grundlage aller Hygienevorschriften sind die Richtlinien des Robert-Koch-Instituts.

Aufgrund der vielen Nachfragen im Rahmen der Einführung des Qualitätsmanagements für Praxen hat die KVB ihr QM-Seminarangebot erweitert. Erstmals werden 2009 QM-Seminare zum Thema „Hygienemanagement in Praxen“ speziell für Medizinische Fachangestellte angeboten. Diese sind neben dem Praxisinhaber an der praktischen Umsetzung und Einhaltung der Praxishygiene unmittelbar beteiligt und für sie mitverantwortlich. Der Nachweis, dass die eigenen Mitarbeiter geschult und auf dem aktuellsten Wissensstand sind, bedeutet für jeden Praxisinhaber Rechtssicherheit.

Das Seminar speziell für Praxismitarbeiter umfasst vier Stunden und wird jeweils mittwochs am Nachmittag durchgeführt. Auch Praxisinhaber können teilnehmen.

Die Seminarinhalte:

- Rechtliche Grundlagen wie zum Beispiel Medizinprodukte-Betreiberverordnung, Infektionsschutzgesetz
- Aufzeigen von Gefahren und möglicher Folgen bei Nichtbeachtung
- Biostoffverordnung (TRBA 250 Arbeitsschutz), Richtlinien des

Robert-Koch-Instituts

- Händehygiene-Hautschutzplan
- Dienst- und Schutzkleidung, persönliche Hygiene
- Schutzausrüstung
- Hygieneplan, Desinfektions- und Reinigungsplan
- Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen
- Aufbereitung von Medizinprodukten, Risikobewertung, Reinigung, Desinfektion, Sterilisation und Sterilgutlagerung

Referenten sind Experten aus dem QM-Team für Praxen, die sowohl im Qualitätsmanagement ausgebildet sind, als auch über langjährige praktische QM-Erfahrungen verfügen.

Die Seminare finden in Augsburg, München, Nürnberg und Regensburg statt.

Die genauen Termine sowie die Anmeldebögen entnehmen Sie bitte der „Seminarbroschüre 2009 – Qualitätsmanagement in Praxen/Qualitätszirkel“. Sie finden sie außerdem unter www.kvb.de in der Rubrik *Qualität/Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement/QM-Seminare*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon	09 11 / 9 46 67 – 3 36
	09 11 / 9 46 67 – 3 28
Fax	09 11 / 9 46 67 – 4 00
E-Mail	QM-Beratung@kvb.de

DIE NÄCHSTEN SEMINARE 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 – 3 28

Anmeldung und weitere Seminare

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

KVB-Seminare

Für Psychotherapeuten:

Aktuelles zur Gesundheitspolitik – Der Vorstand informiert

Abrechnungsworkshop Orthopäden

Leiten von Gruppen und Teams

Existenzgründertag

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop

Operierende Fachgruppen mit Anästhesisten, Chirurgen, Orthopäden, Urologen

Abrechnungsworkshop Belegärzte

Das Telefon als Visitenkarte der Praxis

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Urologen

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Für Hausärzte:

Aktuelles zur Gesundheitspolitik – Der Vorstand informiert

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Teambesprechungen – ergebnisorientiert und nachhaltig

Die Privatabrechnung – heute und morgen

Abrechnungsworkshop

Operierende Fachgruppen mit Anästhesisten, Chirurgen, Orthopäden, Urologen

QM-Seminare

QEP-Refresher (Halbtagesseminar)

QEP-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

QEP-Tagesseminar Patientenmanagement

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Februar 2009	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Februar 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Februar 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	28. Februar 2009	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	6. März 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	11. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	11. März 2009	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	11. März 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	13. März 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	14. März 2009	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. März 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	22. April 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	24. April 2009 25. April 2009	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	188,- Euro	25. April 2009	9.00 bis 16.30 Uhr	Würzburg

KVBINFOS

03|09

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

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

VERORDNUNGEN

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

QUALITÄT

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

ALLGEMEINES

- 36 Rechenschaftsbericht der KVB
- 37 Regionale Vereinbarungen 2009

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

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

- 40 Änderung bei der Bedarfsplanung der Psychotherapeuten

SEMINARE

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

ABRECHNUNGSABGABE QUARTAL 1/2009

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

Einreichungswege für Ihre Quartalsabrechnung

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

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

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

VERÖFFENTLICHUNG AUS- ZAHLUNGSPUNKTWERTE

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

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

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

WIRTSCHAFTLICHKEITS- BONUS LABOR 2/2007

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

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

NEUE IMPFZIFFERN

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

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

ALTER BEI DIALYSE-SACHKOSTEN BEACHTEN

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

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

HÜFTSONOGRAPHIE BEI SÄUGLINGEN

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

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

LEISTUNGSBEWERTUNGEN IN DER STRAHLENTHERAPIE

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

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

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

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

LEISTUNGSBEWERTUNGEN IN DER REPRODUKTIONSMEDIZIN

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

31. Dezember 2009 befristet.

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

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

VERGÜTUNG VON LEISTUNGEN FÜR SOLDATEN

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

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

PUNKTWERT DIREKTABRECHNUNGSVERFAHREN

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

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

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

FUSION: IKK-DIREKT UND TK

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

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

HILFSMITTEL NUR VOM „VERTRAGSPARTNER“?

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

Saugende Inkontinenzhilfen

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

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

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

KEINE MISCHREZEPTE FÜR ARZNEIMITTEL, HILFSMITTEL UND IMPFSTOFFE

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

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

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

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

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

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

Empfehlung:

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

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

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

VERSCHREIBUNGSPFLICHT FÜR PARACETAMOL UND JOHANNISKRAUT

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

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

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

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

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

ARZNEIMITTELSICHERHEIT IN SCHWANGERSCHAFT

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

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

ANWENDUNG DES KINDERFILTERS IN DER RÖNTGENDIAGNOSTIK

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

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

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

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

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

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

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

NEUFASSUNG DER ULTRASCHALLVEREINBARUNG

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

Die wichtigsten Änderungen möchten wir Ihnen vorab darstellen.

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

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

§ 9 Apparative Ausstattung

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

§ 9 Einsatz eines neuen Ultraschallgeräts – Abnahmeprüfung

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

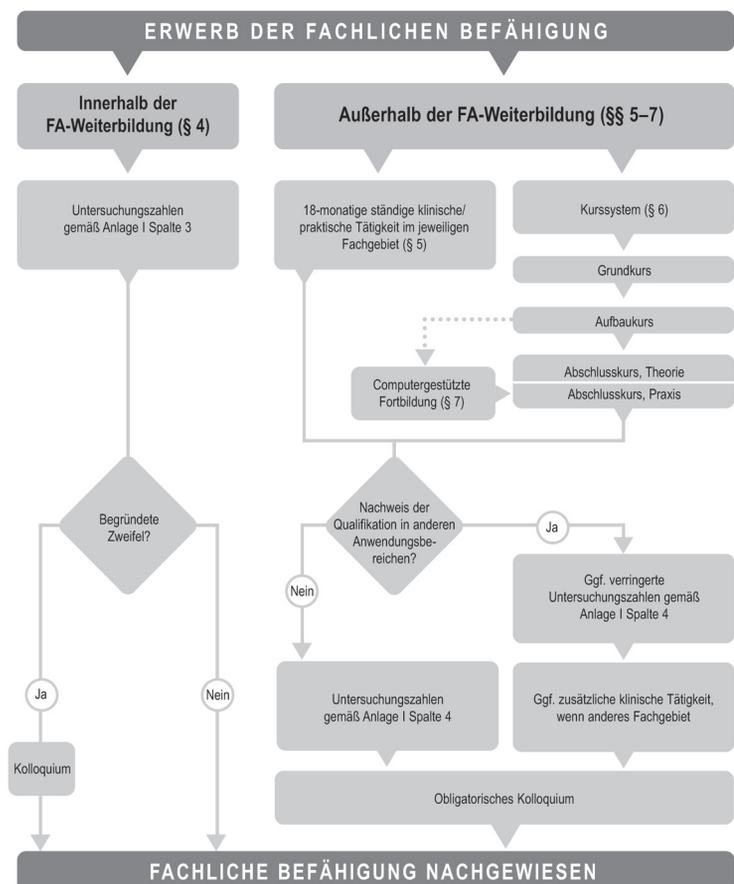
Zusätzlich ist für Anwendungsbereiche im B-Modus eine Abnahmeprüfung zur Überprüfung der technischen Bildqualität neu

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

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

Vor der ersten Inbetriebnahme

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



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

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

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

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

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

■ **Neu: § 11 Stichprobenprüfung**

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

■ **Neu: § 13 Konstanzprüfung**

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

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

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

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

■ **§ 12 Säuglingshüfte**

Die Vorgaben zur sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte bleiben bestehen.

Neuerungen bei der Antragstellung

■ **§ 7 Computergestützte Fortbildung**

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

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

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

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

■ **§ 16 Übergangsregelungen**

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

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

KONSTANZPRÜFUNG DER RÖNTGENEINRICHTUNG BEI MUND-KIEFER-GESICHTS-CHIRURGEN

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

RECHENSCHAFTSBERICHT DER KVB

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

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

Ferner sind 2007 angefallen:

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

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

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

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

REGIONALE VEREINBARUNGEN 2009

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

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

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

PKV-BASISTARIF: VERHANDLUNGEN GESCHEITERT

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

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

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

E-DOKUMENTATION ZUM HAUTKREBSSCREENING

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

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

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

Folgende Einreichungswege bestehen:

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

VORAUSSETZUNGEN TEILNAHME NOTARZTDIENST

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

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

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

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

ELEKTRONISCHE VERNETZUNG IN ARZTPRAXEN

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Mitgliederportal@kvb.de

PRAXISBEWERTUNGEN: RICHTIGSTELLUNG

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Praxisfuehrung@kvb.de

ÄNDERUNG BEI DER BEDARFSPLANUNG DER PSYCHOTHERAPEUTEN

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

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

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

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

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

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

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

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

NEUE BROSCHÜRE „BERATUNG UND SEMINARE“

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

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

Mehr zum Thema Anmeldung erfahren Sie unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 65*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 66*
 E-Mail Seminarberatung@kvb.de

FORUM EXISTENZGRÜNDER UND PRAXISABGEBER

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

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

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

Alles zum Thema Anmeldung erfahren

Sie unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 65*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

E-Mail Seminarberatung@kvb.de

BETRIEBSWIRTSCHAFT FÜR DEN VERTRAGSARZT

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

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

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

Interessenten können sich für dieses Seminar zu folgenden Terminen anmelden:

18. März 2009,

15.00 – 18.00 Uhr, KVB Augsburg

27. Mai 2009,

15.00 – 18.00 Uhr, KVB München

23. September 2009,

15.00 – 18.00 Uhr, KVB Regensburg

Informationen zum Seminar und zur Anmeldung erhalten Sie unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 65*

E-Mail Seminarberatung@kvb.de.

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

DIE NÄCHSTEN SEMINARTERMINE DER KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu QM-Seminaren

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

Anmeldung und weitere Seminare

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

KVB-Seminare

Starter-Tag
Alles rund um ihren Start

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Tipps und Informationen zur Verordnung

Starter-Tag
Alles rund um ihren Start

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Abrechnungsworkshop
Operierende Fachgruppen mit Anästhesisten, Chirurgen, Orthopäden, Urologen

Abrechnungsworkshop Belegärzte

Patientenorientierte Kommunikation für Praxismitarbeiter

Abrechnungsworkshop Belegärzte

Das Telefon als Visitenkarte der Praxis

Abrechnungsworkshop
Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Belegärzte

Existenzgründertag

Praxisabgebtag

KV-Statistiken richtig lesen (für Hausärzte)

Starter-Tag
Alles rund um ihren Start

Gründer-/Abgeberforum

QM-Seminare

Kommunikation in QM (Halbtagesseminar)

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

QEP-Tagesseminar Patientenmanagement

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

KVBINFOS 04|09

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 46 Abrechnungsabgabe Quartal 1/2009
- 46 Honorarreform: Was sind die „freien Leistungen“?
- 47 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 2/2009
- 48 Schreiben zur Honorarreform
- 48 Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus

- 48 GOP 33061: Wie oft berechnungsfähig?

- 49 Auzahlungspunktwerte des Quartals 3/2008

VERORDNUNGEN

- 54 Verordnung von Impfstoffen
- 55 Neuer Arzneimittelservice der AKdÄ
- 55 Arzneimittel-Infoservice

INFORMATIONEN FÜR HAUSÄRZTE

- 56 Tischvorlage und Check-Up-Kalender

SEMINARE

- 57 Fortbildung: „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 58 Die nächsten Seminartermine der KVB

ABRECHNUNGSABGABE QUARTAL 1/2009

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen für das 1. Quartal 2009 bis spätestens **Dienstag, den 14. April 2009**, bei uns ein. Denken Sie auch bitte 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. Bitte vergessen Sie nicht, Ihre eingereichten Unterlagen inklusive Briefumschlag mit Ihrem Arztstempel und Ihrer Betriebsstättennummer (BSNR) zu versehen. Wenn Sie eine Empfangsbestätigung über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen wünschen, können Sie diese gerne bei uns anfordern.

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

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, kann die Abgabefrist nur mit Begründung verlängert werden. Die Fristverlängerung können Sie per E-Mail unter Terminverlaengerung@kvb.de oder per Fax unter 09 41 / 39 63 – 1 38 beantragen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

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

HONORARREFORM: WAS SIND DIE „FREIEN LEISTUNGEN“?

Die Honorierung erfolgt ab dem 1. Januar 2009 nur zum Teil anhand 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 2/2009 haben sich gegenüber dem Quartal 1/2009 keine Änderungen bei den freien Leistungen ergeben. Hier noch einmal eine Zusammenstellung.

Freie Leistungen

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
- Hautkrebsscreening
- 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
- Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 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
- Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 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

ZEITBEZOGENE KAPAZITÄTSGRENZEN 2/2009

- 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)
- 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

tere Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/RLV 2009*. Selbstverständlich können Sie auch mit der vorgenannten Liste arbeiten.

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

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 des Jahres 2008 berechnet und sind je Quartal leicht unterschiedlich.

Nachfolgend die Werte für das Quartal 2/2009 (veröffentlicht im Bayerischen Staatsanzeiger 9/2009 vom 27. Februar 2009):

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 2/2009 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten (Fachgruppe 690 und 700)	31.570
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Fachgruppe 710)	30.220
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Fachgruppe 500)	32.350
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien (Fachgruppe 500)	31.680

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

Hinweis: Nach der Entscheidung des bayerischen Landesschiedsamts im Dezember 2008 kam es zu Einschränkungen bei den freien Leistungen. Die bayerischen Krankenkassen waren nicht bereit, Leistungen über den bundesweiten Katalog hinaus aufzunehmen.

Bitte denken Sie daher daran, in Ihrer Papierfassung der RLV-Broschüre (Drucklegung November 2008) das Austauschblatt mit den angepassten freien Leistungen beizulegen, das wir im Dezember 2008 verschickt hatten (Rundschreiben vom 15. Dezember 2008). Sie finden das Austauschblatt und wei-

IHRE SCHREIBEN ZUR HONORARREFORM

Mit Bekanntgabe der arztindividuellen Regelleistungsvolumen und der damit einhergehenden Befürchtung, zu den Verlierern der Honorarreform zu gehören, erreichen uns zahlreiche Briefe, Faxe und E-Mails besorgter Mitglieder. Der Vorstand der KVB investiert derzeit sein volles Engagement in die Verhandlungen mit den Krankenkassen und der Politik, um die befürchteten Verwerfungen möglichst abzumildern und wieder mehr regionale Entscheidungskompetenz zurückzuerlangen. Ihre Sorgen, Ihre konstruktive Kritik und Ihre Anregungen lassen wir in die Verhandlungsgespräche mit einfließen.

Mögliche Auswirkungen der Honorarreform auf Ihre Praxis besprechen Sie bitte vorrangig mit unseren kompetenten Beratern vor Ort. Diese unterstützen Sie auch gerne in einem persönlichen Gespräch.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten, Thomas Huber, unter
 Telefon 09 41 / 39 63 – 1 95
 Fax 09 41 / 39 63 – 6 87 58
 E-Mail Thomas.Huber@kvb.de

LABOR-WIRTSCHAFTLICHKEITSBONUS

Ab dem Quartal 3/2008 ist der Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten je Arzt berechnungsfähig. Bei der automatisierten Zusetzung ist leider ein Programmierfehler aufgetreten. Die GOP 32001 wurde nicht einmal je Arztfall, sondern wie in der Vergangenheit nur einmal je Behandlungsfall zusetzt. Dadurch kann ein zu geringer Wirtschaftlichkeitsbonus bei der Laborbudget-Berechnung anerkannt werden. Wir werden diesen Fehler korrigieren und zuviel gekürzte Labor-Wirtschaftlichkeitsboni für die Quartale 3/2008 und 4/2008 nachvergüten.

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

GOP 33061: WIE OFT BERECHNUNGSFÄHIG?

Mit Beschluss des EBM 2008 wurde in der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 33061 nach dem Wort „Ableitungsstellen“ das Komma gestrichen. Die Leistungslegende lautet demnach bereits seit 1. Januar 2008: „Sonographische Untersuchung der Extremitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels CW-Doppler-Verfahren an mindestens drei Ableitungsstellen je Extremität, je Sitzung“. Damit ist die GOP 33061 nur einmal und nicht viermal je Sitzung berechnungsfähig. Ab dem dritten Quartal 2009 wird der Ansatz je Sitzung automatisiert geprüft und eine mehr als einmalige Berechnung der GOP 33061 in einer Sitzung gestrichen.

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

AUSZAHLUNGSPUNKTWERTE DES QUARTALS 3/2008

REGIONAL- UND ERSATZKASSEN (gültig auch für besondere Kostenträger nach BMÄ bzw. EGO)

Arztgruppenspezifische Honorarfonds					
	Regionalkassen (ohne Kasse IKK Direkt)		Ersatzkassen		Vergütung bei Kasse IKK Direkt (Einzelleistungen außerhalb der pauschalier- ten Vergütung)
	Leistungen bis Punktzahlgrenz- volumen bzw. für freie Leistun- gen lt. HVV	Leistungen über Punktzahlgrenz- volumen lt. HVV	Leistungen bis Punktzahlgrenz- volumen bzw. für freie Leistun- gen lt. HVV	Leistungen über Punktzahlgrenz- volumen lt. HVV	
Hausärzte (ohne Kinderärzte) ¹⁾	3,28	0,33	3,32	0,33	5,11
Kinderärzte ¹⁾	3,45	0,35	3,78	0,38	5,11
Sonstige Ärzte ²⁾ (Durchschnittspunkt- wert Fachärzte)	2,56		2,76		5,11
Anästhesisten	2,07	0,20	2,37	0,24	5,11
Augenärzte	2,70	0,27	2,96	0,30	5,11
Chirurgen	2,13	0,21	2,30	0,23	5,11
Gynäkologen	2,81	0,25	3,12	0,33	5,11
HNO-Ärzte	2,91	0,29	3,36	0,34	5,11
Hautärzte	2,63	0,26	3,01	0,30	5,11
Fachärztliche Internisten (inkl. Lungenärzte)	2,65	0,28	2,39	0,24	5,11
Laborärzte	1,09		1,18		5,11
MKG-Chirurgen	3,99	0,40	4,92	0,49	5,11
Nervenärzte	2,57	0,26	2,40	0,24	5,11
Orthopäden	2,62	0,26	2,86	0,29	5,11
Pathologen	2,54		2,34		5,11
Ärztliche Psychotherapeuten	1,89	0,16	2,22	0,21	5,11
Radiologen/ Nuklearmediziner	2,03	0,19	2,31	0,23	5,11
Urologen	2,79	0,28	2,87	0,29	5,11
Psychologische Psychotherapeuten	2,19	0,22	2,52	0,27	5,11
Ärztlich geleitete Einrichtungen	1,82		1,87		5,11

Leistungsspezifische Honorarfonds

	Regionalkassen (ohne Kasse IKK Direkt)		Ersatzkassen		Vergütung bei Kasse IKK Direkt (Einzelleistungen außerhalb der pauschal- lierten Vergü- tung)
	Leistungen bis Punktzahlgrenz- volumen bzw. für freie Leistun- gen lt. HVV	Leistungen über Punktzahlgrenz- volumen lt. HVV	Leistungen bis Punktzahlgrenz- volumen bzw. für freie Leistun- gen lt. HVV	Leistungen über Punktzahlgrenz- volumen lt. HVV	
MRT-Leistungen für Fachärzte	4,53	0,27	4,53	0,30	5,11
Ambulantes Operieren für Fachärzte	3,00		3,00		5,11
Psychotherapeutische Leistungen: Genehmigungspflichtige/ zeitabhängige Leistungen (bei Regionalkassen siehe „Leis- tungen außerhalb der pauschal- lierten Vergütung“)	(bei Regionalkassen siehe „Leistungen au- ßerhalb der pauschal- lierten Vergütung“)		4,37		(siehe „Leistungen außerhalb der pauschal- lierten Vergü- tung“)
Probatorische Leistungen, Gutachterberichte, biogr. Anamnese für Fachärzte und Psychotherapeuten	3,35		2,56		5,11

Bereitschaftsdienst

	Regionalkassen (ohne Kasse IKK Direkt)		Ersatzkassen		Vergütung bei Kasse IKK Direkt (Einzelleistungen außerhalb der pauschal- lierten Vergü- tung)
Bereitschaftsdienst für Fachärzte	3,28		3,32		5,11

Leistungen mit festem Punktwert innerhalb der pauschalierten Vergütung			
	Regionalkassen (ohne Kasse IKK Direkt)	Ersatzkassen	Vergütung bei Kasse IKK Direkt (Einzelleistungen außer- halb der pauschalierten Vergütung)
GOP 34291 und 34292 (Herzkatheteruntersuchung)	5,11	5,11	5,11
GOP 33070, 33071 und 33075 (Duplex-Sonographie) Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	5,00	5,00	5,11
GOP 01420 (Häusliche Krankenpflege)		4,86	(siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“)
Mammographie GOP 34270 bis 34274 (mit Teilnahme am Strukturvertrag)	(bei Regionalkassen siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“)	4,09	(siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“)
GOP 33042N (QS Sono Abdomen)	1,50	1,50	1,50
Strukturvertrag: ■ spezielle fachinternistische Lstg. ■ spezielle pulmologische Lstg.	(bei Regionalkassen siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“)	3,50	(siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“)
■ Onkologie		3,89	

Leistungen mit festem Punktwert außerhalb der pauschalierten Vergütung							
	AOK	LKK	IKK Direkt	Übrige IKK	BKK	Ersatz- kassen	Knapp- schaft
Belegärztliche Leistungen	5,080	5,080	5,110	4,950	4,950	4,950	4,700
Strahlentherapie ■ zugelassene Ärzte	4,000	4,000	5,110	4,000	4,000	4,000	4,700
■ ermächtigte Ärzte	2,300	2,300	5,110	2,300	2,300	2,300	4,700
GOP 01100/01101 (Unvorhergesehene Inanspruchnahme)	4,400	4,400	5,110	4,400	4,300	4,300	
GOP 01210 (Notfallpauschale im organisierten Notfalldienst)	3,100	3,100	5,110	3,100	3,100	4,300	
GOP 01211 (Zusatzpauschale im Notfall/ organisierten Notfalldienst)	5,000	5,000	5,110	5,000	5,000	4,300	
GOP 01410 bis 01412/N (Besuche)	4,400	4,400	5,110	4,400	4,300	4,300	

Leistungen mit festem Punktwert außerhalb der pauschalierten Vergütung							
	AOK	LKK	IKK Direkt	Übrige IKK	BKK	Ersatzkassen	Knappschaft
GOP 01415, 01415N (Besuche)	4,066	4,066	5,110	4,066	4,066	4,300	
GOP 01422, 01424 (Häusliche Krankenpflege)							4,700
GOP 01611 (Medizinische Rehabilitation)	4,850	4,850	5,110	4,850	4,850	4,760	4,700
GOP 01620A ff. (Kassenanfragen)	4,850	4,850	5,110	4,850	4,850		4,700
GOP 01700, 01701 (Grundpauschale Labor)							4,700
GOP 01826 und 19311 (Zytologie)	5,080	5,080	5,110	5,000			
GOP 01950 bis 01952 (Methadon)	3,590	3,590	5,110	3,620	3,650	3,590	4,700
GOP 06332 (Photodynamische Therapie)	3,840		5,110	3,840		3,870	4,700
GOP 10343, 10344 (Malign. Hautveränderung)	4,066	4,066	5,110	4,066	4,066		
GOP 13621 (Immunapherese)	3,840		5,110	3,840		3,870	4,700
GOP 14220, 14222 und 14310 (Kinder- und Jugendpsychiatrie)	3,608	3,830	5,110	3,019	3,262		
Schmerztherapie GOP 30700, 30702	5,080	5,080	5,110	5,080	4,800	4,230	5,000
GOP 30704	4,066	4,066	5,110	4,066	4,066	4,230	5,000
GOP 30706, 30708	4,066	4,066	5,110	4,066			5,000
GOP 30790, 30791 (Akupunktur) 1. bis 5. Sitzung	4,700	4,700	5,110	4,066	4,700	4,020	4,700
6. bis 10. Sitzung	3,750	3,750	5,110	4,066	3,750	4,020	4,700
11. bis 15. Sitzung	2,350	2,350	5,110	4,066	2,350	4,020	4,700
Schlafstörungdiagnostik GOP 30900						4,760	
GOP 30901	3,900	3,900	5,110	3,900	3,900	4,760	4,700
GOP 30901C	5,080	5,080	5,110	5,080	5,080		
GOP 30800, 30810 und 30811 (Soziotherapie)	3,840		5,110	3,840	4,066 (nicht GOP 30800)	3,870	4,700
GOP 31010A bis 31013A (OP-Vorbereitung durch Hausärzte)	4,400	4,400	5,110	4,400	4,300	4,300	

Leistungen mit festem Punktwert außerhalb der pauschalierten Vergütung							
	AOK	LKK	IKK Direkt	Übrige IKK	BKK	Ersatzkassen	Knappschaft
GOP 31362, 31734, 31735 (Phototh. Keratektomie)	4,066	4,066	5,110	4,066	4,066	3,870	4,700
GOP 34431 (Mamma-MRT)	3,840		5,110	3,840		3,870	4,700
GOP 34270 bis 34274 (Mammographie) <ul style="list-style-type: none"> ■ mit Teilnahme am Strukturvertrag/ BMS 	4,870	4,870	5,110	4,800	4,650	(siehe Leistungen mit festem Punktwert innerhalb der pauschalierten Vergütung)	4,700
<ul style="list-style-type: none"> ■ ohne Teilnahme am Strukturvertrag 	1,500	1,500	2,000	1,500	1,500		
GOP 34470 bis 34492 (MRT-Angiographie) Künstliche Befruchtung mit Begleitleistung	3,840	3,840	5,110	3,840	3,650	3,870	4,700
Chlamydien Screening	4,066	4,066	5,110	4,066	4,066	(Vergütung innerhalb der pauschalierten Vergütung)	4,700
Psychotherapeutische genehmigungspflichtige/zeitabhängige Leistungen	4,370	4,370	5,110	4,370	4,370	(siehe Seite 50 Leistungsspezifische Honorarfonds)	4,370
Strukturvertrag: <ul style="list-style-type: none"> ■ spezielle ambulante Operationen 	4,950/ 4,190	4,950/ 4,190	5,110	4,600/ 4,000	4,000/ 3,540	4,200/ 3,820	4,700
<ul style="list-style-type: none"> ■ Anästhesien 	4,840/ 4,190/ 4,140	4,840/ 4,190/ 4,140	5,110	4,750/ 4,130/ 4,000	4,000/ 3,540	4,200/ 3,820	4,700
<ul style="list-style-type: none"> ■ postoperative Überwachung 	5,000/ 4,190	5,000/ 4,190	5,110	4,750/ 4,000	4,000/ 3,540	4,200/ 3,820	4,700
<ul style="list-style-type: none"> ■ spezielle fachinternistische Lstg. ■ spezielle pulmologische Lstg. 	4,880/ 4,150	4,880/ 4,150	5,110	4,324/ 4,000	4,740/ 4,000/ 3,500	(siehe Leistungen mit festem Punktwert innerhalb der pauschalierten Vergütung)	
Onkologie ³⁾ im Behandlungsfall mit GOP 86501 <ul style="list-style-type: none"> ■ mit Teilnahme an der INN-Vereinbarung 	5,000	5,000	5,110	5,000	5,000		
<ul style="list-style-type: none"> ■ zugelassene Ärzte 	4,324	4,324	5,110	4,324	4,324		
<ul style="list-style-type: none"> ■ ermächtigte Ärzte 	3,700	3,700	5,110	3,700	3,700		
Zusatzpauschale Onkologie ⁴⁾	7,090	7,090	5,110	7,090	7,090		7,090
Onkologie in Zusammenarbeit mit Apotheken	5,000						

Erläuterungen zu den Auszahlungspunktwerten des Quartals 3/2008

¹⁾ Mit diesem Auszahlungspunkt看wert werden bei Hausärzten/Kinderärzten die Leistungsspektren für Übrige Leistungen, ambulante Operationen und Bereitschaftsdienst vergütet.

Dies gilt auch für psychotherapeutische Leistungen, sofern diese nicht mit dem festen Punkt看wert von 4,37 Cent bei Regional- und Ersatzkassen bzw. 5,11 Cent bei IKK Direkt vergütet werden.

²⁾ Dieser Auszahlungspunkt看wert gilt auch für Leistungen bei Hausärzten nach § 73 SGB V.

Den Sonstigen Ärzten sind lt. HWV Anlage 5 folgende Fachgruppen zugeordnet:

- Kinder- und Jugendpsychiater
- Neurochirurgen
- Ärzte für phys. und rehab. Medizin (Punkt看wert Regionalkassen 3,00 Cent/0,30 Cent, Punkt看wert Ersatzkassen 3,04 Cent/0,30 Cent)
- Arbeitsmedizin
- Humangenetik
- Hygiene und Umweltmedizin
- Öffentliches Gesundheitswesen
- Pharmakologie und Toxikologie
- Rechtsmedizin
- Präventiv ermächtigte Ärzte

³⁾ GOP 01510 bis 01512, 02100, 02110 bis 02112, 02120, 13500 bis 13502

⁴⁾ Gilt für die Fachgruppen Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Gastroenterologen, Pneumologen, MKG-Chirurgen und Urologen

Anmerkung:

Die Leistungen der Postbeamtenkrankenkasse werden wie folgt vergütet:

Übrige Leistungen

- ambulant 7,41 Cent
- stationär 6,31 Cent

Laborleistungen

- ambulant 7,21 Cent
- stationär 6,14 Cent

VERORDNUNG VON IMPFSTOFFEN

Unter Beachtung der Schutzimpfungsrichtlinie sind Impfstoffe grundsätzlich verordnungsfähig. Die meisten Impfstoffe sind als Sprechstundenbedarf (Muster 16a/Kennzeichnung mit Ziffer „8“) zu beziehen. Eine Aufstellung der über Sprechstundenbedarf bezugsfähigen Impfstoffe finden Sie in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung.

Hinweise zur Verordnung:

Verordnung – Muster 16a/Kennzeichnung Ziffer „8“:

- Die verordnete Menge muss zur Anzahl der Behandlungsfälle beziehungsweise zur Anzahl der abgerechneten Impfleistungen in einem angemessenen Verhältnis stehen.

Verordnung – Muster 16 auf Namen des Patienten/Kennzeichnung Ziffer „8“:

- Engerix-B Erwachsene
- Gardasil für 12 bis 17-Jährige
- Mencevax: Meningokokken A,C,W,Y – unter Beachtung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission STIKO

Verordnungen auf Privatrezept:

- Reiseschutzimpfungen, zum Beispiel Meningokokken-Impfstoff A+C
- beruflich erhöhte Gefährdung, zum Beispiel durch Tollwut

Bei der Verordnung von Impfstoffen sind die Schutzimpfungsrichtlinie, die Empfehlungen der STIKO und die Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Abschnitt III Nr. 5, zu beachten. So können Sie Rückforderungsanträge der Krankenkassen vermeiden.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

NEUER ARZNEIMITTEL-SERVICE DER AKDÄ

Seit Anfang 2009 bietet die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) den Service „Neue Arzneimittel“ an. Das Servicetool bietet aktuelle Informationen rund um neu zugelassene Arzneimittel und neu zugelassene Indikationen in der Europäischen Union. Die Informationen basieren auf den Angaben des Europäischen Öffentlichen Bewertungsberichts der Europäischen Behörde für Arzneimittel.

Für unsere Mitglieder haben wir diesen Service ergänzt. Unter www.kvb.de finden Sie in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen* in der rechten Spalte die „Externen Publikationen Verordnung“. Hier gelangen Sie mit einem Klick zu folgenden Veröffentlichungen der AkdÄ:

- Therapieempfehlungen
- Rote-Hand-Briefe
- Neue Arzneimittel

Weitere qualifizierte Informationen rund um das Thema Verordnung stehen Ihnen auf den Internetseiten der KVB zur Verfügung. Kompetente Unterstützung erhalten Sie auch über unser Servicetelefon Verordnung sowie in unseren Pharmakotherapieberatungen. Außerdem unterstützen wir Sie mit individuellen Verordnungsstatistiken in SmarAkt.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter

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

ARZNEIMITTEL-INFOSERVICE

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erstellt in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) die Publikation „Wirkstoff AKTUELL“. Die Zusammenfassungen bieten eine kurze und unabhängige Übersicht zur aktuellen Datenlage und zur Wirtschaftlichkeit der besprochenen Arzneimittel. Nachfolgend finden Sie eine Übersicht und kurze Zusammenfassung der letzten Veröffentlichungen.

Exforge® Amlodipin/Valsartan

Das Kombinationspräparat Amlodipin/Valsartan (Exforge®) bringt nach derzeitigem Wissensstand für die antihypertensive Behandlung keine Vorteile. Erst bei höherem Ausgangsblutdruck ist in der Regel eine Kombinationstherapie entweder mit Einzelwirkstoffen oder mit einer Fixkombination indiziert. Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer und langwirksame Kalziumantagonisten stehen als Therapeutika der ersten Wahl für die Erstbehandlung und Monotherapie einer unkomplizierten Hypertonie zur Verfügung. Die Behandlung der komplizierten Hypertonie richtet sich nach den Hochdruckfolge- und Begleiterkrankungen.

Cymbalta® Duloxetin

Duloxetin ist kein Mittel der ersten Wahl bei der Akutbehandlung depressiver Erkrankungen. Es gibt keinen sicheren Beleg für einen Behandlungsvorteil von Duloxetin gegenüber kostengünstigeren Nichtselektiven Monoamin-Rückaufnahmehemmern (auch tri- und tetrazyklische Antidepressiva genannt) und Selektiven Serotonin-Rückaufnahmehemmern.

Grazax®

Allergenpräparat aus Gräserpollen von Wiesenlieschgras zur sublingualen Anwendung

Falls eine spezifische Immuntherapie (SIT) zur Behandlung einer allergischen Erkrankung mit IgE-vermittelter Sensibilisierung und korrespondierenden klinischen Symptomen erforderlich sein sollte, ist die subkutane SIT (SCIT) Mittel der Wahl. Bei Kontraindikationen oder fehlender Compliance kann bei pollenbedingter allergischer Rhinokonjunktivitis die kostenintensivere sublinguale SIT als Therapiealternative bei Erwachsenen eingesetzt werden.

Protelos® Strontiumranelat

Für den Wirkstoff Strontiumranelat ist – auch unter Berücksichtigung des anderen Wirkmechanismus – für die Behandlung der postmenopausalen Osteoporose kein zusätzlicher Nutzen hinsichtlich der fraktur senkenden Wirkungen im Vergleich zu den Bisphosphonaten belegt.

Die vollständige Publikation und ausführliche Informationen mit Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise finden Sie in „Wirkstoff AKTUELL“ unter www.kvb.de/ais oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen/Arzneimittel A-Z*.

Leuprorelin-Depotpräparate – ungenutzte Einsparpotentiale

Im ersten Halbjahr 2008 wurden in Bayern über 11.000 Verordnungen der Leuprorelin-Depotfertilgarzneimittel für mehr als 6,3 Millionen Euro verschrieben. Obwohl sich seit September 2007 preiswerte generische Implantate auf dem Markt befinden, ist ihr Anteil mit 6,4 Prozent in Bezug auf die Gesamtverordnungskosten relativ gering. Angesichts der Tatsache, dass die Leuprorelinimplantate im Vergleich zu der Depotsuspension bis zu 25 Prozent preiswerter sind, lassen sich durch den Einsatz der Implantate beträchtli-

che Einsparpotentiale realisieren. Ausführliche Informationen und eine Tabelle mit den Verordnungsmengen im ersten Halbjahr 2008 sowie den Verordnungskosten zum Stand 1. März 2009 finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen*.

Protonenpumpeninhibitoren (PPI) auf dem Vormarsch

Im 3. Quartal 2008 wurden alleine in Bayern 56 Millionen durchschnittliche Tagesdosen (= Daily Defined Dose – DDD) PPI verordnet, also an jedem Arbeitstag über eine halbe Million. Damit verbrauchte die bayerische Bevölkerung in einem Quartal so viele PPI wie im Jahr 1997 gerade noch die Hälfte der deutschen Bevölkerung in einem Jahr erhielt! Insgesamt wurde in Bayern 550.000 Patienten im 3. Quartal 2008 ein PPI verordnet, das ist jeder 19. GKV-Versicherte.

Ein gewisser Anteil der Verschreibungen von PPI wird sicherlich auf die belegten Einsatzgebiete wie Refluxösophagitis, Ulcustherapie und -prophylaxe sowie die Helicobacter-Eradikation zurückzuführen sein. Der enorme Anstieg der Verschreibungsmenge lässt sich jedoch rational nicht allein mit einem solchen gerechtfertigten Einsatz begründen, da die Inzidenz dieser Erkrankungen nicht im gleichen Maß zugenommen hat. In unserem „Arzneimittel im Blickpunkt“ haben wir Informationen zu Nebenwirkungen und Risiken, Wechselwirkungen und eine aktuelle Übersicht zur Sondengängigkeit verschiedener Präparate mit Protonenpumpeninhibitoren zusammengestellt.

Statine – öfter mal was Neues? – Rosuvastatin

Rosuvastatin ist ein in Deutschland neu verfügbares Originalpräparat, das bereits 2003 in Amerika zugelassen wurde. Es zeichnet sich durch einen starken Effekt auf die LDL-Senkung aus. Ob diese stärkere LDL-Senkung im Vergleich zu anderen lange erprobten Statinen mit einem günstigeren Effekt auf Mortalität und Morbidität einhergeht, ist unbekannt. Klinische Studien untersuchten bisher nur den Vergleich von Rosuvastatin und Placebothherapie. Es ist zu vermuten, dass mit einer höheren LDL-Senkung auch ein höheres Risiko für Nebenwirkungen einhergeht. Rosuvastatin ist mit Tagestherapiekosten von zirka 1,30 Euro bis zu viermal teurer als andere generisch verfügbare Statine.

Im Gegensatz zu anderen Statinen ist es aktuell nicht zur Prävention kardiovaskulärer Mortalität und Morbidität zugelassen. Daher sollte der Einsatz kritisch überdacht werden.

Arzneimittel im Blickpunkt ist eine Publikation der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Wir recherchieren für unsere Mitglieder zu ausgewählten Arzneimitteln oder Arzneimittelgruppen die Studienliteratur und bereiten diese Informationen kompakt auf. Sie finden sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen*.

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

TISCHVORLAGE UND CHECK-UP-KALENDER

Seit Januar 2009 gilt die Honorarreform. Damit Sie sich schnell in der neuen Honorarwelt zurecht finden, haben wir für Haus- und Kinderärzte Tischvorlagen erstellt. Die Vorlage „Honorar 2009“ gibt Ihnen einen schnellen Überblick über alle Zuschläge zum RLV sowie über die „freien Leistungen“ innerhalb und außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung.

Der zweiten Vorlage, dem „Präventions- und Check-Up-Kalender“, können Sie auf einen Blick die Präventionsleistungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit abrechenbaren GOP und empfohlenen Untersuchungszeiträumen entnehmen.

Beide Tischvorlagen können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Infopool Hausärzte/Praxistipp* herunterladen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten unter
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 14
 E-Mail sshvs@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
- 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 Notfälle mit Fallbeispielen
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation, auch Richtlinien der BLÄK sowie des European Resuscitation Council (ERC)
- Praktische Übungen in Form eines Mega-Code-Trainings

Fortbildungspunkte: 8

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: jeweils 9.00 – 16.15 Uhr

Termine:

Samstag, 9. Mai 2009
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

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. April 2009
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 27. Mai 2009
KVB-Bezirksstelle München/Oberbayern

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 – 48 03

Das Anmeldeformular finden Sie unter
www.kvb.de in der Rubrik *Service/Seminare*.

DIE NÄCHSTEN SEMINARTERMINE DER KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu QM-Seminaren

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

Anmeldung und weitere Seminare

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Alles rund ums Recht

Verordnungen – Workshop für Medizinische Fachangestellte

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Info-Tag: Praxisabgeber

Info-Tag: Existenzgründer

Info-Tag: Existenzgründer

Verordnungen – Workshop für Medizinische Fachangestellte

Praxisbesonderheiten im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Abrechnungsworkshop Belegärzte

Verordnungen – Workshop für Medizinische Fachangestellte

Effiziente Abwicklung des DMP

Abrechnungsworkshop Belegärzte

Abrechnungsworkshop Hausärztlicher Versorgungsbereich

Abrechnungsworkshop Anästhesisten

Abrechnungsworkshop Internisten

Verordnungen – Workshop für Medizinische Fachangestellte

Motiviert, gelassen, erfolgreich
– Selbstmanagement für Praxismitarbeiterinnen

Abrechnungsworkshop Chirurgen

QM-Seminare

„QEP-Refresher“ (Halbtagesseminar)

„Patientenmanagement“ (QEP-Tagesseminar)

„Kommunikation im QM“ (Halbtagesseminar)

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. April 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	22. April 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. April 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. April 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. April 2009	15.00 bis 20.00 Uhr	Straubing
Niederlassungswillige	kostenfrei	25. April 2009	10.00 bis 15.00 Uhr	Bayreuth
Niederlassungswillige	kostenfrei	25. April 2009	10.00 bis 15.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. April 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	29. April 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. April 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. April 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	29. April 2009	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. April 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. Mai 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	22. April 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	188,- Euro	25. April 2009	9.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	13. Mai 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München, Nürnberg

KVBINFOS 05|09

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 62 Änderungen des EBM zum 1. April 2009
- 63 Änderungen in Kapitel 32 (Labor)
- 64 Hinweise zum Ausfüllen von Muster 10A
- 64 Abrechnung von Sachkosten
- 65 Auszahlungspunktwerte des Quartals 4/2009

VERORDNUNGEN

- 70 Neufassung der Arzneimittel-Richtlinie
- 71 Verordnung von Brustprothesen

- 71 Missbrauch von Fentanylpflastern
- 72 Einsparpotentiale bei Interferon beta 1b
- 72 Neue Arzneimittel
- 72 Richtig gestellt
- 73 Therapiesicherheit

PRAXISFÜHRUNG

- 73 Sprechstundentätigkeit – Mindestzeiten
- 74 Zu früh für neue Kartenlesegeräte

QUALITÄT

- 74 Sonographie Abdomen und Retroperitoneum

- 74 Fortbildungspunkte Sonographie

- 75 Mindestanzahl bei urologischen Röntgenaufnahmen

ALLGEMEINES

- 76 Service-Telefon: Warum kostenpflichtig?
- 76 Diabetesvereinbarungen bis Ende Juni gültig

SEMINARE

- 77 Fortbildung: „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 78 Die nächsten Seminartermine der KVB

ÄNDERUNGEN DES EBM ZUM 1. APRIL 2009

Es wurden neue Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2009 beschlossen. Ein Teil der Änderungen wurden bereits im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 13 vom 27. März 2009 (Seite A623) veröffentlicht und stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Hausärzte ohne Kinderärzte

Aufnahme von Kostenpauschalen für die Vergütung von Hilfeleistungen durch nicht-ärztliche Praxisassistenten bei Unterversorgung oder lokalem Versorgungsbedarf

Derzeit wurde in Bayern keine Unterversorgung und kein lokaler Versorgungsbedarf im hausärztlichen Versorgungsbereich festgestellt. Dennoch stellen wir Ihnen die neuen Pauschalen hier kurz vor.

Für die Vergütung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen durch nicht-ärztliche Praxisassistentinnen werden in Abschnitt 40.18 zwei neue Kostenpauschalen in das Kapitel 40 aufgenommen. Die Bundesmantelverträge werden um eine Anlage 8 ergänzt, die die Einzelheiten zur Erbringung dieser Hilfeleistungen regelt.

Voraussetzungen der Leistungserbringung

Die neuen Kostenpauschalen sind ausschließlich für Hausärzte (ohne Kinderärzte) berechnungsfähig. Ihre Erbringung und Abrechnung sind nur bei Vorliegen der folgenden Voraussetzungen möglich:

- **Feststellung von Unterversorgung**
Für den Ort der Leistungserbringung muss vom Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen eine ärztliche

Unterversorgung, eine drohende Unterversorgung oder ein zusätzlich lokaler Versorgungsbedarf im hausärztlichen Versorgungsbereich festgestellt worden sein (eine Unterversorgung im hausärztlichen Bereich wird nach den Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte vermutet, wenn ein Unterschreiten des geplanten Bedarfs um 25 von Hundert vorliegt).

- **Qualifikation der Praxisassistentin**
Ein qualifizierter Berufsabschluss, Berufserfahrung sowie eine Zusatzqualifikation der nicht-ärztlichen Praxisassistentin ist nachzuweisen (Genehmigung durch die KV erforderlich)
- Nur für Hilfeleistungen bei eingeschränktem Patientenkreis berechnungsfähig
(Beispiel: Patienten ab 65 Jahren mit schwerwiegender chronischer Erkrankung, die die Praxis des Arztes aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen aufsuchen können)

Die neuen Pauschalen

GOP 40870

Kostenpauschale für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen **in der Häuslichkeit des Patienten**, einschließlich Wegkosten je Sitzung 17,00 Euro

GOP 40872

Kostenpauschale für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen **für einen weiteren Patienten derselben häuslichen Gemeinschaft, für einen Patienten in Alten- oder Pflegeheimen und/oder für Patienten im Rahmen der weiteren postoperativen Behandlung nach GOP 31600**, einschließlich Wegkosten je Sitzung 12,50 Euro

Obligate Leistungsinhalte

- Persönlicher nicht-ärztlicher Praxisassistentinnen-Patienten-Kontakt
- Aufsuchen des Patienten zum Zwecke der Versorgung
- Dokumentation der erhobenen Befunde, gegebener Anweisungen beziehungsweise durchgeführter Maßnahmen

Fakultative Leistungsinhalte

- Leistungen des Versorgungsauftrages nach Anlage 8 der Bundesmantelverträge
- In der Versichertenpauschale fakultativ enthaltene Leistungen

Weitere Informationen zur Leistungserbringung und Abrechnung der neuen Pauschalen

Sollte der Landesausschuss zukünftig in Ihrer Region für die Arztgruppe der Hausärzte eine ärztliche Unterversorgung, eine drohende Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf feststellen, werden wir Sie **als Hausarzt gezielt in einem gesonderten Anschreiben** über die Voraussetzungen zur Leistungserbringung und Abrechnung der neuen Pauschalen informieren.

Nähere Informationen finden Sie in der Veröffentlichung des Beschlusses im Deutschen Ärzteblatt oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/EBM-BEZO*.

Haus- und Fachärzte

Aufnahme von Kostenpauschalen für die Verordnung der Palliativversorgung

Für die Vergütung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der Palliativversorgung werden in Abschnitt 40.17 zwei neue Kostenpauschalen in das Kapitel 40 aufgenommen

ÄNDERUNGEN IN KAPITEL 32 (LABOR)

GOP 40860

Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der **Erstverordnung** der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, einmal im Behandlungsfall 25,00 Euro

GOP 40862

Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der **Folgeverordnung** zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, höchstens zweimal im Behandlungsfall 15,00 Euro

Berechnungsfähig von:

Hausärzten, Kinder- und Jugendmedizinern, Anästhesisten, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzten, Hautärzten, Fachärztlich tätigen Internisten, Kinder- und Jugendpsychiatern, MKG-Chirurgen, Neurologen, Nervenärzten und Neurochirurgen, Orthopäden, Psychiatern, Strahlentherapeuten sowie Urologen

Laborärzte

Labor-Grundpauschale GOP 12220 – Absenkung der Punktzahl

Wie bereits mitgeteilt, wurde die Punktzahl der Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendung mit Wirkung zum 1. April 2009 um den Faktor 0,6407 angepasst. Die Punktzahl ändert sich damit von bisher 65 Punkte auf neu 40 Punkte. Der Euro-Preis der GOP 12220 wurde in der Bayerischen Euro-Gebührenordnung dementsprechend von bisher 2,28 Euro auf 1,41 Euro geändert.

Präambel 12.1 – Qualifikationsvoraussetzungen für die Erbringung und Abrechnung humangenetischer Leistungen durch Laborärzte

Für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin gelten die zur Abrechnung von Leistungen des Abschnitts 11.3 (humangenetische Leistungen) geforderten Qualifikationsvoraussetzungen als erfüllt.

Redaktionelle Klarstellung durch Ergänzung der Präambel 12.1 Punkt 7.

Genetische Untersuchungen

Keine Aufnahme indikationsbezogener Höchstwerte für genetische Untersuchungen in Kapitel 11 und 32 zum 1. April 2009

Mit Rundschreiben Honorar – Ausgabe 01/2009 vom 9. Januar 2009 hatten wir Sie über den Beschluss der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen beziehungsweise der Partner der Bundesmantelverträge zur Aufnahme erster indikationsbezogener Höchstwerte für humangenetische/molekulargenetische Untersuchungen in Kapitel 11 und 32 mit Wirkung zum 1. April 2009 informiert.

Die Beratungen hierzu auf Bundesebene dauern noch an, sodass die Einführung der Höchstwerte nicht wie geplant zum 1. April 2009, sondern voraussichtlich erst zum 1. Oktober 2009 erfolgt.

Wir halten Sie über die weitere Entwicklung auf dem Laufenden.

Mit Wirkung zum 1. Juli 2009 wurden Änderungen im Bereich Labor (Kapitel 32) beschlossen. Diese Änderungen sind im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 13 vom 27. März 2009, veröffentlicht und stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

GOP 31831 und 31836

Nebeneinanderberechnung von Nukleinsäurenachweis und kulturellen Untersuchungen/Antigennachweisen von CMV und Neisseria gonorrhoeae nur in begründeten Einzelfällen

Die Nukleinsäurenachweise von CMV (GOP 32831) und von Neisseria gonorrhoeae (GOP 32836) sind nur in begründeten Einzelfällen neben den kulturellen Untersuchungen und/oder Antigennachweisen von CMV oder Neisseria gonorrhoeae berechnungsfähig. Aufnahme einer Anmerkung zum Katalog der Gebührenordnungspositionen 32829 bis 32844.

GOP 32842

Keine Nebeneinanderberechnung des Nukleinsäurenachweises von Mycoplasmen neben entsprechenden kulturellen Untersuchungen/Antigennachweisen

Neben dem Nukleinsäurenachweis von Mycoplasmen nach Gebührenordnungsposition 32842 können kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise von Mycoplasmen nicht berechnet werden. Aufnahme einer Anmerkung zum Katalog der Gebührenordnungspositionen 32829 bis 32844.

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

HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN VON MUSTER 10A

Vermeiden Sie Rückfragen und erhöhten Bearbeitungsaufwand bei der automatisierten Erfassung und Bearbeitung Ihrer Anforderungen von Laboruntersuchungen in Laborgemeinschaften, indem Sie beim Ausfüllen des Musters 10A bitte Folgendes beachten:

- Drucken Sie das Muster 10A erst dann aus, wenn Sie Ihre Anforderungen abschließend in das Formular am PC eingetragen haben.
- Nehmen Sie nach dem Ausdruck des Formulars keine handschriftlichen Markierungen von Anforderungen von Laboruntersuchungen mehr vor. Diese nachträglichen Markierungen werden nicht mehr im Barcode ausgewiesen und können daher zu Problemen bei der Laborgemeinschaft führen.

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

ABRECHNUNG VON SACHKOSTEN

Bitte achten Sie vor allem bei ambulanten Operationen auf eine richtige Erfassung in Ihrer Quartalsabrechnung, damit Sie eine korrekte Vergütung der Sach- und Materialkosten erhalten:

- a) Sachkosten**pauschalen** (Feld 5001) zum Beispiel 96102
- b) Sachkosten**bezeichnung** (Feld 5011) zum Beispiel L057 (mit der in der Sachkostenvereinbarung vorgegebenen Sachkostenbezeichnung)
- c) Sach**kosten**/Material**kosten** in Euro/Cent – je nach Praxissoftware – (Feld 5012)
- d) medizinische Indikation oder Firmenname mit der Artikelnummer und/oder der Bestellnummer (Feld 5009) – sofern nach der Sachkostenvereinbarung erforderlich

Vergessen Sie bitte nicht, auch die erforderlichen Rechnungen einzureichen.

Weitere Hinweise finden Sie in den „Anwendungsbestimmungen der KVB für die Abrechnung mittels verwertbaren Datenträgern“ (Abschnitt 4.5 – Stand Juli 2006) unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/EDV in der Arztpraxis/EDV-Abrechnung – Regelungen und Richtlinien*.

Hinweis im Prüfprotokoll

Die Höhe der abgerechneten Sachkosten können Sie auf Ihrer Abrechnungsdatei kontrollieren. Das KVB-Prüfmodul liefert am Ende des Prüfprotokolls folgenden Hinweis: „Dies ist keine Fehlermeldung, sondern eine statistische Auswertung. In der geprüften Abrechnungsdatei summieren sich die Werte der von Ihnen als Euro-/Cent-Wert erfassten Sach- und Materialkosten auf EUR nn.nnn,nn und wurden insgesamt auf n Abrechnungsschein(en)

im laufenden Quartal zum Ansatz gebracht.“

Bei der Kontrolle speziell der abgerechneten Gebührenordnungsnummern (GO) liefert das Prüfmodul zusätzlich noch eine GO-Statistik.

Bitte denken Sie auch an die Vorgaben zur Abrechnung von Maximalbeträgen (zum Beispiel bei L057 10,58 Euro) und eventuell vorzunehmenden Abzügen (zum Beispiel L023, L086).

In einem Leitfaden unter www.kvb.de in der Rubrik *Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Ambulantes Operieren* finden Sie eine Übersicht zu den Maximalbeträgen (Seite 18) und zu den vorzunehmenden Abzügen (Seite 20, 22).

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

AUSZAHLUNGSPUNKTWERTE DES QUARTALS 4/2008

REGIONAL- UND ERSATZKASSEN (gültig auch für besondere Kostenträger nach BMÄ bzw. EGO)

Arztgruppenspezifische Honorarfonds					
	Regionalkassen (ohne Kasse IKK Direkt)		Ersatzkassen		Vergütung bei Kasse IKK Direkt (Einzelleistungen außerhalb der pauschalieren Vergütung)
	Leistungen bis Punktzahlgrenzvolumen bzw. für freie Leistungen lt. HVV	Leistungen über Punktzahlgrenzvolumen lt. HVV	Leistungen bis Punktzahlgrenzvolumen bzw. für freie Leistungen lt. HVV	Leistungen über Punktzahlgrenzvolumen lt. HVV	
Hausärzte (ohne Kinderärzte) ¹⁾	3,61	0,36	3,56	0,36	5,11
Kinderärzte ¹⁾	3,74	0,37	4,05	0,40	5,11
Sonstige Ärzte ²⁾ (Durchschnittspunktwert Fachärzte)	2,85		3,12		5,11
Anästhesisten	2,27	0,21	2,62	0,26	5,11
Augenärzte	2,96	0,30	3,24	0,32	5,11
Chirurgen	2,52	0,25	2,70	0,27	5,11
Gynäkologen	3,14	0,27	3,61	0,36	5,11
HNO-Ärzte	3,11	0,31	3,59	0,36	5,11
Hautärzte	2,92	0,29	3,33	0,33	5,11
Fachärztliche Internisten (inkl. Lungenärzte)	3,01	0,31	2,69	0,27	5,11
Laborärzte	1,21		1,33		5,11
MKG-Chirurgen	3,48	0,35	4,62	0,46	5,11
Nervenärzte	2,43	0,24	2,63	0,26	5,11
Orthopäden	3,26	0,33	3,58	0,36	5,11
Pathologen	2,47		2,54		5,11
Ärztliche Psychotherapeuten	2,15	0,19	2,54	0,24	5,11
Radiologen/ Nuklearmediziner	2,28	0,21	2,61	0,26	5,11
Urologen	2,94	0,29	3,04	0,30	5,11
Psychologische Psychotherapeuten	2,48	0,25	2,88	0,31	5,11
Ärztlich geleitete Einrichtungen	2,03		2,15		5,11

Leistungsspezifische Honorarfonds

	Regionalkassen (ohne Kasse IKK Direkt)		Ersatzkassen		Vergütung bei Kasse IKK Direkt (Einzelleistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung)
	Leistungen bis Punktzahlgrenz- volumen bzw. für freie Leistun- gen lt. HVV	Leistungen über Punktzahlgrenz- volumen lt. HVV	Leistungen bis Punktzahlgrenz- volumen bzw. für freie Leistun- gen lt. HVV	Leistungen über Punktzahlgrenz- volumen lt. HVV	
MRT-Leistungen für Fachärzte	4,53	0,30	4,53	0,33	5,11
Ambulantes Operieren für Fachärzte	3,00		3,00		5,11
Psychotherapeutische Leistungen: Genehmigungspflichtige/ zeitabhängige Leistungen (bei Regionalkassen siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“)	(bei Regionalkassen siehe „Leistungen au- ßerhalb der pauschalierten Vergütung“)		4,37		(siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“)
Probatorische Leistungen, Gutachterberichte, biogr. Anamnese für Fachärzte und Psychotherapeuten	3,47		2,56		5,11

Bereitschaftsdienst

	Regionalkassen (ohne Kasse IKK Direkt)		Ersatzkassen		Vergütung bei Kasse IKK Direkt (Einzelleistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung)
Bereitschaftsdienst für Fachärzte	3,61		3,56		5,11

Leistungen mit festem Punktwert innerhalb der pauschalierten Vergütung			
	Regionalkassen (ohne Kasse IKK Direkt)	Ersatzkassen	Vergütung bei Kasse IKK Direkt <small>(Einzelleistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung)</small>
GOP 34291 und 34292 (Herzkatheteruntersuchung)	5,11	5,11	5,11
GOP 33070, 33071 und 33075 (Duplex-Sonographie) Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	5,00	5,00	5,11
GOP 01420 (Häusliche Krankenpflege)		4,86	<small>(siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“)</small>
Mammographie GOP 34270 bis 34274 (mit Teilnahme am Strukturvertrag)	<small>(bei Regionalkassen siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“)</small>	4,09	<small>(siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“)</small>
GOP 33042N (QS Sono Abdomen)	1,50	1,50	1,50
Strukturvertrag: ■ spezielle fachinternistische Lstg. ■ spezielle pulmonologische Lstg.	<small>(bei Regionalkassen siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“)</small>	3,50	<small>(siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“)</small>
■ Onkologie		3,89	

Leistungen mit festem Punktwert außerhalb der pauschalierten Vergütung							
	AOK	LKK	IKK Direkt	Übrige IKK	BKK	Ersatz- kassen	Knapp- schaft
Belegärztliche Leistungen	5,080	5,080	5,110	4,950	4,950	4,950	4,700
Strahlentherapie ■ zugelassene Ärzte	4,000	4,000	5,110	4,000	4,000	4,000	4,700
■ ermächtigte Ärzte	2,300	2,300	5,110	2,300	2,300	2,300	4,700
GOP 01100/01101 (Unvorhergesehene Inanspruchnahme)	4,400	4,400	5,110	4,400	4,300	4,300	5,080
GOP 01210 (Notfallpauschale im organisierten Notfalldienst)	3,100	3,100	5,110	3,100	3,100	4,300	5,080
GOP 01211 (Zusatzpauschale im Notfall/ organisierten Notfalldienst)	5,000	5,000	5,110	5,000	5,000	4,300	
GOP 01410 bis 01412/N (Besuche)	4,400	4,400	5,110	4,400	4,300	4,300	5,080

Leistungen mit festem Punktwert außerhalb der pauschalierten Vergütung							
	AOK	LKK	IKK Direkt	Übrige IKK	BKK	Ersatzkassen	Knappschaft
GOP 01415, 01415N (Besuche)	4,066	4,066	5,110	4,066	4,066	4,300	
GOP 01422, 01424 (Häusliche Krankenpflege)							4,700
GOP 01611 (Medizinische Rehabilitation)	4,850	4,850	5,110	4,850	4,850	4,760	4,700
GOP 01620A ff. (Kassenanfragen)	4,850	4,850	5,110	4,850	4,850		4,700
GOP 01700, 01701 (Grundpauschale Labor)							4,700
GOP 01826 und 19311 (Zytologie)	5,080	5,080	5,110	5,000			
GOP 01950 bis 01952 (Methadon)	3,590	3,590	5,110	3,620	3,650	3,590	4,700
GOP 06332 (Photodynamische Therapie)	3,840		5,110	3,840		3,870	4,700
GOP 10343, 10344 (Malign. Hautveränderung)	4,066	4,066	5,110	4,066	4,066		
GOP 13621 (Immunapherese)	3,840		5,110	3,840		3,870	4,700
GOP 14220, 14222 und 14310 (Kinder- und Jugendpsychiatrie)	3,608	3,830	5,110	3,019	3,262		
Schmerztherapie GOP 30700, 30702	5,080	5,080	5,110	5,080	4,800	4,230	5,000
GOP 30704	4,066	4,066	5,110	4,066	4,066	4,230	5,000
GOP 30706, 30708	4,066	4,066	5,110	4,066			5,000
GOP 30790, 30791 (Akupunktur) 1. bis 5. Sitzung	4,700	4,700	5,110	4,066	4,700	4,020	4,700
6. bis 10. Sitzung	3,750	3,750	5,110	4,066	3,750	4,020	4,700
11. bis 15. Sitzung	2,350	2,350	5,110	4,066	2,350	4,020	4,700
Schlafstörungdiagnostik GOP 30900						4,760	
GOP 30901	3,900	3,900	5,110	3,900	3,900	4,760	4,700
GOP 30901C	5,080	5,080	5,110	5,080	5,080		
GOP 30800, 30810 und 30811 (Soziotherapie)	3,840		5,110	3,840	4,066 (nicht GOP 30800)	3,870	4,700
GOP 31010A bis 31013A (OP-Vorbereitung durch Hausärzte)	4,400	4,400	5,110	4,400	4,300	4,300	

Leistungen mit festem Punktwert außerhalb der pauschalierten Vergütung							
	AOK	LKK	IKK Direkt	Übrige IKK	BKK	Ersatzkassen	Knappschaft
GOP 31362, 31734, 31735 (Phototh. Keratektomie)	4,066	4,066	5,110	4,066	4,066	3,870	4,700
GOP 34431 (Mamma-MRT)	3,840		5,110	3,840		3,870	4,700
GOP 34270 bis 34274 (Mammographie) <ul style="list-style-type: none"> ■ mit Teilnahme am Strukturvertrag/ BMS 	4,870	4,870	5,110	4,800	4,650	(siehe Leistungen mit festem Punktwert innerhalb der pauschalierten Vergütung)	4,700
■ ohne Teilnahme am Strukturvertrag	1,500	1,500	2,000	1,500	1,500		
GOP 34470 bis 34492 (MRT-Angiographie) <ul style="list-style-type: none"> Künstliche Befruchtung mit Begleitleistung 	3,840	3,840	5,110	3,840	3,650	3,870	4,700
Chlamydien Screening	4,066	4,066	5,110	4,066	4,066	(Vergütung innerhalb der pauschalierten Vergütung)	4,700
Psychotherapeutische genehmigungspflichtige/zeitabhängige Leistungen	4,370	4,370	5,110	4,370	4,370	(siehe Seite 66 Leistungsspezifische Honorarfonds)	4,370
Strukturvertrag: <ul style="list-style-type: none"> ■ spezielle ambulante Operationen 	4,950/ 4,190	4,950/ 4,190	5,110	4,600/ 4,000	4,000/ 3,540	4,200/ 3,820	4,700
■ Anästhesien	4,840/ 4,190/ 4,140	4,840/ 4,190/ 4,140	5,110	4,750/ 4,130/ 4,000	4,000/ 3,540	4,200/ 3,820	4,700
■ postoperative Überwachung	5,000/ 4,190	5,000/ 4,190	5,110	4,750/ 4,000	4,000/ 3,540	4,200/ 3,820	4,700
<ul style="list-style-type: none"> ■ spezielle fachinternistische Lstg. ■ spezielle pulmologische Lstg. 	4,880/ 4,150	4,880/ 4,150	5,110	4,324/ 4,000	4,740/ 4,000/ 3,500	(siehe Leistungen mit festem Punktwert innerhalb der pauschalierten Vergütung)	
Onkologie ³⁾ im Behandlungsfall mit GOP 86501 <ul style="list-style-type: none"> ■ mit Teilnahme an der INN-Vereinbarung 	5,000	5,000	5,110	5,000	5,000		
■ zugelassene Ärzte	4,324	4,324	5,110	4,324	4,324		
■ ermächtigte Ärzte	3,700	3,700	5,110	3,700	3,700		
Zusatzpauschale Onkologie ⁴⁾	7,494	7,494	5,110	7,494	7,494		7,494
Onkologie in Zusammenarbeit mit Apotheken	5,000						

Erläuterungen zu den Auszahlungspunktwerten des Quartals 4/2008

¹⁾ Mit diesem Auszahlungspunktwert werden bei Hausärzten/Kinderärzten die Leistungsspektren für Übrige Leistungen, ambulante Operationen und Bereitschaftsdienst vergütet. Dies gilt auch für psychotherapeutische Leistungen, sofern diese nicht mit dem festen Punktwert von 4,37 Cent bei Regional- und Ersatzkassen bzw. 5,11 Cent bei IKK Direkt vergütet werden.

²⁾ Dieser Auszahlungspunktwert gilt auch für Leistungen bei Hausärzten nach § 73 SGB V.

Den Sonstigen Ärzten sind lt. HWV Anlage 5 folgende Fachgruppen zugeordnet:

- Kinder- und Jugendpsychiater
- Neurochirurgen
- Ärzte für phys. und rehab. Medizin (Punktwert Regionalkassen 3,33 Cent/0,33 Cent, Punktwert Ersatzkassen 3,42 Cent/0,34 Cent)
- Arbeitsmedizin
- Humangenetik
- Hygiene und Umweltmedizin
- Öffentliches Gesundheitswesen
- Pharmakologie und Toxikologie
- Rechtsmedizin
- Präventiv ermächtigte Ärzte

³⁾ GOP 01510 bis 01512, 02100, 02110 bis 02112, 02120, 13500 bis 13502

⁴⁾ Gilt für die Fachgruppen Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Gastroenterologen, Pneumologen, MKG-Chirurgen und Urologen

Anmerkung:

Die Leistungen der Postbeamtenkrankenkasse werden wie folgt vergütet:

Übrige Leistungen

- ambulant 7,41 Cent
- stationär 6,31 Cent

Laborleistungen

- ambulant 7,21 Cent
- stationär 6,14 Cent

NEUFASSUNG DER ARZNEIMITTEL-RICHTLINIE

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 22. Januar 2009 die Neufassung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) mit In-Kraft-Treten zum 1. April 2009 beschlossen.

Ziele

Mit der Neufassung soll ein in sich konsistentes, übersichtlich aufgebautes und zur schnellen Information geeignetes Instrument zur Verfügung stehen, das alle für die Arzneimittelversorgung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erforderlichen Informationen enthält. Eine Neufassung war notwendig geworden, um die zahlreichen gesetzlichen Änderungen der vergangenen Jahre in diesem Bereich abzubilden. So wurde erstmalig die Regelung zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln außerhalb der zugelassenen Anwendungsgebiete im Rahmen klinischer Studien eingefügt (Paragraph 35c SGB V).

Umfang

Lassen Sie sich nicht vom Umfang der Neufassung abschrecken. Die Inhalte sind teilweise seit Monaten und Jahren bekannt und Teil Ihrer täglichen Arbeit. Wir unterstützen Sie bei der Umsetzung. Über wesentliche inhaltliche Änderungen werden Sie von uns durch Rundschreiben informiert. Zudem finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen* eine Schnellübersicht mit

- Aussagen zur Verordnungsfähigkeit
- Hinweisen für die Verordnung von OTC-Präparaten
- Hinweisen auf eine eventuell erforderliche besondere Dokumentation
- Informationen zur Fundstelle in den AM-RL
- den gesetzlichen Grundlagen

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 BRUSTPROTHESEN

Brustprothesen sind erforderlich nach der teilweisen oder vollständigen Entfernung der Brust nach einem Mammakarzinom beziehungsweise anderen Erkrankungen sowie bei ein- oder beidseitiger Fehl- oder Rückbildung der Brust.

Aufgabe der Brustprothese ist neben dem optischen Ausgleich auch die Erhaltung der Körpersymmetrie sowie das Erreichen eines der natürlichen Brustvergleichbaren Bewegungsverhaltens.

Viele Brustprothesen können in geeignete handelsübliche BHs eingelegt werden. Sofern erforderlich, können spezielle Taschen/Patten in den BH eingenäht werden. Die Reinigung der Brustprothese erfolgt mit handelsüblichen Mitteln und fällt in den Eigenverantwortungsbereich der Versicherten. Gleiches gilt auch für die Reinigung der Haut, die ebenfalls mit handelsüblichen Mitteln erfolgen kann.

Zur Grundversorgung gehört **eine** Brustprothese. Da die Reinigung der Brustprothese problemlos mit handelsüblichen Mitteln möglich ist, ist eine Doppelausstattung aus hygienischen Gründen nicht erforderlich. Die Regelgebrauchszeit für Brustprothesen beträgt zwei Jahre.

Ausführliche Informationen und Unterstützung bei der Hilfsmittelversorgung Ihrer Patientinnen bietet Ihnen das Service-Telefon Verordnung der KVB.

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

MISSBRAUCH VON FENTANYLPFLASTERN

Fentanyl ist ein narkotisierendes Analgetikum mit mindestens 80-mal höherer Wirkstärke als Morphin. Die Angaben über die Freisetzungsraten von Fentanyl im Mikrogrammbereich aus therapeutischen Pflastern lassen in der Praxis offenbar vergessen, dass im gesamten Pflaster je nach Stärke vier bis 24 Milligramm Fentanyl enthalten sind. Werden solche Fentanylmengen in missbräuchlicher Absicht intravenös zugeführt, ist aufgrund der atemdepressiven Wirkung mit tödlich endenden Vergiftungen zu rechnen.

Bei einem Drogenmissbrauch wird das fentanylhaltige Pflaster zerschnitten, um an den Wirkstoff zu kommen. Fentanyl wird „in der Szene“ auch zum Strecken von Heroin und vereinzelt von Kokain verwendet. Fentanylpflaster beinhalten – auch nach Gebrauch – noch Mengen an Fentanyl, die Drogensüchtige nicht davon abhalten, selbst aus dem Abfall solche Pflaster zu ziehen und entsprechend für den intravenösen Gebrauch aufzubereiten.

Empfehlung

Prüfen Sie genau, ob Sie bei Ihnen unbekanntem Patienten – vor allem bei jüngeren Erwachsenen, die üblicherweise nicht zum Personenkreis der chronischen Schmerzpatienten gehören – Fentanylpflaster verordnen wollen. Weisen Sie Ihre Patienten auf eine sichere Entsorgung hin, die eine auch nur teilweise Wiedergewinnung von Fentanyl ausschließt, zum Beispiel Abgabe in der Apotheke, verbrennen, fein zerschneiden etc.

Missbrauch von rezeptpflichtigen Medikamenten

Der Internationale Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen hat bereits in seinem Jahresbericht für 2006 davor gewarnt, dass der weltweite Missbrauch von rezeptpflichtigen Medikamenten auf dem besten Wege ist, den

Missbrauch von illegalen Drogen zu übertreffen. In Nordamerika und Europa registrierte der Suchtkontrollrat bereits eine steigende Anzahl von Todesfällen, die im Zusammenhang mit Missbrauch von Suchtstoffen wie Fentanyl und Oxycodon stehen.

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

EINSPARPOTENTIALE BEI INTERFERON BETA 1B

Der Markt der Anbieter für Interferon hat sich in letzter Zeit erweitert, sodass nunmehr für den Wirkstoff Interferon Beta 1b erhebliche Einsparpotentiale bei Einsatz vollkommen identischer Präparate bestehen. In „Verordnung aktuell“ haben wir am 9. Februar 2009 die wichtigsten Informationen zusammengefasst.

Die ausführliche Veröffentlichung der KVB finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen*.

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

NEUE ARZNEIMITTEL

Neue Arzneimittel sind aktuelle Informationen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) für Ärzte über neu zugelassene Arzneimittel und neu zugelassene Indikationen in der Europäischen Union. Sie geben Auskunft zu Indikation, Bewertung, klinischen Studien, unerwünschten Arzneimittelwirkungen sowie zu Anwendung bei besonderen Patientengruppen, Dosierung und Kosten. Die Informationen basieren auf den Angaben des Europäischen Öffentlichen Bewertungsberichts der Europäischen Behörde für Arzneimittel.

Unter www.kvb.de finden Sie in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen* einen Block für „Externe Publikationen“ mit einem Link zur AkdÄ.

Zu folgenden Arzneimitteln wurden in diesem Jahr Veröffentlichungen eingestellt (Stand: 31. März 2009):

Enbrel® (Etanercept)

Neu zugelassene Indikation – Erweiterung der Zulassung zur Behandlung der chronischen schweren Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab dem Alter von acht Jahren

Filgrastim Hexal® und Zarzio® (Filgrastim)

Zugelassen für die gleichen Anwendungsgebiete wie das Referenzarzneimittel Neupogen®

Rasilez HCT® (Aliskiren/Hydrochlorothiazid)

Kombinationsarzneimittel zur Behandlung der essenziellen Hypertonie bei Erwachsenen

RoActemra® (Tocilizumab)

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver rheumatoider Arthritis in Kombination mit Methotrexat

Stelara 45 mg Injektionslösung (Ustekinumab)

Zur Behandlung der Plaque-Psoriasis bei erwachsenen Patienten.

Vidaza® (Azacitidin)

Zur Behandlung erwachsener Patienten, die für eine Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nicht geeignet sind.

Seit Anfang 2009 können Sie die Informationen der AkdÄ als kostenlosen Newsletter regelmäßig per E-Mail erhalten. Sie können ihn auf der Internetseite der AkdÄ unter www.akdae.de abonnieren.

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

RICHTIG GESTELLT

In der letzten Ausgabe (4/2009) der KVB INFOS hieß es auf Seite 54:

Verordnung – Muster 16 auf Namen des Patienten/Kennzeichnung Ziffer „8“

- Engerix-B Erwachsene
- Gardasil für 12- bis 17-jährige
- Mencevax: Meningokokken A,C,W,Y – unter Beachtung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission STIKO

Richtig muss es heißen:

- Hepatitis B-Impfstoff
- HPV-Impfstoff für 12- bis 17-jährige Mädchen
- Meningokokken-Impfstoff

Wir bitten das Versehen zu entschuldigen.

THERAPIESICHERHEIT

In so genannten „Rote-Hand-Briefen“ informieren pharmazeutische Unternehmen die Fachkreise über neu erkannte, bedeutende Arzneimittelrisiken und über Maßnahmen zu ihrer Minderung. Auf unserer Internetseite unter www.kvb.de finden Sie in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen* die Rote-Hand-Briefe der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ).

Zu folgenden Arzneimitteln gibt es dort Veröffentlichungen (Stand 31. März 2009):

- Barazan[®], Generika; Wirkstoff Norfloxacin
- Raptiva[®], Wirkstoff Efalizumab
- Fareston[®], Wirkstoff Toremifen
- Octenisept[®], Wirkstoff Octenidindihydrochlorid, 2-Phenoxyethanol
- Avastin[®], Wirkstoff Bevacizumab
- Wirkstoff Moxifloxacin
- Torisel[®], Wirkstoff Temsirolimus

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

SPRECHSTUNDENTÄTIGKEIT – MINDESTZEITEN

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten müssen mindestens 20 Stunden Sprechstundentätigkeit anbieten. Bereits seit dem 1. Juli 2007 enthalten die Bundesmantelverträge eine Regelung, wonach alle, die eine Zulassung mit einem vollen Versorgungsauftrag besitzen, an ihrem Vertragsarzt-sitz beziehungsweise Vertragspsychotherapeuten-sitz persönlich diese Stundenzahl pro Woche ausüben müssen. Bei einer Teilzulassung reduziert sich diese Pflicht auf wöchentlich mindestens zehn Stunden. Die Sprechstunden müssen auf einem Praxisschild mit festen Uhrzeiten bekannt gemacht werden.

Dabei handelt es sich nur um eine gesetzliche Mindestvorgabe. Bei einem erhöhten Versorgungsbedarf kann es durchaus erforderlich sein, dass ein Sprechstundenangebot von 20 Stunden nicht ausreichend ist. Von den weisungsunabhängigen Zulassungsausschüssen wird mitunter der Einwand erhoben, dass zugelassene Leistungserbringer nicht die erforderlichen Mindestsprechstundenzeiten anbieten.

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass die Zulassungsausschüsse bei einem dauerhaften Verstoß gegen die Präsenzverpflichtung die (hälftige) Zulassung entziehen können. Bitte überprüfen Sie daher, ob Ihr derzeitiges Sprechstundenangebot diesen Erfordernissen genügt und erweitern Sie gegebenenfalls Ihr Angebot auf wöchentlich mindestens 20 Stunden beziehungsweise zehn Stunden.

Sollte es für Sie vorübergehend aus bestimmten Gründen (zum Beispiel Krankheit, Pflege von Angehörigen, Kindererziehung) nicht möglich sein, Ihrem vollen oder hälftigen Versorgungsauftrag ausreichend nachzukommen, kann der Zulassungsausschuss auf Antrag

bis zu zwei Jahren das (hälftige) Ruhen der Zulassung genehmigen.

Die Präsenzberater der KVB stehen Ihnen für weitere Informationen gerne zur Verfügung. Ihre Kontaktdaten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Beratung*.

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

ZU FRÜH FÜR NEUE KARTENLESEGERÄTE

Rechtzeitig vor der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sind neue Kartenlesegeräte auf dem Markt, die sowohl die Krankenversicherungskarten als auch die elektronischen Gesundheitskarten lesen können.

Vorgesehen ist eine Erstattungspauschale für jedes Kartenlesegerät. Bevor Sie sich jedoch ein neues Gerät anschaffen, sollten Sie noch warten, bis die Refinanzierung auf Landesebene geregelt ist.

Verschiedene Firmen werben damit, dass Sie bereits jetzt die Pauschale für neue Kartenlesegeräte erhalten. Das ist falsch. Die Pauschale erhalten Sie erst ab einem in der Refinanzierungsvereinbarung noch festzulegenden Zeitpunkt, und ausschließlich für Geräte, die Sie danach angeschafft haben.

Wir empfehlen Ihnen, derzeit noch mit dem Kauf zu warten. Sobald die Details geklärt sind, informieren wir Sie.

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

SONOGRAPHIE ABDOMEN UND RETROPERITONEUM

Seit 2006 haben sich knapp 500 Kinder- und über 5000 Haus- und Fachärzte erfolgreich im Rahmen der Qualitätsmaßnahme Sonographie für den Anwendungsbereich Abdomen und Retroperitoneum zertifiziert. Voraussetzung für das Zertifikat war zum einen der Nachweis eines Ultraschallgerätes mit 256 Graustufen, zum anderen die erfolgreiche Teilnahme an der internetbasierten Fachprüfung der KVB.

Diese Zertifikatsinhalte werden nun durch die neue, bundesweit gültige Ultraschallvereinbarung, die zum 1. April 2009 in Kraft getreten ist, größtenteils ersetzt. Aus diesem Grund konnten mit den Krankenkassen keine Folgeverträge für eine qualitätsbezogene Mehrvergütung verhandelt werden. Damit ist die Zusatzvergütung für zertifizierte Ärzte zum Jahresende 2008 ausgelaufen.

Dementsprechend sind schon erworbene Zertifikate derzeit nicht vergütungsrelevant. Die Vergütung mit und ohne Zertifikat erfolgt seit 1. Januar 2009 laut BÉGO. Eine Neuzertifizierung ist seit 1. April 2009 nicht mehr möglich. Die Fachwissensprüfungen im Internet der KVB (Tutorials SonoAdult und SonoKid) können jedoch weiterhin auf freiwilliger Basis durchlaufen 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

FORTBILDUNGSPUNKTE SONOGRAPHIE

Für die internetbasierten Fachwissensprüfungen im Bereich der abdominalen Sonographie (Tutorials SonoAdult und SonoKid) sowie im Bereich der Pränataldiagnostik (SonoBaby) hat die KVB bei der Bayerischen Landesärztekammer erfolgreich Fortbildungspunkte beantragt.

Somit können alle Teilnehmer, die eine der Sonographie-Fachwissensprüfungen erfolgreich (mit mehr als 70 Prozent richtigen Antworten) seit Herbst 2008 durchlaufen haben oder zukünftig absolvieren, bis zu zwölf Fortbildungspunkte erwerben. Die Anzahl der Fortbildungspunkte ist dabei abhängig von der Anzahl der richtigen Antworten. Pro Kalenderjahr können die Prüfungen jeweils ein Mal zum Erwerb von Fortbildungspunkten genutzt werden.

Nähere Informationen zur Berechnung der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte den Hinweisen auf den Prüfungsseiten.

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

MINDESTANZAHL BEI UROLOGISCHEN RÖNTGENAUFNAHMEN

Die Vorstandskommission Radiologie legte in Anlehnung an die Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik als Spruchpraxis fest, dass bei einem Ausscheidungsurogramm in der Regel **drei** Aufnahmen (Leeraufnahme, Kontrastaufnahme, Aufnahme nach Miktion) notwendig sind, da nur auf diesem Weg auch die Blasenfunktion abschließend geklärt werden kann. Für die Aufnahme nach Miktion ist ein kleineres Format (30/40) ausreichend.

Sofern eine angemessene Indikation vorliegt und nur ganz bestimmte klinische Fragen beantwortet werden sollen (zum Beispiel Kontrolle nach einer ESWL), würden ausnahmsweise auch zwei Bilder akzeptiert.

Anforderungen an die Darstellung der Röntgenaufnahmen

Bildmerkmale ohne Kontrastmittelgabe:

- Darstellung des gesamten Bereichs der Nieren und ableitenden Harnwege vom oberen Nierenpol bis zum Perineum
- Abgrenzbare Nierenkonturen
- Abgrenzung der seitlichen Psoasränder
- Darstellung von verkalkten Strukturen
- Darstellung der regionaltypischen Morphologie und Kontraste, einschließlich der ossären Strukturen

Bildmerkmale nach Kontrastmittelgabe:

- Dichtezunahme des Nierenparenchyms durch nephrographischen Effekt
- Lage, Konfiguration und Anzahl der Nieren sowie der kontrastmittelgefüllten Harnblase und des harnableitenden Systems
- Darstellung des zeitlichen Verlaufs von Ausscheidung und Abfluss (ggf. Spätaufnahme)

- Darstellung der Harnblase und distalen Harnleiterregion nach Entleerung

Die zeitliche Abfolge der Aufnahmen nach Kontrastmittelgabe und die Lagerung des Patienten werden nach Auswertung der vorangehenden Leeraufnahme von dem die Untersuchung beaufsichtigenden Arzt festgelegt.

Zu beachten sind die kritischen Strukturen wie zum Beispiel die Verkalkungen in Größe, Form und Anordnung sowie die Abgrenzung der Nierenkonturen und die Abgrenzung der Fornices.

Den vollständigen Text der Leitlinie – insbesondere die ärztlichen und aufnahmetechnischen Qualitätsanforderungen – finden Sie im Internet unter www.bundesaerztekammer.de unter dem Stichwort „Leitlinien“.

Für Fragen erreichen Sie unsere Mitarbeiterinnen telefonisch

Angelika Glaser
0 89 / 5 70 93 – 33 44

Silvia Meyer
0 89 / 5 70 93 – 35 13

SERVICE-TELEFON: WARUM KOSTENPFLICHTIG?

Die Service-Telefonnummer der KVB kostet 14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz. Warum müssen Sie einem Dienstleister, der ohnehin schon von Ihnen finanziert wird, zusätzlich eine Gebühr für den Telefon-Service bezahlen? Für viele Mitglieder ist das nicht nachvollziehbar.

Um als KVB wirtschaften zu können, führt aber kein Weg an den kostenpflichtigen Telefonnummern vorbei. Die Gebühr stellt für uns **keine** zusätzliche Einnahmequelle dar, sie deckt nicht einmal die Kosten des Telefonanbieters sowie Bereitstellungskosten und laufende Kosten.

Alle Varianten zu diesem einheitlich von der Regulierungsbehörde des Anbieters festgelegten Telefon-/Faxtarif hätten zur Folge, dass die KVB die Restkosten des Telefonats zu tragen hätte. Das wiederum ginge zu Lasten des Verwaltungshaushalts und somit aller anderen Mitglieder.

Da ausschließlich Anrufer mit spezifischen Fragen zur Abrechnung und Praxisführung die 01805-Nummer wählen, ist zudem eine verursachergerechte Kostenübernahme gewährleistet: Mitglieder, die häufig anrufen, übernehmen ihre eigenen Kosten und belasten nicht alle übrigen Mitglieder.

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

DIABETESVEREINBARUNGEN BIS ENDE JUNI GÜLTIG

In der PROFUND-Ausgabe 1/2009 hatten wir über die Kündigungen der Diabetesvereinbarungen durch die BKK, Signal Iduna IKK (bisher „Vereinigte IKK“) und Knappschaft informiert. In den laufenden Verhandlungen haben wir als Zwischenergebnis erreicht, dass diese Kassen die Diabetesvereinbarungen trotz Kündigung noch bis zum 30. Juni 2009 gegen sich gelten lassen. Somit können Sie bis zu diesem Zeitpunkt weiterhin alle Leistungen aus diesen Vereinbarungen wie bisher abrechnen.

Zudem wird von allen Vertragspartnern das Ziel verfolgt, für das 3. Quartal 2009 wieder eine Diabetesvereinbarung abzuschließen. Wir empfehlen Ihnen dennoch vorsorglich, Schulungen aus den jeweiligen Verträgen für alle betroffenen Patienten bis zum 30. Juni 2009 abzuschließen. Sobald neue Verhandlungsergebnisse vorliegen, informieren wir Sie umgehend.

Hinweis: Die DMP-Verträge aller Kassen gelten regulär weiter, das heißt, Sie können wie bisher Patienten einschreiben und DMP-Leistungen bei DMP-Patienten abrechnen.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Mitarbeiter, Bertram Deuringer, unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 32 66

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
- 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 Notfälle mit Fallbeispielen
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation, auch Richtlinien der BLÄK sowie des European Resuscitation Council (ERC)
- Praktische Übungen in Form eines Mega-Code-Trainings

Fortbildungspunkte: 8

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: jeweils 9.00 – 16.15 Uhr

Termine:

Samstag, 9. Mai 2009
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

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 Verbürhungen)

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: jeweils 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 27. Mai 2009
KVB-Bezirksstelle München/Oberbayern

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 *Service/Seminare*.

DIE NÄCHSTEN SEMINARTERMINE DER KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu QM-Seminaren

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

Anmeldung und weitere Seminare

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

KVB-Seminare

Patientenorientierte Telefonkommunikation für Praxismitarbeiter

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start als niedergelassener Arzt/Psychotherapeut

Abrechnungsworkshop Operierende Fachgruppen mit Anästhesisten, Chirurgen, Orthopäden, Urologen

Abrechnungsworkshop Urologen

Das Telefon als Visitenkarte der Praxis

Verordnungen – Workshop für Medizinische Fachangestellte

Abrechnungsworkshop Belegärzte

Info-Tag: Praxisabgeber

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder-/Jugendlichen-Psychiater

Aktive Praxissteuerung – betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Praxisbesonderheiten im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start als niedergelassener Arzt/Psychotherapeut

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start als niedergelassener Arzt/Psychotherapeut

QM-Seminare

„Kommunikation im Qualitätsmanagement“ (Halbtagesseminar)

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

„Patientenmanagement“ (QEP-Tagesseminar)

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. Mai 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber kurz nach der Niederlassung	kostenfrei	9. Mai 2009	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. Mai 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Mai 2009	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	27. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	27. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. Mai 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Juni 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber kurz nach der Niederlassung	kostenfrei	17. Juni 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber kurz nach der Niederlassung	kostenfrei	17. Juni 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	13. Mai 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München, Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	14. Mai 2009 15. Mai 2009	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	188,- Euro	23. Mai 2009	9.00 bis 16.30 Uhr	München, Nürnberg

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 nachteil-

gen 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 x Fallwert x Morbi + zehn Prozent Zuschlag für BAG
 Arzt B: 800 x Fallwert x Morbi + 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 gesundheits-schädliche 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 Kasenärztliche 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 Praxisteams 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 I)
- 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 Notfälle 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

KVBINFOS

60|80
07|09

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 102 Abrechnungsabgabe
Quartal 2/2009
- 102 Schmerztherapie –
GOP 30706 und 30708
- 102 Strukturvertrag Bundes-
knappschaft
- 103 Wirtschaftlichkeitsbonus Labor
- 103 Krankenversorgung
Bundesbahnbeamte
- 103 Schweinegrippe: Schnelltest
- 103 Abrechnung Bundeswehr
und Zivildienst

VERORDNUNGEN

- 104 Hilfsmittelverordnungen:
www.rehadat.de bietet
Unterstützung
- 105 Änderung von Vordrucken
- 105 Arzneikosten-Frühinformationen
- 106 Arzneimittel-Infoservice
- 107 Neue Arzneimittel

PRAXISFÜHRUNG

- 107 KVIdent: Mit der Praxis online
- 108 Abmahnung bei der eigenen
Homepage
- 109 Elektronische Patientenakten

QUALITÄT

- 109 Qualitätssicherung laboratoriums-
medizinischer Untersuchungen
- 110 Dokumentation in Qualitätszirkeln

ALLGEMEINES

- 110 Versicherungspflicht beim Wech-
sel von Freiberuflichkeit ins An-
gestelltenverhältnis
- 111 Zur Influenza A/H1N1
(„Schweinegrippe“)
- 111 KVB-Arztsuche – mit Ihrer Praxis
im Internet
- 111 DMP-Teilnahmeanträge
- 112 Existenzgründer und Praxis-
abgeber
- 112 Vorsicht bei Eintragungsofferten
von Verlagen

SEMINARE

- 113 „eTIKS“ – per Mausclick klaren
Durchblick bei klinischen Studien
- 113 Existenzgründungsseminare
- 114 Die nächsten Seminartermine
der KVB

ABRECHNUNGSABGABE QUARTAL 2/2009

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen 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. Bitte vergessen Sie nicht, auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag Ihren Arztstempel einschließlich der BSNR (Betriebsstättennummer) anzubringen. Wenn Sie eine Empfangsbestätigung über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen wünschen, fordern Sie diese bitte einfach bei uns an. Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, können Sie unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de oder unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 138 mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist beantragen.

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

SCHMERZTHERAPIE – GOP 30706 UND 30708

Die Berechnung des schmerztherapeutischen Gesprächs nach der GOP 30708 setzt voraus, dass im Behandlungsfall die Grundpauschale nach der GOP 30700 berechnet wurde. Da für die Berechnung der GOP 30700 eine Genehmigung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten erforderlich ist, kann auch die GOP 30708 nur von Ärzten mit Genehmigung zur Schmerztherapie berechnet werden.

Die „Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz“ nach der GOP 30706 kann von Schmerztherapeuten wie auch von Hausärzten oder komplementär behandelnden Ärzten berechnet werden. Schmerztherapeuten können die GOP 30706 nur in Behandlungsfällen abrechnen, in denen die Grundpauschale nach der GOP 30700 berechnet wurde. Hausärzte oder komplementär behandelnde Ärzte sind dagegen nicht zur Berechnung der schmerztherapeutischen Grundpauschale berechtigt. Diese müssen deshalb bei der Berechnung der GOP 30706 den primär schmerztherapeutisch verantwortlichen Arzt angeben.

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 BUNDESKNAPPSCHAFT

Für den Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2008 ist mit der Knappschaft nach längeren Verhandlungen eine Sondervergütung der Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern 01100, 01101, 01210, 01410/N, 01411/N, 01412/N mit 5,08 Cent vereinbart worden. Nachdem in den Quartalen 1/2008 bis 3/2008 wegen der noch ausstehenden vertraglichen Regelung bei diesen Leistungen eine Honorarauszahlung auf Basis von 3,00 Cent erfolgte (im vierten Quartal 2008 haben wir diese Leistungen bereits mit 5,08 Cent vergütet), erhalten Sie im Honorarbescheid 1/2009 eine Nachberechnung für die Quartale 1/2008 und 2/2008. Die Gutschriften für das Quartal 3/2008 können voraussichtlich mit dem Honorarbescheid 3/2009 erteilt 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

WIRTSCHAFTLICHKEITS- BONUS LABOR

Ab dem Quartal 4/2008 ist der Wirtschaftlichkeitsbonus Labor je kurativ-ambulantem Arztfall bei Hausärzten von 40 auf 48 Punkte und bei Kinder- und Jugendärzten von 15 auf 17 Punkte angehoben worden. Aufgrund eines Programmfehlers wurden sowohl diese Erhöhungen als auch eventuell die Wirtschaftlichkeitsboni Labor von angestellten Ärzten im Quartal 4/2008 nicht berücksichtigt. Selbstverständlich korrigieren wir diese Fehler. Die entsprechenden Gutschriften erhalten Sie voraussichtlich mit dem Honorarbescheid 3/2009.

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

KRANKENVERSORGUNG BUNDESBahnBEAMTE

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Abrechnungsbestimmungen für die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten aktualisiert. Die neue Abrechnungstabelle mit Stand vom 1. März 2009 finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Partner/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bund/Sonstige Kostenträger*.

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

SCHWEINEGRIPPE: SCHNELLTEST

Der Influenza-Schnelltest ist keine EBM-Leistung und kann daher nicht über die Chipkarte abgerechnet werden. Der Test kann unter Beachtung der bundesmantelvertraglichen Bestimmungen auf Grundlage der GOÄ gegenüber dem Patienten privat in Rechnung gestellt werden.

In konkreten Verdachtsfällen werden die Kosten für einen Schnelltest von der GKV auf Basis einer GOÄ-Rechnung analog der Ziffer 4668 mit 1,15-fachem Satz in Höhe von 22,15 Euro erstattet. Sofern im konkreten Verdachtsfall in der Praxis kein Schnelltest verfügbar ist, können die Kosten für den Probentransport in ein Labor mit der Möglichkeit für einen labor diagnostischen Virusnachweis in Höhe von 2,60 Euro dem Patienten in Rechnung gestellt werden. Die Kosten werden ebenfalls von der Krankenkasse des Patienten erstattet.

Bitte denken Sie an die Kennzeichnung der Abrechnung mit der GOP 88200, wenn Sie einen GKV-Versicherten behandeln, bei dem der Verdacht auf Schweinegrippe besteht oder der an ihr erkrankt ist.

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

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 dann nicht mehr notwendig. Diese verbleiben in der Praxis analog der GKV.

Die Übermittlung folgender Scheine entfällt:

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

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 Prüfw Zwecke angefordert werden.

Beachten Sie bitte auch die aktualisierten Infoblätter unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Besondere Kostenträger*.

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

HILFSMITTELVERORDNUNGEN: WWW.REHADAT.DE BIETET UNTERSTÜTZUNG

Die Verordnung von Hilfsmitteln stellt für den Arzt eine besondere Herausforderung dar. Einerseits werden von den Kassen detaillierte Beschreibungen der Produkte und Leistungen gefordert, andererseits fehlt es an praktikablen Verordnungshilfen. Der undurchsichtige Verordnungsprozess führt zu häufigen Rückfragen der Kassen und des Sanitätsfachhandels beim Arzt, welche eine zusätzliche bürokratische Belastung darstellen.

Um solche Rückfragen zu vermeiden, ist es hilfreich, die Hilfsmittelverordnung möglichst vollständig auszufüllen. Neben Diagnose und Datum soll der verordnende Arzt daher die Anzahl der Hilfsmittel, die Bezeichnung des Hilfsmittels (Produktart oder siebenstellige Positionsnummer) sowie die Art der Herstellung (Konfektion, Maßkonfektion, Anfertigung nach Maß) und weitere Hinweise über Zweckbestimmung, Material etc. angeben.

Suche nach Hilfsmitteln auf www.rehadat.de

Eine gute Hilfestellung bei Verordnungen bietet das kostenlose Online-Angebot von REHADAT. Die REHADAT-Hilfsmitteldatenbank stellt Informationen über fast alle in Deutschland erhältlichen Hilfsmittel bereit. Das GKV-Hilfsmittelverzeichnis, in dem alle Hilfsmittel verzeichnet sind, die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, ist als eigenständiges Programm an die REHADAT-Hilfsmitteldatenbank angeschlossen. Unter www.rehadat.de gelangen Sie in der Rubrik Hilfsmittel zur Suchmaske der Hilfsmitteldatenbank. Dort führt ein Link weiter zum GKV-Hilfsmittelverzeichnis. Bei der Suche nach einem Hilfsmittel in diesem Verzeichnis können Sie sich über die entsprechende Produktgruppe bis auf die gesuchte Produktart durchklicken. Unter dem Link

Info stehen sowohl bei den Produktgruppen als auch den Produktarten ausführliche Informationen beispielsweise zum Thema „Indikationen“ zur Verfügung. Auf der Einzelproduktebene können Angaben zu den Konstruktionsmerkmalen und Herstellern sowie weitere Informationen abgerufen werden.

REHADAT ist ein Projekt des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln e. V. und wird gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Die Systematik des GKV-Hilfsmittelverzeichnisses

Grundlage für Hilfsmittelverordnungen ist das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen erstellte Hilfsmittelverzeichnis. Das GKV-Hilfsmittelverzeichnis gliedert sich in einzelne Produktgruppen, in denen alle Hilfsmittel zusammengefasst werden, die in ihrer Funktion vergleichbar sind. Spezielle Einzelprodukte werden in einer gesonderten Produktgruppe geführt. Als Ordnungskriterium für jedes Einzelprodukt dient eine zehnstellige Positionsnummer. Sie setzt sich wie folgt zusammen (am Beispiel der Produktgruppe „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“):

14.24.02.0 009

14 Bezeichnung der **Produktgruppe**
(Inhalations- und Atemtherapiegeräte)

14.24.02.0 009

24 Bezeichnung des **Anwendungsbereichs** (Atemungsorgane)

14.24.02.0 009

02 Bezeichnung der **Untergruppe**
(Aerosol-Inhalationsgeräte für obere Atemwege)

14.24.02.0 009

0 **Produktart** (Vernebler für obere Atemwege)

14.24.02.0 009

009 spezifisches **Einzelprodukt**

Bei Verordnungen sollte in der Regel entweder die Produktart oder die entsprechende siebenstellige Positionsnummer angegeben werden. Hält es der Arzt für erforderlich, ein spezielles Hilfsmittel (Einzelprodukt oder zehnstellige Positionsnummer) einzusetzen, so kann er eine spezifische Einzelproduktverordnung mit Begründung ausstellen.

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

ÄNDERUNG VON VORDRUCKEN

- **Muster 25:** Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V

Das Muster wurde redaktionell überarbeitet.

- **Muster 20:** Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)
- **Muster 99:** Beleg über die Zahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V
- **Muster 99A:** Beleg über die Zahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V im Notfall

Aus Datenschutzgründen wurden zum 1. April 2009 bei Muster 20 auf dem Exemplar für den Arbeitgeber sowie auf den Mustern 99 und 99A die Statusfelder geschwärzt.

Die neuen beziehungsweise geänderten Formulare sind über die Firma Kohlhammer zu beziehen. Die alten Formulare können weiter verwendet werden. Die Softwarehäuser wurden informiert, dass eine Umsetzung der Änderungen im Bereich der Blankoformularbedruckung ab dem 1. Juli 2009 erfolgen muss.

Noch ein Hinweis für die Ärzte, die an der Blankoformularbedruckung teilnehmen: Bitte benutzen Sie für den Ausdruck der Vordrucke ausschließlich das hierfür vorgesehene Sicherheitspapier.

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

ARZNEIKOSTEN-FRÜHINFORMATIONEN

Da für das Jahr 2009 Richtgrößen für Arzneimittel kalkulatorisch nicht rechtsicher berechnet und vereinbart werden konnten, haben wir die bisherige „Richtgrößen-Trendmeldung“ inhaltlich geändert und in „Arzneikosten-Trendmeldung“ (AKTM) umbenannt. Bei der Anpassung war vor allem den gesetzlichen Erfordernissen Rechnung zu tragen, wonach eine etwaige Richtgrößenprüfung auf Grundlage des Fachgruppendurchschnitts zu erfolgen hat.

Soweit im Rahmen von Selektivverträgen die Abrechnung nicht über die KVB erfolgt, wirkt sich das auf die fallbezogenen Kostenvergleiche für die Praxis und die Prüfgruppe aus. Insbesondere ab dem Quartal 2/2009 ist noch offen, ob die Behandlungsfälle der in den Hausarztvertrag der AOK mit dem Bayerischen Hausarztverband eingeschriebenen Patienten in die Arzneikosten-Trendmeldung der KVB einfließen.

Aufgrund umfangreicher Anpassungen konnten wir die AKTM für das Quartal 1/2009 erst im Juni den verordnenden Praxen zur Verfügung stellen. Wir halten weiter an unserem Ziel fest, Ihnen umfassend und zeitnah Ihre Verordnungsdaten mit entsprechenden Vergleichsdaten zur Verfügung zu stellen.

GKV Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi)

Von den Spitzenverbänden der Krankenkassen erhielt die KVB bisher zirka 15 Wochen nach Quartalsende praxisbezogene Arzneimittel-Schnellinformationen zur Information ihrer Mitglieder. Diese wurden in der elektronischen Abrechnungsakte „SmarAkt“ zur Verfügung gestellt. Mitte Mai wurde uns mitgeteilt, dass „GAmSi“ ab dem Quartal 1/2009 arztbezogen erstellt wird. Die neue Datensystematik weicht grund-

legend von den KVB-Statistiken ab. Ob und ab wann „GAmSi“ in „SmarAkt“ zur Verfügung gestellt werden kann, wird noch geklärt. Bitte beachten Sie hierzu die Hinweise unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt*.

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

ARZNEIMITTEL-INFOSERVICE

Symbicort® Turbohaler® Pulver zur Inhalation – Budesonid/Formoterol

Bei der Behandlung des Asthma bronchiale ist die fixe inhalative Kombination eines topisch wirksamen Glukokortikosteroids mit einem langwirksamen Beta-2-Agonisten in ihrer Wirksamkeit vergleichbar mit derjenigen der freien Kombination der Einzelwirkstoffe. Die Kombination inhalatives Glukokortikosteroid plus langwirksamer Beta-2-Agonist sollte nur für mittelgradiges und schwergradiges Asthma (entsprechend den Stufen 3 bis 5 des Stufenschemas medikamentöse Langzeittherapie des Asthmas) verordnet werden (aus „Wirkstoff AKTUELL“, März 2009).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erstellt in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft die Publikation „Wirkstoff AKTUELL“. Die Zusammenfassungen bieten eine kurze und unabhängige Übersicht zur aktuellen Datenlage und zur Wirtschaftlichkeit der besprochenen Arzneimittel. Die vollständige Publikation der Ausgabe 04/2009 sowie ausführliche Informationen mit Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise finden Sie unter www.kbv.de/ais und unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittel A – Z*.

Tibolon und Brustkrebsrisiko

Für Tibolon wurde auf Grund seines komplexen Wirkungsmechanismus behauptet, dass es als Mittel zur Hormonersatztherapie geringere Risiken als herkömmliche Hormonpräparate habe. Zum Brustkrebsrisiko unter Tibolon-Therapie existieren widersprüchliche Ergebnisse, in deren Folge Tibolon auch bei Patientinnen mit Brustkrebs und postmenopausalen Symptomen – trotz Kontraindikation für diese Patien-

tengruppe – in der Annahme angewendet wurde, dass das Rezidivrisiko hier geringer sei als bei Gabe von (ebenfalls kontraindizierten) Östrogenen oder Östrogen/Gestagen-Kombinationen. Die vor kurzem veröffentlichte LIBERATE-Studie zeigt, dass das Rezidivrisiko auch unter Tibolon-Therapie erhöht ist. Die Verordnungen von Tibolon sind nach den Ergebnissen der WHI-Studie zurückgegangen. Trotzdem wurden im Jahr 2008 von Tibolon noch gut eine Million DDDs in Bayern verordnet. In der Ausgabe Nr. 22/2009 von „Arzneimittel im Blickpunkt“ können Sie sowohl die Ergebnisse der LIBERATE-Studie als auch die Ergebnisse von einigen veröffentlichten epidemiologischen Studien zu Tibolon finden. Außerdem wird auf die LIFT-Studie eingegangen, die den Einfluss von Tibolon auf Frakturen bei postmenopausalen Patientinnen untersuchte.

Die KVB recherchiert für Sie zu ausgewählten Arzneimitteln oder Arzneimittelgruppen die Studienliteratur und bereitet diese Informationen für Sie in einer kompakten Form auf. „Arzneimittel im Blickpunkt“ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Einsparpotentiale bei Leuprorelin-Depotpräparaten

Zur Therapie des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms sind seit 2007 Depotpräparate verfügbar, die bei einem bis zu 25 Prozent günstigeren Preis erhebliche Einsparpotentiale bieten. Die Leuprorelin-implantate zeigen eine vergleichbare klinische Wirksamkeit wie die Referenzprodukte im Hinblick auf die Testosteronsuppression, was maßgeblich für den Beleg der therapeutischen Austauschbarkeit ist.

Ausführlichere Informationen mit einer Übersicht der Packungspreise von Leuprorelin-Depotpräparaten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittel A – Z*.

Weitere Unterstützung für eine wirtschaftliche und qualitätsorientierte Verordnungsweise erhalten Sie im persönlichen Gespräch oder telefonisch durch unsere Pharmakotherapie-Berater.

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

NEUE ARZNEIMITTEL

Neue Arzneimittel sind aktuelle Informationen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) für Ärzte über neu zugelassene Arzneimittel und neu zugelassene Indikationen in der Europäischen Union. Sie geben Auskunft über Indikation, Bewertung, klinische Studien, unerwünschte Arzneimittelwirkungen sowie zur Anwendung bei besonderen Patientengruppen, Dosierung und Kosten. Die Informationen basieren auf den Angaben des Europäischen Öffentlichen Bewertungsberichts (EPAR) der Europäischen Behörde für Arzneimittel.

Unter www.kvb.de finden Sie in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* einen Kasten für „Externe Publikationen“ mit Links zur AkdÄ.

Zu folgenden Arzneimitteln wurden im April und Mai 2009 Veröffentlichungen eingestellt:

Fertavid® (Follitropin beta)

Bei Frauen zur Behandlung der weiblichen Unfruchtbarkeit; bei Männern zur Behandlung der durch hypogonadotropen Hypogonadismus bedingten unzureichenden Spermatogenese

MabThera® (Rituximab)

Neu zugelassene Indikation – zur Erstlinienbehandlung von Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) in Kombination mit einer Chemotherapie

Ribavirin Teva® (Ribavirin)

Zur Behandlung der chronischen Hepatitis C in Kombination mit Peginterferon alfa-2b (Erwachsene) oder Interferon alfa-2b (Erwachsene, Kinder im Alter von drei Jahren oder älter und Jugendliche)

Efient® (Prasugrel)

Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patienten mit akutem

Koronarsyndrom oder ST-Hebungsinfarkt mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention

Fablyn® (Lasofloxifen)

Zur Behandlung von Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit erhöhtem Frakturrisiko

Firmagon® (Degarelix)

Zur Behandlung von erwachsenen männlichen Patienten mit fortgeschrittenem hormonabhängigen Prostatakarzinom

Nplate® (Romiplostim)

Zur Behandlung erwachsener, splenektomierter Patienten mit chronischer immuno(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura

Pramipexol Teva® (Pramipexoldihydrochlorid)

Zur symptomatischen Behandlung des idiopathischen Morbus Parkinson

Thymanax® und Valdoxan® (Ago-melatin)

Zur Behandlung von Episoden einer Major Depression bei Erwachsenen

Seit Anfang 2009 können Sie die Informationen der AkdÄ als kostenlosen Newsletter regelmäßig per E-Mail erhalten. Sie können ihn unter www.akdae.de abonnieren.

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

KV-IDENT: MIT DER PRAXIS ONLINE

Gute Neuigkeiten für alle, die die innovativen Online-Anwendungen der KVB nutzen möchten. In wenigen Monaten gibt es eine neue, kostengünstige Anbindungsmöglichkeit exklusiv für KVB-Mitglieder: KV-Ident. Mit dieser sogenannten „starken Authentifizierung“ können Sie über eine herkömmliche Internetverbindung mit der KVB online kommunizieren. Voraussetzung ist, dass Sie Ihre Identität neben Ihren bekannten Benutzerkennungs- und Passwortangaben über eine zusätzliche Authentifizierungsabfrage bestätigen. Der Vorteil für Sie besteht darin, dass Sie weder spezielle Hardware noch Software benötigen, sondern sich bei der KVB für das Verfahren anmelden und alle notwendigen Authentifizierungsunterlagen in Papierform erhalten. Der Nachteil ist, dass Ihre Praxis – im Gegensatz zu einem KV-SafeNet-Anschluss – gegenüber Zugriffen von außen nicht geschützt ist und Sie somit selbst für die Sicherheit Ihres Praxisrechners sorgen müssen. Zur Zeit wird KV-Ident entwickelt und eingeführt. Die Produktivnahme soll spätestens im 4. Quartal 2009 erfolgen. Bis dahin werden wir im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Wegweiser/Technik in der Praxis* alle wichtigen Informationen für Sie bereitstellen. Die Einführung von KV-Ident wird außerdem von einer neuen Seminarreihe begleitet. Unter dem Titel „Die Zukunft heißt „Online“ – die Online-Dienste der KVB“ können Interessierte ab Oktober 2009 alles zu den verschiedenen Themenschwerpunkten rund um die Online-Thematik erfahren. Weitere Informationen finden Sie in der KVB-Seminarbroschüre 2009 sowie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung*.

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

ABMAHNUNG BEI DER EIGENEN HOMEPAGE

Die eigene Homepage ist heute für eine kommunikationsstarke Praxis ein wichtiger Baustein. Beim Betreiben muss man aber einige Punkte aus dem Berufsrecht und dem Heilmittelwerbegesetz beachten, um Ärger zu vermeiden. Daneben gilt die Grundregel, dass die Angaben im Impressum vollständig und korrekt sein müssen. Bevor Sie Texte oder Bilder verwenden, sollten Sie sich die Erlaubnis zur Veröffentlichung sichern.

Wenn Kollegen oder auch ein darauf spezialisierter so genannter Wettbewerbsverein tatsächliche oder angebliche Fehler auf Ihrer Homepage entdecken, kann das zu einer Abmahnung führen. Für diesen Fall einige Tipps:

- **Nehmen Sie eine Abmahnung grundsätzlich ernst.** Sie riskieren sonst, dass das zuständige Landgericht eine Einstweilige Verfügung gegen Sie erlässt.
- **Wer ist berechtigt, Sie abzumahnenn?** Der Abmahnende muss Mitbewerber im Sinne des Wettbewerbsrechts sein, das heißt, er steht im Wettbewerb um dieselben Patienten wie Sie. Ein Arzt aus Bremen kann in der Regel wettbewerbsrechtlich nicht gegen einen Arzt aus Bayern vorgehen. Neben dem Mitbewerber gibt es im Gesundheitsbereich engagierte Wettbewerbsvereine, die Abmahnungen versenden. Hier sollten Sie zunächst davon ausgehen, dass eine entsprechende Legitimation vorliegt.
- **Die Abmahnung kommt von einem Rechtsanwalt. Ist das rech-**
tens? Der Abmahnende kann einen Rechtsanwalt einschalten, um seine Rechte zu verfolgen. Nur wenn eine gültige Vollmacht von einem Abmahnberechtigten beiliegt, ist eine

Reaktion Ihrerseits erforderlich, anderenfalls nicht.

- **Was muss in einer Abmahnung stehen?** Es muss der abgemahnte Sachverhalt korrekt beschrieben sein. Der Abmahnende muss den Sachverhalt (kurz) rechtlich bewerten. Es muss klar sein, gegen welche Vorschriften Sie verstoßen haben (sollen).
- **Wann laufen die gesetzten Fristen ab?** Die Frist muss angemessen sein, damit Sie die Gelegenheit haben, die Abmahnung auf Berechtigung zu prüfen. Im Regelfall soll die Frist ein bis zwei Wochen betragen. Auch wenn die gesetzte Frist kürzer ist, sollten Sie zur Vermeidung der schon erwähnten Einstweiligen Verfügung unbedingt reagieren. Wenn Sie es für notwendig halten, holen Sie rechtzeitig Rat von einem versierten Anwalt ein.
- **Soll die Unterlassungserklärung unterschrieben werden?** Eine Unterlassungserklärung ist ein Vertrag und gilt unabhängig davon, ob der Inhalt korrekt ist. Bei Unterzeichnung sind Sie hieran gebunden, es fallen Kosten an. Wenn kein rechtswidriges Verhalten vorliegt, sollten Sie die Unterlassungserklärung nicht unterschreiben, um das Thema „einfach“ zu erledigen. Liegt möglicherweise ein rechtswidriges Verhalten vor, ist die Abmahnung unter Umständen berechtigt. Holen Sie hier gegebenenfalls anwaltlichen Rat ein.
- **Für welche Bereiche gilt die Unterlassungserklärung?** Die Unterlassungserklärung gilt für alle Bereiche der Praxis. Würde zum Beispiel ein fremdes Logo unerlaubt verwendet, so ist dieses nicht nur von der Homepage zu entfernen. Es darf

auch nicht mehr auf Briefköpfen, Visitenkarten oder in anderen Bereichen verwendet werden.

Um eine Abmahnung zu vermeiden, empfehlen wir Ihnen, Ihre Homepage noch einmal kritisch zu prüfen und gegebenenfalls zu überarbeiten.

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

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTEN

Alle zertifizierten Praxisverwaltungssysteme ermöglichen eine ordnungsgemäße Erstellung der Kassenabrechnung, viele auch die immer häufiger vorgeschriebene elektronische Dokumentation. Ergänzend hierzu haben die meisten Systeme eine Funktion, um elektronische Patientenakten anzulegen. In diesen Patientenakten können eigene Befunde dokumentiert, aber auch Fremdbefunde eingebunden werden. Damit in der Praxis die Anforderungen der Berufsordnung an eine elektronische Dokumentation erfüllt werden können, zum Beispiel abgestufte Zugriffsberechtigungen oder Datensicherung, bieten Systemhersteller hierfür notwendige Module an. Vielen Praxisinhabern ist jedoch nicht bewusst, dass elektronisch gespeicherte Dokumente vor Gericht nur eine eingeschränkte Beweiskraft haben. Nur Dateien mit einer qualifizierten elektronischen Signatur sind schriftlichen Dokumenten gleichgestellt und bieten eine rechtliche Sicherheit. Die qualifizierte elektronische Signatur ermöglicht, die Unverfälschtheit des Dokuments zu überprüfen und den Unterzeichner zu identifizieren. Wenn Sie in Ihrer Praxis bereits auf eine handschriftliche Dokumentation verzichten, empfehlen wir Ihnen, Rücksprache mit Ihrem Systemhaus zu nehmen. Eventuell besteht die Möglichkeit, ein elektronisches Archiv in Ihr vorhandenes System einzubinden, das eine rechtssichere elektronische Ablage ermöglicht. Problematisch ist das Einscannen von Fremdbefunden: Der Nachweis, dass das elektronische Dokument dem schriftlichen Original entspricht, kann nur durch Vergleich des Originals mit dem elektronischen Dokument erbracht werden. Wir empfehlen daher, fremde Originaldokumente zunächst noch aufzubewahren.

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

QUALITÄTSSICHERUNG LABORATORIUMSMEDIZINISCHER UNTERSUCHUNGEN

Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen wurde zum 1. April 2008 geändert. Bis 31. März 2010 gelten Übergangsregelungen. Die Nummer 1 der Präambel zu Kapitel 32 EBM weist darauf hin, dass quantitative Laborleistungen nur berechnungsfähig sind, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Richtlinie der Bundesärztekammer erfolgt. Die Richtlinie kann in ihrer alten und neuen Fassung unter www.baek.de in der Rubrik Richtlinien/Labor abgerufen werden.

Bis zum 31. März 2010 gilt Übergangsweise:

- Die interne und externe Qualitätssicherung (Ringversuche) kann bis 31. März 2010 noch nach der alten Fassung der Richtlinie durchgeführt werden. Lediglich die Bewertung der Ringversuche muss seit 1. Januar 2009 nach den Grenzen der Tabelle B1 a-c der neuen Richtlinie erfolgen.
- Die Bestellungen der Referenzinstitutionen und Referenzlaboratorien gelten bis 31. März 2010 fort.
- Die Anforderungen an das Qualitätsmanagement nach Teil A der neuen Fassung der Richtlinie sind bis zum 31. März 2010 zu erfüllen.

Welche Regelungen enthält die neue Richtlinie?

Die neue Fassung der Richtlinie gliedert sich in die Teile A bis G. Teil A enthält grundlegende Anforderungen an die Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen. Es handelt sich um neue, teilweise auch überarbeitete Regelungen:

- Geltungsbereich: laboratoriumsmedizinische Untersuchungen in der Heilkunde

- Qualitätssicherungsziele
- Begriffsbestimmungen
- Struktur: rechtliche Identifikation, eindeutig festgelegte Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten
- Ressourcen: Leitung, Personal, Räume und Umgebungsbestimmungen sowie Ausrüstung medizinischer Laboratorien
- Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen: Präanalytik, Verfahren für die Durchführung und Postanalytik
- Qualitätsmanagementsystem: Qualitätsmanagementhandbuch, Dokumentenlenkung, Klärung von Beschwerden, Untersuchungen in Fremdlaboratorien, fehlerhafte Untersuchungsergebnisse, interne und externe Qualitätssicherung

Teil B/B1 regelt spezielle Anforderungen zu quantitativen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen, insbesondere Grundsätze und Durchführung der internen und externen Qualitätssicherung (Ringversuche) einschließlich der Tabellen mit den zulässigen Grenzwerten. Dieser Teil war bereits in der alten Richtlinie enthalten, wurde jedoch aktualisiert.

Die Teile C bis E enthalten Regelungen zur Einrichtung eines Beirats und von Fachgruppen bei der Bundesärztekammer sowie allgemeine und spezielle Anforderungen an die Referenzinstitutionen, die Ringversuche durchführen.

Die Übergangsregelungen sind in Teil F enthalten. Teil G regelt das Inkraft-Treten der Richtlinie.

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

DOKUMENTATION IN QUALITÄTSSZIRKELN

Ändert sich der Mitgliederkreis Ihres Qualitätszirkels, können Sie ohne großen Aufwand Teilnehmer in der elektronischen Plattform (eQZ) aufnehmen oder entfernen.

Um weitere Mitglieder in Ihren Qualitätszirkel aufzunehmen, finden Sie am Ende der Teilnehmerliste unter „Qualitätszirkel“/„aktualisieren“ ein Feld, um neue Mitglieder einzutragen. Die Liste verlängert sich um die entsprechende Anzahl von Zeilen sobald Sie auf das Feld „hinzufügen“ klicken. Anschließend können Sie diese Zeilen befüllen und die Daten nach Bestätigung der Schaltfläche „aktualisieren“ am Ende des Fensters speichern.

Zum Entfernen eines Teilnehmers genügt es, den „Papierkorb“ am Ende der Zeile des Mitglieds zu betätigen. Im Anschluss werden die Daten dieser Person gelöscht. Auch hier speichern Sie die Änderung durch Betätigung der Schaltfläche „aktualisieren“.

Fragen beantworten Ihnen

Alexander Weidlich

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 43 81

E-Mail Alexander.Weidlich@kvb.de

Michael Sachse

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 21

E-Mail Michael.Sachse@kvb.de

VERSICHERUNGSPFLICHT BEIM WECHSEL VON FREIBERUFLICHKEIT INS ANGESTELLTENVERHÄLTNIS

Ärzte, die freiberuflich tätig und privat krankenversichert sind, unterliegen – sobald sie in ein Angestelltenverhältnis innerhalb einer Praxis oder eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) wechseln – der Versicherungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), und zwar unabhängig von der Höhe ihres Einkommens. Seit einer Gesetzesänderung im Jahr 2007 muss sich jeder Angestellte pflichtversichern, selbst wenn sein Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze von derzeit 48.600 Euro übersteigt.

Nur wenn auch in den letzten drei aufeinanderfolgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze durch Einkünfte aus angestellter Tätigkeit überschritten wurde und dies für das laufende Jahr des Wechsels in die Private Krankenversicherung (PKV) ebenfalls zu erwarten ist, kann man der Versicherungspflicht entkommen. Wer vorher freiberuflich tätig war, hat jedoch in der Regel kein Einkommen aus angestellter Tätigkeit erhalten.

Vor- und Nachteile

Die Versicherungspflicht in der GKV führt dazu, dass erworbene Anwartschaften und Altersrückstellungen in der PKV erlöschen oder nur durch zusätzliche Beiträge ruhend gestellt werden können. Die Versicherungsprämien können bei einem späteren Wiedereinstieg in die PKV deutlich höher liegen und auch von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden. Auch bietet die GKV nicht dieselben Leistungen wie die PKV, sodass Zusatzversicherungen erforderlich sind, um den aktuellen Versicherungsstandard zu halten. Andererseits eröffnet die Regelung eine sonst kaum bestehende Möglichkeit, in die GKV zurückzukehren. Die Vorteile in der GKV sind eventuell niedrigere Beitragssätze oder die Möglichkeit, Familienmit-

glieder mitzuversichern.

Ausgenommen von der Versicherungspflicht sind lediglich über 55-Jährige, die ins Angestelltenverhältnis wechseln und in den letzten fünf Jahren privat versichert waren. Sie können bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze im laufenden Jahr in der PKV versichert bleiben und müssen nicht zwingend in die GKV wechseln.

Da sich durch diese gesetzliche Neuregelung wechselwillige Freiberufler benachteiligt sehen, laufen bereits Verfahren beim Bundesverfassungsgericht.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

ZUR INFLUENZA A/H1N1 („SCHWEINEGRIPPE“)

Die WHO hat für die neue Influenza im Juni die höchste Warnstufe 6 ausgerufen. Mit einer Zunahme der Neuerkrankungen ist zu rechnen, auch schwere Verläufe oder Todesfälle sind nicht auszuschließen. Wichtig: Auch in Erkrankungs- oder Verdachtsfällen muss die ambulante Versorgung gewährleistet sein. Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat darauf hingewiesen, dass die infektionshygienischen Maßnahmen durch primärversorgende Ärzte teilweise nicht genügend beachtet werden. Ärzte seien deshalb bereits unter Quarantäne gestellt worden. Gesundheitsbehörden haben sogar von der Verweigerung der ambulanten Versorgung von H1N1-Verdachtspatienten berichtet. Es reicht nicht aus, die Patienten an die Krankenhäuser zu verweisen, ohne sie persönlich gesehen zu haben. Wichtig ist vor allem die Einhaltung arbeitsschutzrechtlicher und infektionshygienischer Maßnahmen:

Arbeitsschutzmaßnahmen für Mitarbeiter: Atemmasken, evtl. Schutzbrille, evtl. antivirale AM als Prophylaxe, Kittel, Handschuhe, Impfung (voraussetzungsabhängig ab Herbst verfügbar)

Infektionshygienische Maßnahmen: Desinfektionsmittel, Kittel, Handschuhe, einfacher Mund-Nasen-Schutz

Bitte machen Sie sich mit den Schutzmaßnahmen vertraut, dies ist insbesondere dann erforderlich, wenn Sie im Ärztlichen Bereitschaftsdienst tätig sind. Die Vermittlungs- und Beratungszentralen der KVB halten für Sie die Rufnummern der zuständigen Gesundheitsämter bzw. deren Jour-Dienste bereit. Weitere Informationen und Hinweise finden Sie auf der Internetseite des RKI (www.rki.de) sowie auf www.kvb.de.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

KVB-ARZTSUCHE – MIT IHRER PRAXIS IM INTERNET

Nach der Niederlassung kann jeder an der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern teilnehmende Arzt oder Psychotherapeut mit den praxisbezogenen Daten in die Arztsuche übernommen werden. Unter www.kvb.de steht diese Patienten, Kollegen, Krankenkassen und Krankenhäusern sowie allen weiteren Interessierten auf der Suche nach qualifizierten niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten zur Verfügung.

Unsere Arztsuche – als Schnellsuche und mit erweiterten Suchfunktionen – ist ein **kostenloser Service** und gehört regional und überregional zu den meist genutzten Online-Diensten der KVB.

Um die Praxis/Betriebsstätten sowie das Leistungsspektrum und die Qualifikationen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten umfassend darstellen und danach suchen zu können, werden aus dem Arztregister der KVB folgende **Basisdaten** übernommen:

- Vorname, Nachname, Titel
- Praxisanschriften
- Betriebsstätten (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Zweigpraxis, MVZ)
- LANR, BSNR/NBSNR
- Fachrichtung(en) und Schwerpunkte
- Zusatzbezeichnungen (geführte)
- Weiterbildungen (gem. WBO)
- Besondere Genehmigungen/Vertragsangebote (zum Beispiel aus den Bereichen Röntgen, Psychotherapie, Sonographie usw.)

Außerdem werden folgende **Zusatzdaten** in die Arztsuche übernommen, sofern diese der KVB bekannt gegeben wurden:

- Telefonnummer der Praxis/en
- Faxnummer der Praxis/en
- E-Mail-Adresse
- Sprechzeiten
- Fremdsprachen
- Rollstuhlgerechte Praxis

Zur Darstellung Ihres persönlichen Praxisprofils veröffentlichen wir auch gerne einen Link zu Ihrer Internetseite.

Nur dann, wenn Sie mit der Veröffentlichung einverstanden sind, wird Ihre Praxis in der KVB-Arzsuche gefunden.

Wenn Sie nicht mehr angezeigt werden möchten, können Sie Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung jederzeit schriftlich bei der KVB widerrufen.

Weitere Informationen zur Arztsuche der KVB und zu Änderungen Ihrer Zusatzdaten im Arztregister finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Arztregisteränderungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 75*
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 76*
E-Mail Extranet-SafeNetBeratung@kvb.de

DMP-TEILNAHMEANTRÄGE

Derzeit werden von den Ärzten sehr viele Teilnahmeanträge für die DMP gestellt. Die Antragsbearbeitung erfolgt in der Reihe des Posteingangs. Die Regelbearbeitungszeit beträgt momentan zirka sechs Wochen. Um weitere Verzögerungen zu vermeiden, können derzeit keine Auskünfte zum Bearbeitungsstand des gestellten Antrags gegeben werden. Hierfür bitten wir um Ihr Verständnis.

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

EXISTENZGRÜNDER UND PRAXISABGEBER

Ärzte und Psychotherapeuten, die eine Praxis abgeben oder sich neu niederlassen möchten, können im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote* den kostenlosen Vermittlungsdienst der KVB nutzen und Inserate einsehen oder einstellen: In der **Praxisbörse** finden Sie Praxisgesuche und Praxisabgaben. In der **Kooperationsbörse** können Sie zur Eröffnung einer Gemeinschaftspraxis oder für eine Anstellung nach geeigneten Kooperationspartnern suchen.

Auf der Suche nach Kooperationspartnern haben Sie außerdem die Möglichkeit, kostenpflichtige Inserate in folgenden zielgruppenspezifischen Medien zu schalten:

Bayerisches Ärzteblatt

Anzeigenabteilung
Postfach 1323
65303 Bad Schwalbach
Telefon 0 61 24 / 7 79 72
Fax 0 61 24 / 7 79 68

Deutsches Ärzteblatt

Postfach 400243
50832 Köln
Telefon 0 22 34 / 7 01 11 20
Fax 0 22 34 / 7 01 11 42

Münchner Ärztliche Anzeigen

W. Zuckschwerdt Verlag GmbH
Industriestr. 1
82110 Germering/München
Telefon 0 89 / 8 94 34 90

Weitere Möglichkeiten bestehen in den jeweiligen Medien der Fach- und Berufsverbände.

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

VORSICHT BEI EINTRAGUNGSOFFERTEN VON VERLAGEN

Sie haben wieder einmal Post von einem Verlag bekommen mit dem Angebot, Ihre Praxis und Ihre Leistungen in einem Ärztemagazin, Branchenverzeichnis oder einer Broschüre kostenpflichtig zu veröffentlichen? Ob Sie einen entsprechenden Artikel in einem „Ärztemagazin“ veröffentlichen, können Sie natürlich frei entscheiden. Bitte beurteilen Sie jedoch vorab kritisch die Kosten-Nutzen-Relation einer solchen Veröffentlichung. Als Kassenärztliche Vereinigung unterstützen wir die Veröffentlichung ausgewählter Praxen nicht, weil hierdurch die Neutralität gegenüber allen Ärzten und Psychotherapeuten gefährdet ist. Allerdings haben wir rechtlich keine Möglichkeit, derlei Anfragen von Verlagen zu verhindern, möchten Sie jedoch – wie bereits in den KVB INFOS 2/2009 – vor kostenpflichtigen Eintragungen in Ärzteverzeichnissen warnen.

Die Methoden entsprechender Anbieter zum Abschluss meist teuer und langfristiger Verträge werden immer aggressiver und häufen sich. Mitglieder berichten, dass bei der Werbung beispielsweise bewusst eine Verwechslung mit seriösen Anbietern, etwa mit Telefonbuchverlagen, angestrebt wird. Manchmal schicken die Verlage auch einen vorgefertigten Überweisungsvordruck an die Praxen, wobei mit der Überweisung dann der meist zweijährige Vertrag mit automatischer Verlängerung zustande kommt. Einige Firmen erwecken mit ihrem Schreiben auch den Eindruck einer unverbindlichen Bestellung: Nur im Kleingedruckten können Sie nachlesen, dass Sie einen Vertrag mit mehrjähriger Laufzeit ohne vorzeitige Kündigungsmöglichkeit abschließen.

Wir empfehlen Ihnen daher, Werbe- und Angebotsschreiben, die sich auf eine Veröffentlichung in Ärztemagazinen und Ärzteverzeichnissen beziehen,

sehr genau zu überprüfen. Solche Angebote sind nicht von vornherein unzulässig, sodass wir nicht aktiv gegen die Firmen vorgehen können. Sie können sich aber schützen, indem Sie die Veröffentlichung in Magazinen oder auf Websites sehr kritisch auf ihren Nutzen überprüfen.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten, Stefan Schlosser, unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 12 03

„eTIKS“ – PER MAUSKLICK KLAREN DURCHBLICK BEI KLINISCHEN STUDIEN

Die Komplexität der modernen Arzneimitteltherapie ist sehr hoch. Dies stellt jeden Arzt täglich vor die enorme Herausforderung, für seine zahlreichen Patienten jeweils die wirksamste Therapie zu wählen. Neben der eigenen Erfahrung mit Präparaten sind unter anderem klinische Studien die Informationsgrundlage, auf der ein Großteil der Ärzte ihre Verordnungsentscheidungen trifft. Um unsere Mitglieder bei der objektiven, evidenzbasierten Interpretation des umfangreichen Informations- und Studienangebots zu Arzneimitteln zu unterstützen, bietet die KVB ein elektronisches Training zur Interpretation klinischer Studien (eTIKS) kostenfrei an. Dieses kann in einer ersten Testphase seit 1. Juli 2009 von bis zu 5.000 Interessenten genutzt werden.

Was ist eTIKS?

Angesichts stetig steigender Ausgaben für Arzneimittel sind neue Wege und Methoden notwendig, damit die Patienten auch weiterhin wirksame Medikamente erhalten, ohne dass die Kosten dafür extrem steigen. Die Entscheidung über die Verordnungen soll bei den Ärzten liegen und nicht von der Pharmaindustrie beeinflusst werden. Die Studien, die oftmals Grundlage für Verordnungsentscheidungen sind, werden meistens von Pharmaunternehmen präsentiert und entsprechen häufig nicht den Anforderungen an evidenzbasierte Medizin. Dies ist deswegen problematisch, da es stark von der Darstellung der Ergebnisse abhängt, für wie gut oder wie schlecht die Ärzteschaft ein Medikament hält. So werden in Studien häufig Daten zur relativen Risikoreduktion statt zur absoluten Risikoreduktion präsentiert. Relative Risikoreduktion sagt jedoch über den absoluten klinischen Effekt nichts aus. Dennoch vermitteln Pharmafirmen den Ärzten nicht selten Zahlen zur relativen Risikoreduktion (RRR) und suggerieren

damit überhöhte Therapieeffekte mit dem Ziel, das vorgestellte Präparat besser zu vermarkten. Dieser Informationsasymmetrie tritt die KVB mit ihrem zertifizierten Webtraining zum Thema „Interpretation klinischer Studien“ entgegen.

Was bringt Ihnen eTIKS?

- eTIKS vermittelt Ihnen Wissen zur objektiven Interpretation von Studien, da es unabhängig von Interessen der Pharmaindustrie ist
- eTIKS erklärt Ihnen an anschaulichen Beispielen die Begrifflichkeiten der evidenzbasierten Medizin und simuliert mit einem virtuellen Experten einen Dialog rund um die Themen der Studieninterpretation und zu den gängigen Statistiken
- eTIKS schult Sie individuell, indem es sich an Ihrem Vorwissen, Ihren Interessen und persönlichen Bedürfnissen orientiert
- Für erfolgreiches Absolvieren von eTIKS erhalten Sie zwei CME-Punkte

In der ersten Testphase steht eTIKS allen KVB-Mitgliedern, die das Mitgliederportal „Meine KVB“ nutzen, zur Verfügung. Für einen beschränkten Zeitraum ist auch ein zusätzlicher Zugriff über den geschützten Mitgliederbereich auf www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Ärzte & Psychotherapeuten/KVB Webtrainings/eTrainings* möglich.

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

EXISTENZGRÜNDUNGSSEMINARE

Die KVB bietet auch 2009 wieder spezielle Existenzgründungsseminare für **angehende Allgemeinmediziner** an. Die etwa dreistündigen, gebührenfreien und mit zwei Fortbildungspunkten bewerteten Veranstaltungen informieren rund um die Existenzgründung und sind Bausteine eines Maßnahmenpakets der KVB zur Förderung des hausärztlichen Nachwuchses in Bayern. Die freiberufliche Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt in der Allgemeinmedizin soll praxisnah vorgestellt werden. Rahmenbedingungen und Perspektiven sowie die Voraussetzungen und notwendigen Schritte für eine Zulassung werden thematisiert. Die Referenten der Veranstaltungen sind in der Weiterbildung erfahrene niedergelassene Allgemeinärzte und Praxisberater der KVB.

Die Teilnahmeplätze für die Veranstaltungen sind begrenzt. Bitte melden Sie sich bei Interesse rechtzeitig an.

Veranstaltungstermine:

- **Mittwoch, 1. Juli, 15.00 Uhr**, KVB-Bezirksstelle München/Oberbayern (120 Plätze)
- **Samstag, 1. August, 10.00 Uhr**, KVB-Bezirksstelle Nürnberg (60 Plätze)
- **Samstag, 5. Dezember, 10.00 Uhr**, KVB-Bezirksstelle Regensburg (40 Plätze)

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

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

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Info-Tag: Existenzgründer

Personal- und Teamführung durch die Erstkraft

Datenschutz in der Praxis

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Konflikt- und Beschwerdemanagement

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Psychotherapeuten

Notfalltraining für das Praxisteam

Abrechnungsworkshop Hals-Nasen-Ohren-Ärzte

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

Stressprävention für das Praxisteam

„Planen – Finden – Umsetzen“: Netzwerk und Kooperationspartner

Evidenzbasierte Arzneimittelinformation
– Wie bewerte ich klinische Studien?

Leiten von Gruppen und Teams

QM-Seminare

QEP-Einführungsseminar für Hausärzte

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Ärztinnen, die sich niederlassen möchten	kostenfrei	3. Juli 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Niederlassungswillige	kostenfrei	4. Juli 2009	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	4. Juli 2009	10.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	8. Juli 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Juli 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	10. Juli 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	10. Juli 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	11. Juli 2009	10.00 bis 13.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. Juli 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Juli 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
An einer Anstellung interessierte Ärzte/ Psychotherapeuten	kostenfrei	15. Juli 2009	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	17. Juli 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Juli 2009	10.00 bis 15.00 Uhr	ÄKBV, Elsenheimerstr. 63, München
Praxisinhaber	kostenfrei	22. Juli 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	24. Juli 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	11. September 2009 12. September 2009	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	18. September 2009 19. September 2009	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	25. September 2009 26. September 2009	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg, München

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

- 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

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

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

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

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 ZIVILDIENTST

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

ARZNEIMITTELDATEN- FORMULARBEDRUCKUNG

Unvollständig ausgefüllte Verordnungsdrukbe 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

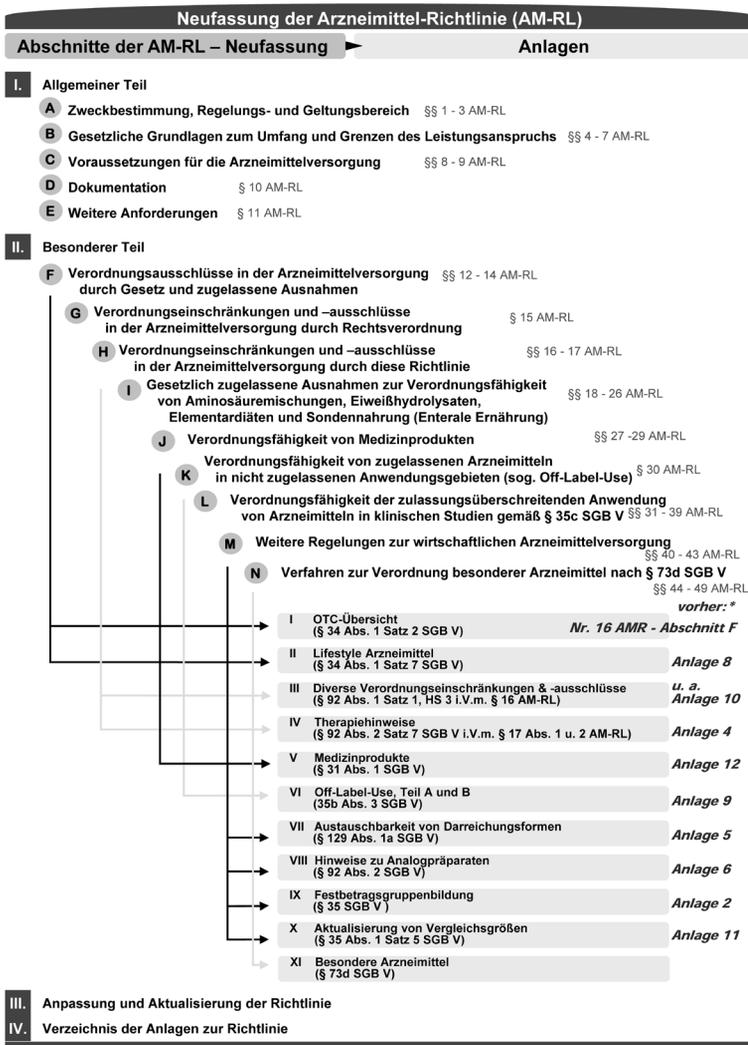
Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der Neufassung der Arzneimittelrichtlinie vom 1. April 2009 die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise konkretisiert. Im Vergleich zu der vorherigen Arzneimittelrichtlinie hat er weit reichende Verordnungsaußschlüsse und Verordnungseinschränkungen definiert. Diese 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 ursächlichen 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 „Kolorektales 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 „Kolorektales 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 „Kolorektales 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.

Vereinzelt 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, Eisenheimerstraße 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 Nothfälle
- 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

KVBINFOS 10|09

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 142 Abrechnungsabgabe
Quartal 3/2009
- 142 EBM-Änderungen
zum 1. Juli 2009
- 143 EBM-Änderungen
zum 1. Oktober 2009
- 145 Fortführung Diabetes-
vereinbarungen
- 145 Doppelabrechnungen
vermeiden

VERORDNUNGEN

- 146 Arzneimittel-Infoservice
- 147 Schutzimpfungs-Richtlinie gilt

QUALITÄT

- 147 Vakuumbiopsie der Mamma

ALLGEMEINES

- 148 Neuauflage des Mutterpasses

SEMINARE

- 149 Fortbildung: „Akutsituationen
im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 150 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. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare* herunterladen.

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

Die Sortierung der Krankenscheine mit entsprechenden Kassenleitblättern ist nur noch bei manueller Abrechnung erforderlich. Bei EDV-Abrechnung legen Sie die Scheine bitte lediglich in einem Kuvert der Abrechnung bei. Vergessen Sie nicht, auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag Ihren Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer (BSNR) anzubringen. Zur besseren Übersicht der einzureichenden Scheine haben wir das Merkblatt *Besondere Kostenträger* aktualisiert. Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Besondere*

Kostenträger finden Sie eine ausführliche Beschreibung.

Wenn Sie eine Empfangsbestätigung über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen wünschen, fordern Sie diese bitte einfach bei uns an.

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, können Sie unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de oder unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 1 38 mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist beantragen.

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

EBM-ÄNDERUNGEN ZUM 1. JULI 2009

Im August 2009 wurde rückwirkend zum 1. Juli 2009 die Aufnahme von neuen Kostenpauschalen im Zusammenhang mit der Einführung der Verordnung besonderer Arzneimitteltherapie zur Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie (PAH) beschlossen. In den Abschnitt 40.17 des EBM wurden hierfür die Gebührenordnungspositionen 40865, 40866, 40867 und 40868 neu aufgenommen.

Das Verfahren zur besonderen Arzneimitteltherapie („Zweitmeinungsverfahren“ basierend auf Paragraph 73d SGB V) wird derzeit in Bayern jedoch noch nicht umgesetzt. Die neuen Gebührenordnungspositionen können deshalb noch nicht abgerechnet werden und sind auch noch nicht in der BÉGO enthalten.

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

EBM-ÄNDERUNGEN ZUM 1. OKTOBER 2009

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 197. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Änderungen zu bereits bestehenden Gebührenordnungspositionen des EBM mit Wirkung ab 1. Oktober 2009 beschlossen. Die Änderungen stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Die wichtigsten Änderungen haben wir nachfolgend dargestellt. Die Beschlüsse mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail waren im Deutschen Ärzteblatt, Heft 36 vom 4. September 2009, veröffentlicht.

Internistische Leistungen

GOPen 01531 und 13310 – Beobachtung und Betreuung neben fibrinolytischer Therapie und/oder Prostanoid-Therapie

Die GOPen 01531 und 13310 sind am Behandlungstag nicht nebeneinander berechnungsfähig (bisher Behandlungsfall).

(Änderung der Anmerkungen hinter den GOPen 01531 und 13310)

GOPen 13590 bis 13592, 13600 und 13601 ohne Genehmigung zur Dialyse

Die Grundpauschalen 13590 bis 13592 und die Betreuungsleistungen 13600 und 13601 können auch von Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie berechnet werden, die keine Genehmigung zur Dialyse haben.

(Änderung der Nr. 1 der Präambel des Abschnitts 13.3.6)

Postoperative Leistungen

Redaktionell: Versicherten-, Grundpauschalen neben postoperativer Überwachung

Zum 1. Januar 2008 wurde in die Präambeln 31.3.1 beziehungsweise 36.3.1 jeweils die Nr. 5 neu aufgenommen. Die Nr. 5 der Präambeln regelt, dass Versicherten- oder Grundpauschalen neben postoperativen Überwachungskomplexen (GOPen 31501 bis 31507 beziehungsweise 36501 bis 36507) nur berechnet werden können, wenn die postoperative Überwachung durch den die Operation oder Anästhesie durchführenden Arzt berechnet wird. In den Präambeln wurde jedoch nur der Anästhesist erwähnt („Abschnitt 31.5 bzw. 36.5“), der Operateur wurde damals vergessen („Abschnitt 31.2 bzw. 36.2“). Dies wurde jetzt korrigiert.

(Änderung der Nr. 5 der Präambel 31.3.1 – Aufnahme des Abschnitts 31.2 sowie Änderung der Nr. 5 der Präambel 36.3.1 – Aufnahme des Abschnitts 36.2)

GOP 31600 nicht nach kleinchirurgischen Eingriffen bis zum 12. Lebensjahr

Erfolgt bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr der Eingriff in Narkose sind anstelle der GOPen 06350, 06351, 06352, 09360, 09361, 09362, 10340, 10341, 10342, 15321, 15322, 15323, 26350, 26351 und 26352 die GOPen 31101K, 31221K, 31231K, 31271K oder 31321K berechnungsfähig. Für die postoperative Behandlung können nicht die postoperativen Behandlungskomplexe, sondern die erbrachten Einzelleistungen berechnet werden. In diese Regelung wurde der postoperative Behandlungskomplex für Hausärzte (GOP 31600) aufgenommen.

(Änderung der Anmerkungen zu den GOPen 06350, 06351, 06352, 09360, 09361, 09362, 10340, 10341, 10342, 15321, 15322,

15323, 26350, 26351 und 26352 – Aufnahme des Abschnitts 31.4.2 in die Anmerkungen)

GOP 31614 – Postoperative Behandlung

Innerhalb von 21 Tagen nach einer Operation kann neben der postoperativen Behandlung nach der GOP 31614 die Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung nach der GOP 27331 nicht berechnet werden.

(Änderung der Anmerkungen hinter den GOPen 31614 und 27331)

Schmerztherapie

Redaktionell: GOP 30706 – schmerztherapeutische Fallkonferenz

Der Verweis auf die Qualitätssicherungsvereinbarung wird in Paragraph 5 Abs. 3 geändert.

(Änderung der Leistungsbeschreibung)

GOP 30710 – schmerztherapeutische Infusion

Die Infusion von Analgetika oder von Lokalanästhetika entsprechend der GOP 30710 ist nicht neben Anästhesien/Narkosen der Abschnitte 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.

(Änderung der Anmerkung hinter der GOP 30710)

Redaktionell: GOP 30790 – Akupunktur

Durch die Änderung der Verknüpfung der Leistungsbestandteile von „oder“ in „und/oder“ wird verdeutlicht, dass auch bei Diagnostik von Knie und Lendenwirbelsäule die GOP 30790 nur einmal im Krankheitsfall berechnet werden kann.

(Änderung in der Legende der GOP 30790)

Sonstiges

GOP 01911 – Schwangerschaftsabbrüche

Ergänzung der GOP 01911 in den Abrechnungsregelungen (analog der GOP 01910).

(Änderung in Nr. 3 der Präambel zu 1.7)

GOP 04434 – EEG stationär

Das EEG für Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunkt Neuropädiatrie nach GOP 04434 ist neben belegärztlichen Operationen berechnungsfähig. Der Abrechnungsausschluss innerhalb des Drei-Tage-Zeitraums wurde aufgehoben.

(Änderung der Nr. 4 der Präambel 36.2.1)

GOPen 09330, 09331, 20330, 20331 – Untersuchungen Stimme/Sprechen/Sprache

Untersuchungen der Stimme beziehungsweise des Sprechens und der Sprache nach den GOPen 09330, 09331, 20330, 20331 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig. Bisher bestand der Abrechnungsausschluss nur innerhalb des Kapitels 9 beziehungsweise innerhalb des Kapitels 20. Dieser wird nun auf einen kapitelübergreifenden Abrechnungsausschluss erweitert.

(Änderung der Anmerkungen hinter den GOPen 09330, 09331, 20330, 20331)

GOP 15324 – Wurzelkanalbehandlung

Die Wurzelkanalbehandlung nach GOP 15324 wird aus der Begrenzungsregelung für Patienten mit mehreren offenen Wunden („höchstens fünfmal am Behandlungstag bei ICD-10-GM T01.-“) herausgenommen.

(Änderung der Anmerkungen hinter den GOPen 15321, 15322, 15323)

GOP 27321 – Belastungs-EKG im Kapitel für Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Die GOP 27321 ist höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig (bisher: einmal).

(Änderung der Abrechnungsbestimmung der GOP 27321)

Redaktionell: GOP 30900 – Polygraphie

Die Berechnung der GOP 30900 ist nicht mehr möglich, wenn zur Erbringung der Leistung Polygraphiegeräte Verwendung finden, die die Schnarchgeräusche, die abdominalen und thorakalen Atembewegungen und/oder den Maskendruck nicht aufzeichnen beziehungsweise messen können. (Streichung der zweiten Anmerkung hinter der Leistung nach der GOP 30900)

Der EBM wird mit Streichung dieser Anmerkung an das Auslaufen der Übergangsregelung zum 30. September 2008 entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung angepasst. Betroffene Ärzte wurden bereits im Jahr 2008 angeschrieben.

GOP 31800 und GOPen 31910 und 31912 – Regionalanästhesie neben Einrichtungen von Frakturen und/oder Luxationen

Neben den GOPen 31910 und 31912 für die Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen kann die GOP 31800 berechnet werden, wenn eine Regionalanästhesie entsprechend einem der obligaten Leistungsinhalte durchgeführt wurde.

(Änderung der Nr. 1 der Präambel 31.5.1, Änderung der Anmerkung hinter der GOP 31800 und Aufnahme einer Nr. 2 zur Präambel 31.6.1)

GOP 34238 – gehaltene Aufnahmen

Die GOP 34238 für gehaltene Aufnahmen muss nicht mehr bei dem gleichen Arzt-Patienten-Kontakt mit einer

der GOPen 34230 bis 34233 erbracht und abgerechnet werden. In der Leistungslegende wurde die Formulierung „Zuschlag zu ...“ in „im Zusammenhang mit ...“ geändert. (Änderung in der Legende der GOP 34238)

Im Übrigen finden Sie alle Informationen auch elektronisch im BÉGO-Informationssystem oder fachgruppenbezogen im Fachgruppeninfosystem unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Leistungen/BÉGO-EBM*.

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 DIABETES- VEREINBARUNGEN

Auch im vierten Quartal 2009 lassen BKK, Signal Iduna IKK und Knappschaft sämtliche Leistungen der gekündigten Diabetesvereinbarungen gegen sich gelten.

Dieses positive Zwischenergebnis haben wir in den laufenden Vertragsverhandlungen erreicht. Die Verhandlungen deuten darauf hin, dass wir mit diesen Kassen zukünftig wieder Diabetesvereinbarungen abschließen können, die inhaltlich voraussichtlich der AOK-Diabetesvereinbarung entsprechen.

Wir empfehlen Ihnen, vorsorglich alle Schulungen noch im vierten Quartal 2009 abzuschließen.

Schulungen für DMP-Patienten können Sie weiterhin mit den gültigen Abrechnungsziffern des DMP-Vertrags abrechnen, sofern Sie die entsprechende Berechtigung dafür haben. Die gültige Vergütungsübersicht finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Neue Versorgungsformen/DMP*.

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

DOPPELABRECHNUNGEN VERMEIDEN

In aktuellen Auswertungen fanden sich vermehrt Fälle von Doppelabrechnung, also Mehrfachabrechnungen ärztlicher Leistungen für denselben Behandlungszeitraum je Arzt und Versicherter.

Es gibt zwei verschiedene Formen der Doppelabrechnung: Einmal die zeitgleiche Parallelabrechnung, bei der Fälle/einzelne Leistungen identisch beziehungsweise teilentisch im gleichen Quartal abgerechnet werden, beispielsweise über verschiedene Abrechnungsnummern bei **Arztnummernwechsel** im laufenden Quartal. Dies wird vermieden, indem die Fälle/Leistungsdaten, die unter der alten Abrechnungsnummer erbracht wurden, auf der Diskette zur neuen Abrechnungsnummer gelöscht werden.

Die andere Form der Doppelabrechnung ist die zeitverzögerte Abrechnung in verschiedenen Quartalen durch Angabe der gleichen Abrechnungsziffern und Behandlungszeiträume, zum Beispiel als **Nachtragsfälle**. Nachtragsfälle können nur bis Ablauf von **neun Monaten** – vom Ende des Quartals an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht wurden – abgerechnet werden. Hier ist darauf zu achten, **keine Einzelleistungen** als Nachtragsfälle in die Abrechnung einzubringen, sondern **nur ganze Behandlungsfälle**.

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

ARZNEIMITTEL-INFOSERVICE

Clopidogrel-Nachahmer-Präparate – Indikationsgleichheit ermöglicht Substitution

Clopidogrelhaltige Nachahmer-Präparate sind bis zu 42 Prozent günstiger als vergleichbare Originalpräparate. Nachdem die im Vergleich zu den Originalpräparaten preisgünstigeren Clopidogrel-Nachahmer-Präparate zunächst nur eine Zulassung für die Monotherapie hatten, liegt nun seit kurzem eine Zulassungserweiterung für viele dieser Präparate vor.

Mit dem jetzigen Vorliegen der Zulassung auch für die Kombinationstherapie des akuten Koronarsyndroms mit ASS sind die entsprechenden Clopidogrel-Präparate in einer Stärke von 75 mg indikationsgleich und dadurch mit den Originalpräparaten austauschbar.

Teure Rabattpräparate – Auswirkungen bei Prüfmaßnahmen am Beispiel von Clopidogrel

Die Verfügbarkeit günstiger Clopidogrel-Präparate bietet große Einsparpotentiale. Die Sanofi-Aventis GmbH

hat nun allerdings für ihren Thrombozytenaggregationshemmer Plavix® Rabattverträge mit einigen Krankenkassen abgeschlossen. Bei der Erfassung der Arzneimittelkosten wird grundsätzlich auf den Apothekenverkaufspreis abgestellt. Hierauf nehmen die Rabattverträge jedoch keinen Einfluss. Somit belasten teure Rabattpräparate Ihre Brutto-Verordnungskosten stärker als Arzneimittel mit niedrigem Apothekenverkaufspreis. Bisher hat keine Krankenkasse einem niedergelassenen Arzt den Beitritt zu einem ihrer Rabattverträge (Regelung gemäß Paragraph 106 Abs. 2 Satz 8 SGB V) ermöglicht. Ohne einen solchen Vertrag ist es jedoch nicht möglich, die Verordnungen der Rabattpräparate aus den individuellen Verordnungskosten im Vorfeld einer Wirtschaftlichkeitsprüfung herauszunehmen. Somit führt der Abschluss eines solchen Rabattvertrags zu einem erhöhten Risiko, die Aufgreifkriterien einer Durchschnittsprüfung zu erfüllen, da Ihre Verordnungskosten „künstlich“ erhöht werden.

Nachfolgend finden Sie eine Preisübersicht für Clopidogrel-Präparate mit der Doppelzulassung für die Mono- und

Kombinationstherapie mit ASS.

Arzneimittelauswahl durch den Arzt

Um Ihre Verordnungskosten und damit Ihr Haftungsrisiko zu senken, sind Sie berechtigt, eigenverantwortlich ein preisgünstiges Arzneimittel auszuwählen und dessen Substitution durch Kennzeichnung des Autidem-Feldes auszuschießen. Dies trifft auch dann zu, wenn es für den Wirkstoff beziehungsweise das Präparat einen Rabattvertrag gibt.

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

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

Apothekenverkaufspreise für Clopidogrel 75 mg* (Stand Lauer-Taxe: 15. August 2009)

	28 Stück	100 Stück
Plavix®	85,26 Euro	279,75 Euro
Narutis®/Rokulan®/Subarkan®	85,26 Euro	279,75 Euro
Iscover®	82,00 Euro	268,12 Euro
Clopidocor Sandoz®	64,31 Euro	197,58 Euro
Clopidogrel Hexal®	59,31 Euro	180,42 Euro
Clopidogrel Ratiopharm®	59,31 Euro	180,42 Euro
Clopidogrel AbZ®	58,00 Euro	178,50 Euro
Clopidogrel CT®	53,38 Euro	162,38 Euro

*Präparate mit gleichen Indikationen wie Originale

SCHUTZIMPFUNGS- RICHTLINIE GILT

Lassen Sie sich nicht in die Irre führen, wenn Sie wegen der neuen STIKO-Empfehlungen Nr. 30/2009 von Pharmafirmen kontaktiert werden. Zum Teil wird der Eindruck erweckt, die neue STIKO-Empfehlung, die unter anderem den Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene und die Tabelle der Indikations- und Auffrischimpfungen sowie andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe enthält, könnte bereits jetzt in Ihrer Praxis umgesetzt werden.

Die STIKO-Empfehlungen Nr. 30/2009 enthalten zwar tatsächlich einige umfangreiche Änderungen. Sie kommen jedoch erst dann zum Tragen, wenn auch die Schutzimpfungs-Richtlinie (SIRL) angepasst wurde.

Das bedeutet für Sie:

Bitte verordnen Sie Impfstoffe (noch) nicht nach der STIKO-Empfehlung Nr. 30/2009 vom 27. Juli 2009! Ihnen würden eventuell Rückforderungen der Impfstoffkosten durch die Krankenkassen drohen. Bitte halten Sie sich nach wie vor an die Schutzimpfungs-Richtlinie!

Änderungen der SIRL werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen und entsprechend veröffentlicht. Sobald wir von einer Anpassung der SIRL erfahren, informieren wir Sie sofort unter www.kvb.de und zeitnah in den KVB INFOS.

Umfassende Informationen zum Thema Schutzimpfung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen Bayern/Schutzimpfung*.

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

VAKUUMBIOPSIE DER MAMMA

Am 1. Oktober 2009 tritt die „Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust“ in Kraft.

Die Ausführung und Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 01759 und 34274 EBM unterliegen ab diesem Zeitpunkt eigenständigen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen, die zur Erteilung der Genehmigung erfüllt werden müssen. Darüber hinaus enthält sie Vorgaben zur Indikationsstellung, zur Durchführung der Biopsie und zur ärztlichen Dokumentation. Die Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung sowie die Regelungen zur Stichprobenprüfung sind ebenfalls detailliert beschrieben.

Ein Antrag ist auch dann erforderlich, wenn Sie bereits in der Vergangenheit in der vertragsärztlichen Versorgung Vakuumstanzbiopsien unter Röntgenkontrolle erbracht haben (entweder im Rahmen des Mammographie-Screenings oder in der kurativen Abklärungsdiagnostik).

Den vollständigen Text der Vereinbarung sowie das dazugehörige Antragsformular finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung*. Sollten Sie keinen Internetzugriff haben, schicken wir Ihnen diese selbstverständlich gerne zu.

Fragen beantworten Ihnen
Bettina Haberäcker
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 16
Petra Kaiser
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 32 30

NEUAUFLAGE DES MUTTERPASSES

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat aufgrund mehrerer, in den letzten Jahren erfolgten Änderungen zum Mutterpass beziehungsweise zu den Mutterschafts-Richtlinien das Dokument neu aufgelegt. Die Änderungen gelten auch für Bayern.

Den neuen Mutterpass können Sie ab Anfang Oktober bei der Firma Kohlhammer bestellen. Bitte verwenden Sie nur noch die neuen Exemplare.

Die Änderungen betreffen:

Jodzufuhr in Schwangerschaft und Stillzeit

Unter „Beratung der Schwangeren“ und beim Eintrag zur Wochenbettuntersuchung wird auf die ausreichende Jodzufuhr in Schwangerschaft und Stillzeit hingewiesen (Seiten 5/21 und 15/31).

HIV-Screening

Unter „Beratung der Schwangeren“ gibt es ein Feld für die Beratung zum HIV-Test (Seite 5/21). Jeder Schwangeren soll ausdrücklich der Test empfohlen werden, da die Gefahr einer HIV-Übertragung auf das Kind durch wirksame therapeutische Maßnahmen erheblich gesenkt werden kann. Die in gedruckter Form vorliegenden Merkblätter sind als Hilfestellung für die Testberatung der Schwangeren auszuhändigen; damit sind Empfehlung, Beratung wie auch die Weitergabe des Merkblattes zum obligaten Bestandteil der Leistung geworden. Die Testdurchführung bedarf der Einwilligung der Schwangeren und ist somit fakultativer Bestandteil. Zur Dokumentation heißt es in den Richtlinien: „Die Durchführung der Beratung zum HIV-Antikörpertest ist im Mutterpass zu dokumentieren. Die Durchführung und das Ergebnis der Untersuchung werden im Mutterpass nicht dokumentiert.“

Bestimmung der Anzahl der Chorionanlagen bei Mehrlingen

Beim ersten Ultraschallscreening wird die Abkürzung für „Verdacht auf“ bei der Frage nach Mehrlingen entfernt und die Ergänzung „monochorial ja/nein“ aufgenommen (Seiten 10/26). Diese Änderung erfolgt aufgrund der geänderten Ultraschallscreening-Untersuchungen, mit der die Bestimmung der Chorionizität (Anzahl der Plazentanlagen) im Falle von Mehrlingen als Untersuchungsinhalt aufgenommen wurde.

Testmethode beim Chlamydien-screening

Bei den serologischen Untersuchungen ist der Nachweis von Chlamydia trachomatis durch einen nukleinsäureamplifizierenden Test (NAT) aus Urin – statt bisher Antigen aus der Zervix – gefordert (Seiten 3/19). Die Merkblätter hierzu werden angepasst.

Beratung zur Zahngesundheit

Unter „Beratung der Schwangeren“ (Seiten 5/21) ist ein weiteres Feld zur Beratung zur Mundgesundheit für Mutter und Kind eingefügt, um auch hier Übereinstimmung mit den Richtlinien herzustellen.

Dorsonuchales Ödem

Auf den Seiten 10/26 wurde der Klammerzusatz „(z. B. dorsonuchales Ödem)“ zum Ankreuzfeld „Auffälligkeiten“ bei der ersten Ultraschalluntersuchung gestrichen. Die Nennung dieses Begriffs im Mutterpass und seine teilweise synonyme Verwendung mit der Nackenfaltenmessung haben zu dem weit verbreiteten Missverständnis geführt, die Messung sei Routineinhalt der ersten Screeninguntersuchung. Auch Patienteninformationen (zum Beispiel der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Pränataldiagnostik) enthalten diese Darstellung. Eine pränatale Risiko-

abschätzung auf chromosomale Anomalien als Routineleistung für alle Schwangeren ist jedoch nicht Bestandteil der Schwangerenvorsorge. Ohne entsprechende Aufklärung und Einwilligung und außerhalb eines qualitätsgesicherten Programms wäre dies auch nicht vertretbar. Der Begriff im Mutterpass war nie in diesem Sinne gemeint. Zudem stellt das neue Gendiagnostikgesetz die vorgeburtlichen genetischen Untersuchungen ohne qualifizierte Aufklärung und Einwilligung der Schwangeren unter Strafe. Diese Regelung schließt auch die Nackentransparenzmessung im Sinne der vorgeburtlichen Risikoabklärung auf genetische Erkrankungen ein. Das Gesetz tritt am 1. Februar 2010 in Kraft.

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

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 II)
- 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

Termin:

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

Termin:

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

Termin:

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 Chirurgen

Internetnutzung – Datenschutz und Sicherheit

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Psychotherapeuten

Gründer-/Abgeberforum

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Aktive Praxissteuerung – betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Info-Tag: Praxisabgeber

Info-Tag: Praxisabgeber – Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

Alles „rund ums Recht“

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start

Die Zukunft heißt „Online“ – die Online-Dienste der KVB

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

Info-Tag: Existenzgründer

Info-Tag: Existenzgründer

QM-Seminare

Mitarbeiter und Fortbildung (QEP-Tagesseminar)

Praxisführung und -organisation (QEP-Tagesseminar)

QEP-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Oktober 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	7. Oktober 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	7. Oktober 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	7. Oktober 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	10. Oktober 2009	10.00 bis 16.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. Oktober 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. Oktober 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	14. Oktober 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
KVB-Mitglieder	kostenfrei	14. Oktober 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Oktober 2009	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Oktober 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	21. Oktober 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	21. Oktober 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	21. Oktober 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	21. Oktober 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	21. Oktober 2009	16.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Oktober 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Existenzgründer	kostenfrei	23. Oktober 2009	15.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg
Existenzgründer	kostenfrei	24. Oktober 2009	10.00 bis 15.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	188,- Euro	24. Oktober 2009	9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	188,- Euro	14. November 2009	9.00 bis 16.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	210,- Euro	27. November 2009 28. November 2009	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr	München

KVBINFOS 1109

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 154 EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2009
- 154 Ausgliederung der Laborleistungen bei GOP 01732 und 01734
- 155 Erbringen von Anästhesieleistungen
- 156 Verwendung von Vordruckmustern
- 156 Sachkosten mit der Kennzeichnung „T“ und „W“
- 159 Genetische Diagnostik
- 159 Jobsharing-Obergrenzen

VERORDNUNGEN

- 159 Verordnungsfähige Medizinprodukte
- 160 Arzneikostenfrühinformation für Ihre Praxis

QUALITÄT

- 161 Zuschuss für QM-Beratungen
- 161 Histopathologie Hautkrebscreening

PRAXISFÜHRUNG

- 162 KVB vermittelt Praxisvertreter

ALLGEMEINES

- 163 „Chronische Herzinsuffizienz“ im DMP KHK
- 163 Neufassung DMP-Brustkrebs-Vertrag
- 163 Chronische Niereninsuffizienz
- 164 Alkoholmissbrauch von Jugendlichen
- 164 Abmahnung wegen Pandemie-Broschüre

SEMINARE

- 165 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 166 Die nächsten Seminartermine der KVB

EBM-ÄNDERUNGEN ZUM 1. OKTOBER 2009

Mit Wirkung zum 3. Oktober 2009 wurden die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien neu gefasst. Die Richtlinien wurden hierbei im Wesentlichen redaktionell angepasst und neu gegliedert. Sie finden die aktuelle Fassung auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de.

Auf Grund der Neugliederung wurden auch die im EBM enthaltenen Verweise auf die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien geändert. Eine Anpassung der Verweise wurde mit Wirkung zum 1. Oktober 2009 für die Bestimmungen der Präambeln 1.7.2 Nr. 2 und 10.3 Nr. 2 sowie für die Leistungsbeschreibungen der Gebührenordnungspositionen 01730, 01731, 01733, 01734, 01735, 01745, 01746, 10343 und 10344 beschlossen.

Die Veröffentlichung des Beschlusses mit den Änderungen im Detail erfolgte im Deutschen Ärzteblatt, Heft 41, 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

AUSGLIEDERUNG DER LABORLEISTUNGEN BEI GOP 01732 UND 01734

Wie in den KVB INFOS 9/2009 bereits angekündigt, wurden kurz vor dem In-Kraft-Treten der EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2009 noch Korrekturen der Beschlüsse zur Ausgliederung der Laborleistungen aus den Leistungskomplexen „Gesundheitsuntersuchung“ (GOP 01732) und „Untersuchung auf Blut im Stuhl“ (GOP 01734) vorgenommen. Die Veröffentlichung dieser neuen Beschlüsse mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail erfolgte im Deutschen Ärzteblatt, Heft 41, 2009. Sie finden sie auch auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/BËGO-EBM* unter „Sonderrundschreiben“.

Nachfolgend stellen wir Ihnen die wichtigsten Regelungen aus der jetzigen Beschlussfassung dar, die unsere Ausführungen in den KVB INFOS 9/2009 ersetzen:

GOP 01734 – Keine Ausgliederung von Laborleistungen

- Die Laboruntersuchung auf Blut im Stuhl bleibt auch nach dem 1. Oktober 2009 weiter Leistungsinhalt der GOP 01734. Auf die Schaffung einer eigenen Laborpauschale GOP 32892 wird verzichtet.
- Zur Klarstellung, dass die Diagnostik ausschließlich in der Arztpraxis erfolgt, die auch die Testbriefchen an den Patienten ausgibt, wird der obligate Leistungsinhalt um die „Ausgabe der Testbriefchen“ erweitert.
- Die Bewertung bleibt wie bisher bei 70 Punkten (Preis BËGO: 2,45 Euro).

GOP 01732 – Eigene Laborpauschalen für Urinuntersuchung und die quantitative Bestimmung von Glucose und Cholesterin

Für die bisher in der Komplexleistung der Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732) enthaltenen Laborparameter wurden eigene Pauschalen geschaffen.

Laborpauschalen für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Erbringung der GOP 01732 (Gesundheitsuntersuchung):

GOP 32880 **0,50 Euro**

Orientierende Untersuchung auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit im Urin (GOP 32030) unter Nutzung eines Teststreifens

GOP 32881 **0,50 Euro**

Quantitative Bestimmung von Glukose (GOP 32057)

GOP 32882 **0,25 Euro**

Quantitative Bestimmung von Cholesterin (GOP 32060)

Anforderung und Abrechnung bei Laborgemeinschaften

Die Laborparameter zu der Untersuchung nach GOP 01732 können seit dem 1. Oktober 2009 mit Muster 10A bei Laborgemeinschaften angefordert und von diesen direkt abgerechnet werden.

Anforderung bei Laborgemeinschaften

- Kreuzen Sie das Feld „Präventiv“ an.
- Markieren Sie die zutreffenden Parameter in den entsprechenden Feldern des Musters 10A (Cholesterin: Feld 19, Glukose: Feld 28, Urinstatus: Feld 55). Ein Eintrag der Pauschalen 32880 bis 32882 in das Feld „Sonstiges“ ist nicht erforderlich.
- Werden neben den präventiven Parametern für die Gesundheitsuntersuchung für den Patienten auch kurative Laborparameter nach Abschnitt 32.2 angefordert, kann die

se Anforderung auf demselben Muster 10A-Schein erfolgen. Bitte kreuzen Sie auch in diesem (Misch-) Fall nur das Feld „Präventiv“ an.

Hinweis:

Eine weitere Vereinfachung der Anforderung bei Laborgemeinschaften durch die Anpassung des Musters 10A ist für das zweite Quartal 2010 geplant.

Abrechnung durch Laborgemeinschaften

- Die Laborgemeinschaft rechnet für die angeforderten Parameter im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung die jeweils zutreffenden Laborpauschalen 32880 bis 32882 ab.
- Gegebenenfalls gleichzeitig angeforderte kurative Parameter nach Abschnitt 32.2 sind wie bisher abzurechnen.

Abrechnung bei Erbringung im eigenen Labor

Bei Erbringung im eigenen Labor können die Laborpauschalen 32880 bis 32882 neben der GOP 01732 berechnet werden.

Auftragsüberweisung an ein Labor

Die Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung können auch als Auftragsleistungen mit Muster 10 (Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen) an ein Labor überwiesen werden. Tragen Sie hierzu in Muster 10 die jeweils zutreffenden Laborpauschalen 32880 bis 32882 ein und kreuzen Sie das Feld „Präventiv“ an.

Die neuen Laborpauschalen sind berechnungsfähig 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 B€GO neu: **29,93 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

ERBRINGEN VON ANÄSTHESIELEISTUNGEN

Die Durchführung von Anästhesieleistungen ist wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefahr für den Patienten und wegen etwaiger unvorhergesehener Reaktionen ausschließlich dem Arzt vorbehalten. Der Arzt muss sie unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich erbringen.

Eine generelle, dienstplanmäßig festgelegte Delegation anästhesiologischer Leistungen ist mit einer größtmöglichen Sicherheit des Patienten unvereinbar. Bei einer geplanten Narkose ist nicht von einem Notfall auszugehen. Die Durchführung von Parallelnarkosen im täglichen Operationsalltag ist daher grundsätzlich nicht zulässig.

Die Anästhesieleistungen des EBM können nur abgerechnet werden, wenn die obligaten Leistungsinhalte vom Vertragsarzt vollständig und persönlich erbracht wurden. Nur in absoluten Ausnahme-/Notfällen und unter Berücksichtigung der situativen Umstände kann der Arzt während einer unproblematisch ablaufenden Anästhesie und unter Berücksichtigung der Anästhesie-Art sowie des Zustands des Patienten kurzfristig dem Pflegepersonal die Überwachung des Patienten übertragen. Voraussetzung für die Übertragung ist die entsprechende Qualifikation des Pflegepersonals. Darüber hinaus muss ein Ruf- oder Sichtkontakt zwischen dem Anästhesisten und der Pflegekraft zwingend gegeben sein.

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

VERWENDUNG VON VORDRUCKMUSTERN

Auf Vordrucke für Verordnungen, Bescheinigungen und Auskünfte in der vertragsärztlichen Versorgung haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Vordruckvereinbarung verständigt.

Dies bedeutet, dass diese Vordrucke, die von den Krankenkassen finanziert werden, auch nur für die Versorgung im Rahmen der GKV verwendet werden dürfen. Dazu gehört nicht die Versorgung von Privatpatienten, also Selbstzahlern und privat Krankenversicherten, aber auch GKV-Versicherten, die IGeL-Leistungen oder private Wahltarife in Anspruch nehmen. Bitte verwenden Sie in diesen Fällen Privatrezepte oder stellen Sie privatärztliche Atteste aus, falls solche vom Patienten benötigt werden. Das Ausstellen rechnen Sie bitte gegenüber dem Patienten nach GOÄ ab.

Bitte beachten Sie auch, dass Sie sich immer dann, wenn GKV-Patienten privat behandelt werden, zum Beispiel bei IGeL-Leistungen, **vor** der Behandlung eine schriftliche Einverständniserklärung mit Unterschrift geben lassen. Darin bestätigt der Patient, dass er die Behandlung auf eigene Kosten wünscht und er darauf aufmerksam gemacht wurde, dass eine Kostenerstattung durch die Gesetzliche Krankenversicherung nicht erfolgt. Ein Muster für eine solche Erklärung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/IGeL/Privatliquidation*. Die Rechnungsstellung für die Privatleistungen erfolgt in diesen Fällen nach der GOÄ.

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

SACHKOSTEN MIT DER KENNZEICHNUNG „T“ UND „W“

Im Rahmen der Vereinbarung zur Abrechnung von Röntgen-, MRT- und Ultraschallkontrastmitteln können bestimmte Sachkosten mit der Buchstabenkennzeichnung „T“ beziehungsweise „W“ angesetzt werden. Dabei ist die Abgrenzung zur Vereinbarung zur Abgeltung von Sachkosten, unter anderem im Zusammenhang mit ambulanten Operationen, nicht immer einfach. Wie also errechnen sich die Kosten und wie müssen sie eingetragen werden?

Buchstabenkennzeichnung „T“ für Spezialinfusionskatheter einschließlich Zubehör, ausgenommen Kanülen

Vertragliche Grundlage

„1.3 a) Die tatsächlich entstandenen Kosten für Spezialinfusionskatheter einschließlich Zubehör, ausgenommen Kanülen – gekürzt um Rabatte jeglicher Art (Jahres- und/oder Naturalrabatte) – für Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern 08341 (bei Hysterosalpingo-Kontrastsonographie), 33043 (bei Hysterosalpingo-Kontrastsonographie), 33044, 34248 (bei Dünndarmkontrastuntersuchung nach Sellink), 34257, 34260, 34283, 34286 (bei Embolisation, Dilatation und Rekanalisation), 34290, 34293, 34294, 34296, 34297, 34343, 34344, 34345, 34452 sind auf dem Behandlungsausweis als Eurobetrag mit der Buchstabenkennzeichnung „T“ unter Angabe des jeweils verwendeten Katheters abzurechnen.“

Vorsicht: Fehlabbrechnung!

Beispiel 1

Die Praxis trägt ins Feld 5011 die Buchstabenbezeichnung „T“ ein, ins Feld 5012 die Eurobeträge und ins Feld 5009 den Firmennamen (**siehe Tabelle auf Seite 158**).

Beispiel 2

Die Praxis rechnet die GOPs 34283 (Serienangiographie), 34285 (Zuschlag selektive Darstellung anderer Gefäße), 34286 (Zuschlag Intervention), 34287 (Zuschlag Verwendung eines C-Bogens) ab. Zusätzlich trägt die Praxis im Feld 5009 die Begründung „Ultra Thin Ballon Kath.“, im Feld 5011 die Buchstabenkennzeichnung „T“ (Spezialinfusionskatheter) ein, und im Feld 5012 den Eurobetrag von 167,93 (**siehe Tabelle auf Seite 158**).

Buchstabenkennzeichnung „W“ für größere Mengen an Kontrastmittel, die mit den vorhandenen Pauschalen nicht abgerechnet werden können

Vertragliche Grundlage

„1.7 Werden in Ausnahmefällen größere Mengen der Kontrastmittel benötigt, als die jeweiligen Pauschalen zu den Gebührenordnungsnummern vorgesehen, können die Kosten mit der Buchstabenkennzeichnung „W“ abgerechnet werden. Zur Ermittlung des Eurobetrags sind die Beträge aus der Anlage Teil A, B, C, D und E unter Berücksichtigung der tatsächlich benötigten KM-Menge zugrunde zu legen. Die Abrechnung ist besonders zu begründen. Zusätzlich ist das verwendete Kontrastmittel mit Menge und Konzentration anzugeben.“

Wie ermitteln sich die Beträge?

1. Es gibt bei anderen Abrechnungsnummern Pauschalen mit einer größeren Menge

Sie möchten bei der Ausscheidungsurographie (GOP 34255) mehr als 100 ml verwenden? Vorhanden ist jedoch nur eine Abrechnungsmöglichkeit von maximal 100 ml:

34255D 100 ml 320-400
mit Begründung 32,31 Euro

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

Das gleiche Kontrastmittel wird auch bei der Serienangiographie (GOP 34283) verwendet. Hierfür gibt es jedoch auch Abrechnungsmöglichkeiten für 150 ml oder 200 ml:

34283I 150 ml 320-400
mit Angabe der Anzahl der Serien
49,08 Euro

34283K 200 ml 320-400
mit Angabe der Anzahl der Serien
63,40 Euro
Bei der Verwendung von 150 ml sind mit der Buchstabenkennzeichnung „W“ also 49,08 Euro, bei 200 ml 63,40 Euro abrechnungsfähig.

2. Es gibt bei anderen Abrechnungsnummern keine Pauschalen mit einer größeren Menge

Sie möchten bei der durchleuchtungs-gestützten Intervention bei PTC (GOP 34500) 40 ml verwenden. Vorhanden ist jedoch nur eine Abrechnungsmöglichkeit von maximal 30 ml:

34500A 10 ml 300
9,08 Euro

34500B 20 ml 270-300
14,88 Euro

34500C 30 ml 300
21,58 Euro

Bei der Verwendung von 40 ml ist mit der Buchstabenkennzeichnung „W“ der Betrag von 29,76 Euro abrechnungsfähig (zweimal 20 ml = 2 x 14,88 Euro).

Vorsicht Fehlabrechnung!

Beispiel 3

Die Praxis rechnet die GOP 34294 (Phlebographie) und die dazugehörige RKM-Pauschale 34294C (RKM nicht-ionisch, 100 ml, 240-300 mg/ml)

ab. Aber zusätzlich zur RKM-Pauschale trägt die Praxis noch im Feld 5011 die Buchstabenbezeichnung „W“ ein, im Feld 5012 den Eurobetrag und im Feld 5009 die Begründung „125 ml RKM“ (**siehe Tabelle auf Seite 158**).

Beispiel 4

Die Praxis rechnet die GOPs 34340 (CT Oberbauch) und 34344 (Zuschlag Dynamische Serien) ab, sowie die dazugehörigen RKM-Pauschalen 96002B (RKM nicht-ionisch, 100 ml, 270-300 mg/ml) und 96023A (RKM bariumhaltig, bis zu 500 ml). Aber zusätzlich trägt die Praxis noch im Feld 5011 die Buchstabenbezeichnung „W“ ein und im Feld 5012 den Eurobetrag (**siehe Tabelle auf Seite 158**).

Bitte beachten Sie, dass die Kosten der übrigen für die Kontrastmitteleinbringung notwendigen Infusionsbestecke (auch Einmalinfusionsbestecke), Einmalspritzen beziehungsweise Einmalinfusionskatheter und Einmalinfusionsnadeln in den Pauschalbeträgen enthalten sind. Für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter und Einmalinfusionsnadeln gilt dies abweichend vom Inhalt der Sprechstundenbedarfsvereinbarung. Sie können neben den Pauschalbeträgen nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung bezogen 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

Beispiel 1 (fehlerhaft, weil anstatt des geforderten Katheternamens der Firmenname eingetragen ist)

	Falsch	Richtig
Feld 5011	T	T
Feld 5012	Eurobetrag	Eurobetrag
Feld 5009	Name der Firma	Name des jeweils verwendeten Spezialinfusionskatheters

Beispiel 2 (fehlerhaft, weil eine falsche Abrechnungskennung eingetragen ist)

	Falsch	Richtig
Feld 5011	T	L046
Feld 5012	167,93 Euro	167,93 Euro
Feld 5009	Ultra Thin Ballon Katheter	Ultra Thin Ballon Katheter

Beispiel 3 (fehlerhaft, weil bei Mehrbedarf an ml die GOP und der Eurobetrag falsch eingetragen sind)

	Falsch	Richtig
Feld 5001	34294C (RKM nicht-ionisch, 240-300 mg/ml, 100 ml)	Kein Eintrag
Feld 5011	W	W
Feld 5012	8,07 Euro	Eurobetrag für 100 ml aus RKM-Pauschale 34294C (28,58 Euro) <i>plus</i> Eurobetrag für 25 ml aus RKM-Pauschale 34294A (16,13 Euro : 2) <i>ergibt</i> 28,58 Euro + 8,07 Euro = 36,65 Euro
Feld 5009	125 ml RKM	Verwendetes RKM (z. B. Ultravist), Menge (125 ml), Konzentration (240-300 mg/ml), Begründung (z. B. erhöhtes Körpergewicht)

Beispiel 4 (fehlerhaft, weil die Eintragung der Abrechnungsnummer und der Summe Eurobetrag falsch sind)

	Falsch	Richtig
Feld 5001	96002C (RKM nicht-ionisch, 100 ml, 270-300 mg/ml) 96023C (RKM bariumhaltig, 500ml)	Kein Eintrag
Feld 5011	W	W
Feld 5012	3,73 Euro	Benötigte Menge 125 ml: Eurobetrag für 100 ml aus RKM-Pauschale 96002B (28,58 Euro) <i>plus</i> Eurobetrag für 25 ml aus RKM-Pauschale 96002A (16,13 Euro : 2) <i>ergibt</i> 28,58 Euro + 8,07 Euro = 36,65 Euro oder Benötigte Menge 1.000 ml: Eurobetrag für 500 ml aus RKM-Pauschale 96023A (3,73 Euro) mal 2 <i>ergibt</i> 3,73 Euro + 3,73 Euro = 7,46 Euro
Feld 5009	Keine Begründung	Verwendetes RKM (z. B. Omnipaque oder Micropaque) Menge (125 ml oder 1.000 ml) Konzentration (270-300 mg/ml oder 500 ml) Begründung

GENETISCHE DIAGNOSTIK JOBSHARING- OBERGRENZEN

Mit Hilfe der so genannten DNA-Mikroarray-Technik („DNA-Chips“, „Bio-Mikrochips“) können bis zu mehrere tausend verschiedene Gene oder das ganze Genom gleichzeitig auf Mutationen in der DNA untersucht werden. Diese gentechnische Diagnostik mit DNA-Chips stellt eine neue Untersuchungsmethode dar, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss noch nicht anerkannt ist. Sie kann deshalb nicht als vertragsärztliche Leistung berechnet 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

Seit 1. Januar 2009 unterliegen alle Leistungen – außer Prävention und Impfungen – der Jobsharing-Obergrenze (siehe auch unser Rundschreiben vom 17. Februar 2009). Diese Regelung betrifft jedoch nicht die ärztlichen Leistungen im Notarztdienst. Nehmen Sie als niedergelassener Vertragsarzt in einer Jobsharing-Gemeinschaftspraxis am Notarztdienst teil, brauchen Sie bezüglich dieser Leistungen nicht auf die Jobsharing-Obergrenzen zu achten.

Anders verhält es sich im organisierten Bereitschaftsdienst, also der vertragsärztlichen Versorgung zur sprechstundendenfreien Zeit: Hier werden alle Leistungen in die Jobsharing-Obergrenzen mit einbezogen.

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

VERORDNUNGSFÄHIGE MEDIZINPRODUKTE

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie fest, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen, die als Medizinprodukte zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden können und damit verordnungsfähig sind.

Die verordnungsfähigen arzneimittelähnlichen Medizinprodukte werden seit 1. Juli 2008 in einer Art „Positivliste“ als Anlage zur Arzneimittel-Richtlinie veröffentlicht. Der G-BA ergänzt diese fortlaufend; allein von Januar bis September 2009 elfmal. Die aktuelle Version der Liste finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Sonstiges „M“*.

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

ARZNEIKOSTENFRÜHINFORMATION FÜR IHRE PRAXIS

Mit der Arzneikostentrendmeldung stellen wir Ihnen zeitnah praxis- und fachgruppenbezogene Informationen über die Kosten und die Struktur Ihrer Arzneimittelverordnungen zur Verfügung.

Die Berichtsdaten sollen Sie bei der Arzneikostensteuerung unterstützen. Sie können daraus quartalsbezogen die von Ihnen veranlassten Verordnungskosten ablesen und diese mit den Durchschnittswerten Ihrer Fachgruppe vergleichen.

Die Qualität der bereitgestellten Daten ist von zwei wesentlichen Faktoren abhängig.

1. Vollständigkeit der Abrechnungs- und Verordnungsdaten

Verordnungskosten im Rahmen von Selektivverträgen sind in den von den Apothekenrechenzentren gelieferten Daten enthalten. Bei Abrechnungen, die nicht über die KVB erfolgen, fehlen diese Fälle für den statistischen Vergleich. Für die Fachgruppen der hausärztlichen Internisten und der Allgemeinärzte werden daher ab dem Quartal 2/2009 keine fallbezogenen Durchschnittswerte berechnet und ausgewiesen.

2. Qualität der von den Apothekenrechenzentren gelieferten Verordnungsdaten

Mit der feldgenauen Bedruckung der Rezepte unterstützen Sie die maschinenlesbare Erfassung der Rezepte durch die Rechenzentren der Apotheken. Im September haben wir rund 2.200 Praxen angeschrieben, deren unvollständige Verordnungsdaten zum Sprechstundenbedarf uns von den Apothekenrechenzentren übermittelt wurden. Anhand der zahlreichen Rückmeldungen und der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Rezeptimages haben wir folgende Fehlerquellen ausgemacht:

■ Unvollständige oder fehlende Kostenträger-/Patientendaten

korrekt:

Kassen-Nr. 9-stellig
Beispiel 108310400 AOK Bayern
Geburtsdatum 8-stellig mit Punkt
Beispiel 01.05.51

■ Alte Vordrucke

Das Muster 16a für Sprechstundenbedarf wurde im Juli 2008 neu aufgelegt.

Im neuen Vordruck gibt es die Felder Betriebsstätten-Nr. – Arztnummer – Ausstellungsdatum. Bei Verwendung des alten Musters 16a sind im Feld „Vertagsarzt-Nr“ die Betriebsstättennummer (BNSR) und die Lebenslange Arztnummer (LANR) einzutragen.

■ Unvollständige oder fehlende Praxisdaten beziehungsweise falsche Reihenfolge der Praxisdaten

korrekt (von links nach rechts):

Betriebsstätten-Nr. 9-stellig – Arztnummer 7-stellig – Ausstellungsdatum

Hier ist auf einen Leerraum zwischen BSNR, LANR und Datum zu achten, Trennzeichen wie „-“ oder „/“ innerhalb oder zwischen den Zahlen lösen beim Einlesen der Rezepte Fehlzusammenhänge aus.

■ Handschriftlich ausgefüllte Rezepte

sind oft unvollständig und nicht maschinenlesbar. Um qualitativ hochwertige Vergleichsdaten, auch nach Altersklassen, zur Verfügung stellen zu können, sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen. Bitte prüfen Sie die Qualität Ihrer Ausdrücke regelmäßig. Zertifizierte Softwareanbieter verwenden den Schrifttyp Courier 10 Zeichen/Zoll für maschinenlesbare Rezeptdaten.

■ Statusfelder 6, 7, 8 und 9 – fehlende oder ungenaue Kennzeichnung

Kennzeichnungen mit „X“ können nicht sicher zugeordnet werden. Daher sieht die Vordruckvereinbarung die Eintragung der entsprechenden Ziffer vor. Beim Rezept für Sprechstundenbedarf (Muster 16a) ist die „9“ fett eingedruckt, nur bei Hilfsmittel oder Impfstoffen ist eine zusätzliche Kennzeichnung durch Eindringen oder Nachfahren der Ziffer erforderlich.

Ein automatischer Abgleich mit Ihrer BSNR in der Fußzeile, Ihrem Praxis-eindruck beziehungsweise Ihrem Praxisstempel findet nicht statt. Diese Daten ermöglichen der KVB eine spätere Nachvollziehbarkeit der eingelesenen Praxisdaten. Bitte beachten Sie auch, dass individuelle Hinweise auf der Rückseite einer Verordnung später nicht mehr gelesen werden können. Diese Angaben gehen mit dem Einlesen der Rezepte verloren.

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

ZUSCHUSS FÜR QM-BERATUNGEN

Unter bestimmten Umständen ist es möglich, dass Zuschüsse des Bundes für Beratungsleistungen und Weiterbildungen im Bereich Qualitätsmanagement beantragt werden können. Die KVB hat keinen Einfluss auf die Vergabe der Finanzmittel. Nähere Informationen zu Antragstellung, Voraussetzungen und Ablauf erfahren Sie im Internet unter www.leitstelle.org.

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

HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBSSCREENING

Am 1. Oktober 2009 tritt die neue Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebscreening in Kraft. Die Vereinbarung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung*.

Abrechnungsberechtigt sind alle Ärzte mit der Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Pathologie“ oder mit der Facharztbezeichnung „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ mit der Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“, sofern sie die geforderten fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllen.

Wichtige Information für alle Ärzte, die eine Exzision durchführen:

Wenn Sie dem Pathologen oder Dermatohistologen Befundpräparate zusenden, denken Sie bitte daran anzugeben, dass es sich um eine Exzision im Rahmen des Hautkrebscreenings handelt.

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 VERMITTELT PRAXISVERTRETER

Ob Urlaub, Krankheit, Weiterbildung, Wehrübung – es gibt verschiedene Gründe und Anlässe, die eine Praxisvertretung erforderlich machen.

Die KVB bietet für alle Regionen und Fachgruppen in Bayern einen Vertretermittlungsservice an. Wie kurzfristig oder wie lange Sie eine Praxisvertretung brauchen, spielt dabei keine Rolle. Beachten Sie bitte lediglich, dass Sie uns die Vertretung anzeigen oder sich genehmigen lassen.

Wer kann Sie vertreten?

Sie können sich durch einen niedergelassenen Kollegen oder alternativ durch einen bereits in Ihrer Praxis tätigen Kollegen vertreten lassen. Wichtig ist, dass derjenige, der für Sie einspringt, Arzt mit Facharztanerkennung Ihrer Fachrichtung ist und damit die Voraussetzung für eine Arztregistrierung erfüllt. Außerdem sollte er möglichst über dieselben Befähigungen und Qualifikationen verfügen wie Sie. Bestimmte Leistungen sind nur vergütungsfähig, wenn auch der Vertreter die notwendigen fachlichen Qualifikationen besitzt. Sie sollten sich daher von ihm die entsprechenden Nachweise im Original vorlegen und in beglaubigter Kopie aushändigen lassen.

Wie finden Sie einen Vertreter?

Hierfür wenden Sie sich bitte telefonisch an einen unserer Präsenzberater, alternativ auch per Mail an Praxisfuehrungsberatung@kvb.de. Entsprechend Ihren gewünschten Anforderungen suchen unsere Berater in unserer Vertretervermittlungsdatei passende Kandidaten aus und vermitteln den Erstkontakt. Dieser Service ist für alle Beteiligten selbstverständlich kostenfrei. Alles Weitere regeln Sie direkt mit Ihrem Vertreter.

Sie haben Ihre Vertretung auf eigene Faust geregelt?

Bei positiven Erfahrungen informieren Sie Ihren Vertreter bitte über unseren Vermittlungsservice, damit er sich dort eintragen lassen kann und wir ihn vermitteln können. Je umfassender das Angebot ist, desto besser können wir zukünftige Vermittlungswünsche erfüllen.

Weitere Informationen zur Praxisvertretung

- Wichtige Regelungen zum Thema Praxisvertretung finden Sie in unserem Merkblatt im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Zulassung/Merkblätter/Vertreter*.
- Ein Formular, um Ihre Abwesenheit ab einer Dauer von acht Tagen zu melden, finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Abwesenheitsmeldung*.
- Einen Antrag auf Beschäftigung eines Vertreters in Ihrer Praxis finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Vertretergenehmigung*.

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

„CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ“ IM DMP KHK

Das DMP KHK wurde auf Grund bundeseinheitlicher Vorgaben zum 1. Juli 2009 um den Baustein „Chronische Herzinsuffizienz“ erweitert. Hierbei handelt es sich nicht um ein eigenständiges DMP-Programm, sondern um ein ergänzendes Modul, für das keine Neueinschreibung seitens des Arztes oder Patienten erforderlich ist. Ziel dieser Maßnahme ist es, die Versorgung der Patienten, die neben einer Koronaren Herzkrankheit auch an Chronischer Herzinsuffizienz leiden, weiter zu verbessern.

Derzeit ist die Teilnahmemöglichkeit an diesem Modul in Bayern noch nicht vertraglich geregelt. Daher sollten Sie bei Dokumentationen für das DMP KHK im Feld „Teilnahme am Modul Chronische Herzinsuffizienz“ noch grundsätzlich „nein“ angeben. Diese Regelung gilt so lange, bis der DMP-Vertrag entsprechend angepasst wurde. Die Umsetzung erfolgt bis spätestens Mitte nächsten Jahres. Sobald dies der Fall ist, erhalten Sie von uns alle notwendigen Informationen.

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

NEUFASSUNG DMP-BRUSTKREBS-VERTRAG

Zum 1. Oktober 2009 ist eine Neufassung des DMP-Brustkrebsvertrags in Kraft getreten. Diese ist auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Neue Versorgungsformen/DMP* für Sie bereitgestellt. Neu ist, dass ermächtigten Ärzten nun die Möglichkeit zur Koordination eröffnet wird, falls entsprechender Bedarf besteht. Ansonsten ändert sich für den einzelnen Arzt im DMP Brustkrebs jedoch nichts: Die Neuerungen sind vor allem redaktioneller Art und sorgen unter anderem für eine einheitlichere Strukturierung der verschiedenen DMP-Verträge.

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

CHRONISCHE NIERENINSUFFIZIENZ

Seit dem 1. Juli 2009 ist die zeitgerechte Einleitung der „Konsiliarischen Kooperation“ durch den behandelnden Arzt bei Patienten mit nephritischem und/oder nephrotischem Syndrom, angeborener und/oder chronisch progredienter Nierenerkrankung mit einem nephrologisch tätigen Arzt genau definiert. Dieser Anhang (9.1.6 der Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV) konkretisiert die konsiliarische Kooperation hinsichtlich der betroffenen Patientengruppen sowie die Ausgestaltung der ärztlichen Maßnahmen zur Vorbeugung einer terminalen Niereninsuffizienz. Einzelheiten hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik Rechtsquellen/Bundemantelverträge.

Fragen beantwortet Ihnen
Jacqueline Sack
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 37
E-Mail Jacqueline.Sack@kvb.de

ALKOHOLMISSBRAUCH VON JUGENDLICHEN

Der Alkoholmissbrauch unter Jugendlichen bis hin zur Alkoholintoxikation hat dramatisch zugenommen. Deshalb hat das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen ausdrücklich auf Art. 14 Abs. 6 des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes (GDVG) hingewiesen: Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger sind verpflichtet, gewichtige Anhaltspunkte für eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen sexuellen Missbrauch eines Kindes oder Jugendlichen, die ihnen im Rahmen ihrer Berufsausübung bekannt werden, unter Übermittlung der erforderlichen personenbezogenen Daten unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen.

Im speziellen Fall der Alkoholintoxikation liegt eine Vernachlässigung im Sinne der Vorschrift vor, wenn ein Kind oder Jugendlicher wegen massiver oder wiederholter Selbstschädigung durch Alkoholmissbrauch medizinisch behandelt werden muss und Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass seine Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, ihrer Erziehungsverantwortung gerecht zu werden.

Das Staatsministerium bittet deshalb alle Ärzte, denen Indikatoren für Alkoholmissbrauch auffallen, immer wieder zu prüfen, wie den Kindern und Jugendlichen geholfen werden kann. Der Arzt sollte dem Jugendlichen die Risiken des Alkoholmissbrauchs aufzeigen, ihn zur Einsicht bewegen und ihn auffordern, sich gegebenenfalls professionelle Hilfe zu suchen. Weitere Informationen zum Kinder- und Jugendschutz finden Sie unter www.jugendschutz.bayern.de sowie www.kinderschutz.bayern.de.

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

ABMAHNUNG WEGEN PANDEMIE-BROSCHÜRE

Wir möchten an dieser Stelle darüber informieren, dass die Broschüre „Influenza-Pandemie – Risikomanagement in Arztpraxen“ der Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Berufsgenossenschaft (BG) für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege derzeit von der Firma IMACO GmbH missbräuchlich für eigene Werbezwecke eingesetzt wird. Aus Sicht der gemeinsamen Rechtsabteilung der BÄK und der KBV nimmt die Firma IMACO GmbH zum Zwecke der Eigenwerbung und Absatzförderung eigener Produkte auf unzulässige Weise Bezug auf die oben genannte Broschüre. Ihre Gestaltung suggeriert dem Arzt, dass die BÄK, KBV und der BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege hinter diesem Unternehmen stünden. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die Wettbewerbszentrale hat gegenüber der IMACO GmbH bereits eine Abmahnung ausgesprochen.

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 Schubladenkonzepten
- Praktisches Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul II)
- 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

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: 9.00 – 16.30 Uhr

Termin:

Samstag, 28. November 2009
KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II:

Keine weiteren Termine in 2009

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: 17.00 – 20.30 Uhr

Termin:

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

Die Zukunft heißt „Online“ – die Online-Dienste der KVB

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Die Privatabrechnung in der ärztlichen Praxis

Abrechnungsworkshop Kinderärzte

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Info-Tag: Praxisabgeber (Psychotherapeuten)

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Mit der Praxis in die Zukunft – Praxisentwicklung und -gestaltung

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start (Psychotherapeuten)

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Mit der Praxis in die Zukunft – Praxisentwicklung und -gestaltung

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

QM-Seminare

Praxisführung und -organisation (QEP-Tagesseminar)

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte und
QEP-Einführungsseminar für Psychotherapeuten in Kooperation mit dem DGPT

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte in Kooperation mit dem BDI

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	6. November 2009	16.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	13. November 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	18. November 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. November 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	21. November 2009	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	26. November 2009	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. November 2009	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. November 2009	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Dezember 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	188,- Euro	14. November 2009	9.00 bis 16.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	4. Dezember 2009 5. Dezember 2009	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	18. Dezember 2009 19. Dezember 2009	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr	München

KVBINFOS 12|09

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 170 Abrechnungsabgabe
Quartal 4/2009
- 170 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 1/2010
- 171 Honorarreform – Informationen für das Quartal 1/2010
- 174 Betreuungspauschalen
Diabetesvereinbarung
- 175 Bereitschaftsdienstpauschale
- 175 Zahlungsforderung der argab
- 176 Erweiterung
Tonsillotomieverträge
- 176 Genehmigungspflichtige Leistungen
- 178 Kostenerstattung bei
Bundesbahnbeamten
- 178 Verjährung von Arztrechnungen

VERORDNUNGEN

- 178 Neufassung
Arzneimittel-Richtlinie
- 179 Arzneimittelvereinbarung 2010
- 179 LANR und BSNR auf
Verordnung nötig
- 180 Krankenbeförderung
wirtschaftlich verordnen
- 182 Meningokokken-Impfstoff
- 182 Stationäre Krankenhausbehandlung

QUALITÄT

- 183 Umfrage in Pflegeheimen

ALLGEMEINES

- 183 Europäische Krankenversicherungskarte

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

- 184 Quotenregelung Psychotherapie

SEMINARE

- 185 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 186 Die nächsten Seminartermine der KVB

ABRECHNUNGSABGABE QUARTAL 4/2009

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen für das 4. Quartal 2009 bis spätestens **Montag, den 11. Januar 2010**, bei uns ein. Gerne können Sie uns 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. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare* herunterladen.

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

Die Sortierung der einzureichenden Krankenscheine mit entsprechenden Kassenleitblättern ist nur noch bei manueller Abrechnung erforderlich. Bei EDV-Abrechnung können Sie die Scheine einfach in einem Kuvert der Abrechnung beilegen. Vergessen Sie bitte nicht, auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag Ihren Arztstempel einschließlich der BSNR (Betriebsstättennummer) anzubringen.

Zur besseren Übersicht der einzureichenden Scheine haben wir das Merk-

blatt „Besondere Kostenträger“ aktualisiert. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Besondere Kostenträger*.

Denken Sie bitte auch daran, dass seit dem Quartal 3/2009 für die Bundeswehr und den Zivildienst die Einreichung der Behandlungsausweise entfallen ist:

- Aufbewahrung analog GKV ein Jahr in der Praxis
- Bundeswehr Heilfürsorge (blau) Kassennummer 79868
- Bundeswehr Musterung (lila) Kassennummer 79869
- Zivildienst Kassennummer 74895

Wenn Sie eine Empfangsbestätigung über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen wünschen, fordern Sie diese bitte einfach bei uns an.

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de oder unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 138 mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist zu beantragen.

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

ZEITBEZOGENE KAPAZITÄTSGRENZEN 1/2010

Die Berechnung erfolgte nach den – auf Bundesebene unveränderten – Berechnungsvorgaben für die Kapazitätsgrenzen für die Zeit ab 1. Januar 2010. Zum Redaktionsschluss dieser PROFUND-Ausgabe waren allerdings die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen auf Landesebene noch nicht abgeschlossen. Sollten sich Änderungen ergeben, werden wir Sie kurzfristig informieren.

Für die psychotherapeutischen Fachgruppen werden nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27. und 28. August 2008 ab 1. Januar 2009 keine RLV berechnet. Vielmehr gelten auch nach dem Beschluss vom 22. September 2009 weiterhin zeitbezogene Kapazitätsgrenzen. Diese werden auf Grundlage des entsprechenden Vorjahresquartals berechnet und sind je Quartal leicht unterschiedlich.

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 1/2010 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten (Fachgruppe 690 und 700)	31.840
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Fachgruppe 710)	31.100
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Fachgruppe 500)	32.290
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien (Fachgruppe 500)	31.680

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 1/2010

Die bisherigen RLV-Regelungen wurden durch die neuen Beschlüsse auf Bundesebene vom 2. und 22. September 2009 für das Quartal 1/2010 zunächst ohne größere Änderungen fortgeschrieben. Zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe waren die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen auf Landesebene zum Honorarvertrag 2010 jedoch noch nicht abgeschlossen. Daher stehen die folgenden Informationen noch unter dem Vorbehalt dieses Vertragsabschlusses. Sollten sich Änderungen ergeben, werden wir Sie kurzfristig informieren.

Freie Leistungen 1/2010

Neben dem RLV gibt es die so genannten Freien Leistungen. Diese sind im Vergleich zum Quartal 4/2009 unverändert geblieben. Sie werden mit den in der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgewiesenen Beträgen vergütet. Hier die Übersicht:

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
- Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des Abschnitts 35.2
- innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte 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)
- Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- MRF-Angiographie des Abschnitts 34.4.7
- Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des Abschnitts 35.2
- innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40

- Leistungen in kurativ-stationären Fällen, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert werden

Qualitätsgebundene Fallwertzuschläge

Über die so genannten Fallwertzuschläge steht Ihnen ein zusätzliches Honorarvolumen zur Verfügung. Dieses Honorarvolumen ergibt sich aus der Multiplikation der eigenen RLV-relevanten Fallzahl (siehe Zuweisungsbescheid für das jeweilige Quartal) mit dem je Leistungsbereich ausgewiesenen Betrag. Weitere Details zur Berechnung und Verrechenbarkeit finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/RLV*.

Für das Quartal 1/2010 haben sich hier im Vergleich zum Quartal 4/2009 keine Änderungen ergeben.

Ärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen und Schwerpunktbezeichnungen

Für Berufsausübungsgemeinschaften gelten weiterhin folgende Zuschlagsregelungen:

Das RLV einer Praxis wird für

- fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten (nicht Job-Sharing) der gleichen Arztgruppe um zehn Prozent erhöht,
- fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (nicht Job-Sharing) anderer Arztgruppen/Schwerpunkte um fünf Prozent je Arztgruppe beziehungs-

1. Fallwertzuschläge zum RLV für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs

Leistung	GOPen	Euro
Sonographie	33000 – 33002, 33010 – 33012, 33040 – 33044, 33050 – 33052, 33060 – 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 – 33092	3,50
Psychosomatik	35100 und 35110	3,00
Prokto/Rektoskopie	03331 bzw. 04331	1,00
Kleinchirurgie	02300 – 02302	1,50
Langzeit-EKG	03322 bzw. 04322	1,00
Langzeit-Blutdruckmessung	03324 bzw. 04324	1,00
Spirometrie	03330 bzw. 04330	1,00
Ergometrie	03321 bzw. 04321	1,50
Chirotherapie	GOPen des Abschnitts 30.2 EBM	1,00

2. Fallwertzuschläge zum RLV für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs (Teilradiologie): Leistungsbereich Diagnostische Radiologie für Fallwertzuschlag (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

weise je Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen/Schwerpunkte erhöht, für jede weitere Arztgruppe/Schwerpunkt um 2,5 Prozent, jedoch insgesamt höchstens um 40 Prozent.

Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt (Klarstellung im Beschluss vom 22. September 2009).

Die Neupraxis wird ab dem Quartal 1/2010 einer Jungpraxis gleichgestellt

Auf Grund einer Änderung in der Beschlussfassung auf Bundesebene werden ab Quartal 1/2010 Neupraxen mit Jungpraxen gleichgestellt. Hier die Details:

1. Neupraxen/Neuanfänger

Für Ärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren (Neupraxis), wird die eigene (RLV-relevante) Fallzahl des Abrechnungsquartals angesetzt. Da diese Zahlen erst mit der tatsächlichen Abrechnung vorliegen, wird im Zuweisungsbescheid zunächst ein fachgruppenschnittliches RLV als (maximal erreichbare) Obergrenze mitgeteilt.

Soweit die eigene Fallzahl im Abrechnungsquartal den im Zuweisungsbescheid mitgeteilten Fachgruppenschnitt überschreitet, verbleibt es beim Ansatz des Fachgruppenschnitts.

Beispiel:

Es wird im Zuweisungsbescheid 1/2010 zunächst der Fachgruppenschnitt von 800 Fällen angesetzt.

Konstellation 1

Arzt reicht die Abrechnung 1/2010 mit 720 Fällen ein. Diese 720 eige-

nen Fälle des Abrechnungsquartals werden der Honorarermittlung als RLV-relevant zugrunde gelegt.

Konstellation 2

Arzt reicht die Abrechnung 1/2010 mit 880 Fällen ein. Diese eigenen Fälle übersteigen den Fachgruppenschnitt von 800 Fällen. Der Abrechnung 1/2010 werden die 800 Fälle als RLV-relevant zugrunde gelegt.

2. Jungpraxis

Für Jungpraxen gibt es im Vergleich zum Quartal 4/2009 keine Änderungen.

Unter einer Jungpraxis versteht man eine Praxis, die sich noch im Aufbau befindet. Eine Praxis ist dann nicht mehr im Aufbau, wenn seit der ersten Niederlassung des Arztes mehr als 20 Quartale vergangen sind und/oder der Fachgruppenschnitt (Fallzahl) im Vorjahresquartal erreicht ist. Hier die derzeit gültige Regelung:

Jungpraxen erhalten mit der RLV-Zuweisung ihre tatsächlich im Vorjahresquartal abgerechneten Fälle mitgeteilt. Parallel dazu werden wir die entsprechenden Durchschnittsfallzahlen (aus dem Vorjahresquartal) und die RLV-Fallwerte der Fachgruppen im Internet zur Verfügung stellen. Die Obergrenze für eine Jungpraxis ergibt sich aus der Multiplikation des RLV-Fallwertes mit der Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe.

Mit der Abrechnung wird bei Ärzten, die unter die Jungpraxisregelung fallen, die eigene (RLV-relevante) Fallzahl des Abrechnungsquartals angesetzt. Soweit jedoch die eigene Fallzahl im Abrechnungsquartal über dem Fachgruppenschnitt liegt, kommt der Fachgruppenschnitt zum Ansatz.

Die Umsetzung für Neuanfänger und Jungpraxen erfolgt mit der Honorarabrechnung automatisch. Eine gesonderte Antragstellung ist nicht erforderlich.

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

BETREUUNGSPAUSCHALEN DIABETESVEREINBARUNGEN

Bitte beachten Sie die Abrechnungsbestimmungen beziehungsweise Überweisungsregelungen der nachfolgend genannten Betreuungspauschalen bei allen Kassen außer der AOK.

Die Pauschalen müssen in jedem Fall auf einem Überweisungsschein zur „Mit-/Weiterbehandlung“ abgerechnet werden. Wird ein Patient in derselben Praxis (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ) sowohl speziell diabetologisch betreut als auch im DMP Diabetes mellitus Typ 2 koordiniert (beziehungsweise bei LKK-Patienten und Gestationsdiabetikerinnen hausärztlich betreut), sind bei der Abrechnung der jeweiligen Betreuungspauschale folgende Regelungen zu beachten:

Fall 1:

Die koordinierende/hausärztliche und die speziell diabetologische Betreuung erfolgt durch ein und denselben Arzt

Der Arzt stellt sich selbst einen Überweisungsschein zur „Mit-/Weiterbehandlung“ aus. Hierbei ist im Feld „Vertragsarztnummer oder (N)BSNR des Überweisers“ (Feldkennung 4218) die eigene (N)BSNR und im Feld „Lebenslange Arztnummer des Über-

weisers“ (Feldkennung 4242) die eigene LANR anzugeben. Die Betreuungspauschalen können nur abgerechnet werden, wenn mindestens eine der im DMP-Plattformvertrag aufgeführten Schnittstellen erreicht ist (siehe Anlage 2a des DMP-Plattformvertrags).

Fall 2:

Die koordinierende/hausärztliche und die speziell diabetologische Betreuung erfolgt durch zwei unterschiedliche Ärzte

Hier muss der koordinierende/hausärztliche Arzt einen Überweisungsschein zur „Mit-/Weiterbehandlung“ ausstellen. Im Feld „Vertragsarztnummer oder (N)BSNR des Überweisers“ (Feldkennung 4218) ist seine (N)BSNR und im Feld „Lebenslange Arztnummer des Überweisers“ (Feldkennung 4242) seine LANR anzugeben.

Wichtig:

- Die Überweisungserfordernis gilt nicht für diabetologisch besonders qualifizierte Kinderärzte.
- Betreuungspauschalen sind im selben Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechenbar.

- Werden AOK-Patienten in derselben Betriebsstätte betreut und koordiniert, kann die jeweilige Betreuungspauschale weiterhin auf dem Originalschein abgerechnet werden.
- Die vollständige Vergütungsübersicht Diabetes finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Neue Versorgungsformen/DMP*.

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

Abrechnungsnummer	Leistung	Vergütung	Krankenkasse	Überweisung erforderlich durch
97360A	Betreuung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 (DMP-Pat.)	75,- Euro je Behandlungsfall	BKK, Knappschaft, Signal Iduna IKK, vdek	Koordinierenden DMP-Arzt
97360B	Betreuung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen	75,- Euro je Behandlungsfall	LKK	Hausarzt
97370B	Betreuung von insulinpflichtigen Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 mit intensivierter Insulintherapie	75,- Euro je Behandlungsfall	BKK, Knappschaft, vdek	Hausarzt
97371B	Betreuung von Versicherten mit Gestationsdiabetes	75,- Euro je Behandlungsfall	BKK, Knappschaft, Signal Iduna IKK, LKK	Gynäkologe/ Hausarzt

BEREITSCHAFTSDIENST- PAUSCHALE

Vertragsärzte, angestellte Ärzte bei einem Vertragsarzt beziehungsweise an einem Medizinischen Versorgungszentrum sowie ermächtigte Ärzte, die am organisierten vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB teilnehmen, haben Anspruch auf eine Bereitschaftsdienstpauschale.

Bitte legen Sie zur Abrechnung der Bereitschaftsdienstpauschale einen gesonderten Notfallschein (Muster 19) an. In diesen Notfallschein tragen Sie hinter dem Datum die Nummer(n)

95606 in der Zeit von 8.00 Uhr bis 20.00 Uhr und die

95607 in der Zeit von 20.00 Uhr bis 8.00 Uhr

mit dem jeweiligen Multiplikator (Anzahl der Dienststunden tagsüber beziehungsweise nachts) ein. Detaillierte Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Bereitschaftsdienst*.

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

ZAHLUNGSFORDERUNG DER ARGAB

Wer in den letzten Wochen eine Zahlungsaufforderung der Arbeitsgruppe gegen Abrechnungsbetrag (argab) erhalten hat, sollte sich nicht irritieren lassen. Diese Aufforderungen, Honorar für nicht korrekt abgerechnete vertragsärztliche Leistungen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchung nach GOP 01730 EBM) zuzüglich einer Bearbeitungsgebühr von 25 Euro direkt an die argab zurückzahlen, sind gegenstandslos. Wegen der eindeutig definierten Rechtsbeziehungen im Vertragsarztrecht erfolgen die Zahlungsaufforderungen ohne Anspruchsgrundlage.

Mit Schreiben vom 22. Oktober 2009 haben wir die argab sehr deutlich auf die Unrechtmäßigkeit dieses Vorgehens hingewiesen und die sofortige Rücknahme beziehungsweise Unterlassung solcher Schreiben gefordert. Der BKK Landesverband Bayern wurde von uns über die Vorgehensweise der argab informiert und distanziert sich ebenfalls von diesen Vorgängen.

Wer ist die argab?

Die argab – ein Zusammenschluss mehrerer Betriebskrankenkassen – versteht sich nach eigener Darstellung als Initiative für mehr Transparenz und Ehrlichkeit im Gesundheitswesen und erklärt, sich konsequent für die Wiedergutmachung entstandener Schäden durch die Verursacher einzusetzen (www.argab.de). In rechtlicher Hinsicht beschränken sich die Handlungsmöglichkeiten der argab auf die Durchführung von Auswertungen und die Schadensfeststellung.

Derzeit gehören der argab an:

- BKK Deutsche Bank AG
- Novitas BKK
- BKK Ford & Rheinland
- BKK Demag Krauss/Maffei
- BKK für Heilberufe

- BKK Westfalen-Lippe
- BKK VOR ORT
- E.ON BKK
- pronova BKK
- BKK GOETZE & Partner
- GBK Köln
- BKK Victoria D.A.S
- BKK ALP PLUS
- Vaillant BKK
- BKK Basell

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Stefanie.Hanrieder@kvb.de

ERWEITERUNG TONSILLOTOMIEVERTRÄGE

Die derzeit bestehenden Verträge der KVB über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach Paragraph 73c SGB V (seit dem 1. Juli 2009 mit der KKH-Allianz und seit dem 1. Oktober 2009 mit der BKK-VAG) werden in einem ersten Nachtrag erweitert. Zusätzlich zu den bereits bestehenden Operationsleistungen werden folgende zwei Kombinationen der Durchführung einer Tonsillotomie in die Verträge aufgenommen:

- Nr. 97070H
Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, einseitiger Eingriff
- Nr. 97070I
Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, beidseitiger Eingriff

Die Änderungen gelten ab dem 1. November 2009. Detaillierte Informationen zu den Versorgungsverträgen Tonsillotomie und zu den Nachträgen finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätsprogramm/Tonsillotomie*.

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

GENEHMIGUNGSPFLICHTIGE LEISTUNGEN

Im Folgenden haben wir Ihnen allgemeine Grundsätze und Besonderheiten der Antragstellung in VÄndG-Konstellationen zusammengestellt (die Ausführungen gelten entsprechend auch für Vertragspsychotherapeuten beziehungsweise die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit).

Seit In-Kraft-Treten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 1. Juli 2007 können Vertragsärzte ihre Tätigkeit flexibler gestalten. So wurde zum Beispiel die Möglichkeit geschaffen, Filialen und überörtliche (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) zu gründen und Ärzte unter erleichterten Bedingungen anzustellen. Diese neuen Möglichkeiten wurden in Bayern zahlreich genutzt: Es gibt mittlerweile 263 Medizinische Versorgungszentren (MVZs), rund 1.400 angestellte Ärzte und zirka 900 Filialen.

Mit den neuen Möglichkeiten nach dem VÄndG entstand die Notwendigkeit, transparent zu machen, welche Leistungen der Arzt an welchen Betriebsstätten beziehungsweise innerhalb welcher Kooperationen erbringt und abrechnet. Daher wurde zum 1. Juli 2008 die lebenslang gültige Arztnummer (LANR) eingeführt, mit der jeder leistungserbringende Arzt die von ihm erbrachten Leistungen kennzeichnen muss. Die Aufnahme der Tätigkeit im Rahmen einer Zulassung/Anstellung/Ermächtigung und jede Tätigkeit im Rahmen einer Kooperation (zum Beispiel MVZ, überörtliche BAG) ist vom Zulassungsausschuss zu genehmigen. Die Tätigkeit in einer Filiale bedarf der Genehmigung durch die KVB.

Was ist bei der Beantragung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen im Rahmen solcher Tätigkeiten und Kooperationen zu beachten?

I. Allgemeine Grundsätze

1) Personenbezogene und leistungs-ortbezogene Genehmigungserteilung, taggenaue Prüfung

Es bleibt bei dem Grundsatz, dass genehmigungspflichtige Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur dann abrechenbar sind, wenn für den Arzt, der diese Leistungen an dem beantragten Leistungsort erbringen will, vorher eine entsprechende Genehmigung erteilt wurde. Konkret bedeutet das, dass die Leistungen erst ab dem Tag des Erhalts des Genehmigungsbescheids erbracht und abgerechnet werden dürfen. Dieser Grundsatz gilt für angestellte Ärzte und zugelassene Ärzte gleichermaßen.

2) Antragstellung und Genehmigungserteilung für angestellte Ärzte

Zur Erteilung von Genehmigungen für angestellte Ärzte muss der Ansteller (MVZ/Vertragsarzt) den Antrag stellen. Er erhält dann auch den Bescheid. Darin wird die Erbringung der entsprechenden Leistungen durch den angestellten Arzt genehmigt. Der Angestellte erhält eine Kopie des Bescheids. Die Genehmigung für den betreffenden Angestellten endet automatisch mit Beendigung des Anstellungsverhältnisses.

3) Antragserfordernis für in bestehende Praxen hinzukommende Ärzte

Auf Grund des Grundsatzes der personenbezogenen Genehmigungserteilung müssen Genehmigungen für jeden weiteren, in eine Praxis hinzukommenden angestellten Arzt oder Praxispartner auch dann neu beantragt werden, wenn in der Praxis bereits der Ansteller, ein anderer angestellter Arzt oder Praxispartner über

die entsprechende Genehmigung verfügt.

4) Antragserfordernis bei neuen Leistungsarten

Genehmigungen mit leistungsartbezogenen Voraussetzungen (Geräte, Räume, Personal) müssen für neue Leistungsarten beantragt werden. Bereits erteilte Genehmigungen mit leistungsartbezogenen Voraussetzungen gelten nur für den Leistungsart, der der Adressierung im Bescheid entspricht – sofern aus der Formulierung im Bescheidtext nichts anderes hervorgeht.

5) Automatische Absetzung der Leistungen in der Abrechnung bei fehlender Genehmigung

Genehmigungspflichtige Leistungen, die von einem angestellten oder zugelassenen Arzt erbracht und abgerechnet wurden, für den nicht vorher ein Genehmigungsbescheid erteilt wurde, werden in der Abrechnung automatisch abgesetzt.

6) Keine rückwirkende Erteilung von Genehmigungen

Die rückwirkende Erteilung einer Genehmigung zur Abrechnung qualifikationsgebundener Leistungen, zum Beispiel rückwirkend ab Antragstellung, ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts rechtlich unzulässig.

II. In welchen konkreten Konstellationen müssen Abrechnungsgenehmigungen beantragt werden?

1) Wenn der Arzt erstmalig eine vertragsärztliche Tätigkeit in Bayern im Rahmen einer Zulassung, Ermächtigung oder Anstellung aufnimmt, müssen sämtliche Abrechnungsgenehmigungen für den betreffenden Arzt for-

mell beantragt werden. Dies gilt auch für in bestehende Praxen eintretende angestellte oder zugelassene Ärzte (siehe oben).

2) Wenn der Arzt bereits vertragsärztlich tätig ist, ihm durch die KVB Genehmigungen zur Abrechnung bestimmter Leistungen erteilt wurden und er

a) zusätzlich zur bestehenden Tätigkeit eine weitere Tätigkeit aufnimmt. Beispiele: Aufnahme einer Nebentätigkeit in einem Anstellungsverhältnis, Aufnahme einer Tätigkeit in einer Filiale, Aufnahme einer Tätigkeit in einer weiteren (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft.

b) diese Tätigkeit vollständig aufgibt und ohne zeitliche Unterbrechung in eine neue Tätigkeit wechselt. Beispiele: Wechsel von der Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt in eine Tätigkeit als angestellter Arzt in einem MVZ/bei einem Vertragsarzt und umgekehrt, Wechsel von einer Tätigkeit in Einzelpraxis in eine Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis an einem anderen Ort und umgekehrt, Wechsel in ein neues Anstellungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber (Vertragsarzt oder MVZ).

In diesen Fällen gelten die bisherigen Abrechnungsgenehmigungen nicht ohne weiteres auch für die neue Tätigkeit, das heißt, sie müssen unter folgenden Bedingungen für die neue Tätigkeit zusätzlich beantragt werden:

■ Bei Änderung der betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen, das heißt, wenn mit Aufnahme der neuen Tätigkeit andere Apparaturen verwendet werden und/oder die Tätigkeit in anderen Räumlichkeiten erfolgt und/oder anderes spe-

ziell ausgebildetes, nichtärztliches Personal beschäftigt wird und die Prüfung dieser Anforderungen für bereits erteilte Genehmigungen entscheidend war. Dies gilt insbesondere für alle genehmigungspflichtigen gerätetechnischen Leistungen, wie zum Beispiel Sonographie, Radiologie, MRT, CT, Nuklearmedizin, Knochendichtemessung, ambulante Operationen/Arthroscopien sowie DMP und Diabetesvereinbarungen.

■ Im Falle eines Status- oder Arbeitgeberwechsels, das heißt, der Arzt wechselt im Zuge der neuen Tätigkeit vom Status eines zugelassenen in den eines angestellten Arztes und umgekehrt oder ein angestellter Arzt wechselt seinen Arbeitgeber.

In den unter Punkt 2 genannten Konstellationen ist jedoch ein vereinfachtes Antragsverfahren möglich. Die Einzelheiten dieses Verfahrens und weitere wichtige Informationen zum Thema „genehmigungspflichtige Leistungen“ sind auf einem Merkblatt unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Merkblätter* zusammengefasst. Bitte beachten Sie, dass im Rahmen des DMP und der Diabetesvereinbarung auf Grund besonderer rechtlicher Vorgaben immer das vorgegebene Antragsformular genutzt werden muss.

Wichtig: Die Anträge auf Erteilung von Abrechnungsgenehmigungen sollten stets so frühzeitig wie möglich gestellt werden, also am besten zeitgleich mit der Antragstellung beim Zulassungsausschuss.

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 BEI BUNDESBAHNBEAMTEN

Wenn sich Bundesbahnbeamte in Ihrer Praxis behandeln lassen, müssen Sie eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellen. Die Versicherten bekommen von der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten je nach Beitragsklasse I, II und III die Kosten erstattet. Dies ist durch einen Vertrag mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geregelt. Wir bitten Sie, bei der Rechnungserstellung und bei Mahnungen zu beachten, dass nach Paragraph 5, Absatz 4 dieses Vertrags die Zahlungsfrist für Arztrechnungen sechs Wochen beträgt. Die allgemeine Zahlungsfrist von nur dreißig Tagen nach Paragraph 286, Absatz 3 BGB gilt hier nicht.

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

VERJÄHRUNG VON ARZTRECHNUNGEN

Wer in der Hektik des Alltags hin und wieder die Rechnungsstellung vergisst, hat unter bestimmten Umständen die Möglichkeit, dies nachzuholen: Sie können eine Rechnung stellen, sobald der Behandlungsfall – Kapitel B Nr. 1 GOÄ – beendet ist. Die Frist beträgt zirka zwei Jahre, ist jedoch nicht an ein bestimmtes Datum gebunden. Nach Ablauf der Zweijahresfrist ist die Berechtigung zur Rechnungsstellung verwirkt, der Patient muss dann keine Rechnung mehr erwarten. Feste Regelungen gibt es hierzu allerdings nicht. Die Rechtsprechung berücksichtigt hierzu immer die Umstände des Einzelfalls. Zum Beispiel kann die Verwirkungsfrist kürzer sein, wenn für den Patienten nicht erkennbar ist, dass Kosten anfallen, wie etwa bei einem Attest als vermeintlicher Service-Leistung.

Der Zeitraum, wie lange eine Rechnung gestellt werden kann, ist von der Verjährungsfrist zu unterscheiden. Die Verjährungsfrist ist der Zeitraum, in dem Sie die Zahlung verlangen können. Sie beginnt am 1. Januar des auf die Rechnungsstellung folgenden Jahres und dauert drei Jahre. Wenn Sie zum Beispiel am 10. Oktober 2009 eine Rechnung gestellt haben, beginnt die Fristberechnung am 1. Januar 2010. Am 1. Januar 2013 ist die Rechnung dann verjährt. Ein Mahnbescheid beziehungsweise eine Klageerhebung unterbricht die Verjährung vorübergehend. Im Übrigen stellt die Verjährung eine Einrede dar und muss daher vom Schuldner geltend gemacht werden, das heißt, der Schuldner muss sich gegenüber dem Gläubiger auf die Verjährung berufen.

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

NEUFASSUNG ARZNEIMITTEL-RICHTLINIE

Im April 2009 wurde die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) in einer Neufassung veröffentlicht. Dazu haben sich zwischenzeitlich viele Fragen ergeben.

Im August 2009 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen aktualisierten Frage-Antwort-Katalog zur Anlage III veröffentlicht. Die Interpretation der neuen Formulierungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Zu den Inhalten der AM-RL gibt es auch nach dem 1. April 2009 Beratungsthemen und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, die noch nicht in Kraft getreten sind. Wir empfehlen Ihnen daher, sich über die wesentlichen Inhalte der Arzneimittel-Richtlinie regelmäßig zu informieren. Unter www.kvb.de finden Sie hierzu in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* aktuelle Hinweise zur Umsetzung. Unterstützung beim Ausstellen einer Verordnung erhalten Sie von unserem Team am Service-Telefon Verordnung. Wenn Sie eine individuell auf Ihr Verordnungsspektrum zugeschnittene Pharmakotherapieberatung wünschen, wenden Sie sich bitte an unsere Experten.

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

ARZNEIMITTELVEREINBARUNG 2010

Die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Vertragsverhandlungen zwischen KVB und den bayerischen Krankenkassen sind im Jahr 2009 abzuschließen, um eine Veröffentlichung noch vor dem 1. Januar 2010 sicherzustellen. Nach Abschluss des Unterschriftenverfahrens informieren wir Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

In regionalen Veranstaltungen können Sie sich persönlich über die Vereinbarung kundig machen und die für Sie relevanten Fragen klären.

Eine Übersicht über die Termine im Januar 2010:

- KVB-Bezirksstelle München
Dienstag, 19. Januar, 19.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle München
Mittwoch, 20. Januar, 17.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle Nürnberg
Mittwoch, 20. Januar, 17.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle Regensburg
Mittwoch, 20. Januar, 17.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle Würzburg
Mittwoch, 20. Januar, 17.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle Nürnberg
Donnerstag, 21. Januar, 19.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle Augsburg
Mittwoch, 27. Januar, 17.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle Bayreuth
Mittwoch, 27. Januar, 17.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle Straubing
Mittwoch, 27. Januar, 17.30 Uhr

Im Rahmen dieses Angebots findet auch eine pharmakologische Fortbildung zum Thema: „Evidenzbasierte Arzneimittelinformationen – Wie be-

werte ich klinische Studien?“ statt. Das Anmeldeformular finden Sie in der KVB-Seminarbroschüre und unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung*.

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

LANR UND BSNR AUF VERORDNUNG NÖTIG

Seit dem 1. Juli 2008 ist die Angabe der lebenslangen Arztnummer (LANR) in Verbindung mit der Betriebsstättennummer (BSNR) auf allen Verordnungen erforderlich.

Die Angabe der LANR ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Verordnungen zur Person des ärztlichen Leistungserbringers und der Bildung entsprechender Vergleichswerte.

Nach Mitteilung einzelner Krankenkassen wurden bei den Abrechnungsstellen für Heilmittelverordnungen auch im zweiten Halbjahr 2009 Verordnungen mit unvollständigen Daten festgestellt. Deshalb konnte ein Teil der Verordnungen nicht eindeutig zugeordnet werden.

Die von den Krankenkassen arztbezogen anhand der LANR erstellte Heilmittelfrühinformation (GKV-HIS) finden Sie in Ihrer Verordnungsakte in Smart-Akt.

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

KRANKENBEFÖRDERUNG WIRTSCHAFTLICH VERORDNEN

Bitte beachten Sie bei einer Verordnung folgende Punkte. Zum besseren Verständnis haben wir die entsprechenden Markierungen auf einem Muster (siehe Abbildung) angebracht.

Verordnung nach Krankentransport-Richtlinie

Grundsätzlich gilt: Eine Verordnung erfolgt auf dem Verordnungsvordruck Muster 4 (Verordnung einer Krankentransportbeförderung).

Sie ist nur dann auszustellen,

- wenn die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist und
- der Patient wegen Art und Schwere der Erkrankung nicht zu Fuß gehen oder ein öffentliches Verkehrsmittel nutzen kann und die Benutzung eines Privatfahrzeugs nicht in Betracht kommt.

Die Verordnung soll vor der Beförderung ausgestellt werden. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere Notfällen, kann sie nachträglich erfolgen.

Die Notwendigkeit der Beförderung ist für Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden oder das Abholen von Rezepten rechtfertigen keine Verordnung. Auch eine unzureichende Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel begründet keine medizinische Notwendigkeit.

Auswahl des Beförderungsmittels

Bei der Verordnung prüfen Sie bitte jeweils die medizinische Notwendigkeit und wählen das erforderliche Transportmittel unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. **2**

Krankentransporte **5**

sind Fahrten für Menschen,

- die auch während der Fahrt einer medizinisch-fachlichen Betreuung bedürfen, die durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal gewährleistet wird, oder
- bei denen die besondere Einrichtung des Krankentransportwagens, die auf die Beförderung von Nicht-Notfallpatienten ausgerichtet ist, erforderlich ist beziehungsweise aufgrund des Zustandes des Patienten zu erwarten ist, oder
- wenn dadurch die Übertragung von ansteckenden Krankheiten vermieden werden kann.

Krankenfahrten **4**

Eine medizinisch-fachliche Betreuung des Patienten findet hier im Gegensatz zum Krankentransport nicht statt. Unter Krankenfahrten versteht man die Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen, die zum Beispiel mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern ausgestattet sind oder Taxen. Wenn aus zwingenden medizinischen Gründen eine Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem privaten Kraftfahrzeug nicht möglich ist, kann eine Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder Taxi verordnet werden,

- bei Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden oder
- bei Fahrten zu vor- oder nachstationärer Behandlung oder
- bei Fahrten zu einer ambulanten Operation.

Sofern eine Krankentransportbeförderung aus medizinischen Gründen nicht zwingend erforderlich ist, sollten Sie auf Wunsch lediglich eine Anwesenheits-

bescheinigung zur Vorlage bei der jeweiligen Krankenkasse ausstellen.

Weiterhin bestehen Ausnahmen für Krankenfahrten zur **ambulanten** Behandlung. **1**

Diese gelten gemäß Richtlinie zum Beispiel:

- für Dialysepatienten
- für Patienten der onkologischen Chemo- oder Strahlentherapie
- für Versicherte mit Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos)
- mit Einstufungsbescheid in die Pflegestufe 2 oder 3
- für Versicherte mit vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität, die einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

Sofern keine medizinischen Gründe dagegensprechen und mehrere Patienten zum gleichen Behandlungsort – etwa bei der Dialyse – gelangen sollen, hat der Arzt je Patient eine Sammelfahrt unter Angabe der Patientenzahl zu verordnen. **3**

Genehmigung durch die Krankenkasse

Sowohl Krankentransporte als auch Fahrten zu einer **ambulanten** Behandlung sind mit Ausnahme von Notfällen im Voraus durch die Krankenkasse zu genehmigen. Dauer und Umfang der Genehmigung werden von der Krankenkasse festgelegt.

Rettungsfahrt **5 6**

Von Krankentransport und Krankenfahrt sind Beförderungen in akuten Notfällen, die Rettungsfahrten, abzugren-

zen. Der Versicherte bedarf einer Rettungsfahrt, wenn er auf Grund seines Zustands mit einem qualifizierten Rettungsmittel befördert werden muss oder der Eintritt eines derartigen Zustands während des Transports zu erwarten ist. Rettungsfahrten erfolgen mittels

- Rettungswagen mit notfallmedizinischer Versorgung ohne Anwesenheit eines Arztes,
- Notarztwagen oder Rettungshubschrauber mit notfallmedizinischer **ärztlicher** Versorgung.

Eine Rettungsfahrt ist über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle über die Telefonnummer 19222 oder über 112 (integrierte Leitstellen) anzufordern.

Eine Kostenübersicht zu den einzelnen Transportmitteln sowie einen Frage-Antwort-Katalog zu diesem Thema finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Sonstiges*.

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

Freigabe 09.04.2008

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

Unfall, Unfallfolgen Arbeitsunfall, Berufskrankheit Versorgungsleiden (BVG u.a.) sonstiger Schaden

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

B) ambulante Operation ambulante Operation gem. § 115b SGB V Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) beim Vertragsarzt im Krankenhaus sonstige

Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

Hochfrequente Behandlung gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemotherapie oder Strahlentherapie) vergleichbarer Ausnahmefall wegen

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung Merksymbol „G“, „B“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über Monate

voraussichtliche Behandlungsdauer:

2. Beförderungsmittel Taxi, Mietwagen Kranken-transportwagen Rettungswagen Notarztwagen andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: nein Tragestuhl Nicht umsetzbar aus Rollstuhl legend andere

Von Wohnung Hinfahrt Rückfahrt **Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:** nein ja, folgende:

Nach Arztpraxis Wartezeit (Dauer): Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):

Krankenhaus andere Beförderungswege

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 4 (7.2008)

Verbindliches Muster

Die Vorderseite des Verordnungsvordrucks Muster 4

Genehmigung der Krankenkasse

Die Fahrt / Serienverordnung wird genehmigt

Die Fahrt wird wie folgt genehmigt:

Die verordnete Fahrt / Serienverordnung wird nicht genehmigt

Begründung **Freigabe 09.04.2008**

Datum

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Verbindliches Muster

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!
Empfangsbestätigung durch den Versicherten
 Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Empfangsbestätigung durchgeführt.

Gültiger Zahlungsbefreiungsausweis vom Datum und Unterschrift des Leistungserbringers

lag vor.

Abrechnungsdaten des Leistungserbringers

R. des Leistungserbringers	Zuordnung	Gesamt-Brutto	Positionnummer	Faktor	km	Positionnummer	Faktor	km

Rechnungsnummer

Rechnungsnummer

Rechnungsnummer

Die Rückseite des Formulars ist von der Krankenkasse und dem Leistungserbringer auszufüllen.

MENINGOKOKKEN-IMPfstoff

Von der AOK Bayern haben wir den Hinweis erhalten, dass fälschlicherweise noch die bi-beziehungsweise tetravalenten Polysaccharidimpfstoffe (A+C beziehungsweise A,C,W135, Y) über Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Bitte beachten Sie, dass **nur** der Meningokokken-C-Impfstoff (Konjugatimpfstoff) über Sprechstundenbedarf zu beziehen ist. Die Schutzimpfungsrichtlinie sieht die Impfung mit einer Dosis Konjugatimpfstoff im zweiten Lebensjahr vor. Hintergrund ist die Aufnahme der Meningokokken-C-Impfung in den Impfkalender der Ständigen Impfkommission im Jahr 2006. Eine ausführliche Begründung dazu finden Sie im Epidemiologischen Bulletin 31/2006 unter www.rki.de.

Die Indikationsimpfung mit einem Meningokokken-Polysaccharidimpfstoff erfolgt im Gegensatz dazu auf den Namen des Patienten und Muster 16.

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

STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG

In der letzten Zeit überprüfen Krankenkassen vermehrt das Einweisungsverhalten niedergelassener Ärzte. Bitte beachten Sie deshalb die nachfolgenden Grundsätze: Als niedergelassener Vertragsarzt dürfen Sie eine stationäre Krankenseinweisung grundsätzlich nur dann verordnen, wenn eine ambulante Behandlung des Patienten zur Erzielung des Heilerfolges nicht ausreicht (Paragraph 73 Abs. 4 S. 1 SGB V). Die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung ist nur zulässig, wenn Sie sich im Vorfeld vom Zustand des Patienten überzeugt und die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung festgestellt haben. Bevor Sie die stationäre Krankenhausbehandlung verordnen, sollten Sie abwägen, ob Sie selbst die Behandlung fortsetzen können oder ob Sie den Patienten an einen anderen zugelassenen Arzt mit entsprechender Zusatzqualifikation überweisen. So ersparen Sie auch gegebenenfalls dem Patienten eine stationäre Krankenhausbehandlung.

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

UMFRAGE IN PFLEGEHEIMEN

In einer aktuellen Umfrage ermittelt die KVB den Status Quo der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Insgesamt werden 1.600 Pflegeeinrichtungen angeschrieben. Schwerpunkt der Abfrage ist die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit verschiedener ärztlicher Fachgruppen. Mit ersten Ergebnissen wird Anfang 2010 gerechnet.

EUROPÄISCHE KRANKEN- VERSICHERUNGSKARTE

Legt ein Patient am Empfang Ihrer Praxis die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) vor, lohnt es sich, genauer hinzusehen. Die tschechische Krankenversicherungskarte sieht der EHIC nämlich täuschend ähnlich. Das Problem: Sie können die Kosten nicht über die Krankenkasse abrechnen.

Auf den ersten Blick sind die beiden Karten leicht zu verwechseln. Die Felder sind an der gleichen Position, die Schattierung ist ähnlich. Schnell sind die Daten der vermeintlichen EHIC aus Versehen in den Computer eingegeben. Damit Sie nicht auf Ihren Kosten sitzen bleiben, achten Sie bitte auf die Unterschiede der beiden Karten:

EHIC

Farbe: blau

Zeichen: Kreis (EU-Sternenzeichen)

Bezeichnung: „European Health Insurance Card“

Tschechische Karte

Farbe: grün

Zeichen: rotes Dreieck

Bezeichnung: in tschechischer Sprache

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

QUOTENREGELUNG PSYCHOTHERAPIE

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

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

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern wird noch in diesem Jahr Feststellungen über Zulassungsmöglichkeiten für ärztliche Psychotherapeuten beziehungsweise für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, treffen.

Wichtig: Die Anzahl der neu zu besetzenden Vertragsarzt- beziehungs-

weise Vertragspsychotherapeutensitze wird nach der Entscheidung des Landesausschusses im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht. Interessenten haben anschließend 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.

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

FORTBILDUNG „AKUTSITUATIONEN IM ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST“

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer bieten wir Ihnen kompakte, praxisorientierte Fortbildungen 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 sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter oder im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO)
- Sonstige interessierte Ärzte

Modul I

- Kardiozirkulatorische Nofälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council (ERC)
- Effizientes Mega-Code Training in Kleinstgruppen

Fortbildungspunkte: 9
Teilnahmegebühr: 90,- Euro
Uhrzeit: 9.00 – 16.15 Uhr

Termine:

Samstag, 20. März 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Samstag, 8. Mai 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Samstag, 17. Juli 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Samstag, 2. Oktober 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 4. Dezember 2010
 KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II

- Pädiatrische Akut- und Nofälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 10. März 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 14. April 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 9. Juni 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 20. Oktober 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul III

- Wichtige Aspekte zur Durchführung der Leichenschau
- Interessante Kasuistiken aus dem Bereitschaftsdienst
- Informationen zu Abrechnung, Praxisgebühr und Formularen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 4
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 – 20.35 Uhr

Termine:

Mittwoch, 21. April 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 12. Mai 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 22. September 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 10. November 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul IV (fakultatives Modul) neu!

- Bauchschmerzen und der „akute Bauch“
- Gynäkologische Akutfälle im Bereitschaftsdienst
- Der psychiatrische Notfall im Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 21. Juli 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 29. September 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Die Fortbildungen sind in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt. Weitere Informationen zur 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 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

Anmeldeformulare und weitere

Seminare finden Sie in unserer Seminarbroschüre 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 HNO-Ärzte

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start (Haus- und Fachärzte)

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start (Haus- und Fachärzte)

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start (Haus- und Fachärzte)

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start (Psychotherapeuten)

Abrechnungsworkshop Urologen

QM-Seminare

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte in Kooperation mit dem BDI

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP-Kompakt für Haus- und Fachärzte

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Dezember 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Dezember 2009	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Dezember 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. Dezember 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Dezember 2009	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Dezember 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Dezember 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Dezember 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Dezember 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Dezember 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	18. Dezember 2009 19. Dezember 2009	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	5. Februar 2010 6. Februar 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber	565,- Euro	27. Februar 2010 27. März 2010 17. April 2010 8. Mai 2010	9.00 bis 16.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr	München

