

KVBINFOS 12|10

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 178 Abrechnungsabgabe
Quartal 4/2010
- 179 Die nächsten Zahlungstermine
- 179 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen
Quartal 1/2011
- 179 Aufnahme GOP 32670
in Kapitel 32
- 180 Neue humangenetische
Gebührenordnungspositionen
im EBM ab 1. Januar 2011
- 181 Abrechnung des Zuschlags
GOP 33092
- 181 Praxisgebühr und Ausnahme-
kennziffern
- 181 Neue Diabetesvereinbarungen
zum 1. Januar 2011
- 184 Fortbildung im DMP Koronare
Herzkrankheit (KHK)
- 185 Überweisungsvordrucke
korrekt ausfüllen
- 186 Aufbewahrung Überweisungs-
scheine Bundeswehr

VERORDNUNGEN

- 186 Aktuelles aus dem
Verordnungsbereich
- 187 Arzneimittelvereinbarung 2011

QUALITÄT

- 188 Stichprobenprüfung bei
konventioneller Radiologie

SEMINARE

- 189 Fortbildung „Akutsituationen im
Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 190 Die nächsten Seminartermine
der KVB

Abrechnungsabgabe Quartal 4/2010

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen für das 4. Quartal 2010 bis spätestens **Montag, 10. Januar 2011**, 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. Das Formular 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/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/Abrechnung*.

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

Die nächsten Zahlungstermine

10. Dezember 2010
Abschlagszahlung November 2010

10. Januar 2011
Abschlagszahlung Dezember 2010

31. Januar 2011
Restzahlung 3/2010

10. Februar 2011
Abschlagszahlung Januar 2011

10. März 2011
Abschlagszahlung Februar 2011

11. April 2011
Abschlagszahlung März 2011

29. April 2011
Restzahlung 4/2010

10. Mai 2011
Abschlagszahlung April 2011

10. Juni 2011
Abschlagszahlung Mai 2011

11. Juli 2011
Abschlagszahlung Juni 2011

29. Juli 2011
Restzahlung 1/2011

10. August 2011
Abschlagszahlung Juli 2011

12. September 2011
Abschlagszahlung August 2011

10. Oktober 2011
Abschlagszahlung September 2011

31. Oktober 2011
Restzahlung 2/2011

10. November 2011
Abschlagszahlung Oktober 2011

12. Dezember 2011
Abschlagszahlung November 2011

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 1/2011

Nach der geltenden Fassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses gelten für die psychotherapeutischen Fachgruppen weiterhin die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 1/2011 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	32.040
Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	31.150
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.690
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	32.180

Die Kapazitätsgrenzen werden auf Grundlage des entsprechenden Vorjahresquartals berechnet und sind je Quartal leicht unterschiedlich.

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

Aufnahme GOP 32670 in Kapitel 32

Die Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen beziehungsweise die Partner des Bundesmantelvertrags haben auf dem Weg der schriftlichen Beschlussfassung die Aufnahme der Gebührenordnungsposition 32670 für die quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo Stimulation mit Antigenen (mindestens ESAT-6 und CFP-10) spezifisch für Mycobacterium tuberculosis-complex (außer BCG) bei Patienten mit bestimmten Indikationen in die E-GO beziehungsweise in den BMV-Ä beschlossen. Der Beschluss steht unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner. Er ist zusammen mit der Leistungslegende und den Abrechnungsregelungen im Deutschen Ärzteblatt, Heft 42 vom 22. Oktober 2010, veröffentlicht.

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 humangenetische Gebührenordnungspositionen im EBM ab 1. Januar 2011

Der Bewertungsausschuss hat am 24. September 2010 mit Wirkung zum 1. Januar 2011 die Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen (GOPen) in Kapitel 11 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschlossen. Die Beschlüsse stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Nachfolgend sind die wichtigsten Neuerungen zusammengefasst. Die Beschlüsse mit den einzelnen GOPen und Abrechnungsregelungen im Detail sind im Deutschen Ärzteblatt, Heft 43 vom 29. Oktober 2010, sowie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) veröffentlicht.

Neuer Abschnitt 11.4 für Leistungen der indikationsbezogenen molekulargenetischen Stufendiagnostik

Mit Wirkung zum 1. Januar 2011 wurde die Aufnahme eines neuen Abschnitts 11.4 in den EBM vereinbart. Bei den neuen GOPen handelt es sich nicht um neue Leistungen, sondern um eine Überführung von Leistungen der GOPen 11320 bis 11322 in eigene indikationsbezogene Positionen. Die GOPen 11320 bis 11322 sind ab 1. Januar 2011 für molekulargenetische Untersuchungen im Zusammenhang mit den in den GOPen des neuen Abschnittes 11.4 berücksichtigten Indikationen nicht mehr berechnungsfähig.

Der neue Abschnitt gliedert sich in zwei Unterabschnitte:

- **Unterabschnitt 11.4.1:** Untersuchungen auf in der Bevölkerung verbreitete Mutationen (GOPen 11330 bis 11334)
- **Unterabschnitt 11.4.2:** Untersuchungen auf seltene vererbare Erkrankungen (GOPen 11351 bis 11500)

Voraussetzungen zur Berechnung der Leistungen (Präambel zu Abschnitt 11.4)

- Angabe, ob die Leistung
 - als diagnostischer oder prädiktiver Test,
 - als Untersuchung auf Anlageträgerschaft oder
 - als vorgeburtlicher Test erbracht wurde
- bei prädiktivem oder vorgeburtlichem Test:
 - Angaben zum Indexpatienten durch die verantwortliche ärztliche Person (Mutation, Erkrankung, genetischer Verwandtschaftsgrad)
 - Begründung, wenn zum Indexpatienten und seiner Mutation keine Angaben erfolgen können

Indexpatient: eine erkrankte und genetisch mit dem Versicherten verwandte Person

Anlageträger: ein (noch) symptomfreier Versicherter mit nachgewiesener Mutation. Die Untersuchung auf Anlageträgerschaft setzt eine Indikation gemäß Paragraph 3, Nr. 8 Gendiagnostikgesetz voraus.

Risikoperson: ein Versicherter mit formalgenetisch möglicher Anlageträgerschaft

- Ist (Sind) bei dem Indexpatienten die krankheitsauslösende(n) Mutation(en) molekulargenetisch gesichert, so sind nur die GOPen „bei bekannter Mutation“ berechnungsfähig.
- Wird das Untersuchungsziel durch die Beschränkung auf die bekannte(n) Mutation(en) des Indexpatienten nicht erreicht, sind darüber hinausgehende Untersuchungen nur mit besonderer Begründung berechnungsfähig.

Stufendiagnostik

Für indikationsbezogene Leistungen des Abschnitts 11.4.2 ist eine Stufen-

diagnostik durchzuführen. Wenn das Untersuchungsziel nicht erreicht wurde, sind nach erneuter Indikationsstellung durch die verantwortliche ärztliche Person für weitere indizierte Untersuchungen die GOPen 11310 bis 11322 neben den GOPen des Abschnitts 11.4 berechnungsfähig.

Vollständigkeit der Untersuchung

Die vollständige Untersuchung eines Gens umfasst mindestens die Analyse der kodierenden Sequenzen (Exone) und der transkriptions- und translationsrelevanten flankierenden Signalsequenzen.

Abrechnung

- Die GOPen des Abschnitts 11.4.1 sind einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Die GOPen des Abschnitts 11.4.1 sind im Krankheitsfall nicht neben den entsprechenden GOPen des Abschnitts 32.3.14 berechnungsfähig.
- Die GOPen des Abschnitts 11.4.2 sind einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Die GOPen 11354, 11372, 11403, 11404 und 11412 sind je bekannte Mutation einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Qualitätssicherungsvereinbarung

Für die GOPen des Abschnitts 11.4.2 wird eine Qualitätssicherungsvereinbarung abgeschlossen. Sollte diese zum 1. Januar 2011 noch nicht vorliegen, können die Leistungen dennoch abgerechnet werden. Die Präambel 11.4 Nr. 5 bezieht sich immer auf den zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Stand der Qualitätssicherungsvereinbarung.

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 des Zuschlags GOP 33092

Bei der Abrechnung der GOP 33092 – Zuschlag zu den Leistungen nach den GOPen 33042, 33043 und 33044 für die optische Führungshilfe – bitten wir Sie, Folgendes zu beachten:

Der Zuschlag deckt den zusätzlichen Aufwand für die optische Führungshilfe neben Punktionen ab, die der sicheren Führung von Punktionsnadeln dient. Die eigentliche Sonographie des Organs nach der dem Zuschlag zugrundeliegenden jeweiligen Bezugsleistung muss immer zusätzlich erbracht werden. Abgerechnete Zuschläge nach der GOP 33092 werden von der KVB daher korrigiert, wenn im Rahmen der Ultraschalldiagnostik nach den GOPen 33042, 33043 und 33044 kein entsprechender Eingriff wie zum Beispiel eine Punktion durchgeführt 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

Praxisgebühr und Ausnahmekennziffern

Bei der Praxisgebühr gibt es wegen der Vielzahl der Konstellationen wie Bereitschaftsdienst, Notfall, Hausarztverträge, DMP etc. immer wieder Unklarheiten und Fehler bei der Abrechnungserstellung.

Um Ihnen mehr Sicherheit im Umgang mit der Praxisgebühr zu geben, haben wir seit ihrer Einführung zum 1. April 2004 im Internet eine Stichwortsammlung, inklusive einer Übersicht aller Ausnahmekennziffern, zusammengestellt. Sie finden diese unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Praxisgebühr*. Die Stichwortsammlung wird laufend aktualisiert.

Besonders wichtig ist der richtige Ansatz der Ausnahmekennziffern in Ihrer Abrechnung. Die Prüfung der Abrechnung erfolgt über unsere EDV. Diese benötigt die Ausnahmekennziffern für den korrekten Abzug der Praxisgebühr. Fehlt eine Ausnahmekennziffer, die für eine Befreiung von der Praxisgebühr steht, wird die Praxisgebühr abgezogen!

Bitte achten Sie daher auf die genaue und korrekte Eingabe der Ausnahmekennziffern. Die Höhe des Abzugs der Praxisgebühr wird auf dem Honorarbescheid ausgewiesen. Zusätzlich bieten wir Ihnen bereits seit dem 2. Quartal 2006 über die Online-Anwendung SmarAkt die Patientenliste Praxisgebührenabzug als PDF-Datei online an. Aus dieser Liste können Sie für das jeweilige Quartal ersehen, für welche Patienten die Praxisgebühr auf dem Honorarbescheid abgezogen 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

Neue Diabetesvereinbarun- gen zum 1. Januar 2011

Mit der AOK, BKK, Knappschaft, Vereinigten IKK, LKK sowie dem vdek wurde jeweils eine neue Diabetesvereinbarung (DV) abgeschlossen. Damit konnte der Schwebezustand nach der Kündigung der bisherigen Diabetesvereinbarungen durch die BKK, Knappschaft und Vereinigte IKK beendet werden.

Darüber hinaus konnten weitestgehend einheitliche Diabetesvereinbarungen mit identischen Abrechnungsnummern für alle Kassen sowie eine einheitliche Strukturqualität („Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt“) in den Diabetesvereinbarungen und dem DMP-Plattformvertrag (gültig seit 1. Juli 2010) erzielt werden.

Ärzte, die bereits an den Diabetesvereinbarungen teilnehmen, müssen keinen neuen Teilnahmeantrag stellen. Die, die als diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte am 31. Dezember 2010 an einer Diabetesvereinbarung teilgenommen haben, erhalten von der KVB einen Ersetzungsbescheid für ihre Teilnahme an der/den ab 1. Januar 2011 in Kraft tretenden Diabetesvereinbarung/en (ohne AOK). Diesem kann entnommen werden, welche Leistungen ein Arzt durchführen und abrechnen kann.

Systematik der Verträge

Basis für die neuen Diabetesvereinbarungen ist die seit Juli 2008 bestehende Diabetesvereinbarung mit der AOK, insbesondere für die an der Strukturqualität orientierte Vergütungssystematik.

Überblick über die wichtigsten Neuerungen

Weitere Details zu den Verträgen sowie eine Übersicht mit allen Abrechnungsnummern finden Sie außerdem unter www.kvb.de/dmp.

Aktuelle Abrechnungsnummern

Wichtig: Die Abrechnungsnummern 97350A, 97350B, 97360A, 97360B, 97370B, 97371B und 97272 verlieren ab dem 1. Januar 2011 ihre Gültigkeit und können deshalb ab diesem Zeitpunkt nicht mehr angesetzt werden.

Alle Leistungen der Diabetesvereinbarungen sind genehmigungspflichtig.

A) Änderungen, die alle Diabetesvereinbarungen betreffen

1. Voraussetzungen für den Bestand der Genehmigungen zur Teilnahme an den Diabetesvereinbarungen als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt

Auf Grund der vertraglichen Kopplung an das DMP haben die Genehmigungen zur Teilnahme als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt an den Diabetesvereinbarungen nur Bestand, wenn die in unserem Schreiben vom 29. Juni 2010 aufgeführten Voraussetzungen zu den dort genannten Stichtagen vorliegen. Dies gilt insbesondere bezüglich der erforderlichen Diabetikerfallzahlen und der fachlichen und zeitlichen Anforderungen an das nicht-ärztliche Personal entsprechend unseres Schreibens vom 28. September 2010.

Abweichend von der dort beschriebenen Fallzahlberechnung können für die Quartale ab dem 1. Januar 2011 bei der Ermittlung der Diabetikerfallzahlen ausschließlich Patienten berücksichtigt werden, die über die KVB abgerechnet wurden. Das heißt, dass Patienten unberücksichtigt bleiben, falls sie ausschließlich über Hausarztverträge abgerechnet werden. Die in diesem Absatz beschriebene Regelung wird ab dem 1. Januar 2011 analog auch für den DMP-Plattformvertrag gelten.

2. Änderung beim Abschlag für nichtärztliches Personal

Um den Abschlag in Höhe von 11,25 Euro auf die Betreuungspauschalen zu vermeiden, muss – anders als bisher in der AOK-Diabetesvereinbarung geregelt – ab dem 1. Januar 2011 eine **Diabetesberaterin DDG** nachgewiesen werden, die **mindestens 19 Wochenstunden** in der jeweiligen Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft oder dem Medizinischen Versorgungszentrum beschäftigt ist.

3. Abrechenbarkeit von Betreuungspauschalen bei Schwangerschaft

Bei **Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 1** kann während der Schwangerschaft für den Zeitraum von maximal vier aufeinander folgenden Quartalen pro Behandlungsfall **sowohl die Betreuungspauschale 97313** (Schwangerschaft) **als auch 97310** (ICT-Behandlung oder Insulinpumpentherapie) abgerechnet werden.

Bei **Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 2** ist während der Schwangerschaft für den Zeitraum von maximal vier aufeinander folgenden Quartalen pro Behandlungsfall neben der **Betreuungspauschale 97320** (ICT-Behandlung oder Insulinpumpentherapie) **oder 97321** (besondere Aufklärung, Beratung und Motivation von Typ 2-Diabetikern) auch die **Betreuungspauschale 97323** (Schwangerschaft) abrechenbar.

Die Pauschale zur Betreuung von Schwangeren mit **Gestationsdiabetes** (97333) kann für den Zeitraum von maximal vier aufeinander folgenden Quartalen **zweimal pro Behandlungsfall** abgerechnet werden. Voraussetzung ist jeweils die Berechtigung zur Behandlung der jeweiligen Patientinnen.

4. HyPoS-Schulung

Neu in die Vereinbarungen aufgenommen wurde das Schulungsprogramm **„Hypoglykämie-Positives Selbstmanagement“ (HyPoS)** für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2. Die Genehmigung für dieses Schulungsprogramm kann bei der KVB beantragt werden.

5. ICT-Schulungen auch für Gestationsdiabetikerinnen

Die beiden ICT-Schulungen „Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ICT)“ (97268) und „LINDA (ICT)“ (97274) können auch bei Gestationsdiabetikerinnen durchgeführt und abgerechnet werden.

6. Ersteinstellung auf Insulin (ICT)

Bei Patienten mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 sowie bei Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 und bei Gestationsdiabetikerinnen kann die Ersteinstellung auf Insulin (ICT) abgerechnet werden (97276), wenn diese unmittelbar auf Insulin eingestellt werden müssen. **Dies gilt auch für Patienten, die (noch) nicht am DMP teilnehmen!**

7. Bestätigung der DMP-Teilnahme des Patienten

Bestehen im Rahmen einer Überweisung Zweifel an der Teilnahme des Patienten am DMP und kann dies nicht eindeutig durch einen Vermerk auf dem Überweisungsschein, auf Grund der Krankenversichertenkarte, einer Kopie der DMP-Bonuskarte oder einer DMP-Teilnahmeerklärung mit Datum des aktuellen oder der vorangegangenen beiden Quartale nachgewiesen werden, muss eine schriftliche Erklärung des Versicherten erfolgen, dass dieser

an einem DMP teilnimmt. Die Nachweise sind so lange aufzubewahren, bis die Abrechnungsprüfung seitens der Krankenkasse abgeschlossen ist (mindestens vier Jahre nach Ende des Leistungsquartals).

B) Änderung, die nur die AOK-Diabetesvereinbarung betrifft

Möglichkeit der Schulung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 2 entfällt

Die Schulungsprogramme „Diabetes-Buch für Kinder“ (97278) und „Jugendliche mit Diabetes“ (97279) sowie das zugehörige Schulungsmaterial (97278S beziehungsweise 97279S) sind für die Schulung von Kindern beziehungsweise Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 2 nicht geeignet. Sie wurden deshalb aus der Vereinbarung gestrichen und sind zukünftig für diesen Personenkreis nicht mehr abrechenbar.

C) Änderungen, die nur die Diabetesvereinbarungen mit der BKK, Knappschaft, Vereinigten IKK, LKK, dem vdek und der LKK betreffen

1. Teilnahme als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt an den Diabetesvereinbarungen

Die Teilnahme als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt an den Diabetesvereinbarungen mit der BKK, Knappschaft, Vereinigten IKK, LKK und dem vdek ist – wie bereits zum jetzigen Zeitpunkt bei der Diabetesvereinbarung mit der AOK – nur möglich, wenn auch

- die Teilnahme als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 und/oder
- die Teilnahme als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt am

DMP Diabetes mellitus Typ 2 besteht.

Endet die Teilnahme als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2, entfällt auf Grund dessen auch die Abrechenbarkeit von Leistungen über die Diabetesvereinbarungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise Typ 2.

2. Teilnahme als Schulungsarzt an den Diabetesvereinbarungen

Für die Teilnahme als Schulungsarzt an den oben genannten Diabetesvereinbarungen für diejenigen Schulungsprogramme, die nicht den diabetologisch besonders qualifizierten Ärzten vorbehalten sind, ist die Teilnahme des Arztes am DMP Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2 weiterhin nicht Voraussetzung. Bei der AOK-Diabetesvereinbarung gibt es die Teilnahme als Schulungsarzt nur bei gleichzeitiger Teilnahme als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt.

3. Möglichkeit von Wiederholungsschulungen

Sofern Schulungen auch im DMP-Plattformvertrag geregelt sind, sind für Schulungen von DMP-Patienten die Abrechnungsnummern des DMP-Plattformvertrags anzusetzen. Bei Wiederholungsschulungen sind stets die Abrechnungsnummern der Diabetesvereinbarungen anzusetzen. Bei der AOK-Diabetesvereinbarung gibt es die Möglichkeit von Wiederholungsschulungen **nicht!** Für die Abrechenbarkeit von Wiederholungsschulungen muss bei allen anderen Kassen ansonsten eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Neuauftreten einer der folgenden Begleit- und Folgeerkrankungen: Mikroangiopathie, Makroangiopathie/pAVK, Polyneuropathie, Diabetisches Fußsyndrom, Diabetische Nephropathie, Fettstoffwechselstörung, Amputation.

pathie/pAVK, Polyneuropathie, Diabetisches Fußsyndrom, Diabetische Nephropathie, Fettstoffwechselstörung, Amputation.

- Ein für die Diabetesbehandlung relevanter Berufswechsel des Patienten (zum Beispiel Neuaufnahme Schichtarbeit).
- Vorliegen offensichtlicher Wissensdefizite des Patienten, die nur in einer Schulung behoben werden können.
- Ein HbA1c-Wert, der in zwei aufeinander folgenden Quartalen über 7,5 Prozent liegt oder ein HbA1c-Wert, der in mindestens einem Quartal über 8,5 Prozent liegt.
- Bei Kindern und Jugendlichen, wenn die Wiederholungsschulung durch eine Veränderung, zum Beispiel durch den Reifeprozess oder einen Betreuerwechsel, medizinisch sinnvoll und notwendig ist.

Der Arzt ist verpflichtet, die individuelle Begründung für eine Wiederholungsschulung gemäß der obigen Voraussetzungen zu dokumentieren sowie der KVB auf Verlangen hierüber Auskunft zu geben.

Ein übersichtliches Schema zur Wahl der korrekten Abrechnungsnummer für Schulungen und Informationen zu den Schulungsmöglichkeiten ist in der ab dem 1. Januar 2011 gültigen Vergütungsübersicht enthalten, die im Internet unter www.kvb.de/dmp eingestellt ist.

4. Vergütungshöhe der Betreuungspauschalen

Die Vergütungshöhe der Betreuungspauschalen bemisst sich – wie bei der seit Juli 2008 bestehenden Diabetesvereinbarung mit der AOK – nach der nachgewiesenen Strukturqualität: Maximal werden 75 Euro ver-

Fortbildung im DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)

gütet. Je nach Erfüllung festgelegter Qualitätskriterien erfolgt gegebenenfalls ein kumulativer Abschlag. Für Pädiater gelten keine Abschläge.

5. Erfordernis der „Selbstüberweisung“ entfällt

Wird ein Patient in derselben Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft beziehungsweise demselben Medizinischen Versorgungszentrum sowohl durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt betreut als auch im DMP Diabetes mellitus Typ 2 koordiniert (beziehungsweise für LKK-Patienten: hausärztlich betreut), bedarf es – wie bei der seit Juli 2008 bestehenden Diabetesvereinbarung mit der AOK – keiner Überweisung.

6. Risikostratifizierung

Im Unterschied zur Diabetesvereinbarung mit der AOK ist für die Abrechenbarkeit der Betreuungspauschalen die Erarbeitung beziehungsweise Aktualisierung und Aushändigung einer schriftlichen Behandlungsempfehlung, inklusive individueller Risikostratifizierung nicht erforderlich.

D) Besonderheiten, die nur die Diabetesvereinbarung mit der LKK betreffen

Über die Diabetesvereinbarung der LKK dürfen LKK-Versicherte diabetologisch betreut und geschult werden, obwohl diese nicht am DMP teilnehmen können. Ansonsten sind die Regelungen der LKK-Diabetesvereinbarung im Wesentlichen analog zu denen der BKK, Knappschaft, Vereinigten IKK und dem vdek.

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

Mit „Herzinsuffizienz bei Patienten im DMP KHK“ ist im Oktober auf Cura Campus® eine weitere DMP-Fortbildung gestartet. Für Ärzte, die im DMP KHK koordinieren, ist diese Fortbildung, die sich mit dem neuen Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ beschäftigt, ab dem 1. Januar 2011 vergütungsrelevant. Ab diesem Zeitpunkt können Sie die Behandlungspauschalen 92699H und 92699M erst nach Bestehen der Online-Fortbildung abrechnen.

Um die Fortbildung zu absolvieren, gehen Sie wie folgt vor:

1. Rufen Sie im Internet die KVB-Fortbildungsplattform Cura Campus® auf (www.curacampus.de).
2. Melden Sie sich auf der Startseite mit Ihrer KVB-Benutzerkennung und Ihrem persönlichen Passwort an.
3. Wählen Sie unter „Alle Themengebiete“ im Auswahlfeld (Drop-Down-Menü) „DMP KHK – Modul Herzinsuffizienz“.
4. Arbeiten Sie den auf der Startseite oben rechts eingestellten Lehrtext durch (das PDF öffnet sich durch einen Mausklick auf das Bild und lässt sich auch ausdrucken).
5. Starten Sie die Prüfung und beantworten Sie die zehn gestellten Fragen.

Sie können die Prüfung jederzeit unterbrechen und später wieder fortsetzen. Sie gilt als bestanden, wenn Sie mindestens sieben der zehn Fragen richtig beantwortet haben. Eine nicht bestandene Prüfung können Sie im Fall der Fortbildung „Herzinsuffizienz bei Patienten im DMP KHK“ im nächsten Quartal wiederholen.

Neben dem Modul zur „Chronischen Herzinsuffizienz“ befinden sich auf Cura Campus® derzeit im Rahmen der Fortbildungsreihe „DMP-Trainer“

bereits die Module zu „Diabetes mellitus Typ 2“, „Asthma bronchiale bei Erwachsenen“ und „Brustkrebs“. Koordinierende Ärzte erfüllen mit erfolgreich absolvierter Online-Fortbildung ihre Pflicht zur jährlichen Fortbildung im entsprechenden DMP. Außerdem erhalten sie CME-Punkte von der Bayerischen Landesärztekammer.

Weitere Informationen zum DMP-Trainer finden Sie unter www.kvb.de/dmp-trainer.

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

Überweisungsvordrucke korrekt ausfüllen

1. Nach den Bundesmantelverträgen (Paragraph 24, Absatz 3 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) beziehungsweise gemäß Paragraph 27, Absatz 3 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen (EKV)) veranlasst der Vertragsarzt die Durchführung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt durch Überweisung auf den entsprechenden Vordruck der Vordruckvereinbarung – Muster 6 beziehungsweise Muster 10 (Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung).

2. Der überweisende Vertragsarzt hat den auf Überweisung tätig werdenden Vertragsarzt, soweit es für die Durchführung der Untersuchung/Behandlung erforderlich ist, über die bisher erhobenen Befunde und/oder getroffenen Behandlungsmaßnahmen zu informieren. Er soll grundsätzlich die Diagnose, Verdachtsdiagnose beziehungsweise die Befunde mitteilen.

Deshalb hat der überweisende Vertragsarzt unter „Auftrag/Diagnose/Verdacht“ entsprechende Angaben zu machen, um dem Arzt, der auf die Überweisung hin tätig wird, Hinweise für dessen Handeln zu geben und unnötige Kosten durch Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden.

Entsprechen die Angaben auf den Überweisungsformularen nicht den Vorgaben der Vordruckvereinbarung einschließlich den Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung), empfehlen wir Ihnen grundsätzlich, mit dem überweisenden Arzt Verbindung aufzunehmen und gegebenenfalls eine neue Überweisung mit vollständigen und richtigen Angaben anzufordern.

Das nicht korrekte Ausfüllen der Vordrucke nach der Vordruckvereinbarung ist außerdem als Verletzung vertragsärztlicher Pflichten durch den überweisenden Arzt zu bewerten und kann die Durchführung eines Disziplinarverfahrens nach Paragraph 18 der Satzung der KVB zur Folge haben.

Werden zum Beispiel unter „Auftrag/Diagnose/Verdacht“ ausschließlich Angaben zur Teilnahme/Nichtteilnahme des Patienten an einem bestimmten Selektivvertrag (zum Beispiel Hausarztvertrag einer Krankenkasse) gemacht, entspricht dies nicht der Vordruckvereinbarung sowie den Erläuterungen zu dieser und stellt damit eine vertragsärztliche Pflichtverletzung dar.

3. Der überweisende Vertragsarzt ist außerdem verpflichtet, auf dem Überweisungsschein anzukreuzen, ob die Überweisung zur Ausführung von Auftragsleistungen, zur Konsiliaruntersuchung oder zur Mit-/Weiterbehandlung erfolgt.

- a) Überweisung zur Auftragsleistung: Der Auftrag muss nach Art und Umfang konkret bestimmt werden. Es ist die Angabe der Gebührenordnungspositionen oder der präzisen Leistungsbezeichnung erforderlich.
- b) Überweisung zur Konsiliaruntersuchung: Die Überweisung zur Konsiliaruntersuchung erfolgt ausschließlich zur Erbringung diagnostischer Leistungen.
- c) Überweisung zur Mitbehandlung: Die Überweisung zur Mitbehandlung erfolgt zur gebietsbezogenen Erbringung begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, über deren Art und Umfang der Vertragsarzt, an den überwiesen wurde, entscheidet.

d) Überweisung zur Weiterbehandlung: Bei einer Überweisung zur Weiterbehandlung wird die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit dem weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen.

Die Vordruckvereinbarung mit Erläuterungen finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bund/Vordrucke*.

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

Aufbewahrung Überweisungsscheine Bundeswehr

Seit dem Quartal 3/2009 erfolgt die Abrechnung von Patienten der Bundeswehr gegenüber der KVB papierlos. Die Überweisungsscheine sind nach dem Behandlungsquartal ein Jahr in der Praxis aufzubewahren.

Die Wehrbereichsverwaltung hat uns gegenüber eine Überprüfung der abgerechneten Überweisungsscheine beginnend ab dem Quartal 4/2009 angekündigt.

Bitte bewahren Sie daher die Überweisungsscheine der Bundeswehr bis auf Weiteres in der Praxis auf, um im Falle einer Überprüfung die Überweisungsscheine gegenüber der Wehrbereichsverwaltung vorlegen zu können.

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

Aktuelles aus dem Verordnungsbereich

Änderung der Arzneimittelrichtlinie/ Anlage IV: Therapiehinweis zu Erythropoese-stimulierenden Wirkstoffen

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat beschlossen, dass die Anlage IV der Arzneimittelrichtlinie um den Therapiehinweis zu Erythropoese-stimulierenden Wirkstoffen (ESA) ergänzt wird. Der Beschluss ist am 20. Oktober 2010 in Kraft getreten.

Unter www.kvb.de finden Sie in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittel A bis Z/Buchstabe „E“* in unserer Publikation „Verordnung aktuell“ unter anderem Informationen zu den zugelassenen Anwendungsgebieten und eine Indikationsübersicht von Präparaten, die zur Behandlung der Anämie onkologischer Patienten zugelassen sind, erhalten.

Bitte beachten Sie auch die dort enthaltenen Empfehlungen zu wirtschaftlicher Verordnungsweise.

Blutzuckerteststreifen für Versicherte der Ersatzkassen – neue Abgabequote für die Apotheken

Der seit dem 1. Oktober 2010 gültige Vertrag zwischen den Ersatzkassen (vdek) und dem Deutschen Apothekerverband (DAV) sieht unter anderem vor, dass in der Apotheke „teure“ Blutzuckerteststreifen mit vertraglich definierten „günstigen“ Blutzuckerteststreifen substituiert werden sollen, sofern der Arzt nicht durch Ankreuzen des Aut-idem-Feldes oder einen anderen ausdrücklichen Hinweis den Austausch verbietet.

Die abzurechnenden Preise für die Blutzuckerteststreifen wurden hierzu in zwei Gruppen unterteilt. Die Ersatzkassenpatienten sollen verstärkt von den Blutzuckerteststreifen der Preisgruppe

A auf preisgünstigere Teststreifen der Preisgruppe B umgestellt werden.

Der Austausch in der Apotheke hat rechtliche Fragen aufgeworfen und wird nach unserer Einschätzung auch zu vermehrten Rückfragen beim verordnenden Arzt führen. Das Fünfte Sozialgesetzbuch sieht den Austausch einer namentlich verordneten Leistung gegen eine andere ausschließlich für Arzneimittel vor. Die Substitution der Blutzuckerteststreifen in der Apotheke kann jedoch der verordnenden Praxis durch die Kostenentlastung in der individuellen Arztekostenstatistik zu Gute kommen.

Ob und wie Sie diese Vereinbarung vor Ort unterstützen oder ablehnen, hängt im Wesentlichen von den regionalen Bedingungen ab. Unter www.kvb.de haben wir Ihnen in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* Informationen zu diesem Thema zusammengestellt.

Beratungsservice – Verordnungen

Die KVB unterstützt gezielt neu niedergelassene Ärzte durch ihr umfassendes Beratungsangebot im Verordnungsbereich. Nutzen Sie diese individuellen Beratungsgespräche, pharmaanabhängigen Vorträge und Workshops, um sich im Dickicht von Begriffen, Regelungen und gesetzlichen Vorschriften der täglichen Verordnungspraxis besser zurechtzufinden.

Vereinbaren Sie einen individuellen Beratungstermin mit uns. Allgemeine Fortbildungen und unser aktuelles Seminarangebot finden Sie 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

Arzneimittelvereinbarung 2011

Die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Vertragsverhandlungen zwischen der KVB und den bayerischen Krankenkassen müssen noch in diesem Jahr abgeschlossen werden, um eine Veröffentlichung vor dem 1. Januar 2011 sicherzustellen. Ob sich die Vertragspartner über die Vereinbarung des globalen Ausgabenvolumens für das kommende Jahr einigen konnten, stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest. Das Gleiche gilt für die Vereinbarung von Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel für das Jahr 2011.

Sofern keine Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel vereinbart werden, hat der Gesetzgeber festgelegt, dass Richtgrößenprüfungen auf der Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben stattfinden (siehe Paragraph 106, Absatz 2, Satz 5 des fünften Sozialgesetzbuches). Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte der jeweils aktuellen Prüfungsvereinbarung unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Honorarprüfung*.

Für den Fall, dass es im Dezember zu einer kurzfristigen Einigung der Vertragspartner kommt, erfolgt eine entsprechende Veröffentlichung im Bayerischen Staatsanzeiger. Über die abschließende Arzneimittelvereinbarung für 2011 informieren wir Sie per Rundschreiben und unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Unser Service für Sie

In regionalen Informationsveranstaltungen können Sie sich persönlich über die Inhalte der Arzneimittelvereinbarung informieren und die für Sie relevanten Fragen klären. Bitte merken Sie sich den entsprechenden Termin in Ihrer KVB Bezirksstelle vor.

Termine im Januar 2011:

- Donnerstag, 26. Januar, 16.00 Uhr
KVB-Bezirksstelle in Augsburg
- Mittwoch, 19. Januar, 16.00 Uhr
KVB-Bezirksstelle in Bayreuth
- Mittwoch, 19. Januar, 16.00 Uhr
KVB-Bezirksstelle in München
- Donnerstag, 20. Januar, 19.30 Uhr
KVB-Bezirksstelle in Nürnberg
- Mittwoch, 26. Januar, 16.00 Uhr
KVB-Bezirksstelle in Regensburg
- Donnerstag, 20. Januar, 19.30 Uhr
KVB-Bezirksstelle in Straubing
- Mittwoch, 26. Januar, 16.00 Uhr
KVB-Bezirksstelle in Würzburg

Im Rahmen dieser regionalen Informationsveranstaltungen finden pharmakologische Fortbildungen zusammen mit der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer statt. Die Themen:

- Wer zweifelt, hat Recht:
Evidenzbasierte Medizin
- Protonenpumpeninhibitoren:
Universalhelfer oder Lifestyle?
- Gesammeltes Wissen zu Thrombozytenaggregationshemmern und Thrombininhibitoren

Für die Teilnahme gibt es Fortbildungspunkte bei der Bayerischen Landesärztekammer. Ein Anmeldeformular finden Sie in der KVB-Seminarbroschüre 2011 und unter www.kvb.de in der Rubrik *Über uns/Termine/Arzneimittelvereinbarung 2011*.

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

Stichprobenprüfung bei konventioneller Radiologie

Die KVB führt im Bereich der konventionellen Radiologie regelmäßig Stichprobenprüfungen durch (siehe hierzu auch unseren Artikel in den KVB INFOS 10/2010, Seite 156). Im Rahmen dieser Prüfungen fiel auf, dass radiologische Leistungen erbracht und abgerechnet wurden, die nicht dem Fachgebiet des geprüften Arztes entsprechen. Als klassisches Beispiel sind die Röntgenübersichtsaufnahmen der Brustorgane inklusive Durchleuchtung zu nennen. Diese gelten unter anderem bei Chirurgen als fachfremde Leistungen und können nicht abgerechnet werden. Aufnahmen der knöchernen Anteile des Thorax sind hingegen möglich.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) regelt explizit für alle Fachgebiete, welche Leistungen entsprechend der beruflichen Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet abrechenbar sind.

Bitte beachten Sie, dass Sie insbesondere bei radiologischen Leistungen die Fachgebietsgrenzen einhalten. Lediglich bei einer Versorgung im Rahmen einer Notfalldiagnostik (im Notfall oder im organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst) entfallen die Fachgebietsgrenzen (Definition medizinischer Notfall: Unter Notfallpatienten versteht man Verletzte oder Erkrankte, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht schnellstmöglich medizinische Hilfe erhalten). Bitte dokumentieren Sie derartige Fälle, um Beanstandungen vorzubeugen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Petra Dietmayer unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 44 09
E-Mail Petra.Dietmayer@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), Akademie für Ärztliche Fortbildung, bieten wir 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 nach aktuellen Guidelines
- Erfahrene Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkte (zertifiziert durch die BLÄK)
- Umfangreiches 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 Bereitschaftsdienstordnung)
- Sonstige interessierte Ärzte

Modul I

- Kardiozirkulatorische Nottfälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council (ERC 2010)
- Reanimationstraining und Fallsimulationen in Kleinstgruppen

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine:

- Samstag, 19. Februar 2011
KVB-Bezirksstelle in München
- Samstag, 7. Mai 2011
KVB-Bezirksstelle in Bayreuth
- Samstag, 23. Juli 2011
KVB-Bezirksstelle in München
- Samstag, 22. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Nürnberg
- Samstag, 3. Dezember 2011
KVB-Bezirksstelle in Augsburg

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 bis 20.00 Uhr

Termine:

- Mittwoch, 23. Februar 2011
KVB-Bezirksstelle in Augsburg
- Mittwoch, 16. März 2011
KVB-Bezirksstelle in München
- Mittwoch, 25. Mai 2011
KVB-Bezirksstelle in Würzburg
- Mittwoch, 21. September 2011
FH Nürnberg
- Mittwoch, 5. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Regensburg

Modul III

- Wichtige Aspekte zur Durchführung der Leichenschau
- Interessante Kasuistiken aus dem Bereitschaftsdienst
- Informationen zu Abrechnung, Praxisgebühr und Formularen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine:

- Mittwoch, 6. April 2011
KVB-Bezirksstelle in Augsburg
- Mittwoch, 8. Juni 2011
KVB-Bezirksstelle in München
- Mittwoch, 13. Juli 2011
KVB-Bezirksstelle in Würzburg
- Mittwoch, 28. September 2011
KVB-Bezirksstelle in Nürnberg
- Mittwoch, 26. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Regensburg

Modul IV (fakultatives Modul)

- Bauchschmerzen und der „akute Bauch“ aus chirurgischer, internistischer und gynäkologischer Sicht
- Der psychiatrische Akut- und Notfall im Bereitschaftsdienst, Recht

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.00 Uhr

Termine:

- Mittwoch, 13. April 2011
KVB-Bezirksstelle in Regensburg
- Mittwoch, 18. Mai 2011
KVB-Bezirksstelle in Augsburg

Die Fortbildungen sind in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt. **Eine schriftliche Anmeldung ist erforderlich.**

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 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 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 HNO-Ärzte

Abrechnungsworkshop Urologen

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

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Stress lass nach – Stressbewältigung und Entspannung

Die Privatabrechnung heute und morgen

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

Abrechnungsworkshop Hausärzte

Abrechnungsworkshop Anästhesisten

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Datenschutz in der Praxis

Erfolg und Selbstmotivation

Abrechnungsworkshop Hausärzte

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

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

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Datenschutz in der Praxis

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

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Professionell telefonieren

Abrechnungsworkshop Augenärzte

QM-/QZ-Seminare

Lokales Moderatorentreffen

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Hygienemanagement in Arztpraxen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Dezember 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Dezember 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	8. Dezember 2010	16.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	8. Dezember 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. Dezember 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	11. Dezember 2010	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Dezember 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. Januar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Januar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Januar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	19. Januar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. Januar 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Januar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	26. Januar 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	29. Januar 2011	10.00 bis 13.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	2. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	2. Februar 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	4. Februar 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
QZ-Moderatoren	kostenfrei	8. Dezember 2010	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	11. Februar 2011 12. Februar 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	16. Februar 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München

