

KVBINFOS 10|10

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

KV-WAHLEN

146 Der Landeswahlleiter informiert

ABRECHNUNG

148 Abrechnungsabgabe
Quartal 3/2010

149 Zahlungstermine im Jahr 2010

149 Abrechnung der Dialyse

150 Abrechnung der postoperativen
Überwachung

151 Knappschaft fördert
Geriatrischen Praxisverbund

VERORDNUNGEN

152 Aktuelles aus dem
Verordnungsbereich

QUALITÄT

153 Neue Qualitätsmaßnahme:
„Risikoprävention bei Kinder-
wunsch“

154 Balneophototherapie

156 Stichprobenprüfung in der
konventionellen Radiologie

158 Interventionelle Radiologie

ALLGEMEINES

159 Landesprüfungsamt bescheinigt
korrekte RLV-Festlegung

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

160 Broschüre für psychotherapeu-
tische Leistungserbringer

SEMINARE

161 Fortbildung „Akutsituationen im
Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

162 Die nächsten Seminartermine
der KVB

Der Landeswahlleiter informiert

Liebe Wahlberechtigte zur Vertreterversammlung der KVB,

am 23. August 2010 habe ich Ihnen eine persönliche Wahlbenachrichtigung, verbunden mit der Wahlbekanntmachung nebst zwei Anlagen zukommen lassen. Ich darf davon ausgehen, dass Sie die in diesen beiden Schreiben enthaltenen **wichtigen** Informationen aufmerksam durchgelesen und zur Kenntnis genommen haben. Wenn nicht, so muss ich Sie bitten, dies nachzuholen. Da die Frist für die Einreichung von Wahlvorschlägen bei Veröffentlichung dieses Informationsschreibens bereits abgelaufen sein wird, verweise ich insbesondere auf die **Nummern 6 bis 9** der Wahlbekanntmachung vom 23. August 2010. Die eingegangenen Wahlvorschläge werden vom Landeswahlausschuss geprüft (Paragraph 9 der Wahlordnung, WO). Mängel können vom Vertreter des Wahlvorschlags bis spätestens zwei Wochen vor Beginn der Wahlfrist, also bis spätestens 1. November 2010, beseitigt werden.

Wichtig:

Der Eingang der Mängelbeseitigungsschreiben beim Landeswahlausschuss muss spätestens am 1. November 2010 erfolgt sein (es ist **nicht** der Poststempel entscheidend), da am 2. November 2010 um 0.00 Uhr die in Paragraph 9 Absatz 1 WO gesetzte Frist anläuft.

Die **Wahlvorschläge sind ungültig**, wenn sie **verspätet** eingereicht werden (Paragraph 9 Absatz 6 WO). Das Gleiche gilt, wenn die Wahlvorschläge nicht die erforderlichen Unterschriften tragen oder wenn die vorgeschlagenen Kandidaten nicht in erkennbarer Reihenfolge aufgeführt sind, es sei denn, dass die Mängel spätestens zwei Wochen vor Beginn der Wahlfrist beseitigt werden.

Besonders zu beachten ist, dass, wenn bereits mit den erforderlichen 50 Unterschriften eingereichte Wahlvorschläge innerhalb der Fristen nochmals geändert werden sollten, **bei inhaltlichen Veränderungen** (neuer Listenführer, neue Kandidaten, Veränderung der Reihenfolge der Kandidaten etc.) erneut die Beibringung von 50 Unterschriften nach Paragraph 8 Absatz 3 WO erforderlich ist.

Zum Stand 13. August 2010 gab es 21.646 wahlberechtigte Ärzte und 2.440 wahlberechtigte Psychotherapeuten. Das bedeutet, dass die Vertreter der Ärzte 45 und die Vertreter der Psychotherapeuten fünf Mitglieder in die neue Vertreterversammlung wählen können. Die Wahl findet als **Briefwahl** statt.

Jeder Arzt und jeder Psychotherapeut erhält rechtzeitig den für ihn relevanten Stimmzettel mit den eingegangenen und als zulässig anerkannten Wahlvorschlägen – entweder für Ärzte oder für Psychotherapeuten – von mir zugesandt. Über die genauen Formalien, die beim Wahlvorgang einzuhalten sind, werden Sie mit der Zusendung der Wahlunterlagen, die ich am 11. November 2010 zur Post geben werde, nochmals ausführlich informiert. Das Porto für die Rücksendung des Wahlbriefes zahlt der Landeswahlausschuss als Empfänger.

Das Wahlrecht ist persönlich auszuüben. Die Grundsätze der freien und geheimen Wahl sind einzuhalten. Für die Wahl dürfen nur die von mir ausgegebenen **Stimmzettel** verwendet werden. Der Wähler hat auf dem ihm ebenfalls zugesandten Vordruck **eidesstattlich zu versichern, dass er den Stimmzettel persönlich gekennzeichnet hat**. Hierbei ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die erforderliche eidesstattliche Versicherung nicht

nur mit dem Praxisstempel, sondern **auch** mit der eigenhändigen Unterschrift des Wählers versehen sein muss, damit die Wahlhandlung als gültig anerkannt werden kann.

Schon heute möchte ich darauf hinweisen, dass jeder Arzt maximal 45 Stimmen und jeder Psychotherapeut maximal fünf Stimmen vergeben kann. Der Wähler kann seine Stimmen durch Ankreuzen der Kopfleiste oder durch Ankreuzen einzelner Kandidaten innerhalb einer oder auch innerhalb mehrerer Listen vergeben (Paragraph 13 WO). Er kann auch einzelnen Kandidaten bis zu drei Stimmen (Eintragung der entsprechenden Zahl oder von bis zu drei Kreuzen beim jeweiligen Kandidaten) zukommen lassen.

Kreuzt der Wähler einen oder mehrere Wahlvorschläge in der Kopfleiste an, ohne Einzelstimmen zu vergeben, streicht er aber zugleich in diesen Vorschlägen einzelne Kandidaten, gilt dies als Einzelstimmvergabe für die nicht gestrichenen Kandidaten in diesen Wahlvorschlägen. Kreuzt der Wähler einen oder mehrere Wahlvorschläge in der Kopfleiste an und kennzeichnet er einzelne Kandidaten in einem oder mehreren Wahlvorschlägen, so gilt dies als Einzelstimmvergabe für die gekennzeichneten Kandidaten. Hat der Wähler dabei seine Stimmenzahl von 45 beziehungsweise fünf noch nicht voll ausgeschöpft, so gilt, wenn er nur einen einzigen Wahlvorschlag in der Kopfleiste angekreuzt hat, dieses Ankreuzen als Vergabe der noch nicht ausgeschöpften Reststimmen, die den nicht gekennzeichneten Kandidaten innerhalb des angekreuzten Wahlvorschlags von oben nach unten mit Ausnahme der gestrichenen Kandidaten zugute kommen.

Wichtig:

Der Wähler sollte **genauestens darauf achten, dass er die Höchstzahl seiner Stimmen nicht überschreitet**. Bei der letzten Wahl zur Vertreterversammlung mussten viele Wählerstimmen deswegen für ungültig erklärt werden (Paragraph 14 Absatz 2 WO). Wenn ein Wähler **nur eine einzige Liste** in der Kopfleiste ankreuzt, so gibt er **den dort genannten Kandidaten jeweils eine Stimme**, unabhängig davon, ob die Höchstzahl der zu vergebenden Stimmen dadurch verbraucht ist oder nicht.

Wichtig:

Es ist **unzulässig**, auf den Stimmzetteln **eigene Zusatzvermerke**, welchen Inhalts auch immer, anzubringen. Auch dies würde den Stimmzettel ungültig machen. Des Weiteren bitte ich Sie, jeweils den auf den Stimmzetteln angebrachten **Strichcode nicht** (mit Kreuzen oder Zahlen) zu **überschreiben**, weil sonst die Auszählung der Stimmen, die durch Computer vorbereitet wird, erheblich erschwert würde.

Bitte achten Sie darauf, dass Ihr Wahlbrief bis spätestens 24. November 2010, 13.00 Uhr, **beim Landeswahlausschuss bei der KVB in München eingegangen** sein muss. Der Poststempel vom 24. November 2010 genügt nicht! Der Grund hierfür beruht auf der Tatsache, dass unmittelbar nach 13.00 Uhr mit der Auszählung der Stimmzettel begonnen wird (Paragraph 15 Absatz 2 WO). Alle nach 13.00 Uhr beim Landeswahlausschuss eingehenden Stimmzettel müssen als ungültige Stimmen gewertet werden. Bei der letzten Wahl mussten deswegen zirka 2.500 Wählerstimmen für ungültig erklärt werden.

Wahlbrieftransport

Wenn Sie sich entschließen sollten, einen Wahlbrieftransport zu organisieren oder an einem organisierten Wahlbrieftransport teilzunehmen, so achten Sie bitte genauestens auf die damit verbundene Problematik, die ich in meiner letzten Information in der September-Ausgabe der KVB INFOS dargestellt habe. Schnell laufen Sie Gefahr, dass die Wahl für ungültig erklärt werden muss.

Nach erfolgter Auszählung der Stimmen wird das Wahlergebnis von mir durch Rundschreiben der KVB – nicht mehr im Bayerischen Ärzteblatt – bekannt gegeben. Dabei werde ich auch den als Bekanntgabedatum geltenden Stichtag zeitnah festsetzen.

Jeder Wahlberechtigte kann binnen 14 Tagen nach dieser Bekanntgabe des Wahlergebnisses die Wahl wegen Verletzung der Satzung oder Wahlordnung anfechten (Paragraph 19 Absatz 1 WO). Nach Ablauf des Wahlanfechtungsverfahrens werde ich gemäß Paragraph 17 Absatz 2 WO die Mitglieder der KVB über das Wahlergebnis informieren.

*Volker Engelhardt
Richter am OLG a. D.
Landeswahlleiter*

Abrechnungsabgabe Quartal 3/2010

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen für das 3. Quartal 2010 bis spätestens **Montag, 11. Oktober 2010**, 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/Buchstabe „S“* herunterladen.

Bitte überzeugen Sie sich vor Abgabe Ihrer Abrechnung, ob sie vollständig und korrekt ist. Laut Paragraph 3, Absatz 3 der Abrechnungsbestimmungen der KVB sind nachträgliche Ergänzungen ausgeschlossen. Siehe dazu auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“/Abrechnungsbestimmungen der KVB*.

Wir empfehlen dazu die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor Abgabe der Abrechnung vorzunehmen. Bitte beachten Sie weiterhin die persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen. Diese Regelung ist insbesondere zu beachten bei angestellten Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.

Einreichungswege für Ihre Quartalsabrechnung

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

Vergessen Sie bitte 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. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Organisatorisches/Besondere Kostenträger*.

Wenn Sie eine Empfangsbestätigung über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen wünschen, fordern Sie diese bitte 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 – 1 38 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

Notarzteinsätze über emDoc

Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über emDoc dar. Mit emDoc können Sie Ihre dokumentierten Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt.

Anders als bei der sonst erforderlichen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung bestätigen Sie in emDoc auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.

Bitte beachten Sie auch unsere gesonderten Informationen zu emDoc und zur „Abrechnung Notarztdienst“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Notarztdienst/emDoc*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 18 05 / 00 90 71*
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
E-Mail emDoc@kvb.de

Online-Abrechnung

Der Countdown zur Pflichteinführung der Online-Abrechnung ab 1. Januar 2011 läuft. Laut Vorstandsbeschluss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 14. Juli 2009 wird die Online-Abrechnung ab 1. Januar 2011 – beginnend für die Abrechnungsdaten des 1. Quartals 2011 – Pflicht. Nähere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Online-Abrechnung*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 55*
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 56*
E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Zahlungstermine im Jahr 2010

11. Oktober 2010

3. Abschlagszahlung 3/2010

29. Oktober 2010

Restzahlung 2/2010

10. November 2010

1. Abschlagszahlung 4/2010

10. Dezember 2010

2. Abschlagszahlung 4/2010

Abrechnung der Dialyse

Zum Bereich „Dialyse“ finden Sie in der folgenden Aufstellung eine Übersicht über die einschlägigen Kostenpauschalen und Leistungen sowie ihre Abrechnungsbesonderheiten. Bitte beachten Sie diese sorgfältig.

Kostenpauschalen, Kapitel 40 EBM, Abschnitt 40.14.

Definition der Behandlungswoche und Bestimmungen zu den Kostenpauschalen für die Ferien- und Pendlerdialyse sowie für Einzeldialysen am Wohnort

■ Definition Behandlungswoche:

Eine Behandlungswoche ist jede Kalenderwoche, in der die wöchentlichen Dialysen (das heißt mindestens drei Hämodialysetage beziehungsweise IPD-Dialysetage oder mindestens vier von sieben Peritonealdialysetagen als CAPD beziehungsweise CCPD) durchgeführt werden.

■ GOP 40800, 40802, 40804, 40820 – Kostenpauschalen je Behandlungswoche/GOP 40810 (Zuschlag zu 40800, 40802, 40804 bei Infektionsdialyse), 40812 (Zuschlag zu 40800, 40802, 40804 bei intermittierender Peritonealdialyse, kurz IPD):

Die Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- beziehungsweise Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschließlich Sonderverfahren (zum Beispiel Hämofiltration, Hämodiafiltration) sowie gegebenenfalls die Zuschläge nach den GOP 40810 und 40812 können erst nach mindestens drei durchgeführten Hämodialysen beziehungsweise nach mindestens vier von sieben durchgeführten Peritonealdialysen abgerechnet werden.

Liegt die Kalenderwoche, in der mindestens drei Dialysen durchgeführt wurden, zwischen zwei Abrechnungsquartalen, ist für die Abrechnung der Wochenpauschale das Abrechnungsquartal maßgeblich, in der die letzte Dialyse der Woche durchgeführt wurde.

Die Vorverlegung einer Dialyse unter Berücksichtigung sozialer und lebensqualitativer Aspekte kann von einem Montag auf den vorherigen Sonntag erfolgen. Für die Berechnung einer Wochenpauschale in der aktuellen Woche müssen bereits drei Dialysen in der Vorwoche erbracht worden sein.

■ GOP 40801, 40803, 40805, 40806, 40807, 40808, – Kostenpauschale bei Ferien- oder Pendlerdialyse/Einzeldialyse am Wohnort, GOP 40821 – 40822 Kostenpauschale Kinderdialyse ferien- oder berufsbedingter Aufenthalt/bei Einzeldialyse am Wohnort/GOP 40811 (Zuschlag zu 40801, 40803, 40805 – 40808 bei Infektionsdialyse), 40813 (Zuschlag zu 40801, 40803, 40805 – 40808 bei intermittierender Peritonealdialyse, kurz IPD):

Die Kostenpauschalen für die Ferien- oder Pendlerdialyse sowie für Einzeldialysen am Wohnort sind maximal zweimal pro Woche abrechnungsfähig.

GOP 96660 – interkurrente (stationäre) Dialysesachkostenpauschale

Die GOP 96660 kann für die interkurrente stationäre Dialyse – unabhängig vom Dialyseverfahren – bei allen BKK-, IKK- und LKK-Versicherten abgerechnet werden. Für Versicherte bei allen anderen Krankenkassen gilt die Regelung zu den Wochenpauschalen (GOP 40800 ff.).

GOP 13602 – Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten

Die GOP 13602 ist nur von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß Paragraph 135, Absatz 2 SGB V verfügen, einmal im Behandlungsfall (entspricht einer Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis im Quartal) berechnungsfähig.

GOP 13610 – Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Zentrums- beziehungsweise Praxishämodialyse, Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse, oder bei intermittierender Peritonealdialyse (IPD), einschließlich Sonderverfahren (zum Beispiel Hämofiltration, Hämodiafiltration nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß Paragraph 135, Absatz 2 SGB V) und GOP 13611 – Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse (CAPD oder CCPD)

Die GOP 13610 und 13611 können je durchgeführte Dialyse abgerechnet werden.

GOP 13612 – Zuschlag zu den GOP 13610 und 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse

Die GOP 13612 kann je vollendeter Trainingswoche abgerechnet werden. Eine vollendete Trainingswoche umfasst mindestens drei Hämodialysetage oder sieben Peritonealdialysetage.

Bitte halten Sie die zu den GOP 13602, 13610 bis 13612 im EBM aufgeführten **Abrechnungsausschlüsse** ein.

Labor

Solange sich der Kranke in **Dialysebehandlung** befindet, können die Laborleistungen nach den GOP 32038 (Hämoglobin), 32039 (Hämatokrit), 32065 (Harnstoff), 32066 (Kreatinin (Jaffé-Methode)), 32067 (Kreatinin, enzymatisch), 32068 (Alkalische Phosphatase), 32081 (Kalium), 32082 (Calcium), 32083 (Natrium), 32086 (Phosphor anorganisch), 32112 (PTT) weder von dem die Dialyse durchführenden noch von dem Arzt berechnet werden, dem diese Leistungen als Auftrag zugewiesen werden. Für die GOP 13611 gilt dies in gleicher Weise zusätzlich für die GOP 32036 (Leukozytenzählung).

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 der postoperativen Überwachung

Bei der Abrechnung der postoperativen Überwachungskomplexe bitten wir Anästhesisten und Operateure Folgendes zu beachten:

Die postoperativen Überwachungsleistungen der Abschnitte 31.3 und 36.3 EBM sowie die Komplexgebühr 97405 nach dem Strukturvertrag Katarakt können nur von **einem Arzt** abgerechnet werden – auch wenn mehrere Ärzte an der Leistungserbringung mitgewirkt haben. Der EBM gibt in den Präambeln 31.3.1 Nr.1 und 36.3.1 Nr.1 ausdrücklich vor, dass die an der Leistungserbringung beteiligten Ärzte eine Vereinbarung treffen müssen, nach der **nur ein Arzt die postoperative Überwachung abrechnet**. Dasselbe gilt für die Komplexgebühr 97405 nach dem Strukturvertrag Katarakt. Sie bestätigen durch Ihre Unterschrift auf der Abrechnungserklärung (Sammelerklärung), dass Sie eine solche **Vereinbarung mit den beteiligten Ärzten** abgeschlossen haben.

Die Vereinbarung muss nicht für jeden Patienten und jedes Quartal einzeln, sondern kann auch pauschal getroffen werden, beispielsweise für alle Operationen an einem bestimmten Operationsort. Zu Ihrer eigenen Absicherung und besseren Nachweisbarkeit empfehlen wir dringend, die betreffenden Vereinbarungen **schriftlich** abzuschließen. Wir weisen darauf hin, dass es zu Honorarrückforderungen kommt, wenn die Überwachungsleistung im Zusammenhang mit derselben Operation bei demselben Patienten, zum Beispiel sowohl vom Operateur als auch vom Anästhesisten, abgerechnet wird.

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

Knappschaft fördert Geriatrischen Praxisverbund

Ab dem 1. Oktober 2010 erhalten die an einem Geriatrischen Praxisverbund (GPV) teilnehmenden Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten eine zusätzliche Behandlungspauschale in Höhe von 25,00 Euro beziehungsweise 17,50 Euro für jeden eigenen bei der Knappschaft versicherten Pflegeheimpatienten. Die Behandlungspauschale ist eine freie Leistung außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung und unterliegt nicht der RLV+QZV-Obergrenze. Sie ist maximal einmal pro Patient im Quartal durch den Ansatz der GOP 97960 beziehungsweise 97960A für die von der KVB anerkannten Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten abrechenbar.

Bei den Geriatrischen Praxisverbänden, die bereits 2006 von der KVB initiiert wurden, übernehmen mehrere niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten gemeinsam einen heimbazogenen Versorgungsauftrag, der sich auf mehrere Heime in der Region erstrecken kann. Durch

regelmäßige Visitedienste mit festen Besuchszeiten, geregelte Rufbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten sowie durch gegenseitige Vertretung stellen die teilnehmenden Ärzte sicher, dass die Pflegeheimbewohner rund um die Uhr optimal versorgt werden. Zudem verpflichten sich die teilnehmenden Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten zu speziellen geriatrischen Fortbildungen.

Neben der Knappschaft beteiligen sich die AOK Bayern, die BKK, die LKK und die BARMER GEK am Projekt GPV.

Weitere Informationen zum Geriatrischen Praxisverbund erhalten Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Neue Versorgungsformen/Pflegeheimversorgung*.

Weitere Fragen zum GPV beantwortet Ihnen unsere Expertin Kornelia Wiltsch
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 45 10

Hausärztliche Behandlungs- und Betreuungspauschale für erhöhten Aufwand in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Grund dieser Vereinbarung	Vergütung 25,- Euro	GOP 97960
Fachärztliche und psychotherapeutische Behandlungspauschale für erhöhten Aufwand in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Grund dieser Vereinbarung	Vergütung 17,50 Euro	GOP 97960A

Aktuelles aus dem Verordnungsbereich

Genehmigungsvermerke auf Muster 16 sind nicht zielführend

Beispiel:
Stempel oder Eindruck auf einer Arzneimittelverordnung
„Genehmigung durch die Krankenkasse erforderlich“

Dieser Vermerk ist für die Apotheke bei der Abgabe von Arzneimitteln nicht relevant. Der Versicherte hat ein gültiges Kassenrezept und die Apotheke kann beziehungsweise muss dieses Rezept ohne Weiteres beliefern.

Veröffentlichungen aus dem Verordnungsbereich

Auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* informieren wir regelmäßig über unsere aktuellen Veröffentlichungen, wie zum Beispiel:

- **Verordnung aktuell:**
Nach unserer Information prüfen die Krankenkassen gezielt nach längerfristiger Verordnung von Hypnotika/Hypnogenen, Sedativa und Tranquillantien und führen diese Verordnungen Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu. Bitte informieren Sie sich rechtzeitig über die bestehenden Anwendungsbeschränkungen in der jeweiligen Fachinformation!
- **Arzneimittel im Blickpunkt 32/2010:**
Durch Zulassung der Europäischen Arzneimittelbehörde steht mit Roflumilast (Handelsname Daxas®) ein neuer Wirkstoff zur Erhaltungstherapie bei schwerer COPD zur Verfügung.

Die aktuelle Ausgabe enthält Informationen zu Wirkmechanismus, Indikation, Neben- und Wechsel-

wirkungen sowie zur aktuellen Studienlage.

Fortbildung zur Arzneimitteltherapie

Mit „eTIKS“, dem elektronischen Training zur Interpretation klinischer Studien, bietet die KVB ihren Mitgliedern eine Hilfe bei der objektiven, evidenzbasierten Interpretation des umfangreichen Informations- und Studienangebots zu Arzneimitteln. Während eTIKS allen Nutzern des Mitgliederportals „Meine KVB“ jederzeit zur Verfügung steht, ist die Nutzung über den geschützten Mitgliederbereich unter www.kvb.de Rubrik *Praxis/Fortbildung* nur für einen beschränkten Zeitraum möglich.

Zusätzlich gibt es im AIS-Fortbildungsportal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unabhängige, zertifizierte Internet-Fortbildungen zu Arzneimittelthemen (Registrierung unter <http://ais.kbv.de>), zum Beispiel zu Fondaparinux (Arixtra®).

Für erfolgreich absolvierte Fortbildungen erhalten die Teilnehmer zwei Punkte auf Ihr Fortbildungskonto gutgeschrieben.

KVB-Beratungsangebot Verordnungen

Die KVB bietet individuelle Beratungsgespräche, pharmaanabhängige Vorträge und Workshops an, unter anderem zu den Themen Arzneimittel, Heilmittel, Richtlinien und Wirtschaftlichkeitsziele, Ausnahmelisten, Off-Label-Use, Sprechstundenbedarf, Hilfsmittel-Richtlinien, Verordnungsausschlüsse.

Auf unserer Internetseite finden Sie auch eine so genannte „Linkbox“ zu folgenden Publikationen:

- *Therapieempfehlungen*
- *Rote-Hand-Briefe*
- *Neue Arzneimittel*
- *Drug safety Mail*
- *Wirkstoff aktuell*

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 Qualitätsmaßnahme: „Risikoprävention bei Kinderwunsch“

Zum 1. Oktober 2010 hat die KVB zusammen mit der AOK Bayern die neue Qualitätsmaßnahme „Risikoprävention bei Kinderwunsch“ gestartet. An dieser Maßnahme können alle in Bayern niedergelassenen Gynäkologen teilnehmen und hierfür eine Zusatzvergütung in Höhe von zehn Euro pro durchgeführter Beratung erhalten.

Hintergrund

Bei Frauen mit Kinderwunsch könnten schon vor Eintritt einer Schwangerschaft viele der möglichen Risikofaktoren bedingt durch beispielsweise Übergewicht, Rauchen, Diabetes etc. reduziert und damit mögliche Gefahren für Mutter und Kind vermieden werden. Voraussetzung ist jedoch, dass sich die Betroffenen ihrer eventuell vorhandenen Risikofaktoren bewusst sind. Hier setzt die Maßnahme „Risikoprävention bei Kinderwunsch“ an. Durch eine gezielte Beratung sollen diese Patientinnen für eventuelle Risiken während einer eintretenden Schwangerschaft sensibilisiert werden. Anhand konkreter ärztlicher Empfehlungen sollen sie lernen, wie sie ihre individuellen Risiken schon vor Beginn einer Schwangerschaft deutlich reduzieren können.

Ablauf der Maßnahme

Alle Frauen mit den bekannten Risikofaktoren, die bis zum Alter von 40 Jahren bei ihrem Gynäkologen zum Thema Kinderwunsch vorstellig werden, sollen von ihm leitfadengestützt beraten und individuell darüber aufgeklärt werden, wie sie ihre persönlichen Risiken reduzieren können. Die Patientinnen sollen hierbei besonders auf eine gesunde Lebensweise (zum Beispiel auf eine ausgewogene Ernährung und Bewegung) hingewiesen und dazu animiert werden, auf gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (wie

beispielsweise Rauchen oder Alkoholkonsum) bereits vor Eintritt einer Schwangerschaft zu verzichten.

Auch der Impfstatus der Patientin soll überprüft werden. Um eine fundierte Impfberatung sicherzustellen, müssen alle teilnehmenden Gynäkologen regelmäßig nachweisen, dass sie innerhalb der letzten fünf Jahre an mindestens einer Fortbildung zum Thema Impfen teilgenommen haben.

Ab 1. Januar 2011 wird jede Beratung elektronisch dokumentiert. Dadurch wird der Arzt daran erinnert, alle für die Beratung relevanten Kriterien zu beachten. Zudem ermöglicht die elektronische Dokumentation eine Auswertung der Beratungsgespräche für Zwecke der Versorgungsforschung.

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

Balneophototherapie

Zum 1. Oktober 2010 tritt die neue bundesweite Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Balneophototherapie in Kraft (Paragraph 135, Absatz 2 Sozialgesetzbuch V), vergleiche auch www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Balneophototherapie*. Die QSV regelt die Voraussetzungen zur Erteilung der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Balneophototherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mittels Bade-PUVA-Therapie, synchroner oder asynchroner Photo-Sole-Therapie. Zur Abrechnung dieser Leistungen wurde zum 1. Oktober 2010 die neue Gebührenordnungsposition 10350 EBM geschaffen.

Indikation

Die Balneophototherapie darf nach Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ausschließlich bei der Indikation „mittelschwere bis schwere Psoriasis vulgaris“ erbracht werden (vergleiche Anlage I Ziffer 15 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, abzurufen unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationsarchiv/Richtlinien/Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung). Von einem mittelschweren bis schweren Verlauf wird in der Regel bei einem PASI-Score größer 10 ausgegan-

gen. Für Patienten mit primär palmo-planterer Ausprägung gilt dieser Grenzwert bei der Bade-PUVA-Behandlung nicht.

Genehmigungsvoraussetzungen, Übergangsregelungen

Dermatologen, die bereits vor dem 1. Oktober 2010 Leistungen der Balneophototherapie erbracht haben (zum Beispiel im Rahmen von Modellvorhaben), können die Genehmigung im Rahmen einer Übergangsregelung vereinfacht beantragen (vergleiche Paragraph 11 QSV). Die Antragsformulare und Gewährleistungserklärungen sind unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Buchstabe „B“/Balneophototherapie* eingestellt.

Die Durchführung und Abrechnung ist erst **ab Erteilung des Genehmigungsbescheids** möglich. Die Genehmigung kann nicht rückwirkend, zum Beispiel ab Antragstellung oder ab 1. Oktober 2010, erteilt werden. Daher sollten Sie Ihren Antrag so frühzeitig wie möglich stellen und alle notwendigen Nachweise vollständig beifügen.

In der Tabelle sind die wesentlichen Genehmigungsvoraussetzungen – für Anträge nach der Übergangsregelung und Neuanträge – dargestellt.

Stichprobenprüfungen der Wartungen und der Dokumentation

Paragraph 7 QSV regelt Mindestanforderungen an den Inhalt der ärztlichen Dokumentation. Diese schließt unter anderem die Berechnung des so genannten PASI-Scores ein, anhand dessen der Schweregrad der Erkrankung beschrieben werden kann, sowie die kumulativ applizierte UV-Dosis. Die ärztlichen Dokumentationen sind der KV auf Verlangen zur Überprüfung der Vollständigkeit und der Nachvollziehbarkeit vorzulegen.

Als Auflage zur Aufrechterhaltung der Genehmigung besteht die Verpflichtung, die Bestrahlungsgeräte regelmäßig warten sowie die Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel regelmäßig überprüfen zu lassen (vergleiche Paragraphen 8 und 6, Absatz 2 und 3 QSV). Die KV führt jährlich bei mindestens 20 Prozent der abrechnenden Ärzte Stichprobenkontrollen über die durchgeführten Wartungen durch. Erfüllt der Arzt die Auflagen nicht, kann die Genehmigung widerrufen 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

Voraussetzung	Antrag nach Übergangsregelung, bis 31. März 2011 zu stellen, § 11 QSV	Neuantrag
Fachlich § 3 QSV	<ul style="list-style-type: none"> ■ Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten ■ Leistungen der Balneophototherapie bereits vor dem 1. Oktober 2010 regelmäßig erbracht (zum Beispiel im Rahmen von Modellvorhaben) ■ 20 abgeschlossene Behandlungszyklen bei Patienten mit Psoriasis innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragstellung – Nachweis durch Dokumentationen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten ■ Erfahrungen in der Durchführung der Balneophototherapie durch den Nachweis von mindestens 20 abgeschlossenen Behandlungszyklen, davon mindestens fünf zur Photosoletherapie und mindestens fünf zur Bade-PUVA-Therapie ■ Kenntnisse über die Behandlung von akuten Nebenwirkungen der Therapie <p>Nachweis durch Zeugnisse/Bescheinigungen</p>

Voraussetzung	Antrag nach Übergangsregelung, bis 31. März 2011 zu stellen, § 11 QSV	Neuantrag
Apparativ § 4 QSV	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gerät(e), die zur Ganzkörper-Rundumbestrahlung geeignet sind ■ Die apparativen Voraussetzungen nach § 4 der QSV sind spätestens innerhalb von zwei Jahren nach Antragstellung durch eine Gewährleistungserklärung des Herstellers vollständig nachzuweisen. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eingabemöglichkeit der UV-Bestrahlungsdosis oder der -zeit am Bestrahlungsgerät ■ Festlegung der Höchstbestrahlungsdosis für jede im Bestrahlungsgerät verwendete Strahlenart ■ Überwachung der Leuchtmittel durch vierteljährliche Messung mittels Handmessgerät („Dosimetrie“), wenn im Bestrahlungsgerät keine automatische UV-Messung vorhanden ist ■ Automaten zum Abschalten aller Lampen am Ende der Bestrahlung oder bei Öffnen der Tür ■ Haltevorrichtung für den Patienten, Möglichkeit der Türöffnung von innen ■ Möglichkeit zur Überwachung des Patienten während der Bestrahlung durch das Praxispersonal <p style="margin-top: 10px;">Nachweis durch Gewährleistungserklärung des Herstellers</p>
Räumlich § 5 QSV	<ul style="list-style-type: none"> ■ Räume für Bad und Bestrahlung befinden sich in unmittelbarer Nähe ■ freie Zugänglichkeit der Wanne von mindestens zwei Seiten innerhalb von vier Jahren nach Antragstellung ■ Patientendusche in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen und ausreichende Lüftungsmöglichkeit der Behandlungsräume innerhalb von zwei Jahren nach Antragstellung ■ Umkleidemöglichkeit pro Badewanne in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen, innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung ■ Anordnung der Räume und Geräte gewährleistet den Schutz der Privatsphäre des Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Räume für Bad und Bestrahlung befinden sich in unmittelbarer Nähe ■ freie Zugänglichkeit der Wanne von mindestens zwei Seiten ■ Patientendusche in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen und ausreichende Lüftungsmöglichkeit der Behandlungsräume ■ Umkleidemöglichkeit pro Badewanne in oder in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungsräumen ■ Anordnung der Räume und Geräte gewährleistet den Schutz der Privatsphäre des Patienten
Organisatorisch § 6 QSV	<ul style="list-style-type: none"> ■ regelmäßige technische Wartung des Bestrahlungsgeräts entsprechend den Vorgaben des Herstellers, spätestens jedoch nach zwei Jahren <p style="margin-left: 20px;">Nachweis durch Vorlage des Wartungsbelegs, nicht älter als 24 Monate bei Antragstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Leuchtmittelwartung bei allen Geräten mit oder ohne integrierte UV-Messung: Überprüfung der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel durch ein gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung qualifiziertes Wartungsunternehmen nach 200 Betriebsstunden beziehungsweise nach einem Jahr (ausschlaggebend ist das jeweils zuerst erreichte Kriterium). Im Rahmen dieser Wartung sind die UV-Messgeräte (integrierte UV-Messgeräte oder Hand-Dosimeter) der Arztpraxis zu kalibrieren <p style="margin-left: 20px;">Nachweis durch Vorlage des Wartungsbelegs, nicht älter als zwölf Monate bei Antragstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ zusätzlich bei Bestrahlungsgeräten ohne integrierte UV-Messgeräte: vierteljährliche Überprüfung der Bestrahlungsintensität der Leuchtmittel mittels eines auf das Emissionsspektrum abgeglichenen UV-Messgerätes ■ Einweisung des Personals, das für die Bedienung des Bestrahlungsgerätes zuständig ist, in die Gerätebedienung durch den Gerätehersteller oder ein von diesem beauftragtes Unternehmen oder durch den Dermatologen (oder durch eine vom Dermatologen entsprechend beauftragte und geschulte Person) ■ Augenschutz für Patienten durch geeignete Brillen (vollständige Absorption von UVB und UVA bis 400 nm während der Bestrahlung) 	

Stichprobenprüfung in der konventionellen Radiologie

Die KVB führt im Bereich der konventionellen Radiologie regelmäßig Stichprobenprüfungen durch (vergleiche Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses nach Paragraph 91, Absatz 5 des Fünften Sozialgesetzbuch – „Qualitätsprüfungs-Richtlinie/QP-RiL“).

Die Kommission „Qualitätssicherung Radiologie“, die mit sehr erfahrenen und qualifizierten Ärzten besetzt ist, wird die von Ihnen vorgelegten Dokumentationen auf ihre Qualität überprüfen und beurteilen. Über das Ergebnis informieren wir Sie in einem rechtsmittelfähigen Bescheid. Die darin enthaltenen Anmerkungen und Hinweise sollen Ihnen helfen, etwaig festgestellte Mängel zu beheben.

Uns ist bewusst, dass die Maßnahmen der Qualitätssicherung für Sie und Ihre Praxismitarbeiter mit Aufwand verbunden sind. Diese Maßnahmen sind jedoch ein wichtiges Instrument zur Sicherung und Förderung einer optimalen Bild- und Befundqualität mit einer minimalen Strahlenexposition. Bitte betrachten Sie die Anforderungen im Rahmen der Stichprobenprüfung daher als Chance, bestmögliche Ergebnisse bei Ihrer Röntgentätigkeit zu erzielen. Bitte helfen Sie uns dabei, indem Sie uns die benötigten Daten vollständig und zeitnah nach unserer Aufforderung übermitteln. Sollten Sie auf Grund von Urlaub oder Krankheit den Abgabetermin nicht einhalten können, werden Ihnen unsere Mitarbeiter gerne mit einer Fristverlängerung entgegenkommen. Natürlich wissen wir, dass Ihnen manche Röntgenaufnahmen nicht vorliegen. Ein Anruf genügt und wir benennen Ihnen direkt am Telefon einen Ersatzpatienten.

Die Stichprobenprüfung erfolgt auf der Grundlage der Dokumentationen, die die KVB von dem einzelnen Arzt anfordert und bezieht insbesondere fol-

gende Aspekte ein (Paragraph 5, Absatz 1 Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung):

1. schriftliche Dokumentation (inklusive Indikationsstellung und Befund, gegebenenfalls Beratung und Aufklärung des Patienten)
2. bildliche Dokumentation (Röntgenbilder analog oder digital)

Dazu werden wir von sechs gesetzlich versicherten Patienten Patientenaufnahmen (= bildliche Dokumentation) aus Ihrem Leistungsbereich, bei denen Sie Patientenaufnahmen angefertigt und befundet haben, sowie die dazugehörigen Aufzeichnungen zu den erforderlichen Expositionsdaten, zur rechtfertigenden Indikation, sowie zur Schlüssigkeit der Befundung pro Patient (schriftliche Dokumentation) anfordern.

Zu einer vollständigen Dokumentation gehört zwingend die rechtfertigende Indikation, der radiologische Befund und die Aufzeichnung der Expositionsdaten. Sollten bei einem Patienten die Expositionsdaten nicht innerhalb der Referenzwerte liegen oder Röntgenbilder nicht ideal aufgenommen worden sein, bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse um eine schlüssige Begründung (zum Beispiel starkes Übergewicht, eingeschränkte Bewegungsfähigkeit), die Sie bitte bereits mit den angeforderten Dokumentationen einreichen.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir unvollständige Unterlagen der Kommission in der von Ihnen eingereichten Form vorlegen werden und dies unter Umständen zu einer schlechten Bewertung führen kann.

Im Folgenden noch einige Erläuterungen zur Stichprobenprüfung:

Die Qualitätssicherungs-Kommission

nimmt für die gesamte Dokumentation jedes Patienten der Stichprobe eine Einzelbewertung anhand folgender Beurteilungskategorien vor:

Stufe 1
= keine Beanstandungen

Stufe 2
= geringe Beanstandungen

Stufe 3
= erhebliche Beanstandungen

Stufe 4
= schwerwiegende Beanstandungen

Auf der Grundlage der Einzelbewertungen wird eine Gesamtbewertung gebildet. Die Gesamtbewertung orientiert sich an der schlechtesten Beurteilung und erfolgt gestaffelt:

Gesamtbewertung Stufe 1:
Einzelbewertung: 6 x Stufe 1

Gesamtbewertung Stufe 2:
Einzelbewertung: mindestens 1 x Stufe 2

Gesamtbewertung Stufe 3:
Einzelbewertung: höchstens 1 x Stufe 3

Gesamtbewertung Stufe 4:
Einzelbewertung: mindestens 2 x Stufe 3 oder 1 x Stufe 4

Die Gesamtbeurteilung mit der Stufe 1 oder 2 hat zur Folge, dass die nächste Stichprobenprüfung nach einem Zeitraum von drei Jahren durchgeführt wird. Eine entsprechende Anforderung von Dokumentationen werden wir Ihnen zu gegebener Zeit zuschicken.

Bei einer Gesamtbeurteilung der Stufe 3 erhalten Sie die Möglichkeit, festgestellte Mängel zu beheben. Sie

werden daher nach einem Zeitraum von sechs Monaten erneut geprüft (= Zusatzanforderung). Dabei fordern wir die bildlichen und schriftlichen Dokumentationen von zehn gesetzlich versicherten Patienten an.

Sollten Sie bei der Gesamtbeurteilung der Regelanforderung die Stufe 4 beziehungsweise bei der Zusatzanforderung die Stufe 3 oder 4 erhalten haben, hat dies zur Folge, dass Sie unverzüglich zu einem Kolloquium nach Paragraph 7 QP-RiL geladen werden (Paragraph 6, Absatz 3 Satz 2 Nummer 4 Buchstabe c beziehungsweise Nummer 3 Buchstabe c QP-RiL). Die Einladung erhalten Sie schriftlich mindestens vier Wochen vor dem Termin. Das Kolloquium wird die Ärztliche Kommission Qualitätssicherung Radiologie durchführen.

Falls Sie das Kolloquium nicht bestehen sollten, haben Sie die Möglichkeit, das Kolloquium einmal zu wiederholen. Erst wenn das Wiederholungskolloquium nicht bestanden wird, ist die Genehmigung zu widerrufen. Die erneute Erteilung der Genehmigung kann dann frühestens nach sechs Monaten erfolgen und wird wiederum von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig gemacht.

Die mit Stufe 3 oder 4 bewerteten Leistungen, die nicht der geforderten Qualität entsprechen, sind nicht abrechnungsfähig und somit von der Vergütung ausgeschlossen. Über die durchzuführende sachlich-rechnerische Richtigstellung werden Sie einen gesonderten, rechtsmittelfähigen Bescheid erhalten, soweit sich durch die Absetzung der negativ beurteilten Leistungen finanzielle Auswirkungen ergeben. Bitte beachten Sie hierbei, dass die sachlich-rechnerische Richtigstellung dem Grunde nach nicht mehr erfolgreich angefochten werden kann, wenn

dieser Bescheid bestandskräftig geworden ist.

Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt eine stetige Verbesserung der Qualität in der radiologischen Versorgung. So wurden beispielsweise im Jahr 2009 bei zirka 94 Prozent aller geprüften Ärzte keine beziehungsweise nur geringe Mängel festgestellt. Diese resultieren aus den strengen Maßstäben der zum 23. November 2007 geänderten Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik – beispielsweise zur Einstelltechnik. So wurde häufig die nicht objektangepasste Einblendung beanstandet, denn nur durch exakte Einblendungen – zum Beispiel im Bereich der Wirbelsäule – kann eine effektive Reduktion der Strahlenbelastung beim Patienten erreicht werden. Durch regelmäßige Schulungen Ihres medizinischen Fachpersonals lassen sich hier Fehler vermeiden. Bitte denken Sie daran, dass auch die Fachkunde im Strahlenschutz Ihres Personals nach Röntgenverordnung alle fünf Jahre aktualisiert werden muss.

Ihre Ansprechpartnerinnen für
konventionelle Röntgendiagnostik:
Angelika Glaser
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 44
Silvia Meyer
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 13
Agnes Betz
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 17
Andrea Kopeczek
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 46

Interventionelle Radiologie

Bei der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie (QS-V IntRad) wird zum 1. Oktober 2010 die Frequenzregelung für den Genehmigungsbereich „diagnostische Katheterangiographien und therapeutische Eingriffe“ aktualisiert. Die Partner der Bundesmantelverträge haben dabei das Spektrum der nachzuweisenden Leistungen erweitert. Die vorgeschriebenen Mindestmengen bleiben unverändert. Der Grund für die Änderung ist, dass immer weniger isolierte diagnostische Katheterangiographien erbracht werden und die Frequenzanforderungen deshalb teilweise nicht mehr erfüllt werden können.

Hintergrund

Die bisherige Frequenzregelung führt nach Hinweisen einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen mittel- bis kurzfristig zu Sicherstellungsproblemen, da die Zahl der isolierten kathetergestützten diagnostischen radiologischen Leistungen zugunsten der MR-Angiographie stark zurückgegangen ist. Deshalb können bei gleichbleibendem Volumen therapeutischer Katheterangiographien die Frequenzanforderungen hinsichtlich der diagnostischen Katheterangiographien zunehmend nicht erreicht werden. Damit droht Vertragsärzten der Verlust der Genehmigung, was in diesem Fall zur Folge hätte, dass sie keine therapeutischen Katheterangiographien mehr durchführen und abrechnen könnten.

Neue Regelung umfasst weitere Leistungen

Die neue Regelung gemäß Paragraph 7, Absatz 2 QS-V IntRad sieht vor, dass der Vertragsarzt 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische

Eingriffe, davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe, innerhalb von zwölf Monaten nachweisen muss, um die Genehmigung für die Durchführung der Leistung aufrechtzuerhalten. Bisher waren es 100 diagnostische Katheterangiographien, davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe.

Den vollständigen Text der Vereinbarung finden Sie unter www.kbv.de in der Rubrik Rechtsquellen/Qualitätssicherung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Bettina Haberäcker unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 16
E-Mail Bettina.Haberaecker@kvb.de

Landesprüfungsamt bescheinigt korrekte RLV-Festlegung

Das Bayerische Landesprüfungsamt für Sozialversicherung hat Ende August seinen Bericht zur Prüfung der Festsetzung der Regelleistungsvolumen (RLV) vorgelegt. Demnach sind die Entscheidungen, die in diesem Zusammenhang vom Vorstand und der Vorstandskommission RLV getroffen worden sind, „rechtskonform und nicht zu beanstanden“.

Veranlasst hatte diese aktuelle Prüfung der KVB-Vorstand selbst. Er hatte das Landesprüfungsamt Mitte letzten Jahres darum gebeten, die Festsetzung der RLV zu untersuchen. Besonders unter die Lupe genommen werden sollten die Entscheidungsvorschläge der Vorstandskommission RLV, die auf Antrag von Vertragsärzten deren RLV neu festgesetzt hatten. Die Prüfer beschäftigten sich aber auch mit dem organisatorischen Ablauf der Antragsbearbeitung.

Insgesamt arbeiteten die Mitarbeiter des Landesprüfungsamts einen Monat lang – von 1. März bis 1. April 2010 – in den Räumen der KVB. Sie analysierten in dieser Zeit den Honorarvertrag 2009 und die Konvergenzvereinbarung für das erste Quartal 2009 zwischen KVB und Krankenkassen sowie die Durchführungsrichtlinien des Vorstands und Ergebnisprotokolle von Sitzungen der Vorstandskommission RLV. Auch einzelne beispielhafte Akten wurden gesichtet, um beurteilen zu können, ob die Anträge der Mitglieder von den KVB-Mitarbeitern schnell und korrekt bearbeitet wurden. Die Revisionsabteilung stellte ihre Prüfungsberichte ebenfalls zur Verfügung. Der Vorstand hatte die Revision bereits seit März 2009 mit verschiedenen Prüfungen rund um das Thema RLV beauftragt.

In ihrer „Gutachtlichen Bewertung zur Festsetzung der Regelleistungsvolumina durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns im Jahr 2009“ stellt das Landesprüfungsamt schließlich unter anderem fest: Die Regelungen des KVB-Vorstands zur antragsbedingten Anpassung der RLV waren zulässig und zweckmäßig und bewegten sich im Rahmen der bundesweiten Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschusses. Dieser hatte im Auftrag des Gesetzgebers die Rahmenbedingungen für die Berechnung und Anpassung der RLV festgelegt.

Ein weiteres wichtiges Prüfungsergebnis: Die Prüfer fanden keine Anhaltspunkte dafür, so der Bericht, „dass die KVB gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung der Vertragsärzte verstößt hat“.

Der Vorstand der KVB zeigte sich mit dem Ergebnis der Prüfung zufrieden: „Der Bericht beweist, dass bei der Anpassung der RLV auf Antrag unserer Mitglieder alles mit rechten Dingen zugegangen ist“, so Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender der KVB. „Er bestätigt, dass die entstandenen Verwerfungen allein durch die Bundesebene verursacht worden sind und es der KVB durch die zentralistischen Vorgaben unmöglich gemacht worden ist, für eine gerechte Honorarverteilung zu sorgen.“ Nicht nur für die bayerischen Ärzte und Psychotherapeuten, sondern auch für die Mitarbeiter der KVB sei das ein wichtiges Signal. „Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Flut an Anträgen mit großem Engagement bewältigt haben, können sich damit in ihrer Arbeit bestätigt sehen.“

Broschüre für psychotherapeutische Leistungserbringer

Seit 1. August 2010 steht unsere Broschüre „Wegweiser zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen“ aktualisiert im Internet.

Nachfolgend ein kurzer Überblick über die wesentlichen Änderungen beziehungsweise der neu aufgenommenen Themen:

- Fortbildungsverpflichtung
- Praxisabgabe
- KVB-Statistiken
- Online-Abrechnung
- Mitgliederportal
- Neue Honorarsystematik ab 1. Juli 2010 – zeitbezogene Kapazitätsgrenzen/RLV/QZV

Darüber hinaus finden Sie in diesem Nachschlagewerk umfangreiche Antworten auf Fragen zur Abrechnung sowie weitere relevante Informationen, wie etwa zu unserer Koordinationsstelle Psychotherapie, zur Bedarfsplanung und Kassenzulassung. Sie finden den Wegweiser im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Leistungen/Psychotherapeutische Leistungen*.

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 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 Nottfälle
- 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, 30. Oktober 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 4. Dezember 2010

KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II

- Pädiatrische Akut- und Nottfälle, 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, 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, 10. November 2010

KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Die Fortbildungen sind in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt. **Eine schriftliche Anmeldung ist erforderlich.** Weitere Informationen 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 Seminaren zu den Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern 09 11/ 9 46 67 – 3 22 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 23 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 36

Anmeldeformulare und weitere

Seminare finden Sie in unserer Seminarbroschüre und im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Seminare*.

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, maximal 42 Cent pro Minute aus Mobilfunknetzen

** in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer (die Anzahl der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte der Seminarbroschüre)

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Aktive Praxissteuerung:
Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Fortbildung Impfen**

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner
und Strahlentherapeuten

Erfolgreich durch Service in der Arztpraxis

Gründer-/Abgeberforum**

Kooperationen in der ärztlichen Praxis**

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt
und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner
und Strahlentherapeuten

Alles „rund ums Recht“ –
rechtliche Grundlagen im Arbeitsrecht und bei Kooperationen

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Psychotherapeuten

Konflikte im Beruf: Erkennen, lösen, vorbeugen

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

QM-/QZ-Seminare

Grundschulung für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz

Regionales Moderatorentreffen

Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz

QEP-Einführungseminar für Haus- und Fachärzte

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	85,- Euro	20. Oktober 2010	15.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	22. Oktober 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber/-gründer	kostenfrei	23. Oktober 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Oktober 2010	10.00 bis 14.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	27. Oktober 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	27. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	29. Oktober 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. November 2010	16.00 bis 18.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	95,- Euro	23. Oktober 2010	10.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	45,- Euro	27. Oktober 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	10. November 2010	16.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	45,- Euro	23. November 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	26. November 2010 27. November 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg

