

KVBIINFOS 09|11

ABRECHNUNG

- 110 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2011
- 111 Die nächsten Zahlungstermine
- 111 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen im Quartal 4/2011
- 112 Online-Zugriff auf Prüfstatistiken
- 112 Selbstaustellen von Abrechnungsscheinen
- 114 Darmkrebsprävention und Koloskopie
- 116 Operative Eingriffe durch Kooperations- oder Konsiliarärzte
- 116 Vergütung für „Modul Chronische Herzinsuffizienz“
- 117 Leistungen im Auftrag eines Krankenhauses
- 117 GOP 32670 – Änderung des Leistungsinhalts

VERORDNUNGEN

- 118 Neufassung der Heilmittel-Richtlinie
- 118 Rehabilitationssport und Funktionstraining
- 118 Einschränkung bei Harn- und Blutzuckerteststreifen
- 119 Festbetrag zu Escitalopram und Citalopram
- 119 Aufnahme von Fludarabin in Arzneimittel-Richtlinie
- 120 Verordnungsfähigkeit von Mistelpräparaten
- 120 Ginkgohaltige Präparate

QUALITÄT

- 121 Stichprobenprüfung PDT wird ausgesetzt
- 121 Qualitätssicherung kurative Mammographie

ALLGEMEINES

- 126 Anfragen von Krankenkassen
- 127 Einreichung DMP-Dokumentationen
- 127 Lieferengpässe bei eGK-Lesegeräten
- 128 Privatliquidation bei GKV-Versicherten
- 128 KVB-Postfach: Neue Servicefunktionen
- 128 Neues Muster 10 (Laborüberweisung)

SEMINARE

- 129 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 130 Die nächsten Seminartermine der KVB

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2011

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2011 bis spätestens **Montag, den 10. Oktober 2011**, online über das Portal „Meine KVB“ (KV-Safenet** oder KV-Ident) oder über D2D. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Online-Abrechnung*.

Bitte überzeugen Sie sich vor der Übermittlung Ihrer Abrechnung, dass diese vollständig und korrekt ist. 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 die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung 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.

Sollten Sie trotzdem nach erfolgter Übermittlung Ihrer Abrechnung feststellen, dass Sie noch einen nachträglichen Berichtigungs- oder Ergänzungswunsch haben, schicken Sie uns Ihren Änderungswunsch bitte sofort zu. Sofern uns Ihr Wunsch innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin erreicht, können wir die Änderungen noch in Ihrer aktuellen Abrechnung berücksichtigen.

Nach den aktuell gültigen Abrechnungsbestimmungen der KVB (Paragraph 3 Absatz 3) gilt Folgendes:

- (3) Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung eines bereits eingereichten Behandlungsfalles ist unbeschadet der Absätze 1 und 2 durch den Vertragsarzt innerhalb eines Monats nach Ablauf der von der KVB zur Einreichung der Abrechnung festgesetzten Frist zulässig. Ausnahmsweise kann die Abrechnung noch nach dem Ende dieser Frist berichtigt oder ergänzt werden, wenn dies*
- *innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheides und der Richtigstellungsmitteilung beantragt wird,*
 - *die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und*
 - *die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.*

Die Gesamtversion finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“*.

Korrekturwünsche (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 2) senden Sie bitte an folgende Adresse:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unter-

schriebene Sammelerklärung (bitte das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung/Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht der einzureichenden Scheine steht Ihnen das Merkblatt „Besondere Kostenträger“ zur Verfügung. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe – Erstellung/Besondere Kostenträger*.

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, haben Sie 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.

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich ausschließlich auf Ihre Abrechnung, **nicht** auf die elektronische Dokumentation der Qualitätsmaßnahmen der KVB innerhalb der „**Ausgezeichneten Patientenversorgung**“. Bei

Die nächsten Zahlungstermine

folgenden Qualitätsmaßnahmen gilt für Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. Oktober 2011** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch, Schmerztherapie und Sonografie in der Schwangerschaftsvorsorge.

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 - 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 - 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 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 „Notarzdienst-Abrechnung“ 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

- 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 im Quartal 4/2011

Nach den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner aktuellen Fassung gelten für die psychotherapeutischen Fachgruppen weiterhin die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 4/2011 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	32.040
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	31.300
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.650
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	32.090

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 - 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 - 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

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

Online-Zugriff auf Prüfstatistiken

Das CoC Honorarprüfung erhält viele Anfragen von Ärzten, die wissen möchten, wo Vergleichszahlen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zu finden sind. Deshalb stellt die KVB ihren Mitgliedern eine aktualisierte Übersicht zur Verfügung. Sie können in SmarAkt aus der Prüfsakte (analog zur Abrechnungsakte) folgende Statistiken (ab Quartal 1/2010) einsehen.

Prüfstatistiken Honorar (unter PSt. Prüfsakte BSNR – PG):

- Häufigkeitsstatistik Arzt ambulant
- Häufigkeitsstatistik Arzt stationär
- Gesamtübersicht Arzt ambulant
- Gesamtübersicht Arzt stationär
- Entwicklung Abrechnungswerte

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Verordnungsweise (unter PSt. Prüfsakte BSNR – PG):

Hinweis: Bereitstellung voraussichtlich ab November 2011. Diese Statistiken sind Unterlagen der unabhängigen Prüfungsstelle Ärzte Bayern. Die KVB stellt diese ausschließlich als Serviceleistung für ihre Mitglieder zur Verfügung.

- Arzneikostenstatistik Arzt GKV
- Heilmittelstatistik Arzt GKV
- Häufigkeitsstatistik nach Heilmittelpositionsnummern Arzt GKV
- Entwicklung der Verordnungswerte
- Arzneimittelliste GKV
- Arzneimittelgruppenliste GKV

Der Erstellungszeitpunkt der Verordnungsstatistiken ist abhängig von der Datenlieferung der Kassen an

die Prüfungsstelle Ärzte Bayern. Normalerweise stehen die Statistiken zirka neun Monate nach Quartalsende zur Verfügung. Aufgrund der Verträge nach Paragraph 73b SGB V kann es zu erheblichen Verzögerungen kommen, da Kosten für eingeschriebene Patienten von der Kasse aus den Daten bereinigt werden müssen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Selbstaustellen von Abrechnungsscheinen

Patienten sind grundsätzlich verpflichtet, bei jedem Arztbesuch die elektronische Gesundheitskarte beziehungsweise die Krankenversichererkarte oder einen anderen gültigen Behandlungsausweis (zum Beispiel Überweisungsschein) vorzulegen. Geschieht dies nicht und der Patient legt nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme einer Behandlung eines dieser Dokumente vor, ist der Arzt berechtigt, die erbrachten Leistungen dem Patienten privat in Rechnung zu stellen. Die Abrechnung von Leistungen zu Lasten der Krankenkasse ist in diesem Fall nicht zulässig. Wird bis zum Ende des Quartals eines der genannten Dokumente vorgelegt, ist eine vom Patienten bereits gezahlte Vergütung zurückzuzahlen.

Die Abrechnung von Leistungen ohne Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte, der Krankenversichererkarte oder eines anderen gültigen Behandlungsausweises – also auf einem selbst ausgestellten Abrechnungsschein – ist nur in den in der Tabelle auf Seite 113 dargestellten Fällen möglich. Der Tabelle können Sie die Sachverhalte und die anzulegenden Datensätze entnehmen.

In anderen Fällen ist das Selbstaustellen von Abrechnungsscheinen nicht zulässig.

Vom Selbstaustellen ist das Ersatzverfahren zu unterscheiden. Das Ersatzverfahren ist anzuwenden, wenn bei einer Notfallbehandlung oder bei der ersten Arzt-Patienten-Begegnung im Quartal die Krankenversichererkarte oder die elektronische Gesundheitskarte nicht verwendet werden kann. Im Ersatzverfahren ist der entsprechende Abrechnungsschein anzulegen (also

zum Beispiel im organisierten Bereitschaftsdienst ein Datensatz Notfalldienst/Vertretung/Notfall (Satzart 0104) mit der Scheinuntergruppe „41“).

Weitere Informationen zum Ersatzverfahren finden Sie in Anhang 1 der Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen

Gesundheitskarte unter www.kbv.de in der Rubrik Rechtsquellen/Bundemantelverträge/Anlage 4a BMV-Ä/EKV Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte.

Informationen zur Praxisgebühr finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe*

– *Erstellung/Praxisgebühr*. Hier ist eine Stichwortsammlung zum Thema eingestellt.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Sachverhalt	Anzulegender Datensatz	Praxisgebühr?
Briefe, Kassenanfragen, Kosten ohne Arzt-Patienten-Kontakt im gesamten Quartal	Ambulante Behandlung (Satzart 0101) – Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „00“	Nein, keine Eintragung durch Praxis erforderlich
Befundanforderung durch einen anderen Arzt (GOP 01430B) ohne Arzt-Patienten-Kontakt im gesamten Quartal	Ambulante Behandlung (Satzart 0101) – Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „00“	Nein, keine Eintragung durch Praxis erforderlich
GOPen 01430, 01435, 01820, ohne Arzt-Patienten-Kontakt im gesamten Quartal	Ambulante Behandlung (Satzart 0101) –Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „00“	Ja, Praxisgebühr ist zu erheben
Telefonische Beratungen ohne persönliche Kontakte im Quartal (ausschließlich GOPen 01214, 01216, 01218)	Ambulante Behandlung (Satzart 0101) – Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „00“	Ja, Praxisgebühr ist zu erheben
Quartalsübergreifende Laboruntersuchungen ohne Arzt-Patienten-Kontakt in dem Quartal der Untersuchung	Ambulante Behandlung (Satzart 0101) – Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „00“	Nein, Eintrag der GOP 80040
Quartalsübergreifende Auswertung eines selbst aufgezeichneten Langzeit-EKG – ohne Arzt-Patienten-Kontakt in dem Quartal der Auswertung	Ambulante Behandlung (Satzart 0101) – Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „00“	Nein, Eintrag der GOP 80040
Zahnarzt überweist formlos an einen Vertragsarzt, der nur auf Überweisung tätig werden kann	Überweisung (Satzart 0102) – Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „24“, in der Feldkennung 4219 ist der Name des Zahnarztes anzugeben	Nein, keine Eintragung durch Praxis erforderlich
Patient kommt ohne Überweisung, es ist aber erkennbar, dass eine Behandlung im Zusammenhang mit einer 115b-Leistung anfällt. Die Abrechnung eines weiteren Datensatzes für „Ambulante Behandlung“ ist systemtechnisch nicht möglich (entsprechend unserem Rundschreiben vom Februar 2007)	Überweisung (Satzart 0102) – Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „20“ und Abrechnung der GOP 88115	Nein, keine Eintragung durch Praxis erforderlich

Darmkrebsprävention und Koloskopie

In den KVB INFOS 1-2/2010 hatten wir Sie bereits mit einer Übersicht über die einzelnen Leistungen und die korrespondierenden bayerischen Regelungen/Qualitätsprogramme sowie gegebenenfalls Genehmigungsvoraussetzungen informiert. Zur Klarstellung der Abrechnungsvoraussetzungen gehen wir in dieser Ausgabe nochmal auf die Leistungsinhalte der betreffenden Gebührenordnungspositionen (GOPen) ein.

GOP 01734: Untersuchung auf Blut im Stuhl

Grundlage: Paragraph 37 Absatz 2 oder Absatz 4 Satz 1 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

- Versicherte haben ab dem 50. Lebensjahr bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anspruch auf die jährliche Durchführung eines Schnelltests auf okkultes Blut im Stuhl.
- Versicherte haben ab dem 55. Lebensjahr, wenn sie das Koloskopieangebot nicht in Anspruch nehmen, Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Schnelltests auf okkultes Blut im Stuhl.

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) und der
- GOP 40150 (Kostenpauschale für drei ausgegebene Testbriefchen, wenn die Leistungen entsprechend der GOPen 01734 oder

32040 nicht erbracht werden konnten) berechnungsfähig.

GOP 01740: Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms

Grundlage: Paragraph 38 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

- Der Arzt soll den Versicherten möglichst bald 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 55. Lebensjahr sollen die Versicherten eine weitere Beratung über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms erhalten.

Obligater Leistungsinhalt (möglichst bald nach Vollendung des 55. Lebensjahres):

- 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

GOP 01741: Koloskopischer Komplex gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Grundlage: Paragraph 37 Absatz 3, Paragraph 40, Paragraph 41 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

- Versicherte ab dem 55. Lebensjahr haben 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 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien).

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 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

Besonderheiten

- Die präventive Koloskopie ist auch nach der GOP 01741 abrechnungsfähig, wenn aufgrund 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.

GOP 01742: Zuschlag zur GOP 01741 für Abtragung von Polypen

Grundlage: Paragraph 40 Absatz 2 Satz 2 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

- Die Polypektomie soll in medizinisch indizierten Fällen während der screening-koloskopischen Untersuchung erfolgen.

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.

GOP 13421: Zusatzpauschale Koloskopie

Grundlage: Koloskopie als kurative Leistung

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

GOP 13422: Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie

Grundlage: kurative Leistung

Obligater Leistungsinhalt

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

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)

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Operative Eingriffe durch Kooperations- oder Konsiliarärzte

Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurden vielfältige Kooperationsmöglichkeiten eröffnet. Eine dieser Möglichkeiten ist die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Krankenhäuser beschäftigen zunehmend gegen Honorar Ärzte mit Facharztweiterbildung für die Erbringung bestimmter Leistungen. Auch niedergelassene Ärzte können als Kooperations- oder Konsiliararzt für ein Krankenhaus tätig werden. Allgemein werden diese Ärzte unter dem Begriff „Honorarärzte“ zusammengefasst (zu dem Thema siehe auch Deutsches Ärzteblatt, Heft 21 vom 27. Mai 2011).

In diesem Zusammenhang ist nun die Frage aufgetreten, wie Hausärzte präoperative Untersuchungen berechnen können, wenn diese von einem Konsiliar- oder Kooperationsarzt benötigt werden. Grundsätzlich gilt, dass Leistungen, die von Konsiliar- oder Kooperationsärzten gegen Honorar für ein Krankenhaus erbracht werden, Leistungen des Krankenhauses bleiben. Somit gelten auch für Honorarärzte die Regelungen wie für Krankenhäuser. Für präoperative Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 31010 bis 31013 bedeutet dies:

Ambulante Operationen

Das Krankenhaus führt im Rahmen des Vertrages nach Paragraph 115b (AOP-Vertrag) ambulante Operationen durch und benötigt vor der Operation notwendige, nicht fachgebietsbezogene Leistungen (also nicht auf das Gebiet der Operation bezogene Leistungen). Hier kann das Krankenhaus die präoperativen Untersuchungen an einen niedergelassenen Vertragsarzt mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des Vordrucks

Muster 6 überweisen. Der Hausarzt kann auf dieser Auftragsüberweisung die präoperativen Untersuchungen nach den GOPen 31010 bis 31013 berechnen.

Stationäre Operationen

Wird die Operation im Rahmen einer vollstationären Krankenhausbehandlung durchgeführt, sind nach den Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes die präoperativen Untersuchungen nach den GOPen 31010 bis 31013 nicht berechnungsfähig.

Hinweis: Ist ein Eingriff als ambulante Operation geplant und wurden die präoperativen Untersuchungen mittels Auftragsüberweisung angefordert, können die GOPen 31010 bis 31013 berechnet werden. Stellt sich erst zu einem späteren Zeitpunkt heraus, dass die Operation nicht ambulant durchgeführt werden kann, zum Beispiel weil sich der Gesundheitszustand des Patienten verschlechtert hat, muss die Abrechnung der GOPen 31010 bis 31013 nicht korrigiert werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Vergütung für „Modul Chronische Herzinsuffizienz“

Die ursprünglich bis zum 30. Juni 2011 befristeten Behandlungspauschalen zum Modul Chronische Herzinsuffizienz (Abrechnungsnummern 92699H und 92699M) im DMP KHK können weiterhin von koordinierenden Ärzten abgerechnet werden. In Verhandlungen mit den Kassen wurde vereinbart, diese Leistungen bis zum 31. Dezember 2011 zu verlängern.

Wichtig: Abrechnungsvoraussetzung ist die erfolgreich absolvierte Online-Fortbildung zur Chronischen Herzinsuffizienz auf der KVB-Fortbildungsplattform Cura Campus®. Die Behandlungspauschalen können erst ab dem Tag abgerechnet werden, an dem die Lernerfolgskontrolle bestanden wurde. Eine nicht bestandene Lernerfolgskontrolle kann jeweils im Folgequartal wiederholt werden.

Außerdem ist zu beachten, dass die Abrechnung der Pauschalen nicht automatisch über die DMP-Dokumentation erfolgt, sondern dass die oben genannten Abrechnungsnummern vom Arzt selbst angesetzt werden müssen.

Weitere Informationen zum Modul Chronische Herzinsuffizienz finden Sie in den KVB INFOS 7-8/2010 auf Seite 100. Informationen zur Online-Fortbildung finden Sie im Internet unter www.kvb.de/dmp-trainer.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail info-dmp@kvb.de

Leistungen im Auftrag eines Krankenhauses

In den KVB INFOS 7-8/2011, Seite 99, haben wir bereits über die Leistungen im Auftrag eines Krankenhauses berichtet. Hierzu haben uns vonseiten unserer Mitglieder einige Rückfragen zur Abrechenbarkeit der Gebührenordnungspositionen (GOPen) 31010 bis 31013 im Zusammenhang mit Leistungen nach Paragraph 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) erreicht.

Um eventuell bestehende Missverständnisse auszuräumen, möchten wir folgende Punkte klarstellen:

- Die GOPen 31010 bis 31013 sind im Zusammenhang mit ambulanten und belegärztlichen Operationen abrechenbar. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um ambulante Operationen handelt, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung oder im Rahmen von Paragraph 115b SGB V im Krankenhaus durchgeführt werden.
- Als Vorbereitung auf eine stationär durch eine Hauptabteilung eines Krankenhauses durchzuführende Operation sind die GOPen 31010 bis 31013 **nicht** abrechnungsfähig.

Im Zusammenhang mit einem Eingriff nach Paragraph 115b SGB V können Sie zudem weitere prä-, intra- und postoperative Leistungen abrechnen, wenn Sie vom Krankenhaus per **Definitionsauftrag** zur Leistungserbringung beauftragt werden. Bei einem Definitionsauftrag handelt es sich um einen Überweisungsschein (Muster 6), auf dem Art und Umfang der zu erbringenden Auftragsleistungen konkret angegeben sind. Fordert das Krankenhaus Leistungen an, ohne einen entsprechenden Definitionsauftrag auszustellen, dürfen die beauftragten Leistungen

nicht zulasten der GKV abgerechnet werden.

Hinweis: Lesen Sie zu diesem Thema auch den Beitrag: „Operative Eingriffe durch Kooperations- oder Konsiliarärzte“ mit der Berechnung präoperativer Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 31010 – 31013 auf Seite 116).

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail VuS-Vertragspolitik@kvb.de

GOP 32670 – Änderung des Leistungsinhalts

Bei einer zunehmenden Anzahl von immunsuppressiv wirkenden Medikamenten wird in den Fachinformationen vor Anwendung des Medikaments ein Ausschluss einer latenten oder aktiven Tuberkulose gefordert. Dieser Entwicklung wurde durch Änderung des Leistungsinhalts der Gebührenordnungsposition 32670 „Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo Stimulation mit Antigenen spezifisch für Mycobacterium tuberculosis-complex“ zum 1. Oktober 2011 Rechnung getragen.

Ab dem vierten Quartal 2011 kann diese quantitative Bestimmung vor der Einleitung einer Behandlung mit einem Arzneimittel, für das der Hersteller in seiner Fachinformation den Ausschluss einer latenten oder aktiven Tuberkulose fordert, durchgeführt und abgerechnet werden (siehe GOP 32670: Änderung des Leistungsinhalts, erster Spiegelstrich).

Der Beschluss der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen beziehungsweise der Partner des Bundesmantelvertrags wurde im Deutschen Ärzteblatt, Heft 30 vom 29. Juli 2011, veröffentlicht.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Neufassung der Heilmittel-Richtlinie

Zum 1. Juli wurde die Heilmittel-Richtlinie überarbeitet. Im Vergleich zur bisherigen Version zeigt die Neufassung keine wesentlichen Änderungen. Der Richtlinientext wurde in Form von Paragraphen neu gegliedert. Der alte Begriff „Schädigung/Funktionsstörung“ wurde durch „funktionelle/strukturelle Schädigung“ ersetzt.

Auch der Heilmittelkatalog (Teil 2 der Heilmittel-Richtlinie) wurde kaum verändert. Die inhaltlichen Anpassungen beziehen sich auf die notwendigen Klarstellungen aus dem gemeinsamen Fragen-/Antworten-Katalog des GKV-Spitzenverbands und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die wesentlichen Änderungen finden Sie zusammengefasst in unserer Publikation „Verordnung aktuell vom 27. Juli 2011 – Neufassung der Heilmittel-Richtlinie zum 1. Juli 2011“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnung/Verordnung aktuell/2011*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Seit 1. Juli 2011 gibt es einen neuen Verordnungsvordruck. Bitte beachten Sie, dass es für das Muster 56 eine Stichtagsregelung zum 1. Juli 2011 gab, das heißt, alte Vordrucke können nicht aufgebraucht werden.

Die Änderungen im Überblick

Vorderseite

- Zeit- und Mengenangaben sind Richtwerte
- Angabe der „Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten“
- Bei weiteren Verordnungen für Reha-Sport und Funktionstraining ist eine entsprechende Begründung einzutragen.

Rückseite

- Bei Reha-Sport in Herzgruppen wurde der Umfang der geforderten Angaben reduziert.
- Die Angaben zum „Antrag auf Kostenübernahme“ wurden von der Vorderseite des Formulars auf die Rückseite verschoben.
- Der Punkt „28 Übungseinheiten (Richtwerte) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen“ hat keine gesonderte Position bei der Kostenübernahmeerklärung erhalten und wird daher in den drei Feldern für „Übungseinheiten“ von der jeweiligen Krankenkasse als genehmigt gekennzeichnet.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Einschränkung bei Harn- und Blutzuckerteststreifen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, die Verordnungsfähigkeit von Harn- und Blutzuckerteststreifen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, einzuschränken. Der Beschluss tritt zum 1. Oktober 2011 in Kraft. Harn- und Blutzuckerteststreifen dürfen nicht-insulinpflichtigen Typ 2-Diabetikern nur noch verordnet werden, wenn eine instabile Stoffwechsellage vorliegt.

Dies kann gegeben sein:

- bei interkurrenten Erkrankungen oder
- bei Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko

Für diese Ausnahmefälle gilt: grundsätzlich bis zu 50 Teststreifen je Behandlungssituation.

In der Beschlussbegründung führt der G-BA weiter aus, dass diese Verordnungseinschränkung auch im Rahmen der Teilnahme an strukturierten Schulungsprogrammen im DMP gilt. Bei einem Gestationsdiabetes handelt es sich definitionsgemäß nicht um einen Diabetes mellitus Typ 2, er wird daher von dieser Regelung nicht erfasst.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Festbetrag zu Escitalopram und Citalopram Aufnahme von Fludarabin in Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Neubildung der Festbetragsgruppe „Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Gruppe 1“ in Stufe 2 beschlossen. Die Wirkstoffe Escitalopram und Citalopram sind in dieser Festbetragsgruppe zusammengefasst. Beide Wirkstoffe werden zur Behandlung der Depression eingesetzt. Die Studienlage zeigte keine signifikante und klinisch relevante therapeutische Verbesserung von Escitalopram im Vergleich zu Citalopram, sodass eine Eingruppierung von Escitalopram in die Festbetragsgruppe erfolgt ist. Der Festbetrag wurde zum 1. Juli 2011 festgesetzt.

Im Falle von Cipraxel® (Escitalopram) hat der pharmazeutische Hersteller den Preis nicht abgesenkt. Neben der eigentlichen Zuzahlung muss der Patient die Mehrkosten im Vergleich zum Festbetrag tragen. Um Mehrkosten für Ihre Patienten zu vermeiden, müssten Ihre Patienten gegebenenfalls auf andere Antidepressiva umgestellt werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) in der Anlage VI um „VI. Anwendung von Fludarabin bei anderen als in der Zulassung genannten niedrig beziehungsweise intermediär malignen B Non-Hodgkin-Lymphomen (B-NHL) als chronische lymphatische Leukämien (CLL)“ beschlossen. Der Beschluss ist am 7. Mai 2011 in Kraft getreten.

In den tragenden Gründen zu diesem Beschluss finden sich folgende Hinweise:

Ein zulassungsüberschreitender Einsatz (Off-Label-Use) von intravenösem Fludarabin ist bei geeigneten Patienten mit niedrig oder intermediär malignen Lymphomen der B-Zellreihe begründet, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Lymphomerkrankung ist refraktär auf CHOP (mit oder ohne Rituximab) oder
- bei Patienten, die für CHOP nicht geeignet sind, ist das Lymphom refraktär auf mindestens eines der folgenden Alkylanzien-haltigen Standardtherapien Chlorambucil, Bendamustin, CVP (= COP) (jeweils mit oder ohne Rituximab).

Für den zulassungsüberschreitenden Einsatz werden folgende Therapie-schemata empfohlen:

- Fludarabin-Monotherapie oder
- FC (Fludarabin, Cyclophosphamid), beide bei Resistenz der Lymphomerkrankung auf Alkylanzien-haltige Therapien (mit oder ohne Rituximab) bei Patienten, die für CHOP nicht geeignet sind und

- FCM (Fludarabin, Cyclophosphamid, Mitoxantron) bei Resistenz der Lymphomerkrankung auf CHOP (mit oder ohne Rituximab), insbesondere bei Patienten mit follikulären NHL oder Mantelzell-NHL.

Zur Verstärkung der Wirksamkeit wird bei allen drei Therapieschemata bei CD20-positiven NHL die Kombination mit Rituximab empfohlen, jeweils 375 mg/m² vor Kursbeginn.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Verordnungsfähigkeit von Mistelpräparaten

Grundsätzlich können Sie für die in der Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) – OTC-Übersicht – aufgeführten Indikationsgebiete bei schwerwiegenden Erkrankungen auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie verordnen, sofern die Anwendung der Arzneimittel für diese Indikationsgebiete nach dem Erkenntnisstand als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist.

Der Streit über die Auslegung der OTC-Übersicht zu Mistelpräparaten ist beigelegt. Das Bundessozialgericht (BSG) entschied, dass die Einschränkung auf „in der palliativen Therapie (...) zur Verbesserung der Lebensqualität“ sowohl für phytotherapeutisch als auch anthroposophisch eingesetzte Mistelpräparate gilt.

In der Anlage I der AM-RL (OTC-Übersicht) ist geregelt, dass Mistelpräparate, parenteral, auf Mistellectin normiert, nur in der palliativen Therapie bei malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität ausnahmsweise verordnet werden dürfen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft derzeit, ob eine entsprechende Änderung der AM-RL notwendig ist oder ob aufgrund des BSG-Urteils zukünftige Fehlinterpretationen auch mit der aktuellen Formulierung ausgeschlossen sind.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Ginkgohaltige Präparate

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Konkretisierung der Nummer 20 – Ginkgo-biloba-Blätter-Extrakt – der OTC-Ausnahmeliste beschlossen. Der Beschluss ist am 9. Juni 2011 in Kraft getreten.

Hintergrund für diese Ergänzung ist eine Bewertung des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zum Nutzen von Ginkgo bei Behandlung der Demenz. In den Studien zeigte sich ein Nutzen für die Dosierung von 240 mg Ginkgo-biloba-Extrakt täglich. Der neue Richtlinien-Text lautet deshalb: „Ginkgo-biloba-Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert, 240 mg Tagesdosis) nur zur Behandlung der Demenz.“

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Stichprobenprüfung PDT wird ausgesetzt

Auf Grundlage der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (PDT) war die KVB bislang verpflichtet, in regelmäßigen Abständen eine stichprobenhafte Überprüfung der ärztlichen Dokumentation durchzuführen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich nunmehr mit dem GKV-Spitzenverband darauf geeinigt, diese Prüfung zunächst bis zum 30. Juni 2014 auszusetzen. Die Änderung trat bereits zum 1. Juli 2011 in Kraft.

Möglich wurde diese Vereinbarung durch das konstant hohe Qualitätsniveau, das bei den bisherigen Überprüfungen ermittelt wurde. Dank des nachgewiesenen hohen Qualitätsstandards kann damit nun – nach bereits erfolgter Aussetzung der Stichprobenprüfung im Bereich CT im April dieses Jahres – ein weiterer Schritt der Entbürokratisierung des Praxisalltags erfolgen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Manuela Ritter unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 28
E-Mail Manuela.Ritter@kvb.de

Qualitätssicherung kurative Mammographie

Die Qualitätsvereinbarung nach Paragraph 135, Absatz 2 SGB V zur kurativen Mammographie („Mammographie-Vereinbarung“) wurde geändert: Die Neufassung ist zum 1. April 2011 in Kraft getreten und ersetzt die seit dem 1. Januar 2007 geltende Mammographie-Vereinbarung.

In den KVB INFOS 5/2011 haben wir Sie über die grundsätzlichen Neuerungen informiert, bei denen es sich in erster Linie um Änderungen und Vereinfachungen der Bestehenskriterien für die Fallsammlungsprüfungen handelte. An dieser Stelle möchten wir die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation (Stichprobenprüfung) anhand eines Auszugs aus der Mammographie-Vereinbarung (Paragraph 12) näher erläutern. Die geänderten Textpassagen zur BIRADS-Klassifikation (Absatz 4, Buchstabe g) sind fett gedruckt.

(1) Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation umfasst die Qualität der mammographischen Untersuchung mit ihren diagnostischen Informationen sowie die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Fragestellung, Indikationsstellung und Befundung.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung fordert vom Arzt die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen der abgerechneten kurativen Mammographien von zehn Patientinnen (jeweils beide Mammae in den Ebenen medio-lateral-oblique und cranio-caudal) an. Bei Ärzten, denen nach dem Inkrafttreten der Vereinbarung eine Genehmigung erteilt wurde, erfolgt die erstmalige Anforderung der Dokumentationen innerhalb von sechs Monaten. Die Überprüfung der ärztlichen Dokumenta-

tion des Arztes muss spätestens 24 Monate nach der erfolgreichen Teilnahme an der letzten Überprüfung wiederholt werden.

(3) Die Auswahl der Dokumentationen erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung auf der Grundlage der Abrechnungsunterlagen unter Angabe des Namens der Patientin und des Tages der durchgeführten Mammographie. Der Zeitraum zwischen der Anforderung der Dokumentation und dem Tag, an dem die Mammographie durchgeführt worden ist, soll in der Regel vier Monate nicht überschreiten.

(4) Aus den vorgelegten Mammographiedokumentationen müssen hervorgehen:

- a) Anamnese
- b) Indikation zur Mammographie
- c) Klinischer Untersuchungsbefund
- d) Aufnahmetechnische Bedingungen (zum Beispiel Aufnahme-spannung, Empfindlichkeit des Film-Folien-Systems)
- e) Beschreibung der auffälligen Bildinhalte
- f) Lokalisation des Befundes (Distanz zur Mammille in Millimeter, Winkel nach dem Uhrzeigerprinzip) und seine Ausdehnung
- g) Die Befundung ist nach folgendem Schema vorzunehmen:
 - Kategorie 1: unauffällig
(Es liegen keine Merkmale vor, die auf eine benigne oder maligne Veränderung hinweisen.)
 - Kategorie 2: benigner Befund
(Die Veränderung weist typische benigne Merkmale auf.)
 - Kategorie 3: wahrscheinlich benigner Befund
(Die Veränderung ist mit hoher Wahrscheinlichkeit benigne.
Die Konstanz des Befundes ist sicherzustellen.)

- Kategorie 4: suspekte Veränderung
(Die Veränderung weist zwar keine typischen Merkmale für Malignität auf, aber ein Karzinom ist nicht ausreichend auszuschließen. **Histologische Sicherung empfohlen.**)
 - Kategorie 5: hochgradig malignitätsverdächtiger Befund
(Die Veränderung weist typische Merkmale für Malignität auf. **Angemessene Maßnahmen sind zu ergreifen.**)
- h) Ergebnisse der durchgeführten Zusatzuntersuchungen (Mammasonographie, Spezialaufnahmen, Kernspintomographie, zytologische/histologische Untersuchung)
- i) Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen
- (5) Die Beurteilung der schriftlichen und bildlichen Dokumentation erfolgt nach Anlage IV einerseits je Aufnahme, soweit es die Parameter der Bildqualität betrifft, sowie andererseits je Mamma, soweit es die Schlüssigkeit der Indikationsstellung, der Mammographieaufnahmen und der Befundung betrifft.
- (6) Die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation werden ausschließlich dann erfüllt, wenn
- a) keine Beurteilung der Stufe III und weniger als 13 Beurteilungen der Stufe II erfolgt sind oder
 - b) eine Beurteilung der Stufe III und weniger als 12 Beurteilungen der Stufe II erfolgt sind.
- (7) Werden die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation nicht erfüllt, müssen
- a) Ärzte, bei denen mindestens 13 Beurteilungen der Stufe II und keine Beurteilung der Stufe III oder mindestens 12 Beurteilungen der Stufe II und eine Beurteilung der Stufe III erfolgt sind, innerhalb von sechs Monaten und
 - b) Ärzte, bei denen mindestens zwei Beurteilungen der Stufe III erfolgt sind, innerhalb von drei Monaten
- an einer erneuten Überprüfung der ärztlichen Dokumentation teilnehmen. Zeigt die Überprüfung der Dokumentation erneut Mängel nach Absatz 6, ist die Genehmigung mit der Mitteilung über die festgestellten Mängel zu widerrufen. Nach Widerruf der Genehmigung kann der Arzt frühestens nach Ablauf von sechs Monaten einen Antrag auf erneute Genehmigung stellen.
- (8) Ergeben sich zum Beispiel aus mangelnder Kooperation der Patientin, aufgrund anatomischer Besonderheiten oder Spezialaufnahmen (zum Beispiel rein seitliche, mediolaterale, präoperative Aufnahmen) eingeschränkte Interpretationen der Bilddokumentation, gelten diese nicht als Mängel nach Anlage IV, soweit die Gründe für diese Mängel aus der vorgelegten schriftlichen Dokumentation hervorgehen.
- (9) Das Ergebnis der Überprüfung der Dokumentation wird durch die Kassenärztliche Vereinigung dem Arzt innerhalb von vier Wochen mitgeteilt. Der Arzt muss über die bestehenden Mängel informiert und eingehend beraten werden, in welcher Form die Mängel behoben werden können. Die Beratung zur Behebung von technischen Mängeln kann mit Zustimmung des Arztes auch in seiner Arztpraxis durchgeführt werden.
- Die nachfolgenden Tabellen geben Ihnen einen Überblick über die Kriterien für die Dokumentations-

prüfung inklusive der Neuerungen. Diese gelten bei Mammographien, die ab dem 1. April 2011 erbracht wurden. Bei Aufnahmen, die vorher entstanden sind, kommen die Kriterien der zuvor gültigen Mammographie-Vereinbarung zur Anwendung.

Weitere Informationen zur Mammographie-Vereinbarung finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik Rechtsquellen/Qualitätssicherung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Bettina Haberäcker unter
 Telefon 0 89 / 57 093 – 35 16
 E-Mail Bettina.Haberäcker@kvb.de

Stufe I – regelgerechte Mammographie	
1. Medio-lateral-oblique Aufnahme (MLO)	
a) Brust einschließlich Cutis, Subcutis, Drüsenkörper und Fettgewebe vollständig abgebildet	Neu: „Parenchym“ wurde durch „Drüsenkörper“ ersetzt
b) Pektoralismuskel relaxiert und bis in Höhe der Mamille abgebildet (Pectoralis-Nipple-Line 'a')	
c) Pektoralismuskel im richtigen Winkel abgebildet ($> 10^\circ$)	Neu: Neuer Grenzwert
d) Mamille im Profil abgebildet (Kriterium nicht anwendbar, wenn die Mamille sich nicht eindeutig darstellt)	
e) inframammäre Falte dargestellt (Kriterium nicht anwendbar, wenn eine Darstellung aus anatomischen Gründen nicht möglich ist und dies dokumentiert ist)	
2. Cranio-caudale Aufnahme (CC)	
a) Brust einschließlich Cutis, Subcutis, Drüsenkörper und Fettgewebe adäquat abgebildet (Pectoralis-Nipple-Line 'b', $b > a - 15 \text{ mm}$)	Neu: „Parenchym“ wurde durch „Drüsenkörper“ ersetzt
b) Mamille im Profil abgebildet (Kriterium nicht anwendbar, wenn die Mamille sich nicht eindeutig darstellt)	
c) Mamille mittig oder leicht nach medial oder lateral zeigend ($< 20^\circ$) (Kriterium nicht anwendbar, wenn die Mamille dezentral angelegt ist und dies dokumentiert ist)	
3. Ausreichende Beschriftung	
■ Patienten-Identifikations-Daten	
■ Projektions- und Seitenangabe	
■ Aufnahmedatum	
4. Korrekte Belichtung und Kontrast	
Für analoge Bilderstellung mit Filmfoliensystemen gilt: Geringe Überbelichtung ist akzeptabel, wenn keine Information verloren geht. (Die Messung der optischen Dichte erfolgt in unklaren Fällen mit einem Densitometer im diagnostisch relevanten Bereich: $D_{\text{opt.}} < 0,6$ Unterbelichtung, $D_{\text{opt.}} > 2,5$ Überbelichtung)	
5. Gute Kompression (scharfe Abbildung der Drüsenkörperstrukturen und adäquates Aufspreizen des Drüsengewebes)	
6. Keine Bewegungsunschärfen	
7. Für die analoge Bilderstellung mit Filmfoliensystemen gilt: Keine oder geringe Entwicklungs- oder Handhabungsartefakte. Für die digitale Bilderstellung (CR und DR-Systeme) gilt: Keine Detektor- oder Ausleseartefakte im diagnostisch relevanten Bereich.	Neu: Unterscheidung zwischen analoger und digitaler Bilderstellung
8. Keine Hautfalten oder Hautfalten im geringen Umfang	
9. Symmetrische oder gering asymmetrische Aufnahmen einer Ebene, das heißt rechte und linke Brust sollen Spiegelbilder bei der Betrachtung darstellen.	
10. Indikationsstellung, Mammographieaufnahmen und Befundung sind schlüssig.	

Stufe II – eingeschränkt (geringe Mängel)	
1. Medio-lateral-oblique Aufnahme (MLO)	
a) Brust einschließlich Cutis, Subcutis und Fettgewebe unvollständig abgebildet	Neu: Dieser Passus ist neu aufgenommen
b) Pektoralismuskel nicht bis in Höhe der Mamille abgebildet	
c) Pektoralismuskel nicht im richtigen Winkel abgebildet	
d) Mamille nicht im Profil abgebildet (Kriterium nicht anwendbar, wenn die Mamille sich nicht eindeutig darstellt)	
e) Inframammäre Falte nicht dargestellt (Kriterium nicht anwendbar, wenn eine Darstellung aus anatomischen Gründen nicht möglich ist und dies dokumentiert ist)	
2. Cranio-caudale Aufnahme (CC)	
a) Brust einschließlich Cutis, Subcutis, Drüsenkörper und Fettgewebe nicht adäquat abgebildet ($b < a - 15 \text{ mm}$)	Neu: „Parenchym“ wurde durch „Drüsenkörper“ ersetzt
b) Mamille nicht im Profil dargestellt (Kriterium nicht anwendbar, wenn die Mamille sich nicht eindeutig darstellt)	
c) Mamille zeigt mehr als 20° nach medial oder lateral (Kriterium nicht anwendbar, wenn die Mamille dezentral angelegt ist und dies dokumentiert ist)	
8. Ausgeprägte Hautfalten	
9. Deutlich asymmetrische Aufnahmen (dieses Kriterium ist nur auf eine der beiden Aufnahmen einer Ebene anwendbar)	
10. Indikationsstellung, Mammographieaufnahmen und Befundung sind eingeschränkt schlüssig (dieses Kriterium ist nur auf eine der beiden Aufnahmen einer Mamma anwendbar).	

Stufe III – unzureichend (schwerwiegende Mängel)	
1. Medio-lateral-oblique Aufnahme (MLO)	
a) Diagnostisch relevante Drüsenkörperanteile nicht abgebildet	Neu: Dieser Passus ist neu formuliert
b) Pektoralismuskel nur am Rand erfasst	
2. Cranio-caudale Aufnahme (CC)	
a) Diagnostisch relevante Drüsenkörperanteile nicht abgebildet	Neu: Dieser Passus ist hier neu aufgenommen
c) Größere Anteile des axillären Ausläufers nicht abgebildet und Mamille zeigt mehr als 20° nach lateral	
3. Unzureichende Beschriftung	
4. Unterbelichtung oder erhebliche Überbelichtung oder unzureichender Kontrast:	
■ Bildinformationsverluste im diagnostisch relevanten Bereich	Neu: Unterscheidung zwischen analoger und digitaler Bilderstellung
■ Für analoge Bilderstellung gilt zusätzlich: D _{opt.} < 0,6 Unterbelichtung, D _{opt.} > 2,5 Überbelichtung	
5. Unzureichende Kompression	
6. Unschärfen durch Bewegung	
7. Artefakte, welche die diagnostische Aussage einschränken (zum Beispiel durch Überlagerung anderer Körperstrukturen)	
8. Ausgeprägte Hautfalten, welche die diagnostische Aussage einschränken	
10. Indikationsstellung, Mammographieaufnahmen und Befundung sind nicht schlüssig (dieses Kriterium ist nur auf eine der beiden Aufnahmen einer Mamma anwendbar).	

Anfragen von Krankenkassen

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, Anfragen der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zu beantworten, wenn diese zur Erfüllung deren gesetzlicher Aufgaben erforderlich sind. Dies gilt sowohl für Anfragen, für die ein Vordruck vereinbart ist, als auch für solche, für die kein Vordruck existiert. Gibt es keinen Vordruck, muss die Krankenkasse die konkrete Rechtsgrundlage für die Anfrage und die Vergütungsregelung für den Vertragsarzt angeben. Fehlen diese Angaben, muss der Arzt die Anfrage nicht beantworten.

Die wichtigsten Regelungen im Einzelnen:

Generelle Rechtsgrundlagen

Grundsätzlich ist der Vertragsarzt befugt und verpflichtet, die zur Durchführung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen schriftlichen Informationen (Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten) auf Verlangen an die Krankenkasse (Paragraph 36 Absatz 1 BMV-Ä) oder den MDK (Paragraph 62 Absatz 2 BMV-Ä) zu übermitteln.

Welche Auskünfte über seine Patienten darf der Vertragsarzt an Dritte weitergeben?

Eine gewisse Rechtssicherheit für den Vertragsarzt bei der Übermittlung von patientenbezogenen Sozialdaten gibt die Vordruckvereinbarung als Teil der Bundesmantelverträge. Hier wurden zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband Vordrucke für eine Reihe von Sachverhalten inhaltlich festgelegt, deren Angaben die Krankenkassen benötigen und die die Ärzte formalisiert ausfüllen können.

Was ist, wenn die Krankenkasse keinen vereinbarten Vordruck verwendet?

Es ist zulässig, dass sich Krankenkassen mit Anfragen auf nicht vereinbarten Vordrucken an die Vertragsärzte wenden (Paragraph 36 Absatz 1 BMV-Ä). Bedingung ist jedoch, dass die Krankenkassen angeben, gemäß welcher Bestimmungen des Sozialgesetzbuches oder anderer Rechtsvorschriften die Übermittlung der Information zulässig ist.

Dabei muss die Krankenkasse alle Rechtsgrundlagen für die Auskunftserteilung benennen. Eine standardmäßige Verweisung auf Paragraph 284 Absatz 1 Nummern 4 und 7 oder auf Paragraph 100 SGB X, die die Auskunftspflicht generell regeln, reicht dafür nicht aus. Es muss auch benannt werden, aus welcher gesetzlichen Vorschrift sich die Aufgabe der Kasse ergibt, zu deren Bearbeitung es der Auskunft bedarf. Wird diese Übermittlungsgrundlage nicht ganz konkret benannt, sind der Vertragsarzt beziehungsweise der Vertragspsychotherapeut nicht zur Auskunft verpflichtet.

Wie wird die Beantwortung der Anfragen vergütet?

Vereinbarte Vordrucke, kurze Bescheinigungen und Auskünfte sind vom Vertragsarzt ohne besonderes Honorar gegen Erstattung von Auslagen (zum Beispiel Porto) auszustellen, es sei denn, dass eine andere Vergütungsregelung vereinbart wurde (Paragraph 36 Absatz 2 BMV-Ä).

Eine solche „andere Vergütungsregelung“ findet sich in der Vordruckvereinbarung unter der Nummer 1.2.

Bei vereinbarten Vordrucken:

„Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten auf besonderes Verlangen der Krankenkassen beziehungsweise des Medizinischen Dienstes sind – sofern keine gesonderten Regelungen bestehen – nur nach den Leistungspositionen des Abschnitts 1.6 ‚Schriftliche Mitteilungen, Gutachten‘ (...) berechnungsfähig, die auf den vereinbarten Vordrucken angeben sind.“

„Kurze Bescheinigungen und Auskünfte auf vereinbarten Vordrucken ohne entsprechenden Aufdruck sind ohne besonderes Honorar, gegebenenfalls gegen Erstattung von Auslagen, auszustellen.“

Bei nicht vereinbarten Vordrucken:

„Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten dürfen (...) auf nicht vereinbarten Vordrucken nur ausnahmsweise angefordert werden. (...) Dabei soll die Krankenkasse angeben, nach welcher Gebührennummer die erbetene Auskunft berechnet werden kann. Hierfür ist maßgebend, ob es sich um eine kurze Auskunft handelt, die weder einen besonderen Arbeitsaufwand erfordert noch gutachtliche Fragestellungen enthält, was es in der Praxis kaum geben dürfte, da nahezu jede Auskunft einen Rechercheaufwand in der Patientenkartei erfordert – diese ist ohne besonderes Honorar zu erteilen –, oder ob es sich um eine Anfrage handelt, die inhaltlich die Anforderung einer Leistung des Abschnitts 1.6 ‚Schriftliche Mitteilungen, Gutachten‘ (...) des EBM erfüllt und danach zu vergüten ist.“

Müssen auch Befunde und ärztliche Gutachten an die Kassen weitergegeben werden?

Einreichung DMP-Dokumentationen

Für die Anforderung von Daten durch den MDK ist Muster 11 der Vordruckvereinbarung vorgesehen. Die ärztliche Schweigepflicht gilt auch gegenüber der Krankenkasse. Diese ist gelockert, wenn die Kasse Informationen benötigt und diese durch den MDK prüfen und beurteilen lässt. Daher sind medizinische Inhalte immer an den MDK zu senden, entweder direkt oder über die Krankenkasse in einem verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung an den MDK.

Zur Abgabe von gutachterlichen Äußerungen, etwa wie sich der Krankheitsverlauf in der Zukunft entwickeln wird, ist der Vertragsarzt aufgrund der Auskunftspflicht nicht verpflichtet.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Seit Anfang August können Sie DMP-Dokumentationen, die über eine Praxis-Verwaltungs-Software erstellt wurden, über das KVB-Abrechnungsportal „ONDES“ bei der DMP-Datenstelle Bayern einreichen.

Der Upload über KV-SafeNet** (V2: <https://192.168.127.10/ondes>; V3: <https://dienste.kvb.kv-safenet.de/ondes>) beziehungsweise über KV-Ident (<https://dienste.kvb.de/ondes>) funktioniert in zwei Schritten:

Schritt 1: Wählen Sie den Menüpunkt „Datei(en) einreichen“ und anschließend „DMP“.

Schritt 2: Laden Sie Ihr verschlüsseltes Dokumentationsarchiv (*.zip, *.xkm) und die dazugehörige Begleitdatei (*.idx) hoch.

Sie erhalten umgehend eine Empfangsbestätigung über den erfolgreichen Upload. Unter dem Menüpunkt „Einreichungsübersicht“ finden Sie eine Übersicht über die von Ihnen erfolgreich eingereichten DMP-Dokumentationsarchive.

Natürlich besteht alternativ auch weiterhin die Möglichkeit, das KVB-Dokumentationsportal „OPAL“ für Ihre DMP-Dokumentationen zu nutzen oder Ihre verschlüsselten Dokumentationen per E-Mail an die DMP-Datenstelle Bayern zu schicken. Bei einem Versand per E-Mail profitieren Sie zusätzlich von einer sofortigen qualifizierten Rückmeldung über Anzahl, Art und Status der eingereichten Dokumentationen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 40
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 41
E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Lieferengpässe bei eGK-Lesegeräten

Einige Terminalhersteller haben derzeit Lieferengpässe, was zur Folge hat, dass Sie das gewünschte Kartenlesegerät für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) unter Umständen nicht bis zum 30. September 2011 in Ihrer Praxis installieren können. Um zu verhindern, dass Ihnen hieraus Nachteile entstehen, haben sich der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung am 17. August 2011 darauf geeinigt, dass es für die Beantragung der Förderpauschalen ausreicht, wenn die Geräte bis zum 30. September 2011 bestellt werden. Es ist nicht erforderlich, dass die Kartenterminals zu diesem Zeitpunkt bereits voll funktionsfähig in den Praxen installiert sind.

Die KVB empfiehlt allen noch ungeschlüssigen Ärzten sich zeitnah für eine der folgenden Optionen zu entscheiden:

- **Förderungsfähiges eHealth-BCS-Terminal:** Bitte fordern Sie hierfür eine Bestätigung der Bestellung an, bevor Sie die Pauschalen beantragen.
- **Nicht-förderungsfähiges MKT+ Gerät**
- **Kein neues Lesegerät:** eGKs können somit nicht eingelesen werden.

Wichtig ist, dass Förderanträge sowohl elektronisch als auch unterschrieben per Post bis zum 30. September 2011 bei der KVB eingereicht werden. Später eingehende Anträge sowie Anträge ohne Unterschrift werden bei der Auszahlung nicht berücksichtigt. Eine Verlängerung des Förderzeitraums wird es nach derzeitigem Stand nicht geben.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 01 80 5 / 00 90 64*

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

**Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Privatliquidation bei GKV-Versicherten

Eine GOÄ-Honorarvereinbarung mit einem GKV-Versicherten beinhaltet nicht den Wunsch, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Der ausdrückliche Wunsch eines GKV-Versicherten, auf eigene Kosten behandelt zu werden, ist vor Beginn der Behandlung schriftlich zu dokumentieren. Darauf hat das Amtsgericht München hingewiesen. Eine niedergelassene Fachärztin für Chirurgie hatte für operative Leistungen eine Honorarvereinbarung nach Paragraph 2 Absatz 2 GOÄ mit ihrem gesetzlich versicherten Patienten geschlossen. Dabei wurde ein von der üblichen Gebührenregelung der GOÄ abweichender Gebührensatz für die operativen Leistungen vereinbart. Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch die Krankenkasse möglicherweise nicht beziehungsweise nicht in vollem Umfang gewährleistet sei. Nach den Ausführungen des Amtsgerichts reiche eine solche Honorarvereinbarung für das Entstehen eines Anspruchs auf privatärztliche Vergütung nicht aus. Denn der ausdrückliche Wunsch des Versicherten, auf eigene Kosten privatärztlich behandelt zu werden, gehe aus einer reinen Honorarvereinbarung nicht in ausreichendem Maße hervor. Nur wenn die mit einem Versicherten abgeschlossene Honorarvereinbarung seinen ausdrücklichen Wunsch nach privatärztlicher Behandlung und Privatliquidation der ärztlichen Leistung trotz eines bestehenden Versicherungsschutzes im Rahmen der GKV dokumentiere, dürfe der Vertragsarzt von einem GKV-Versicherten eine Vergütung fordern, Paragraph 18 Absatz 8 Nummer 2 BMV-Ä, Paragraph 21 Absatz 8 Nummer 2 BMV-Ä/EK. (AG München, Urteil vom 28. April 2010, Aktenzeichen 163 C 34297/09 – rechtskräftig).

KVB-Postfach: Neue Servicefunktionen

Seit Mitte April 2011 bietet die KVB ihren Mitgliedern eine komfortable und schnelle Möglichkeit des Informationsaustausches: Mit Hilfe eines eigenen elektronischen Postfachs im Mitgliederportal „Meine KVB“ können Nachrichten und Mitteilungen der KVB zeitnah, sicher und übersichtlich übermittelt werden. Inzwischen wurde der Service rund um das KVB-Postfach erweitert: Ab sofort werden die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten über ihr Postfach benachrichtigt, sobald ihre Abrechnungsunterlagen in SmarAkt zum Download bereit stehen. Darüber hinaus übermittelt die KVB inzwischen auch die arztbezogenen (LANR-bezogenen) Bescheide ohne Schriftformerfordernis über das KVB-Postfach. Viele wichtige Unterlagen, darunter zahlreiche Genehmigungen, stehen so deutlich schneller als bisher bereit.

Weitere Vorteile sind:

- Erhalt zusätzlicher Service-Informationen, die nicht postalisch übermittelt werden.
- E-Mail Benachrichtigung: KVB-Mitglieder können sich per E-Mail an eine frei wählbare E-Mail-Adresse über ihre Posteingänge in ihrem KVB-Postfach informieren lassen.
- Einfaches Einrichten: Die Unterlagen zur Eröffnung des individuellen KVB-Postfachs finden sich im Mitgliederportal „Meine KVB“. Weitere Informationen sind unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KVB-Postfach* erhältlich.
- Höchste Datensicherheit: Dank der Anbindung über KV-SafeNet** oder KV-Ident entspricht

die Online-Übermittlung der Nachrichten den höchsten Anforderungen an Datenschutz und -sicherheit. Beim Abruf vertraulicher Nachrichten lässt sich der Sicherheitsstandard durch die zusätzliche Einrichtung einer Kennwortabfrage (SmarAkt-PIN) nochmals erhöhen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 40
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 41
 E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Neues Muster 10 (Laborüberweisung)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat uns darüber informiert, dass das Muster 10 (Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung) zum 1. Januar 2012 überarbeitet wird. Das Muster 10A (Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften) bleibt unverändert.

Bitte beachten Sie bei der Planung von Vordruckbestellungen, dass ab dem 1. Januar 2012 nur noch das neue Muster 10 verwendet werden kann. Ein Aufbrauchen der alten Vordrucke ist nicht möglich. Detaillierte Informationen über die Änderungen finden Sie in der Dezemberausgabe der KVB INFOS.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 E-Mail VuS-Vertragspolitik@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. bieten wir kompakte 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 den neuen Guidelines
- Erfahrene Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkte
- Umfangreiche Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

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)
- Alle interessierten Ärzte, die sich auf richtiges Handeln in Notfallsituationen vorbereiten möchten

Modul I

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

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine:

- Samstag, 22. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Nürnberg
- Samstag, 3. Dezember 2011
KVB-Bezirksstelle in Augsburg

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 bis 20.00 Uhr

Termine:

- Mittwoch, 21. September 2011
Fachhochschule 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, 28. September 2011
KVB-Bezirksstelle in Nürnberg
- Mittwoch, 26. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Regensburg

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

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die nebenstehenden Seminare nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB darstellen.

Informationen zu KVB-Seminaren

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 0 89 / 57 09 34 00 - 20

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
09 11/ 9 46 67 - 3 23
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 89 / 57 09 34 00 - 21

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.

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

KVB-Seminare

Mit der Praxis in die Zukunft – Praxisentwicklung und Gestaltung*

Patientenorientierung und Serviceverhalten am Telefon

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte*

Abrechnungsworkshop Hals-Nasen-Ohren-Ärzte

Gründer-/Abgeberforum für Psychotherapeuten*

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Aktive Praxissteuerung – betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

Fortbildung Impfen*

Verordnungen – Workshop für Praxismitarbeiter

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

Aktive Praxissteuerung – betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte*

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Prüfungen im Vertragsarzbereich – Hintergründe und Strategien

QM-/QZ-Seminare

Vorbereitung auf die Zertifizierung/Re-Zertifizierung

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Hygienemanagement in Arztpraxen

„MRSA - positiv!“ Informationsveranstaltung für die Praxis*

QEP-Einführungssseminar für Haus- und Fachärzte

Lokales Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	23. September 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	23. September 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	120,- Euro	24. September 2011	9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. September 2011	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. September 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. September 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. September 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. September 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	85,- Euro	5. Oktober 2011	15.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	5. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	120,- Euro	8. Oktober 2011	9.00 bis 16.30 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. Oktober 2011	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	14. September 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	135,- Euro	17. September 2011	9.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	21. September 2011	14.30 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	23. September 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	23. September 2011 24. September 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	30. September 2011	16.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg

