

KVBINFOS 2010

Jahresinhaltsverzeichnis



	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
KV-WAHLEN			
Der Landeswahlleiter informiert	9/118	Angabe der Uhrzeit/Tagtrennung	7-8/102
Der Landeswahlleiter informiert	10/146	Antragsverfahren auf Anpassung des RLV 1/2010	3/30
		Aufbewahrung Überweisungsscheine Bundeswehr	12/186
ABRECHNUNG		Aufnahme GOP 32670 in Kapitel 32	12/179
„Ähnliche Untersuchungen“ nach Abschnitt 32.3	7-8/102	Auskunft bei Pflegebedürftigkeit an MDK	1-2/4
Abrechnung der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung	9/130	Barmer GEK fördert Geriatrische Praxisverbände	9/127
Abrechnung der Dialyse	10/149	Berechnungsfähigkeit von GOP 15321	1-2/3
Abrechnung der Leistungen im KVB-LKK-Vertragspaket	4/48	Berichtigungen für Quartal 3/2008	1-2/3
Abrechnung der postoperativen Überwachung	10/150	Chronikerzuschlag (GOP 03212, 04212)	6/81
Abrechnung der Versichertenpauschalen	7-8/97	Darmkrebsprävention und Koloskopie – Leistungen im Überblick	1-2/4
Abrechnung des Zuschlags GOP 33092	12/181	Die nächsten Zahlungstermine	11/166
Abrechnung von „Testpatienten“	1-2/3	Die nächsten Zahlungstermine	12/179
Abrechnungsabgabe Quartal 4/2009	1-2/2	DMP Brustkrebs: Kontrastmittel und Zuschlagsziffern	9/127
Abrechnungsabgabe Quartal 1/2010	3/26	DMP KHK: Modul Herzinsuffizienz	7-8/100
Abrechnungsabgabe Quartal 1/2010	4/46	DMP: Erst- oder Folgedokumentation?	7-8/100
Abrechnungsabgabe Quartal 2/2010	7-8/94	DMP-Datenstelle stellt Bearbeitung von Datenträgern ein	7-8/99
Abrechnungsabgabe Quartal 3/2010	9/120	DMP-Vertrag: Änderungen für diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte	9/128
Abrechnungsabgabe Quartal 3/2010	10/148	EBM-Änderungen zum 1. Juli 2010	6/74
Abrechnungsabgabe Quartal 4/2010	12/178	EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2010	11/166
Abrechnungsbestimmungen der KVB geändert	9/121	Förderung Bereitschaftspraxen	11/167
Abrechnungsgenehmigungen im Arztregister	9/122	Förderung der Allgemeinen Ambulanten Palliativmedizin	11/167
Abrechnungsziffern im DMP Brustkrebs	3/30	Fortbildung im DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)	12/184

	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
Fortführung Diabetesvereinbarungen	5/59	Überweisungsvordrucke korrekt ausfüllen	12/185
Fortführung Diabetesvereinbarungen	7-8/97	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	11/168
Fortführung Diabetesvereinbarungen	11/167	Versand der B€GO Mitte Januar 2010	1-2/3
Homöopathieverträge – aktueller Stand	7-8/99	Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen	11/168
Honorarreform – Informationen für das Quartal 2/2010	3/27	Zahlungstermine im Jahr 2010	1-2/2
Honorarreform 2010 – Zuweisung von RLV und QZV für das Quartal 3/2010	7-8/95	Zahlungstermine im Jahr 2010	3/27
Knappschafft fördert Geriatrischen Praxisverbund	10/151	Zahlungstermine im Jahr 2010	4/47
Kostenpauschale neue Onkologievereinbarung	7-8/98	Zahlungstermine im Jahr 2010	5/58
Künstliche Befruchtung	4/47	Zahlungstermine im Jahr 2010	6/74
Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst	5/58	Zahlungstermine im Jahr 2010	7-8/95
Morbi-RSA: Abrechnung des Chronikerzuschlags	9/126	Zahlungstermine im Jahr 2010	9/121
Muster 10A	5/59	Zahlungstermine im Jahr 2010	10/149
Neue Diabetesvereinbarungen zum 1. Januar 2011	12/181	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 1/2011	12/179
Neue EBM-Leistungen zum 1. Oktober 2010	9/124	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 2/2010	3/29
Neue humangenetische Gebührenordnungs- positionen im EBM ab 1. Januar 2011	12/180	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 3/2010	6/81
Operative Leistungen	11/169	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 4/2010	9/126
Palliativversorgung – Kostenpauschale 40860	7-8/102		
Patienten-Kennzeichnung in Alten- und Pflegeheimen	9/127	VERORDNUNGEN	
Praxisgebühr und Ausnahmekennziffern	12/181	„Neue Arzneimittel“ – Information der AkdÄ	5/61
Psychosomatische Grundversorgung	7-8/98	„Neue Arzneimittel“ – Information der AkdÄ	7-8/104
Statistiken der Prüfungsstelle Ärzte Bayern	7-8/96	„Neue Arzneimittel“ – Service der AkdÄ	9/132
		Agomelatin (Valdoxan®)	7-8/106

	Ausgabe/Seite
Qualitätsmanagement: Ergebnisse der Stichproben	7-8/108
Qualitätssicherung in der Arthroskopie	5/62
Qualitätszirkel: Kollegialer und interdisziplinärer Erfahrungsaustausch	3/34
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	6/82
Stichprobenprüfung bei konventioneller Radiologie	12/188
Stichprobenprüfung in der konventionellen Radiologie	10/156
Strahlenschutz bei Schädelaufnahmen	6/84
Ultraschalldiagnostik: Ärztliche Fachberater gesucht	3/32
Ultraschalldiagnostik: Genehmigungsverfahren	6/89
Ultraschalldiagnostik: Gewährleistungserklärungen online	3/33
Unfälle mit Hochfrequenz-Elektroden	7-8/110
Versand der aktuellen DMP-Feedbackberichte	9/137

ALLGEMEINES

Aktuelle Praxis- und Privatadressen	5/65
Ambulante Kodierrichtlinien	11/171
Änderungen in der KVB-Arztsuche – Online-Anwendung „Editor“ startet	11/172
Arzt-Patienten-Kommunikation	1-2/18
Bayerische Gesundheitskonferenz 2010	4/50
Bayerische Landesärztekammer diagnostiziert Ärztemangel	11/173
Behindertengerechte Praxis	9/140

Ausgabe/Seite

E-Doku kurative Mammographien	1-2/18
Honorierung im PKV-Basistarif	3/38
Keine Hinweispflicht auf Berufshaftpflichtversicherung	7-8/112
Landesprüfungsamt bescheinigt korrekte RLV-Festlegung	10/159
Neue Bereitschaftsdienstordnung der KVB	9/139
Neuer DMP-Plattformvertrag	9/139
Notarzteinsätze: Dokumentationspauschale fällt weg	7-8/111
Qualitätsberichte der Krankenhäuser	4/50
Rechenschaftsbericht der KVB	7-8/112
Schwangerschaftskonfliktgesetz	3/37
SmarAkt – wichtige Praxisinformationen im direkten Zugriff	3/36
Sprechstundentätigkeit: Mindestzeiten	3/35
Unseriöse Angebote von Verlagen	9/140
Weiterbildungsstellen-Pool erweitert	4/51
Wichtiger Hinweis in eigener Sache	7-8/112

INFORMATIONEN FÜR HAUSÄRZTE

BARMER GEK unterstützt KVB-Pflegeheimprojekt	3/39
KVB fördert allgemeinmedizinische Weiterbildung	1-2/19
LKK-Hausarztvertrag läuft weiter	3/39
Wichtiger Hinweis zum HZV-Vertrag der AOK	4/51

Ausgabe/Seite

**INFORMATIONEN FÜR
PSYCHOTHERAPEUTEN**

Broschüre für psychotherapeutische Leistungserbringer	10/160
Online-Weiterbildungs- und Ausbildungsbörse	5/65
Zulassung Psychotherapeuten	1-2/20

SEMINARE

Ausbildung zum QZ-Moderator – Zusatztermin	5/67
Fortbildung Impfen	9/140
Fortbildung: „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“	1-2/21
Impffortbildungen für Haus- und Kinderärzte	3/39
Info-Veranstaltung zur Investitionsförderung	3/40
KVB-Gründer-/Abgeberforum	5/66
Thementag „IT, Vernetzung und eDokumentation“	3/40
Treffen für QZ-Moderatoren in Nürnberg	5/67

KVBINFOS 01|10

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 2 Abrechnungsabgabe Quartal 4/2009
- 2 Zahlungstermine im Jahr 2010
- 3 Berichtigungen für Quartal 3/2008
- 3 Abrechnung von „Testpatienten“
- 3 Versand der BÉGO Mitte Januar 2010
- 3 Berechnungsfähigkeit von GOP 15321
- 4 Auskunft bei Pflegebedürftigkeit an MDK
- 4 Darmkrebsprävention und Koloskopie – Leistungen im Überblick

VERORDNUNGEN

- 8 Parenterale Ernährung
- 9 Parenteralia-Rezepturen
- 10 Arzneimittelvereinbarung 2010 – Ziele 2010
- 12 Richtgrößen 2010
- 12 Stomaversorgung: Hautschutzmittel
- 12 Verordnung von Inkontinenzartikeln

QUALITÄT

- 13 Anpassung der Qualitätszirkelgrundsätze
- 14 Fortführung Diabetesvereinbarungen
- 16 Onkologievereinbarung

ALLGEMEINES

- 18 E-Doku kurative Mammographien
- 18 Arzt-Patienten-Kommunikation

INFORMATIONEN FÜR HAUSÄRZTE

- 19 KVB fördert allgemeinmedizinische Weiterbildung

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

- 20 Zulassung Psychotherapeuten

SEMINARE

- 21 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 22 Die nächsten Seminartermine der KVB

ABRECHNUNGSABGABE QUARTAL 4/2009

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen für das 4. Quartal 2009 bis spätestens **Montag, den 11. Januar 2010**, bei uns ein. Gerne können Sie uns die Unterlagen auch schon früher schicken. Denken Sie bitte auch daran, uns mit Ihrer Abrechnung die unterschriebene Sammelerklärung (bitte Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen – wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe – zuzusenden. Dies gilt auch, wenn Sie uns Ihre Datei online übermitteln. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare* herunterladen.

Einreichungswege für Ihre Quartalsabrechnung

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

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

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

Die Sortierung der einzureichenden Krankenscheine mit entsprechenden Kassenleitblättern ist nur noch bei manueller Abrechnung erforderlich. Bei EDV-Abrechnung können Sie die Scheine einfach in einem Kuvert der Abrechnung beilegen. Vergessen Sie bitte nicht, auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag Ihren Arztstempel einschließlich der BSNR (Betriebsstättennummer) anzubringen.

Zur besseren Übersicht der einzureichenden Scheine haben wir das Merk-

blatt „Besondere Kostenträger“ aktualisiert. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Besondere Kostenträger*.

Denken Sie bitte auch daran, dass seit dem Quartal 3/2009 für die Bundeswehr und den Zivildienst die Einreichung der Behandlungsausweise entfallen ist:

- Aufbewahrung analog GKV ein Jahr in der Praxis
- Bundeswehr Heilfürsorge (blau) Kassennummer 79868
- Bundeswehr Musterung (lila) Kassennummer 79869
- Zivildienst Kassennummer 74895

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

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de oder unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 138 mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist zu beantragen.

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

ZAHLUNGSTERMINE IM JAHR 2010

11. Januar 2010
3. Abschlagszahlung 4/2009

10. Februar 2010
1. Abschlagszahlung 1/2010

im Februar 2010
Restzahlung 2/2009

10. März 2010
2. Abschlagszahlung 1/2010

im März 2010
Restzahlung 3/2009

12. April 2010
3. Abschlagszahlung 1/2010

30. April 2010
Restzahlung 4/2009

10. Mai 2010
1. Abschlagszahlung 2/2010

10. Juni 2010
2. Abschlagszahlung 2/2010

12. Juli 2010
3. Abschlagszahlung 2/2010

30. Juli 2010
Restzahlung 1/2010

10. August 2010
1. Abschlagszahlung 3/2010

10. September 2010
2. Abschlagszahlung 3/2010

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

BERICHTIGUNGEN FÜR QUARTAL 3/2008

Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) sind viele neue und teilweise komplizierte Praxiskonstellationen entstanden, die systemtechnisch abzubilden waren. Es ist hierbei zu mehreren Systemfehlern gekommen, die gegebenenfalls zu falschen Honorarberechnungen bei der Abrechnung 3/2008 geführt haben. Bei größeren Honorarsummen haben die betreffenden Praxen Honorarnachzahlungen in Form von Sonderzahlungen erhalten. Für die damit verbundenen Unannehmlichkeiten bitten wir hiermit nochmals um Entschuldigung.

Die Systemfehlerbehebung war sehr aufwändig und ist zwischenzeitlich vollzogen. Sämtliche betroffenen Abrechnungen 3/2008 haben nun alle Verarbeitungsschritte über unser Regresse- und Nachverrechnungsprogramm erneut durchlaufen. Die sich daraus ergebenden Honorarkorrekturen werden voraussichtlich in den Honorarbescheid 2/2009 mit einfließen. Sie entnehmen die finanziellen Auswirkungen aus den jeweiligen Sachkonten und dem Buchungsquartal 3/2008.

Sollten Sie aufgrund dieser Fehler einen Widerspruch gegen die Abrechnung 3/2008 eingelegt haben, wird Ihrem Widerspruch in diesen Punkten abgeholfen.

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

ABRECHNUNG VON „TESTPATIENTEN“

Es kommt immer wieder vor, dass in den Abrechnungen so genannte „Testpatienten“ enthalten sind. Bitte beachten Sie, dass unberechtigt abgerechnete Leistungen von Seiten der Kostenträger reklamiert werden und zu Strafmaßnahmen führen können.

Dies können Sie vermeiden, indem Sie vor Abgabe Ihrer Abrechnung noch einmal genau prüfen, ob alle Patientendaten zutreffen. Bitte achten Sie auf die eventuelle Speicherung solcher „Testpatienten“ und bereinigen Sie Ihre Quartalsabrechnung unbedingt vor Abrechnungsabgabe.

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

VERSAND DER B€GO MITTE JANUAR 2010

Für den 21. Dezember 2009, also erst nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe, sind noch weitere Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu EBM-Änderungen für das 1. Quartal 2010 angekündigt. Darüber hinaus steht noch die Anpassung der OPS-Codes des Anhang 2 für das Jahr 2010 aus. Um diese Änderungen in der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) mit berücksichtigen zu können, werden wir Ihnen die B€GO für das Jahr 2010 Mitte Januar mit einem gesonderten Rundschreiben auf CD-ROM zusenden.

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

BERECHNUNGSFÄHIGKEIT VON GOP 15321

Die GOP 15321 bei Diagnose Nävuszellensyndrom (ICD-10-GM: D 22.) ist nicht mehrfach in einer Sitzung berechnungsfähig. Die Diagnose wurde aus der ersten Anmerkung zur GOP 15321 – Kleinchirurgische Eingriffe im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich I – gestrichen. Entsprechende Eingriffe am Gesicht werden in der Regel nicht über diese Gebührenordnungsposition, sondern als operative Eingriffe nach Abschnitt 31.2 oder 36.2 EBM abgerechnet.

Die kleinchirurgischen Eingriffe im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich nach den GOPen 15321 bis 15323 sind weiterhin bei Patienten mit der Diagnose „mehrere offene Wunden (ICD-10-GM: T01.-)“ mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag – berechnungsfähig.

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

AUSKUNFT BEI PFLEGE- BEDÜRFTIGKEIT AN MDK

Die mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in Bayern geschlossene Vereinbarung über die Auskünfte der behandelnden Vertragsärzte im Rahmen der Prüfung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK wurde zum 31. Dezember 2009 gekündigt.

Wir bitten um Beachtung, dass daher die Gebührenordnungsposition 98947 ab dem 1. Quartal 2010 nicht mehr angesetzt werden kann. Für die Auskünfte an den MDK ist zukünftig Muster 11 „Bericht für den Medizinischen Dienst“ zu verwenden. Dieser ist über die EBM-Nr. 01621 berechnungsfähig.

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

DARMKREBSPRÄVENTION UND KOLOSKOPIE – LEISTUNGEN IM ÜBERBLICK

Zu unserer Qualitätsmarke „Ausgezeichnete Patientenversorgung“ finden Sie in der folgenden Aufstellung die relevanten Leistungen der Qualitätsmaßnahme „Darmkrebsprävention“ und des Bereichs „Koloskopie“ sowie eine Übersicht zu den Rechtsgrundlagen und Abrechnungsvoraussetzungen.

GOP 01734 **Untersuchung auf Blut im Stuhl**

Grundlage

- Versicherte haben ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anspruch auf die jährliche Durchführung eines Schnelltests auf okkultes Blut im Stuhl.
- Versicherte haben ab dem Alter von 55 Jahren, wenn sie das Koloskopieangebot nicht in Anspruch nehmen, Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Schnelltests auf okkultes Blut im Stuhl.
- Paragraph 37 Absatz 2 oder Absatz 4 Satz 1 Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Obligater Leistungsinhalt

- Ausgabe der Testbriefchen
- Untersuchung auf Blut im Stuhl in drei Proben

Besonderheiten

Die GOP 01734 ist im Behandlungsfall nicht neben

- der GOP 32040 (Untersuchung auf Blut im Stuhl in drei Proben – entsprechende Leistung außerhalb der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien),
- der GOP 40150 (Kostenpauschale für drei ausgegebene Testbriefchen, wenn die Leistungen entsprechend der GOPen 01734 oder 32040 erbracht werden konnten)

berechnungsfähig.

Bayerische Regelungen/Qualitätsprogramme

Qualitätsprogramm Darmkrebsprävention:

- Teilnahme für Frauenärzte, Internisten, Urologen, Allgemeinärzte, Dermatologen
- Spezielle Informationen und Teilnahmeerklärungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätsprogramm/Darmkrebsprävention*.

GOP 01740 **Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms**

Grundlage

- Der Arzt soll den Versicherten möglichst frühzeitig nach Beendigung des 50. Lebensjahres einmalig über das Gesamtprogramm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms informieren. Diese Beratung wird nicht gesondert vergütet, sondern ist mit den Versicherten beziehungsweise Grundpauschalen abgegolten.
- Möglichst bald ab dem Alter von 55 Jahren sollen die Versicherten eine weitere Beratung über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms erhalten.
- Paragraph 38 Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms,
- Information über Inhalt, Ziel und Zweck des Programms, Häufigkeit und Krankheitsbild, Effektivität und Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme,

- Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positivem Befund,
- Ausgabe des Merkblatts nach Anlage III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der Fassung vom 18. Juni 2009, in Kraft getreten am 3. Oktober 2009,
- möglichst frühzeitig nach Vollendung des 55. Lebensjahres

Bayerische Regelungen/Qualitätsprogramme

Qualitätsprogramm Darmkrebsprävention:

- Teilnahme für Frauenärzte, Internisten, Urologen, Allgemeinärzte, Dermatologen
- Spezielle Informationen und Teilnahmeerklärungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätsprogramm/Darmkrebsprävention*.

GOP 01741

Koloskopischer Komplex gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Grundlage

- Versicherte haben ab dem Alter von 55 Jahren Anspruch auf insgesamt zwei Koloskopien zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms.
- Die zweite Koloskopie kann frühestens zehn Jahre nach Durchführung der ersten Koloskopie beansprucht werden.
- Für eine optimierte Früherkennung ist die Durchführung der ersten Koloskopie im Alter von 55 Jahren anzustreben.
- Jede ab dem Alter von 65 Jahren durchgeführte Koloskopie zählt als zweite Koloskopie (siehe Paragraph 37 Absatz 3 Krebsfrüherkennungs-Richtlinien).
- Paragraphen 37 Absatz 3, 40, 41 Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Genehmigung/besondere Voraussetzungen

- Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie (GOPen 01741 und 01742) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ist gemäß Paragraph 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig.
- Koloskopische Leistungen dürfen nur von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, die zum Führen der
 - Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“ oder
 - Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Zusatzweiterbildung „Kinder-Gastroenterologie“ oder mit einer zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes abgeleiteten, mindestens 18-monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder-Gastroenterologie oder
 - Facharztbezeichnung „Kinderchirurgie“/Facharztbezeichnung „Viszeralchirurgie“ (sofern dieser Chirurg nach dem für ihn maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien berechtigt ist) berechtigt sind.
- Der koloskopierende Arzt muss außerdem berufsrechtlich und auf Grund seiner apparativen Ausstattung in der Lage sein, eine ambulante therapeutische Intervention (Polypektomie) durchzuführen.

Obligater Leistungsinhalt

- Totale Koloskopie gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien mit Darstellung des Zökums,
- Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung,
- Foto-/Videodokumentation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Einhaltung der Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V,
- Vorhaltung der geeigneten Notfallausstattung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V

Besonderheiten

- Die präventive Koloskopie ist auch nach der GOP 01741 abrechnungsfähig, wenn auf Grund von pathologischen Veränderungen eine Darstellung bis zum Zökum nicht möglich ist (Operation).
- Eine Kontrollkoloskopie zum Beispiel nach einer Polypektomie im Rahmen einer präventiven Koloskopie nach der GOP 01741 ist als kurative Koloskopie (GOP 13421) abzurechnen und zu dokumentieren.

Qualitätsanforderungen in den bundesweit geltenden Richtlinien zur Koloskopie

- Die Qualitätsmaßnahme Koloskopie wurde in ihrer bisherigen Form zum 31. Dezember 2009 eingestellt. Alle koloskopierenden baye-

rischen Ärzte sind weiterhin an die Inhalte der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie sowie der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie gebunden. Eine Alternative zum Qualitätsvertrag gemäß Paragraph 136 Absatz 4 SGB V kann nur in einem neuen Vertrag mit einer Zusatzvergütung auf einer anderen Rechtsgrundlage bestehen. Die KVB wird mit konkreten Vertragsinhalten auf die Kostenträger zugehen und sich dafür einsetzen, den koloskopierenden Ärzten zusammen mit den bayerischen Krankenkassen bald wieder ein ansprechendes und praktikables Versorgungskonzept anbieten zu können.

- Der Arzt muss den Nachweis einer Koloskopiegenehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V und einen halbjährlichen Hygienachweis über ein von der KVB anerkanntes mikrobiologisches Institut von einem Koloskop je Praxis erbringen.

Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung:

- Selbständige Durchführung von mindestens 200 totalen Koloskopien ohne Mängel innerhalb eines Zeitraums von jeweils zwölf Monaten.
- Die KVB fordert vom Arzt die schriftliche und bildliche Dokumentation von 20 abgerechneten Fällen an. Die Anforderung gilt als erfüllt, wenn es sich in mindestens 90 Prozent der eingereichten Dokumentationen um eine totale Koloskopie ohne Mangel handelt. Wird die Anforderung nicht erfüllt, werden die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von weiteren 20 abgerechneten Fällen angefordert. Zeigt die Überprüfung erneut Mängel oder wurden weniger als 200 totale Koloskopien durchgeführt, hat der Arzt die Möglichkeit, nach

dem Ablauf von weiteren zwölf Monaten die schriftliche und bildliche Dokumentation von 200 abgerechneten Fällen einzureichen. Zeigt die Überprüfung Mängel oder wurden weniger als 200 totale Koloskopien durchgeführt, wird die Genehmigung widerrufen.

- Elektronische Dokumentation aller präventiven Koloskopien
- Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bund/Qualitätssicherungs-Maßnahmen/Rechtsquellen zur Qualitätssicherung/Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie*.

GOP 01742

Zuschlag zu der GOP 01741 für die Abtragung von Polypen

Grundlage

- Die Polypektomie soll in medizinisch indizierten Fällen während der screening-koloskopischen Untersuchung erfolgen.
- Paragraph 40 Absatz 2 Satz 2 Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Genehmigung/besondere Voraussetzungen

Vergleiche GOP 01741

Obligater Leistungsinhalt

- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe > 5 mm mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge und/oder
- Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge und/oder
- Blutstillung(en), die bei der Koloskopie nach der GOP 01741 zusätzlich erbracht wird/werden.

Qualitätsanforderungen in den bundesweit geltenden Richtlinien zur Koloskopie

- Die Qualitätsmaßnahme Koloskopie wurde in ihrer bisherigen Form zum 31. Dezember 2009 eingestellt. Alle koloskopierenden bayerischen Ärzte sind weiterhin an die Inhalte der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie sowie der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie gebunden. Eine Alternative zum Qualitätsvertrag gemäß Paragraph 136 Absatz 4 SGB V kann nur in einem neuen Vertrag mit einer Zusatzvergütung auf einer anderen Rechtsgrundlage bestehen. Die KVB wird mit konkreten Vertragsinhalten auf die Kostenträger zugehen und sich dafür einsetzen, den koloskopierenden Ärzten zusammen mit den bayerischen Krankenkassen bald wieder ein ansprechendes und praktikables Versorgungskonzept anbieten zu können.
- Der Arzt muss den Nachweis einer Koloskopiegenehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V und einen halbjährlichen Hygienachweis über ein von der KVB anerkanntes mikrobiologisches Institut von einem Koloskop je Praxis erbringen.

Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung:

- Selbständige Durchführung von mindestens zehn Polypektomien ohne Mängel innerhalb eines Zeitraums von jeweils zwölf Monaten.
- Die KVB fordert vom Arzt die Dokumentation von fünf abgerechneten Fällen an. Die Anforderung gilt als erfüllt, wenn aus allen eingereichten Dokumentationen die Polypektomien ohne Mangel eindeutig hervorgehen. Wurde die Anforderung nicht erfüllt oder weniger als zehn Polypektomien durchgeführt,

hat der Arzt die Möglichkeit, nach Ablauf von weiteren zwölf Monaten die schriftliche und bildliche Dokumentation von weiteren zehn abgerechneten Fällen einzureichen. Zeigt die Überprüfung Mängel oder wurden weniger als zehn Polypektomien durchgeführt, wird die Genehmigung widerrufen.

- Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bund/Qualitätssicherungs-Maßnahmen/Rechtsquellen zur Qualitätssicherung/Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie*.

GOP 13421

Zusatzpauschale Koloskopie

Grundlage

Koloskopie als kurative Leistung

Genehmigung/besondere Voraussetzungen

Vergleiche GOP 01741

Obligater Leistungsinhalt

- Totale Koloskopie mit Darstellung des Zökums,
- Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung,
- Foto-/Videodokumentation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V,

- Vorhaltung der geeigneten Notfallausstattung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V.

Qualitätsanforderungen in den bundesweit geltenden Richtlinien zur Koloskopie

Vergleiche GOP 01741

GOP 13422

Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie

Grundlage

Kurative Leistung

Genehmigung/besondere Voraussetzungen

Vergleiche GOP 01741

Obligater Leistungsinhalt

(Teil-)Koloskopie entsprechend der GOP 13421 mindestens mit Darstellung des Kolon transversum

Besonderheiten

Wird das Transversum nicht erreicht, kann nur die Prokto-/Rektoskopische Zusatzpauschale (GOP 13257) oder die GOP 13250, sofern der Leistungsinhalt erfüllt ist, angesetzt werden.

GOP 13423

Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den GOPen 13421 oder 13422

Grundlage

Kurative Leistung

Genehmigung/besondere Voraussetzungen

Vergleiche GOP 01741

Obligater Leistungsinhalt

- Fremdkörperentfernung(en) und/oder

- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe > 5 mm mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge und/oder
- Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge und/oder
- Blutstillung(en)

Qualitätsanforderungen in den bundesweit geltenden Richtlinien zur Koloskopie

Vergleiche GOP 01742

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

PARENTERALE ERNÄHRUNG

Die parenterale Ernährung ist eine besondere Form der künstlichen Ernährung, bei der die Nahrungsaufnahme unter Umgehung des Magen-Darm-Trakts mittels Infusion erfolgt. Der niedergelassene Arzt hat eher selten mit entsprechenden Patienten zu tun. Tritt dieser Fall jedoch ein, ist die Praxis häufig mit folgenden Fragen konfrontiert:

Welche Patienten kommen für eine parenterale Ernährung in Frage?

Grundsätzlich erfolgt die Ernährung eines Patienten immer dann parenteral, wenn alle anderen Formen der Ernährung bereits ausgeschöpft sind und eine ausreichende Nahrungszufuhr durch orale Trinknahrungen und enterale Sondennahrung nicht mehr sichergestellt oder nicht durchgeführt werden kann. Hierzu zählen zum Beispiel folgende Situationen:

- Passagehindernisse im Gastrointestinaltrakt
- Keine orale/enterale Ernährung für mehr als sieben Tage möglich
- Kurzdarmsyndrom mit Symptomen, die sich durch eine enterale Ernährung nicht korrigieren lassen

Im ambulanten Bereich hat es der Arzt häufig mit Tumorpatienten nach Krankenhausentlassung zu tun, bei denen es in erster Linie auf eine ausreichende Energiezufuhr ankommt. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin empfiehlt in ihren aktuellen Leitlinien für Tumorpatienten außerhalb antitumoraler Therapien eine parenterale Ernährung dann, wenn die enterale Ernährung unzureichend ist, die Lebenserwartung mehr durch die unzureichende Nahrungszufuhr eingeschränkt ist als durch die Tumorerkrankung selbst, die Lebensqualität stabilisiert oder verbessert wird und der Patient dies wünscht (siehe im Internet

unter www.dgem.de). Jede Indikation ist regelmäßig kritisch zu hinterfragen, damit so bald wie möglich auf enterale/orale Ernährung umgestellt werden kann. Ein routinemäßiger Einsatz nur aufgrund bestimmter Diagnosen wird in den Leitlinien als nicht sinnvoll angesehen.

Welche Angaben benötigen Sie vor der Verordnung?

- Ein vollständiger Entlassbericht und Ernährungsplan aus dem Krankenhaus sollten vorliegen, aus dem hervorgeht, wie die Ernährung im Detail zusammengesetzt sein soll: Aminosäuren, Kohlehydrate, Fette, Gesamtvolumen in Milliliter und Kalorienbedarf, ebenso die Elektrolytzusammensetzung.
- Im Ernährungsplan sollte das Therapieziel klar formuliert sein (Istgewicht – Zielgewicht), wobei das Zielgewicht etwa drei bis fünf Kilo über dem derzeitigen Gewicht liegen sollte. Für eine weitere Gewichtszunahme ist ein neuer Ernährungsplan zu erstellen.

Welche Produkte stehen zur Auswahl?

Parenterale Ernährung kann als Fertigbeutel oder als Rezeptur (Compound-ing) verordnet werden. Individuell aus Einzelkomponenten hergestellte Beutel sind in der Regel teurer als Fertigbeutel, kürzer haltbar und sollten speziellen Situationen vorbehalten sein, in denen die Bedürfnisse des Patienten nicht mit einem Fertigprodukt abgedeckt werden können (zum Beispiel Kinder, langfristige totale parenterale Ernährung bei Kurzdarmsyndrom). Für die Mehrzahl der ambulanten Patienten kann aus der Vielzahl des industriell vorgefertigten Angebots eine passende Nahrung ausgewählt werden – diese sind auch zu bevorzugen,

wenn der Patient nicht ausschließlich parenteral ernährt wird. Doch auch die industriell vorgefertigten Lösungen unterscheiden sich zum Teil deutlich im Preis. In jüngster Zeit wird der Einsatz von Produkten mit modifizierten Fettkomponenten beworben. Der Nutzen ist kritisch gegen den meist höheren Preis abzuwägen. Bei der Suche nach wirtschaftlichen Alternativen sind wir Ihnen gerne behilflich.

Was ist bei Vitaminen und Spurenelementen zu beachten?

Vitamine und Spurenelemente sind nach Ziffer 27. Anlage I der Arzneimittel-Richtlinien verordnungsfähig. Sie sind aus Gründen der Haltbarkeit in den Lösungen zur parenteralen Ernährung nicht enthalten und werden in der Regel erst kurz vor der Applikation zugespritzt. Auch hier lohnt sich ein Preisvergleich und die Kontrolle, ob alle diese Mikronährstoffe täglich zugeführt werden müssen, vor allem, wenn der Patient nicht ausschließlich parenteral ernährt wird.

Welche Hilfsmittel sind verordnungsfähig?

- Der Hilfsmittelkatalog listet in der Produktgruppe 03 die verordnungsfähigen Applikationshilfen auf. Dazu gehören Infusionsbestecke und Zubehör für Schwerkraft- beziehungsweise Pumpensysteme, Überleitsysteme, Infusionsständer und anderes.
- Portnadeln sind auf Namen des Patienten verordnungsfähig.
- Sets enthalten häufig nicht verordnungsfähige Produkte, wie Einmalhandschuhe, Spritzen zum Spülen, Abdecktücher, Desinfektionsmittel für den Pflegedienst etc. und sind dann nicht verordnungsfähig.

Welche Formalien sind beim Ausstellen der Verordnung zu beachten?

- Nachträgliche Verordnungen sind grundsätzlich unzulässig.
- Bitte keine Verwendung von vorgedruckten Rezeptaufklebern.
- Die Anzahl der verordneten Beutel sollte sich nach der erwarteten Behandlungsdauer richten.
- Rezepturbeutel (Compounding) werden als 4er Chargen von der Apotheke hergestellt und berechnet. Achten Sie daher bitte darauf, dass die Anzahl der verordneten Beutel durch vier teilbar ist, andernfalls erhöht sich der Preis pro Beutel.
- Werden Ampullen mit Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen als Rezeptur zusammen mit der Nahrungslösung als Rezeptur auf einem Rezept verordnet, so erhöht sich der Preis deutlich und der Beutel ist nur noch einen Tag haltbar. Wirtschaftlicher ist die getrennte Verordnung und das Zuspritzen der Ampullen in den Beutel kurz vor der Applikation.
- Verordnen Sie Hilfsmittel auf einem eigenen Rezept und kennzeichnen Sie das Feld „7“ durch Eindruck der Ziffer „7“.
- Die Angabe einer Diagnose erfolgt nur bei den Hilfsmittelverordnungen.

Welche Risiken sind mit der parenteralen Ernährung verbunden?

Alle Formen der parenteralen Ernährung sind immer auch mit Risiken verbunden. Insbesondere bei der Langzeittherapie ist unter anderem auf folgende Komplikationen zu achten:

- Katheterinfektionen im Bereich des venösen Zugangs,
- Refeeding-Syndrom mit den Symptomen der Volumenüberladung mit Ödembildung, Herzinsuffizienz

- und Lungenödem, Elektrolytstörungen, Herzrhythmusstörungen,
- metabolische und hepatische Komplikationen wie Hypertriglyzeridämie, Hyperglykämie, Fettleber, Fettleberhepatitis, Cholestase, Osteomalazie und Osteoporose,
- der Wasser-, Elektrolyt- und Zuckerhaushalt sowie die kardiozirkuläre Funktion sollten engmaschig überwacht werden.

In der Diskussion steht immer wieder das Spülen des venösen Zugangs mit verdünnten Heparinlösungen. Die Leitlinie zur parenteralen Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin empfiehlt das Spülen nicht benutzter zentraler Venenkatheter (ZVK) oder Portsysteme mit Heparin nicht und verweist dabei auf das Risiko einer heparininduzierten Thrombozytopenie sowie Inkompatibilitäten. Auch das Robert Koch-Institut sieht die Verwendung von verdünntem Heparin zur Spülung von Kathetern hinsichtlich der Vermeidung einer Katheterokklusion als nicht effektiver an als die Spülung mit physiologischer Kochsalzlösung (vergleiche Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 11/2002).

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

PARENTERALIA-REZEPTUREN

Zum 1. Januar 2010 gelten die nach der 15. AMG-Novelle beschlossenen neuen Abrechnungsmodalitäten für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen. Danach muss der Apotheker für jedes verarbeitete Fertigarzneimittel die Pharmazentralnummer, die entnommene Teilmenge und weitere abrechnungsrelevante Angaben in einem Datensatz auf den Verordnungsvordruck aufbringen. Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen finden sich ganz überwiegend in der Onkologie. Aber auch andere Wirkstoffklassen wie Antibiotika, Analgetika oder Virustatika können so zubereitet werden, dass sie parenteral applizierbar sind. Daneben sind von den neuen Abrechnungsmodalitäten auch Rezepturen zur parenteralen Ernährung betroffen.

Damit der Apotheker nach dem 1. Januar 2010 ein entsprechendes Rezept abrechnen kann und dieses nicht zurückweisen muss, ist es zwingend notwendig, dass pro Zubereitung nur ein Rezeptvordruck „Muster 16“ verwendet wird. Dies sieht die Vordruckvereinbarung zwar bereits seit längerem so vor, die Praxis zeigt jedoch, dass hiervon häufig abgewichen wird. Gerade in der Onkologie war und ist es üblich, in Form von Abkürzungen, standardisierte Therapieschemata, die mehrere Zubereitungen enthalten, auf einem Vordruck zu verordnen. Aufgrund von Platzmangel auf dem Verordnungsvordruck ist für den Apotheker das Abrechnen mehrerer Zubereitungen mittels eines Verordnungsvordrucks seit dem 1. Januar 2010 nicht mehr möglich, weshalb er solche Verordnungen zurückweisen muss. Wir bitten Sie, dies bei Ihren künftigen Verschreibungen zu berücksichtigen.

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

ARZNEIMITTELVEREINBARUNG 2010 – ZIELE 2010

Um Wirtschaftlichkeitsreserven auszu-schöpfen, sollten Sie innerhalb der nachfolgenden Arzneimittelgruppen vorrangig preisgünstige Arzneimittel verordnen. Wir empfehlen Ihnen die Wirkstoffverordnung der jeweiligen Leitsubstanz.

Stichwort Wirkstoffverordnung

Grundsätzlich ist es für Sie möglich, Arzneimittel lediglich über den Wirkstoffnamen zu verordnen. Nach der Arzneimittelverschreibungsverordnung reicht der vollständige Name des Wirkstoffes, die Wirkstärke und die Packungsgröße aus, um ein Arzneimittel eindeutig zu bezeichnen. Der Apotheker muss in diesem Fall einen bestehenden Rabattvertrag bedienen oder eines der drei günstigsten Präparate mit diesem Wirkstoff abgeben. Über diesen Weg ist eine wirtschaftliche Verordnung möglich.

Sollte Ihr Praxisverwaltungssystem bei der Arzneimittelverordnung keine reine Wirkstoffverordnung zulassen, können Sie sich behelfen, indem Sie die zum Wirkstoffnamen aufgedruckte Firma durchstreichen.

Beispiel

Simvastatin ~~XXXXX~~ 20 mg, 100 St.

Achten Sie bitte darauf, dass beim Wegstreichen der Firma der Wirkstoff vollständig auf dem Rezept steht. Es existieren nämlich auch Kombinationen aus der unvollständigen Wirkstoffbezeichnung und dem Firmennamen, zum Beispiel Simvaxxxx, Metoxxxx. Prinzipiell ist in jedem Praxisverwaltungssystem die Wirkstoffverordnung zumindest als Freitext möglich.

Wir führen auch 2010 Pharmakotherapieberatungen durch, um Sie beim

Erreichen dieser Wirtschaftlichkeitsziele sowie bei einer wirtschaftlichen Verordnungsweise zu unterstützen.

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

Arzneimittelgruppen mit Mindestmengenanteil der Leitsubstanz

Arzneimittelgruppe	Leitsubstanz	Mengenanteile auf DDD-Basis
HMG-CoA-Reduktasehemmer	Simvastatin	86,5 %
Selektive Betablocker	Bisoprolol und Metoprolol	90,5 %
Alpha-Rezeptorenblocker	Tamsulosin	80,3 %
Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren	Citalopram	55,1 %
Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose	Alendronsäure	78,0 %
ACE-Hemmer	Enalapril, Lisinopril, Ramipril	95,9 %
ACE-Hemmer-Diuretika-Kombinationen	Enalapril, Lisinopril, Ramipril (jeweils mit Diuretikum)	83,1 %
Nicht-steroidale Antirheumatika	Diclofenac, Ibuprofen	87,0 %
Antidiabetika exklusive Insuline	Sulfonylharnstoffe, Metformin	90,0 %
Calcium-Antagonisten	Amlodipin, Nitrendipin	76,0 %
Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer	Amityptilin	34,0 %

Abweichend von der Rahmenvorgabe wird gemäß Paragraph 84 Abs. 7 Satz 3 SGB V für die Arzneimittelgruppe der Schleifendiuretika kein Ziel vereinbart, weil ein höherer Anteil der Leitsubstanz in Bayern keine weiteren Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen würde.

Arzneimittelgruppen beziehungsweise Arzneimittel mit Verordnungshöchstquoten/-kosten

Arzneimittelgruppe/ Arzneimittel	Ziel	Wirkstoffgruppe	Zielwert (Höchst- quote/-kosten)
HMG-CoA-Reduktasehemmer und ezetimibhaltige Arzneimittel (Anteil ezetimibhaltiger Arzneimittel)	Quotierung nach DDD-Mengen	Anteil von ezetimibhaltigen Arzneimitteln einschließlich Kombinationen an der gesamten Gruppe der HMG-CoA-Reduktasehemmer und ezetimibhaltigen Arzneimittel	6,0 %
Antidiabetika exklusive Insuline (Anteil der GLP-1-Analoga)	Quotierung nach DDD-Mengen	Anteil der GLP-1-Analoga an der Gesamtgruppe der Antidiabetika exklusive Insuline	0,6 %
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	Quotierung nach DDD-Mengen	Anteil der AT1-Blocker und Renin-Antagonisten an der Gesamtgruppe der Arzneimittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System, einschließlich Kombinationen (ACE-Hemmer, AT1 Blocker und Renin-Antagonisten)	21,4 %
Opioide (ATC Code: N02A)	Bruttodurchschnittskosten je DDD	Bruttodurchschnittskosten je DDD in der Arzneimittelgruppe Opioide (abweichend von der Rahmenvorgabe werden keine Höchstquoten, sondern maximale Bruttodurchschnittskosten je DDD vereinbart)	5,45 Euro
Clopidogrelhaltige Arzneimittel	Bruttodurchschnittskosten je DDD	Bruttodurchschnittskosten je DDD für alle Clopidogrel-haltigen Arzneimitteln (abweichend von der Rahmenvorgabe werden keine Höchstquoten, sondern maximale Bruttodurchschnittskosten je DDD vereinbart)	1,70 Euro

Arzneimittelgruppen beziehungsweise Arzneimittel mit Verordnungsmindestquoten

Arzneimittelgruppe/ Arzneimittel	Ziel	Erläuterung	Zielwert (Mindestquote)
Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe (Anteil „biosimilarer“ Wirkstoffe)	Quotierung nach DDD-Mengen	Anteil von „biosilarem“ Erythropoietin an der gesamten Gruppe der Erythropoese-stimulierenden Wirkstoffe	30,0 %
Somatropin-haltige Arzneimittel (Anteil „biosimilarer“ Somatropine)	Quotierung nach DDD-Mengen	Wachstumshormon (Somatropin) Anteil von „biosilarem“ Somatropin an allen Somatropin-haltigen Arzneimitteln	7,5 %

Die Wirkstoffe einer Arzneimittelgruppe werden dabei aufgrund ihrer Zugehörigkeit nach der ATC-Klassifikation (Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation) der WHO ermittelt. Es handelt sich um die deutschen und nicht die internationalen DDD-Werte.

RICHTGRÖSSEN 2010

Für das Jahr 2010 sind mit den bayerischen Krankenkassen keine Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel vereinbart worden. Auf Grund von gesetzlichen und vertraglichen Veränderungen sowie datentechnischen Unsicherheiten war dies nicht rechtssicher möglich. Für diesen Fall hat der Gesetzgeber in Paragraph 106 Abs. 2 Satz 5 SGB V festgelegt, dass Richtgrößenprüfungen auf der Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben stattfinden. Einzelheiten hierzu sind der jeweils aktuellen Prüfungsvereinbarung zu entnehmen. Diese finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bayern/Gesamtprüfung*.

Einigkeit bestand mit den bayerischen Krankenkassen, für 2010 wiederum Leitsubstanzen, Quotierungen und maximale DDD-Kosten für bestimmte Arzneimittelgruppen zu vereinbaren. Ihr Vorteil dabei: Es wird angestrebt, das Erreichen Ihres individuellen Zielwertes im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen. Eine Malus-Regelung wurde nicht getroffen. Über die Vereinbarung von globalen Ausgabenvolumen für das Jahr 2010 konnten sich die Vertragspartner nicht einigen. Hierzu muss wohl das Landesschiedsamt Bayern entscheiden. Über die abschließende Arzneimittelvereinbarung 2010 berichten wir Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittelvereinbarung-2010*.

Natürlich informieren wir Sie auch in diesem Jahr regelmäßig über die Entwicklung Ihrer Arzneimittelverordnungen.

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

STOMAVERSORGUNG: HAUTSCHUTZMITTEL

Grundsätzlich gilt: Stomaversorgungsartikel sind Hilfsmittel und können zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Bei der Stomaversorgung können zur Pflege und Reinigung des Stomas oder zur Abhärtung und Abdeckung empfindlicher Haut Hautschutzmittel als Hilfsmittel verordnet werden, wenn die notwendige Pflege mit handelsüblichen Mitteln nicht ausreicht. Die dabei verordnungsfähigen Produkte sind im Hilfsmittelverzeichnis gelistet. Sie sind keine Arzneimittel! Bitte achten Sie bei der Verordnung auf die Kennzeichnung mit der Nummer „7“. Zur Behandlung anderer Erkrankungen dürfen diese Hautschutzmittel nicht verordnet werden. Hier können unter Berücksichtigung der Arzneimittel-Richtlinie nur Präparate, die als Arzneimittel oder Verbandmittel auf dem Markt sind, verordnet werden.

Das GKV-Hilfsmittelverzeichnis mit dem vollen Wortlaut aller von den Spitzenverbänden der Krankenkassen/Pflegekassen seit 1. Januar 2003 im Bundesanzeiger bekannt gemachten Nachträge zum Hilfs- und Pflegehilfsmittelverzeichnis finden Sie unter www.gkv-spitzenverband.de in der Rubrik *Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel*. Die Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Gesetzliche Grundlagen/Hilfsmittel*.

Vermeiden Sie Rückforderungsanträge der Krankenkassen. Bei abweichender Verordnungsweise müssen Sie mit Prüfungen rechnen. Klären Sie Ihre Verordnungsfragen deshalb rechtzeitig über unser Service-Telefon Verordnung.

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

VERORDNUNG VON INKONTINENZARTIKELN

Patienten, die Inkontinenzartikel benötigen, sollten gut und dennoch wirtschaftlich versorgt werden. Um Einsparpotentiale bei der Hilfsmittelversorgung zu nutzen, setzen die Krankenkassen verstärkt auf Lieferverträge mit dem preisgünstigsten Anbieter. Dabei können Inkontinenzslips, die nicht richtig sitzen oder auslaufen, zu einem Ärgernis für Betroffene und Angehörige werden und unter Umständen weitere Behandlungskosten verursachen.

Stichwort Lieferverträge: Nach einer seit 1. Juli 2008 geltenden gesetzlichen Regelung dürfen Hilfsmittel nur noch aufgrund von Hilfsmittel-Lieferverträgen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern an die Versicherten abgegeben werden. Dies bedeutet, dass Ihre Patienten unter Umständen Hilfsmittel nicht mehr bei ihrem gewohnten Hilfsmittel-Lieferanten beziehen können. Eine Ausnahme ist nur für den Fall vorgesehen, dass der Versicherte ein berechtigtes Interesse nachweisen kann, dass er das verordnete Hilfsmittel von einem anderen Hilfsmittel-Lieferanten bezieht.

In Ihrem Bemühen, die qualitative Versorgung für Ihre Patienten zu verbessern, können Sie sich durch unsere Mitarbeiter am Service-Telefon Verordnung unterstützen lassen.

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

ANPASSUNG DER QUALITÄTSZIRKELGRUNDSÄTZE

Mit Wirkung zum 1. Januar 2010 wurden die Grundsätze des Vorstands der KVB zur Qualitätszirkelarbeit aus dem Jahr 2005 angepasst. Die Anpassung erfolgte unter intensiver Mitarbeit der bayerischen QZ-Tutoren und des Lenkungsausschusses QM/QZ.

Die ärztlichen und psychotherapeutischen Qualitätszirkel (QZ) stellen ein erfolgreiches Instrument zur Qualitätsförderung in Bayern dar. Über 1.400 QZ werden im Bereich der KVB von etwa 1.150 Moderatoren betreut. Die QZ-Grundsätze des Vorstands der KVB regeln die QZ-Arbeit, insbesondere die Voraussetzungen zur Bildung neuer QZ, die Fort- und Weiterbildung von Tutoren und Moderatoren und die finanzielle Förderung der QZ.

Die Änderungen der QZ-Grundsätze im Überblick

1) Die Regelungen zur finanziellen Förderung (Vergütung des Moderators) wurden angepasst

Pauschale Vergütung des Moderators pro QZ-Sitzung bei elektronischer Dokumentation:

- vier bis sieben Teilnehmer und ein Moderator: 100,- Euro
- acht bis zehn Teilnehmer und ein Moderator: 110,- Euro
- elf bis 15 Teilnehmer und ein Moderator: 120,- Euro
- 16 bis 20 Teilnehmer und ein Moderator: 130,- Euro

Pauschale Vergütung des Moderators pro QZ-Sitzung bei Papierdokumentation:

- vier bis sieben Teilnehmer und ein Moderator: 70,- Euro
- acht bis zehn Teilnehmer und ein Moderator: 80,- Euro
- elf bis 15 Teilnehmer und ein Moderator: 90,- Euro

- 16 bis 20 Teilnehmer und ein Moderator: 100,- Euro

Darüber hinaus kann der fortgebildete Moderator unter bestimmten Voraussetzungen einen Zuschlag von 30,- Euro erhalten, wenn der QZ nach einem strukturierten Ablaufplan des QZ-Handbuchs der KBV durchgeführt wird.

Um eine sinnvolle Kontinuität in der QZ-Arbeit zu erreichen, sollten vier Sitzungen im Jahr durchgeführt werden. Daher werden bei der Abrechnung der ersten drei Sitzungen in einem Kalenderjahr Abzüge in der Moderatorenpauschale vorgenommen. Diese können im Anschluss an die Dokumentation einer vierten Sitzung ausbezahlt werden.

2) Die Regelungen zur Zusammenarbeit mit Dritten wurden geändert

Qualitätszirkel sollen unabhängig und unbeeinflusst von außen abgehalten werden. Eine Förderung der Qualitätszirkelarbeit beziehungsweise -sitzen durch Dritte, organisatorisch oder finanziell, ist nicht zulässig. Der Moderator hat eine entsprechende Erklärung abzugeben, dass sein Qualitätszirkel frei von wirtschaftlichen Interessen ist. Der KVB ist es gestattet, dies zu überprüfen.

3) Die Regelungen zur Anerkennung der QZ und der Moderatorentätigkeit wurden ergänzt

Es wurde klargestellt, dass die Anerkennung eines QZ beziehungsweise Moderators auch widerrufen werden kann und damit die finanzielle Förderung des QZ entfällt. Einzelne Widerstandsgründe wurden definiert (zum Beispiel Verstoß gegen die Sponsoring-Freiheit).

Genauere Einzelheiten der Änderungen entnehmen Sie bitte den QZ-Grundsätzen des Vorstands der KVB, die unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätszirkel* eingestellt sind.

Bei Fragen zu den QZ-Grundsätzen, zur QZ-Arbeit und zur eQZ können Sie sich gerne an unsere Mitarbeiter wenden unter Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 21
oder – 3 36

FORTFÜHRUNG DIABETES- VEREINBARUNGEN

Für das erste Quartal 2010 lassen BKK, Signal Iduna IKK und Knappschaft erneut sämtliche Leistungen der gekündigten Diabetesvereinbarungen gelten. Dieses positive Zwischenergebnis haben wir in den laufenden Vertragsverhandlungen erreicht. Die Verhandlungen deuten darauf hin, dass wir mit diesen Kassen zukünftig wieder Diabetesvereinbarungen abschließen können, die inhaltlich voraussichtlich der AOK-Diabetesvereinbarung entsprechen.

Wir empfehlen Ihnen, vorsorglich alle Schulungen noch im ersten Quartal 2010 abzuschließen. Schulungen für DMP-Patienten können weiterhin mit den gültigen Abrechnungsziffern des DMP-Vertrags abgerechnet werden, sofern Sie die entsprechende Berechtigung dafür haben. Die gültige Vergütungsübersicht finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Neue Versorgungsformen/DMP*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Tag der Niedergelassenen



Die KBV und Ihre KV laden Sie ein zum **Tag der Niedergelassenen am 7. Mai 2010 in Berlin**. Besuchen Sie das Forum der Vertragsärzte und -psychotherapeuten beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit.

Seien Sie dabei, wenn um 11 Uhr der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler mit Politikern und Ärzte-Vertretern die Frage debattiert: „Der Arzt im Wandel: Beruf statt Berufung?“

An allen drei Tagen des Hauptstadtkongresses (5. bis 7. Mai 2010) präsentieren wir Ihnen beim Info-Markt der KVen unsere Service-Angebote für Ihre Praxis.

Weitere Informationen finden Sie unter www.tag-der-niedergelassenen.de.

Politische Diskussion + Info-Markt der KVen + Speaker's Corner + Info-Veranstaltungen

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

9.00—10.30 Uhr:	Rahmenbedingungen für Medizinische Versorgungszentren	<input type="checkbox"/>
9.00—10.30 Uhr:	Der Hygieneplan in der Praxis	<input type="checkbox"/>
9.00—10.30 Uhr:	Qualitätsorientierte Vergütung	<input type="checkbox"/>
14.00—15.45 Uhr:	Medizinprodukte hygienisch richtig aufbereiten	<input type="checkbox"/>
14.00—15.45 Uhr:	Stichprobenprüfungen durch KVen: Qual oder Qualitätsbeleg?	<input type="checkbox"/>
16.15—18.00 Uhr:	Die neuen Kodierrichtlinien	<input type="checkbox"/>
16.15—18.00 Uhr:	Qualitätsmanagement: aktuelle Entwicklungen und Neuerungen	<input type="checkbox"/>

Freier Eintritt zum Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Praxispersonal. Melden Sie sich bis zum 30. April 2010 hier an:

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Faxanmeldung an 030/498550-30
oder online über www.hauptstadtkongress.de/tdn

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH

6 Fortbildungspunkte für
die Teilnahme am Tag der
Niedergelassenen
7. Mai 2010, ICC Berlin



Hauptstadtkongress 2010
Medizin und Gesundheit

5. bis 7. Mai 2010
im ICC Berlin

ONKOLOGIEVEREINBARUNG

Zum 1. Januar 2010 tritt die neue bundesweite Onkologievereinbarung (Anlage 7 zum BMV-Ä) in Bayern in Kraft.

Antrag auf Teilnahme

Die Teilnahme an der neuen Onkologievereinbarung setzt voraus, dass Sie einen formellen Antrag gestellt und eine entsprechende Genehmigung erhalten haben. Bitte beachten Sie, dass Sie auch dann einen Antrag stellen müssen, wenn Sie Teilnehmer an den bisher gültigen Onkologievereinbarungen waren. Sollten Sie noch keinen Antrag gestellt haben, können Sie das Formular unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Onkologie* herunterladen. Die neue Onkologie-Vereinbarung selbst finden Sie unter www.kbv.de in der Rubrik *Rechtsquellen/Bundemantelverträge/Anlage 7 zum BMV-Ä*.

Überblick zu den neuen Teilnahmevoraussetzungen, Auflagen und sonstigen Vorgaben (die zitierten Paragraphen beziehen sich auf die neue Onkologievereinbarung)

1) Fachliche Teilnahmevoraussetzungen:

- Führen des Schwerpunkts Hämatologie und internistische Onkologie oder
- der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie oder
- einer Gebietsbezeichnung, die diese Inhalte erfüllt, zum Beispiel Gynäkologe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie, vergleiche Paragraph 3 Absatz 2, **und**
- Betreuung einer Mindestanzahl onkologischer Patienten innerhalb der letzten zwölf Monate vor Antragstellung, vergleiche Paragraph 3 Absatz 4

- Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie: durchschnittlich 120 Patienten pro Quartal und Arzt mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung
- andere Fachgruppen: durchschnittlich 80 Patienten pro Quartal und Arzt mit soliden Neoplasien, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung

2) Weitere Teilnahmevoraussetzungen:

- Organisatorische Voraussetzungen, vergleiche Paragraph 5: Diese wurden im Vergleich zu den bisher gültigen Onkologievereinbarungen verschärft. So sind unter anderem Nachweise zur Qualifikation des Pflegepersonals (staatlich anerkannte Zusatzqualifikation zur Pflege onkologischer Patienten) sowie zu räumlichen und apparativen Anforderungen zu erbringen (zum Beispiel für bettlägerige Patienten erreichbare Behandlungsplätze, separate Behandlungsräume für immundefiziente Patienten, programmierbare Medikamentenpumpe).
- Bildung einer onkologischen interdisziplinären Kooperationsgemeinschaft, vergleiche Paragraph 6: Die Zusammensetzung und Arbeit der Kooperationsgemeinschaft wurde neu festgelegt. Insbesondere müssen in der Kooperationsgemeinschaft ein Schwerpunkt-Hämatonkologe und ein Palliativmediziner vertreten sein.

3) Jährlich zu erfüllende Auflagen zur Aufrechterhaltung der Teilnahme, vergleiche Paragraph 7:

- Erfüllung der in Paragraph 3 Absatz 4 festgelegten Patientenzahlen,
- onkologische Fortbildung des Arztes (50 Fortbildungspunkte) und des Praxispersonals,
- Teilnahme an mindestens zwei nachweislich industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen.

4) Überprüfung der Dokumentation, vergleiche Paragraphen 8, 10:

Die Anforderungen an die patientenbezogene Dokumentation werden jährlich bei acht Prozent der teilnehmenden Ärzte und 20 Fällen pro Arzt stichprobenhaft durch die Onkologiekommission überprüft.

Übergangsregelungen

1) Fortführung der Therapie medikamentös anbehandelter Patienten durch Teilnehmer an den bisher gültigen Onkologievereinbarungen:

Mit den Krankenkassen wurde vereinbart, dass Sie die Therapie Ihrer medikamentös anbehandelten Patienten über den 1. Januar 2010 hinaus fortführen können, auch wenn Ihnen (noch) keine Genehmigung zur Teilnahme an der neuen Onkologievereinbarung erteilt wurde. Bitte beachten Sie, dass Sie für die Behandlung dieser Patienten maximal bis zum 30. Juni 2010 die Kostenpauschalen nach der neuen Onkologievereinbarung abrechnen können, wenn Sie keine Genehmigung zur Teilnahme an der neuen Onkologievereinbarung erhalten können.

2) Modifikationen zur Erfüllung der Patientenmindestzahlen nach Paragraph 3 Absatz 4 – gültig für Ärzte, die die fachliche Qualifikation nach Paragraph 3 Absatz 2 erfüllen:

a) Sofern Sie innerhalb der letzten 24 Monate zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder angestellt wurden oder innerhalb der letzten 24 Monate eine Genehmigung zur Teilnahme an einer der bisher gültigen Onkologievereinbarungen erhalten haben, dürfen Sie die vorgeschriebenen Patientenmindestzahlen innerhalb weiterer 24 Monate ab Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an der neuen Onkologievereinbarung noch unterschreiten (so genannte „Neu-/Jungpraxenregelung“, vergleiche Paragraph 3 Absatz 6).

b) Mit den Krankenkassen wurde auf Grundlage von Paragraph 3 Absatz 7 Satz 1 vereinbart, dass die so genannte „Neu-/Jungpraxenregelung“ (Möglichkeit zur Unterschreitung der Patientenmindestzahlen für weitere 24 Monate) aus Sicherstellungsgründen auch für alle übrigen Ärzte Anwendung findet, die nach Paragraph 3 Absatz 2 qualifiziert sind, mit folgender Maßgabe:

Pro Arzt und Quartal ist mindestens die folgende Anzahl von Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung innerhalb von 24 Monaten stufenweise nachzuweisen:

- ab 1. Juli 2010: 5 Patienten
- ab 1. Januar 2011: 10 Patienten
- ab 1. Juli 2011: 15 Patienten

Ab 1. Januar 2012 müssen die in Paragraph 3 Absatz 4 festgelegten Zahlen vollständig erfüllt werden.

3) Befristete Teilnahmegenehmigung aus Sicherstellungsgründen – ohne Erfüllung der neuen fachlichen Qualifikation beziehungsweise ohne Erfüllung der Patientenmindestzahlen, vergleiche Paragraph 3 Absatz 7 Satz 2: Teilnehmern an den bisher gültigen Onkologievereinbarungen kann eine

– bis 31. Dezember 2010 – befristete Genehmigung zur Teilnahme an der neuen Onkologievereinbarung ausnahmsweise dann erteilt werden, wenn die Prüfung im Einzelfall ergibt, dass der Arzt zur Sicherstellung der onkologischen Versorgung unabdingbar ist. Jedoch müssen auch in diesem Fall vom Arzt sämtliche organisatorischen Voraussetzungen nach Paragraph 5 sowie die Anforderungen an die onkologische Kooperationsgemeinschaft nach Paragraph 6 erfüllt 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

E-DOKU KURATIVE MAMMOGRAPHIEN

Im Rahmen des Strukturvertrags kurative Mammographie (Vertragsdauer: 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2008) haben sich die teilnehmenden Gynäkologen und Radiologen in Bayern verpflichtet, die erbrachten kurativen Mammographieaufnahmen elektronisch zu dokumentieren (E-Doku). Einige Ärzte haben ausschließlich über das KVB-Portal dokumentiert. Damit alle mammographierenden Ärzte ihre persönlichen Dokumentationen einsehen können, erhalten Sie ab sofort Zugriff zu Ihren Daten über SmarAkt.

Hier eine Kurzanleitung für Ihren persönlichen Zugriff in SmarAkt:

- Wählen Sie den Akzentyp „Mammographieakte“.
- Geben Sie Ihre persönliche ArztID ein.
- Aktivieren Sie die Funktion „Suchen“.
- Wählen Sie das gewünschte Quartal.

Wir haben die Daten zu Ihrer Vereinfachung in Quartale aufgeteilt und in Excel-Dateien aufbereitet.

Bei technischen Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 18 05 / 70 86 70*
E-Mail SafeNet-IT-Support@kvb.de

ARZT-PATIENTEN- KOMMUNIKATION

Unter dem Motto „Zuhören zählt sich aus!“ findet am **Freitag, 29. Januar 2010** in der Bayerischen Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, in München von 9.00 bis 17.00 Uhr eine **interdisziplinäre Fachtagung** zu Problemen und Lösungsansätzen in der Arzt-Patienten-Kommunikation statt.

Die Veranstaltung richtet sich an Ärzte, Vertreter von Hochschulen, Gesundheitspolitik und Krankenkassen sowie Fachjournalisten und geht den Ursachen und Auswirkungen von Kommunikationsproblemen im Arzt-Patienten-Verhältnis nach. Die Förderung des Zuhörens und der Gesprächsführung als medizinische Kernkompetenz stehen im Mittelpunkt. Thematisiert wird der Handlungsbedarf in der Aus- und Weiterbildung sowie im Vergütungssystem.

Die Tagung ist für das „Fortbildungszertifikat“ der Bayerischen Landesärztekammer mit acht Punkten anrechenbar.

Ansprechpartner:
Prof. Dr. Hermann Fueßl
Itd. Arzt Somatische Querschnittsbereiche
am Klinikum München-Ost
E-Mail: Hermann.Fueessl@iak-kmo.de

Anmeldung bis spätestens
15. Januar 2010:
E-Mail: i.goedrich@lzg-bayern.de
Fax: 0 89 / 21 84 – 3 59

KVB FÖRDERT ALLGEMEINMEDIZINISCHE WEITERBILDUNG

Die KVB macht sich seit langem dafür stark, die allgemeinmedizinische Weiterbildung für den medizinischen Nachwuchs attraktiv zu gestalten. Um die ambulante flächendeckende Versorgung der bayerischen Bevölkerung im hausärztlichen Bereich in qualitativ hochwertiger Form weiterhin zu gewährleisten, unterstützt die KVB die Weiterbildung von angehenden Hausärzten auf vielfältige Weise. So hat sich die KVB seit geraumer Zeit für eine Erhöhung der Fördermittel, die von ihr und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen werden, eingesetzt, mit dem Ergebnis, dass die Förderung von bisher 2.040 Euro je Ganztagsstelle ab dem 1. Januar 2010 auf 3.500 Euro erhöht wird.

Attraktive Rahmenbedingungen für KVB-Mitglieder:

- Förderungsfähigkeit der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin.
- Förderungsfähigkeit der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin nach der Weiterbildungsordnung 1993 (Achtung: Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ist nur bis zum 31. Juli 2011 möglich).
- Monatliche Förderung derzeit in Höhe von 3.500 Euro bei Ganztagsbeschäftigung und 1.750 Euro bei Halbtagsbeschäftigung.

Voraussetzungen für die Gewährung der Fördermittel:

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

Wichtig:

- Der weiterbildende Arzt muss eine **Weiterbildungsbefugnis nach der WBO 2004** vorweisen, wenn der Weiterbildungsassistent eine Weiterbildung nach der WBO 2004 durchführt. Ansonsten ist eine Auszahlung der Fördermittel nicht möglich!
- Der zu fördernde Weiterbildungsabschnitt des Weiterbildungsassistenten muss nach der Weiterbildungsordnung auf die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin beziehungsweise zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin anrechnungsfähig sein.
- Der Weiterbildungsabschnitt muss mindestens sechs Monate betragen (Weiterbildungsabschnitte mit weniger als sechs Monaten Dauer sind nur förderungsfähig, wenn diese Abschnitte für die Weiterbildung in den Gebieten Allgemeinmedizin beziehungsweise Innere und Allgemeinmedizin nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung von der Bayerischen Landesärztekammer als anrechnungsfähig anerkannt wurden).
- Der Weiterbildungsassistent muss über die ärztliche Approbation oder eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes nach Paragraph 10 Bundesärzteordnung verfügen.

Die Fördermittel können bei der KVB beantragt werden. Die entsprechenden Antragsformulare sind im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Allgemeinmedizin – Förderung* abrufbar.

Angehende Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, die eine freie Weiterbildungsstelle im ambulanten oder stationären Bereich suchen, können

den Vermittlungspool „Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin“ der KVB nutzen. Durch ihn wird es für angehende Hausärzte einfacher, die einzelnen Ausbildungsabschnitte wohnortnah auszuwählen und zeitlich gut aufeinander abzustimmen. Sie finden den Vermittlungspool unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote*.

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

ZULASSUNG PSYCHOTHERAPEUTEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie hinsichtlich der Quotenregelung in der psychotherapeutischen Versorgung beschlossen. Danach sind in jedem Planungsbereich 20 Prozent der Zulassungsmöglichkeiten denjenigen psychotherapeutischen Leistungserbringern vorbehalten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln. Dieser Beschluss ist am 18. November 2009 in Kraft getreten.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern hat zwischenzeitlich über mögliche Zulassungen von psychotherapeutisch tätigen Ärzten und von Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, entschieden. In einzelnen Planungsbereichen ist ebenfalls eine Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen (partielle Entsperrung) erfolgt.

Für Zulassungen von Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, gilt eine Stufenregelung: In jedem Planungsbereich muss zunächst ein Versorgungsanteil von zehn Prozent erreicht werden, bevor auf 20 Prozent aufgestockt werden kann. Die Anzahl der neu zu besetzenden Vertragsarzt- beziehungsweise Vertragspsychotherapeutesitze sind im Bayerischen Staatsanzeiger in der Ausgabe vom 4. Dezember 2009 veröffentlicht. Interessenten haben seitdem die Möglichkeit, innerhalb einer Frist von acht Wochen ihren Zulassungsantrag beim entsprechenden Zulassungsausschuss einzureichen.

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

FORTBILDUNG „AKUTSITUATIONEN IM ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST“

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

Ihre Vorteile:

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

Zielgruppen:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter oder im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO)
- Sonstige interessierte Ärzte

Modul I

- Kardiozirkulatorische Nofälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council (ERC)
- Effizientes Mega-Code Training in Kleinstgruppen

Fortbildungspunkte: 9
Teilnahmegebühr: 90,- Euro
Uhrzeit: 9.00 – 16.15 Uhr

Termine:

Samstag, 20. März 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Samstag, 8. Mai 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Samstag, 17. Juli 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Samstag, 2. Oktober 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 4. Dezember 2010
 KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II

- Pädiatrische Akut- und Nofälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 10. März 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 14. April 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 9. Juni 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 20. Oktober 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 4
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 – 20.35 Uhr

Termine:

Mittwoch, 21. April 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 12. Mai 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 22. September 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 10. November 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul IV (fakultatives Modul) neu!

- Bauchschmerzen und der „akute Bauch“
- Gynäkologische Akutfälle im Bereitschaftsdienst
- Der psychiatrische Notfall im Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 21. Juli 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 29. September 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Die Fortbildungen sind in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt. Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89.

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

DIE NÄCHSTEN SEMINARTERMINE DER KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu QM-Seminaren

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

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Hausärzte

Abrechnungsworkshop Anästhesisten

Arzneimittelvereinbarung 2010 und pharmakologische Fortbildung

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung für Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Arzneimittelvereinbarung 2010 und pharmakologische Fortbildung

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Arzneimittelvereinbarung 2010 und pharmakologische Fortbildung

Arzneimittelvereinbarung 2010 und pharmakologische Fortbildung

Arzneimittelvereinbarung 2010 und pharmakologische Fortbildung

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Abrechnungsworkshop Hausärzte

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Augenärzte

QM-Seminare

Ausbildung zur Qualitätsmanagementbeauftragten DIN EN ISO

Hygienemanagement in Arztpraxen

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Januar 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. Januar 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Januar 2010	19.30 bis 22.30 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Januar 2010	17.30 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Januar 2010	17.30 bis 20.30 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Januar 2010	17.30 bis 20.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Januar 2010	17.30 bis 20.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Januar 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Januar 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	21. Januar 2010	19.30 bis 22.30 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Januar 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	27. Januar 2010	17.30 bis 20.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	27. Januar 2010	17.30 bis 20.30 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	27. Januar 2010	17.30 bis 20.30 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. Januar 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. Februar 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. Februar 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. Februar 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Februar 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Februar 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	250,- Euro	25. Februar 2010 26. Februar 2010	9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	3. März 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	5. März 2010 6. März 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 26 Abrechnungsabgabe Quartal 1/2010
- 27 Zahlungstermine im Jahr 2010
- 27 Honorarreform – Informationen für das Quartal 2/2010
- 29 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 2/2010
- 30 Antragsverfahren auf Anpassung des RLV 1/2010
- 30 Abrechnungsziffern im DMP Brustkrebs

VERORDNUNGEN

- 30 Saugende Inkontinenzhilfen
- 31 Arzneimittelherstellung durch Ärzte – Übergangsfrist endet

QUALITÄT

- 32 Aktuelles zur Ultraschallvereinbarung
- 32 Ultraschalldiagnostik: Ärztliche Fachberater gesucht
- 33 Ultraschalldiagnostik: Gewährleistungserklärungen online
- 34 Qualitätszirkel: Kollegialer und interdisziplinärer Erfahrungsaustausch
- 35 Hautkrebsscreening: eDoku für alle

ALLGEMEINES

- 35 Sprechstundentätigkeit: Mindestzeiten
- 36 SmarAkt – wichtige Praxisinformationen im direkten Zugriff
- 37 Schwangerschaftskonfliktgesetz
- 38 Honorierung im PKV-Basistarif

INFORMATIONEN FÜR HAUSÄRZTE

- 39 BARMER GEK unterstützt KVB-Pflegeheimprojekt
- 39 LKK-Hausarztvertrag läuft weiter

SEMINARE

- 39 Impfortbildungen für Haus- und Kinderärzte
- 40 Info-Veranstaltung zur Investitionsförderung
- 40 Thementag „IT, Vernetzung und eDokumentation“
- 41 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 42 Die nächsten Seminartermine der KVB

Abrechnungsabgabe Quartal 1/2010

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen für das 1. Quartal 2010 bis spätestens **Montag, den 12. April 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* 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: „Nach Einreichung der Abrechnung ist eine Ergänzung der Abrechnung um noch nicht angesetzte Leistungspositionen oder ein Austausch angesetzter Leistungspositionen durch den Vertragsarzt ausgeschlossen“. Siehe dazu auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“*.

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 MVZ.

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* und in den FAQ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/FAQ*.

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 Rubrik *Praxis/Abrechnung/Besondere Kostenträger*.

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

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de oder unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 13 8 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

Zahlungstermine im Jahr 2010

10. März 2010

2. Abschlagszahlung 1/2010

im März 2010

Restzahlung 3/2009

12. April 2010

3. Abschlagszahlung 1/2010

30. April 2010

Restzahlung 4/2009

10. Mai 2010

1. Abschlagszahlung 2/2010

10. Juni 2010

2. Abschlagszahlung 2/2010

12. Juli 2010

3. Abschlagszahlung 2/2010

30. Juli 2010

Restzahlung 1/2010

10. August 2010

1. Abschlagszahlung 3/2010

10. September 2010

2. Abschlagszahlung 3/2010

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

Honorarreform – Informationen für das Quartal 2/2010

Freie Leistungen 2/2010

Neben dem RLV gibt es die so genannten Freien Leistungen. Sie werden mit den in der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgewiesenen Beträgen vergütet. Hier die Übersicht:

a) Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe)
- Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520
- Leistungen des Abschnitts 1.7.1 bis 1.7.4
- Früherkennungsuntersuchung U 7a
- Hautkrebsscreening
- Durchführung von Vakuumstanzbiopsien
- Strahlentherapie
- Phototherapeutische Keratektomie
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Substitutionsbehandlung
- GOP 30920, 30922 und 30924 (Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten Versorgung von HIV-Infizierten)

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

b) Leistungen außerhalb des RLV (innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung)

Hausärztlicher Versorgungsbereich:

- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
- Leistungen im organisierten Notfalldienst

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

Fachärztlicher Versorgungsbereich:

- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
- Leistungen im organisierten Notfalldienst
- Besuche (GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415)
- Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
- Leistungen des Abschnitts 5.3
- Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)

- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)
- Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantatträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677 (analog Kapitel 4))
- Auswertung des Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 13253, 27323)
- Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6
- Bronchoskopien (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670)
- Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222)
- Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
- ESWL (GOP 26330)
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
- Polysomnographie (GOP 30901)
- Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- MRT-Angiographie des Abschnitts 34.4.7
- Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des Abschnitts 35.2
- Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40
- Leistungen in kurativ-stationären Fällen, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert werden

Qualitätsgebundene Fallwertzuschläge

Über die so genannten Fallwertzuschläge steht Ihnen ein zusätzliches Honorarvolumen zur Verfügung. Dieses Honorarvolumen ergibt sich aus der Multiplikation der eigenen RLV-relevanten Fallzahl (siehe Zuwei-

1. Fallwertzuschläge zum RLV für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs

Leistung	GOPen	Euro
Sonographie	33000 – 33002, 33010 – 33012, 33040 – 33044, 33050 – 33052, 33060 – 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 – 33092	3,50
Psychosomatik	35100 und 35110	3,00
Prokto/Rektoskopie	03331 bzw. 04331	1,00
Kleinchirurgie	02300 – 02302	1,50
Langzeit-EKG	03322 bzw. 04322	1,00
Langzeit-Blutdruckmessung	03324 bzw. 04324	1,00
Spirometrie	03330 bzw. 04330	1,00
Ergometrie	03321 bzw. 04321	1,50
Chirotherapie	GOPen des Abschnitts 30.2 EBM	1,00

2. Fallwertzuschläge zum RLV für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs (Teilradiologie): Leistungsbereich Diagnostische Radiologie für Fallwertzuschlag (GOP 34210 – 34282)

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

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 2/2010

sungsbescheid für das jeweilige Quartal) mit dem je Leistungsbereich ausgewiesenen Betrag. Weitere Details zur Berechnung und Verrechenbarkeit finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/RLV*.

Regelungen für Neupraxen und Jungpraxen

1. Neupraxen/Neuanfänger

Für Ärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren (Neupraxis) wird die eigene (RLV-relevante) Fallzahl des Abrechnungsquartals angesetzt. Da diese Zahlen erst mit der tatsächlichen Abrechnung vorliegen, wird im Zuweisungsbescheid zunächst ein fachgruppenschnittliches RLV als (maximal erreichbare) Obergrenze mitgeteilt.

Soweit die eigene Fallzahl im Abrechnungsquartal dann den im Zuweisungsbescheid mitgeteilten Fachgruppenschnitt überschreitet, verbleibt es beim Ansatz des Fachgruppenschnitts.

2. Jungpraxen

Unter einer Jungpraxis versteht man eine Praxis, die sich noch im Aufbau befindet. Eine Praxis ist dann nicht mehr im Aufbau, wenn seit der ersten Niederlassung des Arztes mehr als 20 Quartale vergangen sind und/oder der Fachgruppenschnitt (Fallzahl) im Vorjahresquartal erreicht ist.

Jungpraxen erhalten mit der RLV-Zuweisung ihre tatsächlich im Vorjahresquartal abgerechneten Fälle mitgeteilt. Parallel dazu werden wir die entsprechenden Durchschnittsfallzahlen (aus dem Vorjahresquartal) und die RLV-Fallwerte der Fachgruppen im Internet

zur Verfügung stellen. Die Obergrenze für eine Jungpraxis ergibt sich aus der Multiplikation des RLV-Fallwertes mit der Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe.

Mit der Abrechnung wird dann bei Ärzten, die unter die Jungpraxisregelung fallen, die eigene (RLV-relevante) Fallzahl des Abrechnungsquartals angesetzt. Soweit jedoch die eigene Fallzahl im Abrechnungsquartal über dem Fachgruppenschnitt liegt, kommt der Fachgruppenschnitt zum Ansatz.

Hinweis:

Die Umsetzung für Neuanfänger und Jungpraxen erfolgt mit der Honorarabrechnung automatisch. Eine gesonderte Antragstellung ist nicht erforderlich. Konkrete Berechnungsbeispiele finden Sie in den KVB INFOS 12/2009.

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

Für die psychotherapeutischen Fachgruppen werden nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27. und 28. August 2008 seit 1. Januar 2009 keine RLV berechnet. Vielmehr gelten auch nach dem Beschluss vom 22. September 2009 weiterhin zeitbezogene Kapazitätsgrenzen. Diese werden auf Grundlage des entsprechenden Vorjahresquartals berechnet und sind je Quartal leicht unterschiedlich.

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 2/2010 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	31.460
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	30.750
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.090
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	31.320

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

Antragsverfahren auf Anpassung des RLV 1/2010

In Ihren bisherigen RLV-Anpassungsbescheiden finden Sie den Hinweis: „Die Entscheidung über eine RLV-Anpassung aufgrund einer Fallwert-erhöhung gilt für insgesamt vier Quartale, also für 1/2009 bis 4/2009“.

Der Vorstand der KVB hat entschieden, dass die Umsetzung der Fallwert-Erhöpfungsfaktoren aus dem Jahr 2009 bis zur Änderung der RLV-Systematik, soweit keine vertraglichen Änderungen eine Anpassung erfordern, weiterhin gilt.

Sollten Ihre **Stattgabevoraussetzungen** aus dem **Jahr 2009 weiterhin unverändert** vorliegen, so ist eine **erneute Antragsstellung für das 1. Quartal 2010 nicht erforderlich**.

Bitte beachten Sie auch unsere Informationen in den FAQ „Antrag auf Anpassung RLV“.

Alle weiteren Informationen zum Thema RLV finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/RLV*.

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

Abrechnungsziffern im DMP Brustkrebs

Aus technischen Gründen werden ab dem 1. Quartal 2010 die in der Tabelle aufgeführten Abrechnungsziffern **automatisch** durch die KVB umgesetzt. Die Abrechnung der Leistungen durch Sie erfolgt weiterhin durch die bisherigen Ziffern. Bitte beachten Sie, dass in der Häufigkeitsstatistik zum Honorarbescheid nicht mehr die von Ihnen angesetzte Ziffer aufgeführt ist (zum Beispiel 40500L), sondern die umgesetzte Ziffer (92694A). Die genannten Leistungen können weiterhin nur auf Überweisungsschein durch Fachärzte für Nuklearmedizin mit entsprechender Genehmigung im DMP Brustkrebs abgerechnet werden.

Durch den Arzt weiterhin anzusetzende Ziffer	In der Häufigkeitsstatistik aufgeführte Ziffer
40500L	92694A
40502L	92694B
40504L	92694C
40506L	92694D
40508L	92694E
40510L	92694F
40512L	92694G
40520L	92694H
40524L	92694I
40526L	92694J
40528L	92694K
40532L	92694L
40534L	92694M
40536L	92694N
40538L	92694P
40550L	92694Q
40552L	92694R
40566L	92694S
40576L	92694T

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

Saugende Inkontinenzhilfen

Verordnung für den häuslichen Bereich: Inhalt und Umfang der Hilfsmittelverordnung – Produktgruppe 15

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ermöglicht den gesetzlichen Krankenkassen zu entscheiden, welche Lieferanten Hilfsmittel an die Versicherten abgeben. Unabhängig von Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Lieferanten (zum Beispiel Apotheken) ist für die Verordnungsmodalitäten nach wie vor die aktuelle Hilfsmittel-Richtlinie bindend. Dort wird unter anderem der Inhalt der Verordnung (Paragraph 7) geregelt.

Auf der Verordnung sind anzugeben:

- Bezeichnung des Hilfsmittels: entweder Produktart oder siebenstellige Hilfsmittel-Positionsnummer; kein Produktname!
- Anzahl
- Diagnose
- Hinweise (beispielsweise über Zweckbestimmung, Art der Herstellung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Lieferanten gewährleisten

Die Angabe der Verordnungsdauer ist sinnvoll, jedoch keine verpflichtende Angabe gemäß Hilfsmittel-Richtlinie. Sie erleichtert für die abgebende Stelle die Berechnung der Zuzahlung. Die Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel beträgt zehn Prozent des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch maximal zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf (Paragraph 33 Absatz 8 SGB V).

Wir empfehlen Ihnen, die Notwendigkeit der Inkontinenzversorgung alle drei bis sechs Monate zu prüfen. Ausführliche Informationen zur „Produktgruppe 15 – Inkontinenzhilfen“ stellen

Arzneimittelherstellung durch Ärzte – Übergangsfrist endete

wir Ihnen gerne auf Anfrage zur Verfügung.

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

Bisher konnten Ärzte Arzneimittel (zum Beispiel Dermatika, Zytostatika oder individuelle Allergietests) selbst herstellen und persönlich anwenden – soweit dies unter ihrer unmittelbaren fachlichen Verantwortung erfolgte – ohne dass diese Arzneimittelherstellung von den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes (AMG) erfasst wurde. Nun unterliegt sie ebenfalls den Bestimmungen des AMG und ist nach Paragraph 67 AMG anzeigepflichtig. Ärzte bedürfen keiner Herstellungserlaubnis soweit die Arzneimittel unter ihrer unmittelbaren fachlichen Verantwortung zum Zweck der persönlichen Anwendung bei bestimmten Patienten hergestellt werden (Paragraph 13 AMG). Für alle Personen, die bereits vor dem 23. Juli 2009 (auf der Grundlage des ehemaligen Paragraphen 4a Satz 1 Nummer 3 AMG) Arzneimittel hergestellt haben, bestand eine Übergangsfrist zur Anzeige dieser Tätigkeit bis zum 1. Februar 2010.

Besonderheiten:

Für die Rekonstitution von Arzneimitteln (im Sinne von Paragraph 4 Nummer 31 AMG) ist die oben genannte Anzeige nicht erforderlich. Jegliche andere Anfertigung oder Zubereitung, die über die reine Rekonstitution mit dem einem Arzneimittel beige packten Lösungsmittel hinausgeht, stellt eine Herstellung gemäß Paragraph 4 Nummer 14 AMG dar.

Folgende Beispiele veranschaulichen, welche Arbeitsschritte als Herstellungsprozess aufzufassen sind:

- Verdünnen eines Konzentrates mit einem nicht beige packten oder einem anderen Lösungsmittel
- Auflösen einer Trockensubstanz mit einem nicht beige packten oder einem anderen Lösungsmittel
- Mischinjektionen und -infusionen
- Blut- und Blutprodukte sowie Anreicherung von Eigenblut
- Gewebe oder Gewebezubereitungen

- Herstellung von Therapieallergenen
- Dermatika wie beispielsweise epikutane Testzubereitungen
- Nasenlavage
- Plättchenreiches Plasma
- Organtherapeutika
- Radioaktive Arzneimittel

Arzneimittel für klinische Prüfungen, Arzneimittel für neuartige Therapien und xenogene Arzneimittel, soweit diese genetisch modifiziert oder durch andere Verfahren in ihren biologischen Eigenschaften veränderte lebende Körperzellen sind oder enthalten, fallen ausdrücklich nicht unter die Ausnahmeregelung des Paragraphen 13 Absatz 2 AMG. In diesen Fällen wird immer eine Herstellungserlaubnis benötigt. Im Fall einer erlaubnisfreien Herstellung von Arzneimitteln reichen die Ärzte ihre Anzeige nach Paragraph 67 AMG bei der jeweils örtlich zuständigen Regierung mit einer beglaubigten Kopie ihrer Approbation formlos unter Angabe der Betriebsstätte (Adresse, Erreichbarkeit, Telefon, Fax, E-Mail), des Verantwortlichen (Hersteller/Anwender) und der Bezeichnung und der Zusammensetzung des hergestellten Arzneimittels ein. Kann die genaue Zusammensetzung nicht angegeben werden (zum Beispiel bei individuellen Allergietests), soll die Herstellung möglichst genau beschrieben werden (etwa durch Nennung von Arzneimittelgruppen oder Produktgruppen).

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Sonstiges/Buchstabe „A“* finden Sie ein Merkblatt zur Erstattung der Anzeige nach Paragraph 67 AMG.

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

Aktuelles zur Ultraschallvereinbarung

Mit der Umsetzung der Neufassung der Ultraschallvereinbarung (USV) hat die KVB in den letzten Wochen erste Dokumentationsunterlagen für die Stichprobenprüfung angefordert. Zudem werden zum 30. Juni 2010 zwei wichtige Übergangsregelungen hinsichtlich der Antragstellung und der Ultraschallkursysteme auslaufen.

Ablauf der Stichprobenprüfung

Auf Grundlage des Paragraphen 11 der USV führt die KVB aktuell die vorgesehenen Stichprobenprüfungen durch. Hierzu werden nach dem Zufallsprinzip die Bilddokumentationen und ärztlichen Dokumentationen zu fünf abgerechneten Ultraschalluntersuchungen angefordert. Anders als in der Bildabnahme- und Konstanzprüfung erfolgt damit die Anforderung patientenbezogen. Nicht nur für die ärztliche Dokumentation, sondern auch für die Bilddokumentationen gibt die USV Standards vor (Paragraph 10 Absätze 2 bis 4).

Dem Anforderungsschreiben liegt umfangreiches Informationsmaterial bei, eine Dokumentationshilfe für die ärztliche Dokumentation ist im Internet verfügbar. Beides finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Ultraschallvereinbarung/Stichprobenprüfung*.

Übergangsregelungen enden zum 30. Juni 2010

Die Möglichkeit zur Antragstellung nach den Regelungen der bis 30. März 2009 geltenden Altfassung der Ultraschallvereinbarung endet zum 30. Juni 2010 (Paragraph 16 Absatz 2 USV). Bei Erwerb der fachlichen Befähigung im Ultraschallkursystem endet zu diesem Zeitpunkt auch die Gültigkeit der Vorgaben

der Ultraschallvereinbarung vom 10. Februar 1993 (Paragraph 16 Absatz 3 USV).

Wir empfehlen Ihnen, bei Bedarf Ihre Unterlagen zu sichten und gegebenenfalls rechtzeitig einen Antrag zu stellen.

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

Ultraschalldiagnostik: Ärztliche Fachberater gesucht

Seit dem In-Kraft-Treten der neuen Ultraschallvereinbarung am 1. April 2009 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich der Qualitätssicherung der Ultraschalldiagnostik eine Vielzahl neuer Aufgaben durchzuführen. Insbesondere die nunmehr notwendigen Bildabnahme- und Stichprobenprüfungen haben sich als sehr arbeitsaufwändig erwiesen.

Im Zuge der Konstanz- sowie der Stichprobenprüfungen müssen ärztliche Fachexperten unter anderem Bild- sowie ärztliche Dokumentationen, die durch Mitarbeiter der Verwaltung vorbereitet wurden, anhand eines Kriterienkatalogs überprüfen. Ergänzend sind im Bereich der Stichprobenprüfungen im Einzelfall auch fachliche Kolloquien durchzuführen.

Für diese Aufgaben sucht die KVB Vorprüfer/Fachberater, die zum Teil von zu Hause aus oder bei entsprechender fachlicher Expertise und Eignung gegebenenfalls auch als Mitglied einer Kommission des Vorstands tätig werden können. Die Sitzungen der Vorstandskommissionen finden nach Absprache an verschiedenen Standorten der KVB statt. Die Tätigkeit wird entsprechend den Entschädigungsregeln der KVB angemessen honoriert.

Wenn Sie die Aktivitäten der KVB im zukunftssträchtigen Bereich der Qualitätssicherung Sonographie unterstützen möchten, freuen wir uns sehr über Ihre Kontaktaufnahme mit uns.

Ihren Ansprechpartner, Alexander Lautsch, erreichen Sie unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 43 65
 E-Mail Alexander.Lautsch@kvb.de

Ultraschalldiagnostik: Gewährleistungserklärungen online

Die KVB eröffnet zukünftig allen Geräteherstellern und Anbietern die Möglichkeit, Gewährleistungserklärungen für ihre Kunden online bei der KVB einzureichen. Dieses innovative Verfahren bietet allen Beteiligten große Vorteile.

Warum wird das Portal eingeführt?

Die Gewährleistungserklärung ist ein primärer Bestandteil der Prüfung der apparativen Mindestvoraussetzungen. Bedingt durch das In-Kraft-Treten der neuen Ultraschallvereinbarung (USV) müssen alle in Bayern in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten Ultraschallsysteme von der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Paragraph 13 USV nach den neuen apparativen Kriterien überprüft und abgenommen werden. Diese Abnahmeprüfung wird sukzessive bis 2013 durchgeführt. Für Ultraschallgeräte, die vor dem 1. April 2009 bereits der KVB gemeldet und in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt wurden, besteht eine Übergangsregelung bis zum 31. März 2013. Spätestens dann müssen jedoch die neuen Standards von allen Geräten erfüllt werden. Sobald die Abnahmeprüfung ansteht, kommt die KVB auf die Praxis zu.

Zusätzlich gelten die Regelungen über die Geräteabnahme, insbesondere auch für den Fall von Neu- oder Erweiterungsanträgen und für die verpflichtende Meldung von Neu- oder Ersatzgeräten.

Die Vorteile des Online-Portals

- Übersichtliche Benutzeroberfläche, klare Strukturen und schnelle Eingabemöglichkeiten verkürzen die Bearbeitungszeiten bei allen Beteiligten

- Reduktion der Abstimmungsprozesse zwischen Gerätehersteller/-vertreiber und KVB
- Automatisierte Validierung/Plausibilisierung der Eingaben
- Keine Postlaufzeiten, Wegfall von Irrläufern
- Entlastung bei der Stichproben- und Konstanzprüfung durch automatisierte Mitteilung der gemeldeten Ultraschallsysteme

Wie erfolgt die Beauftragung des Geräteherstellers/Anbieters?

Die Beauftragung des Geräteherstellers/Anbieters durch die einzelne Praxis erfolgt weiterhin in Papierform. Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung/Formulare „Buchstabe S“* finden Sie das Formular zur Gewährleistungserklärung für Ihren Gerätehersteller.

Ausblick und Tipp

Weitere Ausbaustufen des Portals befinden sich bereits in Planung. So sollen später die Hersteller online mit der Erstellung einer Gewährleistungserklärung beauftragt beziehungsweise von den Herstellern eingereichte Gewährleistungserklärungen online gelesen werden können. Damit wäre auch jederzeit ein Überblick über die in der Betriebsstätte bei der KVB gemeldeten Ultraschallsysteme gegeben.

Damit Sie von den Vorzügen des Portals profitieren können, sprechen Sie bitte Ihren jeweiligen Hersteller oder Vertriebspartner direkt auf dieses Verfahren an.

Qualitätszirkel: Kollegialer und interdisziplinärer Erfahrungsaustausch

Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung sind Zusammenschlüsse von Ärzten und/oder Psychotherapeuten mit dem Ziel der kritischen Überprüfung der eigenen Tätigkeit zur Qualitätsentwicklung. Evidenzbasiertes Wissen und die Erfahrungen der Teilnehmer sind mit eingebunden, was eine Analyse, Reflexion und Bewertung der eigenen Tätigkeit ermöglicht.

Die Qualitätszirkelgrundsätze des Vorstands der KVB bilden die Grundlage für die vertrauensvolle Zusammenarbeit der QZ-Tutoren, QZ-Moderatoren und der KVB. Sie geben die Rahmenbedingungen für die Durchführung von Qualitätszirkeln, die Aus- und Fortbildung der Moderatoren und Tutoren wie auch für die Arbeit in den Qualitätszirkeln und den kollegialen und interdisziplinären Wissensaustausch.

Teilnahme an Moderatoren-treffen verpflichtend

Für die kontinuierliche Verbesserung der Qualitätszirkelarbeit und der Informations- und Erfahrungswertung verpflichten sich die Moderatoren, einmal jährlich an einem bayerischen Moderatoren-treffen teilzunehmen. Die Treffen finden unter der Moderation der bayerischen Tutoren statt. Die vielfältigen Themen in den letzten Jahren zeigen die Entwicklung der Qualitätszirkelarbeit in Bayern, an der mittlerweile rund 1.400 Moderatoren mitwirken. Auch in diesem Jahr finden wieder lokale und regionale Moderatoren-treffen statt.

Dokumentation im eQZ

Wichtiger Baustein in der Arbeit der Moderatoren ist die Verwendung von Dramaturgien, also didaktischen Konzepten zur Durchführung von QZ-Sitzungen, die Strukturen vorgeben, gleichzeitig aber individuellen Spiel-

raum für die Teilnehmer lassen. In der Dokumentation über die elektronische Plattform eQZ ist hierfür die Hinterlegung des Protokolls und der Moderationsplakate als Dateianhang verpflichtend. In Bayern etablierte Dramaturgien sind unter anderem die Themenbereiche Patientenfallkonferenz, Evidenzbasierte Medizin, Pharmakotherapie, QEP® im Qualitätszirkel und das Experteninterview.

eQZ dient einerseits der Registrierung und Suche nach Qualitätszirkeln, andererseits der Qualitätssicherung durch Dokumentation der Sitzungen. Tutoren, Moderatoren und die Teilnehmer der Qualitätszirkel können diese Funktion nutzen. Für die Suche nach Sitzungsergebnissen ist die zeitnahe Dokumentation wichtig. Diese erfolgt innerhalb von drei Monaten nach der Sitzung und ab 2011 nur noch elektronisch über die eQZ.

Regionale Moderatoren-treffen jeweils von 16.00 bis 20.00 Uhr

19. Mai 2010 in Nürnberg
10. November 2010 in München

Lokale Moderatoren-treffen jeweils von 16.00 bis 19.00 Uhr

München

28. April 2010 (Rudi Bittner)
5. Mai 2010 (Dr. Christoph Männel)
22. September 2010 (Dr. Christoph Männel)
27. Oktober 2010 (Rudi Bittner)

Nürnberg

28. April 2010 (Dr. Michael Bangemann)
5. Mai 2010 (Dr. Norbert Sponzel)
20. Oktober 2010 (Dr. Norbert Sponzel)

Straubing

14. April 2010 (Dr. Stephan Gotsmich)

Regensburg

8. Dezember 2010 (Dr. Stephan Gotsmich)

Augsburg

30. April 2010 (Dr. Manfred Möhring/Dr. Wolfgang Krieger)

Würzburg

28. April 2010 (Dr. Reinfried Galmbacher)
6. Oktober 2010 (Dr. Reinfried Galmbacher)

Bayreuth

21. April 2010 (Dr. Rainer Woischke)
21. Juli 2010 (Dr. Rainer Woischke)

Anmeldeformulare und Informationen erhalten Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätszirkel*.

Bei Fragen zu den QZ-Grundsätzen, zur QZ-Arbeit und zur eQZ können Sie sich gern an unsere Mitarbeiter wenden unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 21
oder – 3 36

Hautkrebscreening: eDoku für alle

Ab 1. April 2010 müssen bayerische Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten das Hautkrebscreening **sowohl für über 35-Jährige als auch für unter 35-Jährige** im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung elektronisch dokumentieren (eine elektronische Dokumentation für unter 35-Jährige musste bisher nur für die TK, BARMER GEK, „BIG direkt gesund“, die teilnehmenden BKKen und den Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern erfolgen).

Folgende Punkte gilt es ab dann bei der Erstellung und Übermittlung der elektronischen Untersuchungsdokumentationen an die KVB zu beachten:

Die Erstellung kann über folgende Wege erfolgen:

1. Mit dem von der KVB bereitgestellten Dokumentationsportal OPAL, wobei Sie hier in jedem Fall eine Online-Anbindung benötigen. Das Portal ist online über **KV-SafeNet** und **KV-Ident** erreichbar.

oder

2. Mit Ihrem Praxisverwaltungssystem (vorausgesetzt es hat die Dokumentationsmöglichkeit für unter 35-Jährige tatsächlich integriert).

Die vollständige Dokumentation der im Quartal abgerechneten Leistungen muss spätestens zeitgleich mit der Einreichung der Abrechnung für das entsprechende Quartal bei der KVB vorliegen.

Für die Übermittlung haben Sie ebenfalls zwei Wege:

1. Online-Übertragung
 - Die in OPAL erstellten Dokumen-

tationen werden beim finalen Abspeichern **automatisch** übermittelt und Sie brauchen nichts weiter veranlassen.

- Die im Praxisverwaltungssystem erstellten und auf Diskette oder auf dem Computer abgespeicherten Dokumentationen können über unser Mitgliederportal „Meine KVB“ mit KV-SafeNet oder KV-Ident online hochgeladen werden. Die Übermittlung mit KV-Ident setzt nicht zwingend voraus, dass Sie mit Ihrem Praxisrechner online sein müssen. KV-Ident bietet Ihnen die Flexibilität, die auf Diskette gespeicherten Dokumentationen über einen Stand-alone-Rechner in Ihrer Praxis oder auch von einem Rechner zu Hause aus an die KVB zu schicken.

2. Postalische Übermittlung
Die im Praxisverwaltungssystem erstellten Dokumentationen können selbstverständlich auch auf Diskette gespeichert und mit der Post an die KVB geschickt 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

Sprechstundentätigkeit: Mindestzeiten

Jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut muss mindestens 20 Stunden Sprechstundentätigkeit wöchentlich an seinem Vertragsarztsitz anbieten. Bei einem dauerhaften Verstoß droht der Entzug der (hälftigen) Zulassung! Bereits seit dem 1. Juli 2007 enthalten die Bundesmantelverträge eine Regelung, wonach alle Ärzte und Psychotherapeuten, die eine Zulassung mit einem vollen Versorgungsauftrag besitzen, an ihrem Vertragsarztsitz persönlich diese Sprechstundenzahl anbieten müssen. Bei einer Teilzulassung reduziert sich diese Pflicht auf wöchentlich mindestens zehn Stunden. Die Sprechstunden müssen auf einem Praxisschild mit festen Uhrzeiten bekannt gemacht werden. Bitte beachten Sie, dass es sich nur um eine gesetzliche Mindestvorgabe handelt. Bei einem erhöhten Versorgungsbedarf kann es erforderlich sein, das Sprechstundenangebot entsprechend zu erhöhen.

Zunehmend wird in Verfahren bei den weisungsunabhängigen Zulassungsausschüssen und bei den Sozialgerichten die Verpflichtung zur Einhaltung dieser Mindestzeiten thematisiert. Bitte prüfen Sie deshalb, ob Ihr derzeitiges Sprechstundenangebot den Erfordernissen genügt und erweitern Sie es gegebenenfalls auf wöchentlich mindestens 20 Stunden. Sollte es Ihnen vorübergehend aus bestimmten Gründen (zum Beispiel Krankheit, Pflege von Angehörigen, Kindererziehung) nicht möglich sein, Ihrem Versorgungsauftrag ausreichend nachzukommen, kann der Zulassungsausschuss auf Antrag das (hälftige) Ruhen der Zulassung bis zu zwei Jahren genehmigen.

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

SmarAkt – wichtige Praxisinformationen im direkten Zugriff

SmarAkt

Das KVB-Aktenverwaltungssystem SmarAkt liefert Ihnen

- Honorarunterlagen,
- Verordnungsstatistiken,
- DMP-Berichte

schnell, sicher und komfortabel über das Internet.

Anmeldung

- Über www.smarakt.kvb.de kommen Sie direkt auf die Startseite von SmarAkt; alternativ natürlich auch über www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt*.
- Für die Anmeldung verwenden Sie Ihre Benutzerkennung und Ihr aktuelles Passwort, mit dem Sie sich auch im geschlossenen Mitgliederbereich einloggen. Sie benötigen also kein zusätzliches Passwort.
- Zugangsdaten vergessen?
Sie können die Daten anfordern unter:
E-Mail: extranet-safenetberatung@kvb.de
Telefon: 0 18 05 / 90 92 90 – 75*
Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 76*
oder per Post:
KVB
Zugangsdaten Extranet
Elsenheimerstraße 39
80687 München

Inhalte

- Über die Schaltfläche „Aktuelle Abrechnungsakten“ gelangen Sie

direkt zu den neuesten Honorarunterlagen.

- Die Abrechnungsunterlagen (Honorarbescheid, Richtigstellungsbescheid, Honorarzusammenstellung, RLV-Nachweise) sind in der Regel fünf bis zehn Tage vor dem Versandtermin der Honorarunterlagen komplett in SmarAkt abrufbar. Einzelne Nachweise finden Sie auch schon zwei bis vier Wochen vor dem Versandtermin.
- Die Unterlagen sind jetzt noch übersichtlicher in Register für Abrechnungsunterlagen und RLV-Unterlagen aufgeteilt.
- Der Schutz Ihrer Honorardaten ist gewährleistet. Dokumente, die Honorardaten enthalten, sind zusätzlich durch ein „Schloss“ gesichert. Wenn Sie ein geschütztes Dokument anklicken, werden Sie aufgefordert, die PIN einzugeben. Sollte Ihnen diese nicht (mehr) bekannt sein, können Sie sie neu anfordern über die Schaltfläche „PIN per Post bestellen“ und eine automatische E-Mail generieren. Sie erhalten die PIN dann per Post mit dem Vermerk „Persönlich/Vertraulich“. Alternativ dazu können Sie die PIN auch telefonisch, per Fax oder Post anfordern (siehe oben). Die PIN wird aus Sicherheits- und Datenschutzgründen aber nur postalisch versandt.
- Mit SmarAkt können Sie übrigens auf alle Ihre Praxen zugreifen. Das System weiß, in welchen Praxen Sie tätig sind, und zeigt alle derzeit vorhandenen Praxisakten an.

- Eine ausführliche Benutzeranleitung sowie eine Fragen-Antworten-Liste finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/*

SmarAkt. Bei Fragen und für Hinweise und Anregungen erreichen Sie uns auch unter smarakt@kvb.de.

Wir stellen Ihnen in den kommenden Ausgaben der KVB INFOS die einzelnen Funktionen und Serviceangebote von SmarAkt in loser Reihenfolge ausführlich vor.

Schwangerschaftskonfliktgesetz

Am 1. Januar 2010 ist eine Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) in Kraft getreten. Diese soll dem Beratungsbedürfnis von schwangeren Frauen bei fetalem pathologischem Befund und/oder medizinisch indizierter Abruption besser entsprechen als die bisherige Regelung. Die Patientin erhält nun eine intensivere Beratung und mehr Bedenkzeit.

Alte Regelung

Aufgrund einer Änderung im Paragraph 218a Strafgesetzbuch ist 1995 die embryopathische Indikation beim Schwangerschaftskonflikt weggefallen und in der medizinischen Indikation aufgegangen. Hintergrund der damaligen Regelung war, dass allein eine körperliche oder geistige Schädigung des Kindes keinen Rechtfertigungsgrund für einen Schwangerschaftsabbruch darstellen sollte. Da allerdings die medizinische Indikation keine Beratung erforderte, begünstigte diese Regelung vorschnelle Schwangerschaftsabbrüche.

Neue Regelung

Bei Hinweisen auf Schädigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit des ungeborenen Kindes ist der Arzt, der die Diagnose mitteilt, verpflichtet:

- **Allgemeinverständlich und ergebnisoffen** zu medizinischen und psychosozialen Aspekten, die sich aus dem Befund ergeben, zu beraten. Die Beratung umfasst „die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen und der Möglichkeiten der Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen“.
- Ärztinnen und Ärzte **hinzuzuziehen**, die mit der diagnostizierten Gesundheitsschädigung bei ge-

borenen Kindern Erfahrung haben.

- Die Schwangere darauf hinzuweisen, dass sie einen **Anspruch auf weitere Beratung** hat.
- Die Patientin nach ihrem Einvernehmen an **psychosoziale Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbände** zu vermitteln. Das **Einvernehmen** der Patientin ist zwingend erforderlich, so dass die Patientin es ablehnen kann, Kontakt zu Beratungsstellen oder Selbsthilfeverbänden aufzunehmen.
- **Informationsmaterial** der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Leben mit Behinderungen **auszuhändigen**.

Diese Pflichten gelten unabhängig davon, ob ein Schwangerschaftsabbruch infrage kommt oder nicht (Paragraph 2 Absatz 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz). Der Arzt, der die **schriftliche Indikation** für medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche stellt, hat dieselben Pflichten wie der Arzt, der die Diagnose stellt. Allerdings gelten diese **unabhängig** davon, ob ein Hinweis auf eine kindliche Gesundheitsstörung vorliegt oder nicht.

Darüber hinaus ist die **„Drei-Tage-Mindestbedenkzeit“** zu beachten (lediglich bei „gegenwärtiger erheblicher Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren“ gelten diese Fristen nicht):

- Wenn eine diagnostizierte Gesundheitsschädigung des Kindes und eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch vorliegen, müssen mindestens drei Tage zwischen der Diagnose und der Ausstellung der Indikationsbescheinigung vergehen. Die Beratung kann aber auch mehr als drei Tage in Anspruch nehmen.
- Wenn eine Gesundheitsschädigung des Kindes vorliegt und kein

Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wird, muss die Schwangere die Beratung nach Paragraph 2a Absatz 1 SchKG nicht bestätigen.

- Wenn beim Kind keine Gesundheitsschädigung vorliegt und aufgrund rein mütterlicher Gefährdung ein medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbruch vorgesehen ist, muss die Beratung mindestens drei Tage vor der Ausstellung der Indikationsbescheinigung erfolgen. Eine weitere Wartezeit bis zum Abbruch ist nicht mehr erforderlich.
- Die Patientin muss bei der Ausstellung der Indikationsbescheinigung durch den Arzt schriftlich bestätigen, dass sie sich ärztlich beraten ließ und dass sie beispielsweise an Selbsthilfegruppen vermittelt wurde. Sie kann aber auch auf die psychosoziale Beratung verzichten, was sie ebenfalls schriftlich bestätigen muss. Für die Frau besteht also kein „Beratungszwang“. Bestätigung oder Ablehnung der Beratung zeitgleich mit der Ausstellung der Bescheinigung bedeutet, dass die Schwangere diese frühestens nach Ablauf der drei Tage Bedenkzeit abgeben kann.

Ordnungswidrig handelt nach dem neuen Schwangerschaftskonfliktgesetz, wer

- keine Beratung der Schwangeren vornimmt,
- entgegen dem Gesetzestext eine schriftliche Feststellung ausstellt,
- entgegen den Vorgaben des Gesetzes einen Schwangerschaftsabbruch vornimmt,
- seiner Auskunftspflicht an das Statistische Bundesamt nicht nachkommt.

Weitere Informationen finden Sie hier zu auch unter www.aerzteblatt.de/092352.

Honorierung im PKV-Basistarif

Informationsmaterial

In diesem Zusammenhang hält die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit 1. Januar 2010 Informationsmaterial zu folgenden Themen bereit:

- Informationen zum Rechtsanspruch auf Beratung durch psychosoziale Beratungsstellen nach Paragraph 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz
- Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen, psychosozialen Beratungsstellen sowie Behindertenverbänden und Verbänden von Eltern behinderter Kinder
- Aufklärungsbroschüren zum Leben mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind
- Informationen zum Leben von Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung

Das Aufklärungsmaterial der BZgA wird frauenärztlichen Praxen, Pränataldiagnostikern, Humangenetikern, weiteren Ärzten, Hebammen und psychosozialen Beratungsstellen zur Verfügung gestellt. Der Arzt ist verpflichtet, diese Informationen im Rahmen seiner Beratung auszuhändigen, sobald eine Gesundheitsschädigung des Kindes diagnostiziert wird.

Fragen beantwortet Ihnen

Stefan Schlosser unter

Telefon 09 11 / 94 66 7 – 2 03

Fax 09 11 / 94 66 7 – 2 60

E-Mail Stefan.Schlosser@kvb

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WVStG) hat der Gesetzgeber die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder beauftragt, auch die ärztliche Versorgung der Versicherten im Basistarif der Privaten Krankenversicherung (PKV) sicherzustellen. Mittlerweile haben sich die KBV und der PKV-Verband im Einvernehmen mit den Beihilfeträgern auf eine entsprechende Vereinbarung verständigt. Diese löst die gesetzliche Regelung zur Vergütung ambulanter ärztlicher und belegärztlicher Leistungen im PKV-Basistarif (Paragraph 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V) mit Wirkung zum 1. April 2010 ab. Sie gilt vorerst bis zum 31. Dezember 2012.

Die bisherige gesetzliche Obergrenze für die Steigerung des Gebührensatzes der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) im PKV-Basistarif wurde durch einen für die jeweiligen Leistungsbeispiele obligatorischen abgesenkten Steigerungssatz ersetzt.

Künftige Vergütung im PKV-Basistarif:

- a) Leistungen des Abschnitts M (Laboratoriumsuntersuchungen) sowie die Leistungen nach der Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ mit dem 0,9-fachen des Gebührensatzes
- b) Leistungen der Abschnitte A (Gebühren in besonderen Fällen), E (physikalisch-medizinische Leistungen) und O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztherapie und Strahlentherapie) mit dem 1,0-fachen des Gebührensatzes
- c) Die übrigen Leistungen mit dem 1,2-fachen des Gebührensatzes

Für den Fall, dass mehr als 100.000 Personen im PKV-Basistarif versichert sind, wurde ein Sonderkündigungsrecht ohne Befristung vereinbart. Die KBV und die KVen sind gesetzlich verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass die Vertragsärzte und -psychotherapeuten im PKV-Basistarif nur Leistungen abrechnen dürfen, die nach Art und Umfang mit den Leistungen der GKV vergleichbar sind. Eine Vergleichbarkeit der Leistungen im PKV-Basistarif mit der Versorgung im Rahmen der regulären Vollversicherungstarife der PKV ist somit ausdrücklich nicht gegeben.

Wichtig:

Die Vereinbarung zur Honorierung im PKV-Basistarif betrifft **nicht** den PKV-Standardtarif. Für ihn gelten die Vergütungsregelungen nach Paragraph 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V auch über den 31. März 2010 hinaus unverändert weiter.

BARMER GEK unterstützt KVB-Pflegeheimprojekt

Ab sofort unterstützt die BARMER GEK das Pflegeheimprojekt der KVB und bietet ihren Versicherten damit eine noch bessere ambulante Versorgung in Alten- und Pflegeheimen. Der innovative Pflegeheimvertrag, den die GEK bereits im Oktober 2009 mit der KVB geschlossen hatte, gilt nun auch für alle Mitglieder der BARMER.

Bei dem von der KVB initiierten Pflegeheimmodell wird die aufwändige ärztliche Betreuung der Heimbewohner durch Geriatrische Praxisverbünde sichergestellt. Das Konzept sieht vor, dass Haus- und Fachärzte gemeinsam ihre Patienten in Pflegeheimen betreuen. Durch regelmäßige Visiten- und Bereitschaftsdienste ist gewährleistet, dass die Heimbewohner immer gut versorgt sind. Darüber hinaus verpflichten sich die teilnehmenden Hausärzte, spezielle Fortbildungen zur besseren Behandlung geriatrischer Patienten zu absolvieren. Anders als beim Konzept eines fest angestellten Arztes im Heim haben die Versicherten der BARMER GEK beim KVB-Modell auch weiterhin die freie Arztwahl. Das heißt, sie können sich sowohl auf ihren vertrauten Hausarzt als auch auf die Betreuung durch qualifizierte Fachärzte verlassen. Sowohl für die Pflegeheimbewohner als auch für das Personal ist es außerdem eine große Erleichterung, dass die Ärzte des Geriatrischen Praxisverbands über einen Rufdienst auch abends und am Wochenende erreichbar sind. Die Kooperation von Haus- und Fachärzten sorgt zudem dafür, dass ein breites medizinisches Wissen und ein entsprechender praktischer Erfahrungsschatz zur Verfügung stehen.

LKK-Hausarztvertrag läuft weiter

Einen Verhandlungserfolg im Bereich der hausärztlichen Versorgung konnte der Bereichsvorstand Hausärzte der KVB, Dr. Gabriel Schmidt, im Februar erzielen. So wird die hausärztliche Tätigkeit in verschiedenen Verträgen mit der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) ab 1. April 2010 deutlich aufgewertet. Unter anderem gilt der bestehende Hausarztvertrag mit der LKK weiter und die darin vereinbarte Steuerpauschale wird angehoben. Auch wird die Vergütung nach der bereits bestehenden regionalen Vereinbarung mit der LKK an zahlreichen Stellen verbessert.

Laut KVB-Vorstand Schmidt wird dank den vertraglichen Verbesserungen Bayerns Hausärzten eine echte Alternative zur Versorgung im Selektivvertrag geboten. In einem Rundschreiben an Bayerns Hausärzte schrieb Schmidt dazu: „Nur so haben wir Hausärzte die Wahlfreiheit, uns auch für den unbürokratischen Weg zu entscheiden: Wir müssen die Versicherten nicht in einen neuen Vertrag einschreiben, neue Software anschaffen und mühsam in der Praxis neue Abrechnungssysteme installieren. In diesem Sinne bin ich überzeugt, dass wir einen wichtigen Schritt für die Hausärzte getan haben, der auch Vorbild für weitere Krankenkassen sein wird.“

Impffortbildungen für Haus- und Kinderärzte

In Zusammenarbeit mit Forum Impfen e. V. bietet die KVB auch 2010 wieder zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen für impfende Haus- und Kinderärzte an. In den Seminaren werden aktuelle Entwicklungen des Impfwesens vorgestellt und diskutiert. Grundlagenwissen zu Infektionskrankheiten, Beschaffung und Lagerung von Impfstoffen und andere praxisrelevante Themen werden wiederholt und aufgefrischt. Darüber hinaus bleibt den Teilnehmern ausreichend Zeit zum angeregten Informationsaustausch mit den Kollegen und Referenten. Die Teilnahmegebühr beträgt 85,- Euro pro Person, Sie erhalten fünf Fortbildungspunkte. Informationen zur Anmeldung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Seminare*.

Termine (jeweils 15.00 – 20.00 Uhr)

- 12. Mai 2010, München
- 9. Juni 2010, Augsburg
- 30. Juni 2010, Bayreuth
- 13. Oktober 2010, Nürnberg
- 20. Oktober 2010, Regensburg
- 17. November 2010, München

Die Fortbildung ist Teil der freiwilligen Qualifizierungsmaßnahme Impfen (Impfex), die im Juli 2009 für impfende Vertragsärzte im Rahmen der „Ausgezeichneten Patientenversorgung“ ins Leben gerufen wurde. Weitere Informationen zur Qualitätsmaßnahme Impfex finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätsprogramm/Impfen* sowie unter www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de.

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

Info-Veranstaltung zur Investitionsförderung

Nur wenige kennen die interessanten Fördermöglichkeiten der KfW-Bankengruppe (früher „Kreditanstalt für Wiederaufbau“), um Praxisinvestitionen möglichst Kosten sparend zu tätigen. Am **19. Juni 2010** können Sie sich in den Räumen der KVB in der Elsenheimerstraße 39 in München über genau dieses Thema informieren. Zusammen mit der KfW beantworten wir Ihnen im Rahmen unserer Veranstaltung **„Niederlassung, Nachfolge, Neuananschaffung – moderne Investitionsförderung für Arzt und Psychotherapeuten“** wichtige Fragen zu Fördermitteln und Fördermöglichkeiten. KVB-Berater sowie Vertreter der KfW-Bankengruppe und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank vermitteln Ihnen betriebswirtschaftliches Wissen und zeigen Ihnen Finanzierungsmöglichkeiten und -hilfen auf. Darüber hinaus berichtet ein Kollege, der die Möglichkeiten der Investitionsförderung bereits genutzt hat, von seinen Erfahrungen.

Die Veranstaltung findet von **10.00 bis 13.00 Uhr** statt und richtet sich an niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie Existenzgründer. Die Teilnahme ist kostenlos. Anmeldungen bitte schriftlich bis 4. Juni 2010. Sie finden das Anmeldeformular im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Seminare*.

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

Thementag „IT, Vernetzung und eDokumentation“

Ebenfalls am **19. Juni 2010** findet in der KVB in München, Elsenheimerstraße 39, von **10.00 bis 15.00 Uhr** der **Thementag „IT, Vernetzung und elektronische Dokumentation“** statt. Die Veranstaltung richtet sich an Praxisinhaber, die sich im Zeitalter zunehmender Digitalisierung über Chancen und Risiken hinsichtlich des Einsatzes von IT-Technologien informieren möchten. Alles, was Sie zu diesem Thema wissen müssen, finden Sie an unseren Informationsständen. Sie erfahren Wissenswertes über die KVB Online-Abrechnung und die Online-Vernetzung mit Hilfe von KV-SafeNet, KV-Ident oder D2D. Auch das Thema „Datensicherheit in der Praxis“ steht auf dem Programm. Anhand praktischer Beispiele zeigen wir Ihnen Anwendungen im Mitgliederportal „Meine KVB“, in SmarAkt, dem elektronischen Archiv Ihrer Abrechnungsdaten, und in der neuen Arztsuche der KVB.

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

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

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

Ihre Vorteile:

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

Zielgruppen:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter oder im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO)
- Sonstige interessierte Ärzte

Modul I

- Kardiozirkulatorische Nofälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council (ERC)
- Effizientes Mega-Code Training in Kleinstgruppen

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 – 16.15 Uhr

Termine:

Samstag, 8. Mai 2010
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Samstag, 17. Juli 2010
KVB-Bezirksstelle München

Samstag, 2. Oktober 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 4. Dezember 2010
KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II

- Pädiatrische Akut- und Nofälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 10. März 2010
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 14. April 2010
KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 9. Juni 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 20. Oktober 2010
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 4

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 – 20.35 Uhr

Termine:

Mittwoch, 21. April 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 12. Mai 2010
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 22. September 2010
KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 10. November 2010
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul IV (fakultatives Modul) neu!

- Bauchschmerzen und der „akute Bauch“
- Gynäkologische Akutfälle im Bereitschaftsdienst
- Der psychiatrische Notfall im Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 21. Juli 2010
KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 29. September 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Die Fortbildungen sind in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt. Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89.

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

Die nächsten Seminartermine der KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu QM-Seminaren

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

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

* 14 Cent pro Minute für Anrufe aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent pro Minute aus Mobilfunknetzen

KVB-Seminare

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

Leiten von Gruppen und Teams

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Notfalltraining für das Praxisteam

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

Aktuelles zur Gesundheitspolitik – Psychotherapeuten

Verordnungen – Workshop für Praxismitarbeiter

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

Die Privatabrechnung in der ärztlichen Praxis

Erfolgreich durch Service in der Arztpraxis

Konflikte im Beruf: Erkennen, lösen, vorbeugen

Die Privatabrechnung heute und morgen

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

Kooperationen in der ärztlichen Praxis

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

QM-Seminare

Vorbereitung auf die QEP-Zertifizierung

Informationsabend zum Qualitätsmanagement

QEP®-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Ausbildung zur Qualitätsmanagementbeauftragten DIN ISO 9001

QEP®-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	12. März 2010	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. März 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	12. März 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	13. März 2010	10.00 bis 13.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. März 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. März 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. März 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	17. März 2010	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. März 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. März 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. März 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	19. März 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. März 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. März 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	20. März 2010	10.00 bis 14.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	24. März 2010	16.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. März 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. März 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. März 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	45,- Euro	16. März 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	16. März 2010	19.30 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	26. März 2010 27. März 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	200,- Euro	22. April 2010 23. April 2010	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	23. April 2010 24. April 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg

KVBINFOS 04/10

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 46 Abrechnungsabgabe Quartal 1/2010
- 47 Zahlungstermine im Jahr 2010
- 47 Künstliche Befruchtung
- 48 Abrechnung der Leistungen im KVB-LKK-Vertragspaket

VERORDNUNGEN

- 49 Verordnung von Sprechstundenbedarf
- 49 Neue Generika bieten Einsparpotentiale
- 50 Studien im Fokus

ALLGEMEINES

- 50 Qualitätsberichte der Krankenhäuser
- 50 Bayerische Gesundheitskonferenz 2010
- 51 Weiterbildungsstellen-Pool erweitert

INFORMATIONEN FÜR HAUSÄRZTE

- 51 Wichtiger Hinweis zum HZV-Vertrag der AOK

SEMINARE

- 52 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 54 Die nächsten Seminartermine der KVB

Abrechnungsabgabe Quartal 1/2010

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen für das 1. Quartal 2010 bis spätestens **Montag, den 12. April 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* 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: „Nach Einreichung der Abrechnung ist eine Ergänzung der Abrechnung um noch nicht angesetzte Leistungspositionen oder ein Austausch angesetzter Leistungspositionen durch den Vertragsarzt ausgeschlossen.“ Siehe dazu auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“*.

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 MVZ.

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 Notarzdienst“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Notarzdienst* und in den FAQ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/FAQ*.

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 einfach bei uns an.

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de oder unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 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

Zahlungstermine im Jahr 2010

12. April 2010
3. Abschlagszahlung 1/2010

30. April 2010
Restzahlung 4/2009

10. Mai 2010
1. Abschlagszahlung 2/2010

10. Juni 2010
2. Abschlagszahlung 2/2010

12. Juli 2010
3. Abschlagszahlung 2/2010

30. Juli 2010
Restzahlung 1/2010

10. August 2010
1. Abschlagszahlung 3/2010

10. September 2010
2. Abschlagszahlung 3/2010

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

Künstliche Befruchtung

Im September 2009 wurden auf Grund der Vorgaben der TPG-Gewebeverordnung weitere Laboruntersuchungen bei beiden Ehegatten als Maßnahmen der künstlichen Befruchtung in die Nummer 12.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung aufgenommen. Detaillierte Informationen zu den Richtlinien finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de.

In Folge dieser Richtlinien-Änderung wurden rückwirkend zum 1. Januar 2010 der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) sowie die Durchführungsempfehlung angepasst. Im EBM sind in der Nummer 9 der Präambel zum Abschnitt 8.5 die Leistungen aufgeführt, die Frauenärzte im Rahmen einer künstlichen Befruchtung auf dem Behandlungsausweis des Ehemannes berechnen können. Hier werden nun anstelle der Formulierung „HIV-Antikörpernachweis“ die berechnungsfähigen Laboruntersuchungen genannt:

- **32575**
HIV-1 oder HIV-1/2 Antikörper – Immunoassay
- **32576**
HIV-2 Antikörper – Immunoassay
- **32614**
HBc-Antikörper
- **32618**
HCV-Antikörper
- **32660**
HIV-1, HIV-2-Antikörper Westernblot
- **32781**
Nachweis von HBsAg

In der Durchführungsempfehlung sind die Leistungen vereinbart, bei denen die Versicherten im Rahmen einer künstlichen Befruchtung 50 Prozent

der Kosten selbst tragen müssen. Hier wurden die Gebührenordnungspositionen 32614 und 32618 neu aufgenommen. Bitte kennzeichnen Sie auch diese Gebührenordnungspositionen mit dem Buchstaben „Q“ in der KVDT-Feldkennung 5023, wenn Sie die Laboruntersuchungen im Rahmen einer künstlichen Befruchtung erbringen.

Die EBM-Änderung und die Durchführungsempfehlung sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institutdesbewertungsausschusses.de/ba/beschluesse.php veröffentlicht. Die Beschlüsse stehen noch unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch die Vertragspartner sowie der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

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 Leistungen im KVB-LKK-Vertragspaket

Zum 1. April 2010 traten Änderungen in den Verträgen der KVB mit der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) in Kraft. Diese vertraglichen Änderungen betreffen alle Ärzte.

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

Hier die neuen Leistungen und Abrechnungsregelungen:

1. Leistungen im KVB-Hausarztvertrag der LKK für eingeschriebene LKK-Versicherte

Leistung	Pauschalbetrag	Abrechnung
Anhebung der Steuerpauschale Nummer 97100 von 9,- Euro auf	15,- Euro	Ziffer (97100) wird wie bisher angesetzt, Anhebung des Pauschalbetrags erfolgt automatisch

2. Leistungen im Kollektivvertrag für Hausärzte für alle LKK-Versicherten

Leistung	Pauschalbetrag	Ziffer	Abrechnung
Therapie- und Beratungsgespräch bei chronisch erkrankten Patienten mit den Diagnosen Asthma/COPD, Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 oder 2, Depression/Psychosomatische Erkrankungen, Tumor-erkrankungen	25,- Euro	97170A	Ziffer (97170A) muss manuell angesetzt werden. Gesprächsdauer mindestens 15 Minuten, pro Patient höchstens ein Mal im Quartal
Zuschlag zum hausärztlich-geriatrischen Basisassessment nach GOP 03240	10,- Euro	97160A	automatischer Zuschlag, wenn Ziffer 03240 vom Arzt angesetzt wird

3. Leistungen im Kollektivvertrag für alle Ärzte und für alle LKK-Versicherten

Leistung	Pauschalbetrag	Ziffer	Abrechnung
Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) für die Beantragung einer Betriebs- oder Haushaltshilfe	5,- Euro	97180A	Ziffer (97180A) muss manuell angesetzt werden je ausgestellter AU

Radius	Geänderte Wegepauschale für erhöhten Aufwand im Zusammenhang mit Besuchen zu den GOP 01410, 01415	Geänderte Wegepauschale für erhöhten Aufwand im Zusammenhang mit Besuchen zu den GOP 01411, 01412
Innerhalb von 5 km (Zone 1 und 2) außerhalb des organisierten Bereitschaftsdienstes	20,- Euro wird umgesetzt als 97810	30,- Euro wird umgesetzt als 97813
Mehr als 5 km bis zu 10 km (Zone 3) außerhalb des organisierten Bereitschaftsdienstes	23,- Euro wird umgesetzt als 97811	33,- Euro wird umgesetzt als 97814
Mehr als 10 km (Neu: Zone 4) außerhalb des organisierten Bereitschaftsdienstes	26,- Euro wird umgesetzt als 97812	36,- Euro wird umgesetzt als 97815

Sie setzen wie bisher die Zonen Z1, Z2, Z3 und die neue Z4 an (Feldkennung: 5018). Die neuen Pauschalbeträge werden seit dem 1. April 2010 automatisch abgerechnet. Die neue Zone 4 kann jenseits des Radius von 10 km angesetzt werden. So werden insbesondere lange Wege gesondert gefördert. Im Bereitschaftsdienst gelten die bisherigen Wegepauschalen und Zonen weiter.

Verordnung von Sprechstundenbedarf

Damit Verordnungen richtig zugeordnet werden können, ist es wichtig, Verordnungsvordrucke korrekt und vollständig auszufüllen. Insbesondere bei Rezepten für Sprechstundenbedarf, die über sonstige Lieferanten (außerhalb der Apotheken) eingelöst werden, fehlt häufig die Angabe der lebenslangen Arztnummer (LANR). Bitte stellen Sie sicher, dass Sie bei jedem Rezept für den Sprechstundenbedarf die Betriebsstättennummer (BSNR) beziehungsweise die Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) sowie die LANR angeben.

Bei mehreren Ärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft ist die LANR des unterschreibenden Arztes aufzudrucken. Die Verteilung des Sprechstundenbedarfs auf die Praxisteilnehmer sollte individuell erfolgen.

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 Generika bieten Einsparpotentiale

In den letzten Monaten sind neue Generika auf den deutschen Arzneimittelmarkt gekommen, die enorme Einsparpotentiale bieten. In unserer Publikation „Verordnung aktuell – Neue Generika“ stellen wir Ihnen die wichtigsten Neuerungen und Wirkstoffe vor und liefern zusätzlich aktuelle Informationen zu Clopidogrel-Nachahmer-Präparaten.

Losartan

Im Laufe des Jahres werden in Deutschland nach dem offiziellen Patentablauf Anfang März zahlreiche Losartan-Generika auf den Markt kommen. Zwei deutsche Firmen haben mit einem so genannten „Early Entry“ die Vermarktungsrechte für ihre Präparate schon vor dem offiziellen Patentablauf erworben. Es ist davon auszugehen, dass nach dem tatsächlichen Ablauf des Patents weitere Generika anderer Firmen auf dem deutschen Markt verfügbar sind und dann ein starker Preiswettbewerb zwischen den Anbietern einsetzt.

Ropinirol

Der Wirkstoff Ropinirol ist von verschiedenen Anbietern erhältlich. Während eine Vielzahl von Generika zur Behandlung des Restless-Legs-Syndroms zugelassen ist, besitzt bisher nur ein Generikum der Firma „dura“ die zusätzliche Zulassung zur Behandlung des Morbus Parkinson, da für diese Indikation noch Schutzrechte in Deutschland bestehen.

Acarbose

Acarbose ist derzeit von zwei verschiedenen Herstellern in Deutschland als Generikum erhältlich.

Topiramate

Topiramate wird seit einiger Zeit von mehreren verschiedenen Generika-Firmen in Deutschland angeboten.

Repaglinid

Auch der Wirkstoff Repaglinid ist als Generikum erhältlich. Während das Originalpräparat (Novonorm®) in der größten Packungsgröße als N2-Packung mit 120 Stück Inhalt angeboten wird, sind einige Generika auch in einer N3-Packungsgröße mit 180 Tabletten verfügbar.

Clopidogrel

Nachdem im Laufe des letzten Jahres zahlreiche Clopidogrel-Nachahmer-Präparate eine Zulassungserweiterung für die Kombinationstherapie des ACS mit Clopidogrel und ASS erhielten, sind weitere clopidogrelhaltige Präparate auf den Markt gekommen, die noch andere Clopidogrel-Salze wie Clopidogrel-Hydrochlorid oder die freie Clopidogrel-Base enthalten.

Bei all diesen Arzneien sichert die vorhandene Zulassung Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Präparate. In unserem „Verordnung aktuell“ finden Sie eine Tabelle mit einer Übersicht der derzeit verfügbaren Medikamente und deren Zulassungsstatus.

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

Studien im Fokus

Unser neues Angebot „Studien im Fokus“ präsentiert Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* kritische Bewertungen einzelner klinischer Studien. Diese Veröffentlichungen basieren auf einer Kooperation mit dem Fachbereich „EbM in Klinik und Praxis“ des Netzwerks für evidenzbasierte Medizin. Die Studien werden vom Literaturseminar des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf bewertet und von Teilnehmern des Seminars zusammengefasst (Seminarleitung: Hans-Hermann Dubben). Wir stellen Ihnen nach redaktioneller Überarbeitung die ausgearbeiteten Berichte vor. Wir hoffen, dass dieses Angebot nicht nur eine sinnvolle Ergänzung für den klinischen Alltag darstellt, sondern neben reiner Informationsvermittlung auch Anreize zur kritischen Auseinandersetzung mit klinischen Studien gibt.

Ausgabe Nr. 1/2010: ACHOIS-Studie

Soll bei Schwangeren ein Screening auf Gestationsdiabetes durchgeführt werden? Verhindert eine Behandlung erhöhter Blutzuckerwerte unterhalb der Schwelle eines manifesten Diabetes mellitus in der Schwangerschaft perinatale Komplikationen? Diese Fragen gelten seit der Veröffentlichung der Australian Carbohydrate Intolerance Study (ACHOIS-Studie) für viele als beantwortet. Sie gilt als Meilenstein in der Forschung zum Gestationsdiabetes. Die Veröffentlichung soll Ihnen einen kritischen Blick auf diese Studie ermöglichen.

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

Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Seit dem Jahr 2003 sind Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, alle zwei Jahre Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Darin informieren sie über ihre Strukturen, Leistungen und den Stand der Qualitätssicherung. Diese Angaben werden über die Internetportale der jeweiligen Krankenhäuser zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus lassen sich über verschiedene Suchmaschinen die Qualitätsinformationen der Krankenhäuser vergleichen.

Um den Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte in der Öffentlichkeit zu erhöhen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss aktuell ein **Informationsblatt und ein Poster zur Nutzung in Arztpraxen** entwickelt. Beide Dokumente können im Internet unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1066 abgerufen werden.

Bayerische Gesundheitskonferenz 2010

Am 28. April 2010 findet in Nürnberg die „Bayerische Gesundheitskonferenz 2010 – Medizinische Versorgung in Bayern“ statt. Die hochkarätig besetzte Veranstaltung – unter anderem mit dem Bayerischen Gesundheitsminister Dr. Markus Söder, Bundesstaatssekretär Stefan Kapferer, Dr. Andreas Hellmann von der KVB und in Kooperation mit der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft – will Politik und Praxis zusammenbringen, um die drängenden Fragen nach einem finanzierbaren Gesundheitswesen zu diskutieren. Wie kann man bessere Rahmenbedingungen schaffen, damit Innovationen sich medizinisch und wirtschaftlich lohnen? Wie kann die Nutzenbewertung neuer medizinischer Technologien und Arzneimittel möglichst transparent und nach international anerkannten Standards erfolgen? Wie kann das umlagefinanzierte Gesundheitssystem fit gemacht werden für die großen Herausforderungen der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts? Kann hochwertige und innovative Patientenversorgung tatsächlich flächendeckend und wohnortnah realisiert werden und wie passt Wachstum zur Bedarfsplanung, zu Niederlassungssperren und gesetzlichen Preisregulierungen?

Diese und andere Fragen sollen in Vorträgen und Podiumsdiskussionen zur Sprache kommen, insbesondere die Bedeutung des Koalitionsvertrags für die Gesundheitsversorgung in Bayern und die Bedeutung des Gesundheitsmarktes als wichtigster Wachstums- und Beschäftigungssektor.

Die Gebühr beträgt pro Teilnehmer 390,- Euro (zzgl. gesetzlicher Mehrwertsteuer). KV-Mitglieder erhalten 15 Prozent Rabatt. Weitere Informationen unter www.rsmedicalconsult.com.

Weiterbildungsstellen-Pool erweitert

Die KVB unterstützt angehende Allgemeinmediziner mit ihrer Online-Börse „Weiterbildungsstellen für die Allgemeinmedizin“ bei der Suche nach einer freien Stelle. Durch gezielte Optimierungen konnte die Zahl freier Stellen von 870 auf derzeit 1.400 erhöht werden. So hatte die KVB alle Ärzte, die im Pool als Weiterbilder registriert waren, nochmals kontaktiert, um freie Stellen zu melden. Außerdem wurden weiterbildungsberechtigte Praxen, die sich bisher noch nicht gemeldet hatten, um eine Registrierung gebeten. „Wir konnten von bisher 1.500 angeschriebenen Praxen zirka 500 Ärzte gewinnen, die entweder ab sofort oder ab einem späteren Zeitpunkt eine freie Weiterbildungsstelle anbieten“, zeigte sich Dr. Gabriel Schmidt, erster stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVB, über die hohe Motivation seiner Kollegen begeistert. „Wir unterstützen durch unsere Aktivitäten langfristig die dringend erforderliche Nachwuchsgewinnung von Allgemeinärzten und damit die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Für die angehenden Allgemeinärzte bietet das verbesserte Angebot die Chance, leichter eine wohnortnahe Stelle zu finden und nahtlos Weiterbildungsabschnitte aneinanderzureihen.“

Mehr Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Weiterbildungsstellenpool Allgemeinmedizin* oder Sie schicken uns ein Fax an 0 89 / 5 70 93 – 6 49 23 oder eine E-Mail an weiterbildungsstellenpool@kvb.de.

Wichtiger Hinweis zum HZV-Vertrag der AOK

Die KVB ist nicht am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) zwischen der AOK und dem Bayerischen Hausärzteverband beteiligt. Sie führt dementsprechend keine Abrechnung durch und kann dazu keine Fragen beantworten.

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

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

Ihre Vorteile:

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

Zielgruppen:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter oder im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO)
- Sonstige interessierte Ärzte

Modul I

- Kardiozirkulatorische Nofälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council (ERC)
- Effizientes Mega-Code Training in Kleinstgruppen

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 – 16.15 Uhr

Termine:

Samstag, 8. Mai 2010
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Samstag, 17. Juli 2010
KVB-Bezirksstelle München

Samstag, 2. Oktober 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 4. Dezember 2010
KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II

- Pädiatrische Akut- und Nofälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 14. April 2010
KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 9. Juni 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 20. Oktober 2010
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 4

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 – 20.35 Uhr

Termine:

Mittwoch, 21. April 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 12. Mai 2010
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 22. September 2010
KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 10. November 2010
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul IV (fakultatives Modul) neu!

- Bauchschmerzen und der „akute Bauch“
- Gynäkologische Akutfälle im Bereitschaftsdienst
- Der psychiatrische Notfall im Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 21. Juli 2010
KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 29. September 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Die Fortbildungen sind in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt. Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89.

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



Veranstaltung am
Samstag, 19. Juni 2010, 10–13 Uhr
 in der KV Bayerns,
 Elsenheimerstraße 39,
 80687 München

Niederlassung,
 Nachfolge,
 Neuanschaffung:

Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen

Teilnahme ist kostenlos

*Ob Business-, Finanz- oder Investitionspläne –
 ohne ein ausgeklügeltes Finanzmanagement
 verschenken Arztpraxis und MVZ möglicherweise viel
 Geld oder setzen die eigene Existenz aufs Spiel.
 Welche Fördermöglichkeiten stehen Ihnen als Arzt
 oder Psychotherapeut zu? Bekommen Sie Zuschüsse
 für neue medizinische Geräte?*

Über diese Fragen informiert die KV Bayerns in einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KfW initiierten Kampagne „Niederlassung, Nachfolge, Neuanschaffung: Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen“. Experten geben ihr Wissen verständlich und kompakt in der halbtägigen Informationsveranstaltung an Ärzte und Psychotherapeuten weiter.

**Besuchen Sie den parallel stattfindenden
 Thementag: IT, Vernetzung und e-Doku**

Programm

- ▶ 10 Uhr
Begrüßung
- ▶ 10.15 Uhr Impulsreferat
**„Impulse für Erfolg –
 Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen“**
KfW Bankengruppe
- ▶ 11.15 Uhr Impulsreferat
„Ein Wegweiser für Ärzte“
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
- ▶ 12 Uhr Talk
„Finanzierung aus erster Hand“

Alle Experten stehen Ihnen gerne für
 Ihre Fragen zur Verfügung!

Anmeldung

.....
 Vor- und Zuname

.....
 Arztnummer

.....
 Straße, Hausnummer

.....
 Postleitzahl, Ort

Bitte bis zum **4. Juni 2010** an:
KV Bayerns – Veranstaltungsmanagement
 Telefax: 01805 909290-66*
 seminarberatung@kvb.de

*0,14 €/Min. für Anrufe aus dem dt. Festnetz,
 Mobilfunk max. 0,42 €/Min.

Die nächsten Seminartermine der KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu QM-Seminaren

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

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

* 14 Cent pro Minute für Anrufe aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent pro Minute aus Mobilfunknetzen

KVB-Seminare

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

Fit für den Empfang

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Gemeinsam sind wir stark: Teamorientierung

Gründer-/Abgeberforum

Notfalltraining für das Praxisteam

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Urologen

Patientenorientierung und Serviceverhalten am Telefon

Die psychotherapeutische Praxis

Gründer-/Abgeberforum

Kooperationen in der ärztlichen Praxis

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

QM-Seminare

QEP®-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP®-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP®-Kompakt für Medizinische Fachangestellte

QEP®-Kompakt für Psychotherapeuten

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	14. April 2010	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. April 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. April 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. April 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. April 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	17. April 2010	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. April 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. April 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	21. April 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	21. April 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	21. April 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. April 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. April 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	23. April 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	24. April 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. April 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	Straubing, Hotel Heimer
Praxisinhaber	kostenfrei	24. April 2010	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. April 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	23. April 2010 24. April 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	7. Mai 2010 8. Mai 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	90,- Euro	11. Mai 2010 8. Juni 2010	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	290,- Euro	19. Juni 2010 17. Juli 2010	9.00 bis 16.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr	München

KVBINFOS 05/10

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 58 Zahlungstermine im Jahr 2010
- 58 Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst
- 59 Fortführung Diabetesvereinbarungen
- 59 Muster 10A

VERORDNUNGEN

- 60 Arzneikostentrendmeldung – Frühinformationen für die Praxis
- 61 PC-Trendmeldung
- 61 „Neue Arzneimittel“ – Information der AkdÄ
- 62 Therapiehinweis zu Ezetimib

QUALITÄT

- 62 Qualitätssicherung in der Arthroskopie

ALLGEMEINES

- 65 Aktuelle Praxis- und Privatadressen

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

- 65 Online-Weiterbildungs- und Ausbildungsbörse

SEMINARE

- 66 KVB-Gründer-/Abgeberforum
- 67 Ausbildung zum QZ-Moderator – Zusatztermin
- 67 Treffen für QZ-Moderatoren in Nürnberg
- 68 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 70 Die nächsten Seminartermine der KVB

Zahlungstermine im Jahr 2010

10. Mai 2010

1. Abschlagszahlung 2/2010

10. Juni 2010

2. Abschlagszahlung 2/2010

12. Juli 2010

3. Abschlagszahlung 2/2010

30. Juli 2010

Restzahlung 1/2010

10. August 2010

1. Abschlagszahlung 3/2010

10. September 2010

2. Abschlagszahlung 3/2010

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

Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst

Welcher Schein gilt für welche Behandlungsart?

Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst sind auf dem **Notfallschein** (Notfall-/Vertretungsschein nach Muster 19) abzurechnen. Hierbei ist in der Feldkennung 4239 (Scheinuntergruppe) die Kennzeichnung 41 = Ärztlicher Notfalldienst (organisierte Dienste oder Notfallbehandlung) einzugeben.

Eigener Patient im organisierten Bereitschaftsdienst

Wird ein eigener Patient sowohl im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes als auch außerhalb des Bereitschaftsdienstes behandelt, sind **zwei Datensätze beziehungsweise zwei getrennte Behandlungsscheine** (Notfallschein Muster 19 sowie Abrechnungsschein Muster 5) anzulegen.

Welche EBM-Pauschalen sind im organisierten Bereitschaftsdienst abzurechnen?

Bei Behandlung im organisierten Bereitschaftsdienst sind anstelle der arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen die **Notfallpauschale nach GOP 01210 und gegebenenfalls der Zuschlag für die Besuchsbereitschaft nach GOP 01211** zu berechnen. Bei weiteren Behandlungen im organisierten Bereitschaftsdienst im selben Quartal ist eine der Notfallkonsultationspauschalen gegebenenfalls mit Zuschlag nach den GOPen 01214 bis 01219 zu berechnen.

Wird der Patient in demselben Behandlungsfall zusätzlich **außerhalb** des organisierten Bereitschaftsdienstes behandelt, kann bei weiteren Kontakten die jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsi-

liarpauschale zusätzlich berechnet werden (zwei Behandlungsscheine).

Die alleinige Berechnung der „normalen“ arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen im organisierten Bereitschaftsdienst ist nicht möglich.

Welche Leistungen sind im organisierten Bereitschaftsdienst nicht berechnungsfähig?

Im Rahmen der Notfallversorgung sind nur solche Leistungen berechnungsfähig, die in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen. Darüber hinaus sind die im EBM aufgeführten Abrechnungsauschlüsse zu beachten. Im organisierten Bereitschaftsdienst sind daher zum Beispiel **nicht berechnungsfähig**:

- Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen (Abschnitt 1.7 EBM)
- Beratungs-, Gesprächs- und Erörterungsleistungen
- alle in Anhang 1 des EBM, Spalte GP, aufgeführten Leistungen wie zum Beispiel der Ganzkörperstatus (GOP 27310), die elektrokardiographische Untersuchung (GOP 27320), klinisch-neurologische Basisdiagnostik (GOPen 27320 und 22230), Arztbriefe und -berichte nach GOPen 01600, 01601 etc.
- Leistungen für die Inanspruchnahme zu „Unzeiten“ nach den GOPen 01100 bis 01102

Bitte beachten Sie:

Kommt ein Patient, der von Ihnen im Rahmen des organisierten Bereitschaftsdienstes behandelt wurde, nochmals

Fortführung Diabetesvereinbarungen

außerhalb des Bereitschaftsdienstes – zum Beispiel zu Kontrolluntersuchungen – in Ihre Praxis, so sind diese außerhalb des Bereitschaftsdienstes erbrachten Leistungen auf einem gesonderten Behandlungsschein (Abrechnungsschein Muster 5)/Datensatz abzurechnen.

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

Für das zweite Quartal 2010 lassen BKK, Signal Iduna IKK und Knappschaft erneut sämtliche Leistungen der gekündigten Diabetesvereinbarungen gegen sich gelten.

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

Wir empfehlen Ihnen, vorsorglich alle Schulungen noch im zweiten Quartal 2010 abzuschließen. Schulungen für DMP-Patienten können weiterhin mit den gültigen Abrechnungsziffern des DMP-Vertrags abgerechnet werden, sofern Sie die entsprechende Berechtigung dafür haben. Die gültige Vergütungsübersicht finden Sie unter www.kvb.de/dmp in der Rubrik Diabetesvereinbarungen.

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

Muster 10A

Bei dem Bezug von Leistungen aus Laborgemeinschaften mittels Muster 10A (Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften) handelt es sich nicht um Überweisungen, sondern um Anforderungen. Der Anforderung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt sowie die Vorlage der Krankenversicherungskarte vorausgegangen sein. Zudem ist eine Weiterüberweisung des Auftrags oder von Teilen hieraus nicht zulässig.

Um dieses klarzustellen, haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband kurzfristig eine redaktionelle Änderung der Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung zum 1. April 2010 beschlossen. Bei den Erläuterungen zu Muster 10A wurde der Ausdruck „überweisen“ durch den Begriff „anfordernden“ ersetzt.

Die Änderung der Vordruckvereinbarung wurde im Deutschen Ärzteblatt, Heft 12 vom 26. März 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

Arzneikostentrendmeldung – Frühinformationen für die Praxis

Um Sie bei der Steuerung Ihres Ordnungsverhaltens und damit bei der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu unterstützen, stellen wir Ihnen quartalsbezogene Analysen Ihrer Ordnungsdaten mit Angabe der Fachgruppendurchschnittswerte zur Verfügung. Mit der Arzneikostentrendmeldung (AKTM) und den Ordnungsanalysen aus dem Archivsystem „SmarAkt“ können Sie Ihr Ordnungsverhalten mit der Fachgruppe vergleichen und gegebenenfalls hinterfragen.

Ordnungskosten und Fallzahlen

Die AKTM fußt auf den Ordnungsdaten der bayerischen Apothekenrechenzentren. Ordnungskosten aus dem Direktbezug über Lieferanten sind in der AKTM nicht enthalten.

Ordnungskosten sind Bruttodaten

Sie beinhalten die vom Arzt verordneten und von der Apotheke abgerechneten Arzneimittel, Verbandmittel, Medizinprodukte (sofern sie nicht als Hilfsmittel gelten), Teststreifen und Diätetika nach Apothekenverkaufspreis. Rabatte und Zuzahlungen werden nicht abgezogen.

Fallzahlen nur aus der Abrechnung über die KVB

Beim Fallkostenvergleich werden die abgerechneten ambulanten kurativen Fälle berücksichtigt. Für „Besondere Kostenträger“ sind weder Fallzahlen noch Ordnungskosten in der AKTM enthalten. Bei Berufsausübungsgemeinschaften werden Patienten, die von mehreren Ärzten einer Fachgruppe behandelt werden, nur einmal gezählt.

Soweit die Abrechnung im Rahmen von Selektivverträgen erfolgt, wirkt sich das auf die fallbezogenen Kos-

tenvergleiche für die Praxis und Fachgruppe aus. Seit dem zweiten Quartal 2009 fehlen zum Beispiel die Behandlungsfälle der in den Hausarztvertrag der AOK Bayern mit dem Bayerischen Hausärzterverband eingeschriebenen Patienten in der AKTM. Die Arzneikosten können von den Apothekenrechenzentren aber nicht getrennt erfasst werden und sind somit in der AKTM enthalten. Ein Datenabgleich beziehungsweise eine Bereinigung von Fallzahlen und Ordnungskosten ist im Rahmen der AKTM nicht möglich.

Kostenintensive Indikationsgruppen und ordnungsstärkste Arzneimittel

Unabhängig von den Fallzahlen finden Sie ab Quartal 1/2010 auf den Seiten 2 bis 4 der AKTM eine Aufschlüsselung Ihrer Ordnungskosten nach Indikationsgruppen sowie Ihre ordnungsstärksten Arzneimittel. Durch die Gegenüberstellung der Vergleichswerte mit der Fachgruppe werden Ihre Kostenschwerpunkte sowie eventuelle Einsparpotentiale ersichtlich.

Besondere Kostenreihung in den kostenintensivsten Indikationsgruppen

Dies kann durch eine bestimmte Patientenklintel begründet sein. Ein Abgleich der Tabelle der ordnungsstärksten Arzneimitteln mit den Wirtschaftlichkeitszielen hilft, eventuell noch ungenutzte Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, um das erwirtschaftete Honorar vor Regressen zu schützen.

Wirtschaftlichkeitsreserven erkennen und nutzen

Bei den mit „X“ gekennzeichneten Arzneimittelgruppen sollten Sie den

verstärkten Einsatz der Leitsubstanz prüfen (Seite 5 und 6 der AKTM ab 1/2010). Eine weitergehende Analyse Ihrer Ordnungskosten innerhalb der Arzneimittelgruppen finden Sie in der so genannten „DDD-Trendmeldung“ im Internet unter smarakt.kvb.de in Ihrer Arzneimittelakte. Achten Sie bitte auch auf aktuelle Hinweise unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt*.

Mit den bayerischen Krankenkassen haben wir für die Jahre 2009 und 2010 Leitsubstanzen, Quotierungen und Höchstwerte für DDD-Kosten für bestimmte Arzneimittelgruppen vereinbart. Es wird angestrebt, das Erreichen des individuellen Zielwertes im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen. Ein entsprechender Passus in der Prüfvereinbarung soll dies sicherstellen. Eine Malus-Regelung bei Verfehlung dieser Zielwerte gibt es dagegen nicht.

Impfstoffe und Hilfsmittel in der AKTM

Nicht korrekt gekennzeichnete Ordnungen von Impfstoffen und Hilfsmitteln sowie so genannte Mischrezepte fließen in Ihre Arzneikosten ein. Wir weisen diese Kosten daher gesondert aus.

Unsere Arzneikostenfrühinformationen und die kostenfreie Pharmakotherapieberatung unterstützen Sie bei der Auswahl wirtschaftlicher und wirksamer Ordnungsalternativen. Nutzen Sie den individuellen Beratungsservice und die Fachkompetenz unserer qualifizierten Mitarbeiter vor Ort.

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

PC-Trendmeldung

Der KVB werden von den Apothekenrechenzentren bei mehr als 50 Prozent aller Verordnungen keine Arztdaten (LANR) mit den Rezeptdaten übermittelt. Für einen statistischen Vergleich innerhalb der Praxis mit den Verordnungsdaten der jeweiligen Fachgruppen kann die KV daher seit dem Quartal 1/2009 in der Arzneikostentrendmeldung keine Daten zum Sprechstundenbedarf ausweisen.

Abhilfe verspricht die neue PC-Trendmeldung, mit der wir für alle Praxismitglieder den der Betriebsstättennummer (BSNR) zugeordneten Sprechstundenbedarf ausweisen können. Die PC-Trendmeldung wird erstmals Ende Mai mit der Arzneikostentrendmeldung für das Quartal 1/2010 erstellt. Sie wird Ihnen in „SmarAkt“ innerhalb Ihres persönlichen Online-Archivs zur Verfügung stehen. Achten Sie bitte auch auf aktuelle Hinweise unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt*.

Dort finden Sie die verordnungsstärksten Arzneimittel mit Angabe der Verordnungsmenge und -summe aufgelistet. Für den Fall, dass Sie Teile Ihres Sprechstundenbedarfs nicht über die Apotheke, sondern über den Großhandel oder über den Hersteller beziehen, sind die Kosten hierfür nicht in den uns von den Abrechnungszentren gelieferten Daten enthalten. Sie können daher in der PC-Trendmeldung nicht ausgewiesen werden.

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

„Neue Arzneimittel“ – Information der AkdÄ

In ihrer Ausgabe vom 22. März 2010 informiert die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu folgenden Medikamenten:

Onbrez Breezhaler® (Indacaterolma-leat) – zur bronchialerweiternden Erhaltungstherapie der Atemwegsobstruktion bei Erwachsenen mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD).

Bewertung:

Indacaterol ist ein langwirksamer β_2 -Agonist. In den vorgelegten Studien ergab sich eine statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Verbesserung der FEV1 nach zwölfwöchiger Behandlung im Vergleich zu Placebo in etwa gleichem Ausmaß wie bei zum Vergleich eingesetzten Arzneimitteln (Tiotropium und Formoterol). Besserungen von Symptomen waren nicht konsistent nachweisbar. Indacaterol bietet keinen Vorteil gegenüber existierenden therapeutischen Alternativen.

Yondelis® (Trabectedin), neu zugelassene Indikation – jetzt auch für die Behandlung von Patientinnen mit einem platinresistenten Ovarialkarzinomrezidiv in Kombination mit pegyliertem liposomalen Doxorubicin (PLD).

Bewertung:

Trabectedin bindet an die DNA und verursacht über verschiedene Faktoren eine Störung des Zellzyklus. Die kombinierte Behandlung von Trabectedin mit PLD bei mit Platin vorbehandelten Patientinnen und einem Rezidiv erhöht das progressionsfreie Überleben in begrenztem Umfang (medianer Unterschied 1,5 Monate), das „overall survival“ (OS) wird nicht signifikant verlängert. Unerwünschte Wirkungen, zum Teil schwerwiegender Art, traten bei 99 Prozent aller Patientinnen auf.

„Neue Arzneimittel“ enthält Informationen zu in der Europäischen Union neu zugelassenen Arzneimitteln beziehungsweise neu zugelassenen Indikationen, basierend auf den Angaben des Europäischen Öffentlichen Bewertungsberichts (EPAR) der Europäischen Behörde für Arzneimittel (EMA).

Unter www.kvb.de finden Sie in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* Verknüpfungen zu folgenden Informationen der AkdÄ: Neue Arzneimittel, Therapieempfehlungen, Rote-Hand-Briefe, Drug safety Mail.

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

Therapiehinweis zu Ezetimib

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Ergänzung der Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie um den Therapiehinweis zu Ezetimib (zum Beispiel Inegy® oder Ezetrol®) beschlossen. Der Beschluss ist am 24. März 2010 in Kraft getreten.

Empfehlung zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

Endpunktstudien zu Ezetimib, die eine Reduktion von Morbidität, Mortalität oder eine Verbesserung der Lebensqualität zeigen könnten, liegen nicht vor. Nach Bewertung der vorliegenden Studien wird daher die Verordnung von ezetimibhaltigen Arzneimitteln eingeschränkt.

Die Verordnung von Ezetimib als Monotherapie bei der Behandlung von Hypercholesterinämien ist nur wirtschaftlich bei den wenigen Patienten, bei denen Statine auf Grund von Unverträglichkeit oder Nebenwirkungen nicht eingesetzt werden können. Die Kombination bleibt Patienten mit schwerwiegenden Fettstoffwechselstörungen vorbehalten, die das genannte hohe Risiko für Ereignisse haben.

Zusätzlich ist für eine wirtschaftliche Verordnung zu fordern, dass bei den Patienten

- eine homozygote familiäre Sitosterinämie vorliegt oder
- eine ausgeprägte, nicht anders zu behandelnde familiäre homozygote Hypercholesterinämie vorliegt oder
- das Therapieziel die Verhinderung einer LDL-Apherese ist oder
- eine Unverträglichkeit oder Kontraindikation für Statine nachgewiesen wurde.

In der Regel ist die freie Kombination der Wirkstoffe kostengünstiger als die Fixkombination. Eine Übersicht nach Wirkstoff und Dosierung mit Angaben der Tages- und Jahrestherapiekosten finden Sie in „Verordnung aktuell“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* ebenso wie einen Link zum kompletten G-BA-Beschluss.

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

Qualitätssicherung in der Arthroskopie

Zur Förderung der Qualität von Arthroskopien in der vertragsärztlichen Versorgung werden bundesweit Stichprobenprüfungen eingeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dazu eine Richtlinie erlassen, die einheitliche Beurteilungskriterien für arthroskopische Eingriffe am Knie- und Schultergelenk enthält. Damit soll sichergestellt werden, dass überall in Deutschland die gleichen Qualitätsstandards gelten und eingehalten werden. Einige Kassenärztliche Vereinigungen führen solche Prüfungen bereits seit Jahren durch, bislang allerdings auf Grundlage regional entwickelter Kriterien.

Mit jährlich mehr als einer halben Million Eingriffen handelt es sich bei der Arthroskopie um die häufigste orthopädisch/unfallchirurgische Operation, die bei etwa der Hälfte der Patienten ambulant erfolgt. Die neue „Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen nach Paragraph 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie)“ wurde am 17. Dezember 2009 beschlossen und ist am 3. März 2010 in Kraft getreten.

Ziel der neuen Qualitätsrichtlinie

Die Stichprobenprüfungen sollen dazu beitragen, die Qualität arthroskopischer Eingriffe weiter zu verbessern. Mögliche Defizite unter anderem in der Indikationsstellung, in der Leistungsdokumentation und in den Nachbehandlungsmaßnahmen sollen durch zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen reduziert werden. Ein erster Schritt sind die vom G-BA beschlossenen Beurteilungskriterien, die die Anforderungen an die schriftliche und bildliche Dokumentation bundeseinheitlich definieren. Weitere Maßnahmen sollen folgen. So plant der G-BA, dass im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung künftig

auch für Krankenhäuser Qualitätssicherungsmaßnahmen gleichermaßen gelten.

Zum Hintergrund: Die bereits durchgeführten Stichprobenprüfungen haben zum Teil erhebliche Qualitätsmängel deutlich gemacht. Zwar haben viele Ärzte mit guten und sehr guten Ergebnissen abgeschnitten, etliche jedoch mit erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen.

Richtlinie gilt bundesweit

Die neue Richtlinie gilt bundesweit. Das bedeutet: Auch Ärzte in KV-Bereichen, in denen bereits Stichprobenprüfungen durchgeführt werden, werden künftig nach der neuen Richtlinie geprüft. Auch für sie gelten die einheitlichen Beurteilungskriterien, die einen Mindeststandard definieren.

Neue Richtlinie betrifft nur Vertragsärzte mit Genehmigung

Die neue Richtlinie betrifft Ärzte, die eine Genehmigung nach der Arthroskopie-Vereinbarung gemäß Paragraph 135 Abs. 2 SGB V besitzen. Die Genehmigung muss infolge der neuen Richtlinie selbstverständlich nicht neu beantragt werden.

Übergangsregelung: Zehn Prozent der Ärzte werden jährlich geprüft

Zum Umfang der Stichprobenprüfung hat der G-BA eine Übergangsregelung festgelegt. Diese sieht vor, dass in den ersten zwei Jahren nach Einführung der neuen Richtlinie mindestens zehn Prozent der arthroskopisch tätigen Vertragsärzte jährlich überprüft werden. Nach diesem Zeitraum gilt auch für die Arthroskopie der übliche Wert von mindestens vier Prozent (gemäß Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung).

Stichprobenprüfung anhand der Dokumentation

Das Verfahren der Stichprobenprüfung erfolgt nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung auf der Grundlage der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von arthroskopischen Operationen am Knie- und Schultergelenk. Hierzu fordert die Kassenärztliche Vereinigung von dem Arzt die entsprechenden Operationsberichte und Bilddokumentationen an. Die Prüfung umfasst die medizinische Fragestellung, den Operationsgrund und die Durchführung der arthroskopischen Operation.

Anforderungen an die Dokumentation

Die schriftliche und bildliche Dokumentation muss bestimmten Anforderungen entsprechen. Die Anforderungen wurden vom G-BA in der neuen Richtlinie festgelegt. Zudem wird als Prüfinhalt vorgegeben, dass die Dokumentationen in sich schlüssig und nachvollziehbar sein müssen.

1. Anforderungen an die schriftliche Dokumentation:

Aus dem Operationsbericht müssen mindestens folgende Angaben hervorgehen:

- Patientenidentifikation (Name, Vorname und Geburtsdatum)
- Operationsdatum
- Name des Operators, gegebenenfalls des Assistenten und des Anästhesisten
- Operationsgrund
- Diagnose mit Seitenangabe

- durchgeführte Operation
- gegebenenfalls Blutsperrezeit/Blutleerzeit
- Lagerung des Patienten
- Operationsdauer
- bei Normalbefund entsprechende Fragestellung
- bei pathologischem Befund detaillierte Beschreibung (Lokalisation mit Seitenangabe, Größe, Form, Struktur und so weiter)
- Beschreibung des operativen Vorgehens
- Beschreibung des Endbefunds nach Abschluss der Operation
- begründete Benennung nicht darstellbarer beziehungsweise in der Bilddokumentation nicht zu beurteilender Areale
- Angaben zur Indikation eventueller Folgeeingriffe oder konservativer Maßnahmen

2. Anforderungen an die bildliche Dokumentation

- Die Dokumentation kann auf Videoband, Prints oder allgemein lesbaren digitalen Datenträgern (CD, DVD) erfolgen und muss zugreifbar archiviert sein. Sie muss klar nachvollziehbar gekennzeichnet und eindeutig einem Patienten zuzuordnen sein.
- Zur eindeutigen Identifikation müssen aus der Bilddokumentation ersichtlich sein:
 - Patientenidentifikation
 - Operationsdatum
 - Name des Operators und der

Praxis beziehungsweise Klinik

- Die Bilddokumentation muss eine Beurteilung des präoperativen Befunds und des Operationsergebnisses ermöglichen, gegebenenfalls unter Verwendung eines Tasthakens.
- Der präoperative Befund und das postoperative Ergebnis sollten aus einer vergleichbaren Perspektive und Kameraeinstellung vorgenommen werden.
- Falls im Ausnahmefall wegen eines unvorhergesehenen technischen Defekts eine Bilddokumentation nicht möglich ist, muss dies im Operationsbericht unter Angabe der Gründe vermerkt werden.
- Bei allen Arthroskopien des Kniegelenks ist ein diagnostischer Rundgang zu dokumentieren mit obligater Darstellung aller Kompartimente einschließlich Diagnose mit Seitenangabe von:
 - Innenmeniskus mit Hinterhorn
 - Außenmeniskus mit Hinterhorn
 - Interkondylarregion (vorderes/hinteres Kreuzband)
 - Femuropatellargelenk
 - gegebenenfalls Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeingriffs oder des weiteren konservativen Vorgehens (zum Beispiel Knorpelschäden, Synovitiden, Bandverletzungen)
- Bei allen Arthroskopien des Schultergelenks ist ein diagnostischer Rundgang zu dokumentieren mit obligater Darstellung von:
 - Rotatorenmanschette – Übergang Humeruskopf
 - langer Bizepssehne mit Ansatz
 - Labrum mit Kapselkomplex
 - gegebenenfalls glenohumoraler Knorpelbelag

- gegebenenfalls Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeingriffs oder des weiteren konservativen Vorgehens (zum Beispiel Fehlen der glenohumoralen Bänder, Rotatorenmanschettenrupturen)

Den vollständigen Text der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie sowie zu weiteren, die Arthroskopie betreffenden Qualitätssicherungsvereinbarungen und -Richtlinien finden Sie unter www.kbv.de/23436.html.

Ihre Ansprechpartnerin, Petra Kaiser, erreichen Sie unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 32 30
 E-Mail Petra.Kaiser@kvb.de

Aktuelle Praxis- und Privatadressen

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) hat Ihnen bei der Ausgestaltung Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit größere Spielräume eingeräumt – zum Beispiel die Gründung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. Diese flexiblen Möglichkeiten stellen die KVB bei Versandaktionen vor größere Anforderungen. Damit Ihnen Ihre Post und Ihre E-Mails korrekt zugestellt werden können, sind klare Vorgaben für Versandaktionen unabdingbar. Sie sollten daher Folgendes wissen:

- Versandaktionen an eine **Praxis** gehen grundsätzlich an die von den Leistungserbringern festgelegte **Hauptbetriebsstätte**. Nebenbetriebsstätten werden nicht für Versandaktionen ausgewählt.
- Jeder Arzt/Psychotherapeut kann **eine** von der Hauptbetriebsstättenanschrift **abweichende Adresse** mitteilen, an die er persönlich adressierte Briefe erhalten möchte.
- Ärzte/Psychotherapeuten, die **parallel verschiedene vertragsärztliche Tätigkeiten** ausüben, erhalten möglicherweise persönlich adressierte **Post mehrfach** – dies hat verwaltungstechnische Gründe und ist kein Systemfehler.
- Die Versendung von KV-Post an **Privatanschriften** erfolgt nur in besonderen Fällen:
 - im Falle der Versendung persönlicher Daten, zum Beispiel von Passwörtern,
 - oder wenn in der Arztregister-Datenbank keine gültige Praxisanschrift mehr registriert ist (der mögliche Grund: die Praxistätigkeit wurde beendet).
- Post an beendete Gemeinschaftspraxen/Berufsausübungsgemein-

schaften wird immer an die zuletzt bekannte Hauptbetriebsstätte der Gemeinschaftspraxis versandt.

Ihre Postsendungen können nur zeitnah zugestellt werden, wenn aktuelle Praxis- und Privatadressen im Arztregister hinterlegt sind.

- Teilen Sie uns daher **Änderungen Ihrer Adressen und Kontaktdaten** (Telefonnummern, Fax-Nummern, E-Mail-Adressen) für Ihre Praxistätigkeit, aber auch für Ihren Wohnsitz bitte unverzüglich mit.
- Gerade die Mitteilung **privater Wohnungsumzüge** wird im Praxisalltag schnell vergessen. Wegen der Residenzpflicht für Vertragsärzte ist diese Mitteilung jedoch obligatorisch.
- **Wünschen** Sie die KV-Post nicht an die Hauptbetriebsstätte Ihrer Praxis, so teilen Sie uns bitte **eine persönliche Postadresse** mit.

Bitte unterstützen Sie uns dabei, damit Sie Ihre KV-Post künftig immer und zeitnah erreichen kann. Ihre Angaben und Anregungen können Sie uns online, per E-Mail, per Fax oder per Briefsendung mitteilen. Sie erreichen uns

im Internet unter:

www.kvb.de in der Rubrik *Service & Beratung/Arztregisteränderungen*

per E-Mail an:

arztregister@kvb.de

per Fax an:

0 89/ 5 70 93 – 6 49 07

per Briefsendung an:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Arztregister“
Elsenheimerstraße 39
80687 München

Online-Weiterbildungs- und Ausbildungsborse

Seit 1. April 2010 hat die KVB auf ihrer Internetseite eine Online-Weiterbildungs- und Ausbildungsstellenbörse für niedergelassene und angehende Psychotherapeuten eingerichtet. Beide Zielgruppen haben damit die Möglichkeit, entsprechende Stellen direkt über das Internet anzubieten oder zu suchen. OWAB, so die Abkürzung des neuen Online-Services, funktioniert einfach und kostenlos: Wer eine Aus- oder Weiterbildungsstelle in seiner Praxis vergeben möchte, kann diese in OWAB mit Hilfe eines entsprechenden Stellenformulars unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/OWAB* anbieten.

Auch Psychotherapeuten in Ausbildung und Fachärzte, die eine Weiterbildungsstelle suchen, können ihr Gesuch in OWAB per Online-Formular einstellen und finden hier ganz nebenbei noch viele weitere nützliche Informationen rund um das Thema Aus- und Weiterbildung.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail OWAB@kvb.de

KVB-Gründer-/Abgeberforum

Am 6. März 2010 fand bei der KVB in München zum zweiten Mal das gemeinsame Informationsforum für Praxisgründer und Praxisabgeber statt. Wie schon bei der ersten Veranstaltung am 28. November 2009 kamen über 120 Teilnehmer in die Münchner Bezirksstelle, um sich über die Modalitäten einer Praxisabgabe beziehungsweise -übernahme zu informieren. In zwei parallelen Vortragsreihen, geleitet von KVB-Beratern, Rechtsanwälten, Steuerberatern und Bankexperten, hatten beide Teilnehmergruppen Gelegenheit, sämtliche Facetten des Themas durchzuspielen. Neben den vertragsarztrechtlichen Vorgaben und Abläufen wurden auch die zivil- und gesellschaftsrechtlichen sowie die steuerrechtlichen Aspekte der Praxisübergabe durchleuchtet und mit Tipps aus der Praxis ergänzt. Wissenswertes zu den Themen „Finanzierung der Arztpraxis“ und „Anlage des Praxiswertes“ rundeten das umfangreiche Informationspaket ab.

Die anwesenden Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nutzten das Gründer-/Abgeberforum auch als Podium, um mit potentiellen Vertragspartnern ins Gespräch zu kommen. Daher wurde die Veranstaltung von den Teilnehmern als äußerst lohnend und informativ empfunden – insbesondere auch deswegen, weil die Referenten detailliert auf individuelle Fragen der anwesenden Ärzte eingehen und in den folgenden Wochen im Rahmen persönlicher Beratungsgespräche vertiefen konnten.

Das Abgeber-/Gründerforum der KVB wird kostenfrei in allen Bezirksstellen der KVB angeboten und findet an folgenden Terminen statt:

- **Bezirksstelle München**
24. Juli 2010
13. November 2010
- **Bezirksstelle Schwaben**
25. September 2010
- **Bezirksstelle Mittelfranken**
26. Juni 2010
4. Dezember 2010
- **Bezirksstelle Oberfranken**
18. September 2010
- **Bezirksstelle Unterfranken**
23. Oktober 2010
- **Bezirksstelle Oberpfalz**
13. November 2010

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

Informationen rund um die Anmeldung erhalten Sie unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 65*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

E-Mail Seminarberatung@kvb.de

Ausbildung zum QZ-Moderator – Zusatztermin

Die KVB bietet eine zusätzliche Grundschulung für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren in München an. Ärzte, die Interesse an der Gründung eines Qualitätszirkels haben und die andere Kollegen für die Mitarbeit in Qualitätszirkeln motivieren möchten, können an dieser Schulung teilnehmen. Die Teilnahme ist Voraussetzung, um einen nach den Qualitätszirkel-Grundsätzen des KVB-Vorstands anerkannten Qualitätszirkel zu leiten.

Im Kurs werden neben Grundlagen auch Moderationstechniken behandelt, um die kommunikative Kompetenz zu erhöhen. Der Umgang mit der elektronischen Plattform eQZ zur Dokumentation der Sitzungen ist genauso Thema wie die strukturierte Vorbereitung der Zirkel und das Meistern schwieriger Situationen während der Sitzung.

Termin:

26. Juni 2010 von 10.00 bis 16.30 Uhr in der KVB München

Sie können sich anmelden unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 23.
Weitere Informationen erhalten Sie unter
www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätszirkel/Moderatorentreffen-Seminare*.

Treffen für QZ-Moderatoren in Nürnberg

Zur Unterstützung und weiteren Qualifizierung der Qualitätszirkel-Moderatoren veranstaltet die KVB am 19. Mai 2010 von 16.00 bis 20.00 Uhr in Nürnberg ein regionales Moderatorentreffen. Das Treffen dient dem Erfahrungsaustausch der Moderatoren untereinander und mit ihrem betreuenden Tutor sowie der Behandlung möglicher Probleme in den Qualitätszirkeln.

Das Thema „Patientensicherheit“, das in letzter Zeit zunehmend in den Fokus der wissenschaftlichen Forschung und einer breiteren Öffentlichkeit gerückt ist, wird einen Schwerpunkt der Kleingruppenarbeit mit den Tutores bilden.

Termin:

19. Mai 2010 von 16.00 bis 20.00 Uhr im Südwestpark-Hotel Nürnberg, Südwestpark 5, 90449 Nürnberg

Sie können sich anmelden unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 23.

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

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

Ihre Vorteile:

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

Zielgruppen:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter oder im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO)
- Sonstige interessierte Ärzte

Modul I

- Kardiozirkulatorische Nofälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council (ERC)
- Effizientes Mega-Code Training in Kleinstgruppen

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 – 16.15 Uhr

Termine:

Samstag, 17. Juli 2010
KVB-Bezirksstelle München

Samstag, 2. Oktober 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 4. Dezember 2010
KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II

- Pädiatrische Akut- und Nofälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 9. Juni 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 20. Oktober 2010
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 4

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 – 20.35 Uhr

Termine:

Mittwoch, 12. Mai 2010
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 22. September 2010
KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 10. November 2010
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul IV (fakultatives Modul) neu!

- Bauchschmerzen und der „akute Bauch“
- Gynäkologische Akutfälle im Bereitschaftsdienst
- Der psychiatrische Notfall im Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 21. Juli 2010
KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 29. September 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Die Fortbildungen sind in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt. **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 Bereitschaftsdienst*.



Veranstaltung am
Samstag, 19. Juni 2010, 10–13 Uhr
in der KV Bayerns,
Elsenheimerstraße 39,
80687 München

Niederlassung,
Nachfolge,
Neuanschaffung:

Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen

Teilnahme ist kostenlos

*Ob Business-, Finanz- oder Investitionspläne –
ohne ein ausgeklügeltes Finanzmanagement
verschenken Arztpraxis und MVZ möglicherweise viel
Geld oder setzen die eigene Existenz aufs Spiel.
Welche Fördermöglichkeiten stehen Ihnen als Arzt
oder Psychotherapeut zu? Bekommen Sie Zuschüsse
für neue medizinische Geräte?*

Über diese Fragen informiert die KV Bayerns in einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KfW initiierten Kampagne „Niederlassung, Nachfolge, Neuanschaffung: Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen“. Experten geben ihr Wissen verständlich und kompakt in der halbtägigen Informationsveranstaltung an Ärzte und Psychotherapeuten weiter.

**Besuchen Sie den parallel stattfindenden
Thementag: IT, Vernetzung und e-Doku**

Programm

- ▶ 10 Uhr
Begrüßung
- ▶ 10.15 Uhr Impulsreferat
**„Impulse für Erfolg –
Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen“**
KfW Bankengruppe
- ▶ 11.15 Uhr Impulsreferat
„Ein Wegweiser für Ärzte“
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
- ▶ 12 Uhr Talk
„Finanzierung aus erster Hand“

Alle Experten stehen Ihnen gerne für
Ihre Fragen zur Verfügung!

Anmeldung

.....
Vor- und Zuname

.....
Arztnummer

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Ort

Bitte bis zum **4. Juni 2010** an:
KV Bayerns – Veranstaltungsmanagement
Telefax: 01805 909290-66*
seminarberatung@kvb.de

*0,14 €/Min. für Anrufe aus dem dt. Festnetz,
Mobilfunk max. 0,42 €/Min.

Die nächsten Seminartermine der KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu QM-Seminaren

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

Anmeldeformulare und weitere

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

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Urologen

Fortbildung Impfen

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Hautkrebsscreening

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop hausärztliche Kinderärzte

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Mit der Praxis in die Zukunft

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Fortbildung Impfen

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Psychotherapeuten

Hautkrebsscreening

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

QM-Seminare

QEP®-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP®-Kompakt für Psychotherapeuten

QEP®-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Grundschulung für Qualitätszirkelmoderatoren (Zusatztermin)

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Mai 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	85,- Euro	12. Mai 2010	15.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Mai 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Hausärzte/Dermatologen	160,- Euro	14. Mai 2010	13.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Mai 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Mai 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Mai 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Mai 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Mai 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Mai 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	21. Mai 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	85,- Euro	9. Juni 2010	15.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	10. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Hausärzte/Dermatologen	160,- Euro	11. Juni 2010	13.00 bis 20.30 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Juni 2010	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	11. Juni 2010 12. Juni 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber/-mitarbeiter	290,- Euro	19. Juni 2010 16. Juli 2010	9.00 bis 16.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	25. Juni 2010 26. Juni 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	26. Juni 2010	10.00 bis 16.30 Uhr	München

KVBINFOS 06|10

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 74 Zahlungstermine im Jahr 2010
- 74 EBM-Änderungen zum 1. Juli 2010
- 81 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 3/2010
- 81 Chronikerzuschlag (GOP 03212, 04212)

QUALITÄT

- 82 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- 84 Strahlenschutz bei Schädelaufnahmen
- 89 Ultraschalldiagnostik: Genehmigungsverfahren

SEMINARE

- 90 Die nächsten Seminartermine der KVB

Zahlungstermine im Jahr 2010

10. Juni 2010

2. Abschlagszahlung 2/2010

12. Juli 2010

3. Abschlagszahlung 2/2010

30. Juli 2010

Restzahlung 1/2010

10. August 2010

1. Abschlagszahlung 3/2010

10. September 2010

2. Abschlagszahlung 3/2010

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

EBM-Änderungen zum 1. Juli 2010

Mit Wirkung zum 1. Juli 2010 wurden Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und des Kapitels 32 (Labor) beschlossen. Die Beschlüsse stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Die wichtigsten Änderungen haben wir Ihnen nachfolgend zusammengestellt. Die Beschlüsse mit den Leis-

tungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail waren in den folgenden Heften des Deutschen Ärzteblattes veröffentlicht: Heft 9 vom 5. März 2010 (Seite A 406), Heft 13 vom 2. April 2010 (Seiten A 618 bis 621), Heft 14 vom 9. April 2010 (Seiten A 673 bis 675), Heft 15 vom 16. April 2010 (Seite A 722 f.) und Heft 16 vom 23. April 2010 (Seite A 779 f.).

Hausärzte

Versichertenpauschalen – Änderung der Bewertungen und Prüfzeiten

Die **Punktzahlen der hausärztlichen Versichertenpauschalen** werden wie folgt geändert:

GOP	Bewertung				Prüfzeit	
	alt		neu		alt	neu
	Punkte	Wert BÉGO	Punkte	Wert BÉGO	Minuten	Minuten
03110	1000	35,05 €	1190	41,71 €	22	26
03111	900	31,54 €	880	30,84 €	20	k. Ä.
03120	500	17,52 €	595	20,85 €	11	13
03121	450	15,77 €	440	15,42 €	10	k. Ä.

Die **Punktzahlen der kinder- und jugendärztlichen Versichertenpauschalen** werden wie folgt geändert:

GOP	Bewertung				Prüfzeit	
	alt		neu		alt	neu
	Punkte	Wert BÉGO	Punkte	Wert BÉGO	Minuten	Minuten
04110	1000	35,05 €	1190	41,71 €	22	26
04111	900	31,54 €	880	30,84 €	20	k. Ä.
04120	500	17,52 €	595	20,85 €	11	13
04121	450	15,77 €	440	15,42 €	10	k. Ä.

Der Grund für die Änderung ist, dass für die Kalkulation der Versichertenpauschalen der Kinder bis zum fünfnten Lebensjahr bei den EBM-Änderungen ab 1. Januar 2008 die Daten der Hausärzte verwendet wurden. In die Versichertenpauschalen wurden damals unter anderem der Ganzkörperstatus nach den alten Gebührenordnungspositionen 03311 und 04311 aufgenommen. Die Berechnung dieses Ganzkörperstatus war jedoch bei Kindern bis zum vierten Lebensjahr nicht

begrenzt und wurde von Kinder- und Jugendärzten bei kleinen Kindern häufiger erbracht und berechnet. Dieses wurde jetzt mit der Änderung der Bewertung und Prüfzeiten der Versichertenpauschalen berücksichtigt.

**GOP 01758:
Für mitbehandelnde Hausärzte bei Angabe des programmverantwortlichen Arztes auch ohne Genehmigung berechnungsfähig**

Mitbehandelnde Hausärzte können ihre Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz nach der Gebührenordnungsposition 01758 auch ohne die Genehmigung für das Mammographie-Screening abrechnen. In diesem Fall ist der programmverantwortliche Arzt in der Abrechnung anzugeben.

► Aufnahme einer entsprechenden Anmerkung nach GOP 01758

Fachärzte

Fachgruppen mit Zusatzpauschale Onkologie – Grundpauschalen: Änderung der Bewertungen, Prüf- und Kalkulationszeiten

Seit dem 1. Januar 2008 können bestimmte Fachgruppen für die Betreuung

von Krebspatienten arztgruppenspezifische onkologische Zusatzpauschalen berechnen. Bei Aufnahme der Zusatzpauschalen wurde zu ihrer Finanzierung beschlossen, die Häufigkeit der Gebührenordnungspositionen zu erheben und auf dieser Grund-

lage eine Bereinigung der Leistungsbewertung der Grundpauschalen der betroffenen Arztgruppen durchzuführen. Dieses ist nun erfolgt. Die neuen Bewertungen, Kalkulationszeiten und Prüfzeiten entnehmen Sie bitte der nachfolgenden Aufstellung.

GOP	Bewertung				Kalkulationszeit		Prüfzeit	
	alt		neu		alt	neu	alt	neu
	Punkte	Wert BÉGO	Punkte	Wert BÉGO	Minuten	Minuten	Minuten	Minuten
07211	630	22,08 €	625	21,91 €	25	k. Ä.	20	k. Ä.
08211	420	14,72 €	410	14,37 €	15	k. Ä.	12	k. Ä.
08212	475	16,65 €	415	14,54 €	17	15	14	12
09212	580	20,33 €	575	20,15 €	22	21	18	17
10211	395	13,84 €	k. Ä.	k. Ä.	13	12	10	9
10212	440	15,42 €	405	14,16 €	14	13	12	11
13392	570	19,98 €	555	19,45 €	21	k. Ä.	17	k. Ä.
13642	595	20,85 €	590	20,68 €	22	k. Ä.	18	k. Ä.
15211	320	11,22 €	310	10,86 €	13	12	8	7
15212	370	12,97 €	290	10,16 €	14	12	10	9
26211	485	17,00 €	465	16,30 €	18	17	15	14
26212	605	21,20 €	510	17,87 €	23	19	18	15

GOP 01758:
Für mitbehandelnde Frauenärzte bei Angabe des programmverantwortlichen Arztes auch ohne Genehmigung berechnungsfähig

Mitbehandelnde Frauenärzte können ihre Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz nach Gebührenordnungsposition 01758 auch ohne die Genehmigung für das Mammographie-Screening abrechnen. In diesem Fall ist der programmverantwortliche Arzt in der Abrechnung anzugeben.

► *Aufnahme einer entsprechenden Anmerkung nach GOP 01758*

GOP 08320:
Für Chirurgen und Radiologen mit Sono-Genehmigung berechnungsfähig

Die Mammastanzbiopsie nach Gebührenordnungsposition 08320 ist nun auch von Chirurgen und Radiologen berechnungsfähig, wenn sie über die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik verfügen.

► *Aufnahme der GOP 08320 in die Präambeln zu Kapitel 7 Nr. 3 und Kapitel 24 Nr. 7*

GOPen 11210 bis 11212:
Für Vertragsärzte mit Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“ nicht berechnungsfähig

Vertragsärzte mit Zusatzbezeichnung

„Medizinische Genetik“, die human-genetische Leistungen nach Abschnitt 11.3 erbringen, rechnen die Grundpauschale ihres jeweiligen arztgruppenspezifischen Kapitels ab. Die human-genetischen Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 11210 bis 11212 können von diesen Ärzten nicht berechnet werden.

► *Aufnahme des Absatzes Nr. 10 in die Präambel zu Kapitel 11*

GOPen 13250 und 13258:
Kosten für allergologische Basisdiagnostik in Leistungen enthalten

Die Kosten für die allergologischen Tests sind bereits in den Leistungen der allergologischen Basisdiagnostik nach den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 beinhaltet und können daher nicht gesondert berechnet werden. Dieses wurde durch Aufnahme des Zusatzes „einschl. Kosten“ in die Leistungslegenden der Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 klargestellt.

GOP 13250 und GOP 32247 nicht neben fachinternistischem Basiskomplex berechnungsfähig

Die Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status ist sowohl als Teilleistung der Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung nach Gebührenordnungsposition 13250 als auch als Einzelleistung nach Gebührenordnungsposition 32247 in Abschnitt 32.3 (Speziallabor) im EBM abgebildet. Die Gebührenordnungspositio-

nen 13250 und 32247 können in derselben Sitzung nicht nebeneinander berechnet werden.

► *Aufnahme entsprechender Abrechnungsausschlüsse nach den GOPen 13250 und 32247*

GOP 13675:
Auch bei Pleuramesotheliom berechnungsfähig

Die onkologische Zusatzpauschale nach Gebührenordnungsposition 13675 kann jetzt auch bei Vorliegen einer bösartigen Neubildung des mesothelialen Gewebes (Pleura) nach dem Diagnoseschlüssel C45.0 abgerechnet werden.

► *Aufnahme des ICD-10-Codes C45.0 in die Anmerkung nach GOP 13675*

GOPen 19310 bis 19312:
Nur bei Erfüllung der QS-Voraussetzungen berechnungsfähig

Es wurde klargestellt, dass die Gebührenordnungspositionen 19310 bis 19312 nur bei Vorliegen einer entsprechenden Qualifikation berechnungsfähig sind. Derzeit ist nur für die Gebührenordnungsposition 19311 die Genehmigung „Zytologie“ erforderlich, für die Gebührenordnungspositionen 19310 und 19312 gelten keine gesonderten Qualifikationsvoraussetzungen.

► *Änderung der Präambel 8.1 Nr. 3*

Neurologie

Wiederaufnahme von Gesprächsleistungen in Kapitel 16

Die neurologische Gesprächsleistung

wurde aus den Grundpauschalen des Kapitels 16 ausgegliedert und ist nun wieder als Einzelleistung nach der neuen Gebührenordnungsposition 16220

berechnungsfähig. Zugleich wurde mit der Gebührenordnungsposition 16222 eine Zuschlagsleistung für die Beratung und Erhebung der Fremd-

anamnese bei Patienten mit schwersten neuropsychiatrischen Erkrankungen aufgenommen.

**Neu – GOP 16220:
Neurologisches Gespräch, neurologische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung**

EBM-Bewertung: **255 Punkte**
Preis BÉGO: **8,94 Euro**

- Je vollendete zehn Minuten berechnungsfähig.
- Für die Berechnung neben den neurologischen Grundpauschalen (GOPen 16210 bis 16212) ist eine Gesprächsdauer von mindestens 20 Minuten notwendig.
- In derselben Sitzung nicht neben den Notfallpauschalen (GOPen 01210, 01214, 01216, 01218), den psychiatrischen Gesprächsleistungen (GOPen 21220, 21221), Leistungen der neurophysiologi-

schen Übungsbehandlung (Abschnitt 30.3) sowie den Psychotherapieleistungen der Abschnitte 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

**Neu – GOP 16222:
Zuschlag zur GOP 16220 bei Patienten mit schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen**

EBM-Bewertung: **320 Punkte**
Preis BÉGO: **11,22 Euro**

- Einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
- Die in der Anmerkung zur GOP genannten Erkrankungen (ICD-Angabe) müssen vorliegen.

**GOPen 16210 bis 16212:
Änderung der Bewertungen und Prüfzeiten**

In Folge der Ausgliederung der Gesprächsleistung haben sich die Bewer-

tungen und Prüfzeiten der neurologischen Grundpauschalen geändert.

**GOPen 16210 bis 16212:
Beratung bis zehn Minuten Dauer bleibt weiterhin Inhalt der Grundpauschalen**

Trotz der Ausgliederung der Gesprächsleistungen bleibt die „Beratung beziehungsweise Behandlung bis zu zehn Minuten Dauer“ weiter (fakultativer) Inhalt der neurologischen Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212.

► *Ergänzung des fakultativen Leistungsinhalts der GOPen 16210 bis 16212 um einen entsprechenden Spiegelstrich*

Wichtige Information für Nervenärzte

**GOP 21222:
Gestrichen**

Durch die Aufnahme der neurologischen Gesprächsleistungen wird die für Fachärzte für Nervenheilkunde eigens geschaffene Gebührenordnungsposition 21222 für die Beratung, Erörterung und/oder Abklärung bei neurologischer Behandlung obsolet. Nervenärzte können nun statt der Gebührenordnungsposition 21222 die neuen Gesprächsleistungen des Kapitels 16 abrechnen.

GOP	Bewertung				Prüfzeit	
	alt		neu		alt	neu
	Punkte	Wert BÉGO	Punkte	Wert BÉGO	Minuten	Minuten
16210	905	31,72 €	680	23,83 €	24	15
16211	900	31,54 €	645	22,61 €	26	16
16212	895	31,37 €	650	22,78 €	26	16

Spezielle Leistungen

**GOPen 30920, 30922, 30924:
Klarstellung zu Mindestkontakten**

Die Leistungslegenden der Gebührenordnungspositionen 30920 bis 30924 zur spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten wurde um den Zusatz

„mindestens“ bei den Arzt-Patienten-Kontakten ergänzt. Hierdurch wird deutlich gemacht, dass es für die Wahl der abrechenbaren Leistung nicht allein auf die Erfüllung der Anzahl der erfolgten persönlichen Kontakte ankommt, sondern auch auf die Durch-

führung der jeweils in der Leistungslegende der Gebührenordnungspositionen aufgeführten Versorgung (zum Beispiel Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten, Vorliegen von HIV-assoziierten Erkrankungen etc.).

► *Ergänzung der Leistungslegenden zu den GOPen 30920, 30922, 30924*

GOP 33061:

Auch bei ausschließlicher Darstellung extremitätenversorgender oder -entsorgender Gefäße berechnungsfähig

Durch die Änderung der Verknüpfung der Leistungsbestandteile von „und“ in „und/oder“ kann die Gebührenordnungsposition 33061 jetzt auch dann abgerechnet werden, wenn jeweils nur die versorgenden oder die entsorgenden Gefäße einer Extremität untersucht werden. Die Leistung kann jedoch weiterhin insgesamt nur einmal pro Sitzung berechnet werden.

► *Änderung der Leistungslegende der GOP 33061*

GOPen 35130 bis 35142, 35150 (nicht antragspflichtige Psychotherapie): Nur mit Genehmigung berechnungsfähig

Bei den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35130 bis 35142 und 35150 handelt es sich um Leistungen, die im Vorfeld beziehungsweise im Zusammenhang mit der Richtlinien-Psychotherapie erbracht werden. Deshalb müssen Vertragsärzte und -therapeuten zur Durchführung und Abrechnung auch dieser Gebührenordnungspositionen über eine Genehmigung zur Durchführung von Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie verfügen. Dieses wurde durch die Aufnahme einer entsprechenden Präambel zum Abschnitt 35.1 (nicht antragspflichtige Psychotherapie) klargestellt.

GOP 40516:

Kostenpauschale auch bei Teilkörperszintigraphie berechnungsfähig

Die Kostenpauschale für Sachkosten bei Verwendung von ^{99m}Tc-Kolloid nach Gebührenordnungsposition 40516 kann nun auch im Zusammenhang mit der Erbringung der Teilkörperszintigraphischen Untersuchung nach Gebührenordnungsposition 17310 abgerechnet werden.

► *Aufnahme der GOP 17310 in die Leistungslegende der GOP 40516*

Labor

GOP 32197:

Für weitere spezielle Clearance-Untersuchungen im Rahmen der Nieren- und Stoffwechseldiagnostik berechnungsfähig

Die Gebührenordnungsposition 32197 kann jetzt über die Bestimmung der Phosphat-Clearance hinaus auch für die Bestimmung der Harnstoff- und/oder Calcium-Clearance, gegebenenfalls einschließlich der Kreatinin-Clearance, abgerechnet werden.

► *Änderung der Leistungslegende der GOP 32197*

GOPen 32197 und 32124:

Nicht nebeneinander berechnungsfähig

Die Bestimmung der endogenen Kreatinin-Clearance nach Gebührenord-

nungsposition 32124 ist in derselben Sitzung nicht neben der Bestimmung des Harnstoff-, Phosphat- und/oder Calciumclearance, gegebenenfalls inklusive Kreatinin-Clearance, nach der Gebührenordnungsposition 32197 berechnungsfähig.

► *Aufnahme entsprechender Abrechnungsausschlüsse nach den GOPen 32124 und 32197*

GOP 32565:

Cardiolipin-Flockungstest

Der Cardiolipin-Flockungstest ist nur noch als quantitativer Test und nur bei nachgewiesener Infektion berechnungsfähig.

► *Änderung der Leistungslegende der GOP 32565*

GOP 32566:

Auch für den Nachweis mittels TPPA (Lues-Suchreaktion) berechnungsfähig

Die Gebührenordnungsposition 32566 ist jetzt auch für den Treponemenantikörper-Nachweis mittels TPPA (Lues-Suchreaktion) berechnungsfähig.

► *Ergänzung der Leistungslegende der GOP 32566*

GOP 32567:

Nur bei positivem Suchtest und als quantitative Bestimmung berechnungsfähig

Die Gebührenordnungsposition 32567 ist nur für die quantitative Bestimmung von treponemenspezifischen IgG oder IgM-Antikörpern und nur bei Vorliegen eines positiven Suchtests

berechnungsfähig.

► *Änderung der Leistungslegende der GOP 32567*

GOP 32568:
Auch für Bestätigungstest mittels Immunoblot und nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig

Die Gebührenordnungsposition 32568 kann jetzt auch für den Immunoblot als Bestätigungstest für eine Infektion mit Treponema palladium abgerechnet werden. Die Leistung kann insgesamt nur einmal im Krankheitsfall berechnet werden.

► *Änderung der Leistungslegende und Abrechnungsbestimmung der GOP 32568*

Abschnitt 32.3:
„Ähnliche Untersuchungen“ nur mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit abrechenbar

Die „Ähnlichen Untersuchungen“ des Abschnitts 32.3 (Speziallabor) können ab dem 1. Juli 2010 nur abgerechnet werden, wenn die medizinische Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall vom Arzt begründet wurde. Die Begründung ist unmittelbar nach der betreffenden Gebüh-

renordnungsnummer in das Begründungsfeld „Freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) einzutragen. Ärzte, die „Ähnliche Untersuchungen“ beauftragen, müssen die Begründung zur medizinischen Notwendigkeit der Laboruntersuchung auf dem Überweisungsschein angeben. Nur bei bestimmten Untersuchungen kann auf eine Begründung verzichtet werden. Diese Fälle sind in den Anmerkungen zu der jeweiligen Gebührenordnungsposition abschließend aufgeführt

Die **Ausnahmen** haben wir Ihnen nachfolgend dargestellt:

GOP	Begründung entfällt bei
32195	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fructose-Toleranz-Test ■ säuresekretorische Kapazität des Magens
32208	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ecarin-Clotting-Time ■ anti-Xa Aktivität
32227	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hemmkörperbestimmung (Bethesda-Assay) ■ von Willebrand-Faktor/Ristocetin-Cofaktor-Aktivität
32246	<ul style="list-style-type: none"> ■ Äthanol im Serum ■ Beta-Hydroxybuttersäure ■ Fettsäuren (frei im Serum, unverestert) ■ Kohlenmonoxid-Hämoglobin ■ Zinkprotoporphyrin
32262	<ul style="list-style-type: none"> ■ Galaktose-1-Phosphat-Uridyltransferase ■ Alpha-Glucosidase ■ Alpha-Galaktosidase ■ Beta-Galaktosidase ■ Phosphofruktokinase i. E. ■ UDP-Galaktose-Epimerase ■ Biotinidase ■ Carnitin-Palmityl-Transferase-II Aktivität ■ Phosphoisomerase ■ Phosphomannomutase ■ Kryoglobuline

GOP	Begründung entfällt bei
32313	<ul style="list-style-type: none"> ■ organische Säuren ■ Methanol
32361	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anti-Müller-Hormon
32381	<ul style="list-style-type: none"> ■ Interleukin 2 Rezeptor ■ Calprotectin und/oder Lactoferrin im Stuhl ■ Everolimus ■ Sirolimus ■ Mycophenolat
32405	<ul style="list-style-type: none"> ■ Chromogranin A ■ Tryptase ■ Thymidinkinase ■ S-100 ■ 11-Desoxycorticosteron ■ Parathormon-related Peptide
32416	<ul style="list-style-type: none"> ■ Androstandiol-Glucuronid
32455	<ul style="list-style-type: none"> ■ zirkulierende Immunkomplexe ■ Fibronectin im Punktat ■ Lösl. Transferrin-Rezeptor ■ Gesamthämolytische Aktivität
32505	<ul style="list-style-type: none"> ■ anti-Heparin/PF4 Autoantikörper

Unabhängig hiervon ist bei allen „Ähnlichen Untersuchungen“, das heißt auch bei den oben genannten Ausnahmefällen, wie bisher die Art der Untersuchung anzugeben (Feldkennung 5002).

Redaktionelle Änderungen

GOP 01906: Änderung der Leistungsbeschreibung vom 49. auf den 63. Tag

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch ist seit Juli 2008 bis zum 63. Tag p. m. erlaubt, zuvor galt der 49. Tag als Grenze. Die Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 01906 wurde entsprechend angepasst.

GOP 13300: Änderung von „fachgruppenübergreifende“ in „schwerpunktübergreifende“ Berufsausübungsgemeinschaften

Mit der Änderung von „fachgruppenübergreifende“ in „schwerpunktübergreifende“ Berufsausübungsgemeinschaften wurde die Anmerkung zur Zusatzpauschale Angiologie nach Gebührenordnungsposition 13300 an die Formulierung der Allgemeinen Bestimmung 5.1 angepasst.

GOP 30704: Anpassung des Verweises auf die in der Präambel zum Abschnitt 30.7 aufgeführten Abrechnungsvoraussetzungen

Die Voraussetzungen für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 sind in der Präambel zum Abschnitt 30.7 Punkt 4 bis 6 (Schmerztherapie) aufgeführt. Der Verweis auf diese Voraussetzungen wurde nun in der Leistungslegende zur GOP 30704 angepasst.

► *Änderung des Verweises von Präambel „Nr. 5“ in „Nr. 4-6“*

GOP 34492: In Anmerkung aufgeführte GOPen gestrichen

Die Anmerkung nach GOP 34492 wurde an eine bereits im Jahre 2007 erfolgte Änderung der Leistungslegende angepasst.

► *Streichung der in der ersten Anmerkung nach GOP 34492 aufgeführten GOPen*

Antragspflichtige Psychotherapie nach den GOPen 35200, 35201, 35220 bis 35225: Anpassung der Verweise auf Psychotherapie- Richtlinien

Der im fakultativen Leistungsinhalt zu den Gebührenordnungspositionen 35200, 35201, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225 aufgeführte Verweis auf die Bestimmungen der Psychotherapie-Richtlinien wurde an die geänderten Richtlinien angepasst.

Anhang 1: Kleine Verbände nicht gesondert berechnungsfähig

Kleinere Verbände wie Schnell- und Sprühverbände, Augenklappen, Ohrenklappen, Dreieckstücher und vorgefertigte Wundklebepflaster sind Inhalt der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen beziehungsweise Teilleistungen von sonstigen Gebührenordnungspositionen und somit nicht gesondert berechnungsfähig. Bei der Auflistung dieser Verbände in Anhang 1 wurde der fehlerhafte Klammersatz „ausschließlich“ in „einschließlich“ geändert.

Änderungen der Bundesmantelverträge zum 1. Juli 2010

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben als Partner der Bundesmantelverträge

die folgenden Änderungen der bundesmantelvertraglichen Bestimmungen mit Wirkung zum 1. Juli 2010 beschlossen:

Überweisung zur Erbringung von Leistungen nach den GOP 11310 bis 11322 auf Muster 10

Überweisungen zur Durchführung von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11310 bis 11322 des Abschnitts 11.3 sind nur als Auftragsleistungen zulässig. Hierfür ist das Muster 10 (Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung) zu verwenden

► *Aufnahme des Abschnitts 11.3 EBM in § 27 Abs. 8 BMV/EKV*

Mitteilung der Untersuchungskosten an den überweisenden Arzt

Arztpraxen, die auf Überweisung genetische Analysen des Abschnitts 11.3 EBM als kurativ-ambulante Auftragsleistungen durchführen, sind ab dem 1. Juli 2010 verpflichtet, dem überweisenden Arzt nach Abschluss der Untersuchung die Gebührennummern und die Höhe der Kosten mitzuteilen. Hier erfolgt eine Angleichung an die bereits bestehende Regelung für Leistungen des Kapitels 32 durch Aufnahme des Abschnitts 11.3 EBM in Paragraph 28 Absatz 6 BMV/EKV.

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

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 3/2010

Auch nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 gelten für die psychotherapeutischen Fachgruppen ab 1. Juli 2010 weiterhin die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 3/2010 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	31.520
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	30.660
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.170
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	31.430

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

Chronikerzuschlag (GOP 03212, 04212)

Nach dem seit 1. Januar 2008 gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) können Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte einen Chronikerzuschlag nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 03212 beziehungsweise 04212 zu den Versichertenpauschalen nach den GOP 03110 bis 03112 beziehungsweise 04110 bis 04112 für die Behandlung eines Versicherten mit einer oder mehreren schwerwiegenden chronischen Erkrankung(en) abrechnen.

Die Abrechnungsmöglichkeit des Chronikerzuschlags ist an Voraussetzungen und Besonderheiten geknüpft, über die wir Sie im Folgenden informieren.

1. Schwerwiegende chronische Krankheit

Die Leistung nach der GOP 03212 beziehungsweise 04212 ist zum einen nur berechnungsfähig, wenn die beiden in Paragraph 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des Paragraph 62 SGB V (Chroniker-Richtlinie) aufgeführten Merkmale gegeben sind:

a) Dauerbehandlung:

Die Krankheit muss **wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt** werden (Dauerbehandlung).

Eine länger zurückliegende Behandlung über vier Quartale entspricht nicht der Definition der „schwerwiegend chronischen Krankheit“ nach der Chroniker-Richtlinie.

Die fortlaufende Behandlung muss aber nicht zwangsläufig von ein und demselben Arzt durchgeführt werden. Da der betreuende Hausarzt jedoch

die Koordinationsfunktion wahrnimmt, sollte diesem auf Grund der Berichtspflicht der mitbehandelnden Ärzte bekannt sein, ob der Patient bei anderen Ärzten in ständiger Behandlung ist. Gegebenenfalls müssen die Behandlungsdaten und Befunde bei den anderen Ärzten erhoben werden. Die Aussage des Patienten allein reicht nicht aus.

Eine Ausnahme von der Erfordernis einer wenigstens ein Jahr langen Dauerbehandlung sieht der EBM bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr vor.

b) Zusätzlich zur Dauerbehandlung muss eines der folgenden Merkmale vorhanden sein:

- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI
- Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben von Paragraph 30 Absatz 1 BVB oder von Paragraph 56 Absatz 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die dauerhaft behandlungsbedürftige Krankheit (siehe oben) begründet sein muss.
- Erfordernis einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die

auf Grund der dauerhaft behandlungsbedürftigen Krankheit (siehe oben) verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

2. Mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal

Als obligater Leistungsinhalt der GOP 03212 sowie der GOP 04212 wird zudem gefordert, dass mindestens **zwei Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal** stattgefunden haben. Der Zuschlag ist erst berechnungsfähig, wenn der zweite Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist.

Der Chronikerzuschlag kann jedoch auch neben der Versichertenpauschale (GOP 03110 – 03112 beziehungsweise 04110 – 04112) abgerechnet werden, wenn dem ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal bereits ein telefonischer Arzt-Patienten-Kontakt vorausgegangen ist.

3. Diabetologische und HIV-Schwerpunktpraxen

Grundsätzlich kann der Chronikerzuschlag nur neben den GOP 03110 bis 03112 abgerechnet werden, nicht aber neben den Versichertenpauschalen nach den GOP 03120 bis 03122 beziehungsweise GOP 04120 bis 04122 (bei Überweisung oder im Vertretungsfall).

Ausnahmsweise ist die GOP 03212 bei Überweisungen zur spezialisierten diabetologischen Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen beziehungsweise zur spezialisierten Behandlung eines an HIV/AIDS erkrankten Patienten gemäß Abschnitt 30.10 des EBM (Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V) in HIV-Schwerpunkt-

praxen auch neben den GOP 03120 bis 03122 berechnungsfähig. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben. Die Überweisung muss in diesen Fällen durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 des EBM genannten Vertragsarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Arzt ohne Gebietsbezeichnung, Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, der gegenüber dem Zulassungsausschuss seine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß Paragraph 73 Absatz 1a SGB V erklärt hat) erfolgen.

Das Gleiche gilt für die Abrechnung der GOP 04212 bei Überweisung durch einen in der Präambel 4.1 Nr. 1 des EBM genannten Vertragsarzt (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin) zur spezialisierten diabetologischen Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen neben den GOP 04120 bis 04122.

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

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Viele medizinische Leistungen werden heute sowohl ambulant als auch stationär erbracht. Patienten werden auf Grund einer Erkrankung häufig in mehreren Sektoren behandelt. So kann auf die Diagnostik in einer Arztpraxis eine Therapie im Krankenhaus folgen, an die sich eine Rehabilitation anschließt. Die strikte Sektorisierung im deutschen Gesundheitswesen hat das Zusammenwachsen der unterschiedlichen Bereiche für eine medizinische Versorgung aus einem Guss bislang erschwert. In jedem Sektor gelten andere Regeln. Zumindest für die Qualitätssicherung soll sich dies ändern.

Das Ziel: Einheitliche Qualitätsanforderungen

Künftig soll es in der ambulanten und stationären Versorgung einheitliche Qualitätsstandards geben. Dies hat der Gesetzgeber so festgelegt und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet, einrichtungsübergreifende, an der Ergebnisqualität ausgerichtete Maßnahmen grundsätzlich sektorenübergreifend zu erlassen. Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung betrifft Leistungen, die in beiden Sektoren gleichermaßen erbracht werden, sowie sektorenübergreifende Behandlungsabläufe.

Die Grundlagen sind geschaffen

Nach fast zweijährigen Beratungen hat der G-BA im April eine Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beschlossen und festgelegt, wie eine einheitliche Qualitätssicherung künftig erfolgen kann. Damit sind die Grundlagen geschaffen. Ein neues Kapitel der Qualitätssicherung wird eingeleitet: Erstmals ist die Etablierung einheitlicher Qualitätsstandards in der Praxis und im Krankenhaus möglich. Themenbezogen sollen vor allem für sektorenübergreifende Be-

handlungsprozesse einheitliche Qualitätsstandards für alle Patienten eingeführt werden, unabhängig davon, ob die Leistungen ambulant oder stationär erbracht werden. Qualitätsanforderungen und Behandlungsstandards sollen vereinheitlicht beziehungsweise aufeinander abgestimmt werden – mit dem Ziel, die Ergebnisqualität zu fördern. Behandlungsergebnisse können sektorenübergreifend erfasst und bewertet werden.

Neue Richtlinie legt Strukturen und Aufgaben fest

Die neue Richtlinie beschreibt die Strukturen, die zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erforderlich sind, und legt die Aufgaben der beteiligten Organisationen fest. Danach ist vorgesehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen gemeinsam über die Durchführung sektorenübergreifender Maßnahmen zur Qualitätssicherung entscheiden. Dazu sollen Landesarbeitsgemeinschaften gegründet werden, die auch die Pflege und Patientenvertreter in ihre Entscheidungen einbeziehen. Für die eigentliche Qualitätssicherung im ambulanten Bereich bleiben die KVen zuständig. Dies konnte die Kassenärztliche Bundesvereinigung in den Beratungen zur Richtlinie durchsetzen. Damit bleibt die Qualitätssicherung eine wichtige Aufgabe der Ärzteschaft und ihrer KVen.

Richtlinie gilt auch für Selektivverträge und Privatpatienten

Die Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erstreckt sich auch auf alle Selektivverträge und die privatärztliche Versorgung durch Vertragsärzte. Damit gelten Qualitätsan-

forderungen, die der G-BA künftig für sektorenübergreifende Leistungen festlegt, einheitlich für alle Patienten in der ambulanten Versorgung, unabhängig davon, ob die Leistungen im Kollektivvertrag, Selektivvertrag oder privatärztlich erbracht werden.

Die Richtlinie betrifft gleichermaßen Vertragsärzte, -psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Vertragszahnärzte.

Praktische Umsetzung ab 2012

Mit der Verabschiedung der Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist der Anfang gemacht. Die Einführung und Umsetzung der ersten sektorenübergreifenden QS-Maßnahmen sind für das Jahr 2012 geplant. Der G-BA hat dazu das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH Göttingen beauftragt, für ausgewählte Leistungen Qualitätsindikatoren und die Instrumente der Qualitätsmessung und -darstellung vorzubereiten. Das AQUA-Institut wurde auf Grundlage eines Ausschreibungsverfahrens ausgewählt.

Einheitliche Qualitätsanforderungen zunächst nur für ausgewählte Leistungen

Die ersten Leistungen, für die Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die in der Arztpraxis und im Krankenhaus gelten, sind:

- PTCA (Behandlung mit dem Herzkatheter)
- Konisation des Gebärmutterhalses
- Katarakt-OP

■ Behandlung des Darmkrebses

Entsprechende themenbezogene Richtlinien müssen vom G-BA noch beschlossen werden. Damit betreffen die neuen Regelungen zunächst nur eine kleine Gruppe von Ärzten.

Hintergrund: Gesetzliche Grundlagen

Der Gesetzgeber hat im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Vorgaben zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gemacht: Seit 1. Juli 2008 ist der G-BA verpflichtet, einrichtungsübergreifende, an der Ergebnisqualität ausgerichtete Maßnahmen grundsätzlich sektorenübergreifend zu erlassen. Mit der jetzt verabschiedeten Richtlinie hat er dafür die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen.

Gesetzliche Grundlage der Richtlinie ist die Nummer 13 im Paragraph 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit Paragraph 137 Absatz 1 Nummer 1 SGB V, weshalb die Richtlinie auch als „Richtlinie Nummer 13“ bezeichnet wird. Die Richtlinie legt fest, wie eine einheitliche Qualitätssicherung erfolgen soll. Strukturen, Aufgaben und Abläufe für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung wurden definiert und im April 2010 beschlossen.

Die „Richtlinie Nummer 13“ tritt mit ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Der Richtlinienentwurf kann unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationsarchiv/Beschlüsse eingesehen werden.

Strahlenschutz bei Schädelaufnahmen

Die Vorstandskommission Radiologie der KVB prüft im Rahmen der Qualitätssicherung im regelmäßigen Turnus Röntgenaufnahmen von Patienten. Zu einer vollständigen Dokumentation gehört zwingend die rechtfertigende Indikation, der radiologische Befund und die Aufzeichnung der Expositionsdaten.

Folgende Rechtsgrundlagen für die Stichprobenprüfung legen detailliert fest, nach welchen Kriterien die eingereichten Unterlagen zu prüfen sind:

- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach Paragraph 136 Absatz 2 SGB V „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“
- Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung – RöV)
- Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik – Qualitätskriterien röntgendiagnostischer Untersuchungen

Darüber hinaus stellt die Strahlenschutzkommission (SSK) eine Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen (Empfehlungen der Strahlenschutzkommission) zur Verfügung. Darin hat die SSK im Auftrag des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit einen Katalog erstellt, der für die unterschiedlichen diagnostischen Fragestellungen jeweils das beste bildgebende Verfahren empfiehlt. Dieser Katalog soll eine Orientierungshilfe bieten, um den potenziellen Gewinn der unterschiedlichen Verfahren und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken besser abwägen zu können. Da medizinische Diagnoseverfahren fortlaufend weiterentwickelt

werden, wird dieser Katalog laufend überarbeitet und aktualisiert.

Beispielhaft kann dies bei der Indikationsstellung zu Röntgenübersichtsaufnahmen des Schädels nachvollzogen werden. Bei einem „Zustand nach Trauma ohne neurologische Symptomatik“ ist die Schädelübersichtsaufnahme demzufolge nicht indiziert, da das Ergebnis erwartungsgemäß keinen Einfluss auf die weitere Behandlungsstrategie hat. Umgekehrt sollte bei gleicher Anamnese und vorliegenden neurologischen Symptomen primär ein Schnittbildverfahren (vorrangig CT) zur Beurteilung der intracraniellen Verhältnisse eingesetzt werden. Demzufolge lassen diese Untersuchungen in vielen Fällen kein sinnvolles Ergebnis erwarten. Die nachfolgenden Tabellen der SSK stellen die klinische Fragestellung und das bildgebende Untersuchungsverfahren des Kopfes (einschließlich HNO-Problemen) dem Grad der Empfehlung (einschließlich eines Kommentars) gegenüber.

Die Vorstandskommission Radiologie wird diese Empfehlungen in künftigen Prüfungen berücksichtigen und umsetzen. Konkret bedeutet das, dass Schädelaufnahmen, bei denen Röntgenaufnahmen auf Grund der klinischen Fragestellung nicht mehr indiziert sind, künftig mit der Stufe 3 (erhebliche Mängel) bewertet werden müssen.

Zu den speziellen Fragestellungen bei HNO-Aufnahmen wird in Kürze auch eine Stellungnahme der HNO-ärztlichen Fachverbände veröffentlicht. Die vollständige Textfassung der Orientierungshilfe für bildgebende Verfahren finden Sie unter www.ssk.de in der Rubrik Beratungsergebnisse/2008/Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen.

Für telefonische Rückfragen stehen Ihnen folgende Ansprechpartner zur Verfügung:

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

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
A1 Kongenitale Erkrankungen (bei Kindern siehe M1)	MRT	P	Definitiver Nachweis von Fehlbildungen
	CT	W	Beurteilung von Knochenanomalien
A2 Apoplexie, Schlaganfall	CT	P	Nachweis oder Ausschluss einer Blutung (gegebenenfalls CT-Angiographie)
	FKDS der A. carotis, gegebenenfalls TCD	P	Bei vollständig genesenen Patienten, bei denen eine Carotischirurgie erwogen wird. Bei einer sich entwickelnden Apoplexie mit Verdacht auf eine Dissektion oder einen Embolus
		W	Als ergänzende Gefäßdiagnostik bei zerebrovasculären Erkrankungen, alternativ MRA oder CTA
	MRT	W, S	Bei frühem Infarkt und bei Läsionen im Bereich der hinteren Schädelgrube (Fossa cranii posterior) ist die MRT sensitiver als die CT, besonders in der Frühdiagnostik, wenn Diffusions-/Perfusionsbildung zur Verfügung stehen
	TCD	W	Frage nach Stenose/Emboliequelle an den Hirnbasisarterien
	Echokardiographie DSA	W S	Suche nach kardialen Emboliequellen Zur interventionellen Therapie siehe N3
A3 Transitorische ischämische P Attacke (TIA) (Amaurosis fugax) (siehe auch B5)	US und FKDS der A. carotis	P	Stenose-, Verschlussnachweis, Gradabschätzung
	MRT mit MRA	P	Darstellung der Gefäße, besonders in der Frühdiagnostik, wenn Diffusions-/Perfusionsbildung zur Verfügung stehen
	CT mit CTA	P	Wenn MRT nicht zur Verfügung steht und bei Kontraindikation zu MRT
	Echokardiographie	W	Suche nach kardialen Emboliequellen
	Nuk	S	Perfusions-SPECT; gegebenenfalls nach Stimulation (zum Beispiel Diamox), wenn CT und MRT nicht weiterführend sind
A4 Entmarkungskrankheiten der Substantia alba Neurodegenerative Erkrankungen	MRT	P	MRT der CT im Läsionsnachweis deutlich überlegen, CT nur bei Kontraindikation zur MRT
		W	Ergänzend zur klinisch-neurologischen beziehungsweise serologischen und Liquor-Untersuchung, Nachweis von Mustern, die für einige dieser Erkrankungen typisch sind
	Nuk	W	Dopamin-Transporter-/Rezeptor-spezifische SPECT; frühe DD Morbus Parkinson, Multisystemdegeneration, Morbus Huntington
	PET	S	Wenn MRT klinisch nicht schlüssig

P: Primäruntersuchung W: Weiterführende Untersuchung S: Spezialverfahren N: Nicht indiziert

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
A5 Raumfordernde Läsion	MRT	P	Sensitiver als CT, gegebenenfalls MR-Spektroskopie
	CT	P	Bei asymptomatischen Patienten und Kontraindikationen zu MRT
	Nuk	W	F-18-Fluorodeoxyglukose FDG-PET: Rezidivdiagnostik bei Gliomen, Vitalität von Resttumoren, „biologisches Volumen“
		S	Fluor-18-/Iod-123-Aminosäure-PET/SPECT
A6 Vor allem entzündliche Erkrankungen des ZNS (Abszess, Enzephalitis, Meningitis)	MRT	P	Sensitiver im Läsionsnachweis als CT
A7 Kopfschmerzen, akute beziehungsweise schwere	CT	P	Ausschluss Blutung, negativer CT-Befund schließt SAB nicht aus! (gegebenenfalls Liquorpunktion)
	CTA/MRA/DSA	W	Bei nachgewiesener SAB zum Anreuryzmanachweis und Beurteilung seiner Morphologie, bei fehlendem Nachweis Wiederholung nach 2-6 Wochen
	MRT	W	Sensitiver als CT bei entzündlicher Genese
	MRA/CTA	W	Vor allem Sinusvenenthrombose
A8 Kopfschmerzen, chronische (bei Kindern siehe M8)	Rö	N	Schädel
	CT/MRT	W	Änderung des Kopfschmerztyps oder fokale neurologische Zeichen
	CT	W	Nur bei spezieller Indikation und Kontraindikationen
	NNH und HWS	W	Nur bei definierter Fragestellung
	US (FKDS)	S	Zum Ausschluss von Riesenzellareritis
A9 Vor allem RF der Hypophyse oder im Bereich der Sella turcica	MRT	P	
	Nuk	S	Somatostatin-Rezeptor-Szintigraphie (SPECT, PET) bei endokrin aktiven Tumoren
A10 Vor allem Erkrankung in der hinteren Schädelgrube	MRT	P	CT nur bei Kontraindikation zu MRT oder im Notfall

P: Primäruntersuchung W: Weiterführende Untersuchung S: Spezialverfahren N: Nicht indiziert

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
A11 Hydrozephalus (bei Kindern siehe M3, M4)	CT	P	
	MRT	W	Zur Ursachenabklärung und bei jüngeren Patienten
	Rö	W	Beurteilung des gesamten Shuntsystems (Verlaufskontrolle)
	Nuk	S	Nachweis Normaldruckhydrozephalus; vor allem Liquorzirkulationsstörung
A12 Symptome am Mittel- oder Innenohr (einschließlich Vertigo)	CT/MRT	W	Nach gezielter fachärztlicher Abklärung
	US (FKDS)	W	Karotiden, Vertebralarterien, gegebenenfalls intrakranielle Arterien mit TCD
	MRT/MRA	W	
A13 Schallleitungs- oder kombinierte Schwerhörigkeit	CT	P	Bei Befundpersistenz ohne klinisch klärbare Ursache, vor allem kombinierte Schläfenbeinfraktur, Mittelohrtumor, -fehlbildung
	MRT	P	Nur bei akuter Symptomatik
A14 Schallempfindungsschwerhörigkeit (bei Kindern siehe M6)	MRT	P	Vor allem Akustikusneurinomen (Ausschluss)
A15 Nasennebenhöhlen-erkrankungen ■ Akute Rhinosinusitis ■ Chronische Sinusitis ■ Vor allem NNH-RF (bei Kindern siehe M9)	CT	P	Bildgebung nur bei Komplikationsverdacht indiziert
	MRT	P	Vor allem orbitale Komplikation
	CT	P	Vor allem intrakranielle Komplikation, bei Kindern vor allem orbitale Komplikation ohne Narkosenotwendigkeit
	MRT	P	Als Low-Dose-CT eine Voraussetzung für endonasale Chirurgie
	CT	P	Wenn im CT vor allem maligne Neoplasie
	CT	P	Bei vor allem benigne oder unklare RF, nicht kooperationsfähigem Patienten
	CT/MRT	P	Bei vor allem maligne RF
	DSA	S	Embolisation stark vaskularisierter RF

P: Primäruntersuchung W: Weiterführende Untersuchung S: Spezialverfahren N: Nicht indiziert

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar	
A16 Demenz und Gedächtnisstörung, erstmals auftretende Psychose	MRT/CT	W	Ausschluss organischer Ursachen (vaskuläre Demenz, Normaldruck-Hydrozephalus)	
	Nuk	W	PET, Perfusions-SPECT: frühe Diagnostik der primären Demenz. DD demenzieller Erkrankungen; Abgrenzung der kognitiven Beeinträchtigung („Pseudodemenz“) bei Depression versus Demenz	
	CT	W	Bei Kontraindikation von MRT	
A17 Vor allem orbitale RF (Leitsymptom Protrusio bulbi)	MRT	P	Nach augenärztlich durchgeführtem US bildgebende Methode der Wahl. Kontraindikation: Metallischer Fremdkörper intraorbital	
	CT	W	Ossäre Details, Verkalkungen	
A18 Fremdkörper in der Orbita	CT	W	Nach augenärztlicher Untersuchung bildgebende Methode der Wahl. Genauere Lokalisation, Begleitverletzungen	
	Rö Orbita	S	Nicht indiziert für Lokalisationsdiagnostik, Ausschluss metallischer Fremdkörper vor MRT	
A19 Vor allem Entzündung	MRT	S	Bei klinischer Therapiebedürftigkeit	
	US	S	Bei klinischer Therapiebedürftigkeit	
A20 Vor allem endokrine Orbitopathie (zum Beispiel Phlegmon)	MRT	P	Nach augenärztlicher Untersuchung	
A21 Sehstörungen	Rö Orbita	N		
	MRT/CT	S	Nach gezielter fachärztlicher Abklärung; CT bei vor allem knöchernen Veränderungen	
A22 Epilepsie bei Erwachsenen				
	a) Erstmaligner, einmaliger Anfall	CT/MRT	W	Ausschluss organischer Ursachen
	b) Rezidivierender Anfall	MRT	P	Nach fachlicher Abklärung, Nachweis
(bei Kindern siehe M5)	Nuk	W	Perfusions-SPECT/PET zur Fokussuche, gegebenenfalls auch iktaal	

P: Primäruntersuchung W: Weiterführende Untersuchung S: Spezialverfahren N: Nicht indiziert

Ultraschalldiagnostik: Genehmigungsverfahren

Im Genehmigungsverfahren müssen Sie Ihre fachliche Qualifikation unter anderem durch die Vorlage detailliert formulierter Zeugnisse nachweisen. Grundsätzlich gilt, dass je nach Art der Weiterbildung die Zeugnisse ausschließlich von einem jeweils für das Fachgebiet anerkannten qualifizierten Weiterbilder beziehungsweise Kursleiter ausgestellt und unterzeichnet werden dürfen. Folgende Hinweise sollen bei der Erstellung der Zeugnisse beachtet werden:

Nachweis der Mindestfallzahlen

Für den Nachweis der unter Anleitung erbrachten Untersuchungszahlen ist es unerheblich, ob die fachliche Qualifikation nach der Weiterbildungsordnung, durch eine ständige Tätigkeit oder nach dem Ultraschallkurssystem erworben wurde. Die grundlegenden Anforderungen hinsichtlich des Nachweises ausreichender Fallzahlen (vergleiche Anlage I Ultraschallvereinbarung), die zusätzlich zur Facharzturkunde eingereicht werden müssen, richten sich vor allem nach Paragraph 14 der Ultraschallvereinbarung (USV). Darin wird gefordert:

- Ein Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in der die Anleitung stattfand.
- Eine Beschreibung der durchgeführten Untersuchungen und angewandten Techniken.
- Die Zahl der vom Antragsteller selbstständig und unter Anleitung erbrachten Untersuchungen und diagnostischen Beurteilungen; die Zahl der pathologischen Befunde.
- Die Beurteilung der Befähigung des Antragstellers zur selbstständigen

Durchführung von Ultraschalluntersuchungen.

- Gegebenenfalls die Differenzierung der Untersuchungen nach Altersklassen.

Bescheinigungen über die Teilnahme an Ultraschallkursen

Die Inhalte der Zeugnisse über den Besuch von Ultraschallkursen sollen sich an den Vorgaben von Paragraph 6 USV orientieren. Hierzu zählen unter anderem folgende Angaben:

- Kursinhalt und Anwendungsbereich
- Zeitpunkt des Ultraschallkurses
- Dauer/zusammenhängende Tage des Kursteils
- Bezeichnung als Grund-, Aufbau- oder Abschlusskurs
- Anteil der praktischen Übungen/ Anzahl der Kursteilnehmer je Ultraschallsystem (bei Aufbau- und Abschlusskurs)

Darüber hinaus muss das Zertifikat über die erfolgreiche Teilnahme am Abschlusskurs folgende Informationen enthalten:

- Anzahl der vorgelegten Schrift- und Bilddokumentationen nach Paragraph 6 Absatz 1 Buchstabe a, die den fachlichen Anforderungen genügen,
- Beurteilung der Befähigung des Antragstellers zur selbstständigen Durchführung von Ultraschalluntersuchungen im jeweiligen Anwendungsbereich.

Weitere Anforderungen an die Durchführung der Ultraschallkurse sind der USV zu entnehmen.

Durch vollständig ausgefüllte Bescheinigungen können Nachforderungen und damit längere Bearbeitungszeiten vermieden werden. Wir bitten deshalb alle Beteiligten, proaktiv an einer adäquaten Erstellung von Zeugnissen mitzuwirken. Bei der Einreichung muss darauf geachtet werden, dass ausschließlich Originale oder beglaubigte Kopien anerkannt werden dürfen. Wir senden Originale und auf Wunsch auch beglaubigte Kopien gerne wieder an Sie zurück.

Die nächsten Seminartermine der KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu QM-Seminaren

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

Anmeldeformulare und weitere

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

KVB-Seminare

Alles „rund ums Recht“

Aktive Praxissteuerung – betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Hautkrebsscreening

Kooperationen in der ärztlichen Praxis

Thementag: IT, Vernetzung, elektronische Dokumentation

Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen

Abrechnungsworkshop Hautärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Internetnutzung – Datenschutz und Sicherheit

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Fortbildung Impfen

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Das Telefon als Visitenkarte der Praxis

Patientenorientierung und Serviceverhalten am Telefon

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

QM-Seminare

QEP®-Kompakt für Psychotherapeuten

Hygienemanagement in Arztpraxen

Grundschulung für Qualitätszirkelmoderatoren

Grundschulung für Qualitätszirkelmoderatoren (Zusatztermin)

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Juni 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Hausärzte/Dermatologen	160,- Euro	18. Juni 2010	13.00 bis 20.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Juni 2010	10.00 bis 14.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Juni 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Juni 2010	10.00 bis 13.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	23. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Juni 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	30. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	85,- Euro	30. Juni 2010	15.00 bis 20.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	2. Juli 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	2. Juli 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	290,- Euro	19. Juni 2010 16. Juli 2010	9.00 bis 16.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	6. Juli 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	12. Juni 2010	10.00 bis 16.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	26. Juni 2010	10.00 bis 16.30 Uhr	München

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 94 Abrechnungsabgabe Quartal 2/2010
- 95 Zahlungstermine im Jahr 2010
- 95 Honorarreform 2010 – Zuweisung von RLV und QZV für das Quartal 3/2010
- 96 Statistiken der Prüfungsstelle Ärzte Bayern
- 97 Abrechnung der Versichertenpauschalen
- 97 Fortführung Diabetesvereinbarungen
- 98 Kostenpauschale neue Onkologievereinbarung
- 98 Psychosomatische Grundversorgung
- 99 Homöopathieverträge – aktueller Stand
- 99 DMP-Datenstelle stellt Bearbeitung von Datenträgern ein
- 100 DMP: Erst- oder Folgedokumentation?
- 100 DMP KHK: Modul Herzinsuffizienz

- 102 Palliativversorgung – Kostenpauschale 40860
- 102 Angabe der Uhrzeit/ Tagtrennung
- 102 „Ähnliche Untersuchungen“ nach Abschnitt 32.3

VERORDNUNGEN

- 103 Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland
- 103 Verordnungsinformationen für das Praxispersonal
- 104 „Neue Arzneimittel“ – Information der AkdÄ
- 104 Infusionssets nur eingeschränkt verordnungsfähig
- 105 Neue Therapieallergene-Verordnung
- 105 woundEL-Therapie: keine Verordnungsmöglichkeit
- 106 Verordnung von Hypnotika/ Hypnogenen
- 106 Agomelatin (Valdoxan®)

QUALITÄT

- 107 Digitale Seitenzeichen in der Röntgendiagnostik
- 108 Qualitätsmanagement: Ergebnisse der Stichproben
- 110 Unfälle mit Hochfrequenz-Elektroden

ALLGEMEINES

- 111 Notarzteinsätze: Dokumentationspauschale fällt weg
- 112 Keine Hinweispflicht auf Berufshaftpflichtversicherung
- 112 Rechenschaftsbericht der KVB
- 112 Wichtiger Hinweis in eigener Sache

SEMINARE

- 113 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 114 Die nächsten Seminartermine der KVB

Abrechnungsabgabe Quartal 2/2010

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen für das 2. Quartal 2010 bis spätestens **Montag, den 12. Juli 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: „Nach Einreichung der Abrechnung ist eine Ergänzung der Abrechnung um noch nicht angesetzte Leistungspositionen oder ein Austausch angesetzter Leistungspositionen durch den Vertragsarzt ausgeschlossen.“ Siehe dazu auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“*.

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.

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* und in den FAQ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/FAQs/Buchstabe „E“/emDoc*.

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 einfach bei uns an.

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de oder unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 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

Zahlungstermine im Jahr 2010

12. Juli 2010

3. Abschlagszahlung 2/2010

30. Juli 2010

Restzahlung 1/2010

10. August 2010

1. Abschlagszahlung 3/2010

10. September 2010

2. Abschlagszahlung 3/2010

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

Honorarreform 2010 – Zuweisung von RLV und QZV für das Quartal 3/2010

Mitte Juni erhielten die Praxen per Post ihren Zuweisungsbescheid für das Quartal 3/2010. Bitte beachten Sie, dass die darin genannte Obergrenze (RLV + QZV) nicht das gesamte Honorar für das Quartal 3/2010 darstellt.

Welche Leistungen sind weiterhin „unbegrenzt“ und fallen damit nicht in die Obergrenze?

Darunter fallen Leistungen, welche die Krankenkassen in vollem Umfang, also „unbudgetiert“, vergüten. Es handelt sich dabei vor allem um

- Ambulante Operationen
- Belegärztliche Operationen
- Präventionsleistungen
- Strahlentherapie
- Dialysesachkosten
- Substitutionsbehandlung
- Leistungen im Rahmen von regionalen Vereinbarungen (zum Beispiel Impfungen, Kontrastmittelpauschalen, Sachkosten ambulantes Operieren)

Eine detaillierte Aufstellung der Leistungen finden Sie in der aktuellen Honorarbrochure beziehungsweise unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.07.2010*.

Welche Leistungen unterliegen auch nicht der Obergrenze, werden aber eventuell vermindert ausgezahlt?

Darunter fallen

- Laborleistungen
- Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst
- Leistungen der Pathologie
- Leistungen der Humangenetik
- Kostenpauschalen (Kapitel 40)

Bitte prüfen Sie auch hier, ob Sie solche Leistungen erbringen, denn diese unterliegen nicht der Ihnen im Zuwei-

sungsbescheid mitgeteilten Obergrenze. Sie können allerdings nur dann in vollem Umfang mit 3,5 Cent vergütet werden, wenn insgesamt die Menge der erbrachten Leistungen jeweils gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 nicht zugenommen hat. Ansonsten kann nur eine verminderte Vergütung bezahlt werden. Ob dies der Fall ist, kann erst nach Abrechnung des jeweiligen Quartals festgestellt werden.

Sie können diese Leistungen unberücksichtigt lassen, wenn Sie kalkulieren, wie viele Leistungen Sie erbringen können, ohne Ihre individuelle Obergrenze zu überschreiten.

Die neue Obergrenze

Sie wird nun differenzierter berechnet als in der Vergangenheit und ergibt sich als Summe mehrerer „Teilbudgets“, also den QZV, und dem RLV.

Wichtig: Es spielt keine Rolle, ob Sie das RLV oder einzelne QZV überschreiten, erst wenn Sie insgesamt Ihre Obergrenze überschreiten, kann dafür nur noch eine abgesenkte Vergütung gezahlt werden. Welche QZV – unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten – für die jeweilige Arztgruppe gebildet wurden, hat die KVB eng mit den Berufsverbänden abgestimmt. Wie die Obergrenze sich genau berechnet und welche QZV bei Ihnen einbezogen werden, können Sie unserer Honorarbrochure im Detail entnehmen.

Weitere Informationen

Eine genaue Darstellung der einzelnen Honorarbestandteile finden Sie in der Honorarbrochure „Erläuterungen zur Honorarermittlung ab 1. Juli 2010“ (mit Ergänzungsbroschüre QZV), die Mitte Juni versendet wurde. Die Publi-

Statistiken der Prüfungsstelle Ärzte Bayern

kation kann auch als Online-Version unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.07.2010* heruntergeladen 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

Die Prüfungsstelle Ärzte Bayern beauftragt die KVB mit der Erstellung von Statistiken für die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Bisher hat die KVB die Statistiken „Entwicklung Verordnungswerte“, die Gesamtübersicht sowie die Häufigkeitsstatistik zur Verfügung gestellt. Im Zuge der Umstellung vom Papierversand auf eine elektronische Bereitstellung (Online-Initiative „Honorarabrechnungsunterlagen“) können die Praxen ab dem Abrechnungs- und Verordnungsquartal 1/2010 in SmarAkt nun auch in folgende weitere Prüfstatistiken Einsicht nehmen:

- Arzneikostenstatistik
- Heilmittelstatistik
- Häufigkeitsstatistik Heilmittel
- Entwicklung Abrechnungswerte
- RGP-PZN-Liste
- RGP-ATC-Liste

Zur Erklärung der beiden letztgenannten Listen:

Die Liste der PZN (Pharmazentralnummer) ist eine reine Aufstellung aller verordneten Arzneimittel im Quartal, die von den Kassen aus den Rezepten gelesen werden. Neben der PZN sind die Namen der einzelnen Arzneimittel, die Zahl der entsprechenden Verordnungen sowie die Kosten abgebildet. Zusätzlich wird der ATC-Code (Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation) angeführt. Er ordnet Wirkstoffe nach deren Wirkung bestimmten „Organen“ zu. In der ATC-Liste sind die PZN beziehungsweise Arzneimittel wertend zu Gruppen zusammengefasst und im Vergleich mit der Prüfgruppe dargestellt. Die Vergleiche beziehen sich auf die Kosten pro Fall, die Kosten pro DDD (Defined Daily Dose) und die Kostenanteile der jeweiligen ATC-Codes am Gesamtverordnungsvolumen.

Über die neu eingestellten Prüfstatistiken der Prüfungsstelle Ärzte Bayern – erkennbar am Logo der Prüfungsstelle – werden Sie auch auf der entsprechenden Seite innerhalb unseres KVB-Mitgliederportals informiert.

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

Abrechnung der Versichertenpauschalen

Bei der Abrechnung der Versichertenpauschalen im Überweisungs- und Vertretungsfall bitten wir **Hausärzte/ Kinder- und Jugendärzte** Folgendes zu beachten:

Erhalten Sie **als Hausarzt** eine Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzten oder Ärzten ohne Gebietsbezeichnung und Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die an der hausärztlichen Versorgung gemäß Paragraph 73 Absatz 1a SGB V teilnehmen (**Ärzte nach der Präambel zum Abschnitt 3 bis 3.1 Nummer 1 EBM**) beziehungsweise **als Kinder- und Jugendarzt** eine Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin (**Ärzte nach der Präambel zum Abschnitt 4 bis 4.1 Nummer 1 EBM**), können Sie nicht die Versichertenpauschalen nach den GOP 03110 bis 03112 beziehungsweise 04110 bis 04112, sondern lediglich die **abgesenkten Versichertenpauschalen** nach den GOP 03120 bis 03122 beziehungsweise 04120 bis 04122 abrechnen. Dies gilt auch, wenn Sie **als Hausarzt und Überweisungsempfänger** über **Zusatzbezeichnungen** verfügen (zum Beispiel Homöopathie, Akupunktur).

Wird ein Patient jedoch **vom Facharzt** (zum Beispiel Orthopäde oder Augenarzt) zur Mit- oder Weiterbehandlung zu Ihnen **als Hausarzt, Kinder- und Jugendarzt** überwiesen, können Sie die **volle Versichertenpauschale** nach den GOP 03110 bis 03112 beziehungsweise 04110 bis 04112 abrechnen. Auch im Vertretungsfall sind die Versichertenpauschalen nach den GOP 03120 bis 03122 beziehungsweise nach den GOP 04120 bis 04122 anzusetzen.

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

Fortführung Diabetesvereinbarungen

Für das dritte Quartal 2010 lassen BKK, Signal Iduna IKK und Knappschaft erneut sämtliche Leistungen der gekündigten Diabetesvereinbarungen gegen sich gelten. Die Verhandlungen deuten darauf hin, dass die KVB mit diesen Kassen zukünftig wieder Diabetesvereinbarungen abschließen kann, die inhaltlich voraussichtlich weitgehend der AOK-Diabetesvereinbarung entsprechen.

Wir empfehlen Ihnen, vorsorglich alle Schulungen noch im dritten Quartal 2010 abzuschließen. Schulungen für DMP-Patienten können weiterhin mit den gültigen Abrechnungsziffern des DMP-Vertrags abgerechnet werden, sofern Sie die entsprechende Berechtigung dafür haben. Die gültige Vergütungsübersicht finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Neue Versorgungformen/DMP*.

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

Kostenpauschale neue Onkologievereinbarung

Eine wichtige Information für Ärzte, die keine Genehmigung zur Teilnahme an der am 1. Januar 2010 in Kraft getretenen Onkologievereinbarung erhalten haben:

Die mit den Krankenkassen vereinbarte **Übergangsregelung** zur Fortführung der Therapie medikamentös anbehandelter Patienten durch Teilnehmer an den bisher gültigen Onkologievereinbarungen läuft am 30. Juni 2010 ab (vergleiche KVB-Rundschreiben vom 9. Dezember 2009 im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Onkologie*).

Bitte beachten Sie, dass Sie daher ab dem 1. Juli 2010 bei Ihren in 2009 medikamentös anbehandelten Patienten nicht mehr die Kostenpauschalen nach der neuen Onkologievereinbarung abrechnen können. Voraussetzung für die (weitere) Abrechnung der Kostenpauschalen ist eine Genehmigung nach der neuen Onkologievereinbarung. Die Abrechnung ist ab Erhalt des positiven Genehmigungsbescheids möglich. Dies gilt auch, wenn Sie bereits einen Antrag gestellt, jedoch noch keinen Bescheid erhalten haben. Sofern Sie noch keinen Antrag gestellt haben, finden Sie das Formular unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Buchstabe „O“*.

Ärzte, denen eine Genehmigung nach der neuen Onkologievereinbarung erteilt wurde, sind auf der KVB-Internetseite in der Arztsuche und im Arztverzeichnis unter „Onkologisch qualifizierter Arzt“ zu finden.

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

Psychosomatische Grundversorgung – Abrechnungsvoraussetzungen

Seit Januar 2009 ist die psychosomatische Grundversorgung wieder als Einzelleistung mit den GOP 35100 und 35110 für Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie für hausärztliche Internisten berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den GOP 35100 und 35110 können nur bei entsprechender Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen durchgeführt und abgerechnet werden (Paragraph 5, Absatz 6, der Psychotherapievereinbarung) **und ersetzen nicht das hausärztliche Beratungsgespräch**. Die Abrechnung der GOP 35100 beziehungsweise 35110 ist nur dann zulässig, wenn eine **Gesprächsdauer** (nicht Behandlungsdauer!) von mindestens 15 Minuten erfüllt wird. Diese 15 Minuten stellen keinen Mittel-, sondern den erforderlichen Mindestwert dar.

Vor diesem Hintergrund ist ein – teilweise mehrfacher – Leistungsansatz bei (fast) jedem behandelten Patienten nur schwer nachvollziehbar und hat zu entsprechenden Prüfvorschlägen seitens der Krankenkassen geführt. In den Sondierungsgesprächen konnten wir mit den Krankenkassen jedoch vereinbaren, in vielen Fällen bislang noch auf die Einleitung konkreter Prüfverfahren zu verzichten und die betroffenen Praxen stattdessen durch entsprechende Hinweise auf die wirtschaftliche und inhaltlich korrekte Abrechnung dieser Ziffern aufmerksam zu machen.

Trotzdem können Prüfverfahren für die Zukunft nicht ausgeschlossen werden. Wir empfehlen daher, den Leistungsansatz in allen Fällen unter dem Aspekt der medizinischen Notwendigkeit kritisch zu hinterfragen und die Abrechnungsvoraussetzungen genau zu beachten.

Bei Fragen stehen Ihnen als Ansprechpartner zur Verfügung:

Nicoletta Schmid

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 7 66

E-Mail Nicoletta.Schmid@kvb.de

Tanja Raab

Telefon 09 41 / 39 63 – 1 64

E-Mail Tanja.Raab@kvb.de

Homöopathieverträge – aktueller Stand

Nachdem zum 1. Januar 2010 die BKK Linde und die Daimler BKK dem bundesweiten Homöopathievertrag mit der SECURVITA BKK beigetreten sind, folgte zum 1. Juli 2010 die BKK Essanelle. Für diese Betriebskrankenkassen kann damit einfach und problemlos die Abrechnung über die KVB erfolgen (gleiche Abrechnungsnummern, gleiche Honorare).

Der GEK-Homöopathievertrag wird nach der Vereinigung zur BARMER GEK weitergeführt. Kernstück des Vertrags ist die homöopathische Erstbeziehungsweise Folgeanamnese sowie die homöopathische Fallanalyse/Repertorisation. Gleichartige Verträge hat die BARMER GEK auch in anderen Bundesländern mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen. Durch die Öffnung des Vertrags für alle Versicherten der BARMER GEK bietet die KVB damit den bayerischen Vertragsärzten weiterhin die Möglichkeit, homöopathische Leistungen über die KVB abzurechnen.

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

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

DMP-Datenstelle stellt Bearbeitung von Datenträgern ein

Zeitgleich mit der Honorarabrechnung wird ab 1. April 2011 auch für Dokumentationen der Disease Management Programme (DMP) die Online-Übermittlung zur Pflicht. Ab diesem Zeitpunkt werden in der DMP-Datenstelle Bayern nur noch Dokumentationen angenommen, die nicht per Diskette, CD oder USB-Stick übermittelt wurden. Zum Übermitteln von DMP-Dokumentationen stehen Ihnen dann ausschließlich folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- per E-Mail mit verschlüsseltem Anhang
- per Datenleitung (KV-SafeNet, KV-Ident)

Nutzen Sie die Zeit bis dahin, um sich frühzeitig auf die Umstellung vorzubereiten.

Als Entscheidungshilfe, welche Form der Datenübermittlung für Ihre Praxis am besten geeignet ist, haben wir Ihnen die wichtigsten Informationen kurz zusammengestellt.

Bitte beachten Sie, dass für das DMP Brustkrebs KV-Ident voraussichtlich erst ab 1. Oktober 2010 nutzbar ist.

Ausführliche Informationen hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/EDV in der Praxis*.

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

	E-Mail	KV-SafeNet	KV-Ident
Funktionsweise	Verschlüsselte Datei wird per E-Mail verschickt	Anbindung an die KVB über ein virtuelles privates Netzwerk	Starkes Authentisierungsverfahren mittels KV-Ident-Karte
Technische Voraussetzungen	Internetzugang	DSL- oder ISDN-Anbindung mit zertifizierter „Black Box“ (Router)	Internetzugang
Software	PVS-Software, E-Mail-Programm	OPAL (= Dokumentations-Portal der KVB) oder kooperierender PVS-Anbieter (derzeit nur Pro-medico Easymed)	OPAL (= Dokumentations-Portal der KVB)
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> ■ für Internetzugang (abhängig vom Anbieter) ■ für PVS-Software 	für Anbindung und Router (abhängig vom Anbieter, siehe Übersicht im Internet)	<ul style="list-style-type: none"> ■ für Internetzugang (abhängig vom Anbieter) ■ 20,- Euro für KV-Ident-Karte (drei Jahre gültig)
Was ist zu beachten?	Sie sind für den Schutz Ihres Rechners vor Fremdzugriff selbst verantwortlich!		Sie sind für den Schutz Ihres Rechners vor Fremdzugriff selbst verantwortlich!

DMP: Erst- oder Folgedokumentation?

In den Disease Management Programmen (DMP) ist je nach gegebener Situation eine Erst- oder eine Folgedokumentation zu erstellen. Um die Vergütung Ihrer DMP-Dokumentationen sicherzustellen, beachten Sie bitte Folgendes:

Eine Erstdokumentation (mit aktueller Teilnahme-/Einwilligungserklärung) ist erforderlich, wenn der Patient

- zum ersten Mal in Bayern in das betreffende DMP eingeschrieben wird oder
- von der Krankenkasse aus dem betreffenden DMP ausgeschrieben wurde (zum Beispiel auf Grund nicht wahrgenommener Schulung) und er wieder am selben DMP teilnehmen möchte oder
- während seiner DMP-Teilnahme die Krankenkasse gewechselt hat.

In allen anderen Fällen ist eine Folgedokumentation erforderlich. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient während seiner DMP-Teilnahme den koordinierenden Arzt gewechselt hat.

Bei Unklarheiten, ob ein Patient aktuell im DMP eingeschrieben und eine Erst- oder Folgedokumentation erforderlich ist, stehen Ihnen die Mitarbeiter der DMP-Datenstelle Bayern (DSiE) unter Telefon 0 18 05 / 89 89 09* zur Verfügung.

DMP KHK: Modul Herzinsuffizienz

Der Vertrag zum Disease Management Programm Koronare Herzkrankheit (DMP KHK) wurde zum 1. Juli 2010 um das Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ (CHI) erweitert. Dies bringt für alle am DMP KHK teilnehmenden Ärzte Änderungen mit sich.

Teilnahmevoraussetzungen für Ärzte und Patienten

Die Teilnahme des Patienten am Modul ist freiwillig und setzt seine Teilnahme am DMP KHK voraus. Zudem muss die Einschränkung der linksventrikulären Dysfunktion (LVEF unter 40 Prozent) durch ein bildgebendes Verfahren (zum Beispiel eine Echokardiographie) bestimmt worden sein. Der koordinierende Arzt dokumentiert die Modul-Teilnahme durch das Datenfeld in der DMP-Dokumentation. Eine gesonderte Teilnahmeerklärung ist weder für Ärzte noch für Patienten erforderlich. Die Teilnahme des Patienten am Modul endet automatisch mit dem Ende der Teilnahme am DMP KHK.

Neue Genehmigungsbescheide für Ärzte

Auf Grund der Erweiterung des DMP KHK um das Modul CHI müssen wir für alle Ärzte, die bereits am DMP KHK teilnehmen, neue Genehmigungsbescheide ausstellen. Diese werden automatisch im Laufe des dritten Quartals 2010 verschickt.

DMP-Dokumentation

Bei allen Patienten, die in das DMP KHK eingeschrieben sind, ist das Datenfeld „Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz“ verpflichtend mit „ja“ oder „nein“ auszufüllen. Wird die Teilnahme am Modul CHI hier mit „ja“ bestätigt, sind zusätzlich die Felder „Serum-Elektrolyte“ und „Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen“ zu dokumentieren, weil bei Patienten, die am Modul CHI teilnehmen, in mindestens

halbjährlichen Abständen die Serum-Elektrolyte (Natrium, Kalium) zu bestimmen sind und eine regelmäßige Gewichtskontrolle sinnvoll sein kann.

Aufgaben der koordinierenden Ärzte

Koordinierende Ärzte sollen ihre Patienten im DMP KHK mit einer klinischen Symptomatik, die auf eine Herzinsuffizienz hinweist, zur gezielten bildgebenden Diagnostik an den Facharzt überweisen und über das Modul CHI informieren. Auf dem Überweisungsschein soll zusätzlich der Vermerk „DMP KHK Patient“ angegeben werden, damit der Facharzt über die DMP-Teilnahme informiert ist. Weitere Indikationen und Anlässe, bei denen gemäß Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) eine Überweisung an den Facharzt zu prüfen ist, wurden in der Juni-Ausgabe von PROFUND, Seite 30, erläutert, in der Professor Karl Josef Osterziel auch die medizinischen Inhalte des neuen Moduls darstellte.

Aufgaben der Fachärzte

Ärzte der zweiten Versorgungsebene im DMP KHK übernehmen neben der bildgebenden Untersuchung zur Diagnosesicherung und Verlaufskontrolle die Erstellung beziehungsweise Aktualisierung des Medikamentsplans. Dieser Plan beinhaltet alle relevanten Medikamente, die einzunehmende Dosis, die Einnahmezeitpunkte und falls erforderlich sonstige wichtige Hinweise. Die Erstellung und die zeitnahe Übermittlung des Arztbriefes an den koordinierenden Arzt zählen ebenso zu deren Aufgaben.

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

Vergütung: Zunächst befristet bis 30. Juni 2011**Leistungen für koordinierende Ärzte im DMP KHK nach Paragraph 3 des DMP-Plattformvertrags**

Leistung	Betrag	Abrechnungs-Nr.
Behandlungspauschale für Patienten im DMP KHK, die am Modul Herzinsuffizienz teilnehmen (gemäß DMP-Dokumentation)	bis zu 10,00 Euro einmal im Behandlungsfall	92699H
Behandlungspauschale für Patienten im DMP KHK mit klinischen Symptomen der Herzinsuffizienz, bei denen mit dem Ziel der Einschreibung ins Modul Herzinsuffizienz ein bildgebender Nachweis der Herzinsuffizienz veranlasst wurde	bis zu 10,00 Euro einmal im Krankheitsfall	92699M

Hinweise

- Die Abrechnungsnummer 92699H ist neben der 92699M in demselben Quartal nicht abrechenbar.
- Ab dem Quartal 1/2011 können die Abrechnungsnummern 92699H und 92699M nur von koordinierenden Ärzten im DMP KHK abgerechnet werden, die die Prüfung im Rahmen der CME-Fortbildung „Modul Herzinsuffizienz“ in Cura Campus (www.curacampus.de) bestanden haben. Diese Fortbildung wird voraussichtlich zum 1. Oktober 2010 bereitgestellt.
- Die Höhe der Vergütung der Abrechnungsnummern 92699H und 92699M beträgt für die Quartale 3/2010 und 4/2010 jeweils 10,00 Euro. Ab dem Quartal 1/2011 ist die Höhe der Vergütung variabel und abhängig von der Anzahl der von allen Ärzten abgerechneten Leistungen 92699H und 92699M, maximal jedoch 10,00 Euro.

Leistungen für Fachärzte nach Paragraph 4 des DMP-Plattformvertrags (Zweite Versorgungsebene im DMP KHK)

Leistung	Betrag	Abrechnungs-Nr.
Bei Patienten im DMP KHK mit klinischen Symptomen der Herzinsuffizienz: <ul style="list-style-type: none"> ■ Betreuung und Beratung eines Patienten, der in das DMP KHK eingeschrieben ist und der am Modul Chronische Herzinsuffizienz teilnimmt oder bei dem die Einschreibevoraussetzungen für dieses Modul abgeklärt werden sollen. ■ Erstellung beziehungsweise Aktualisierung eines Medikamentenplans (insbesondere unter Angabe aller relevanten Medikamente, der einzunehmenden Dosis, der Einnahmezeit und gegebenenfalls sonstiger wichtiger Hinweise) ■ Erstellung und zeitnahe Übermittlung des Arztbriefes an den koordinierenden DMP-Arzt sowie ■ gegebenenfalls Konsilium mit dem koordinierenden Arzt 	bis zu 27,50 Euro einmal im Behandlungsfall	92699F

Hinweise

- Die Abrechnungsnummer 92699F ist nur auf Überweisung durch den koordinierenden DMP-Arzt abrechenbar. Ausnahme: Sofern ein Facharzt im Ausnahmefall den Patienten selbst im DMP koordiniert, ist keine Überweisung erforderlich.
- Durch den Ansatz der Leistung 92699F wird die Abrechnung von Leistungen im Rahmen des EBM nicht berührt.
- Bestehen Zweifel an der Teilnahme des Patienten am DMP KHK und kann der Leistungserbringer dies nicht eindeutig durch einen Vermerk auf dem Überweisungsschein, auf Grund der Krankenversicherungskarte, einer Kopie der DMP-Bonuskarte oder einer DMP-Teilnahmeerklärung mit Datum des aktuellen oder der vorangehenden beiden Quartale nachweisen, muss er sich vom Versicherten schriftlich erklären lassen, dass dieser an einem DMP teilnimmt. Die Nachweise sind so lange aufzubewahren, bis die Abrechnungsprüfung seitens der Krankenkasse abgeschlossen ist (zwei Jahre nach Ende des Leistungsquartals).
- Die Höhe der Vergütung der Abrechnungsnummer 92699F beträgt im Quartal 3/2010 27,50 Euro. Ab dem Quartal 4/2010 ist die Höhe der Vergütung variabel und abhängig von der Anzahl der von allen Ärzten abgerechneten Leistungen 92699F, maximal jedoch 27,50 Euro.

Palliativversorgung – Kostenpauschale 40860

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) muss durch den behandelnden Arzt verordnet werden, der für seinen besonderen Aufwand im Rahmen der Erst- und Folgeverordnung die Kostenpauschalen 40860 und 40862 berechnen kann.

Werden bei einer länger andauernden palliativmedizinischen Behandlung eines Patienten nach Ablauf der Erstverordnung weitere Verordnungen der SAPV notwendig, so sind diese als Folgeverordnungen auszustellen, auch wenn ein neues Quartal begonnen hat. Somit kann bei einer durchgängigen Behandlung über mehrere Quartale hinweg die Kostenpauschale 40860 für die Erstverordnung im gesamten Behandlungszeitraum insgesamt nur einmal abgerechnet werden. Für notwendige Folgeverordnungen kann die Kostenpauschale 40862 maximal zweimal im Behandlungsfall berechnet werden.

Eine erneute Erstverordnung kann jedoch dann ausgestellt werden, wenn die palliativmedizinische Behandlung des Patienten unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Behandlungsbedürftigkeit festgestellt wird.

Hintergrund: Beschluss der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen beziehungsweise Beschluss der Partner der Bundesmantelverträge zur Aufnahme des Absatzes Nummer 2 in die Präambel zu Abschnitt 40.17 und zur Streichung des Abrechnungszeitraums „einmal im Behandlungsfall“ bei GOP 40860.

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

Angabe der Uhrzeit/ Tagtrennung

Die Angabe von Uhrzeiten ist grundsätzlich **nur bei mehreren Kontakten** mit dem Patienten am Tag nötig (wenn beispielsweise Hausbesuche am Vormittag und am Abend stattgefunden haben oder wenn ein Belegarzt zwei Visiten am gleichen Tag hatte). Bitte erfassen Sie sonst keine Uhrzeit, etwa um zu belegen, dass eine Leistung nachts erbracht wurde.

Geben Sie die Uhrzeit bitte **pro Kontakt nur einmal** ein. Auch die Wiederholung der gleichen Uhrzeit, etwa um zu verdeutlichen, dass es sich um den gleichen Kontakt handelt, ist nicht erforderlich. Die Erfassung der Uhrzeit erfolgt unmittelbar nach der ersten Ziffer des jeweiligen Kontakts. Beim nächsten Kontakt verfahren Sie einfach analog. Auch hier geben Sie nach der ersten erfassten Ziffer die nächste Uhrzeit an. Für die restlichen Ziffern dieses Kontakts sind keine weiteren Uhrzeitangaben nötig.

Software hilft

Bei der vollständigen und korrekten Erfassung mehrerer Kontakte am gleichen Tag hilft auch die Praxissoftware. In der Regel wird ab dem zweiten Kontakt eine so genannte Tagtrennung durchgeführt. Für diese Funktion haben die Softwareanbieter klare Vorgaben durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Bei Fragen hierzu nehmen Sie am besten mit Ihrem Softwareanbieter direkt Kontakt auf, da die Benutzeroberflächen/Eingaben je Programm unterschiedlich sind.

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

„Ähnliche Untersuchungen“ nach Abschnitt 32.3

Die „Ähnlichen Untersuchungen“ des Abschnitts 32.3 (Speziallabor) können ab dem 1. Juli 2010 nur abgerechnet werden, wenn die medizinische Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall vom Arzt begründet wurde.

Auf die gesonderte Angabe einer Begründung zur betreffenden Gebührenordnungsposition in Feldkennung 5009 kann verzichtet werden, wenn

- ein von der Begründungspflicht ausgenommenes Untersuchungsverfahren angewandt wurde (Übersicht siehe KVB INFOS 6/2010) oder
- sich bereits aus der in der Abrechnung angegebenen Diagnose die Notwendigkeit der Untersuchung im Einzelfall ergibt.

Bitte beachten Sie, dass auch in den vorgenannten Fällen weiterhin bei allen „Ähnlichen Untersuchungen“ die Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) anzugeben ist.

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

Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland

Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland hat das Bundesministerium für Gesundheit im August 2009 einen umfangreichen Aktionsplan gestartet. Im Rahmen dieser Aktion stellt die KVB ihren Mitgliedern Informationsblätter für Patienten mit Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie zur Verfügung.

Patientenflyer mit Medikamentenliste

Durch die Liste sollen vor allem die Patienten stärker miteinbezogen und die Verordnung von Arzneimitteln durch mehrere Ärzte transparenter gestaltet werden, indem die Patienten alle eingenommenen Arzneimittel eintragen und die Liste beim Arztbesuch vorlegen.

Die Flyer können Sie per E-Mail an Verordnung@kvb.de bestellen.

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimitteltherapiesicherheit* finden Sie

- den Flyer für die Arztpraxis
- den Flyer für die Psychotherapeutenpraxis
- das Informationsblatt des Bundesministeriums für Gesundheit
- einen Artikel zum Thema aus PROFUND 11/2009, Seite 39

Doppelverordnungen vermeiden

Die KVB stellt derzeit weitere praxisnahe Informationen zusammen, um Doppelverordnungen und unerwünschte Wechselwirkungen zu vermeiden. Auch sollen die Patienten Hilfe bekommen, um ihre Arzneimittel konsequent und richtig einzunehmen.

Dabei greifen wir gerne auch auf Ihre Erfahrungen zurück. Senden Sie uns Ihre Anregungen und Vorschläge bitte an die E-Mail-Adresse Verordnung@kvb.de unter dem Betreff „Arzneimitteltherapiesicherheit“.

Verordnungsinformationen für das Praxispersonal

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* und auch in den KVB INFOS wollen wir künftig praxisorientierte Informationen für Medizinische Fachangestellte zusammenstellen. Um dabei möglichst praxisnah vorzugehen, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe.

Schicken Sie uns einfach Ihre Fragen oder Anregungen per E-Mail unter dem Betreff „Gute Frage – Verordnungen“ an Verordnung@kvb.de oder per Fax an 0 89 / 5 70 93 – 6 49 09. Auf Grundlage dieser individuellen Fragen veröffentlichen wir dann Tipps und Hinweise.

Bitte beachten Sie auch, dass sich einige Veranstaltungen unseres Fortbildungsprogramms auch an Medizinische Fachangestellte richten, wie etwa das Seminar „Verordnungen – Workshop für Praxismitarbeiter“. Im ersten Halbjahr 2010 hatten wir beispielsweise Themenschwerpunkte zu Sprechstundenbedarf, Dauermedikation, Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Krankenbeförderung und häuslicher Krankenpflege. Auch im nächsten Jahr werden wir wieder Workshops für Praxismitarbeiter anbieten. Ihre Fragen helfen uns bei der Ausarbeitung.

Eine Übersicht der Seminare mit ausführlicher Beschreibung und allen Informationen zum Anmeldeverfahren sowie Informationen zu unserem Beratungsangebot finden Sie in der Seminarbroschüre sowie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Seminare*.

„Neue Arzneimittel“ – Information der AkdÄ

Seit Anfang 2009 bietet die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) den Service „Neue Arzneimittel“ an. Durch ein Abonnement des kostenfreien Newsletters werden Sie über alle neuen Ausgaben regelmäßig per E-Mail informiert.

„Neue Arzneimittel“ sind aktuelle Informationen für Ärzte über neu zugelassene Arzneimittel/neu zugelassene Indikationen in der Europäischen Union. Sie geben Auskunft zur Indikation, Bewertung, klinischen Studien, unerwünschten Arzneimittelwirkungen sowie zur Anwendung bei besonderen Patientengruppen, Dosierung und Kosten. Die Informationen basieren auf den Angaben des Europäischen Öffentlichen Bewertungsberichts (EPAR) der Europäischen Behörde für Arzneimittel (EMA). Im EPAR wird erläutert, wie der Ausschuss für Humanarzneimittel der EMA die für die Zulassung eines Arzneimittels durchgeführten klinischen Studien beurteilt und welche Empfehlungen er zur Anwendung des Arzneimittels gibt.

In der Ausgabe Nummer 13/2010 vom 10. Mai 2010 informiert die AkdÄ über folgende Arzneimittel:

Kinzalmono[®], Micardis[®] (Telmisartan), neu zugelassene Indikation – Reduktion der kardiovaskulären Morbidität

- a) bei Patienten mit manifester atherothrombotischer kardiovaskulärer Erkrankung (koronare Herzerkrankung, Schlaganfall oder periphere arterielle Verschlusskrankung in der Vorgeschichte) oder
- b) bei Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus mit dokumentiertem Endorganschaden.

Multaq[®] (Dronedaronhydrochlorid) – zur Behandlung von erwachsenen, klinisch stabilen Patienten mit nicht-permanentem Vorhofflimmern (aktuell bestehend oder in der Vorgeschichte), um ein Wiederauftreten von Vorhofflimmern zu verhindern oder die ventrikuläre Herzfrequenz zu senken.

Orencia[®] (Abatacept), neu zugelassene Indikation – in Kombination mit Methotrexat zur Behandlung der mäßigen bis schweren aktiven polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritis bei pädiatrischen Patienten ab sechs Jahren und älter, wenn das Ansprechen auf andere DMARDs einschließlich mindestens eines TNF α -Antagonisten nicht ausreichend ist.

Silodyx[®], Urorec[®] (Silodosin) – zur Behandlung der Anzeichen und Symptome einer benignen Prostatahyperplasie.

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* finden Sie Verknüpfungen zu folgenden Informationen der AkdÄ: Neue Arzneimittel, Therapieempfehlungen, Rote-Hand-Briefe, Drug safety Mail.

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

Infusionssets nur eingeschränkt verordnungsfähig

Infusionssets sind nur dann über Sprechstundenbedarf verordnungsfähig, wenn alle enthaltenen Bestandteile verordnungsfähiger Sprechstundenbedarf sind. Enthalten Sets nicht verordnungsfähige Artikel, so gilt demnach das gesamte Set als nicht verordnungsfähig. In solchen Sets befinden sich beispielsweise Einmalhandschuhe, Einmalspritzen und -kanülen, die den allgemeinen Praxiskosten zuzurechnen und nicht gesondert im Sprechstundenbedarf oder über Einzelverordnungen abrechnungsfähig sind.

Zudem kommt es bei Sets zum Teil zu erheblichen preislichen Aufwertungen im Vergleich zu den Einzelprodukten. Es stellt sich somit auch immer die Frage der Wirtschaftlichkeit der Verordnung im Einzelfall.

Weitere Informationen zur Verordnung von Sprechstundenbedarf finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Sonstiges/Buchstabe „S“*.

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 Therapieallergene-Verordnung

Die neue Therapieallergene-Verordnung (TAV) sorgt für Bewegung und Änderung auf dem Markt der Therapieallergene. Mit der Ausgabe 30/2010 von „Arzneimittel im Blickpunkt“ stellen wir Ihnen die wichtigsten Änderungen vor und geben eine Übersicht über die Verfügbarkeit der Präparate zur subkutanen und zur sublingualen Therapie.

Die Spezifische Immuntherapie konnte bisher mit verschiedensten Allergenen durchgeführt werden. Diese Allergene waren entweder als Fertigarzneimittel durch das Paul-Ehrlich-Institut zugelassen oder aber als Individualrezepturen zur individuellen Therapie von der Zulassungspflicht befreit und als solche auf dem deutschen Markt verfügbar. Aktuell werden jedoch – analog zu den Entwicklungen auf dem Markt der „herkömmlichen“ Fertigarzneimittel – immer höhere Anforderungen an die Standardisierung der Extrakte und auch an Wirksamkeitsnachweise in klinischen Studien gestellt. Diese Entwicklung spiegelt sich in der neuen TAV wider, die am 14. November 2008 in Kraft trat. Sie weitet die Vorschrift zur Zulassung von Arzneimitteln auf bestimmte Therapieallergene aus. Allergene aus dieser Gruppe oder Mischungen, die diese Allergene enthalten, unterliegen in Zukunft der Zulassungspflicht.

Die TAV bezieht sich ausschließlich auf folgende, häufig verordnete homologe Allergengruppen:

- Süßgräser (Familie der Poaceae; außer Mais)
- frühblühende Bäume (Birke, Erle, Hasel)
- Hausstaubmilben (Arten der Gattung Dermatophagoides) und
- Bienen- und Wespengifte

Um etwas mehr Klarheit über die in Deutschland auch weiterhin vertriebenen Therapieallergene zu erhalten, haben wir alle Anbieter gebeten, uns mitzuteilen, für welche Therapieallergene eine Zulassung und damit eine weitere Verfügbarkeit auf dem deutschen Markt angestrebt wird.

Ausführliche Informationen mit einer Übersicht aus den Rückmeldungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel im Blickpunkt*.

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

woundEL-Therapie: keine Verordnungsmöglichkeit

Die AOK Bayern sieht weder im Rahmen der Einzelverordnung noch des Sprechstundenbedarfs eine Verordnungsmöglichkeit von woundEL Verband- und Disperserelektroden. Wir bitten Sie, diesen Hinweis im eigenen Interesse zu beachten.

Hintergrund

Nach Auffassung der AOK Bayern handelt es sich bei dem Therapieverfahren zur Wundbehandlung um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die dem Genehmigungsvorbehalt des Gemeinsamen Bundesausschusses unterliegt. Nach Paragraph 135, Absatz 1, SGB V, dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Paragraph 92, SGB V, entsprechende Empfehlungen abgegeben hat. Eine derartige Empfehlung liegt bislang nicht vor.

Auslöser

Der Hersteller fordert in seiner Arztinformation die Ärzte auf, die zur Wundbehandlung benötigten Verband- und Disperserelektroden patientenbezogen auf Muster 16 als Verbandstoff, alternativ – je nach KV-Bezirk – auch im Rahmen des Sprechstundenbedarfs zu verordnen.

Gern stellen wir Ihnen die Fachinformation auf Anforderung zur Verfügung.

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

Verordnung von Hypnotika/Hypnogenen

Nach der Neufassung der Arzneimittel-Richtlinie vom April 2009 ist die Verordnung von Hypnotika/Hypnogenen, Sedativa und Tranquillantien nur zur Kurzzeittherapie bis zu vier Wochen möglich. In medizinisch begründeten Einzelfällen ist eine länger als vier Wochen andauernde Therapie möglich. Diese längerfristige Anwendung ist besonders zu begründen. Hintergrund dieser Bestimmung ist selbstverständlich die Abhängigkeitsproblematik.

Hypnotika/Hypnogenen, Sedativa und Tranquillantien sind in der Regel nur zur Kurzzeitbehandlung von Schlafstörungen zugelassen. In den Fachinformationen wird auf die Toleranzentwicklung innerhalb weniger Wochen bei Anwendung kurzwirksamer Benzodiazepine und Benzodiazepin-ähnlicher Stoffe hingewiesen. Eine längere Verordnung würde damit einem Off-Label-Use entsprechen. Die Bedingungen für einen Off-Label-Use nach der gängigen Rechtsprechung sind jedoch nach unserer Einschätzung für eine längerfristige Verordnung von Schlafmitteln nicht erfüllt.

Bei den medizinisch begründeten Einzelfällen, die eine länger als vier Wochen dauernde Therapie rechtfertigen würden, handelt es sich zum Beispiel um psychiatrische Erkrankungen wie chronische Angststörungen. Hier sehen auch die Leitlinien eine längere Pharmakotherapie vor. Dazu sollten allerdings nur solche Präparate verordnet werden, die entsprechend ihrer arzneimittelrechtlichen Zulassung über einen längeren Zeitraum angewendet werden können.

Nach unserer Information prüfen die Krankenkassen gezielt nach längerfristigen Verordnungen von Schlafmitteln und führen diese Verordnungen Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu.

Eine Privatverordnung ist genauso kritisch

Auch die Verordnung auf Privatrezept ist von einer kritischen und unter Abwägung einer Nutzen und Risiko (Suchtpotenzial, Off-Label-Use) indizierten Entscheidung nicht ausgenommen. Gerne stellen wir Ihnen die aktuellen Fachinformationen der entsprechenden Arzneimittel auf Anfrage zur Verfügung. Daraus ist die Anwendungsbeschränkung auf die Kurzzeittherapie ersichtlich.

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

Agomelatin (Valdoxan®)

Agomelatin (Valdoxan®) ist bei der Behandlung von Episoden einer Major Depression bei Erwachsenen nicht das Mittel der ersten Wahl. Studien zur Wirksamkeit gegenüber Placebo ergaben einen geringen klinischen Effekt. In der Gesamtbewertung ergibt sich kein Hinweis auf einen Behandlungsvorteil von Agomelatin gegenüber kostengünstigeren Nichtselektiven Monoamin-Rückaufnahmehemmern (auch tri- und tetrazyklische Antidepressiva genannt) und Selektiven Serotonin-Rückaufnahmehemmern.

Sie haben die Möglichkeit, zu Agomelatin (Valdoxan®) – siehe auch Ausgabe 5/2010 der Publikation „Wirkstoff AKTUELL“ – eine Online-Fortbildung zu absolvieren. Das Fortbildungsportal unseres Arzneimittel-Infoservice finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

„Wirkstoff AKTUELL“

Hierbei handelt es sich um eine Publikation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, den Vertragsärzten Informationen zu Indikationen, therapeutischem Nutzen und Preisen von zugelassenen Therapien zur Verfügung zu stellen. Mit „Wirkstoff AKTUELL“ kommt die KBV diesem gesetzlichen Auftrag nach.

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

Digitale Seitenzeichen in der Röntgendiagnostik

Die Vorstandskommission Radiologie der KVB prüft im Rahmen der Qualitätssicherung im regelmäßigen Turnus Röntgenaufnahmen von Patienten. Zu einer vollständigen Dokumentation gehören zwingend die rechtfertigende Indikation, der radiologische Befund und die Aufzeichnung der Expositionsdaten. Die Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik – Qualitätskriterien röntgendiagnostischer Untersuchungen – ist die maßgebliche Rechtsgrundlage für die Prüfung der ärztlichen und aufnahmetechnischen Qualitätsanforderungen.

Kontinuierlich nimmt die Anzahl der digital betriebenen Röntgenanlagen zu. So verzeichnet die Kommission bei den Stichprobenprüfungen auch vermehrt Fälle, in denen die aufnahmetechnischen Anforderungen nicht leitlinienkonform erfüllt werden. Insbesondere das nachträgliche Anbringen einer elektronischen Seitenbezeichnung wird als unzulässig bemängelt. Die Leitlinie besagt eindeutig, dass die korrekte anatomische Seitenbezeichnung **während** der Aufnahme gekennzeichnet sein muss (Buchstabe A, Nummer 2, Absatz 4, Satz 1 der Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik).

Die Kommission fordert daher, dass die Seitenbezeichnung während der Aufnahme aufbelichtet wird, zum Beispiel durch ein an der Kassette befestigtes Seitenzeichen aus Blei. Einige digitale Aufnahmesysteme sind auch in der Lage, von vornherein eine Seitenbezeichnung in das Bild einzu- blenden. Dies muss allerdings aktiv vor der Aufnahme im Softwaresystem angewählt werden und ist dann auch im DICOM-Header ersichtlich. Die Speicherfolientechnik wird ja bekanntermaßen in gleicher Weise gehand-

habt wie die frühere analoge Filmaufnahmetechnik. Das Einblenden nach dem Einlesen oder während des Einlesens der Speicherfolien ist nicht geeignet, um die Anbringung eines Seitenzeichens während der Aufnahme zu ersetzen. Es werden immer wieder Fälle bekannt, in denen es zu Behandlungsfehlern kam, weil Seitenverwechslungen vorlagen.

Sofern ein Arzt bei sämtlichen Aufnahmen nachträglich angebrachte elektronische Seitenzeichen verwendet, wird die Kommission dies künftig (mindestens einmal) als erheblichen Mangel (Stufe 3) werten, die restlichen Aufnahmen können als Folgefehler mit Stufe 2 bewertet werden, sofern keine weiteren Beanstandungen festgestellt werden. Dies betrifft ebenfalls die Bildausdrucke digitaler Aufnahmen.

Bei Fragen erreichen Sie Ihre Ansprechpartner telefonisch unter
Angelika Glaser
0 89 / 5 70 93 – 33 44
Silvia Meyer
0 89 / 5 70 93 – 35 13
Agnes Betz
0 89 / 5 70 93 – 35 17
Andrea Kopeczek
0 89 / 5 70 93 – 33 46

Qualitätsmanagement: Ergebnisse der Stichproben

Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen jährlich mindestens 2,5 Prozent zufällig ausgewählte Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM) auffordern (Paragraph 8 der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Die QM-Kommission wertet anschließend die Ergebnisse der Stichprobe aus und leitet sie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) an den Gemeinsamen Bundesausschuss weiter.

530 Praxen angeschrieben

Für die dritte Stichprobe wurden insgesamt 530 KVB-Mitglieder aller Fachrichtungen angeschrieben. Bei einem Rücklauf von 88 Prozent aller Fragebögen sind 96 Prozent der befragten Praxen phasenkonform (Vergleich 2008: 84 Prozent der Praxen), das heißt, sie erfüllen die gesetzlichen Voraussetzungen entsprechend der Aufnahme ihrer niedergelassenen Tätigkeit.

Mehrheit in Umsetzungsphase

Sieben Prozent der befragten Praxen befinden sich in der **Planungsphase** und sind gerade dabei, konkrete Qualitätsziele festzulegen, eine schriftliche Selbstbewertung des Ist-Zustands der Praxis zu erstellen und Maßnahmen zur Einführung des Qualitätsmanagements zu planen. 58 Prozent, also der überwiegende Anteil der Praxen, ist in der **Umsetzungsphase** (Phase II) und ergreift konkrete Maßnahmen unter Verwendung aller geforderten Grundelemente und Instrumente der QM-Richtlinie. Bereits sechs Prozent der Praxen überprüfen die Einführung ihres einrichtungsinternen QM und bewerten jährlich die Umsetzung der QM-Elemente und -Instrumente und die Erreichung der ange-

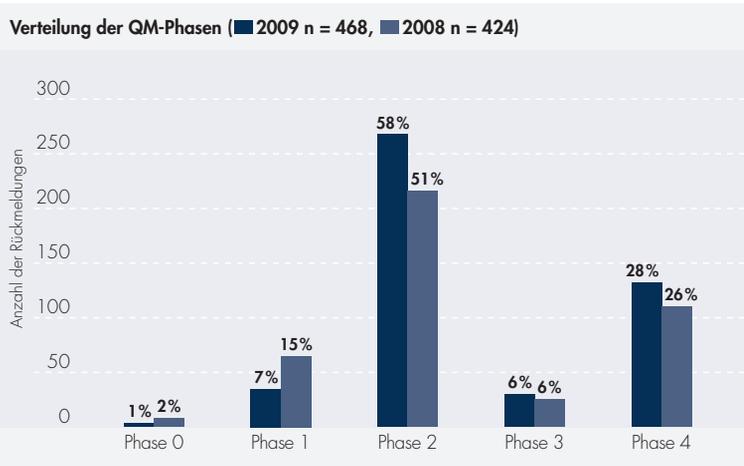


Abbildung 1

Quelle: KVB

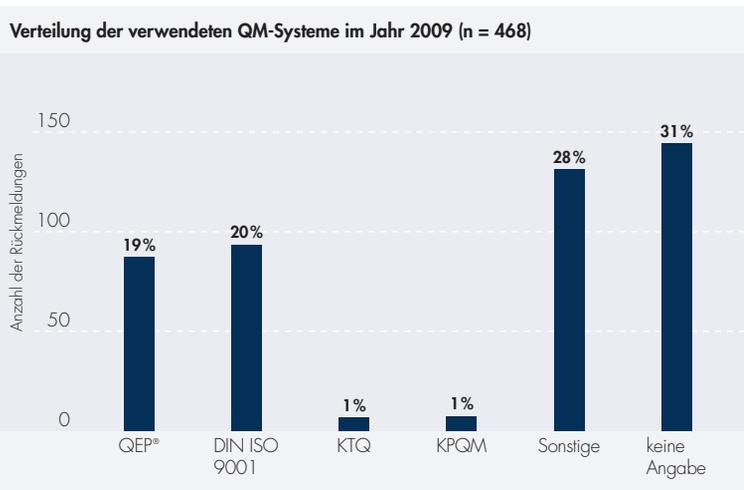


Abbildung 2

Quelle: KVB

Auffallende Ergebnisse der Selbstbewertung 2009 (n = 321, Mehrfachnennungen möglich)

	Konkrete Festlegung der Qualitätsziele	Überprüfung der Zielerreichung	Durchführung der Patientenbefragungen	Fehlermanagement	QM-bezogene Dokumentation
Ja	181	158	138	198	120
Verbesserungsfähig	110	131	76	107	156
Nein	24	29	99	15	39
Nicht anwendbar	7	6	10	2	6

Tabelle 1

Quelle: KVB

strebten Ziele. Sehr erfreulich ist, dass 28 Prozent der Praxen bereits in der **fortlaufenden Weiterentwicklung** ihres QM sind und sich im kontinuierlichen Verbesserungsprozess ihrer Praxisaktivitäten befinden. Nur ein Prozent der befragten Praxen hat **noch nicht** mit der Einführung des praxisinternen Qualitätsmanagements **begonnen**.

Große Akzeptanz für QEP®

Eine freiwillige Angabe war die Nennung des in der Praxis verwendeten QM. Die QM-Richtlinie schreibt kein System vor, die Praxis kann eines der am Markt befindlichen oder ein eigenes System unter Verwendung der geforderten Elemente und Instrumente verwenden. Große Akzeptanz erfährt weiterhin „QEP® – Qualität und Entwicklung in Praxen“ der KBV. Von den 323 Praxen, die eine Angabe zu ihrem QM-System machten, verwendet rund ein Fünftel der befragten Praxen das praxisorientierte QM-System, das für alle Fachrichtungen und Praxisgrößen geeignet ist und die Patientenversorgung in den Mittelpunkt stellt. QEP® wird vor allem von Fachärzten für Allgemeinmedizin und Psychotherapeuten favorisiert. Ähnlich häufig wird die DIN EN ISO 9001 verwendet, die überwiegend in fachärztlichen Praxen zur Anwendung kommt. Weitere genannte Systeme sind mit unter drei Prozent KPQM, EPA, KTQ und EFQM, aber auch QM-Systeme der Berufsverbände oder von anderen Anbietern.

Patientenmitwirkung steht in Praxen ganz oben

Hervorzuheben ist, dass 70 Prozent der Praxen ihre Selbsteinschätzung zum praxisinternen QM in einem Selbstbewertungsbogen wiedergegeben haben. Die Patientenmitwirkung unter anderem in diagnostischen/

therapeutischen Entscheidungen, die Information von Patienten und die Integration fachlicher und wissenschaftlicher Standards werden in fast allen Praxen umgesetzt. Verbesserungsbedarf sehen die Praxen noch im Bereich der Entwicklung und der anschließenden Überprüfung von Qualitätszielen. Rund ein Drittel der Praxen führt bislang noch keine Patientenbefragungen durch. Die KVB wird die Ergebnisse der Selbsteinschätzung in die Weiterentwicklung ihrer Seminare und Beratung rund um QM aufnehmen und den Praxen entsprechende Angebote machen.

Unterstützung durch die KVB

Sehr erfreulich ist, dass in den bayerischen Praxen das QM aktiv eingeführt und umgesetzt wird. Die KVB unterstützt ihre Mitglieder bei der Einführung mit zahlreichen Angeboten – von telefonischer Beratung über verschiedene Seminare bis hin zu weiterführendem Informationsmaterial. Letzteres finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätsmanagement*.

Hintergrund

Die Einführung und Weiterentwicklung von QM in der Praxis gliedert sich in die vier Phasen Planung, Umsetzung, Überprüfung und Weiterentwicklung. Nach In-Kraft-Treten der Richtlinie zum 1. Januar 2006 oder bei späterer Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit ist ein Zeitraum von jeweils zwei Jahren für die Planung und Umsetzung der Richtlinie vorgesehen. Zum 31. Dezember 2009 mussten alle Grundelemente eingeführt und umgesetzt werden. Eine Reihenfolge bei der Einführung der Instrumente ist dabei nicht vorgesehen. Die Richtlinie fordert die Einführung unter anderem von

- strukturierten Behandlungsabläufen
- Regelung von Verantwortlichkeiten
- Gestaltung von internen/externen Kommunikationsprozessen
- Patientenbefragungen
- Beschwerdemanagement
- Notfallmanagement
- Festlegung konkreter Qualitätsziele

Ihre Ansprechpartnerin bei Fragen:

Wiebke Stöppelmann

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36

Fax 09 11 / 9 46 67 – 4 00

E-Mail Wiebke.Stoepplmann@kvb.de

Unfälle mit Hochfrequenz-Elektroden

Die Gewerbeaufsicht des Regierungsbezirks Schwaben hat bei ihren Beggehungen in ambulant operierenden Praxen Schwierigkeiten im Umgang mit Hochfrequenz (HF)-Elektroden und der richtigen Handhabung durch die Anwender festgestellt. Zur Unterstützung bietet die Gewerbeaufsicht eine Information für Anwender an.

Die Hochfrequenzchirurgie stellt hohe Anforderungen an Anwender, Patienten, Elektroden und deren Aufbereitung. Hauptsächlich wird diese HF-Technik zum Schneiden von Gewebe, Koagulieren von Blut und neuerdings vermehrt zur Tumorablation (Zerstörung des Tumorgewebes ohne dieses zu entfernen) verwendet. Auf Grund der großen Ströme wird das biologische Gewebe innerhalb kürzester Zeit sehr stark erhitzt. Der eingestellte Strom ist immer ein Kompromiss zwischen zügigem Arbeiten und Überhitzung des Gewebes mit starker Rauchentwicklung.

In der Praxis werden häufig Mängel beziehungsweise Beschädigungen an HF-Elektroden festgestellt, die zum Beispiel zu folgenden Problemen führen können:

- Verbrennungen am oder im Patienten durch übermäßige Erwärmung
- Verbrennungen, Brände oder Verpuffungen im Operationsgebiet
- Elektrodenbrüche oder Verlust der Elektrodenspitze
- Hygienemängel durch überhitzte, abgeplatze oder anderweitig zerstörte Isolierungen an den Elektroden

Obwohl durch die Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung vorgeschrieben, werden bei weitem nicht alle

Vorkommnisse an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeldet. Trotzdem hat eine Auswertung der Vorkommnisse durch das BfArM bei der Anwendung von Hochfrequenz-Chirurgiegeräten gezeigt, dass relativ viele Mängel auftreten, die bei geschulten Anwendern und bei Beachtung der Herstellerangaben vermeidbar gewesen wären.

Beispiele für Maßnahmen, durch die in Verbindung mit ausreichend geschultem Personal die meisten Mängel verhindert werden:

- Geeignete Platzierung der Neutralelektrode (Herstellerangaben beachten, gegebenenfalls mehrere Neutralelektroden anbringen)
- Bei Umlagerung auf den richtigen Sitz der Neutralelektrode achten
- Bei hohen Strömen und längerer Benutzung der Elektroden (zum Beispiel bei der Tumorablation) maximal zulässiges Einschaltverhalten beachten (laut Herstellerangabe maximal zehn Sekunden Stromfluss und minimal 30 Sekunden Abkühlphase)
- Wegen Temperaturerhöhung minimale Verwendung von leitfähigen Flüssigkeiten, wie zum Beispiel Natriumchlorid im Operationsgebiet. Gegebenenfalls Ersatz durch nichtleitende Spüllösungen
- Minimal mögliche Leistung am Gerät einstellen
- Falls eine unerwartet hohe Leistung erforderlich ist, vor dem weiteren Einsatz zuerst das Arbeitsumfeld auf Mängel überprüfen (zum Beispiel auf geplatze Isolierung, verbrannte Elektrode, leitfähige Flüssigkeit)

- Vorsicht im Umgang mit brennbaren Stoffen wie Desinfektionsmitteln oder brandfördernden Elementen wie Sauerstoff. Hierbei immer die Arbeitsanweisungen und Herstellerangaben beachten
- Elektroden zur Entfernung von Rückständen möglichst nicht mechanisch bearbeiten (gegebenenfalls mit Bürste nach Herstellerangaben)
- Einsatzzeit der Elektroden begrenzen, gegebenenfalls weitere Elektroden vorhalten
- Nach Möglichkeit Bipolarelektroden verwenden
- Elektroden, bei denen die Isolierung oder die Spitze beschädigt sind, sofort austauschen
- Elektroden auch bei der anschließenden notwendigen Aufbereitung sorgfältig behandeln (Wasserstoffperoxid statt Feile), defekte Elektroden sofort ersetzen

Auf seiner Internetseite stellt das BfArM ein Formular zur Meldung von Vorkommnissen mit Medizinprodukten zur Verfügung: Sie finden es unter www.bfarm.de in der Rubrik Medizinprodukte/Formulare/Formblatt für die Meldung von Vorkommnissen durch sonstige Inverkehrbringer sowie Betreiber und Anwender.

Bei Fragen erreichen Sie Michael Kremmel vom Gewerbeaufsichtsamt Augsburg unter

Telefon	08 21 / 3 27 – 27 61
Fax	08 21 / 3 27 – 27 00
E-Mail	michael.kremmel@reg-schw.bayern.de

Notarzteinsätze: Dokumentationspauschale fällt weg

Die Dokumentationspauschale wird seit 1. April 2010 nicht mehr vergütet, die Krankenkassen haben die dafür zu Grunde liegende Vereinbarung gekündigt.

In der Vergangenheit konnte die KVB mit den Krankenkassen die Zahlung einer Vergütung für die Dokumentation in erster Linie deshalb vereinbaren, weil die Kassen die dokumentierten Daten für die Qualitätssicherung heranziehen wollten. Allerdings hat sich gezeigt, dass eine Auswertung der handschriftlichen Dokumentationen mit einem erheblichen Aufwand verbunden beziehungsweise ein Teil der Dokumentationen nicht auswertbar ist. Die Krankenkassen hatten daher bereits seit längerem die Zahlung der Dokumentationspauschale in Frage gestellt und die Vergütung schließlich zum 1. Oktober 2008 gekündigt. Um nicht ein falsches Zeichen in Bezug auf die Bedeutung der erhobenen Daten und des Qualitätsmanagements zu setzen, konnte die KVB die Krankenkassen allerdings dazu bewegen, trotz der schwierigen, zum Teil sogar unmöglichen Auswertbarkeit die Vergütung bis zum Start des emDoc-Portals weiterzuführen.

Die elektronische Dokumentation über emDoc sollte ab 1. Januar 2010 eine fortdauernde Auswertung aller Dokumentationen als Basis für ein umfassendes Qualitätsmanagement ermöglichen. So lautete die Forderung des Gesetzgebers. Damit hätte es zugleich ein Argument für die Fortführung der Dokumentationsvergütung und eine bessere Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen gegeben. Durch den aktuellen Verzicht auf die verpflichtende Dokumentation über emDoc konnte trotz intensiver Bemühungen die Vereinbarung leider nicht fortgeführt werden.

Die Pflicht zur Dokumentation der Einsätze in Papierform entfällt durch den Wegfall der Dokumentationspauschale allerdings nicht. Ärzte sind zur Dokumentation ihrer Tätigkeit verpflichtet, unabhängig davon, ob es sich um eine ambulante oder stationäre Behandlung oder eben um einen Notarzteinsatz handelt.

Hintergrund

Die Dokumentationspflicht wird unter anderem abgeleitet aus:

- dem Behandlungsvertrag als vertragliche Nebenpflicht
- dem ärztlichen Berufsrecht (vergleiche Paragraph 10, BO-Ä)
- verschiedenen Landesgesetzen (vergleiche Paragraph 18, Absatz 1, Nummer 3, Heilberufekammergesetz – HKG)
- Artikel 46, Absatz 1, BayRDG (speziell für die Notärzte in Bayern)
- den Bundesmantelverträgen (speziell für niedergelassene Ärzte)

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

Keine Hinweispflicht auf Berufshaftpflichtversicherung

Für eine Vielzahl von Berufen gilt neuerdings, dass in Veröffentlichungen, zum Beispiel auf der eigenen Website im Internet, Hinweise zur Berufshaftpflichtversicherung aufzunehmen sind (siehe hierzu die zum 17. Mai 2010 in Kraft getretene Dienstleistungs-Informationspflichten-Verordnung – DL-InfoV).

Diese Regelung gilt jedoch nicht für Gesundheitsdienstleistungen, also für Vertragsärzte und -psychotherapeuten (Ausnahmeregelung nach Artikel 2, Absatz 2, Buchstabe F der EU-Richtlinie). Falls Sie im Hinblick auf die DL-InfoV von Rechtsanwälten eine Abmahnung erhalten, empfehlen wir Ihnen, diese zurückzuweisen und sich gegebenenfalls rechtlich beraten zu lassen.

Hinweis

Die berufsrechtliche Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung wird hierdurch nicht tangiert. Auch bestehen die Hinweispflichtungen nach Paragraph 5 des Telemediengesetzes weiter, wonach auf der Internetseite einer Praxis Angaben unter anderem zum Namen, der Anschrift, gegebenenfalls Rechtsform, E-Mail-Adresse und Kammerzugehörigkeit veröffentlicht werden müssen.

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

Rechenschaftsbericht der KVB

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns gibt für das Geschäftsjahr 2008 über die Verwendung ihrer Mittel Auskunft (Paragraph 78, Absatz 3, in Verbindung mit Paragraph 305 b SGB V). Die KVB hat das Geschäftsjahr 2008 mit einem Jahresergebnis von 12,64 Millionen Euro und einer Bilanzsumme von 1,3 Milliarden Euro abgeschlossen.

Die Aufwendungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns betragen 2008 insgesamt 151.764 TEUR. Darin waren für den Personalaufwand 97.767 TEUR enthalten.

Ferner sind 2008 angefallen:

- Sachaufwand: 17.670 TEUR
- Aufwand für Sicherstellungsmaßnahmen: 13.733 TEUR
- Sonstiger Aufwand: 47 TEUR

Bei den Erträgen wurde eine Verwaltungskostenumlage in Höhe von 118.154 TEUR gebucht, dies entspricht einem Verwaltungskostensatz von 2,50 Prozent der verwaltungskostenpflichtigen Honorare. Über die Gebührenordnung wurden 2.954 TEUR vereinnahmt.

Von den Vertragspartnern wurden Kostenbeträge/Erstattungen in Höhe von 6.030 TEUR geleistet. Die übrigen Erträge betragen 37.270 TEUR.

Investitionen wurden im Geschäftsjahr 2008 in Höhe von 9.643 TEUR getätigt.

Wichtiger Hinweis in eigener Sache

Wegen Betriebsveranstaltungen der KVB sind unsere Bezirksstellen wie folgt geschlossen:

- Bezirksstelle Schwaben
2. Juli 2010
- Bezirksstelle Niederbayern
9. Juli 2010
- Bezirksstelle Oberpfalz
16. Juli 2010
- Bezirksstelle Oberfranken
16. Juli 2010
- Bezirksstellen München Stadt und Land sowie Oberbayern
23. Juli 2010
- Bezirksstelle Mittelfranken
23. Juli 2010
- Bezirksstelle Unterfranken
23. Juli 2010

Folgende Service-Telefonnummern sind am 23. Juli 2010 nicht besetzt:

- 0 18 05 / 90 92 90 – 10*
- 0 18 05 / 90 92 90 – 30*
- 0 18 05 / 90 92 90 – 55*
- 0 18 05 / 90 92 90 – 75*
- 0 18 05 / 90 92 90 – 95*

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Sie unsere Berater an diesen Tagen nicht persönlich erreichen können. Für Ihre telefonischen Anfragen stehen Ihnen die Berater unserer anderen Standorte gerne zur Verfügung. Eine automatische Telefonweitschaltung ist aktiviert.

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 Notfälle
- 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, 2. Oktober 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 4. Dezember 2010
 KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II

- Pädiatrische Akut- und Notfälle, 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

Termin:

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, 22. September 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 10. November 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul IV (fakultatives Modul) neu!

- Bauchschmerzen und der „akute Bauch“
- Gynäkologische Akutfälle im Bereitschaftsdienst

- Der psychiatrische Notfall im Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 21. Juli 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 29. September 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Die Fortbildungen sind in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt. **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 Bereitschaftsdienst*.

Die nächsten Seminartermine der KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu QM-Seminaren

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

KVB-Seminare

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Internetnutzung – Datenschutz und Sicherheit

Abrechnungsworkshop Operateure und Belegärzte

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Teambesprechungen – ergebnisorientiert und nachhaltig

Kooperationen in der ärztlichen Praxis

Thementag: IT, Vernetzung, elektronische Dokumentation

Abrechnungsworkshop Urologen

Datenschutz in der Praxis

Abrechnungsworkshop Urologen

Gründer-/Abgeberforum

Thementag: IT, Vernetzung, elektronische Dokumentation

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Gründer-/Abgeberforum

Info-Tag: Praxisabgeber – Psychotherapeuten

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

QM-Seminare

Moderatorenschulung für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Hygienemanagement in Arztpraxen

QEP®-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Fortbildung für Qualitätszirkel-Moderatoren

QEP®-Kompakt für Medizinische Fachangestellte

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	14. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	14. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. Juli 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Juli 2010	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Juli 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	21. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juli 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juli 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	18. September 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	18. September 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	22. September 2010	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	135,- Euro	17. Juli 2010	9.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	15. September 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	17. September 2010 18. September 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	135,- Euro	25. September 2010	10.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxismitarbeiter	90,- Euro	29. September 2010 20. Oktober 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg

KVBINFOS 09/10

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

KV-WAHLEN

118 Der Landeswahlleiter informiert

ABRECHNUNG

120 Abrechnungsabgabe
Quartal 3/2010

121 Zahlungstermine im Jahr 2010

121 Abrechnungsbestimmungen
der KVB geändert

122 Abrechnungsgenehmigungen
im Arztregister

124 Neue EBM-Leistungen
zum 1. Oktober 2010

126 Zeitbezogene Kapazitäts-
grenzen Quartal 4/2010

126 Morbi-RSA: Abrechnung
des Chronikerzuschlags

127 DMP Brustkrebs: Kontrastmittel
und Zuschlagsziffern

127 Patienten-Kennzeichnung in
Alten- und Pflegeheimen

127 Barmer GEK fördert Geriatri-
sche Praxisverbände

128 DMP-Vertrag: Änderungen für
diabetologisch besonders
qualifizierte Ärzte

130 Abrechnung der Allgemeinen
Ambulanten Palliativversorgung

VERORDNUNGEN

130 SmarAkt: Verordnungsakten
neu strukturiert

131 Informationen zur
PC-Trendmeldung

132 „Neue Arzneimittel“ –
Service der AkdÄ

132 Bulletin zur Arzneimittel-
sicherheit

133 Patentgeschützte Arzneimittel

133 Hilfsmittelversorgung

QUALITÄT

134 Neufassung Ultraschall-
vereinbarung

134 Neufassung Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie

136 Mammographie-Screening
Programm: Selbstüberprüfung
bei Pathologen

137 Versand der aktuellen DMP-
Feedbackberichte

137 Anpassung der Qualitätszirkel-
grundsätze

138 Diamorphingestützte Substitutions-
behandlung Opiatabhängiger

ALLGEMEINES

139 Neue Bereitschaftsdienst-
ordnung der KVB

139 Neuer DMP-Plattformvertrag

140 Behindertengerechte Praxis

140 Unseriöse Angebote von
Verlagen

SEMINARE

140 Fortbildung Impfen

141 Fortbildung „Akutsituationen im
Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

142 Die nächsten KVB-Seminare

Der Landeswahlleiter informiert

Mehrfach wurde ich darauf angesprochen, ob es zulässig ist, dass ein Berufsverband im Rahmen der anstehenden KV-Wahlen **die Abholung der Briefwahlunterlagen (Stimmzettel) durch Mitglieder oder Beauftragte dieses Verbands bei den Wahlberechtigten** selbst organisiert.

Diese Frage muss orientiert am Einzelfall beantwortet werden.

Zunächst ist festzuhalten, dass die Wahlordnung in Paragraph 13 Absatz 4 nicht ausdrücklich vorschreibt, auf welchem Weg der Wahlbrief fristgerecht an den Landeswahlausschuss zurückgesendet werden muss. Wenn ein Wahlberechtigter, der seine geheime Briefwahl durchgeführt und durch Verschließen des „Wahlbriefes für die Wahl der Vertreter zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns“ gemäß Paragraph 13 Absatz 4 auch im Sinne der Wahlordnung abgeschlossen hat, **sodann** einen Boten anfordert, der auch ein Mitglied oder Beauftragter seines Berufsverbands sein kann, um auf diese Weise den rechtzeitigen Eingang seines Wahlbriefes beim Landeswahlausschuss sicherzustellen, so ist dagegen grundsätzlich nichts einzuwenden.

Sobald die Tätigkeit des in die Organisation der Abholung der Stimmzettel eingebundenen Verbands jedoch darüber **hinausgeht**, stellen sich unter Umständen **erhebliche rechtliche Probleme**. Es muss dann nämlich im konkreten Fall genauestens geprüft werden, ob durch die durchgeführte Organisation nicht gegen die **Grundsätze der freien und/oder geheimen Wahl** verstoßen wird, mit der Folge, dass dadurch die **Wahl ungültig** wird. Diese Gefahr besteht insbesondere dann, wenn der Wähler einen Zusammenhang zwischen dem Abholdienst

und den Wahlbewerbern erkennt.

Soweit ersichtlich, ist exakt dieser Fall, der hier meinen Überlegungen zugrunde gelegt ist, in der Praxis noch nicht gerichtlich überprüft worden. Es gibt jedoch eine Mehrzahl von Gerichtsentscheidungen, die sich im Rahmen von Wahlanfechtungen mit ähnlichen Sachverhalten auseinandergesetzt haben und aus denen klar entnommen werden muss, dass die Rechtsprechung den Schutz der geheimen und freien Wahl sehr ernst nimmt und deshalb schon sehr früh mit rechtlichen Sanktionen einsetzt.

Freiheit der Wahl

So führt das Bundesverfassungsgericht in einer Entscheidung aus dem Jahr 1984 (N 1) aus, dass die von Artikel 38 Absatz 1 Satz 1 Grundgesetz (GG) gewährleistete Freiheit der Wahl unter anderem darin bestehe, dass jeder Wähler sein **Wahlrecht ohne Zwang oder sonstige unzulässige Beeinflussung von außen** ausüben könne. Der Wähler solle sein Urteil in einem freien, offenen Prozess der Meinungsbildung gewinnen können. Zwar gewährleiste das Wahlgeheimnis, dass an die individuelle Wahlentscheidung Sanktionen nicht geknüpft werden könnten. Der Wähler solle aber nach dem Grundsatz der Freiheit der Wahl schon **vor Beeinflussungen geschützt werden, die geeignet sind, seine Entscheidungsfreiheit** trotz des bestehenden Wahlgeheimnisses **ernstlich zu beeinträchtigen**. Hierzu gehöre der unzulässige Druck von Seiten anderer Bürger oder gesellschaftlicher Gruppen.

Das Verwaltungsgericht Darmstadt hat am 18. September 2008 (N 2) entschieden, dass der Grundsatz der geheimen und freien Wahl bereits dann verletzt ist, wenn ein Wähler durch

die Anwesenheit eines ortsbekanntes Mitglieds einer Partei dazu veranlasst wird, die Briefwahlhandlung vorzunehmen, und sich das Parteimitglied während der Stimmabgabe im Nebenraum aufhält, um anschließend die Wahlunterlagen mitzunehmen.

Dazu führt es aus, dass der Wähler schon durch die Anwesenheit des Abholers dazu veranlasst worden sei, überhaupt den Stimmzettel auszufüllen. Dadurch sei er bereits nicht mehr frei gewesen, ob er überhaupt an der Wahl teilnehmen wollte. Bei der Briefwahl, bei der die Stimmabgabe in der privaten Sphäre des Wählers erfolge, komme es nicht darauf an, ob ein Dritter tatsächlich wahrgenommen habe, ob und für wen der Wähler gestimmt habe. Allein die objektive Möglichkeit, dass sich der Wähler auf Grund der konkreten Umstände nicht unbeobachtet gefühlt haben könnte und es möglich gewesen sei, zu sehen, ob er den Stimmzettel überhaupt verändert habe, selbst wenn ihn niemand tatsächlich beobachtet habe, stelle einen Verstoß gegen den Grundsatz der geheimen und freien Wahl dar. Gerade im Bereich der Briefwahl, bei der die Gewährleistung der geheimen Stimmabgabe auf Grund der Verlagerung in die Privatsphäre wesentlich schwieriger sei, bedürfe es strenger Anforderungen, damit diese Grundsätze dennoch so weit wie möglich gewahrt blieben.

Das Verwaltungsgericht Oldenburg befasste sich in seiner Entscheidung vom 22. Januar 2008 (N 3) mit einem Einspruch gegen die Gültigkeit einer Kommunalwahl, der unter anderem damit begründet wurde, dass ein Kandidat beziehungsweise dessen Wahlhelfer in erheblichem Umfang Briefwahlunterlagen bei der Gemeindeverwaltung organisiert, den Wählern überbringt und nach Ausfüllen

durch die Wähler wieder bei der Gemeinde abgegeben habe. Dadurch sei eine Einflussnahme auf den unmittelbaren Vorgang der Stimmabgabe möglich gewesen.

Das Gericht hat in diesem Verfahren die Wahl für ungültig erachtet. Bei der Durchführung der Briefwahl seien die Grundsätze der freien und geheimen Wahl verletzt worden. Es hat entschieden, dass die Stimmabgabe eines Briefwählers – je nach den konkreten Umständen – schon dann nicht mehr frei und geheim sei, wenn sich ein Kandidat im selben Zimmer befinde. Dabei sei nicht der Nachweis notwendig, dass der Kandidat die Stimmabgabe wirklich optisch wahrgenommen habe. Ein Leitsatz dieser Entscheidung lautet: „Eine Verletzung des Grundsatzes der geheimen Wahl kommt namentlich in Betracht, wenn der beim Wahlakt anwesende Dritte ein Kandidat ist, der den betroffenen Wähler im Rahmen des Wahlkampfes aufsucht. Besonders schwer wiegt dies, wenn der Kandidat danach den Wahlbrief gleich mitnimmt.“

Das Verwaltungsgericht hat dazu ausgeführt, nur die geheime Wahl sei frei, weil nur der geheim Wählende nicht besorgt sein müsse, wegen seines Wahlverhaltens staatlichen oder zivilgesellschaftlichen Sanktionen ausgesetzt zu werden. Der auf die freie Wahl gerichtete Schutzzweck der geheimen Wahl bestimme ihre Bedeutung. Es komme daher nicht darauf an, ob ein Dritter wirklich wahrgenommen habe, für wen ein Wähler gestimmt habe. Das Wahlergebnis sei schon verletzt, wenn der Wähler sich auf Grund konkreter Umstände objektiv nachvollziehbar nicht unbeobachtet fühlen konnte und es möglich gewesen sei, zu sehen, ob er den Stimmzettel überhaupt verändert hat, selbst wenn ihn niemand tatsächlich beobachtet

habe. Denn dann sei für ihn in dieser Situation keine freie Wahlentscheidung möglich gewesen.

Das Gericht hat ausdrücklich auf die Unterschiede zwischen der Anwesenheit von Familienmitgliedern und der im Entscheidungsfall vorliegenden Anwesenheit eines Kandidaten, der den Wähler gezielt zur Abholung des Wahlbriefes aufgesucht habe, bei der Briefwahl hingewiesen und dazu ausgeführt: „**In einer solchen Situation ist die Möglichkeit zu einer autonomen, ruhig abgewogenen, unbefangenen und unbeeinflussten Wahlentscheidung – die auch in der bewussten Nichteilnahme an der Wahl liegen kann – nicht unerheblich eingeschränkt.**“ Angesichts des öffentlichen Interesses daran, dass Bürger auf die Einhaltung der Grundsätze der freien und geheimen Wahl vertrauen können, reichten allein objektiv nahe liegende Möglichkeiten der Beeinflussung aus.

Mehr als reine Botengänge

Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof (BayVGH) hat sich in seiner Entscheidung vom 21. Oktober 2003 (N 4) vornehmlich mit der Neutralitätspflicht eines Bürgermeisters befasst, der zur Wiederwahl kandidierte und der vor der Stichwahl bei Hausbesuchen Wahlscheinanträge verteilte, die er im Rathaus erhalten hatte. Auch aus dieser Entscheidung wird deutlich, wie schnell die Rechtsprechung unzulässige Eingriffe in Wahlvorgänge bejaht, wenn die Aktivitäten über reine „Botengänge“ auch nur geringfügig hinausgehen. Der BayVGH hat zunächst festgestellt, dass es nicht zu beanstanden sei, wenn ein sich zur Wiederwahl stellender Bürgermeister **als Bote** der Gemeinde bei der Verteilung von Wahlbenachrichtigungskarten oder Wahlscheinanträgen mitwir-

ke. Im vorliegenden Fall habe sich der Kandidat aber gerade nicht auf eine Botentätigkeit beschränkt. Er habe vielmehr die Karten gezielt bei Hausbesuchen ausgegeben, um „zögernde“ Wahlberechtigte mit solchen die Wahl ausübung spürbar vereinfachenden Hilfsdiensten für sich zu gewinnen. Damit habe er seine **Neutralitätspflicht verletzt**, denn sein Verhalten stelle eine **unzulässige Einflussnahme unter Ausnutzung des Amtes als Bürgermeister dar**.

Als Ergebnis bleibt festzuhalten, dass Aktivitäten, die über eine reine Botentätigkeit wie oben dargestellt hinausgehen, von der Rechtsprechung höchst kritisch betrachtet werden und sich in jedem Einzelfall an den Grundsätzen der freien und geheimen Briefwahl messen lassen müssen.

Es steht ernstlich zu befürchten, dass die beabsichtigte Abholaktion durch einen Berufsverband, auch wenn mir deren genauer Umfang nicht bekannt ist, nicht unerhebliches Wahlanfechtungspotential beinhalten könnte.

Volker Engelhardt
Richter am OLG a. D.
Landeswahlleiter

Fußnoten

N 1: BverfG, Urteil vom 10. April 1984, Az.: 2 BvC 2/83

N 2: VG Darmstadt, Urteil vom 18. September 2008, Az.: 3 E 1286/06

N 3: VG Oldenburg, Urteil vom 22. Januar 2008, Az.: 1 A 5201/06

N 4: BayVGH, Urteil vom 21. Oktober 2003, Az.: 4 BV 03.671

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 Abrechnungszeitraum 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

10. September 2010

2. Abschlagszahlung 3/2010

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

Abrechnungsbestimmungen der KVB geändert

Die Abrechnungsbestimmungen der KVB (gültig seit 1. April 2005, geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung am 17. März 2007, geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung am 25. April 2009) wurden durch Beschluss der Vertreterversammlung am 14. Juli 2010 erneut geändert. Die geänderten Bestimmungen finden erstmals auf die Abrechnung des Quartals 2/2010 Anwendung.

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Papierlose Kommunikation

Die KVB setzt sich für eine weitgehend papierlose Kommunikation mit ihren Mitgliedern ein. Im Zusammenhang mit der erfolgreichen Einführung der Online-Initiative Honorarabrechnungsunterlagen werden die Teilnehmer deshalb ab dem Abrechnungsquartal 2/2010 über Berichtigungen in ihrer Abrechnung nicht mehr über einen eigenständigen Richtigstellungsbescheid, sondern über die neue Richtigstellungsmitteilung, die nun ein Teil des Honorarbescheides ist, informiert.

Online in SmarAkt

Mitglieder, die an der Online-Initiative Abrechnungsunterlagen teilnehmen, erhalten deshalb ab dem Abrechnungsquartal 2/2010 die Mitteilung der Richtigstellungen nicht mehr in Papierform zugestellt, sondern haben die Möglichkeit, in diese online in SmarAkt Einsicht zu nehmen.

Da die Richtigstellungsmitteilung Teil des Honorarbescheides ist, gilt bei einem Widerspruch gegen die von der KVB durchgeführten und in dieser Mitteilung aufgeführten Berichtigungen die Rechtsbehelfsbelehrung des Honorarbescheides. Auf Grund dieser Änderung war die Anpassung der Abrechnungsbestimmungen notwendig.

* 14 Cent pro Minute für Anrufe aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent pro Minute aus Mobilfunknetzen

Abrechnungsgenehmigungen im Arztregister

In den nächsten Wochen erhalten die Praxen eine schriftliche Information, welche Genehmigungen für ihre vertragsärztlichen Tätigkeiten an welchen Betriebsstätten aktuell bei der KVB hinterlegt sind. Genehmigungspflichtige Leistungen können nur an derjenigen Betriebsstätte abgerechnet werden, für die eine entsprechende Genehmigung erteilt wurde. Beachten Sie bitte folgende Grundsätze:

1) Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung

Genehmigungspflichtige Leistungen dürfen Sie in Ihrer Praxis erst dann erbringen und abrechnen, wenn Sie

- nachweislich alle fachlichen und gegebenenfalls betriebsstättenbezogenen Genehmigungsvoraussetzungen (personelle, apparative und/oder räumliche Voraussetzungen) erfüllen **und**
- eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung durch die KVB erhalten haben.

Vor Erhalt des Genehmigungsbescheids dürfen Sie diese Leistungen bei GKV-Versicherten weder ausführen noch abrechnen. Sofern Sie die Leistungen dennoch zum Ansatz bringen, haben Sie keinen Anspruch auf Vergütung.

2) Erteilung von Abrechnungsgenehmigungen

- Genehmigungen können **nicht rückwirkend** (zum Beispiel ab Antragstellung) erteilt werden.
- Genehmigungen werden immer **personenbezogen** erteilt und sind nicht übertragbar.
- Genehmigungen mit **betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen** (personelle, apparative und/oder räumliche Voraussetzungen) werden für einen **bestimmten, im Bescheid angegebenen Leistungsort (Be-**

triebsstätte) erteilt. Dies gilt auch für den Fall, dass genehmigungspflichtige Leistungen an weiteren Leistungsorten außerhalb der Hauptbetriebsstätte (zum Beispiel ausgelagerte Praxisräume und Filialen) erbracht werden.

- Genehmigungen für **angestellte Ärzte** werden nach entsprechendem Antrag dem anstellenden Vertragsarzt oder Medizinischen Versorgungszentrum erteilt und enden mit Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses.

3) Wann ist eine Überprüfung oder Neuerteilung der Abrechnungsgenehmigungen erforderlich?

- Änderung des **Teilnahmestatus** wie etwa Wechsel oder Änderung in Zulassung, Anstellung oder Ermächtigung
- Beschäftigung von **angestellten Ärzten**, auch bei Job-Sharing
- Aufnahme einer weiteren **Praxistätigkeit** (zum Beispiel Aufnahme einer Tätigkeit in einer Filiale oder einer weiteren (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft)
- **Arbeitgeberwechsel** bei angestellten Ärzten
- **Praxisverlegung**, gegebenenfalls mit **Änderung der Praxisform** (wie etwa Einzelpraxis in Gemeinschaftspraxis)

Sofern Ihnen im Rahmen der bisherigen Tätigkeit Genehmigungen mit betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen erteilt wurden und einer der oben genannten Sachverhalte eintritt, reichen Sie bitte unverzüglich die entsprechenden Nachweise ein.

■ Sie sind in neuen Räumlichkeiten tätig?

Bitte weisen Sie die räumlichen Voraussetzungen (zum Beispiel für die Genehmigung zum ambulanten

Operieren) durch die Einreichung einer entsprechenden schriftlichen Erklärung für Ihre neuen Praxisräume gegenüber der KVB nach.

■ Sie nutzen neue Apparaturen?

Bitte weisen Sie die apparativen Voraussetzungen (zum Beispiel für die Genehmigungen für Sonographie, Radiologie, MRT, CT), insbesondere durch Einreichung von Gewährleistungserklärungen des Herstellers für Ihre Geräte, bei der KVB nach.

■ Sie beschäftigen neues, nicht-ärztliches Personal?

Bitte weisen Sie die personellen Voraussetzungen (zum Beispiel für die Genehmigungen für Zervix-Zytologie, Onkologie) durch die Vorlage entsprechender Zeugnisse für das nichtärztliche Personal gegenüber der KVB nach.

Wichtig: Die Überprüfung beziehungsweise Neuerteilung Ihrer Genehmigungen können Sie mit dem Formular „Überblick Abrechnungsberechtigungen“ (unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Buchstabe „A“/Abrechnungsberechtigungen – Überblick*) beantragen. Vergessen Sie bitte nicht, die Nachweise zu geänderten betriebsstättenbezogenen Genehmigungsvoraussetzungen beizufügen. Beachten Sie bitte auch, dass diese Informationen lediglich einen Überblick vermitteln sollen und nicht vollständig sind. Insbesondere gibt es zusätzliche EBM-spezifische Regelungen. Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne an unsere Präsenzberatung wenden. Die Kontaktdaten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Beratung/Abrechnung*.

Zusätzliche Informationen zu besonderen Vertragsangeboten und Qualitäts-

Qualifikationsgebundene Genehmigungsart	x = Betriebsstättenbezug
Besondere Genehmigungen	
Spezialisierte Versorgung HIV/Aids infizierter Patienten	
Akupunktur	
Ambulante Operationen/Anästhesien	x
Ambulanter Schwangerschaftsabbruch	x
Arthroskopie	x
Balneo-Phototherapie	x
Chirotherapie	
Hautkrebsscreening	
Herzschrittmacherkontrolle	x
Histopathologie Hautkrebsscreening	
Koloskopie	x
Krankengymnastik	
Kur-/Badearzt	
Labor (OIII)	
Langzeit-EKG-Aufzeichnung	x
Langzeit-EKG-Auswertung	x
Methadon-Substitution	x
Neugeborenen-Screening	x
Onkologie	x
Otoakustische Emissionen	x
Photodynamische Therapie	x
Phototherapeutische Keratektomie	x
Polygraphie (Schlafapnoe)	x
Polysomnographie	x
Reha-Verordnungen	
Schmerztherapie, Arzt	x
Schmerztherapie, schmerztherapeutische Einrichtung	x
Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	x
SV ambulante Katarakt-Operationen/Anästhesisten	x
SV ambulante Katarakt-Operationen/Augenärzte	x
Zytologie	x

Qualifikationsgebundene Genehmigungsart	x = Betriebsstättenbezug
Bildgebende Verfahren	
Computertomographie	x
Computertomographie Bestrahlungsplanung	x
Interventionelle Radiologie	x
Invasive Kardiologie	x
Kernspintomographie	x
Knochendichtemessung	x
Mammographie, kurativ	x
MR-Angiographie	x
MR-Mamma	x
Mammographie-Screening	x
Nuklearmedizin	x
Radiologie, allgemein	x
Sonographie	x
Strahlentherapie	x
Vakuumstanzbiopsie der Brust	x
Versorgungsgenehmigungen	
Belegarzt-Anerkennung/Strukturvertrag	x
Blutreinigungsverfahren (Dialyse/Aphrese)	x
Frühförder-/Tagesstätten	
Homöopathie-Vertrag	
IVF Künstliche Befruchtung	
Psychotherapie (hierzu zählen auch Psychosomatische Grundversorgung, AT, JR, Hypnose, Befreiung von der Gutacherpflicht)	
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	x
Soziotherapie	
DMP	
Asthmaschulung	x
Genehmigungen zum DMP-Vertrag	x
Diabetes-Vereinbarung	x
Nekrosenabtragung beim diabetischen Fuß	

maßnahmen der KVB sowie zu genehmigungspflichtigen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung finden Sie im Internet unter www.kvb.de in

der Rubrik *Praxis/Qualität*; Antragsformulare in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare*.

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 EBM-Leistungen zum 1. Oktober 2010

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 wurde die Aufnahme neuer Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen. Die Beschlüsse stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die wichtigsten Neuerungen einschließlich der Bewertungen nach der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BEGO) haben wir nachfolgend dargestellt. Die Beschlüsse mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 30 vom 30. Juli 2010, sowie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik „Bewertungsausschuss/Beschlüsse“) veröffentlicht.

Balneophototherapie

GOP 10350

Balneophototherapie entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses „Methoden der vertragsärztlichen Versorgung“ und der QS-Vereinbarung zur Balneophototherapie, einschließlich Kosten

EBM-Bewertung: 1125 Punkte
Preis BEGO: 39,43 Euro

- Berechnungsfähig von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Die Abrechnung ist erst dann möglich, wenn eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie erteilt wurde:
 - Die Qualitätssicherungsvereinbarung tritt voraussichtlich zum 1. Oktober 2010 in Kraft.
 - Für Ärzte, die bereits in der Vergangenheit, zum Beispiel im Rahmen von Modellvorhaben, balneophototherapeutische Leistungen erbracht haben, wird es

eine Übergangsregelung mit einer Ausschlussfrist zur Antragstellung und erleichterten fachlichen und apparativ-räumlichen Voraussetzungen geben.

Über die Genehmigungsvoraussetzungen im Einzelnen und das Verfahren wird die KVB noch separat informieren, sobald die QS-Vereinbarung veröffentlicht wird.

- Die Balneophototherapie darf nur in einer ärztlich geleiteten Betriebsstätte in Anwesenheit eines Hautarztes durchgeführt werden.
- Die Leistung beinhaltet alle Kosten, auch die Kosten für Mittel zur Herstellung der lichtsensibilisierenden Lösung für die Bade-PUVA und Sprechstundenbedarf.
- Einmal am Behandlungstag berechnungsfähig
- Es sind maximal 35 Einzelanwendungen pro Behandlungszyklus berechnungsfähig. Ein neuer Behandlungszyklus kann frühestens sechs Monate nach Abschluss eines vorangegangenen Behandlungszyklus erfolgen.
- Die Leistung ist am selben Behandlungstag nicht neben den GOPen 30430 (Selektive Phototherapie) und 30431 (Zuschlag Photochemotherapie) abrechenbar.

Hinweis:

Auch über die Auswirkungen der Aufnahme der Balneophototherapie in den EBM auf das derzeitige Erprobungsmodell „Ambulante synchrone Balneophototherapie“ mit den Regionalkassen (GOP 97605/ 97605A) werden wir die teilnehmenden Vertragsärzte gesondert informieren.

Da der Gemeinsame Bundesausschuss die Balneophototherapie nur für die Behandlung von Hauterkrankungen bei Patienten mit mittelschwerer und

schwerer Psoriasis vulgaris als Leistung der GKV anerkannt hat, läuft seit dem 1. April 2010 in Bayern das Modellvorhaben „Ambulante synchrone Balneophototherapie zur Behandlung des atopischen Ekzems“. Weiterführende Informationen zu diesem Modellvorhaben haben wir für Sie auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „B“/Balneophototherapie* bereitgestellt.

Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger

GOP 01955

Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, einschließlich Kosten

EBM-Bewertung: 765 Punkte
Preis BEGO: 26,81 Euro

■ Obligate Leistungsinhalte

- Parenterale Diamorphinabgabe(n)
- Alkoholatemtest vor jeder Diamorphinabgabe
- Postexpositionelle Überwachung
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bei jeder Diamorphinabgabe

■ Fakultativer Leistungsinhalt

- Zusätzliche Methadonsubstitution

- Einmal am Behandlungstag berechnungsfähig
- Die Berechnung der GOP 01955 setzt voraus, dass die Einrichtung über eine Genehmigung der zuständigen Landesbehörde nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung verfügt.
- Die Abrechnung ist erst dann möglich, wenn eine **Genehmigung für die Substitution mit Diamorphin**

nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger erteilt wurde:

- Die Genehmigung erteilt die KVB auf Antrag **Einrichtungen**, die die in Paragraph 10 der Richtlinien festgelegten hohen strukturellen Qualitätsanforderungen erfüllen.
- In fachlicher Hinsicht müssen Ärzte, die mit Diamorphin substituieren wollen, eine suchtherapeutische Fort-/Weiterbildung nachweisen, die speziell auf die Behandlung mit Diamorphin ausgerichtet ist und die nur durch eine mindestens sechsmonatige Tätigkeit im bundesdeutschen Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“ ersetzt werden kann.
- Für die Erteilung der Genehmigung kommen daher vor allem Einrichtungen in Betracht, die am bundesdeutschen **Modellprojekt** zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger teilgenommen haben – speziell für diese Einrichtungen wurde in der Richtlinie eine Übergangsregelung geschaffen.

Zu den Genehmigungsvoraussetzungen im Einzelnen und dem Verfahren beachten Sie bitte auch den Artikel zur Substitution in den KVB INFOS 9/2010 auf Seite 138.

GOP 01956

Zuschlag zur GOP 01955 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember

EBM-Bewertung: 470 Punkte
Preis BÉGO: 16,47 Euro

- Einmal am Behandlungstag berechnungsfähig

Neugeborenen-Hörscreening

GOP 01704

Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings im Zusammenhang mit der Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)

EBM-Bewertung: 80 Punkte
Preis BÉGO: 2,80 Euro

- Berechnungsfähig von
 - Hausärzten
 - Kinder- und Jugendärzten
 - Frauenärzten
- Die Beratung soll möglichst vor dem zweiten Lebenstag des Neugeborenen erfolgen.
- Die Leistung ist im Krankheitsfall nicht neben den GOPen 01705 (Neugeborenen-Hörscreening) und 01706 (Kontroll-AABR) abrechenbar.

GOP 01705

Neugeborenen-Hörscreening gemäß Anlage 6 der Kinder-Richtlinien

EBM-Bewertung: 445 Punkte
Preis BÉGO: 15,60 Euro

GOP 01706

Kontroll-AABR nach auffälliger Erstuntersuchung entsprechend dem Neugeborenen-Hörscreening nach GOP 01705

EBM-Bewertung: 705 Punkte
Preis BÉGO: 24,71 Euro

- Die Leistungen sind berechnungsfähig von
 - Kinder- und Jugendärzten
 - HNO-Ärzten
 - Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen beziehungsweise Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Jeweils einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig

- Die Leistungen nach den GOPen 01705 und 01706 sind in derselben Sitzung nicht nebeneinander und im Krankheitsfall nicht neben der GOP 01704 (Zuschlag Beratung Neugeborenen-Screening) berechnungsfähig.
- Die Leistungen können am Behandlungstag nicht neben den neurophysiologischen Untersuchungen (GOPen 04436, 14331 und 16321) und der Messung otoakustischer Emissionen (GOPen 09324 und 20324) abgerechnet werden.

Hinweis:

Die pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik bei auffälligem Befund in der Kontroll-AABR ist wie bisher als kurative Leistung abzurechnen.

Empfängnisregelung – Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis

GOP 01833

Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung (mindestens IgG-Nachweis)

EBM-Bewertung: 300 Punkte
Preis BÉGO: 10,51 Euro

- Berechnungsfähig von
 - Frauenärzten
 - Laborärzten
 - Fachärzten für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
- Einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Die Leistung ist nicht neben der GOP 32629 (Varicella-Zoster-Virus-Antikörper) berechnungsfähig.

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

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 4/2010

Auch nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 gelten für die psychotherapeutischen Fachgruppen seit 1. Juli 2010 weiterhin die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 4/2010 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	31.900
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	31.120
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.580
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	31.800

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

Morbi-RSA: Abrechnung des Chronikerzuschlags

In den KVB INFOS 06/2010 (Seiten 81 und 82) haben wir Sie über die Abrechnungsvoraussetzungen der GOP 03212 und 04212 (Chronikerzuschlag) umfassend informiert.

Wir bitten Sie nochmals um sorgfältige Beachtung der Voraussetzungen, da Sie sich damit nicht nur Prüfungen und gegebenenfalls Berichtigungen Ihrer Abrechnungen ersparen, sondern auch dazu beitragen, Verwerfungen beim so genannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zwischen den Krankenkassen zu vermeiden. Bis Ende 2008 stellte der Risikostrukturausgleich im Wesentlichen auf das Alter der Versicherten ab. Insbesondere chronisch kranke Versicherte sind dabei durch das Raster gefallen.

Verzerrungen im Wettbewerb vermeiden

Seit 2009 wird beim Risikostrukturausgleich in stärkerem Maße die Morbidität der Versicherten berücksichtigt. Dies ist sinnvoll, um zu verhindern, dass eine Konzentration kranker, insbesondere chronisch kranker Versicherte bei einer bestimmten Krankenkasse für diese zwangsläufig zu einem gravierenden Wettbewerbsnachteil führt. Damit jedoch beim Morbi-RSA keine Verzerrungen mit nicht absehbaren finanziellen Auswirkungen auf die Wettbewerbslandschaft der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen, sind die Krankenkassen unter anderem darauf angewiesen, dass die Anforderungen an eine schwerwiegende chronische Krankheit im Sinne des Chronikerzuschlags tatsächlich erfüllt werden.

Auf Grund von Stichprobenergebnissen appellieren wir an Sie, das Augenmerk besonders auf eine nachvollziehbare Dokumentation und Darstel-

lung des Merkmals der Dauerbehandlung (ärztliche Behandlung der Krankheit wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal) zu richten.

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

DMP Brustkrebs: Kontrastmittel und Zuschlagsziffern

Seit 1. Juli 2010 ist es für Fachärzte, die am Disease Management Programm (DMP) Brustkrebs teilnehmen, im Rahmen der Behandlung von Patientinnen im DMP Brustkrebs möglich, neben den so genannten L-Leistungen ein Kontrastmittel und/oder eine Zuschlagsziffer des EBM abzurechnen. Voraussetzung ist, dass das jeweilige Kontrastmittel und/oder der Zuschlag neben der entsprechenden EBM-GOP ebenfalls abgerechnet werden könnte.

Diese Möglichkeit war bisher im Vertrag nicht vorgesehen, konnte jedoch jetzt mit den am DMP Brustkrebs teilnehmenden Krankenkassen (außer dem vdek) vereinbart werden.

Diese Regelung gilt somit **nicht für Versicherte des vdek**.

Unabhängig von dieser Neuerung behalten alle bisherigen Voraussetzungen und Bedingungen zur Abrechnung von L-Leistungen ihre Gültigkeit.

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

Patienten-Kennzeichnung in Alten- und Pflegeheimen

Ab dem Abrechnungsquartal 3/2010 können Sie die von Ihnen betreuten Patienten in Alten- und Pflegeheimen (vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach Paragraph 72 SGB XI) bereits bei der Abrechnung mit einer Kennzeichnung versehen.

Was ist bei der Abrechnung zu beachten?

Bitte tragen Sie in diesen Fällen die **Nr. 99600** (neu ab 3/2010) – einmal im Behandlungsfall – zusätzlich zu den erbrachten Leistungen ein.

Warum wurde die Kennzeichnung eingeführt?

Die Kennzeichnung hilft, einen besonderen Versorgungsbedarf insbesondere im Rahmen der Berechnung der Regelleistungsvolumen nachzuweisen und kann von Ihnen zur Unterstützung bei der Argumentation in schriftlichen Stellungnahmen und Begründungen gegenüber den von der KVB unabhängigen Prüfungsgremien (Prüfungsstelle, Beschwerdeausschuss) herangezogen werden.

Durch den Eintrag der Nr. 99600 kann die KVB feststellen, ob Sie überdurchschnittlich viele Patienten in Alten- und Pflegeheimen nach Paragraph 72 SGB XI betreuen. Dies erleichtert insbesondere die Bearbeitung von Anträgen (zum Beispiel wegen Fallwertabstaffelung im Rahmen des RLV) und vermeidet Rückfragen, da die Anzahl der betreuten Heimpatienten an Hand Ihrer Abrechnung ermittelt werden kann.

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

Barmer GEK fördert Geriatrische Praxisverbände

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

Bei den Geriatrischen Praxisverbänden, die bereits 2006 von der KVB initiiert wurden, übernehmen mehrere niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten gemeinsam einen heimbezogenen 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.

Weitere Informationen zum Geriatrischen Praxisverbund erhalten Sie unter www.kvb.de/pflegeheimversorgung.

Ihre Ansprechpartnerin für Fragen zum Geriatrischen Praxisverbund:
 Kornelia Wilsch
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 45 10

DMP-Vertrag: Änderungen für diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte

Für diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte (Schwerpunktpraxen) in den Disease Management Programmen (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 traten zum 1. Juli 2010 **neue Regelungen** in Kraft (vergleiche auch neuer DMP-Plattformvertrag vom 10. Juni 2010). Die erhöhten Strukturvoraussetzungen betreffen nicht nur neue, sondern auch bestehende Schwerpunktpraxen. Bereits erteilte Genehmigungen behalten im Rahmen des am 30. Juni 2010 bestehenden Umfangs grundsätzlich ihre Gültigkeit. Erneute Teilnahme- oder Schulungsanträge allein auf Grund des In-Kraft-Tretens des neuen DMP-Plattformvertrags sind nicht erforderlich. Die erhöhten Strukturvoraussetzungen müssen jedoch bis zu den vertraglich vorgegebenen Stichtagen/Bezugszeiträumen und danach regelmäßig erfüllt werden. **Andernfalls enden die betreffenden Genehmigungen.**

In der folgenden **Tabelle** sind die neuen Voraussetzungen und die jeweiligen Stichtage/Bezugszeiträume aufgeführt. Diabetologisch besonders qualifizierte Pädiater müssen nur das Zertifikat „Diabetesschulung für Kinder und Jugendliche“ nachweisen, sofern sie eine entsprechende Schulungsgenehmigung besitzen.

Den vollständigen Text des neuen DMP-Vertrags können Sie auf unserer Internetseite unter www.kvb.de/dmp nachlesen. Dort finden Sie auch eine Beschreibung des für diabetologische Schwerpunktpraxen geeigneten nicht-ärztlichen Personals sowie eine Stellungnahme der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bayern zu den Hintergründen der vorgenommenen Änderungen.

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

Hinweise zur Tabelle:

¹ Hinweis zur Fallzahlberechnung:

Maßgeblich ist jeweils die Anzahl an Patienten mit Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV), die ein leistungserbringender Arzt über seine LANR und mit entsprechender korrekter ICD-10-Kodierung (gemäß ICD-10-GM) abrechnet. Relevant sind nur Patienten mit gesicherter Diagnose Diabetes mellitus. Falls im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung Leistungen erbracht wurden, werden diese nur berücksichtigt, wenn der KVB Bestätigungen der betroffenen Krankenkassen vorgelegt werden, aus denen hervorgeht, welche Diabetes-Typ-1- beziehungsweise -Typ-2-Fallzahlen mit der jeweiligen Krankenkasse im betreffenden Zeitraum abgerechnet wurden. Ermächtigte Ärzte können eine Bestätigung des Klinikträgers gleichen Inhalts vorlegen.

² Hinweis zur Qualifikation des nichtärztlichen Personals:

Zur Erfüllung der Strukturvoraussetzung „nichtärztliches Personal“ im DMP Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise Typ 2 werden auch Fachkräfte berücksichtigt, die im Rahmen der am 30. Juni 2010 bestehenden Genehmigung bei diesem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt gemäß DMP-Vertrag beschäftigt waren, den Anforderungen des DMP-Vertrags in der Fassung vom 25. März 2009 im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 nach Anlage 1b beziehungsweise des DMP Diabetes mellitus Typ 2 nach Anlage 2c entsprochen haben und der KVB gemeldet waren. Personal, das seit dem 1. Juli 2010 neu bei diesem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt beschäftigt wird, muss die Anforderungen nach Anlage 1b beziehungsweise 2c des DMP-Plattformvertrags vom 10. Juni 2010 erfüllen.

Eine Übersicht hierzu finden Sie unter www.kvb.de/dmp.

³ Hinweis zur Arbeitszeit des nicht-ärztlichen Personals:

Bei weiteren diabetologisch besonders qualifizierten Ärzten in einer Schwerpunktpraxis (Praxismgemeinschaft, örtliche Gemeinschaftspraxis, MVZ, angestellter Arzt) gilt: Zusätzlich zu den oben genannten Anforderungen an das nichtärztliche Personal muss für jeden weiteren leistungserbringenden Arzt eine Fachkraft mit mindestens 19 Wochenstunden nachgewiesen werden (unabhängig vom zeitlichen Umfang der Zulassung oder Anstellung).

⁴ Hinweis zum Erwerb des Zertifikats „Diabetesschulung für Kinder- und Jugendliche“:

Termine, an denen die Zertifikate für die Kinder-/Jugendlichen-Schulungen erworben werden können, finden Sie unter www.kvb.de/dmp.

Stichtage/Bezugszeiträume für die Erfüllung der neuen Voraussetzungen im DMP-Vertrag vom 10. Juni 2010:

(Betrifft DMP-Genehmigungen als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt, die am 30. Juni 2010 bestehen.)

Bitte Hinweise zur Tabelle beachten!

	Voraussetzung	Stichtag/ Bezugszeiträume	Nachweis	Konsequenz bei Nicht-Erfüllung
Diabetes mellitus Typ 2	Behandlung von mindestens 250 verschiedenen GKV-Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal (berücksichtigt werden Typ 1 und Typ 2)	Erstmals relevant ist der Durchschnitt der Quartale 3/2010 bis 2/2011 (danach regelmäßig zu erfüllen)	Patienten-Fallzahlen werden auf Basis der Honorarabrechnung durch die KVB ermittelt ¹	Widerruf der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 2
Diabetes mellitus Typ 1	Kontinuierliche Behandlung von mindestens 35 verschiedenen GKV-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1	Erstmals relevant ist der Zeitraum von Quartal 3/2010 bis 2/2011 (danach regelmäßig zu erfüllen)	Patienten-Fallzahlen werden auf Basis der Honorarabrechnung durch die KVB ermittelt ¹	Widerruf der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 1
Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2	Schulungsqualifikation für eine im DMP-Vertrag enthaltene Insulinschulung für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1	Stichtag für Nachweis: 30. Juni 2012	Schulungsnachweis ist der KVB unaufgefordert vorzulegen, sofern nicht bereits eine entsprechende Schulungsgenehmigung von der KVB vorliegt	Automatisches Ende der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2	Nichtärztliches Personal a) Qualifikation² Diabetesberater DDG oder Fachkräfte mit einer vergleichbaren Qualifikation b) Arbeitszeit³ Mindestens 38 Wochenstunden (kann auch durch zwei Fachkräfte mit jeweils mindestens 19 Wochenstunden erbracht werden) Ausnahme: bei Teilzulassung bzw. Tätigkeit des leistungserbringenden Arztes von weniger als 20 Stunden: mindestens 19 Wochenstunden	Stichtag für erstmaligen Nachweis: 30. Juni 2011 (danach dauerhaft zu erfüllen)	Erstmaliger Nachweis ist auf Anforderung durch die KVB bis zum Stichtag vorzulegen (danach auf Anforderung durch die KVB bis zum 30. Juni eines jeden Jahres)	Automatisches Ende der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2
Diabetes mellitus Typ 1 (mit einer Genehmigung zur Durchführung der Schulungen: „Diabetesbuch für Kinder“ und/oder „Diabetes bei Jugendlichen“)	Zertifikat „ Diabetes-schulung für Kinder- und Jugendliche “ ⁴	Stichtag für Nachweis: 31. Dezember 2012	Zertifikate von Leistungserbringer und nichtärztlichem Personal im Original oder amtlich beglaubigter Kopie sind der KVB unaufgefordert vorzulegen (sofern diese der KVB noch nicht vorliegen)	Automatisches Ende der Genehmigung für die Schulungen von Kindern bzw. Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1

Abrechnung der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung

Zum 1. Januar 2010 wurde eine Vergütung des erhöhten Betreuungsaufwands bei Patienten in der ambulanten Sterbebegleitung für alle Vertragsärzte eingeführt. Bayerns Ärzte erhalten zusätzlich zum Honorar für ihre ärztlichen Leistungen eine Pauschale in Höhe von 20,- Euro pro Besuch eines Palliativpatienten. Die KVB ist damit derzeit bundesweit die einzige KV, die eine Vergütung für den Bereich der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) anbietet.

Diese zusätzliche Vergütung ist nur für die Behandlung von Palliativpatienten gedacht, deshalb sollten in der AAPV tätige Ärzte Folgendes beachten:

Die Pauschale kann nur bei einem Patienten mit gesicherter Diagnose „Palliativbehandlung“ (Z 51.5) angesetzt werden.

Palliativpatienten sind alle Patienten, bei denen sich das Lebensende abzeichnet (Lebenserwartung zirka drei bis sechs Monate) und deren ausgeprägtes Leiden einen regelmäßigen und hohen Zeitaufwand in der pflegerischen, ärztlichen, psychosozialen und spirituellen Betreuung sowie in der Kommunikation mit ihnen und ihren Angehörigen erfordert.

Wenn eine gesicherte Diagnose „Palliativbehandlung“ abgerechnet werden kann, muss die GOP 97005 nur jeweils einmal im Quartal angesetzt werden und zwar beim ersten Besuch des Patienten. Ab diesem Datum wird die GOP automatisch für alle Folgebesuche angesetzt und jeder weitere Besuch entsprechend vergütet. Die Pauschale wird als Zuschlag für die EBM-Leistungen 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 (inklusive Nachtbesuche – „N“-Kennzeichnung) gezahlt.

Derzeit werden im Bereich der AAPV weitere Vergütungsmodelle für spezialisierte Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten mit den Kassen verhandelt. Dabei ist das langfristige Ziel der KVB, die AAPV in Bayern zu stärken: Niedergelassene Ärzte sollen ihre Palliativpatienten so lange wie möglich im vertrauten häuslichen Umfeld betreuen können.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de/palliativ.

SmarAkt: Verordnungsakten neu strukturiert

Unser Online-Archiv SmarAkt bietet Ihnen seit Kurzem nicht nur ein neues Design, sondern vor allem mehr Sicherheit. Im Zuge seiner Überarbeitung haben wir für Sie in SmarAkt auch die Informationen zu den Verordnungsakten ab dem Verordnungsquartal 1/2010 neu strukturiert.

Neu ab Verordnungsquartal 1/2010

Verordnungsakte – BSNR/Praxis

- Arzneikostentrendmeldung – Quartalsinformation der KVB
- PC-Trendmeldung – Quartalsinformation der KVB
- DDD-Trendmeldung – Quartalsinformation der KVB

Verordnungsakte – LANR/Arzt

- GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) – Monatsbericht
- GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) – Quartalsbericht
- GKV-Heilmittel-Informationssystem (GKV-HIS) – Quartalsbericht

Die Aufteilung der Verordnungsakten mit Trendmeldungen nach Praxis beziehungsweise Arztdateien resultiert aus der arztbezogenen Erstellung der Analysen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen. Für Ärzte, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, können wir die GKV-Trendmeldungen (GAmSi und GKV-HIS) nur arztbezogen zur Verfügung stellen.

Bis zum Verordnungsquartal **4/2009** haben wir für Sie unter der Bezeichnung „Arzneimittelakte“ beziehungsweise „Verordnungsakte“ folgende Informationen eingestellt:

Arzneimittelakte bis 2009

- Rubrik „Arzneikosten – Statistiken“:
 - Richtgrößen-Trendmeldung (Quartal 4/05 - 4/08)
 - Arzneikostentrendmeldung (Quartal 1/09 – bis 4/09)

Informationen zur PC-Trendmeldung

- Rubrik „DDD-Trendmeldung“:
 - DDD-Trendmeldung Quartalsinformation der KVB
 - GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi)
- Verordnungsakte bis 2009
- Rubrik „Heilmittel-Statistik“:
 - GKV-Heilmittelschnellinformation (HIS)

Unsere Pharmakotherapie-Berater unterstützen Sie gerne bei der Analyse Ihrer Verordnungsdaten. Bei Fragen zu den Statistiken helfen Ihnen unsere Mitarbeiter der Abrechnungs- und Verordnungsberatung weiter. Wenn Sie Hilfe zu Ihren SmarAkt-Zugangsdaten benötigen, wenden Sie sich bitte an unser Servicetelefon „Zugangsdaten“. Die Kontaktdaten finden Sie in *PRO-FUND* in der Rubrik „KVB Servicenummern“.

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

Mit unserer Arzneikostentrendmeldung (AKTM) liefern wir Ihnen eine quartalsbezogene Verordnungsanalyse, die Ihnen helfen soll, Ihr Verordnungsverhalten mit dem Ihrer Fachgruppe zu vergleichen und – falls erforderlich – frühzeitig zu hinterfragen.

Fachgruppenstatistiken für statistische Vergleichsprüfung

Für fach- und/oder versorgungsbereichsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) stellen wir die Verordnungsdaten der teilnehmenden Ärzte auf Basis der Betriebsstättennummer (BSNR) und lebenslangen Arztnummer (LANR) nach Fachgruppen zusammen und vergleichen sie mit den entsprechenden Werten der Fachgruppe. Sie erhalten so für jede in Ihrer Praxis vertretene Fachgruppe eine eigene Statistik.

Daten zum Sprechstundenbedarf nur mit Vorbehalt

Bei der Mehrzahl der Verordnungen zum Sprechstundenbedarf haben uns die Apothekenrechenzentren mit den Rezeptdaten keine LANR übermittelt. Die Daten zum Sprechstundenbedarf sind daher für eine frühzeitige Arzneikosteninformation nur bedingt auswertbar. Deshalb erstellen wir Ihnen ab dem ersten Quartal 2010 neben der AKTM eine eigene PC-Trendmeldung, mit der wir den Sprechstundenbedarf nach BSNR ausweisen.

Ausführliche Informationen zum Bezug von Sprechstundenbedarf sowie ein Muster der neuen PC-Trendmeldung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnung/Verordnung aktuell*.

PC-Trendmeldung künftig nur noch in SmarAkt

Da ein Versand der PC-Trendmeldung mit erheblichen Kosten für Druck und Konfektionierung verbunden wäre, stellen wir Ihnen Ihre PC-Trendmeldung ab dem zweiten Quartal 2010 ausschließlich in Ihrem Online-Archiv „SmarAkt“ zur Verfügung. Zu SmarAkt gelangen Sie über das entsprechende Symbol auf unserer Internetseite www.kvb.de.

Fragen zu Ihren Zugangsdaten beantworten wir Ihnen unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 75*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 76*
 E-Mail Benutzerkennung@kvb.de

„Neue Arzneimittel“ – Service der AkdÄ

Seit Anfang 2009 bietet die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) den Service „Neue Arzneimittel“ an. Durch ein Abonnement des kostenfreien Newsletters werden Sie über alle neuen Ausgaben regelmäßig per E-Mail informiert.

„Neue Arzneimittel“ sind aktuelle Informationen für Ärzte über neu zugelassene Arzneimittel beziehungsweise neu zugelassene Indikationen in der Europäischen Union. Sie geben Auskunft zur Indikation, Bewertung, klinischen Studien, unerwünschten Arzneimittelwirkungen sowie zur Anwendung bei besonderen Patientengruppen, Dosierung und Kosten. Die Informationen basieren auf den Angaben des Europäischen Öffentlichen Bewertungsberichts (EPAR) der Europäischen Behörde für Arzneimittel (EMA). Im EPAR wird erläutert, wie der Ausschuss für Humanarzneimittel der EMA die für die Zulassung eines Arzneimittels durchgeführten klinischen Studien beurteilt und welche Empfehlungen er zur Anwendung des Arzneimittels gibt.

In der Ausgabe Nr. 14 vom 16. Juni 2010 informierte die AkdÄ über folgende Arzneimittel:

Adcirca® (Tadalafil):

Zur Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie (PAH) der WHO-Funktionsklasse II und III zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Wirksamkeit wurde gezeigt bei idiopathischer PAH (IPAH) und bei PAH auf Grund einer Kollagenose.

Angiox® (Bivalirudin):

Neu zugelassene Indikation als Antikoagulans zur Behandlung erwachsener Patienten, die sich einer perkutanen Koronarintervention (PCI) unterziehen, einschließlich Patienten mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI), die sich einer primären PCI unterziehen.

DuoCover®, DuoPlavin® (Clopidogrelhydrogensulfat/Acetylsalicylsäure): Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei erwachsenen Patienten, die bereits Clopidogrel und Acetylsalicylsäure (ASS) einnehmen. DuoCover®, DuoPlavin® sind fixe Kombinationen zur Erhaltungstherapie bei:

- akutem Koronarsyndrom ohne ST-Strecken-Hebung (instabile Angina pectoris oder Non-Q-Wave-Myokardinfarkt), einschließlich Patienten, denen bei einer perkutanen Koronarintervention ein Stent implantiert wurde
- akutem Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung bei medizinisch behandelten Patienten, für die eine thrombolytische Therapie infrage kommt

Ausführliche Informationen zur Indikation, Bewertung, Klinischen Studien, unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Interaktionen, Kontraindikationen, der Anwendung sowie der Dosierung und Kosten erhalten Sie im Internet unter www.akdae.de in der Rubrik „Arzneimitteltherapie“.

Auf unserer Internetseite www.kvb.de haben wir für Sie in der Rubrik *Praxis/Verordnung* folgende Informationen der AkdÄ im Kasten „Publikationen“ verknüpft:

- *Neue Arzneimittel*
- *Therapieempfehlungen*
- *Rote-Hand-Briefe*
- *Drug Safety Mail*

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

Bulletin zur Arzneimittelsicherheit

Das „Bulletin zur Arzneimittelsicherheit“ – eine Broschüre des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie des Paul-Ehrlich-Instituts – untersucht vierteljährlich aktuelle Aspekte der Risikobewertung von Arzneimitteln. Ziel des Bulletins ist es, zeitnah über mögliche Risiken von Arzneimitteln zu informieren sowie Nebenwirkungen zu dokumentieren und die damit verbundenen Risiken zu minimieren.

Seit Juli 2010 steht die erste Ausgabe des „Bulletin zur Arzneimittelsicherheit“ im Internet kostenfrei zum Download zur Verfügung. Die erste Ausgabe informierte unter anderem über die erhöhte Brustkrebssterblichkeit bei gleichzeitiger Anwendung von Tamoxifen und SSRI sowie über das Epilepsierisiko nach Kinderimpfungen.

Eine Verlinkung zu der Broschüre finden Sie auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnung*.

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

Patentgeschützte Arzneimittel

Bitte prüfen Sie vor jeder Verordnung, ob das Therapieziel nicht auch mit bewährten und damit günstigeren Medikamenten erreicht werden kann. Unter Umständen ist ein neues Medikament nur deswegen eingeführt worden, um den Patentschutz auszudehnen, ohne dass dabei die Wirkungsweise wesentlich verändert wurde.

In Ihrer Arzneikostentrendmeldung weisen wir Ihnen quartalsbezogen die von Ihnen verordneten patentgeschützten Originale mit der Kennung „0“ sowie die patentfreien Originale mit der Kennung „1“ aus (siehe Seite 4 in der Tabelle „Ihre verordnungsstärksten Arzneimittel“). Wir empfehlen Ihnen, Ihr Ordnungsverhalten regelmäßig – auch mit Hilfe unserer Pharmakotherapie-Berater – zu hinterfragen. Wir bieten Ihnen fachliche Unterstützung durch Studienauswertungen und Recherchen zu pharmakologischen Themen und unterstützen Sie gerne bei der Auswahl wirtschaftlicher Verordnungsalternativen.

Auch in Hinblick auf die Auswertung von statistischen Informationen in Ihrer Arzneikostentrendmeldung kann Ihnen eine persönliche Beratung weiterhelfen. Neben der Erläuterung Ihrer Daten im statistischen Vergleich, werden auch pharmakologisch-therapeutische Themen beleuchtet. Nutzen Sie dieses umfassende Beratungsangebot. Einen persönlichen Beratungstermin mit Ihrem Pharmakotherapie-Berater können Sie über unser Service-Telefon „Verordnung“ vereinbaren.

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

Hilfsmittelversorgung

In der Ausgabe 3/2009 der KVB INFOS hatten wir Sie darüber informiert, dass die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei der Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ausgeweitet wurden.

Die Versorgung der Versicherten soll nur noch durch qualifizierte Vertragspartner der jeweiligen Krankenkasse erfolgen. Verschiedene Krankenkassen haben uns seitdem über den Abschluss von Hilfsmittellieferverträgen mit einzelnen Leistungserbringern informiert. Mit der Ausweitung dieser Verträge können Ihre Patienten zunehmend die von Ihnen verordneten Hilfsmittel nicht mehr bei ihrem gewohnten Lieferanten, zum Beispiel der Apotheke oder dem Sanitätshaus, beziehen.

Da die KVB, aber auch Sie als Arzt, in der Regel von diesen Verträgen keine Kenntnis haben, empfehlen wir, dass Sie Ihre Patienten nach der Ausstellung einer Hilfsmittelverordnung an deren Krankenkasse verweisen.

Seit In-Kraft-Treten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum April 2009 ist zudem die Depothaltung und Abgabe von Hilfsmitteln in der Arztpraxis nicht mehr zulässig (außer von Hilfsmitteln, die für Notfälle benötigt werden).

Vorsorglich möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ärzte aus berufsrechtlichen Gründen die für ihre Patienten ausgestellten Rezepte nicht bestimmten Leistungserbringern direkt zuführen dürfen. Für die Verordnung von Hilfsmitteln an sich gelten die bisherigen Grundsätze unverändert fort.

Neuer KVB-Service: HiM INFO

Seit dem 1. Juli 2010 steht Ihnen mit HiM INFO ein neues Hilfsmittel-Infoportal im Internet zur Verfügung. Damit erhalten Sie einen schnellen Zugriff auf alle Inhalte des GKV-Hilfsmittelverzeichnis. Sie finden diesen neuen Service unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnung/Hilfsmittel*. Weitere Informationen zu diesem kostenlosen Online-Service finden Sie auch in *PROFUND*, Ausgabe 7-8/2010 auf Seite 26/27.

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

Neufassung Ultraschallvereinbarung

Nach Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist eine Neufassung der Ultraschallvereinbarung (USV) zum 30. Juni 2010 in Kraft getreten.

Die Anpassungen des Wortlautes der Vereinbarung betreffen ausschließlich die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Paragraph 9 USV, genauer die Inhalte der Anlage III Nr. 6. Sowohl die KVB als auch Gerätehersteller und -vertrieber werden die Anpassungen berücksichtigen.

Eine aktuelle Fassung der Ultraschallvereinbarung sowie weitere Informationen sind unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Ultraschallvereinbarung/Unterlagen* abrufbar.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Neufassung Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie

Zur Förderung der Qualität der radiologischen Diagnostik in der vertragsärztlichen Versorgung werden bundesweit Stichprobenprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dazu eine Neufassung der Richtlinie erlassen, die einheitliche Qualitätsanforderungen für die radiologische Diagnostik mittels konventioneller Röntgendiagnostik und Computertomographie enthält. Damit soll sichergestellt werden, dass überall in Deutschland die gleichen Qualitätsstandards gelten und eingehalten werden.

Die neu gefasste „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik nach § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie)“ wurde am 17. Juni 2010 beschlossen und tritt mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger voraussichtlich noch im Sommer in Kraft. Im Folgenden stellen wir Ihnen die wichtigsten Punkte der neuen Richtlinie vor:

Einheitliche Anforderungen an die Bildqualität

Ziel der neu gefassten Richtlinie war es insbesondere, die Anforderungen an die Bildqualität für Prüfungen durch die KVen einerseits und darüber hinausgehenden Prüfungen der Untersuchungs- und Aufnahmetechnik durch die Ärztlichen Stellen andererseits zu vereinheitlichen.

Dazu wurden die ärztlichen Qualitätsanforderungen der aktualisierten Leitlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik und in der Computertomographie in die Richtlinie übernommen. Diese Leitlinien der BÄK beschreiben den derzeit gültigen medizinischen

Standard und den Stand der Technik der radiologischen Basisuntersuchungen und definieren sowohl ärztliche als auch aufnahmetechnische Qualitätsanforderungen.

Auf Grund dieser gemeinsamen Basis können die KVen die Stichprobenprüfungen zusammen mit der Ärztlichen Stelle organisieren und so den bürokratischen Aufwand für den einzelnen Arzt reduzieren.

Trennung der Stichprobenprüfungen für konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie

Die konventionelle Röntgendiagnostik und die Computertomographie werden zukünftig als getrennte Leistungsbereiche definiert und jeweils in gesonderten Stichproben geprüft. Dies wurde in den meisten KVen bereits in der Vergangenheit so praktiziert.

Gute Ergebnisse in der Computertomographie

Die bisherigen Stichprobenprüfungen in der Computertomographie zeigten im bundesweiten Durchschnitt gute Ergebnisse. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat deshalb entschieden, dass jede KV den Prüfmodus verändern kann, um die Prüfbelastung des einzelnen Arztes zu reduzieren. Voraussetzung ist, dass im Bereich der KV bisher überwiegend keine oder nur geringe Beanstandungen festgestellt wurden.

Kinder und Jugendliche gesondert berücksichtigt

Anforderungen des Strahlenschutzes werden in der neuen Richtlinie insbesondere in Bezug auf Kinder und Jugendliche detaillierter behandelt. Wenn Ärzte Patienten dieser Altersgruppen behandelt haben, müssen

im Rahmen der Stichprobenziehung in Zukunft immer auch Kinder und Jugendliche berücksichtigt werden.

Stichprobenprüfung anhand der Dokumentation

Wie bisher erfolgt das Verfahren der Stichprobenprüfung auf der Grundlage der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen des behandelnden Arztes. Hierzu fordert die KV von dem Arzt die entsprechenden Befundberichte und Bilddokumentationen an.

Prüfungsinhalte

Die Dokumentationen werden überprüft im Hinblick auf:

- die zugrunde liegende medizinische Fragestellung
- die rechtfertigende Indikation im Sinne der Röntgenverordnung
- die optimierte Durchführung der Untersuchung
- die Darstellung der diagnostisch wichtigen Bildinformationen mit einer medizinisch vertretbar niedrigen Strahlenexposition
- die fachkundige Auswertung der Untersuchung und der dokumentierten Ergebnisse im Befundbericht

Qualitätsanforderungen an die Indikationsstellung

- Die Indikation für eine konventionelle röntgendiagnostische oder computertomographische Untersuchung ist als begründet anzusehen, wenn die individuelle medizinische Fragestellung aus den Beschwerden des Patienten und den klinischen Befunden zutreffend abgeleitet und für die Lösung des Patientenproblems relevant ist.
- Der gesundheitliche Nutzen einer konventionellen röntgendiagnostischen oder computertomographischen Untersuchung muss gegen-

über dem Strahlenrisiko überwiegen. In diese Abwägung sind alternative Verfahren, die mit keiner oder einer geringeren Strahlenexposition verbunden sind, einzubeziehen.

- Bei der Beurteilung der Angemessenheit der Indikationsstellung sind evidenzbasierte Empfehlungen, zum Beispiel Leitlinien, die Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen (Empfehlungen der Strahlenschutzkommission), zu berücksichtigen.

Qualitätsanforderungen an die Bildqualität und Untersuchung

Die Qualitätsanforderungen an die Bildqualität und Untersuchung sind – gegliedert nach Organen beziehungsweise Organbereichen – in Anlage 1 (konventionelle Röntgendiagnostik) und Anlage 2 (Computertomographie) der Richtlinie definiert. Sie entsprechen den ärztlichen Qualitätsanforderungen der aktualisierten Leitlinie der Bundesärztekammer.

Umsetzungsfristen und Fristverlängerung

Für einen Übergangszeitraum von einem Jahr ab In-Kraft-Treten der neuen Richtlinie kann sowohl weiterhin nach der bisherigen Fassung der Richtlinie vom 17. Dezember 1996 als auch nach der Neufassung geprüft werden.

Weitere Informationen

Informationen zu der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie finden Sie auf der Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik „Themen A-Z“ unter „Strahlendiagnostik und -therapie“.

Ihre Ansprechpartner 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

Ihre Ansprechpartnerin für Computertomographie:

Isabelle Bernhart

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 47

Mammographie-Screening Programm: Selbstüberprüfung bei Pathologen

Das Verfahren zur Selbstüberprüfung der Qualität histopathologischer Befunde im Mammographie-Screening wurde neu geregelt (Anhang 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge). Damit sollen alle am Programm teilnehmenden Pathologen ihre Befundergebnisse mit denen ihrer Kollegen vergleichen können.

Hierzu erhalten sie vom zuständigen Referenzzentrum entsprechende Rückmeldeberichte über die Ergebnisqualität. Diese Berichte werden vom Referenzzentrum erstellt auf Basis von einzelfallbezogenen, aber anonymisierten Befundlisten (gemäß Absatz 1 Anhang 12 Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge). Die Listen werden von den Programmverantwortlichen Ärzten der Screening-Einheiten zusammengestellt aus den ärztlichen Dokumentationen zu den multidisziplinären Fallkonferenzen, den Biopsien, den histopathologischen Beurteilungen im Rahmen der Abklärungsdiagnostiken sowie gegebenenfalls den histopathologischen Beurteilungen der Operationspräparate. Für die Pathologen entfällt damit zusätzlicher Dokumentationsaufwand, da alle benötigten Daten bereits in den Screening-Einheiten vorliegen und dort insbesondere in der zur ärztlichen Dokumentation im Mammographie-Screening eingesetzten Software – in Bayern MammaSoft – gespeichert sind. Die Befundlisten sollen zukünftig durch die Screening-Einheiten standardisiert aus der Dokumentationssoftware exportiert werden können. Die entsprechenden, zur Umsetzung durch die Softwarehersteller verpflichtenden Vorgaben werden von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie zeitnah in deren Protokollen zur elektronischen Dokumentation im Mammographie-Screening veröffentlicht.

Die Screening-Einheiten übermitteln die je Pathologen zusammengestellten anonymisierten Befundlisten im jährlichen Turnus zum 31. Januar an das zuständige Referenzzentrum und jeweils nachrichtlich an den betroffenen Pathologen. Erstmals verpflichtend sind die Befundlisten zum 31. Januar 2012 an die Referenzzentren zu liefern.

Diese ermitteln aus den Listen je Pathologen die Anzahl und den Anteil der histopathologischen Befunde, bei denen die postoperative Fallkonferenz eine Diskrepanz zwischen der präoperativen histopathologischen Diagnose und dem abschließenden histopathologischen Befund festgestellt wurde. Hieraus wird eine arztbezogene Statistik erstellt, die als Rückmeldebericht nur an den betroffenen Pathologen übermittelt wird. Die Auswertung der Befundlisten erfolgt durch einen vom Zentrum benannten, im Mammographie-Screening erfahrenen Pathologen, der im Falle von Auffälligkeiten mit dem betroffenen Arzt ein kollegiales Fachgespräch führt. Die Ergebnisse dieser Gespräche werden dokumentiert und an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt.

Die Ergebnisse der Auswertung der Befundlisten werden zukünftig auch im Rahmen der für die am Mammographie-Screening teilnehmenden Pathologen vorgeschriebenen Fortbildungsveranstaltungen besprochen. Dort sollen exemplarische Fälle zu auffälligen Befunden diskutiert werden. Im Vorfeld der Fortbildungsveranstaltungen senden alle Teilnehmer zu den Fällen die histopathologischen Präparate sowie die zugehörigen Dokumentationen der Beurteilungen in anonymisierter Form an das die Fortbildungsveranstaltung durchführende Referenzzentrum.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Mammographie-Screening*.

Fragen beantwortet Ihnen unsere Expertin
Petra Kaiser unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 32 30
E-Mail Petra.Kaiser@kvb.de

Versand der aktuellen DMP-Feedbackberichte

Einen praxisindividuellen DMP-Feedbackbericht erhalten alle Praxen, die aktuell Patienten in einem der Disease Management Programme (DMP) koordinieren, in Papierform zugeschickt. Der Versand der Berichte im DMP Brustkrebs erfolgte bereits im August, die Berichte für die anderen Indikationen (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma, COPD und KHK) werden im September versandt.

Einem Teil der Feedbackberichte für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 wird ein Fragebogen zur Nutzung des Berichts beiliegen, der an das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gesendet werden soll. Wir bitten um Ihre Teilnahme.

Koordinierende Ärzte, die derzeit keine berichtsrelevanten Patienten haben, und interessierte Fachärzte können zu allen Indikationen ein aktuelles Muster des DMP-Feedbackberichts aus dem Internet herunterladen. Die Musterberichte sind unter www.kvb.de/dmp in der Rubrik *Feedbackberichte* eingestellt.

Anpassung der Qualitätszirkelgrundsätze

Die Erfahrungen in der täglichen Qualitätszirkel(QZ)-Arbeit, die geänderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und die Empfehlungen der bayerischen QZ-Tutoren machen eine Anpassung der QZ-Grundsätze des Vorstands der KVB notwendig. Diese bilden die Basis insbesondere für die Anerkennung und finanzielle Förderung von Qualitätszirkeln.

Die derzeitigen Inhalte der Grundschulung werden den zahlreichen Anforderungen eines Moderators nicht mehr vollständig gerecht. Die Erweiterungen der strukturierten Ablaufpläne (Dramaturgien) und deren Umsetzung in den Zirkelsitzungen erfordern zukünftig eine umfangreichere Qualifikation zur Leitung eines QZ. Ab 2011 bietet die KVB eineinhalbtägige Kompaktschulungen für ärztliche Moderatoren an, die von den Tutoren durchgeführt werden und die Inhalte der bisherigen Grundschulung und Fortbildung (Aufbauschulung) vermitteln. Die Ausbildung psychotherapeutischer QZ-Moderatoren bleibt bestehen.

Keine Dokumentationen mehr in Papierform

Ab dem 1. Januar 2011 ist die Dokumentation **ausschließlich** über die elektronische Plattform (eQZ-Plattform) möglich. Außerdem muss die QZ-Sitzung durch den Moderator innerhalb von drei Monaten dokumentiert werden. Zur Erleichterung der Dokumentation haben wir die Plattform vereinfacht und fehlende Funktionen hinzugefügt. Insbesondere die Rückmeldungen von Moderatoren und Nutzerhinweise haben uns bei der Anpassung geholfen. Überarbeitet wurden die Angaben bei der Registrierung eines neuen QZ, darunter auch Angaben zur Qualifikation des Moderators, die nun teilweise Voraussetzung für die Vergütung der Dramaturgien ist.

Aus Gründen des Datenschutzes können die Namen der QZ-Mitglieder nur vom Moderator, dem Tutor und der KVB eingesehen werden. Die anderen Moderatoren erhalten lediglich einen Hinweis auf die Anzahl der QZ-Mitglieder.

Die Dokumentation der QZ-Sitzungen wurde komplett neu strukturiert. Ein Hinweis und Link zu Beginn der Dokumentation ermöglicht die Aktualisierung der Mitglieder eines QZ. Neu hinzugekommen ist die ausführliche Angabe bei der Verwendung von strukturierten Ablaufplänen (Dramaturgien), die von Moderatoren mit entsprechender Ausbildung durchgeführt werden können. Hier fanden alle Dramaturgien Berücksichtigung, die von der KBV veröffentlicht wurden. Bei der Ergebnisdokumentation ist es nun den Moderatoren möglich, eigenständig Stichwörter hinzuzufügen. Diese müssen nun nicht mehr wie bislang an die KVB gemeldet werden, sondern können sofort verwendet werden. Zum besseren Verständnis wurden auch alle Hilfstexte überarbeitet.

Alle Moderatoren erhalten rechtzeitig per E-Mail eine aktualisierte Anleitung zur Benutzung der eQZ.

Weitere Informationen findet man unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätszirkel*.

Ihre Ansprechpartner für Qualitätszirkel:

Michael Sachse

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 21

Wiebke Stöppelmann

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36

Bei Problemen mit eQZ wenden Sie sich bitte direkt an den IT-Support:

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 75*

Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger

Mit Wirkung zum 12. Juni 2010 wurden die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur substanzgestützten Behandlung Opiatabhängiger (vergleiche Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) um die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung erweitert. Entsprechend wurde Paragraph 5 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) ergänzt, insbesondere um die Absätze 9a bis 9c.

Die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung in der vertragsärztlichen Versorgung ist **genehmigungspflichtig**. Sie darf ausschließlich in Einrichtungen erbracht werden, die eine entsprechende personelle, räumlich-apparative und organisatorische Infrastruktur vorhalten. Daher kommt die Erteilung der Genehmigung vor allem an Einrichtungen in Betracht, die bereits am bundesweiten **Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“** teilgenommen haben. Nach Erteilung der Genehmigung kann ab 1. Oktober 2010 die GOP 01955 und 01956 EBM für die Substitution mit Diamorphin abgerechnet werden.

Doppeltes Genehmigungserfordernis für Einrichtungen

Einrichtungen, die diamorphingestützte Substitutionsbehandlungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und abrechnen wollen, müssen **zwei Genehmigungen** beantragen:

- Bei der **KVB** ist auf Grundlage der Substitutionsrichtlinie des G-BA eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der diamorphingestützten Substitution zu beantragen (Paragraphen 2, 10, 11 der Richtlinien). Das Antragsformular

kann unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Buchstabe „S“/Substitutionsgestützte Behandlung* abgerufen werden.

- Darüber hinaus benötigt die Einrichtung – vor Erteilung der Genehmigung durch die KVB – eine **Erlaubnis der zuständigen Landesbehörde** (Paragraph 5 Absatz 9b BtMVV), also der zuständigen Bezirksregierung.

Voraussetzungen für die Erteilung der Genehmigung durch die KVB

Mit dem Antrag hat die Einrichtung insbesondere folgende Voraussetzungen nachzuweisen (Paragraph 11 der Richtlinien):

1. Erlaubnis der zuständigen Landesbehörde nach Paragraph 5 Absatz 9b BtMVV
2. Fachliche Qualifikation der an der Substitution mit Diamorphin in der Einrichtung beteiligten Ärzte (Paragraph 2 Absatz 1 der Richtlinien):
 - suchtherapeutische Fort-/Weiterbildung, die sich auf die Behandlung mit Diamorphin erstreckt (Paragraphen 5 Absatz 2 Nr. 6, Absatz 9a Nr. 1 BtMVV) oder
 - mindestens sechsmonatige Tätigkeit im Rahmen des Modellprojekts „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“
3. Erklärung, dass die strukturellen Anforderungen nach Paragraph 10 der Richtlinie vollständig erfüllt werden:
 - multidisziplinäres Team unter Leitung eines ärztlichen Teammitglieds
 - Sicherstellung der ärztlichen substanzgestützten Behandlung über einen täglichen Zeitraum

von zwölf Stunden. Dazu sind Arztstellen im Umfang von grundsätzlich drei Vollzeitstellen und eine angemessene Anzahl qualifizierter nichtärztlicher Vollzeitstellen sowie die Möglichkeit einer kurzfristigen konsiliarischen Hinzuziehung fachärztlich-psychiatrischer Kompetenz vorzuhalten

- psychosoziale Betreuung der Patienten in der substituierenden Einrichtung (in Ausnahmefällen auch durch externe Institutionen)
- mindestens drei separate Räume (insbesondere zur Trennung von Wartebereich, Ausgabebereich und Überwachungsbereich nach erfolgter Substitution) sowie notwendige Notfallausstattung
- organisatorische Trennung einer eventuell in der Einrichtung durchgeführten nicht diamorphingestützten Substitutionsbehandlung von der diamorphingestützten Substitution
- Sicherstellung der Substitution dreimal täglich, auch an Wochenenden und Feiertagen
- regelmäßige Fortbildung der Teammitglieder

Übergangsregelung zur Genehmigungserteilung an Teilnehmer am Modellvorhaben

Einrichtungen, die

- am bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger teilgenommen haben
- und**
- fortgesetzt bis zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Richtlinie Substitutionsbehandlungen mit Diamorphin durchgeführt haben, erhalten nach Paragraph 12 der Richtlinie auf Antrag von der regionalen KV **für 36 Monate** ab In-Kraft-Treten die Genehmigung für die Substitution mit

Diamorphin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, **auch wenn die Anforderungen des Paragraphen 10 nicht vollständig erfüllt werden.**

Nach Ablauf der 36 Monate müssen jedoch auch von diesen Einrichtungen sämtliche Anforderungen erfüllt werden.

Überprüfung der Anforderungen

Für die Substitution mit Diamorphin wurden zusätzliche Anforderungen an die **Indikation** und das **Therapiekonzept** festgelegt (Paragraph 3 Absatz 3a, Absatz 4 Nr. 6 und Absatz 6 der Richtlinie). Bei **allen** Substitutionsbehandlungen mit Diamorphin muss der Arzt mit der Aufnahme der Substitutionsbehandlung **unverzüglich** die patientenbezogenen Dokumentationen mit den jeweiligen Therapiekonzepten und den Behandlungsdokumentationen an die Qualitätssicherungskommission zur Prüfung übermitteln (Paragraph 9 Absatz 4 der Richtlinie).

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Neue Bereitschaftsdienstordnung der KVB

Die Vertreterversammlung der KVB hat in ihrer Sitzung am 13. März 2010 Änderungen der Bereitschaftsdienstordnung (BDO-KVB) beschlossen. Mit Schreiben vom 21. Juli 2010 wurden die Änderungen durch die Aufsichtsbehörde (BayStMUG) gemäß Vorlage bestätigt.

Die Überarbeitung war erforderlich, um Weiterentwicklungen sowie Klarstellungen einzuarbeiten und redaktionelle Änderungen vorzunehmen.

Die wesentlichen Änderungen haben wir in Kurzform für Sie zusammengefasst: Sie finden diese auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Bereitschaftsdienst*.

- Vertragsärzte, die im Zuständigkeitsbereich der Bereitschaftsdienstgruppe eine Filiale betreiben, **können** zum Dienst verpflichtet werden.
- Die Teilnahme am organisierten Bereitschaftsdienst für Nichtvertragsärzte (früher per Ermächtigung) erfolgt jetzt neu durch die Erteilung einer (kostenfreien) Berechtigung.
- Die Festlegung von Bereitschaftsdienstzeiten Montag, Dienstag und Donnerstag von 18.00 bis 8.00 Uhr des Folgetages erfolgt durch einfache Stimmenmehrheit der Mitglieder der Bereitschaftsdienstgruppe auf (formlosen) Antrag bei der KVB.
- Künftig erfolgt die Einrichtung **und Erweiterung** eines jeden fachärztlichen Bereitschafts- und/oder Konsiliardienstes im Benehmen mit den betroffenen hausärztlichen Bereitschaftsdienstgruppen.

Fragen beantwortet Ihnen unser Experte

Thomas Langenberger unter:

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 42 20

E-Mail Thomas.Langenberger@kvb.de

Neuer DMP-Plattformvertrag

Zum 1. Juli 2010 ist ein neuer DMP-Plattformvertrag für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma und COPD in Kraft getreten. Hierin wurden Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung, wie etwa das neue Modul Herzinsuffizienz im DMP KHK, umgesetzt. Darüber hinaus wurden die Strukturvoraussetzungen für diabetologische Schwerpunktpraxen im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 neu definiert.

Alle Ärzte, die bereits am DMP-Vertrag teilnehmen, werden automatisch in den neuen Vertrag überführt. Eine erneute Teilnahmeerklärung ist nicht notwendig.

Den Vertragstext finden Sie im Internet unter www.kvb.de/dmp.

Behindertengerechte Praxis Unseriöse Angebote von Verlagen

Das Seniorenamt der Stadt Nürnberg bittet alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, auf einen behindertengerechten Zugang in ihren Praxen zu achten. Auch die Einrichtungen in den Praxen sollten die Bedürfnisse behinderter Patienten berücksichtigen, zum Beispiel durch Armstützen bei den Stühlen im Wartezimmer oder durch Haltegriffe im Patienten-WC oder durch erhöhte WC-Sitze.

Unsere Präsenzberater Praxisführung senden Ihnen gerne die Broschüre „Rationelle Praxisorganisation – Management, Planung und Ausstattung der Arztpraxis“ kostenlos zu. Die Kontaktdaten der Präsenzberater Praxisführung finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Beratung/Praxisführung*.

Der VNR Verlag für Deutsche Wirtschaft AG in Bonn macht derzeit mit zweifelhaften Angeboten an Arztpraxen auf sich aufmerksam. Unter dem Logo BWRmedia vertreibt er ein Abonnement für einen Informationsdienst namens „Datenschutz aktuell“.

Der Verlag nimmt telefonischen Kontakt mit den Praxen auf und versendet anschließend ein Informationsblatt mit dem Angebot, dass bei Interesse zwei Ausgaben kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Der Vertrag kommt zustande, wenn Sie den Dienst nicht innerhalb von sieben Tagen nach Erhalt der Gratisausgaben abbestellen.

Der Abonnent verpflichtet sich zu einem Vertrag mit einer Mindestlaufzeit von einem Jahr über 16 Ausgaben zu jeweils 19,95 Euro plus Porto und Mehrwertsteuer, insgesamt also zu einem Abonnementpreis von 319,20 Euro netto im Jahr.

Bitte entscheiden Sie selbst, ob Ihnen das Angebot auf Grund des Preis-Leistungs-Verhältnisses lohnenswert erscheint. Wir bieten Ihnen kostenlose Informationen zum Datenschutz in der Praxis und zur ärztlichen Schweigepflicht an.

Bei Fragen stehen Ihnen als Ansprechpartner zur Verfügung:
Stefan Schlosser
Telefon 09 11 / 9 66 67 – 2 03
E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de
Stephan Pechtl
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 28
E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

Fortbildung Impfen

In den KVB-Bezirksstellen in Nürnberg, Regensburg und München stehen in den nächsten Monaten wieder Fortbildungstermine zum Thema Impfen an. Die Veranstaltungen behandeln die Schwerpunkte Immunologie, Impfstoff-Typen, Empfehlungen der Ständigen Impfkommission STIKO, Impfungen bei Kindern und Erwachsenen sowie Reiseimpfungen.

Fortbildungspunkte: 5
Teilnahmegebühr: 85,- Euro
Uhrzeit: 15.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 13. Oktober 2010,
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 20. Oktober 2010,
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 17. November 2010,
KVB-Bezirksstelle München/
Oberbayern

Weitere Informationen – auch zur Anmeldung – finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätsprogramm/Impfen/Veranstaltungen*.

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

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

Ihre Vorteile:

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

Zielgruppen:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter oder im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO)
- Sonstige interessierte Ärzte

Modul I

- Kardiozirkulatorische Nofälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council (ERC)
- Effizientes Mega-Code Training in Kleinstgruppen

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 – 16.15 Uhr

Termine:

Samstag, 2. Oktober 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 4. Dezember 2010
KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II

- Pädiatrische Akut- und Nofälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 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, 22. September 2010
KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 10. November 2010
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul IV (fakultatives Modul) neu!

- Bauchschmerzen und der „akute Bauch“
- Gynäkologische Akutfälle im Bereitschaftsdienst

- Der psychiatrische Notfall im Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 29. September 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

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 36 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 28

Anmeldeformulare und weitere

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

Gründer-/Abgeberforum**

Info-Tag: Praxisabgeber – Psychotherapeuten**

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Zeit- und Selbstmanagement: Mit den eigenen Ressourcen haushalten

Die psychotherapeutische Praxis – aktuelle Informationen und Themen**

Gründer-/Abgeberforum**

Erfolgreich durch Service in der Arztpraxis

Thementag: IT, Vernetzung, elektronische Dokumentation

Info-Tag: Praxisabgeber – Psychotherapeuten**

Teambesprechungen – moderieren und strukturieren

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

QM-/QZ-Seminare

Hygienemanagement in Arztpraxen

Grundschulung für Qualitätszirkel-Moderatoren

QEP-Einführungseminar für Haus- und Fachärzte

Fortbildung für Qualitätszirkel-Moderatoren

Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. September 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. September 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-gründer	kostenfrei	18. September 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	18. September 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. September 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. September 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	22. September 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	22. September 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	23. September 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	24. September 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. September 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber/-gründer	kostenfrei	25. September 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	29. September 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	29. September 2010	15.00 bis 20.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	1. Oktober 2010	15.00 bis 19.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	1. Oktober 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	6. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	15. September 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	22. September 2010	10.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	8. Oktober 2010 9. Oktober 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber	135,- 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

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>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>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>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

KVBINFOS

11110

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 166 Die nächsten Zahlungstermine
- 166 EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2010
- 167 Fortführung Diabetesvereinbarungen
- 167 Förderung Bereitschaftspraxen
- 167 Förderung der Allgemeinen Ambulanten Palliativmedizin
- 168 Unvorhergesehene Inanspruchnahme
- 168 Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen
- 169 Operative Leistungen

VERORDNUNGEN

- 170 Aktuelles aus dem Verordnungsbereich

QUALITÄT

- 171 Aktualisierung diagnostischer Referenzwerte

ALLGEMEINES

- 171 Ambulante Kodierrichtlinien
- 172 Änderungen in der KVB-Arzt-suche – Online-Anwendung „Editor“ startet
- 173 Bayerische Landesärztekammer diagnostiziert Ärztemangel

SEMINARE

- 174 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 10. November 2010**
Abschlagszahlung Oktober 2010
- 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

EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2010

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 hat der Bewertungsausschuss kurzfristig noch Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes beschlossen. Die Beschlüsse stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Beschlüsse mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht.

Diagnostik Schweinegrippe (Influenza A/H1N1) – GOPen 88740 und 88741 sind nicht mehr berechnungsfähig

Die Gebührenordnungspositionen 88740 (Nukleinsäurenachweis von Influenza A/H1N1) und 88741 (Influenza-Schnelltest) können ab dem 1. Oktober 2010 nicht mehr berechnet werden. Die Berechnungsfähigkeit der Leistungen wurde vorzeitig beendet, nachdem die WHO am 10. August 2010 die Pandemie A/H1N1 für beendet erklärt hat.

Geburt – Anhebung der Bewertung

Die Punktzahl der GOP 08411 (Geburt) wird ab dem 1. Oktober 2010 angehoben.

Änderung der Punktzahl der GOP 08411 (Geburt) zum 1. Oktober 2010

	Punktzahl alt	Preis B€GO alt	Punktzahl neu	Preis B€GO neu
ambulant	3.600	126,17 Euro	5.740	201,18 Euro
stationär	4.273	149,76 Euro	6.813	238,78 Euro

GOP 01750 – Konsensuskonferenz und multidisziplinäre Fallkonferenz fakultativer Leistungsinhalt

Die Durchführung der Konsensuskonferenz und der multidisziplinären Fallkonferenz ist nicht mehr obligate Voraussetzung für die Abrechnung der Gebührenordnungsposition 01750 (Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screenings). Der Leistungsinhalt der GOP 01750 wurde an die Bestimmungen der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV angepasst, nach der die Konferenzen nur bei auffälligen Befunden durchzuführen sind beziehungsweise wenn der Verdacht auf eine maligne Erkrankung nicht ausgeräumt werden konnte. (Aufnahme des Leistungsinhalts „Durchführung der Konsensuskonferenz“ und „Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenz“ in den fakultativen Leistungsinhalt.

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

Fortführung Diabetesvereinbarungen

Für das vierte Quartal 2010 lassen BKK, Signal Iduna IKK und Knappschaft erneut sämtliche Leistungen der gekündigten Diabetesvereinbarungen gegen sich gelten. Wir empfehlen Ihnen, vorsorglich alle Schulungen noch im vierten Quartal 2010 abzuschließen. Schulungen für DMP-Patienten können weiterhin mit den gültigen Abrechnungsziffern des DMP-Vertrags abgerechnet werden, sofern Sie die entsprechende Berechtigung dafür haben. Die gültige Vergütungsübersicht finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Neue Versorgungsformen/DMP*.

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

Förderung Bereitschaftspraxen

Rückwirkend ab dem Quartal 3/2010 wird die Behandlung von Patienten in Bereitschaftspraxen von allen Kassen gefördert. Diese Zusatzvergütung in Höhe von **5,- Euro** für jeden anerkannten Fall in der Bereitschaftspraxis wird zunächst befristet bis 30. Juni 2011 für Versicherte aller Kassen ausgezahlt (bisher nur für Versicherte der AOK und LKK). Die Abrechnung erfolgt automatisch nach Angabe der individuellen Kennziffer der Bereitschaftspraxis auf jedem Behandlungsschein. Die Förderung wird zusätzlich zur Bereitschaftsdienstpauschale ausgezahlt.

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

Förderung der Allgemeinen Ambulanten Palliativmedizin

Bereits seit dem Quartal 1/2010 wird der erhöhte Betreuungsaufwand bei Besuchen von Patienten mit gesicherter Diagnose „Palliativ“ (Z51.5) vergütet. Diese Regelung konnte für das gesamte Jahr 2010 gesichert und soll für das Jahr 2011 fortgeführt werden.

Der Zuschlag in Höhe von **20,- Euro** wird in der Abrechnung der KVB nach einmaliger Angabe der **Ziffer 97005** je Quartal automatisch den EBM-Besuchsziffern 01410 bis 01413 und 01415 einschließlich der Besuche in der Nachtzeit (N-Kennzeichnung) zugeordnet. Die Förderung gilt für Ärzte aller Fachgruppen.

Bitte beachten Sie folgende Definition „Palliativpatient“ und den Beitrag „Abrechnung der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung“ in den KVB INFOS 9/2010 auf Seite 130: Palliativpatienten sind solche Patienten, bei denen sich das Lebensende abzeichnet (Lebenserwartung auf Tage, Wochen, Monate begrenzt) und deren ausgeprägtes Leiden einen regelmäßigen und hohen Zeitaufwand in der pflegerischen, ärztlichen, psychosozialen und spirituellen Betreuung sowie in der Kommunikation mit ihnen und ihren Angehörigen erfordert.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de/palliativ.

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

Unvorhergesehene Inanspruchnahme

Mit den Leistungen nach GOP 01100 und 01101 EBM wird die unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten zu den im EBM dargestellten Uhrzeiten beziehungsweise den genannten Wochenend- und Feiertagen vergütet.

Um diese GOPen abrechnen zu können, muss die Leistungserbringung unvorhergesehen erfolgen und nicht wie bei der GOP 5 im EBM 96 zu den genannten Unzeiten sowie für Besuche und Visiten mit Unterbrechung der Sprechstundentätigkeit. „Unvorhergesehen“ beinhaltet immer, dass die Initiative vom Patienten ausgehen muss – ohne Beeinflussung oder Veranlassung des Vertragsarztes. Das heißt, dass der Vertragsarzt auf Grund der zeitlichen und örtlichen Gegebenheiten, unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit, nicht damit rechnen muss, dass er durch einen Patienten in Anspruch genommen wird. Das Merkmal der Unvorhersehbarkeit wird damit während der Sprechstundenzeiten nicht erfüllt.

Auch wenn Patienten in einer vom Arzt angebotenen Samstags- oder Sonntagsprechstunde unangemeldet erscheinen, handelt es sich nicht um eine unvorhergesehene Inanspruchnahme im Sinne der GOP 01100/01101 EBM. Hier ist lediglich am Samstag zwischen 7.00 Uhr und 14.00 Uhr die GOP 01102 EBM abrechnungsfähig.

Gleiches gilt für Visiten eines Belegarztes auf seiner Belegstation. Wenn sich der Vertragsarzt auf Station befindet, muss er generell damit rechnen, dass er von Patienten in Anspruch genommen wird. Werden Regelvisiten zu Unzeiten am Samstag oder Sonntag erbracht, sind die GOPen 01100 und 01101 EBM nicht berechnungsfähig. Wird der Vertragsarzt außerhalb seiner Sprechstundenzeiten unvorherge-

sehen durch einen Notruf auf der Belegstation angefordert, kann er hingegen – entsprechend der Leistungslegende – die GOPen 01100 EBM oder 01101 EBM ansetzen. Sucht der dann, weil er gerade auf der Belegstation ist, noch weitere Patienten auf, sind diese jedoch mit der GOP 01414 EBM abgegolten.

Die GOPen 01100 und 01101 EBM können auch nicht im Zusammenhang mit Leistungen zum Ansatz gebracht werden, die auf Grund notwendiger Terminvereinbarung vorhersehbar sind, wie beispielsweise endoskopische Untersuchungen, Vorsorgeleistungen, Testverfahren auf Demenz, Vor- und Nachuntersuchungen zu geplanten Operationen etc.

Um im Falle einer Prüfung die Richtigkeit der Abrechnung der GOP 01100 beziehungsweise 01101 EBM nachvollziehbar darstellen zu können, empfehlen wir Ihnen dringend, in den in Ihrer Praxis verbleibenden Unterlagen folgende Angaben zu dokumentieren:

- Datum und Uhrzeit der unvorhergesehenen Inanspruchnahme
- Kriterien, aus denen sich die Unvorhersehbarkeit ergibt
- beim Patienten erhobene Befunde
- veranlasste therapeutische Maßnahmen

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

Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen

Im Rundschreiben „Honorar-Ausgabe 5/2008“ vom 3. April 2008 hatten wir Sie darüber informiert, dass Sie als Arzt mit mehreren Fachgebieten oder mehreren Schwerpunkten die jeweiligen Versicherten-, Grund- beziehungsweise Konsiliarpauschalen entsprechend den Fachgebieten oder Schwerpunkten Ihrer Zulassung abrechnen können (siehe auch www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Leistungen/B€GO – EBM/B€GO-Infosystem/HTM-Version (online)/C – Beschlüsse, Rundschreiben*). Die bei dem einzelnen Patienten berechnungsfähige Versicherten-, Grund- beziehungsweise Konsiliarpauschale richtet sich danach, in welchem Fachgebiet beziehungsweise Schwerpunkt Sie tätig geworden sind.

Wir haben festgestellt, dass häufig bei Patienten, soweit sie offensichtlich in mehr als einem Fachgebiet oder Schwerpunkt behandelt wurden, zum Beispiel zwei Grundpauschalen aus verschiedenen Fachgebieten/Schwerpunkten im Behandlungsfall abgerechnet werden.

Bitte beachten Sie, dass diese Abrechnungsweise nicht korrekt ist und zu einer Plausibilitätsprüfung Ihrer Abrechnung führen kann. Haben Sie einen Patienten in mehr als einem Fachgebiet oder Schwerpunkt behandelt, wählen Sie die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale, die am ehesten der Diagnostik und/oder Behandlung des Patienten entspricht. Wir empfehlen Ihnen, sich das oben genannte Rundschreiben mit den angefügten Beispielen nochmals durchzulesen.

Bei der RLV- beziehungsweise RLV/QZV-Zuweisung wird nur ein Schwerpunkt berücksichtigt. Die Zuordnung richtet sich dabei nach dem Versorgungsschwerpunkt, mit dem Sie zur

Operative Leistungen

vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind (vergleiche Honorarvertrag, Abschnitt 2.1, Teil B, Nr. 2.2.4 im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „H“/Honorarverträge/Honorarvertrag 2010*). Ist eine eindeutige Schwerpunkttätigkeit nicht gegeben oder feststellbar, kann falls erforderlich eine Anpassung der Obergrenze durch Anerkennung einer Praxisbesonderheit beantragt werden (vergleiche Honorarvertrag, Abschnitt 2.1, Teil D, Nr. 1.2.).

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

Bei Simultaneingriffen, Revisionen und Zweiteingriffen stellen wir immer wieder fest, dass in vielen Fällen die Abrechnung nicht korrekt erfolgt. Die Abrechnung richtet sich nach den Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, insbesondere nach der Präambel im Anhang 2, Zuordnung der operativen Prozeduren (OPS) zu den Kapiteln 31 und 36.

Danach kann nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden, sofern mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg erfolgen.

Bei Simultaneingriffen (zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg) kann die durch das OP- und/oder das Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffs durch das zusätzliche Ansetzen der entsprechenden Zuschlagspositionen abgerechnet werden. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe. Bei einem Simultaneingriff kann somit immer nur eine Zuschlagsposition abgerechnet werden und nicht die Operationsziffer selbst. Werden zwei Operationsziffern nebeneinander abgerechnet, müssen wir eine Operationsziffer absetzen. Es ist daher wichtig, dass Sie immer die entsprechende Zuschlagsposition abrechnen.

Maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagspositionen bei Simultaneingriffen ist nicht die Überschreitung der kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit der Kategorie des Haupteingriffs, sondern die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffs.

Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen sind unter Angabe des Erst-OP-Datums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10-Codierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8) berechnungsfähig. Ist bei malignen Erkrankungen eine Zweitoperation (Erweiterung des Eingriffs, Nachresektion) erforderlich, so ist diese mit dem ICD-Code Z48.8 gemeinsam mit dem ICD-Code des Malignoms zu kennzeichnen.

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

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat am 23. September 2010 angeordnet, dass Arzneimittel mit dem Wirkstoff Rosiglitazon (Avandia®, Avandamei®, Avaglim®) in Deutschland ab dem 1. November 2010 nicht mehr vertrieben werden dürfen. Es setzt damit eine Empfehlung des Ausschusses für Humanarzneimittel (CHMP) bei der Europäischen Arzneimittelagentur EMA um, der nach der Bewertung aller vorliegenden Daten das gesundheitliche Nutzen-Risiko-Verhältnis von Arzneimitteln, die den Wirkstoff Rosiglitazon enthalten, als insgesamt ungünstig eingestuft hat. Ausschlaggebend waren dabei vor allem die kardiovaskulären Risiken (zum Beispiel Herzinfarkt), die bei der Anwendung von Rosiglitazon erkennbar wurden.

Patienten, die zur Zeit ein Rosiglitazonhaltiges Arzneimittel einnehmen, sollen die Anwendung nicht ohne vorherige Beratung durch ihren behandelnden Arzt beenden. Eine Umstellung der medikamentösen Behandlung betroffener Patienten sollte möglichst zeitnah erfolgen. Um die Einstellung auf eine alternative Behandlung nicht überstürzt vornehmen zu müssen, war für eine Übergangszeit bis einschließlich 31. Oktober 2010 eine Abgabe von Rosiglitazonhaltigen Arzneimittel noch möglich.

Aktualisierung der Arzneimittel-Schnellübersicht im September 2010

Mit der Neufassung der Arzneimittel-Richtlinie zum 1. April 2009 hatte die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband eine Schnellübersicht zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln nach der Arzneimittel-Richtlinie erarbeitet und zum Abruf im Arzneimittel-Infoservice der KBV unter www.kbv.de/ais/22990.html eingestellt.

Die Aktualisierung der Schnellübersicht erfolgte auf Grund neuer Beschlüsse des G-BA, die bereits in Kraft getreten sind beziehungsweise in Kürze in Kraft treten werden (TH zu Erythropoese stimulierende Wirkstoffe; Nichtbeanstandung des BMG liegt vor, Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgt demnächst).

Wurden bereits bestehende Beschlüsse geändert (zum Beispiel Erweiterung bei den Antidiarrhoika), sind die aktuellen Inhalte abgebildet. Eine Markierung, an welcher Stelle konkret die Änderung erfolgte, wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht vorgenommen.

Die Aktualisierung betrifft die folgenden Beschlüsse:

- Aliskiren
- Antidiarrhoika
- Erektile Dysfunktion (geändert in „Sexuelle Dysfunktionen“ – zum Beispiel „erektile Dysfunktion“ und in der Liste unter dem Buchstaben „S“ beziehungsweise unter Life-Style-Arzneimittel aufgenommen)
- Erythropoese stimulierende Wirkstoffe (zur Behandlung der symptomatischen Anämie bei Tumorpatienten, die eine Chemotherapie erhalten)
- Ezetimib
- Gemcitabin (in der Monotherapie des Mammakarzinoms)
- Interleukin 2 (in der systemischen Anwendung beim metastasierten malignen Melanom)
- Insulinanaloge, schnell wirkend, zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (redaktionelle Änderung)
- Insulinanaloge, lang wirkend, zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2
- Migränemittel-Kombinationen
- Octreotid (beim hepatozellulären Karzinom)
- Prasugrel

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

Aktualisierung diagnostischer Referenzwerte

Die Röntgenverordnung (RöV) sieht vor, dass bei der Untersuchung von Patienten mittels bildgebender Verfahren (Röntgen, CT) diagnostische Referenzwerte zu Grunde gelegt werden müssen. Diese Referenzwerte werden regelmäßig aktualisiert. Das Bundesamt für Strahlenschutz hat zu diesem Zweck die Mittelwerte der Patientenexposition bei den Ärztlichen Stellen gemäß Paragraph 17a RöV eingeholt.

Für folgende Untersuchungsarten wurden nun aktualisierte diagnostische Referenzwerte veröffentlicht:

- Röntgenaufnahmen an Erwachsenen
- diagnostische und interventionelle Durchleuchtungen an Erwachsenen
- CT-Untersuchungen an Erwachsenen
- pädiatrische Untersuchungen
- pädiatrische CT-Untersuchungen

Für nuklearmedizinische Untersuchungen gelten weiterhin die Werte aus dem Jahr 2003.

Die Tabellen mit den Werten zu den einzelnen Untersuchungsarten finden Sie im Internet unter www.bfs.de/de/ion/medizin/referenzwerte.html.

Bitte achten Sie darauf, die veröffentlichten Referenzwerte im Mittelwert einzuhalten, da dies ein wichtiger Faktor zur Optimierung des Strahlenschutzes ist.

Ihre Ansprechpartner:

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

Ambulante Kodierrichtlinien

Die Erfahrungen aus der Testphase zu den Ambulanten Kodierrichtlinien in Bayern haben gezeigt, dass diese in ihrer derzeitigen Form nicht praxistauglich sind. Daher hat die KVB – neben sechs anderen Kassenärztlichen Vereinigungen – in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 1. Oktober 2010 gefordert, die Ambulanten Kodierrichtlinien für ein Jahr auszusetzen. Auf Grund der Komplexität kommt es zu einem personellen und finanziellen Mehraufwand in den Praxen, der so nicht vertretbar ist.

Die Ansätze der Kodierrichtlinien sind durchaus sinnvoll und auch ihre Bedeutung für die Gesamtvergütung der Vertragsärzteschaft ist groß. Doch nun ist zunächst eine konstruktive Zusammenarbeit der KBV, der Softwarehäuser und der Ärzte notwendig, um die Handhabbarkeit in der Praxis sicherzustellen. Die Testphase in Bayern hat gezeigt, wie wichtig es vor der Einführung solcher Beschlüsse ist, diese auf ihre Praktikabilität hin zu überprüfen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 62

E-Mail Ambulante-Kodierrichtlinien@kvb.de

Änderungen in der KVB-Arztuche – Online-Anwendung „Editor“ startet

Zwei wichtige Änderungen im Online-Angebot der KVB: Die Publikations- und Teilnahmebedingungen in der Arztuche der KVB ändern sich und mit dem so genannten „Editor“ startet eine neue Online-Anwendung zur Pflege und Veröffentlichung von Arzt- und Praxisdaten.

Viele Mitglieder der KVB haben den Wunsch geäußert, mehr Einflussmöglichkeiten bei der Veröffentlichung von Daten in der KVB-Arztuche zu bekommen. Die KVB hat daher folgende Änderungen bei der Arztuche vorgenommen.

- KVB-Mitglieder erscheinen ab dem 1. März 2011 nicht mehr automatisch, sondern nur noch mit ihrer Einwilligung in der KVB-Arztuche. Das heißt, dass jedes Mitglied künftig selbst bestimmt, ob und welche Daten in der Arztuche online stehen. Wenn ein Mitglied weiterhin in der KVB-Arztuche erscheinen will, muss eine **Einwilligungserklärung** bis zum **15. Februar 2011** an die KVB geschickt werden.
- Die KVB beginnt Ende November die Einwilligungserklärung zusammen mit einem Infolyer postalisch an alle Mitglieder zu versenden. Die Einwilligungserklärung kann aber auch online über den Editor (siehe unten) abgegeben werden.
- Die Mitglieder der KVB können in der Einwilligungserklärung der Veröffentlichung von so genannten **Basisdaten** zustimmen. Dazu zählen die Basiskontaktdaten *Name, Titel, Praxisanschrift, Telefonnummer der Praxis*; die fachlichen Informationen *Fachrichtung(en) und Schwerpunkt(e), Zusatzbezeichnungen, Weiterbildungen (gemäß WBO), Genehmigungen/Vertragsangebote* (zum Beispiel Qualitätsprogramme

der Ausgezeichneten Patientenversorgung) und sonstige Informationen wie *Sprechzeiten* und *Leistungsart* (= Praxistyp wie beispielsweise Einzelpraxis).

- Ebenso hinzugefügt werden können so genannte **Zusatzdaten**. Dazu zählen die personenbezogenen Daten wie *Sprachkenntnisse* und *LANR*; betriebsstättenbezogene Angaben wie *rollstuhlgerechte Praxis, Webseite, Faxnummer, E-Mail-Adresse* und *BSNR der Betriebsstätte*. Achtung: Die Einwilligung zur Veröffentlichung der Zusatzdaten erfolgt nicht über die postalisch zugestellte Einwilligungserklärung, sondern kann im Editor selbst und für jede Angabe individuell vorgenommen werden. Personenbezogene Daten kann nur das Mitglied selbst, betriebsstättenbezogene Angaben kann jeder ärztliche Praxiskollege editieren.

Neue Online-Anwendung „Editor“

Gleichzeitig mit den Änderungen der Arztuche startet der Editor, die neue Online-Anwendung der KVB zur Pflege und Publikation von Arzt- und Praxisdaten. Mit dem Editor können die Mitglieder der KVB Daten zu ihrer Person und Informationen zu ihrer Praxis online bearbeiten.

- In vorgegebenen Rubriken können die Daten durch Anklicken und eigene Eingabe bearbeitet werden. Persönliche und praxisspezifische Angaben wie Sprachkenntnisse oder E-Mail-Adresse können so geändert, gelöscht oder neu hinzugefügt werden.
- Datenschutz: Durch einfaches Anklicken kann entschieden werden, welche Angaben zur Person oder zur Betriebsstätte in der Arztuche

der KVB veröffentlicht werden beziehungsweise welche nur der KVB bekannt sein sollen.

- Der Editor bietet mit seinen Funktionen die Möglichkeit, in der Arztuche der KVB kostenlos Praxismarketing zu betreiben. Der Vorteil für Patienten: Eine hohe Datenqualität und Aktualität sind genauso gewährleistet wie eine informative und übersichtliche Darstellung des Praxisangebots und der beruflichen Qualifikationen.
- Der Editor befindet sich im Mitgliederportal „Meine KVB“ im Bereich Praxishilfen. Nach der Anmeldung mit der persönlichen KVB-Benutzerkennung über KV-Ident oder KV-SafeNet** lässt sich die Anwendung direkt starten.

Weitere Informationen zum Editor stehen im Mitgliederportal „Meine KVB“ im Internet unter <https://mitgliederportal.kvb.de> zur Verfügung.

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

Bayerische Landesärztekammer diagnostiziert Ärztemangel

Die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) ging im Vorfeld des diesjährigen Ärztetages mit alarmierenden Zahlen an die Öffentlichkeit. So schreite der Ärztemangel in Deutschland unaufhaltsam voran. Bereits im Jahr 2020 werde es demnach 7.000 Hausärzte weniger geben, so eine aktuelle Arztzahlstudie, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer (BÄK) kürzlich vorgestellt haben. Für Bayern bedeute das, dass in den nächsten zehn Jahren rund 3.800 Allgemeinärzte/praktische Ärzte und rund 800 hausärztlich tätige Internisten ausscheiden. Derzeit gibt es in Bayern 9.181 Hausärzte, 7.551 Fachärzte für Allgemeinmedizin/praktische Ärzte und 1.630 hausärztlich tätige Internisten.

Die Lücken in der ambulanten, aber auch in der stationären ärztlichen Versorgung würden immer größer. Dieser Trend ergebe sich unter anderem aus dem Durchschnittsalter der Ärzte, das im Erhebungsjahr 2009 bundesweit bei 51,92 Jahren lag und dem Nachwuchsmangel. In Bayern liegt das durchschnittliche Hausarztalter derzeit bei 52,5 Jahre. 2.096 (23 Prozent) der bayerischen Hausärzte sind über 60 Jahre. Bei den Allgemeinärzten liegt der Gipfel in der Altersverteilung bei 58 Jahren. Knapp 50 Prozent der Allgemeinärzte sind 54 Jahre und älter. Stelle man der Zahl der Abgänge (zirka 4.600 Hausärzte) die voraussichtlichen Zugänge (zirka 3.200 Hausärzte) bis zum Jahr 2020 gegenüber, so werde es dann in Bayern etwa 1.400 Hausärzte (in Deutschland knapp 7.000) weniger geben als bisher. Schon heute sind 33 von 79 Planungsbereichen für Hausärzte zur Niederlassung offen. Über 150 Hausarztsitze warten auf einen Nachfolger und könnten im Rahmen der jetzigen Bedarfsplanung nachbesetzt werden.

Doch auch in den Kliniken seien bayernweit 750 Stellen (Deutschland etwa 5.500) unbesetzt. Die angespannte Personalsituation werde sich weiter verschärfen. In zehn Jahren gingen fast 2.800 Ober- und Chefärzte (Deutschland etwa 20.000) altersbedingt in den Ruhestand.

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

Gründer-/Abgeberforum**

Mit der Praxis in die Zukunft – Praxisentwicklung und Gestaltung**

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Patientenorientierung und Serviceverhalten am Telefon

Schwierige Situationen im Praxisalltag meistern

Kooperationen in der ärztlichen Praxis**

Gründer-/Abgeberforum für Psychotherapeuten**

Abrechnungsworkshop Urologen

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten **

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Fortbildung Impfen**

Abrechnungsworkshop Urologen

Kooperationen in der ärztlichen Praxis**

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Abrechnungsworkshop Urologen

Alles „rund ums Recht“

Datenschutz in der Praxis

Thementag: IT, Vernetzung, elektronische Dokumentation

QM-/QZ-Seminare

Regionales Moderatorentreffen

Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz

QEP-Einführungseminar für Haus- und Fachärzte

Lokales Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-gründer	kostenfrei	13. November 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. November 2010	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. November 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. November 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	20. November 2010	10.00 bis 14.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber/-gründer	kostenfrei	20. November 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	23. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	85,- Euro	24. November 2010	15.00 bis 20.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	27. November 2010	10.00 bis 14.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. Dezember 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. Dezember 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	1. Dezember 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	1. Dezember 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	1. Dezember 2010	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
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
QZ-Moderatoren	kostenfrei	8. Dezember 2010	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg

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 Abschnitts 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 intensivierte 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 Aushandigung 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/Nichteinbeziehung 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 Abgabquote 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 Arzneikostenstatistik 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 Fachbereichsgrenzen einhalten. Lediglich bei einer Versorgung im Rahmen einer Notfalldiagnostik (im Notfall oder im organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst) entfallen die Fachbereichsgrenzen (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

