

KVBINFOS

02 | 11

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 2 Abrechnungsabgabe Quartal 4/2010
- 3 Die nächsten Zahlungstermine
- 3 Zusatzpauschalen im organisierten Bereitschaftsdienst
- 3 Änderung der LKK-Diabetesvereinbarung
- 4 Fallzahlen in Diabetes-Schwerpunktpraxen
- 4 Zeitaufwand von in Teilzeit tätigen Ärzten
- 5 Zuzahlung für Heilmittel ab 1. Januar 2011
- 5 Aufforderung zur Stellungnahme durch Krankenkassen
- 10 Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2011

VERORDNUNGEN

- 6 Arzneimittelvereinbarung 2011
- 7 Aktuelles aus dem Verordnungsbereich
- 8 Sicherheit in der Arzneimitteltherapie
- 9 Arzneimittel-Härtefall-Verordnung

QUALITÄT

- 12 Röntgenverordnung: Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten
- 13 Balneophototherapie nach GOP 10350 EBM
- 14 Information aus dem G-BA
- 14 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

ALLGEMEINES

- 16 Online-Abrechnung: Appell der KVB an Systemhäuser

SEMINARE

- 17 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 18 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, dass diese 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/Abgabe Erstellung/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

Notarztsätze über emDoc

Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarztsätzen 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

Laut Vorstandsbeschluss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 14. Juli 2009 wurde die Online-Abrechnung zum 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. 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

Zusatzpauschalen im organisierten Bereitschaftsdienst

Die von der KVB ab dem Quartal 1/2010 neu eingesetzte Abrechnungsoftware OpenKV hat bei der Prüfung der Abrechnungen die vom Arzt selbst in die Abrechnung eingetragenen Zusatzpauschalen für die Besuchsbereitschaft (GOPen 01211, 01215, 01217 und 01219) zunächst gestrichen und dann automatisiert hinzugefügt.

Voraussetzung für die Abrechnung der Zusatzpauschalen ist, dass im organisierten Bereitschaftsdienst grundsätzlich Besuche durchgeführt werden können, das heißt, der Arzt muss tatsächlich bereit und in der Lage sein, einen Patienten zu Hause oder im Heim aufzusuchen. Da der KVB diese Information nicht vorliegt, kann sie die Zusatzpauschalen in Fällen, in denen die Notfallpauschale im organisierten Bereitschaftsdienst abgerechnet wurde, nicht generell zufügen.

Bitte tragen Sie die GOPen 01211, 01215, 01217 und 01219 für die Besuchsbereitschaft auch weiterhin selbst in die Abrechnung ein.

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

Änderung der LKK-Diabetesvereinbarung

Ab 1. Januar 2011 können Sie als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt gleichzeitig an der Diabetesvereinbarung mit der LKK und am Programm „diabetologisch qualifizierter Hausarzt“ teilnehmen.

Voraussetzung dafür ist, dass Sie als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2 teilnehmen sowie koordinierender Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 2 sind. In jedem Fall sind die entsprechenden Genehmigungen dafür erforderlich. Die dazugehörigen Anträge sind im Internet unter www.kvb.de/dmp eingestellt.

Wenn Sie als diabetologisch qualifizierter Hausarzt und gleichzeitig als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt an der LKK-Diabetesvereinbarung teilnehmen, kann für die Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 die Abrechnungsnummer 97155 angesetzt werden. Falls im Behandlungsfall eine der möglichen Schnittstellen gemäß der vertraglichen Leistungsbeschreibung der Betreuungspauschalen in der Diabetesvereinbarung erfüllt ist, kann daneben auch die entsprechende Betreuungspauschale angesetzt werden (zum Beispiel 97310 neben 97155).

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

Fallzahlen in Diabetes-Schwerpunktpraxen

Gemäß dem neuen DMP-Plattformvertrag, der zum 1. Juli 2010 in Kraft getreten ist, und der seit 1. Januar 2011 geltenden Diabetesvereinbarungen müssen diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte regelmäßig bestimmte Diabetiker-Fallzahlen nachweisen (siehe auch unser Service-Schreiben vom 29. Juni 2010). Als Neuerung gilt hierbei seit dem 1. Januar 2011, dass ausschließlich Patienten berücksichtigt werden können, für die Leistungen im Rahmen der Honorarabrechnung mit der KVB vergütet wurden.

Ein Patient wird für einen Arzt in der Fallzahlprüfung berücksichtigt, wenn

- der Patient gesetzlich krankenversichert ist (GKV-Patient) **und**
- aus der ICD-10-Kodierung zum selben Patienten eindeutig hervorgeht, dass eine gesicherte Diagnose Diabetes vorliegt (E10.- beziehungsweise E11.-) **und**
- der Arzt für denselben Patienten eine Leistung über die KVB abrechnet, wobei keine Einschränkung auf bestimmte Abrechnungsnummern erfolgt. Die abgerechnete Leistung muss mit der LANR des Arztes gekennzeichnet sein.

Weitere Hinweise zur Fallzahlprüfung:

- Für die Fallzahlprüfung im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 werden nur Typ-1-Patienten berücksichtigt, im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 zählen Typ-1- und Typ-2-Patienten.
- Privatpatienten und Patienten, die ausschließlich im Rahmen der hausarztzentrierten Verträge abgerechnet werden, können bei der Über-

prüfung der Fallzahlen nicht mehr berücksichtigt werden.

- Die Fallzahlen werden erstmalig für den Zeitraum der Quartale 3/2010 bis 2/2011 ermittelt. Die Prüfung erfolgt nach Ende des zweiten Quartals 2011. Danach ist die Strukturvoraussetzung der Fallzahlen regelmäßig zu erfüllen.
- Im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 wird bei der erstmaligen Prüfung der Durchschnittswert der Quartale 3/2010 bis 2/2011 bestimmt.
- Im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 müssen zur Erfüllung der Fallzahlen kontinuierlich 35 verschiedene Patienten behandelt werden (Beispiel: Für den Zeitraum 3/2010 bis 2/2011 muss nachgewiesen werden, dass in diesem Zeitraum 35 verschiedene Patienten behandelt wurden).
- Die Fallzahlen müssen durch jeden einzelnen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt persönlich erfüllt werden.
- Ärzten, die die geforderten Fallzahlen nicht erfüllen, wird die Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2 sowie in den Diabetesvereinbarungen entzogen. Sie können dann die hiermit verbundenen Leistungen für diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte in den entsprechenden Verträgen nicht weiter abrechnen.

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

Zeitaufwand von in Teilzeit tätigen Ärzten

Nach Paragraph 8, Absatz 3 der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbands zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen gilt die Abrechnung eines Arztes als auffällig und gibt Anlass zur weiteren Überprüfung, wenn bei der Zeitauswertung Folgendes festgestellt wird: Eine auffällig hohe Stundenzahl – mehr als 780 Stunden pro Arzt beziehungsweise mehr als 156 Stunden bei ermächtigten Krankenhausärzten beziehungsweise eine tägliche Arbeitszeit an mindestens drei Tagen von mehr als 12 Stunden im Quartal.

Das heißt, dass für jedes einzelne Mitglied und jeden ansonsten tätigen Arzt, dem eine LANR zugeteilt worden ist, die Leistungen auf Plausibilität geprüft werden, wenn die oben genannten zeitlichen Aufgreifkriterien erfüllt werden. Bei in Teilzeit tätigen Ärzten wird dabei der Faktor des insgesamt genehmigten Tätigkeitsumfanges zu Grunde gelegt.

Bitte beachten Sie, dass auch wenn Sie über eine Teilzulassung verfügen beziehungsweise in einer Vertragsarztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum in einer Teilzeitanstellung tätig sind, die unter Ihrer LANR abgerechneten Leistungen auf die zeitliche Nachvollziehbarkeit hin geprüft 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

Zuzahlung für Heilmittel ab 1. Januar 2011

Ab 1. Januar 2011 ändern sich die Zuzahlungsbeträge bei der Abgabe von Heilmitteln sowie die von der Zuzahlung betroffenen Gebührenordnungspositionen (GOP). Für die sensorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung) nach GOP 30300 ist keine Zuzahlung mehr zu leisten. Als zuzahlungspflichtiges Heilmittel wurde die Atemgymnastik nach GOP 30410 (Einzelbehandlung) beziehungsweise GOP 30411 (Gruppenbehandlung) neu aufgenommen. Die

Änderungen ergeben sich aus der Weiterentwicklung des zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern vereinbarten Heilmittelkatalogs. Unverändert bleibt der Eintrag mit Buchstabe „A“ (zum Beispiel 30410A) bei Patienten, die von der Zuzahlung befreit 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

Überblick über die seit 1. Januar 2011 gültigen Gebührenordnungspositionen und Beträge für die Heilmittelzuzahlungen:

GOP	Leistungslegende	Zuzahlungsbetrag**
30400	Massagetherapie	1,05 Euro
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage	1,67 Euro
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	1,42 Euro
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	0,42 Euro
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	1,42 Euro
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	0,42 Euro

**Laut Paragraph 32 Absatz 2 SGB V haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zu den Kosten der Heilmittel eine Zuzahlung an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden. Die Höhe der Zuzahlung errechnet sich nach den Preisen, die zwischen den Krankenkassen und den Heilmittelerbringern vereinbart sind.

Aufforderung Stellungnahme durch Krankenkassen

Mitglieder, die von einer Krankenkasse direkt zur Stellungnahme bezüglich ihrer Abrechnung aufgefordert werden, müssen diese nicht beantworten, wenn es sich dabei um ihre KV-Abrechnung handelt.

In den KVB INFOS 12/2009 haben wir bereits darauf hingewiesen, dass Zahlungsaufforderungen, die eine Krankenkasse beziehungsweise Organisationen mehrerer Krankenkassen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (zum Beispiel die Arbeitsgruppe gegen Abrechnungsbetrug – argab) KV-Mitgliedern zu ihrer KV-Abrechnung zusenden, gegenstandslos sind.

Anlass zu diesem erneuten Hinweis ist ein Schreiben der BKK futur, die eine Arztpraxis zur Stellungnahme bezüglich ihrer Abrechnung aufgefordert hat. Solche Aufforderungsschreiben entbehren auf Grund der eindeutig definierten Rechtsbeziehungen im Vertragsarztrecht jeder Rechtsgrundlage.

Die Krankenkassen können nur Auswertungen und Schadensfeststellungen auf der Grundlage der Abrechnungsdaten erstellen, die sie von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten. Gehen die Krankenkassen bei der Datenauswertung von Falschabrechnungen aus, sind entsprechende Prüfanträge und Hinweise ausschließlich an die KVB zu richten.

Sollten Sie von einer Krankenkasse direkt angeschrieben werden, bitten wir Sie dringend, uns zu informieren.

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

Arzneimittelvereinbarung 2011

Wie im letzten Jahr wird es auch für das Jahr 2011 keine Richtgrößenvereinbarung für Arznei- und Heilmittel geben. Gesetzliche und vertragliche Veränderungen sowie datentechnische Unsicherheiten ließen eine rechtssichere Einigung mit den bayerischen Krankenkassen nicht zu. Für diesen Fall hat der Gesetzgeber in Paragraph 106 Absatz 2 Satz 5 SGB V festgelegt, dass Richtgrößenprüfungen auf der Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben stattfinden. Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte der jeweils aktuellen Prüfungsvereinbarung unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Honorarprüfung*.

AMNOG – Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz

Bei den Vertragsverhandlungen im letzten Jahr konnten die ab 1. Januar 2011 vorgesehenen Regelungen im Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) noch nicht einfließen.

Globale und fachgruppenunabhängige Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele für 2011

KVB und Krankenkassen waren sich einig, für 2011 wiederum Leitsubstanzen, Quotierungen und maximale DDD-Kosten für bestimmte Arzneimittelgruppen als Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele zu vereinbaren. Bei Redaktionsschluss war die Arzneimittelvereinbarung für 2011 noch in Verhandlung. Sobald die Verhandlungen abgeschlossen sind, werden die Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele für 2011 auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* veröffentlicht.

Informationen vor Ort

In regionalen Informationsveranstaltungen können Sie sich persönlich über die Inhalte der Arzneimittelvereinbarung informieren und die für Sie relevanten Fragen klären. Im Januar 2011 bieten wir hierzu folgende Termine:

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

Verordnungsdaten im Vergleich

Auch in diesem Jahr werden wir Sie regelmäßig über die Entwicklung Ihrer Arzneimittelverordnungen und die Vergleichswerte Ihrer Fachgruppe informieren.

Beratung vor Ort

Auch im Jahr 2011 können Sie sich wieder in unseren für Mitglieder kostenlosen Pharmakotherapieberatungen von unseren Verordnungsexperten 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

Aktuelles aus dem Verordnungsbereich

Änderung der Arzneimittel-Richtlinie/Anlage III: Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus ausgeschlossen

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Verordnungsausschluss für die Glitazone (sowohl für Mono- als auch für Kombinationspräparate) wurde am 18. November 2010 im Bundesanzeiger veröffentlicht. Der Verordnungsausschluss tritt zum 1. April 2011 in Kraft.

Bei der Nutzenbewertung der Glitazone war das deutlich belegte Schadenspotential Grund für den Verordnungsausschluss. Studien zufolge kann die Behandlung mit Glitazonen sowohl zu Knochenbrüchen als auch zu gravierender Herzschwäche führen.

Um Patienten sowie Ärzten ausreichend Gelegenheit zur medikamentösen Umstellung zu geben, hat sich der G-BA auf eine angemessene Frist bis zum Inkrafttreten nach der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verständigt.

Beschlusstexte sowie Beschlusserläuterungen finden Sie im Internet unter www.g-ba.de/informationen/beschlusse/zum-unterausschuss/2.

Der Beschluss des G-BA zu den Gliniden lag bei Redaktionsschluss dem BMG zur Prüfung vor. Mit Schreiben vom 15. November 2010 wurde die Beanstandungsfrist unterbrochen. Bitte beachten Sie die aktuellen Veröffentlichungen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Newsletter des Gemeinsamen Bundesausschusses

Nutzen Sie schon das kostenlose E-Mail-Abonnement des G-BA? Wir empfehlen Ihnen, den Newsletter zu

abonnieren. Wählen Sie einfach aus, welche Informationen für Sie interessant sind und geben Sie Ihre Kontaktdaten unter www.g-ba.de/institution/sys/newsletter/abonnieren/register ein.

Folgende Kategorien können Sie für Ihren Newsletter auswählen:

- Bekanntmachung von Beratungsthemen
- Aktuell in Kraft getretene Beschlüsse
- Pressemitteilungen
- Monatlicher Newsletter
- Tagesordnungen der monatlichen öffentlichen Sitzungen

„Neue Arzneimittel“ – Information der AkdÄ

Seit Anfang 2009 bietet die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) den Service „Neue Arzneimittel“ an. Den kostenfreien Newsletter können Sie unter www.akdae.de in der Rubrik Service/Newsletter abonnieren.

„Neue Arzneimittel“ sind aktuelle Informationen für Ärzte über neu zugelassene Arzneimittel und Indikationen in der Europäischen Union (EU). Sie geben Auskunft zu 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 (CHMP) die für die Zulassung eines Arzneimittels durchgeführten klinischen Studien beurteilt und welche Empfehlungen er zur Anwendung des Arzneimittels gibt.

Die Ausgabe Nummer 15/2010 von „Neue Arzneimittel“ vom 12. Oktober 2010 behandelt folgende Arzneimittel:

Cholestagel® (Colesevelam)

Neu zugelassene Indikation: Zur Anwendung in Kombination mit Ezetimib, mit oder ohne ein Statin, bei erwachsenen Patienten mit primärer Hypercholesterinämie, einschließlich Patienten mit familiärer Hypercholesterinämie.

Prolia® (Denosumab)

Zur Behandlung der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit erhöhtem Frakturrisiko und zur Behandlung von Knochenschwund im Zusammenhang mit Hormonablation bei Männern mit Prostatakarzinom mit erhöhtem Frakturrisiko.

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* finden Sie in der „Linkbox Publikationen“ folgende Themen:

- Neue Arzneimittel
- Therapieempfehlungen
- Rote-Hand-Briefe
- 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

Sicherheit in der Arzneimitteltherapie

Das Bundesministerium für Gesundheit will seit Mitte 2009 mit zahlreichen Aktionen die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) verbessern. Im Mittelpunkt steht dabei ein Merkblatt, das den Patienten unter anderem empfiehlt, eine Liste all ihrer Medikamente zu führen. Wir rechnen damit, dass die Patienten ihre behandelnden Ärzte bitten, sie bei der Erstellung einer Medikamentenliste zu unterstützen.

Verteilung des AMTS-Patientenmerkblattes 12/2010

- Beilage in der VdK-Zeitung des Sozialverbands VdK, Auslage in den VdK-Geschäftsstellen
- Auslage in allen Apotheken
- Verteilung über die Helios-Kliniken
- Beilage als Plakat in der Pharmazeutischen Zeitung und in der Deutschen Apotheker Zeitung
- Beilage als Plakat im Deutschen Ärzteblatt

Informationen für Behandler

Das Deutsche Ärzteblatt beschreibt die Aktion in der Ausgabe vom 10. Dezember 2010. Das Patientenmerkblatt und den Aktionsplan „AMTS 2010 – 2012“ finden Sie im Internet unter www.ap-amts.de.

Medikamentenplan – Aktionsbündnis Patientensicherheit

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), bei der die Koordinierungsgruppe zum Aktionsplan „AMTS 2010 – 2012“ eingerichtet ist, und der Sozialverband VdK verweisen auf den Medikationsplan des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Diesen kann man im Internet unter www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/apsside/Medikamentenplan.pdf als Vordruck herunterladen und elektronisch ausfüllen.

Hintergrund

Die am Aktionsplan beteiligten Institutionen konnten sich bislang nicht auf einen gemeinsamen Medikationsplan verständigen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat sich bis zuletzt dafür eingesetzt, ein gemeinsames Patientenmerkblatt zu entwickeln. Die KBV fordert, dass Ärzte analog zu der von der KBV favorisierten Wirkstoffverordnung lediglich den Wirkstoff in den Medikationsplan eintragen. Als Arzt können Sie bei der Verordnung auf Grund der verschiedenen Rabattverträge schließlich nicht wissen, welches Arzneimittel der Patient in der Apotheke erhält.

Die Alternativen

- Patientenflyer „Arzneimittel konsequent und richtig einnehmen“ der KVB mit Medikamentenliste

Der Flyer enthält Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie und will vor allem die Patienten stärker mit einbeziehen. Die Verordnung von Arzneimitteln durch mehrere Ärzte soll transparenter werden, indem die Patienten alle eingenommenen Arzneimittel eintragen und die Liste beim Arztbesuch vorlegen.

- Medikamentenliste der Praxissoftware

Das in der Praxissoftware enthaltene Arzneimittelmodul und der oben genannte KVB-Flyer unterstützen Sie bei der Behandlung Ihrer Patienten.

Qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung

Analysieren Sie gemeinsam mit Ihren Patienten, ob der Medikamentenplan

beibehalten, geändert oder ergänzt werden muss, um Doppelverordnungen und unerwünschte Wechselwirkungen zu vermeiden. Sie leisten so einen wichtigen Beitrag zu einer sicheren Versorgung. Gleichzeitig kommen Sie damit Ihrer Informationspflicht über die Medikation der Versicherten nach (Paragraph 8 Absatz 4 Arzneimittel-Richtlinie).

Um Sie praxisnah informieren zu können, setzen wir auf Ihre Erfahrungen. Senden Sie uns deshalb Ihre Anregungen und Vorschläge per E-Mail mit dem Betreff „Arzneimitteltherapiesicherheit“ an Verordnung@kvb.de.

Den Patientenflyer der KVB mit der Medikamentenliste finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimitteltherapiesicherheit*.

Sie können den Flyer auch per E-Mail an Verordnung@kvb.de mit dem Betreff „Medikamentenliste“ bestellen. Bitte beachten Sie, dass die Bestellung auf 20 Exemplare pro Praxis beschränkt ist.

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

Arzneimittel-Härtefall-Verordnung

Für schwer kranke Patienten ohne therapeutische Alternativen wurde durch die Arzneimittel-Härtefall-Verordnung (AMHV) die Möglichkeit geschaffen, Zugang zu neuen Arzneimitteltherapien zu erhalten, die sich derzeit noch in klinischer Prüfung befinden und für die bislang noch keine Zulassung besteht.

Im Rahmen dieses Härtefallprogramms können Sie einer bestimmten Patientengruppe Arzneimittel von pharmazeutischen Unternehmen (nach bestätigter Anzeige bei einer Bundesoberbehörde) zur Verfügung stellen, wenn für das Arzneimittel ausreichende Hinweise auf Wirksamkeit und Sicherheit vorliegen und klinische Studien durchgeführt werden beziehungsweise ein Antrag auf Zulassung innerhalb der EU gestellt wurde.

Seit dem 5. November 2010 sind auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) – neben dem Paul-Ehrlich-Institut eine der beiden zuständigen Bundesoberbehörden – zwei bestätigte Arzneimittel-Härtefallprogramme gemäß Paragraph 4 AMHV eingestellt:

- Jevtana® (Wirkstoff Cabazitaxel) zur Behandlung des metastasierten hormonrefraktären Prostatakarzinoms bei Patienten, die zuvor mit einer Docetaxel-basierten Chemotherapie behandelt wurden
- Scenesse® (Wirkstoff Afamelantoid) zur Behandlung der erythropoetischen Protoporphyrurie

Falls Sie einem Ihrer Patienten eine der oben genannten Therapieoptionen zugänglich machen möchten, kontaktieren Sie bitte den Ansprechpartner des jeweiligen Herstellers, der mit Ihnen das weitere Vorgehen klären wird.

Die Ansprechpartner und weitere Informationen zur AMHV finden Sie auf der Internetseite des BfArM unter www.bfarm.de in der Rubrik Arzneimittel/Vor der Zulassung/Härtefallprogramme.

Die Arzneimittel-Härtefall-Verordnung schließt die Kostenübernahme zu Lasten der GKV per Gesetz aus, da der Antragsteller des Härtefallprogramms nach Paragraph 21 Absatz 2 Nummer 6 AMG verpflichtet ist, die Arzneimittel unter den genannten Voraussetzungen kostenlos zur Verfügung zu stellen.

Die Verordnung gilt nicht für Einzelimporte gemäß Paragraph 73 Absatz 3 AMG sowie den Einsatz von Arzneimitteln in nicht zugelassenen Indikationen (Off-Label-Use) nach Paragraph 35b Absatz 3 SGB V.

Können Patienten noch in laufende klinische Studien integriert werden, dürfen sie nicht am Arzneimittel-Härtefallprogramm teilnehmen. Die Verordnung ist am 22. Juli 2010 in Kraft getreten und regelt die Umsetzung für ein „Compassionate-Use“-Programm (Arzneimittel-Härtefallprogramm) nach Artikel 83 der Verordnung (EG) Nummer 726/2004 auf nationaler Ebene.

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

Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2011

Die vertragsärztlichen Leistungen werden im Jahr 2011 nach der regionalen Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet. Grundlage der Bayerischen Euro-Gebührenordnung ist der vom Bewertungsausschuss beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dem der Inhalt der ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander festgelegt sind.

Aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen und dem regionalen Punktwert ergibt sich die Bayerische Gebührenordnung mit Europeisen. Regional, also zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Landesverbänden der Krankenkassen, wurde für das Jahr 2011 ein einheitlicher bayerischer Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent vereinbart. Der bayerische Punktwert entspricht dem vom Erweiterten Bewertungsausschuss auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert für das Jahr 2011.

In dieser Ausgabe der KVB INFOS geben wir Ihnen die Bayerische Euro-Gebührenordnung auf Basis des Punktwertes von 3,5048 Cent bekannt. Die Bekanntmachung des bayerischen Punktwertes erfolgt unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch die Vertragspartner.

Die Bayerische Euro-Gebührenordnung und weitere Informationen finden Sie auf der beigefügten CD-ROM:

- B€GO: Bayerische Euro-Gebührenordnung auf Basis des EBM, gültig ab 1. Januar 2011 (B€GO-Informationssystem als CHM-Datei, Stand 10. Dezember 2010)
- Übersicht über die Gebührenordnungspositionen des EBM mit den Punktzahlen des Quartals 1/2011

und den bayerischen Euro-Preisen ab Quartal 1/2011 (Stand 10. Dezember 2010)

- Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu den EBM-Änderungen zum 1. Januar 2011
- Fachgruppen-Informationssystem mit Informationen zu den Neuerungen und Änderungen zum 1. Januar 2011 (Stand 10. Dezember 2010)
- Adobe Reader

Abweichend von der Version auf der CD-ROM können sich durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach Redaktionsschluss noch Änderungen des EBM ergeben. Eine laufend aktualisierte Fassung des B€GO-Informationssystems kann von Ihnen als KVB-Mitglied unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Leistungen/B€GO-EBM* im geschützten Mitgliederbereich eingesehen und heruntergeladen werden. Für den Zugriff benötigen Sie Ihre entsprechenden Zugangsdaten. Stellen Sie das EBM-Informationssystem bei Bedarf auch Ihrem Praxispersonal zur Verfügung. Klicken Sie hierzu einfach die Download-Version (CHM) an und speichern Sie diese auf Ihrem Laufwerk. Die Übertragung der derzeit zirka 50 MB großen Datei kann je nach Verbindung einige Minuten in Anspruch nehmen.

Auf der auf Seite 11 angebrachten CD-ROM und auf unserer Internetseite finden Sie auch unser elektronisches Fachgruppen-Informationssystem als Online- sowie als Download-Version (Stand 10. Dezember 2010), mit dem wir Sie schnell und aktuell über die Ihre Arztgruppe betreffenden Änderungen und Neuerungen rund um den EBM informieren.

Der EBM ist auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de eingestellt.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de



Sollte auf dieser Seite keine CD-ROM mit der Bayerischen Euro-Gebührenordnung mehr angebracht sein, können Sie diese selbstverständlich kostenlos per E-Mail an info@kvb.de nachbestellen.

Röntgenverordnung: Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten

Bei der Untersuchung und Behandlung mittels bildgebender Verfahren (Röntgen, CT) müssen nach der Röntgenverordnung (RöV) Aufbewahrungszei-

ten für verschiedene Aufzeichnungen eingehalten werden. Halten Sie bitte diese Fristen unbedingt ein. Nur so erfüllen Sie die gesetzlichen Bestim-

mungen. In der folgenden Tabelle haben wir eine Übersicht für Sie zusammengestellt.

Röntgenverordnung: Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten

Bereich	Betreff	Art und Umfang der Dokumentation	Aufbewahrungsfrist	Nachweis RöV
Qualitätssicherung bei Röntgeneinrichtungen zur Untersuchung von Menschen	Gewährleistung der Konstanz der Anlage (Überprüfung durch die Ärztliche Stelle)	Aufzeichnungen über Abnahmeprüfungen (AP) und Teilabnahmeprüfungen (TAP) und regelmäßige Konstanzprüfungen (KP) wie Konstanz von Bildqualität und Dosisbedarf	AP und TAP inklusive Aufnahmen: Betriebsdauer Aufnahmen KP: zwei Jahre	§ 16 Abs. 4
Aufzeichnungen über Einweisung in die sachgerechte Handhabung	Sicherheitsgerichteter Betrieb von Röntgeneinrichtungen und Störstrahlern	Schriftlicher Nachweis zur Einweisung anhand einer Gebrauchsanweisung	Betriebsdauer	§ 18 Abs. 1
Aufzeichnungen über Untersuchungen von Menschen mit Röntgenstrahlen	Patientenexposition bei Röntgenuntersuchungen, Röntgenaufnahmen beziehungsweise Aufzeichnungspflichten	1. Typische Angaben in einem Röntgengebuch: Zeitpunkt, Art der Anwendung, untersuchte Körperregion, Angaben zur Ermittlung der Körperdosen und zu den technischen Einstellparametern 2. Rechtfertigende Indikation, Ergebnisse der Patientenbefragung, Befund	Generell: zehn Jahre; bei Aufzeichnungen von Minderjährigen bis zur Vollendung ihres 28. Lebensjahres	§ 28 Abs. 3
Aufzeichnungen über Behandlungen von Menschen mit Röntgenstrahlen	Patientenexposition bei Röntgenbehandlung	Grundsätzliche Inhalte wie bei „Aufzeichnungen über Untersuchungen“, zusätzlich Bestrahlungsplan/-protokoll	30 Jahre	§ 28 Abs. 3
Aufzeichnung über die Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen in der medizinischen Forschung	Probandenexposition	Grundsätzliche Inhalte wie bei „Aufzeichnungen über Untersuchungen“, zusätzlich: Probandenbefragung/-aufklärung/-einwilligung, Überwachungsmaßnahmen, medizinische Befunde	30 Jahre	§ 28c Abs. 5

Balneophototherapie nach GOP 10350 EBM

Seit 1. Oktober 2010 ist die Balneophototherapie bei der Diagnose schwere bis mittelschwere Psoriasis vulgaris nach Erteilung einer Genehmigung mit der GOP 10350 EBM abrechenbar, siehe Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie (QSV).

Ärzte, die eine Genehmigung erhalten haben, müssen bei der Durchführung der Balneophototherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung folgende Wartungs- und Abrechnungsvorgaben beachten.

Wenn ein Gerät **ohne** integrierte Sensorik betrieben wird, muss ein auf das Emissionsspektrum abgeglichenes

Handdosimeter für die zusätzlich erforderliche vierteljährliche Überprüfung der Bestrahlungsintensität vorgehalten werden.

Der Nachweis regelmäßiger Geräte- und Leuchtmittelwartung ist eine Auflage zur Genehmigung und wird jährlich stichprobenhaft durch die KVB überprüft (Paragraph 8 QSV).

Dermatologe muss anwesend sein

Die Balneophototherapie nach GOP 10350 EBM muss in einer ärztlich geleiteten Betriebsstätte (einschließlich Apparategemeinschaft) in Anwesenheit eines Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten erfolgen

(Nummer 9 der Präambel des Kapitels 10 EBM). Dermatologen, die an einer ausgelagerten Betriebsstätte Bestrahlungsgeräte für Balneophototherapien gemeinsam nutzen, müssen demnach sicherstellen, dass ein für die Balneophototherapie qualifizierter Dermatologe stets vor Ort ist.

Weitere Informationen und den Volltext der QSV finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Balneophototherapie*.

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

Auflagen zur regelmäßigen Geräte- und Leuchtmittelwartung

Gerätetyp	Wartung des Bestrahlungsgeräts (§ 6 Abs. 2 QSV)	Überprüfung der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel (Dosimetrie) (§ 6 Abs. 3 QSV)
Bestrahlungsgerät mit integrierter Sensorik (integriertes UV-Messgerät)	entsprechend den Vorgaben des Herstellers, spätestens jedoch nach zwei Jahren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Durch ein gemäß Medizinproduktebetrieberverordnung qualifiziertes Wartungsunternehmen nach 200 Betriebsstunden beziehungsweise nach einem Jahr (entscheidend ist das jeweils zuerst erreichte Kriterium) ■ Im Rahmen dieser Wartung sind die UV-Messgeräte der Arztpraxis (integrierte UV-Messgeräte) zu kalibrieren.
Bestrahlungsgerät ohne integrierte Sensorik (ohne integriertes UV-Messgerät)	entsprechend den Vorgaben des Herstellers, spätestens jedoch nach zwei Jahren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Durch ein gemäß Medizinproduktebetrieberverordnung qualifiziertes Wartungsunternehmen nach 200 Betriebsstunden beziehungsweise nach einem Jahr (entscheidend ist das jeweils zuerst erreichte Kriterium) ■ Im Rahmen dieser Wartung sind die UV-Messgeräte der Arztpraxis (Handdosimeter) zu kalibrieren. ■ Zusätzlich: vierteljährliche Überprüfung der Bestrahlungsintensität der Leuchtmittel („Dosimetrie“) mittels eines auf das Emissionsspektrum abgeglichenen Handdosimeters

Information aus dem G-BA Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

Am 2. Dezember 2010 ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL) in Kraft getreten.

Über die Inhalte der Qesü-RL haben wir in den KVB INFOS 6/2010 auf Seite 82 ausführlich berichtet (vergleiche auch www.kvb.de in der Rubrik *Presse/Publikationen/PROFUND*).

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 in Göttingen beauftragt, für ausgewählte Leistungen Qualitätsindikatoren und die Instrumente der Qualitätsmessung und -darstellung vorzubereiten. Die ersten Leistungen, für die Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die in der Arztpraxis und im Krankenhaus gelten, sind:

- Katarakt-OP
- PCI und Koronarangiographie
- Konisation des Gebärmutterhalses
- Kolorektales Karzinom

Die entsprechenden themenbezogenen Richtlinien muss der G-BA noch beschließen.

Den Volltext der Qesü-RL finden Sie unter www.g-ba.de im Informationsarchiv unter „Beschlüsse/Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung Beschlussdatum 19.04.2010 bzw. 20.05.2010“.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mehrere Änderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL) zur Förderung der Qualität von Dialysebehandlungen beschlossen, die zum 1. Januar 2011 in Kraft treten. Grund für die Aktualisierung der Richtlinie ist eine veränderte wissenschaftliche Evidenzbasis einiger Qualitätsparameter. Darüber hinaus wurde die Richtlinie, insbesondere im Hinblick auf die Datenauswertung und die Ergebnisdarstellung, optimiert.

Neuer wKt/V-Grenzwert

- Der Grenzwert für das wKt/V bei Peritonealdialyse wurde von 1,9 auf 1,7 gemäß der Leitlinien der US-amerikanischen Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) herabgesetzt. Damit ist jetzt auch in der QSD-RL der Grenzwert zur Berechnung benannt, der auf den aktuellen klinischen Empfehlungen aufbaut.
- Ergänzend wurde eine Änderung der Berechnungsvorschrift zur genaueren Abschätzung des Harnstoffverteilungsvolumens mittels WATSON-Formel zur Berechnung des wKt/V-Wertes bei Peritonealdialyse in die Richtlinie aufgenommen.
- Die genauere Berechnung des Qualitätsindikators wKt/V und die Senkung des Auffälligkeitssgrenzwertes von 1,9 auf 1,7 führen nun zu einer valideren Darstellung und besseren Beurteilungsmöglichkeit der Peritonealdialyse.

Berichte der Zentralen Datenanalysten transparenter

- Durch eine neu aufgenommene Darstellung auch der unauffälligen Ergebnisse der Kernindikatoren (wKt/V, Hb, Dialysedauer und -frequenz) werden die Berichte des Datenanalysten sowohl für Ärzte als auch für die Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigung transparenter.
- Ebenfalls neu sind unter anderem eine Darstellung von Trends und die je Kernparameter differenzierten Ergebnisdarstellungen, die zu mehr Aussagekraft der Jahresberichte führen.

Die vorgenommenen Anpassungen haben keine Auswirkungen auf die elektronischen Dokumentationssysteme der Dialyseeinrichtungen. Die Anpassungen greifen erst in der weiteren Verarbeitung der Daten beim Datenanalysten beziehungsweise beim Berichtersteller. Zusätzliche Bürokratie für die Dialyseeinrichtungen konnte so vermieden werden.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Jasmine Schmitt unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 48
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 43 48
 E-Mail Jasmine.Schmitt@kvb.de

Tag der Niedergelassenen

Das Forum für Vertragsärzte und -psychotherapeuten
beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit



Die KBV und Ihre KV laden Sie ein zum
Tag der Niedergelassenen am 13. Mai 2011 in das Berliner ICC.

11 Uhr KBV kontrovers extra: Die Praxis der Zukunft – Vernetzt auf allen Ebenen?
Politische Diskussionsrunde mit dem Vorstand der KBV

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

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

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

9.00–10.30 Uhr	Der Weg zur papierlosen Praxis: KV-Online-Powern	<input type="checkbox"/>
9.00–10.30 Uhr	Palliativversorgung in der ambulanten Medizin	<input type="checkbox"/>
9.00–10.30 Uhr	Achtung, Keime: MRSA in der ambulanten Versorgung	<input type="checkbox"/>
14.00–15.45 Uhr	QM – und wie geht es Ihrer Praxis?	<input type="checkbox"/>
14.00–15.45 Uhr	Richtig kodieren – Tipps für die Praxis	<input type="checkbox"/>
16.15–18.00 Uhr	Die CME-Fortbildungsangebote des Deutschen Ärzte-Verlags	<input type="checkbox"/>
16.15–18.00 Uhr	Modernes Investitionsmanagement für die Praxis	<input type="checkbox"/>

**Freier Eintritt zum Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte, -psychotherapeuten
und Praxispersonal. Melden Sie sich bis zum 6. Mai 2011 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

6 Fortbildungspunkte für
die Teilnahme am Tag der
Niedergelassenen
13. Mai 2011, ICC Berlin



Hauptstadtkongress 2011
Medizin und Gesundheit

11. bis 13. Mai 2011
im ICC Berlin

Online-Abrechnung: Appell der KVB an Systemhäuser

In einem Schreiben an alle Systemhäuser und Hersteller von Arztinformationssystemen hat die KVB auf die Pflicht zur Online-Abrechnung ab dem Quartal 1/2011 hingewiesen und appelliert, die Praxen bei der Umstellung zu unterstützen.

Dies betrifft im Wesentlichen folgende Bereiche:

- Offene und ehrliche Kommunikation mit den Kunden: Immer wieder erreichen die KVB Anrufe von verunsicherten Mitgliedern, denen mitgeteilt wurde, dass KV-SafeNet eine Pflicht sei. Dies trifft für Bayern nicht zu!
- Hilfestellung bei der Dateispeicherung: Viele Mitglieder wissen nicht, ob oder wo die Abrechnungsdateien im C- oder D-Laufwerk abgelegt werden. Diese Information ist für die Online-Abrechnung über „Meine KVB“ zwingend erforderlich.

Alle Informationen rund um das Thema Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Online-Abrechnung*.

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 rund um die 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 Hausärzte

Abrechnungsworkshop Anästhesisten

Abrechnungsworkshop Chirurgen

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

Kooperationen in der ärztlichen Praxis**

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

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

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Abrechnungsworkshop Hautärzte

QM-/QZ-Seminare

Lokales Moderatoren treffen (Psychotherapeuten)

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP 2010 – Was ist neu? Was ist anders? **

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Patienten- und Zuweiserbefragung**

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
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
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
Praxisinhaber	kostenfrei	5. Februar 2011	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	9. Februar 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
QZ-Moderatoren	kostenfrei	28. Januar 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
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	kostenfrei	23. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	175,- Euro	25. Februar 2011 26. Februar 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	16. März 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg

