

KVBINFOS 2012



Bild: iStockphoto.com

JAHRESINHALTSVERZEICHNIS 2012

	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
ABRECHNUNG			
Abrechnung der Dialyse	4/66	Auftragsüberweisung zu MRT-Untersuchungen	1-2/4
Abrechnung der Dialyse-Wochenpauschale	12/200	Augenärztliche Strukturpauschale	9/142
Abrechnung der Wegepauschalen 40190 und 40192	10/163	Augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225	6/107
Abrechnung der Wegepauschalen 40190 und 40192	12/199	Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2012	1-2/10
Abrechnung gemäß Onkologievereinbarung	4/62	Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung	4/58
Abrechnung OP-Zuschlag	12/202	Beratung zur Früherkennung – Merkblatt	7-8/126
Abrechnung unvorhergesehener Inanspruchnahme	4/53	Bereitschaftspauschale im Notarzdienst	1-2/4
Abrechnung von Vorsorgeleistungen	4/55	Besuchsleistungen richtig abrechnen	4/51
Abrechnung von Zweiteingriffen	12/201	Betreuung einer Schwangeren	4/59
Abrechnungsabgabe	12/198	Diagnoseerfordernis bei Akupunkturleistungen	5/76
Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2012	3/22	Die Honorarprüfung in der KVB	4/42
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2012	6/102	Die nächsten Zahlungstermine	1-2/3
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2012	7-8/118	Die nächsten Zahlungstermine	3/23
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2012	9/138	Die nächsten Zahlungstermine	5/74
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2012	10/162	Die nächsten Zahlungstermine	6/102
Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2011	1-2/2	Die nächsten Zahlungstermine	7-8/118
Abrechnungsbestimmungen der KVB geändert	3/24	Die nächsten Zahlungstermine	9/138
Abrechnungsfälle ohne Einlesedatum	6/106	Die nächsten Zahlungstermine	10/162
Abrechnungskorrekturen und Nachtragsfälle	4/50	Die nächsten Zahlungstermine	11/178
Abrechnungsprüfung nach Paragraph 106a SGB V („Plausibilitätsprüfung“)	4/46	Die nächsten Zahlungstermine	12/198
Änderungen des EBM und Kapitel 32 (Labor)	7-8/120	EBM-Änderung zum 1. Januar 2013	12/200
Änderungen des EBM zum 1. Januar 2012	3/24	Elektroepilation ist eine vertragsärztliche Leistung	7-8/126
Änderungen des EBM zum 1. April 2012	3/25	Fortführung Kataraktvereinbarung	4/63
Änderungen des EBM zum 1. Juli 2012	6/103	Genehmigungspflichtige Psychotherapie- leistungen	5/78
Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2012	9/139	GOP 01850: Beratung bei Sterilisation	7-8/125
Anhang 2 EBM – OPS-Codes ab 1. Januar 2012	3/26	GOP 05341 – keine Abrechnungsfähigkeit bei Gastroskopie	6/107
Aufgreifkriterien der Plausibilitätskontrolle	4/48	GOPen 09364, 09365, 20364, 20365	7-8/124

	Ausgabe/Seite
Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. Juli 2012	5/74
Humangenetische Untersuchungen nach den GOPen 11320 bis 11322	6/108
Kennzeichnungspflicht künstliche Befruchtung (IVF)	4/60
Konvergenzregelung endet zum 31. Dezember 2011	1-2/3
Korrektur: Abrechnungsnummer HADS-Test	1-2/5
Labor	7-8/121
Laborbestimmungen von Schilddrüsenhormonen	7-8/122
MRSA: Abrechnung Fall- oder Netzwerkkonferenz	12/201
Neuerungen in SmarAkt	7-8/122
Osteopathische Leistungen für Versicherte der TK	5/78
Postoperative Überwachung	4/61
Vergütung labormedizinischer Leistungen	9/142
Vergütungsvereinbarung MRSA – die neuen Gebührenordnungspositionen ab 1. April 2012	3/26
Verwendung von „Kombischein“ bei Speziallaborüberweisungen	7-8/124
Vorsicht vor vermeintlich vorteilhaften Vereinbarungen	7-8/123
Zahlungsaufforderungen der Krankenkassen	9/143
Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen im Quartal 2/2012	3/23
Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für das Quartal 3/2012	6/105
Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für das Quartal 4/2012	9/141

ALLGEMEINES

	Ausgabe/Seite
116 117 – die neue Bereitschaftsdienstnummer	3/35
Ambulante Hernien-Operation	11/189
Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien gelten auch bei arbeitslosen Patienten	5/91
Beendigung von Qualitätsmaßnahmen nach Paragraph 136 Abs. 4 SGB V	11/188
Datenschutz überprüft Arztpraxen	9/155
Diabetesvereinbarungen – Berechnung der Betreuungspauschale	10/171
DiMelli: Änderungen zum 1. Januar 2012	1-2/13
DMP-Datenstelle Bayern: Neue Servicenummer	9/155
Ergänzung: Artikel „Tonsillotomie – raschere Heilung“	12/206
JVA Stadelheim sucht Unterstützung	9/155
Kennzeichnung von DMP-Patienten	5/94
Neues zu DMP-Feedbackberichten	9/155
Neuregelung: Abschlagszahlungen für MVZ	5/93
Rechenschaftsbericht der KVB	1-2/14
Schriftliche Anfragen auf Verlangen der Krankenkassen	5/92
Thesaurus Orthopädie/Unfallchirurgie	3/35
Urteil rituelle Zirkumzision	9/154
Versand von Patientendaten an den Medizinischen Dienst	10/171
Vertretungsregelungen	5/90
Verwendung Muster 10 und 10A bei Laboraufträgen	10/172

Ausgabe/Seite

Ausgabe/Seite

PRAXISFÜHRUNG

Datenschutz: Weitergabe von Patientendaten	11/190
Diensttausch-/Vertretermittellungen im ÄBD	6/110
Geld sparen durch regelmäßigen Versicherungsscheck	10/168
Quartalsübergreifende Überweisungen	9/153

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

Psychotherapie: Fortführung bei Kassenwechsel	1-2/15
---	--------

QUALITÄT

Abrechnungsgrundlagen bei Durchführung einer MR-Angiographie	7-8/130
Änderung der QSV zur Koloskopie	9/152
Änderung der Ultraschall-Vereinbarung	9/148
Aus- und Fortbildung von QZ-Moderatoren	9/152
DMP: Qualitätsbericht 2010	1-2/13
DMP-Feedbackberichte 2. Halbjahr 2011	3/33
Ergebnisse der Stichprobenprüfungen 2011 im Bereich Radiologie	5/83
Gynäkologische Zytologie	11/186
Hörgeräteversorgung Kinder	9/149
Hygiene in der Arztpraxis	1-2/12
Indikationsstellung bei gastrointestinaler Endoskopie	10/169
Molekulargenetische Untersuchungen: neue Qualitätsvorgaben	3/34
MRSA-Fallkonferenzen und Netzwerkkonferenzen	9/147
MRSA-Informationsbroschüre	9/146
Muster-Hygieneplan gastroenterologische Praxis	11/183

Mutterschaftsrichtlinien: Screening Gestationsdiabetes	3/33
Neue Medizinische Hygieneverordnung (MedHygV)	11/182
Neue QSV Hörgeräteversorgung	5/84
Neue QSV Molekulargenetik	5/88
Neue Qualitätssicherungsvereinbarung „Ambulantes Operieren“	1-2/9
Online-Fortbildung Hygienemanagement (Teil 5)	1-2/12
QSV Hörgeräteversorgung für Erwachsene	10/170
Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie	5/86
Sonographie der Säuglingshüfte: Qualitätssicherungsvereinbarung	6/111
Sonographie: Korrekturbedarf bei Genehmigungen	9/148
Stichprobenprüfungen Sonographie der Schilddrüse	11/184
Ultraschallsysteme: Prüfung der technischen Qualität	3/32

SEMINARE

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“	12/207
Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“	12/208
Seminar: „Verstehen und verstanden werden“	5/95

Ausgabe/Seite

Ausgabe/Seite

VERORDNUNGEN

Abirateronacetat (Zytiga) als Praxisbesonderheit anerkannt	12/205	Heilmittelverordnungen bei langfristigem Behandlungsbedarf	5/81
Abrechnung des Sprechstundenbedarfs	7-8/129	Hilfsmittel-Lieferverträge der Krankenkassen	11/181
Arzneimittelsicherheit	9/145	Impfung gegen Pneumokokken	5/82
Arzneimittelsicherheit – Rote-Hand-Briefe	3/29	Impfung Masern, Mumps, Röteln und Windpocken	3/31
Arzneimittelvereinbarung/Fortbildungen	1-2/5	Konkretisierung: Impfung gegen Pneumokokken	7-8/127
Ausfüllhilfe Betäubungsmittel-Verordnung	3/31	Nutzenbewertung nach Paragraph 35a SGB V	3/29
Ausfüllhilfe für Podologie-Verordnungen aktualisiert	11/180	Orientierungsrahmen Blutzuckermessung	1-2/6
Aut-idem-Regelung bei Importarzneimitteln	10/165	Patientenausweis für Pradaxa und Xarelto	6/108
Betäubungsmittel: Hinweise bei Auslandsreisen	3/31	Rückforderungsanträge	3/30
Brilique® (Ticagrelor) wird als Praxisbesonderheit anerkannt	10/166	Seminare zum Thema Verordnung im 1. Quartal 2012	3/28
Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie	6/109	Tilidin wird Betäubungsmittel	12/204
Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie	7-8/128	Valproinsäure	3/32
Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie	10/164	Verordnung aktuell	1-2/6
Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie	11/178	Verordnung geteilter Tabletten	9/144
Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie	5/79	Verordnungen für ehemalige Zivildienstleistende	10/167
Fiktiv zugelassene Arzneimittel	12/204	Verordnungsfähigkeit von Monapax unwirtschaftlich	5/82
Fiktiv zugelassene Präparate	5/80	Verordnungsseminare im November und Dezember 2012	11/179
Fiktiv zugelassene Präparate	11/180	Vordruckvereinbarung – Blankoformularbedruckung	7-8/128
Frühe Nutzenbewertung von Esbriet (Pirfenidon)	11/181	Vorsicht bei Betäubungsmittelverordnungen	7-8/127
G-BA-Nutzenbewertungen	9/143	Vorsicht beim „Switching“	10/167
Gebrauchsanweisung bei Rezepturen	11/180		
Grippesaison 2012/2013	10/164		
Handschriftlich ausgefüllte Verordnungen	5/80		
Harn- und Blutzucker-Teststreifen	6/110		
Häusliche Krankenpflege und Medikamentengabe	10/166		
Heilmittelverordnungen – langfristige Behandlungen	7-8/129		

KVBIINFOS

01|12
02|12

ABRECHNUNG

- 2 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2011
- 3 Die nächsten Zahlungstermine
- 3 Konvergenzregelung endet zum 31. Dezember 2011
- 4 Bereitschaftspauschale im Notarztdienst
- 4 Auftragsüberweisung zu MRT-Untersuchungen
- 5 Korrektur: Abrechnungsnummer HADS-Test
- 10 Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2012

VERORDNUNGEN

- 5 Arzneimittelvereinbarung/ Fortbildungen
- 6 Verordnung aktuell
- 6 Orientierungsrahmen Blutzuckermessung

QUALITÄT

- 9 Neue Qualitätssicherungsvereinbarung „Ambulantes Operieren“
- 12 Hygiene in der Arztpraxis
- 12 Online-Fortbildung Hygienemanagement (Teil 5)
- 13 DMP: Qualitätsbericht 2010

ALLGEMEINES

- 13 DiMelli: Änderungen zum 1. Januar 2012
- 14 Rechenschaftsbericht der KVB

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

- 15 Psychotherapie: Fortführung bei Kassenwechsel

SEMINARE

- 16 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 17 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 18 Die nächsten Seminartermine der KVB

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2011

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2011 bis spätestens **Dienstag, den 10. Januar 2012**, 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, beigelegt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht über die 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/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. Bei folgenden Qualitätsmaßnahmen gilt für Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum

Die nächsten Zahlungstermine

10. Januar 2012 unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch, Schmerztherapie und Sonografie in der Schwangerschaftsvorsorge.

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 1 38.

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/Abgabe/Notarzdienst-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

10. Januar 2012
Abschlagszahlung Dezember 2011

31. Januar 2012
Restzahlung 3/2011

10. Februar 2012
Abschlagszahlung Januar 2012

12. März 2012
Abschlagszahlung Februar 2012

10. April 2012
Abschlagszahlung März 2012

30. April 2012
Restzahlung 4/2011

10. Mai 2012
Abschlagszahlung April 2012

11. Juni 2012
Abschlagszahlung Mai 2012

10. Juli 2012
Abschlagszahlung Juni 2012

31. Juli 2012
Restzahlung 1/2012

10. August 2012
Abschlagszahlung Juli 2012

10. September 2012
Abschlagszahlung August 2012

10. Oktober 2012
Abschlagszahlung September 2012

31. Oktober 2012
Restzahlung 2/2012

12. November 2012
Abschlagszahlung Oktober 2012

10. Dezember 2012
Abschlagszahlung November 2012

Konvergenzregelung endet zum 31. Dezember 2011

Seit der Honorarreform zum 1. Januar 2009 gibt es in Bayern für Praxen, für die die Obergrenze aus RLV und (seit dem 1. Juli 2010) QZV gilt, die sogenannte Konvergenzregelung zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste. Bitte beachten Sie, dass diese Regelung zum 31. Dezember 2011 endet.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 20
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Bereitschaftspauschale im Notarztdienst

Die Bereitschaftspauschale vergütet die Bereitschaftszeit der Notärzte, die nicht dem Direktionsrecht eines Krankenhausträgers unterliegen, sondern mit dem Dienststatus „Freizeit“ im Dienstplan eingeteilt sind. Die Höhe der Bereitschaftspauschale ist abhängig von der Einsatzauslastung des jeweiligen Notarztstandortes.

Jeder Notarztstandort wird anhand der Einsatzzahlen des Vorvorjahres (Grundlage für das Jahr 2012 sind beispielsweise die Einsatzzahlen aus 2010) einer Kategorie zugeordnet. Zur Ermittlung der Bereitschaftspauschale je Notarztstandort werden die in „emDoc“ für den jeweiligen Notarztstandort abgerechneten Fälle des Vorvorjahres herangezogen. Zu diesen Fällen zählen auch solche, die von Ärzten/

Instituten erbracht wurden, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung keinen Anspruch auf die Vergütung der Bereitschaftspauschale hatten (= alle Einsätze des Standortes unabhängig vom Dienststatus). Die Einstufung der Notarztstandorte in die jeweilige einsatzbezogene Kategorie wird von der KVB jährlich ermittelt und gegebenenfalls rückwirkend angepasst.

Weitere Abrechnungsinformationen zu Ihrer Notarztabrechnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Notarztdienst/Rechtliches*.

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

Die Staffelung der Bereitschaftspauschale ergibt sich aus nachfolgender Tabelle:

Einsätze/Jahr	Bereitschaftspauschale je Stunde 8 bis 20 Uhr	Bereitschaftspauschale je Stunde 20 bis 8 Uhr
bis 500	14,50 Euro	18,50 Euro
501 – 600	12,50 Euro	16,00 Euro
601 – 700	11,00 Euro	14,00 Euro
701 – 800	10,50 Euro	13,50 Euro
801 – 900	9,50 Euro	12,00 Euro
901 – 1.000	8,50 Euro	11,00 Euro
1.001 – 1.100	7,50 Euro	9,50 Euro
1.101 – 1.200	5,50 Euro	8,50 Euro
über 1.200	4,00 Euro	8,00 Euro

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

Auftragsüberweisung zu MRT-Untersuchungen

Bei kernspintomographischen Untersuchungen (MRT) besteht bei Verwendung von Gadolinium-haltigen Kontrastmitteln für Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion das Risiko einer sogenannten nephrogenen systemischen Fibrose (NSF). Zum Ausschluss dieses Risikos kann vor einer MRT-Untersuchung die Bestimmung des aktuellen Serum-Kreatinin-Wertes des Patienten notwendig werden (siehe auch unser Rundschreiben „Gadolinium-haltige Kontrastmittel und das Risiko für das Auftreten von NSF“ vom 5. April 2011 unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „R“/Röntgen-/MRT-Ultraschallkontrastmittel*).

Die Laboruntersuchungen zur Bestimmung des Serum-Kreatinin-Wertes sind nach Auskunft der Bayerischen Landesärztekammer für Radiologen fachfremd und können von diesen nicht selbst erbracht werden. Eine Veranlassung der notwendigen Laborleistungen bei einem Laborarzt ist dem Radiologen dann nicht möglich, wenn er eine Auftragsüberweisung zur Durchführung einer MRT erhält. Um den Auftrag zur kernspintomographischen Untersuchung durchführen zu können, ist der Radiologe deshalb auf die Übermittlung des Serum-Kreatinin-Wertes durch die überweisende Praxis angewiesen.

Damit die Aktualität der Laborwerte auch bei einer unter Umständen längeren Wartezeit auf die MRT-Untersuchung gewährleistet ist und unnötige Belastungen beziehungsweise Verzögerungen für die betroffenen Patienten vermieden werden, empfehlen wir eine kollegiale Absprache zwischen dem auf Überweisung in Anspruch genommenen Radiolo-

gen und dem überweisenden Arzt über notwendig durchzuführende Kreatinin-Bestimmungen.

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

Korrektur: Abrechnungsnummer HADS-Test

In KVB FORUM, Ausgabe 7-8/2011, ist uns leider ein inhaltlicher Fehler unterlaufen. Dort hieß es in einem Artikel zu psychoonkologischen Leistungen im DMP Brustkrebs auf Seite 25 (Infokasten) fälschlicherweise:

Das Screening mit dem HADS-Test (Abrechnungsnummer 92679A) wird mit 14,50 Euro vergütet.

Richtig muss es heißen:

Das Screening mit dem HADS-Test (Abrechnungsnummer **92697A**) wird mit 14,50 Euro vergütet.

Wir bitten Sie, diesen Zahlendreher bei der Abrechnungsnummer zu entschuldigen und künftig die Ziffer 92697A zu verwenden. Sollten Sie zwischenzeitlich in Ihrer Abrechnung die von uns genannte, falsche Abrechnungsnummer angesetzt haben, besteht für Sie kein Handlungsbedarf, da Ihnen die Leistung selbstverständlich vergütet wird.

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

Arzneimittelvereinbarung/ Fortbildungen

In regionalen Informationsveranstaltungen können Sie sich persönlich über den Stand beziehungsweise die Inhalte der Arzneimittelvereinbarung informieren. Vor Ort können Sie mit den Referenten Ihre relevanten Fragen klären.

Darüberhinaus bieten wir Ihnen eine pharmakologische Fortbildung an, für die bei der Bayerischen Landesärztekammer Fortbildungspunkte beantragt sind.

Seminartermine
 (jeweils 16.00 bis 18.00 Uhr)

- Mittwoch, 18. Januar 2012
München/KVB
- Mittwoch, 18. Januar 2012
Nürnberg/KVB
- Mittwoch, 18. Januar 2012
Straubing/KVB
- Dienstag, 24. Januar 2012
Würzburg/KVB (19.30 Uhr)
- Mittwoch, 25. Januar 2012
Augsburg/KVB
- Mittwoch, 25. Januar 2012
Bayreuth/KVB
- Mittwoch, 25. Januar 2012
Regensburg/KVB

Online-Anmeldung unter
www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/ Fortbildung/Online Anmeldung*.

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

Verordnung aktuell

Über die wichtigen Themen rund um Verordnungen informieren wir Sie schnell und aktuell im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung aktuell* sowie in der Rubrik *Praxis/Neu im Netz*. Über das KVB-Postfach erhalten Sie zusätzlich unsere Veröffentlichungen, die im Internet zur Verfügung gestellt werden. Informationen hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Online-Angebote/KVB-Postfach*. In den KVB INFOS können wir Ihnen lediglich einen Überblick unserer Veröffentlichungen aus dem Monat vor Redaktionsschluss geben. Aktuelle und ausführliche Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise entnehmen Sie bitte unserer jeweiligen Veröffentlichung im Internet.

Fluorescein- und Oxybuprocain-Augentropfen über Sprechstundenbedarf

Thilorbin® ist seit dem 1. Juli 2011 nicht mehr erhältlich. Auf dem deutschen Markt gibt es kein alternatives Kombinationspräparat. Sie haben die Möglichkeit, Monopräparate mit Fluorescein beziehungsweise Oxybuprocain über Sprechstundenbedarf zu verordnen.

Betäubungsmittel (BtM) in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Die Weiterverwendung unverbrauchter BtM war bisher nur für Patienten in Heimen und/oder Hospizen erlaubt. Seit 18. Mai 2011 ist dies nun auch in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung möglich. In Hospizen (nicht in Heimen) und Einrichtungen der SAPV ist ein Notfallvorrat erlaubt. Nicht mehr benötigte Betäubungsmittel dürfen neben der Weiterverschrei-

bung für andere Patienten oder der Rückgabe an eine Versorgungsapotheke auch in den Notfallvorrat überführt 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

Orientierungsrahmen Blutzuckermessung

Der bisherige Orientierungsrahmen der KVB und der bayerischen Krankenkassen zur rationalen Kontrolle des Blutzuckers wurde aufgrund rechtlicher Änderungen überarbeitet und zeitgemäß angepasst. Die Verordnung von Blutzuckermessgeräten und Blutzuckerteststreifen ist grundsätzlich nur sinnvoll, wenn aus dem Messergebnis eine Aktion resultiert (zum Beispiel Zufuhr von Nahrung oder Nachspritzen von Insulin, erhöhte Bewegung etc.). Das Messen des Blutzuckers allein erniedrigt den Blutzuckerspiegel nicht. Deshalb muss vorab klar sein, was der Patient mit seiner Messung bezwecken soll. Die Frequenz von Blutzucker selbstkontrollen ist von der Art der Behandlung und der Stabilität der Stoffwechseleinstellung abhängig.

Indikationsstellung

Bei der Indikationsstellung zur Blutzucker selbstmessung können drei Gruppen von Diabetikern unterschieden werden:

1) Patienten, die mit Insulin behandelt werden

- Patienten mit einer Kombinationstherapie Insulin/orale Antidiabetika; Messung einmal täglich nüchtern und postprandial sowie zusätzlich sporadische Messungen (zirka drei Messungen pro Woche abends)
- Patienten mit konventioneller Zwei-Spritzen-Therapie (CT); Messung einmal täglich nüchtern und postprandial und vor dem Abendessen (bei stabiler Einstellung eventuell nur zwei Messungen)
- Patienten mit intensivierter Insulintherapie ICT (drei und mehr Spritzen täglich, Pumpentherapie);

Messungen vor jeder Injektion beziehungsweise Hauptmahlzeit (zirka drei- bis fünfmal pro Tag)

Die vorgeschlagenen Empfehlungen sind Richtwerte und können sich im Einzelfall verringern oder auch erhöhen. Die durchschnittliche Menge an Teststreifen pro Quartal bei den einzelnen Gruppen können Sie der Tabelle am Ende dieses Artikels entnehmen.

2) Patienten mit oraler Diabetes-therapie und Patienten, die zu Diät und anderen Maßnahmen angewiesen werden

Nach Sichten der aktuellen Literatur durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) konnte weder für die Blutzucker- noch für die Urinzuckerselbstmessung ein Beleg für einen patientenrelevanten Nutzen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, gefunden werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat daraufhin die Verordnungsfähigkeit von Harn- und Blutzuckerteststreifen für diese Gruppe von Patienten unter dem Gesichtspunkt eines nicht nachgewiesenen therapeutischen Nutzens eingeschränkt.

Bei Vorliegen einer instabilen Stoffwechsellage kann der behandelnde Arzt eine begrenzte Anzahl Teststreifen verordnen. Eine solche instabile Stoffwechsellage kann gegeben sein bei interkurrenten Erkrankungen oder Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko. In diesen Fällen ist die instabile Stoffwechsellage jedoch kein Dauerzustand, sodass die Verordnung auf maximal 50 Teststreifen pro Behandlungssituation beschränkt ist.

Zu den Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko gemäß den Angaben in den Fachinformationen können folgende Wirkstoffe gezählt werden:

- Glibenclamid
- Gliquidon
- Gliclazid
- Glimepirid
- Nateglinid
- Repaglinid

Anderen oralen Antidiabetika kann kein hohes Hypoglykämierisiko unterstellt werden, daher kann außer bei interkurrenten Erkrankungen keine Verordnung von Teststreifen auf Kassenrezept erfolgen.

3) Patientinnen mit Gestationsdiabetes

Patientinnen mit Gestationsdiabetes sind sehr intensiv zu betreuen (sechs Messungen am Tag während der Schwangerschaft, letzte Messung zwei Tage nach der Entbindung). Der Ordnungszeitraum ist abhängig von der Entdeckung des Gestationsdiabetes (Peak zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche). Gestationsdiabetes ist definitionsgemäß kein Typ 2 Diabetes, daher gelten die Einschränkungen der Arzneimittelrichtlinie hier nicht.

Schulung der Patienten

Die Voraussetzung für eine Blutzuckerselbstmessung ist immer eine erfolgreiche Teilnahme an einer strukturierten Diabetes-Schulungsmaßnahme nach den Kriterien der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) über den Umgang mit der Stoffwechselerkrankung sowie eine Einweisung in die Benutzung des Blutzuckermessgerätes. Dies ist ein wesentlicher Aspekt für die Wirt-

schaftlichkeit der Verordnung von Blutzuckerteststreifen. Das korrekte Selbstmessen des Blutzuckers soll ein- bis zweimal pro Jahr überprüft werden, indem der Patient seine Messprozedur in der Praxis durchführt.

Eine Schulung allein ist noch kein Grund für eine Verordnung von Blutzuckerteststreifen.

Weitere Hinweise zu Verordnungsformalitäten

Blutzuckerteststreifen gelten als Arzneimittel (Paragraph 2 Absatz 2 AMG). Der Vertragsarzt hat daher unbedingt Sorge zu tragen, dass Teststreifen nicht zusammen mit Hilfsmitteln auf einem Rezept verordnet werden (Lanzetten, Kanülen, Spritzen). Lediglich andere Arzneimittel wie Insulin können auf demselben Muster 16 verordnet werden. Die Kennzeichnung „7“ für Hilfsmittel ist demnach bei Teststreifen nicht zulässig.

Bezugswege

Patienten können ihre Rezepte über Teststreifen in Apotheken einlösen, aber auch andere Anbieter (zum Beispiel Direktversender) nutzen, da Teststreifen nicht apothekenpflichtig sind. Die Krankenkassen haben sowohl mit Apotheken als auch mit den anderen Bezugsquellen Lieferverträge mit fest vereinbarten Preisen. Die Patienten können bei ihrer Krankenkasse erfragen, bei welchen anderen Lieferanten als Apotheken sie das Rezept einlösen können. Bei dieser Art des Bezugs sind die Blutzuckerteststreifen allein auf dem Muster 16 zu verordnen, Insuline müssen getrennt verschrieben werden.

Verpflichtende Blutzuckerselbstmessung für Berufskraftfahrer

Das Fahrerlaubnisrecht verpflichtet Berufskraftfahrer – zum Beispiel Bus- oder LKW-Fahrer – mit Diabetes mellitus zur regelmäßigen Blutzuckerselbstmessung, sofern die medikamentöse Behandlung mit einem hohen Hypoglykämierisiko behaftet ist. Der G-BA stellte fest, dass die dafür benötigten Teststreifen nur innerhalb der genannten Grenzen verordnungsfähig sind. Ein Berufskraftfahrer, dessen Diabetes nicht mit Insulin behandelt wird, kann daher nur vor dem Hintergrund einer instabilen Stoffwechsellage jeweils 50 Teststreifen pro Behandlungssituation verordnet bekommen. Für mit Insulin behandelte Diabetiker richtet sich die Anzahl der verordnungsfähigen Teststreifen nach den Angaben der Anlage.

Blutzuckerteststreifen bei Patienten mit häuslicher Krankenpflege

Wird die Blutzuckermessung durch den Pflegedienst vorgenommen, sind die Kosten für die Blutzuckerteststreifen mit der Pauschale abgegolten. Eine Verordnung durch den Vertragsarzt ist nicht erforderlich.

Bei den genannten Zahlen handelt es sich um Orientierungswerte. Die tatsächlich notwendige Menge an Teststreifen hängt ausschließlich vom Einzelfall ab. Wird eine Verordnung für medizinisch nicht notwendig erachtet oder die Menge durch Sie eingeschränkt, so hat Ihr Patient keinen Anspruch auf Ausschöpfung des Orientierungsrahmens.

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

Menge an Blutzucker-Teststreifen pro Quartal

	Gruppe	Teststreifen/Quartal
1. Mit Insulin behandelte Patienten/Insulinpflichtige Patienten	Patienten mit Kombinationstherapie (Insulin/orale Antidiabetika)	zirka 200
	Konventionelle Zwei-Spritzen-Therapie	zirka 200 bis 250
	Intensivierte Insulintherapie (drei und mehr Spritzen täglich/Pumpentherapie)	300 bis 450 (Typ II) bis 600 (Typ I)
2. Patienten, die keine medikamentöse Therapie erhalten oder mit oralen Antidiabetika behandelt werden	Keine Teststreifen! Ausnahme instabile Stoffwechsellage bei: <ul style="list-style-type: none"> ■ Erst-/Umstellung auf Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko ■ interkurrente Erkrankungen 	maximal 50 pro Behandlungssituation
3. Patientinnen mit Gestationsdiabetes	<ul style="list-style-type: none"> ■ mit Diät behandelt ■ mit Insulin behandelt 	zirka 300 zirka 600 (nur während der Schwangerschaft!)

Neue QSV „Ambulantes Operieren“

Am 1. Dezember 2011 ist die neue Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) „Ambulantes Operieren“ gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V in Kraft getreten. Die Vereinbarung wurde zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband geschlossen. Sie regelt die fachlichen, organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung ambulanter Operationen im vertragsärztlichen Bereich.

Die Anforderungen an die Strukturqualität haben sich gegenüber der bislang gültigen dreiseitigen QSV vom 1. Oktober 2006, die von der KBV, den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) geschlossen wurde, nicht geändert. Die auf Grundlage der alten QSV vom 1. Oktober 2006 im vertragsärztlichen Bereich erteilten Genehmigungen zum ambulanten Operieren gelten als Genehmigungen im Sinne der neuen QSV fort.

Hintergrund

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007 ist die Möglichkeit einer dreiseitigen Vereinbarung von Maßnahmen der Qualitätssicherung durch die Vertragspartner auf Bundesebene in Paragraph 115b Absatz 1 SGB V entfallen. Stattdessen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) diese Qualitätssicherungsmaßnahmen durch Richtlinien (vergleiche Paragraph 137 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

Bis entsprechende Regelungen vom G-BA getroffen werden und um bis

dahin Rechtsklarheit bei der Qualitätssicherung ambulanter Operationen im vertragsärztlichen Bereich wiederherzustellen, wurde die neue QSV „Ambulantes Operieren“ nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V zwischen KBV und GKV-Spitzenverband geschlossen.

Durch eine dreiseitige Erklärung der Partner des Vertrages nach Paragraph 115b Absatz 1 SGB V (KBV, DKG, GKV-Spitzenverband) zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren wurde zudem sichergestellt, dass die Strukturqualitätsanforderungen auch für im stationären Bereich erbrachte ambulante Operationen gelten.

Den Volltext der neuen QSV „Ambulantes Operieren“ können Sie im Internet abrufen unter www.kbv.de in der Rubrik Rechtsquellen/Qualitätssicherung.

Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2012

Die vertragsärztlichen Leistungen werden im Jahr 2012 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 Europreisen. Regional, das heißt zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen, wurde für das Jahr 2012 wie schon im Vorjahr 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 2012.

In dieser Ausgabe der KVB INFOS geben wir Ihnen die Bayerische Euro-Gebührenordnung auf Basis des Punktwerts von 3,5048 Cent bekannt. Die Bayerische Euro-Gebührenordnung und weitere Informationen finden Sie auf der beigefügten CD-ROM:

- B€GO: Bayerische Euro-Gebührenordnung auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), gültig ab 1. Januar 2012 (B€GO-Informationssystem als CHM-Datei)
- Übersicht der Gebührenordnungspositionen des EBM mit den Punktzahlen des Quartals 1/2012 und den bayerischen Euro-Preisen ab Quartal 1/2012

- Fachgruppen-Informationssystem mit Informationen zu den Neuerungen und Änderungen zum 1. Januar 2012

Abweichend von der Version auf der CD können sich durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach Redaktionsschluss noch Änderungen des EBM ergeben haben. Eine laufend aktualisierte Fassung des B€GO-Informationssystems kann von Ihnen als KVB-Mitglied unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/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 System einige Minuten in Anspruch nehmen.

Auf der beiliegenden CD und auf unserer Internetseite finden Sie auch unser elektronisches Fachgruppen-Informationssystem als Online- sowie als Download-Version, 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 89 / 57 09 34 00 – 10

Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 20

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.

Hygiene in der Arztpraxis

Infektionen und Erregerübertragungen nach medizinischen Maßnahmen werden in der Öffentlichkeit zunehmend diskutiert. Auch für Arztpraxen wird ein wirksames Hygienemanagement immer wichtiger. Die KVB hat deshalb für ihre Mitglieder die wichtigsten Informationen praxisgerecht aufbereitet. Dieses Informationsblatt gibt niedergelassenen Ärzten und ihren Praxismitarbeitern einen schnellen Überblick über die Angebote der KVB zum Thema Hygiene in der Arztpraxis.

Das Angebot der KVB-Hygieneexperten

Fachliche Unterstützung

- Persönliche und telefonische Beratung
- Merkblätter und Checklisten für die Praxis
- Broschüren
- Seminare zum Hygienemanagement
- Informationsveranstaltungen zu aktuellen Themen

Online-Fortbildungen auf Cura Campus

unter anderem zu

- Händehygiene und Arbeitskleidung
- Desinfektionsmittel und Abfallmanagement
- Aufbereitung von Medizinprodukten
- Injektionen und Punktionen
- Versorgung von MRSA-Patienten (Januar 2012)

Informationsmaterial

unter anderem zu

- Richtlinien, Gesetzen, Normen
- Basishygienemaßnahmen
- Personalqualifikation
- Aufbereitung von Medizinprodukten

Kooperationen und Öffentlichkeitsarbeit

- Mitarbeit in der Landesarbeitsgemeinschaft Resistente Erreger (LARE)
- Mitarbeit in Arbeitsgremien
- Zusammenarbeit mit Aufsichtsbehörden

Artikelserie im Mitglieder magazin KVB FORUM

- zu wichtigen Hygienethemen (seit Oktober 2010)

Diese Informationen und Downloads finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte*.

Gerne beraten wir Sie auch telefonisch, schriftlich oder bei einem unserer Hygienemanagement-Seminare.

Bei Fragen zu Hygiene und Instrumentenaufbereitung
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 21 oder
 09 11 / 9 46 67 – 3 22 oder
 09 11 / 9 46 67 – 3 36
 Fax 09 11 / 9 46 67 – 4 00
 E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

Telefonprechstunde: Fachreferent Hygiene

Bei speziellen Fragen zu den Themen MRSA und andere multiresistente Erreger, Antibiotikatherapie bakterieller Infektionen und mikrobiologische Diagnostik erreichen Sie Dr. Lutz Bader montags von 14.00 bis 15.00 Uhr telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 – 34 77.

Fragen per E-Mail an:
Lutz.Bader@kvb.de

Online-Fortbildung Hygienemanagement (Teil 5)

Mitte Januar 2012 startet der fünfte Teil der Online-Fortbildung Hygienemanagement auf Cura Campus, dem Internet-Fortbildungsportal der KVB. Thema der neuen Fortbildung ist die Versorgung von MRSA-Patienten. Dabei geht es unter anderem um mikrobiologische und infektiologische Grundlagen von MRSA sowie den Umgang mit MRSA-Patienten in der Arztpraxis und beim Hausbesuch. Die KVB will mit dieser Fortbildung ihren Mitgliedern einen Überblick über die MRSA-Thematik bieten.

Wie bei jeder Online-Fortbildung zum Hygienemanagement kann das frisch erworbene Wissen in einer abschließenden Prüfung über zehn Multiple-Choice-Fragen getestet und bei erfolgreicher Teilnahme ein Zertifikat erworben werden. Ärzte erhalten zusätzlich jeweils bis zu drei CME-Fortbildungspunkte. Für KVB-Mitglieder und deren Praxispersonal ist die Fortbildung kostenlos.

Um die Prüfung zu absolvieren, melden sich Mitglieder über den Login-Button auf der Startseite www.curacampus.de mit ihrer KVB-Benutzerkennung an. Über die Auswahlfunktion kann die gewünschte Prüfung gestartet werden.

Die Praxismitarbeiter von KVB-Mitgliedern können die Fortbildung mithilfe eines Gutscheincodes kostenlos absolvieren. Dazu muss auf Cura Campus über den Selbstregistrierungsbutton auf der Startseite eine eigene Anmeldung erfolgen. Eine Anmeldung über die Benutzerkennung des Arztes beziehungsweise KVB-Mitglieds ist nicht möglich. Nach Abschluss der Selbstregistrierung wird über ein Bestätigungsver-

DMP: Qualitätsbericht 2010

fahren per E-Mail die neue persönliche Benutzerkennung verschickt. Nach dem Login und Klick auf die gewünschte Fortbildung kann dann auch der entsprechende Gutschein eingelöst werden.

Der Gutscheincode für die Fortbildung „Hygienemanagement 5 Praxispersonal“ lautet:
HYG5-17E8-D0D1-5627-4878-BC02

Weiterführende Informationen zur Online-Fortbildung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte/Online-Fortbildung*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

Im Rahmen der Qualitätssicherung der Disease Management Programme (DMP) sind für jedes DMP bestimmte Qualitätsziele definiert. Die Analyse dieser Qualitätsziele ist Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung (GE) DMP Bayern und der GE DMP Brustkrebs Bayern.

Erstmals haben die Gemeinsamen Einrichtungen die DMP-Ergebnisse zur Versorgungssituation in Bayern für das Jahr 2010 im Rahmen eines umfassenden Qualitätsberichts veröffentlicht. Im Bericht werden unter anderem alle Qualitätsziele im Längs- und Querschnitt dargestellt und kommentiert sowie daraus abgeleitete Qualitätsmaßnahmen des Jahres 2010 vorgestellt.

Für Interessierte ist der Qualitätsbericht im Internet unter www.ge-dmp-bayern.de zum Download eingestellt. Fragen, Kommentare und Anregungen zum Bericht senden Sie bitte an info@ge-dmp-bayern.de.

DiMelli: Änderungen zum 1. Januar 2012

Seit dem Jahr 2008 hat sich die KVB in Kooperation mit der Forschergruppe Diabetes der Technischen Universität München für die Diabetes-Studie DiMelli engagiert. Die Forschergruppe Diabetes wird DiMelli aus organisatorischen Gründen ab 1. Januar 2012 ohne Beteiligung der KVB unter alleiniger Verantwortung fortführen.

DiMelli untersucht den neu aufgetretenen Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter. Patienten, deren Diabetesdiagnose nicht länger als sechs Monate zurückliegt, können daran teilnehmen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert DiMelli auch weiterhin, allerdings künftig nicht mehr über das Kompetenznetz Diabetes mellitus, sondern über das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung.

Die KVB sieht in DiMelli einen wichtigen Baustein der pädiatrischen Diabetesforschung und begrüßt die Entscheidung von Frau Professor Anette-Gabriele Ziegler, DiMelli auch ohne Beteiligung der KV Bayerns weiterzuführen. Die fachliche Expertise als Basis für eine erfolgreiche Zukunft von DiMelli bleibt somit erhalten.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 32 67
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 43 71
E-Mail info@dimelli.de

Rechenschaftsbericht der KVB

Für das Geschäftsjahr 2010 gibt der Rechenschaftsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns über die Verwendung der Mittel gemäß Paragraph 78 Absatz 3 in Verbindung mit Paragraph 305 b SGB V Auskunft.

Die KVB hat das Geschäftsjahr 2010 mit einem Jahresverlust von rund 6,8 Millionen Euro und einer Bilanzsumme von rund 1,47 Milliarden Euro abgeschlossen.

Die Aufwendungen der KVB betragen 2010 insgesamt rund 156,7 Millionen Euro. Darin sind rund 96,2 Millionen Euro für den Personalaufwand mit 1.666 Stellen enthalten.

Bei den Erträgen von insgesamt rund 149,9 Millionen Euro entfallen rund 117,3 Millionen Euro auf die Verwaltungskostenumlage. Dies entspricht einem Verwaltungskostensatz von 2,5 Prozent der verwaltungskostspflichtigen Honorare. Als Kapitalerträge konnten rund 13,5 Millionen Euro verbucht werden.

Die Gesamtjahresrechnung der KVB für 2010 umfasst die Buchungskreise

- 0063 bis 0071 „KVB allgemein“
- 0075 „Betrieb gewerblicher Art“
- 1005 „Casino der KVB“
- 3000 „Dienstleistungsverträge“

Investitionen wurden im Geschäftsjahr 2010 in Höhe von rund 11,8 Millionen Euro getätigt.

Im Geschäftsjahr 2010 erhielt die KVB Sponsoringbeträge in Höhe von insgesamt 17.257 Euro. Sponsoring in 2010 fand in der Stabsstelle Fachärztliche Versorgung sowie in den Bereichen Versorgung, Honorarabrechnung und den Zentralfunktionen statt.

Das Jahresergebnis gliedert sich wie folgt.

Erfolgsrechnung 2010

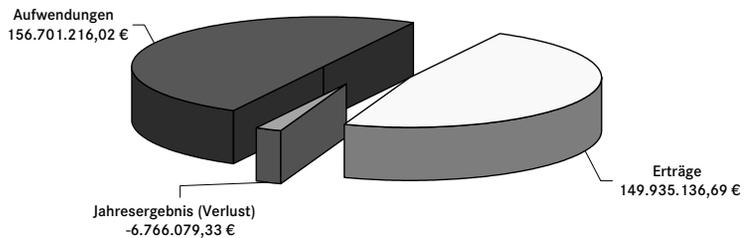


Abbildung 1: Aufwendungen – Erträge – Jahresergebnis

Aufwendungen

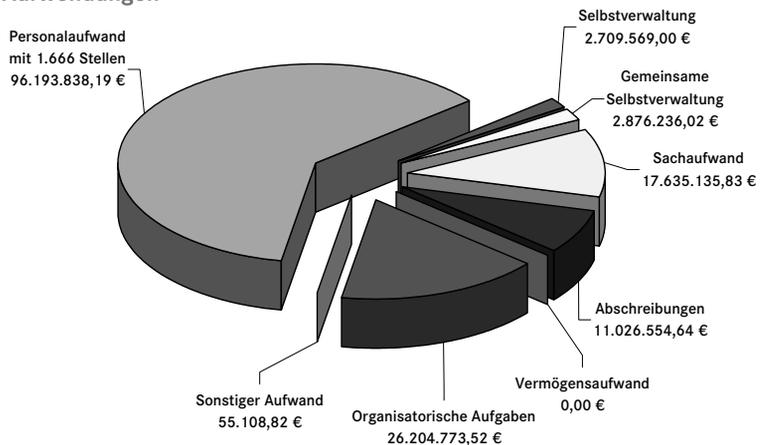


Abbildung 2: Aufwendungen nach Kontengruppen

Erträge

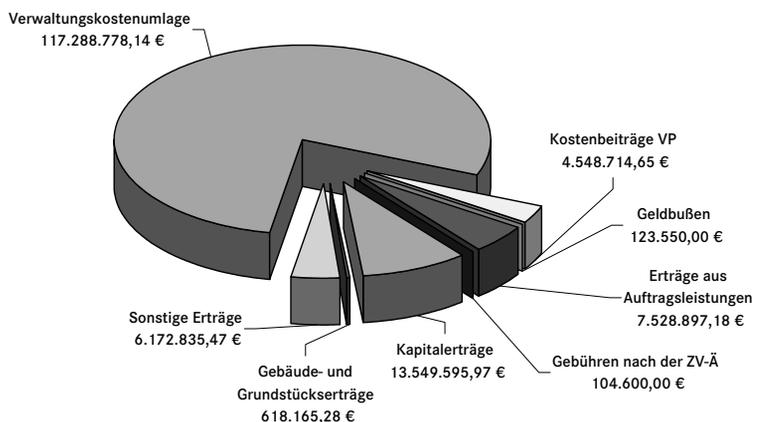


Abbildung 3: Erträge nach Kontengruppen

Psychotherapie: Fortführung bei Kassenwechsel

Im Zuge einiger Neuerungen, die zum zweiten Quartal 2011 eingeführt und Ihnen in einem Rundschreiben vom 18. April 2011 bereits mitgeteilt wurden, möchten wir Sie noch einmal auf einen wichtigen Punkt hinweisen, der auch für Ihre Psychotherapiepraxis relevant sein könnte.

Wechselt der Patient während einer laufenden Behandlung seine Krankenkasse, ist nicht länger ein Neuantrag der Patienten zur Fortführung der Richtlinien-therapie bei der neuen Kasse notwendig. Vielmehr können Sie als Psychotherapeut den Anerkennungsbescheid der bisherigen Krankenkasse (Formblatt PTV 7) unter Angabe der verbleibenden genehmigten Reststunden bei der neuen Krankenkasse einreichen. Die Bewilligung der Krankenkasse wird Ihnen im Anschluss direkt mitgeteilt. Der Patient muss also nicht mehr selbst aktiv werden. Dies wurde zwar bereits von einigen Krankenkassen so gehandhabt, konnte aber jetzt auch verbindlich mit allen bayerischen Krankenkassen einheitlich geregelt werden.

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

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und praxisbezogen.

Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. (Modul I und Update Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I und Update Modul I)
- erfahrenen notärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraf 4 BDO-KVB)
- 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)
- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleinstgruppen, Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- Samstag, 11. Februar 2012
München/KVB
- Samstag, 10. März 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 28. April 2012
Würzburg/KVB
- Samstag, 7. Juli 2012
München/KVB
- Samstag, 13. Oktober 2012
Fachhochschule Nürnberg
- Samstag, 17. November 2012
Augsburg/KVB

Neu: Update Modul I

Notfälle erfordern Ihr schnelles und effektives Handeln. Wenn Sie eine Reanimation durchführen müssen, erwartet man von Ihnen als Arzt souveränes Vorgehen. Um das gewährleisten zu können, müssen Sie regelmäßig alle Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation trainieren. Das ist der Erfolgsfaktor Nummer eins für ein geordnetes und effektives Vorgehen nach den aktuellen Guidelines.

Am Update Modul I können alle Ärzte teilnehmen, die in den vergangenen fünf Jahren das Modul I in der KVB absolviert haben. Basiskenntnisse (BLS, ALS) werden vorausgesetzt.

- Guidelines: Aktuelle Entwicklungen und Umsetzung
- umfassendes und individuelles Reanimationstraining in Kleinstgruppen
- Airway-Management
- Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 45,- Euro

Uhrzeit: 9.30 bis 12.45 Uhr

Termine Update Modul I:

- Samstag, 31. März 2012
München/KVB
- Samstag, 12. Mai 2012
Augsburg/KVB
- Samstag, 16. Juni 2012
Nürnberg/KVB
- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- pädiatrische Akut- und Notfälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.15 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 21. März 2012
Bayreuth/KVB
- Mittwoch, 18. April 2012
München/KVB

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

- Mittwoch, 26. September 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 7. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City
- Mittwoch, 21. November 2012
Augsburg/KVB

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 Modul III:

- Mittwoch, 15. Februar 2012
Augsburg/KVB
- Mittwoch, 14. März 2012
Bayreuth/KVB
- Mittwoch, 20. Juni 2012
München/KVB
- Mittwoch, 24. Oktober 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 28. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst.*

In unserem neu konzipierten Seminar werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Guidelines. In einem ausführlichen, individuellen Training an modernen Simulatoren können sie die notfallmedizinisch relevanten Aspekte herausarbeiten und ihr Notfallmanagement praktisch erproben. Gerne berücksichtigen wir dabei individuelle Praxischwerpunkte. Wir analysieren auf Wunsch auch Ihre praxiseigene Notfallausrüstung. Bitte bringen Sie sie einfach zum Seminar mit.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam)

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweise bei kardiovaskulären Notfällen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 95,- Euro

Uhrzeit: 13.30 bis 18.00 Uhr

Termine:

- Samstag, 31. März 2012
München/KVB
- Samstag, 12. Mai 2012
Augsburg/KVB
- Mittwoch, 23. Mai 2012
Würzburg/KVB
- Samstag, 16. Juni 2012
Nürnberg/KVB
- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

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

Online-Anmeldung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Online-Anmeldung*.

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

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

Gemeinsam sind wir stark: Teamorientierung

EBM-Grundlagenworkshop Hausärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Hausärzte

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Fachärzte

EBM-Grundlagenworkshop - Hausärzte und Kinderärzte

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

EBM-Grundlagenworkshop konservativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Abrechnungsworkshop Urologen

Kooperationen in der ärztlichen Praxis

QM-/QZ-Seminare

Informationsveranstaltung „MRSA positiv!“* MRSA-Patienten in der Praxis

Hygienemanagement in der Arztpraxis

Lokales Moderatorentreffen (für QZ-Moderatoren)

Lokales Moderatorentreffen (speziell für psychotherapeutische QZ-Moderatoren)

Informationsveranstaltung „MRSA positiv!“* MRSA-Patienten in der Praxis

QEP-Einführungsseminar 1,5-tägig für Haus- und Fachärzte

Hygienemanagement in der Arztpraxis

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Januar 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Januar 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. Januar 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. Februar 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	1. Februar 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. Februar 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	4. Februar 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Februar 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Februar 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	8. Februar 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. Februar 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Februar 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Februar 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Februar 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Februar 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Februar 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	29. Februar 2012	15.00 bis 19.30 Uhr	Regensburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	20. Januar 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	31. Januar 2012	14.30 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	1. Februar 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	8. Februar 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	8. Februar 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	10. Februar 2012 11. Februar 2012	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	29. Februar 2012	14.30 bis 19.00 Uhr	Würzburg

KVBIINFOS 03|12

ABRECHNUNG

- 22 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2012
- 23 Die nächsten Zahlungstermine
- 23 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen im Quartal 2/2012
- 24 Abrechnungsbestimmungen der KVB geändert
- 24 Änderungen des EBM zum 1. Januar 2012
- 25 Änderungen des EBM zum 1. April 2012
- 26 Anhang 2 EBM – OPS-Codes ab 1. Januar 2012
- 26 Vergütungsvereinbarung MRSA – die neuen Gebührenordnungspositionen ab 1. April 2012

VERORDNUNGEN

- 28 Seminare zum Thema Verordnung im 1. Quartal 2012
- 29 Arzneimittelsicherheit – Rote-Hand-Briefe
- 29 Nutzenbewertung nach Paragraph 35a SGB V
- 30 Rückforderungsanträge
- 31 Impfung Masern, Mumps, Röteln und Windpocken
- 31 Ausfüllhilfe Betäubungsmittel-Verordnung
- 31 Betäubungsmittel: Hinweise bei Auslandsreisen
- 32 Valproinsäure

QUALITÄT

- 32 Ultraschallsysteme: Prüfung der technischen Qualität
- 33 Mutterschaftsrichtlinien: Screening Gestationsdiabetes
- 33 DMP-Feedbackberichte 2. Halbjahr 2011
- 34 Molekulargenetische Untersuchungen: neue Qualitätsvorgaben

ALLGEMEINES

- 35 Thesaurus Orthopädie/Unfallchirurgie
- 35 116 117 – die neue Bereitschaftsdienstnummer

SEMINARE

- 36 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 37 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 38 Die nächsten Seminartermine der KVB

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2012

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2012 bis spätestens **Dienstag, den 10. April 2012**, 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, beigelegt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht über die 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/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. Bei folgenden Qualitätsmaßnahmen gilt für Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum

Die nächsten Zahlungstermine

10. April 2012 unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch, Schmerztherapie, Sonografie in der Schwangerschaftsvorsorge und Qualitätssicherung Dialyse.

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 1 38.

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/Abgabe/Notarzdienst-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. März 2012
 Abschlagszahlung Februar 2012

10. April 2012
 Abschlagszahlung März 2012

30. April 2012
 Restzahlung 4/2011

10. Mai 2012
 Abschlagszahlung April 2012

11. Juni 2012
 Abschlagszahlung Mai 2012

10. Juli 2012
 Abschlagszahlung Juni 2012

31. Juli 2012
 Restzahlung 1/2012

10. August 2012
 Abschlagszahlung Juli 2012

10. September 2012
 Abschlagszahlung August 2012

10. Oktober 2012
 Abschlagszahlung September 2012

31. Oktober 2012
 Restzahlung 2/2012

12. November 2012
 Abschlagszahlung Oktober 2012

10. Dezember 2012
 Abschlagszahlung November 2012

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen im Quartal 2/2012

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 2/2012 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	31.820
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	31.120
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.520
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	31.680

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

Abrechnungsbestimmungen der KVB geändert

Die Abrechnungsbestimmungen der KVB wurden durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 26. November 2011 erneut geändert. Die geänderten Bestimmungen finden erstmals auf die Abrechnung des Quartals 3/2012 Anwendung.

Die Änderung bezieht sich auf Paragraph 5 Abschlags- und Restzahlungen. Dieser wurde um Absatz 1a mit folgendem Wortlaut ergänzt:

§ 5 Abschlags- und Restzahlungen

(1a) Für ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), das in der Organisationsform einer juristischen Person des Privatrechts betrieben wird, werden Abschlagszahlungen nach § 5 Absatz 1 nur dann geleistet, wenn deren Gesellschafter ausschließlich natürliche Personen sind und diese zur Sicherung von Forderungen der Krankenkassen und der KVB selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgegeben haben. Sind bei einem MVZ, das in der Organisationsform einer juristischen Person des Privatrechts betrieben wird, die Gesellschafter nicht ausschließlich natürliche Personen, leistet die KVB Abschlagszahlungen nur dann, wenn das MVZ zur Sicherung von Forderungen der KVB und der Krankenkassen aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit eine selbstschuldnerische Bürgschaft einer Bank, die im Gebiet der Europäischen Union ansässig ist, in Höhe von fünf Abschlagszahlungen beigebracht hat. Für die Berechnung der Höhe einer Abschlagszahlung gilt § 5 Absatz 1 Satz 2 entsprechend.

Die vollständigen Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/A/Abrechnungsbestimmungen der KVB*.

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

Änderungen des EBM zum 1. Januar 2012

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 266. Sitzung am 14. Dezember 2011 mit Wirkung zum 1. Januar 2012 die Neuaufnahme der folgenden Gebührenordnungspositionen (GOP) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen. Der Beschluss mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik *Bewertungsausschuss/Beschlüsse* und im Deutschen Ärzteblatt, Heft 3 vom 20. Januar 2012, veröffentlicht. Der Beschluss steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Über die wichtigsten Änderungen einschließlich der Bewertungen nach der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) haben wir alle Phoniater und Pädaudiologen sowie HNO-Ärzte, die in der Vergangenheit die GOP 09340 abgerechnet haben, bereits mit unserem Rundschreiben „Abrechnung - Ausgabe 7/2011 vom 29. Dezember 2011“ informiert. Sie finden dieses Rundschreiben unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/B€GO - EBM* unter dem Punkt *Sonderrundschreiben*.

GOP 09340

Die GOP 09340 wird aus dem EBM gestrichen.

GOP 20338

Pauschale zur Neuverordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten beim Säugling, Kleinkind oder Kind bei Schwerhörigkeit gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

Änderungen des EBM zum

1. April 2012

GOP 20339

Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind

GOP 20340

Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind

GOP 20343

Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus

GOP 20364

Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis nach ICD J32.-

GOP 20365

Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik Typ II bis V

GOP 20377

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination des Arztes über Maßnahmen mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker innerhalb von sieben Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 20339 und 20340

GOP 20378

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination des Arztes mit pädagogischen Einrichtungen im direkten Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen

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

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011 und in seiner 268. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2012 beschlossen. Die Änderungen haben wir nachfolgend dargestellt. Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) und im Deutschen Ärzteblatt, Heft 44 vom 4. November 2011 und Heft 3 vom 20. Januar 2012, veröffentlicht. Die Beschlüsse stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 268. Sitzung steht zudem unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch die Vertragspartner.

GOP 11500

Änderung des Leistungsinhaltes (268. Sitzung - schriftliche Beschlussfassung)

Bei den Voraussetzungen für die Berechnungsfähigkeit der GOP 11500 wird in den vierten und fünften Spiegelstrich „Postnatal“ aufgenommen:

- Postnatal liegen multiple angeborene Fehlbildungen vor.
- Postnatal liegen multiple dysmorphologische Merkmale, die zytogenetisch nicht erfassbare chromosomale Aberrationen als Ursache implizieren, vor.

Mit der Änderung wird die Berechnungsfähigkeit der GOP 11500 eindeutig auf die Zeit nach der Geburt beschränkt. Ein pränatales Scree-

ning mittels Mikroarray-Analyse ist weder mit der GOP 11500 noch mit einer anderen Gebührenordnungsposition des EBM berechnungsfähig und kann deshalb nicht als vertragsärztliche Leistung abgerechnet werden.

Mammographie-Screening - Anpassung der Punktzahlen wegen Erhöhung des Aufschlags für organisatorischen Overhead (263. Sitzung am 17. Oktober 2011)

Die Vergütung für die Gebührenordnungspositionen des Mammographie-Screenings 01750 bis 01759 wird aufgeteilt in einen Vergütungsanteil für die ärztliche Leistung und einen Vergütungsanteil zur Finanzierung der Kosten in Zusammenhang mit der Durchführung des Mammographie-Screening-Programms (sogenannter „organisatorischer Overhead“). Der Anteil für den organisatorischen Overhead wurde von 1,5 Prozent auf 5,2 Prozent erhöht und die Punktzahlen der Gebührenordnungspositionen deshalb entsprechend angehoben.

An dem Anteil der ärztlichen Vergütung für die Leistungen des Mammographie-Screenings ändert sich hierdurch nichts.

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

Anhang 2 EBM – OPS- Codes ab 1. Januar 2012

Mit Wirkung zum 1. Januar 2012 ist der Operationenschlüssel Version 2012 in Kraft getreten. In den Anhang 2 zum EBM wurden neue OPS-Codes aufgenommen, Änderungen an OPS-Codes vorgenommen und OPS-Codes gestrichen.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 267. Sitzung vom 14. Dezember 2011 wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) und im Deutschen Ärzteblatt, Heft 1-2 vom 9. Januar 2012, veröffentlicht.

Die neu in den Anhang 2 zum EBM aufgenommenen und aus dem Anhang 2 gestrichenen OPS-Codes finden Sie auch in unserem elektronischen B€GO-Informationssystem (Stand 8. Februar 2012, rot markiert) unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/B€GO-EBM/B€GO-Informationssystem*.

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

Vergütungsvereinbarung MRSA – die neuen GOP ab 1. April 2012

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 266. Sitzung am 14. Dezember 2011 mit Wirkung zum 1. April 2012 bis zum 31. März 2014 die Neuaufnahme einer Vergütungsvereinbarung zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) beschlossen. Die wichtigsten Neuerungen einschließlich der Bewertungen nach der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) haben wir für Sie nachfolgend dargestellt. Die Beschlüsse mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) eingestellt und wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 3 vom 20. Januar 2012, veröffentlicht. Die Beschlüsse stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

In den EBM wird ein neuer Abschnitt 87.8 mit den folgenden Gebührenordnungspositionen aufgenommen. Diese Gebührenordnungspositionen sind genehmigungspflichtig. Die Genehmigung können Vertragsärzte mit einer Zusatzweiterbildung „Infektiologie“ und/oder einer „MRSA“-Zertifizierung durch die KVB erhalten (siehe dazu auch unseren Artikel im Mantelteil dieses Heftes auf Seite 17). Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen müssen die in der Präambel 87.8 genannten Voraussetzungen erfüllt sein. Ausgenommen hiervon sind die Labor-GOPen 86782 und 86784. Für diese Untersuchung ist eine Genehmigung für Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3.10 erforderlich.

GOP 86770

Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel 87.8 bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung

- einmal im Behandlungsfall

EBM-Bewertung	100 Punkte
Preis B€GO	3,50 Euro

GOP 86772

Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten gemäß der Nr. 3 der Präambel 87.8, der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 86776

- einmal im Behandlungsfall
- nicht im kurativ stationären Behandlungsfall
- nur einmal je Sanierungsbehandlung
- nur in Behandlungsfällen mit Eradikationstherapie
- nur bei gesicherter Diagnose ICD-10-GM U80.0!

EBM-Bewertung	375 Punkte
Preis B€GO	13,14 Euro

GOP 86774

Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten gemäß der Nr. 3 der Präambel 87.8, der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 86776 im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung der Gebührenordnungsposition 86772

- je vollendete 10 Minuten
- höchstens zweimal je Sanierungsbehandlung
- nicht im kurativ stationären Behandlungsfall
- nur bei gesicherter Diagnose ICD-10-GM U80.0!

EBM-Bewertung	255 Punkte
Preis B€GO	8,94 Euro

GOP 86776

Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers

- einmal im Behandlungsfall
- Kontaktperson muss im Sanierungszeitraum mindestens über vier Tage den Schlafraum und/oder die Einrichtung(en) zur Körperpflege mit dem MRSA-Träger, bei dem die Eradikationstherapie oder die weitere Sanierungsbehandlung erfolglos verlief, gemeinsam nutzen und/oder genutzt haben
- nicht im kurativ stationären Behandlungsfall
- nicht berechnungsfähig für Beschäftigte in Pflegeheimen und/oder in der ambulanten Pflege im Rahmen ihrer beruflichen Ausübung

EBM-Bewertung 90 Punkte
Preis B€GO 3,15 Euro

GOP 86778

Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz

gemäß Anhang § 3 Nr. 2

- einmal im Behandlungsfall
- EBM-Bewertung 130 Punkte
Preis B€GO 4,56 Euro

GOP 86780

Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich

- einmal am Behandlungstag
- höchstens zweimal im Behandlungsfall
- nur bei gesicherter Diagnose ICD-10-GM U80.0! (MRSA-Nachweis positiv)

EBM-Bewertung 55 Punkte
Preis B€GO 1,93 Euro

GOP 86781

Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich

- einmal am Behandlungstag
- höchstens zweimal im Behandlungsfall
- nach Abstrichuntersuchung mit negativem MRSA-Nachweis

EBM-Bewertung 55 Punkte
Preis B€GO 1,93 Euro

Nachfolgende laboratoriumsmedizinische Gebührenordnungspositionen sind nur berechnungsfähig, wenn von demselben oder einem anderen Arzt ein Abstrich entsprechend dem Leistungsinhalt der GOP 86780 oder der GOP 86781 entnommen wurde.

GOP 86782

Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden

EBM-Bewertung 5,20 Euro

GOP 86784

Nachweis der Koagulase und/oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation nur bei positivem Nachweis gemäß Gebührenordnungsposition 86782

EBM-Bewertung 2,55 Euro

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

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
86770	Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel 87.8 bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung	4	3	Tages- und Quartalsprofil
86772	Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten gemäß der Nr. 3 der Präambel 87.8, der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 86776	15	12	Quartalsprofil
86774	Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten gemäß der Nr. 3 der Präambel 87.8, der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 86776	10	10	Tages- und Quartalsprofil
86776	Abklärungs-Diagnostik der/von Kontakt-/Bezugsperson/-en nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers	4	3	Tages- und Quartalsprofil
86778	Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz gemäß Anhang § 3 Nr. 2	5	4	Tages- und Quartalsprofil
86780	Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich	2	1	Tages- und Quartalsprofil
86781	Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich	2	1	Tages- und Quartalsprofil

Seminare zum Thema Verordnung im 1. Quartal 2012

Nachdem wir die Veranstaltungen im Januar und Februar zur Arzneimittelvereinbarung 2012 kurzfristig absagen mussten, bieten wir Ihnen im März neue Termine an.

Seminar	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Arzneimittelvereinbarung 2012 und pharmakologische Fortbildung	20. März 2012	19.30 bis 21.30 Uhr	Regensburg
	21. März 2012	16.00 bis 18.00 Uhr	München
	21. März 2012	17.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
	22. März 2012	19.30 bis 21.30 Uhr	Nürnberg
	22. März 2012	19.30 bis 21.30 Uhr	Straubing
	27. März 2012	19.30 bis 21.30 Uhr	Augsburg
	27. März 2012	19.30 bis 21.30 Uhr	Bayreuth

Für Ihre Praxismitarbeiter bieten wir Workshops zum Thema Verordnung an. Für die in der Tabelle aufgeführten Termine gibt es noch freie Plätze.

Seminar	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Verordnungen: Workshop für Praxismitarbeiter	14. März 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
	28. März 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
	25. April 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* finden Sie eine Aufstellung aller Seminare in 2012 zum Thema Verordnungen.

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

Arzneimittelsicherheit – Rote-Hand-Briefe

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft veröffentlicht Informationen rund um die Arzneimittelsicherheit. Die sogenannten Rote-Hand-Briefe haben wir Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittel A – Z* verlinkt. Folgende Rote-Hand-Briefe sind seit Dezember 2011 erschienen:

- Cipralex® (Escitalopram)
- Torisel® (Temsirolimus)
- Ceplene® (Histaminidihydrochlorid)
- Stratterra® (Atomoxetin)
- Virazole® (Ribavirin)
- Uvadex™ (Methoxsalen)
- Hexvix® (Hexaminolevulinat)
- Aliskiren-haltige Arzneimittel
- Velcade® (Bortezomib)

Mangelnde Qualität bei onkologischen Arzneimitteln

Beim Wirkstoffhersteller Ben Venue Laboratories (BVL) wurden Mängel festgestellt. Es sind verschiedene zentral zugelassene Krebstherapeutika betroffen.

In letzter Zeit häufen sich Meldungen über Probleme mit Verunreinigungen bei verschiedenen intravenös zu applizierenden Arzneimitteln. Diese Qualitätsprobleme betreffen schwerpunktmäßig onkologische Arzneimittel und damit eine Patientengruppe mit potentiell geschwächtem Immunsystem. Hintergrund sind bedeutende Mängel der guten Herstellungspraxis (GMP – Good Manufacturing Practice) der US-amerikanischen Herstellungsstätte Ben Venue Laboratories. Insbesondere ist der aseptische Füllungsprozess von sterilen Arzneimitteln betroffen. Diese Mängel wurden bei einer gemeinsamen Inspektion der US-amerikanischen Aufsichtsbehörde FDA und der fran-

zösischen und britischen Aufsichtsbehörden vom 7. bis 11. November 2011 aufgedeckt.

Der europäische Ausschuss für Humanarzneimittel CHMP der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA hat produktspezifische Nutzen-Risiko-Bewertungen durchgeführt und entsprechende Maßnahmen veranlasst. In den Arzneimitteln Busilvex®, Caelyx®, Velcade®, und Vidaza® wurde der Wirkstoff des Herstellers Ben Venue Laboratories (BVL) verarbeitet. Die gefundenen Sterilitätsprobleme bei der Herstellung führen dazu, dass von den Arzneimitteln Busilvex®, Velcade® und Vidaza® alle auf dem EU-Markt befindlichen Chargen vorsorglich zurückgerufen werden. Die in Deutschland auf dem Markt befindlichen Chargen des Arzneimittels Vidaza® sind nicht betroffen. Für das Arzneimittel Caelyx® ist wegen der fehlenden Alternativen kein Rückruf vorgesehen, jedoch soll es an keine neuen Patienten verabreicht werden. Das Gutachten des CHMP wurde an die Europäische Kommission zur Entscheidung weitergeleitet.

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

Nutzenbewertung nach Paragraph 35a SGB V

In die Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) wird ein neuer Abschnitt „O. Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach §35a SGB V“ eingefügt. Um diesen Abschnitt zu konkretisieren, wird eine Anlage XII angefügt, in der die bewerteten Arzneimittel aufgelistet werden. Der Beschluss trat am 12. Januar 2012 in Kraft.

Pharmazeutische Unternehmen müssen bei der Markteinführung eines Arzneimittels mit neuem Wirkstoff oder bei einer Indikationserweiterung in einem Dossier unter anderem den medizinischen Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie belegen. Auf Grundlage des Dossiers veranlasst der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Nutzenbewertung, die in der Regel spätestens drei Monate nach Erreichen der Nachweise (Dossier) vorzuliegen hat. Er kann die Nutzenbewertung selbst durchführen, aber auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder Dritte damit beauftragen. In dieser Bewertung wird insbesondere festgestellt, ob beziehungsweise für welche Patienten und Erkrankungen ein Zusatznutzen besteht. Lässt sich eine Krankheit im Vergleich zu aktuell eingesetzten Arzneimitteln besser behandeln? Ist ein schnellerer Heilungsverlauf zu erwarten? Können unerwünschte Nebenwirkungen vermieden werden? Kann das neue Medikament die Lebensqualität der Patienten deutlich verbessern?

Der G-BA beschließt über die Nutzenbewertung innerhalb von drei Monaten nach deren Veröffentlichung. Dieser Beschluss bildet die Grundlage für die Verhandlungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen

Rückforderungsanträge

und dem GKV-Spitzenverband über einen Erstattungsbetrag. Der Erstattungsbetrag beeinflusst aber den Listenpreis des Medikaments nicht, sondern ist als Rabatt auf den Herstellerabgabepreis zu verstehen. Der Erstattungsbetrag gilt auch für die Private Krankenversicherung und die Beihilfe.

Weitere Informationen zur Nutzenbewertung lesen Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

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

Im Arzneimittelgesetz von 1976 wurde festgeschrieben, dass über alle zugelassenen Arzneimittel der Nachweis von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit zu führen ist. Fertigarzneimittel, die vor 1978 auf den Markt waren, mussten innerhalb einer Übergangsfrist in ein Nachzulassungsverfahren.

Bei fiktiv zugelassenen Arzneimitteln handelt es sich um Medikamente, bei denen das Nachzulassungsverfahren aufgrund noch laufender Klageverfahren noch nicht endgültig abgeschlossen ist.

Aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts sind die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet, die Kosten für fiktiv zugelassene Arzneimittel zu übernehmen. Deshalb gehen die Krankenkassen vermehrt dazu über, Rückforderungsanträge für diese Arzneimittel zu stellen.

Um Sie vor drohenden Regressen zu schützen, haben unsere Apotheker in der Pharmakotherapieberatung eine Übersicht von fiktiv zugelassenen Präparaten erstellt, für die von den Krankenkassen Rückforderungsanträge gestellt werden:

- **A**
AHP 200, Aureomycin Augensalbe, Aureomycin Salbe
- **C**
Cysto-Myacyne N
- **D**
Diamox
- **G**
Gentamycin Salbe (Infectopharm), Gynodian depot
- **H**
Hydrocortison-POS N 1%, Hydrocortison-POS N 2,5%
- **I**
Ichthoseptal Creme, Ichthoseptal Lösung, Inimur Creme, Inimur

Kombi, Inimur Vaginalstäbchen, Inimur Tabletten

- **J**
Jonosteril BAS mit Glucose
- **L**
Linoladiol N
- **M**
Mixtura Ipecacuanhae SR, Myoson direkt, Myoson Injektionslösung
- **N**
Nacom 250mg/25mg, Nirason
- **O**
Oekolp Ovula 0,03 mg
- **P**
Pancuronium-Ratiopharm, Paveriwern, Pentalong 50mg, Pentalong 80mg, Polyspectran HC, Presomen 28/0,3mg
- **S**
Syneudon 50mg
- **T**
Terizidon
- **V**
Vagantin

Um vermehrte Rückforderungsanträge seitens der Prüfstelle Ärzte Bayern, die auf Antrag der Krankenkassen tätig werden muss, zu verhindern, haben wir mit den Krankenkassen in Bayern eine „Friedenspflicht“ bis zum zweiten Quartal 2012 verhandeln können. Dennoch werden wir nicht alle Regressforderungen der Krankenkassen verhindern können.

Die Aufstellung der fiktiv zugelassenen Arzneimittel finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

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

Impfung Masern, Mumps, Röteln und Windpocken

Der gemeinsame Bundesausschuss hat eine Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie beschlossen. Die Änderung tritt rückwirkend zum 24. November 2011 in Kraft.

Für die erste Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Windpocken soll zunächst die getrennte Gabe der kombinierten Masern-Mumps-Röteln-Impfung einerseits und einer Varizellen-Impfung andererseits bevorzugt werden. Die zweite Impfung kann dann mit einem sogenannten MMRV-Kombinationsimpfstoff erfolgen. Grund für die Änderung waren Ergebnisse einer Metaanalyse von Daten aus klinischen Studien mit Priorix-Tetra®. Die Metaanalyse weist darauf hin, dass Fieberkrämpfe im Zeitraum von fünf bis zwölf Tagen nach der ersten Dosis Priorix-Tetra® häufiger auftreten als nach gleichzeitiger, aber getrennter Gabe von MMR- und Varizellen-Impfstoffen (an unterschiedlichen Impforten).

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

Betäubungsmittel: Hinweise bei Auslandsreisen

Reisen in Staaten des Schengener Abkommens

Bei Reisen bis zu 30 Tagen in Staaten des Schengener Abkommens kann eine Mitnahme von ärztlich verschriebenen Betäubungsmitteln erfolgen, sofern eine vom behandelnden Arzt ausgefüllte Bescheinigung mitgeführt wird. In Bayern ist diese Bescheinigung vor Antritt der Reise durch die Gesundheitsämter der Kreise und kreisfreien Städte zu beglaubigen. Die Regelung über das Mitführen von Betäubungsmitteln in Vertragsstaaten des Schengener Abkommens gilt auch für Reisende aus den Vertragsstaaten bei der Einreise nach Deutschland. Selbst dann, wenn Betäubungsmittel mitgeführt werden, die zwar im Herkunftsland, nicht aber in Deutschland verschreibungsfähig sind.

Reisen in Länder außerhalb des Schengen-Raumes

Da außerhalb des Schengen-Raumes keine einheitlichen Bestimmungen für die Mitnahme von Betäubungsmitteln für Reisende bestehen, müssen hierbei die jeweiligen Bestimmungen der Ziel- und Transitländer, die vorab bei den diplomatischen Vertretungen erfragt werden können, beachtet werden. Bei Reisen in andere Länder als in Vertragsstaaten des Schengener Abkommens sollten sich Patienten vom verschreibenden Arzt eine mehrsprachige Bescheinigung ausstellen lassen, die Angaben zu

- Einzel- und Tagesdosierungen,
- Wirkstoffbezeichnung und
- Dauer der Reise

enthält, und diese auf der Reise mit sich führen. Die Form dieser Bescheinigung ist nicht verbindlich vorge-

schrieben. In Bayern ist diese Bescheinigung vor Antritt der Reise durch die Gesundheitsämter der Kreise und kreisfreien Städte zu beglaubigen.

Die genannten Bescheinigungen sowie die für die Beglaubigung der Bescheinigung zuständigen deutschen Behörden finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnung* verlinkt oder direkt auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte.

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

Ausfüllhilfe Betäubungsmittel-Verordnung

In letzter Zeit häufen sich Retaxierungen gegenüber Apotheken, die mit einem Verstoß gegen Paragraph 9 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) begründet werden. Dort ist festgelegt, welche Angaben ein Betäubungsmittel-Rezept enthalten muss. Dies führt nicht nur in den Apotheken, sondern auch in vielen Praxen zur Verunsicherung.

Unsere Ausfüllhilfe finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

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

Valproinsäure

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen: Anlage VI, Teil B (Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – nicht verordnungsfähig sind) wurde um den Absatz „VII. Valproinsäure für die Migräneprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen“ ergänzt. Der Beschluss trat am 12. Januar 2012 in Kraft.

Eine ausführliche Information finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnung*.

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

Ultraschallsysteme: Prüfung der technischen Qualität

Mit Inkrafttreten der Ultraschallvereinbarung am 1. April 2009 wurden unter anderem die apparativen Mindestvoraussetzungen an den aktuellen technischen Stand angepasst. In diesem Zusammenhang sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, sukzessive bis 2013 alle in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten Ultraschallsysteme auf die Erfüllung der bundesweit einheitlich vorgegebenen Kriterien zu überprüfen. Die Prüfung erfolgt anhand einer vom Hersteller nach dem 1. April 2009 ausgefüllten Gewährleistungserklärung sowie vorzulegender Bilddokumentationen, die nicht älter als drei Monate sein sollten.

Wir werden bis Ende des Jahres die entsprechenden Unterlagen bei Ihnen anfordern. Bitte wenden Sie sich frühzeitig an den Hersteller beziehungsweise Vertreter Ihrer von uns noch nicht geprüften Ultraschallsysteme, um die Gewährleistungserklärung schnellstmöglich zu erhalten. Betroffen sind alle Ultraschallsysteme im A-, B-Modus, CW-/PW-Doppler sowie im Duplex-Verfahren. Bitte beachten Sie, dass die Gewährleistungserklärung vollständig vom Hersteller beziehungsweise Vertreter ausgefüllt ist.

Sofern Sie aus der Gewährleistungserklärung erkennen, dass Ihr Ultraschallsystem nur bis zum 31. März 2013 genutzt werden kann, kümmern Sie sich bitte rechtzeitig um die Anschaffung eines neuen Ultraschallsystems, damit Sie auch über den 31. März 2013 hinaus sonographische Leistungen erbringen und abrechnen können.

Sofern die Gewährleistungserklärung bestätigt, dass Ihr Ultraschallsystem über den 31. März 2013 hinaus ver-

wendbar ist, prüfen wir zusätzlich je Schallkopf Bilddokumentationen einer Anwendungsklasse im B-Modus beziehungsweise Verfahren, die auf dem B-Modus basieren. Die Bilddokumentationen können Sie selbst aus den genehmigten Anwendungsklassen auswählen. Diese müssen die Anforderungen nach Anlage III Nr. 6, 9.1 und 9.2 erfüllen. Entsprechende Checklisten sowie Tipps und Tricks zur Verbesserung der technischen Bildqualität finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Ultraschallvereinbarung/Unterlagen*.

Sollten die eingereichten Bilddokumentationen Mängel aufweisen, werden Sie von uns über die festgestellten Mängel informiert und gebeten, diese zu beheben sowie erneut eine Bilddokumentation einzureichen. Bitte gehen Sie in diesem Fall auf Ihren Wartungsdienstleister zu, um Ihr Ultraschallsystem optimal einstellen zu lassen. Sollten die Mängel fortbestehen oder nicht behebbar sein, müssten Sie wiederum rechtzeitig für die Anschaffung eines neuen Ultraschallsystems sorgen, wenn Sie über den 31. März 2013 hinaus sonographische Leistungen erbringen und abrechnen möchten.

Bitte senden Sie uns die Gewährleistungserklärung zusammen mit den Bilddokumentationen erst ein, wenn wir diese von Ihnen anfordern.

Bei Fragen erreichen Sie uns per E-Mail an Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

Mutterschaftsrichtlinien: Screening Gestationsdiabetes

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15. Dezember 2012 die Einführung eines Screenings auf Gestationsdiabetes in die Mutterschaftsrichtlinien beschlossen (siehe www.g-ba.de in der Rubrik Informationsarchiv/Richtlinien/Mutterschaftsrichtlinien/Beschlüsse). Der Beschluss steht noch unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Mit dem Inkrafttreten des Beschlusses ist im Laufe des März 2012 zu rechnen.

Nach dem Beschluss wird allen Schwangeren am Ende des zweiten Trimenons als Suchtest ein 50-g-Glucosebelastungstest angeboten. Fällt dieser Test positiv aus, erfolgt ein Bestätigungstest. Dieser besteht aus drei Blutzuckerbestimmungen aus Venenblut (nüchtern und jeweils eine und zwei Stunden nach 75-g-Glucosebelastung). Die Weiterbetreuung der Schwangeren mit Gestationsdiabetes erfolgt in Zusammenarbeit mit diabetologisch qualifizierten Ärzten.

Unterstützend zur ärztlichen Beratung erhält die Schwangere ein Merkblatt. Dieses kann ab Ende Februar 2012 bei folgender Druckerei kostenfrei angefordert werden:

WWF-Druckerei + Medien GmbH
Am Eggenkamp 37-39
48268 Greven
Telefon 0 25 71 / 93 76 – 0
Fax 0 25 71 / 93 76 – 50
ISDN 0 25 71 / 93 76 – 45
E-Mail druck@wwf-medien.de

Darüber hinaus wurden Empfehlungen des G-BA zur Qualitätssicherung in die Mutterschaftsrichtlinien aufgenommen. Danach sind entsprechende Anforderungen an die Blutzuckermessgeräte und deren regelmäßige

Überprüfung nach Maßgabe der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen einzuhalten (vergleiche www.baek.de in der Rubrik Richtlinien/Labor).

Sobald eine entsprechende Gebührenordnungsposition zur Abrechnung des Screenings auf Gestationsdiabetes in den EBM aufgenommen wird, informieren wir Sie.

DMP-Feedbackberichte

2. Halbjahr 2011

Für die DMP Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit hat die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern aus den Angaben der DMP-Dokumentationen des zweiten Halbjahres 2011 die DMP-Feedbackberichte erstellt.

Koordinierende Ärzte erhalten damit eine praxisindividuelle Rückmeldung, in welchem Maße sie die Qualitätsziele erreicht haben. Außerdem wird das Praxisergebnis mit dem Ergebnis aller bayerischen Praxen verglichen. Die Qualität der ärztlichen Behandlung wird dadurch transparent.

Koordinierende Ärzte können ihren Bericht über das KVB-Aktenarchivsystem SmarAkt einsehen: Wählen Sie dafür unter „Aktentyp“ die „DMP-Akte“ aus und geben Sie den gewünschten Berichtszeitraum ein (zum Beispiel „20112“ für das zweite Halbjahr 2011).

Informationen und Zugang zu SmarAkt erhalten Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt*.

Der aktuelle DMP-Qualitätsbericht und die Muster-Feedbackberichte sind für alle Interessenten im Internet eingestellt unter www.ge-dmp-bayern.de.

Bei Fragen zu den DMP-Feedbackberichten erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 36
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 55
E-Mail info@ge-dmp-bayern.de

Molekulargenetische Untersuchungen: neue Qualitätsvorgaben

Für molekulargenetische Untersuchungen auf seltene Erkrankungen (EBM-Unterabschnitt 11.4.2 monogene Leistungen) gelten ab 1. April 2012 zusätzliche Qualitätsanforderungen. Ärzte, die diese Leistungen dann erbringen und abrechnen wollen, benötigen eine Genehmigung. Die Genehmigung kann beantragt werden, sobald die entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) auf Bundesebene verabschiedet wird. Dann werden wir Sie auch über die Genehmigungsvoraussetzungen und das -verfahren informieren.

Teil dieser QSV wird eine elektronische Dokumentation bestimmter Parameter je Behandlungsfall sein. Die KBV hat den Kassenärztlichen Vereinigungen vorab folgende Informationen zur geplanten elektronischen Dokumentation übermittelt:

Erweiterung der Laborsoftware

Für die elektronische Dokumentation sind Anpassungen in der Praxissoftware notwendig. Diese sind vor allem für die Laboreinrichtungen wichtig, die mit einer eigenen Laborsoftware arbeiten und sich selbst um das Update kümmern. Bei allen anderen Praxen sollten das die Softwarehäuser übernehmen, die von der KBV entsprechend unterrichtet werden.

Dokumentationsanforderungen

Neben den abgerechneten Gebührenordnungspositionen aus dem Unterabschnitt 11.4.2 sind künftig je Behandlungsfall folgende Angaben zu übermitteln:

- Lebenslange Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) des Einsenders je Behand-

lungsfall (Ausprägung: je neunstellige Nummer) => Pflichtfelder

- Art der Fragestellung je Behandlungsfall (Ausprägung: Diagnostische Fragestellung/Prädiktive Fragestellung/Vorgeburtliche Fragestellung) => Pflichtfeld, genau eine Angabe ist je Behandlungsfall zulässig
- Befund je abgerechneter Untersuchung (Ausprägung: Pathologisch/Unauffällig/Nicht beurteilbar) => Pflichtfeld, genau eine Angabe ist je abgerechneter Untersuchung zulässig
- Endbefund je Behandlungsfall (Ausprägung: Pathologisch/Unauffällig/Nicht beurteilbar) => kein Pflichtfeld, genau eine Angabe ist je Behandlungsfall zulässig
- Wurde ein Unterauftrag je Behandlungsfall erteilt (Ausprägung: ja/nein) => Pflichtfeld, genau eine Angabe ist je Behandlungsfall zulässig

führt. Die Änderung hatte der Bewertungsausschuss im September 2010 beschlossen und damit auch festgelegt, dass für den Unterabschnitt 11.4.2 eine Qualitätssicherungsvereinbarung abzuschließen ist. Darin sollen besondere Anforderungen an die Leistungserbringung definiert werden, um eine hohe Qualität molekulargenetischer Untersuchungen zu sichern.

Weitere Informationen

Die Dokumentation erfolgt pro Behandlungsfall. Dabei ist jährlich – immer am Ende des ersten Quartals für das zurückliegende Jahr – eine betriebsstättenbezogene Aufstellung der dokumentierten Parameter des medizinischen Labors einzureichen. Die genauen Berechnungsvorschriften sowie weitere technische Anforderungen teilen wir Ihnen rechtzeitig mit.

Hintergrund

Zum 1. Januar 2011 wurde der Abschnitt 11.4 Indikationsbezogene molekulargenetische Stufendiagnostik neu in den EBM aufgenommen. Damit wurden Leistungen der GOP 11320 bis 11322 in eigene indikationsbezogene Positionen über-

Thesaurus Orthopädie/ Unfallchirurgie

Vor einigen Wochen haben wir eine Übersicht der häufigsten Kodierungen der ICD-10-GM Version 2012 des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung für die Fachgruppen Orthopädie/Unfallchirurgie zur Verfügung gestellt.

Zwischenzeitlich hat das Zentralinstitut für die Online-Versionen eine Berichtigung für vier Kodierungen angekündigt. Diese sind unter nachfolgendem Link zu finden:
<http://www.zi.de/cms/projekte/kodierung/facharzt-thesauren>

Es handelt sich dabei um folgende Kodierungen:

- S22.32 Rippenbruch statt S13.10
- S30.0 Lumbalregion Prellung statt S13.12
- M86.93 werden ergänzt in Styloiditis o. Osteomyelitis ulnae o. radii
- S22.06 BWS Fraktur T11 und S13.9 BWS Fraktur T12 werden gelöscht

Wir danken unseren Mitgliedern für die Hinweise auf die notwendigen Berichtigungen. Weitere Facharzt-Thesauren werden Zug um Zug vom Zentralinstitut aufgelegt, die wir Ihnen dann jeweils zur Verfügung stellen.

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

116 117 – die neue Bereitschaftsdienstnummer

Ab 1. März ist die Vermittlung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Bayern unter einer zusätzlichen Nummer zu erreichen. Wer medizinische Hilfe außerhalb der regulären Sprechzeiten benötigt, kann künftig auch die kostenlose Rufnummer 116 117 wählen. Hintergrund ist eine bundesweite Vereinheitlichung der Notdienstnummern. Schließlich existieren dafür derzeit rund 800 verschiedene Rufnummern in ganz Deutschland. Vorteil: Ob in Berlin oder München, Hamburg oder Düsseldorf – der Hilfesuchende muss sich nur noch eine einzige Nummer merken und braucht im Notfall nicht die Nummer des jeweiligen Bundeslandes herauszusuchen.

Die in Bayern bewährte Schaltung und Systematik mit der Nummer 0 18 05 / 19 12 12* bleibt jedoch vorerst weiterhin bestehen.

Der neue Telefondienst ist für eine hohe Anrufbelastung mit bis zu acht Millionen Anrufen pro Jahr ausgelegt. Ein Anrufer aus Bayern wird direkt mit den bayerischen Vermittlungszentralen verbunden. Sollte es dennoch zu einer Überlastung kommen, greift das bisherige System der Vermittlung.

Auf lange Sicht ist auch eine europaweite Einführung der 116 117 geplant. Die Nummer wurde bereits 2009 auf Initiative der KV Brandenburg europaweit reserviert.

Bei Fragen senden Sie eine E-Mail an unseren Experten Guido Zdrenka unter
E-Mail Guido.Zdrenka@kvb.de

* 14 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz, Mobilfunk max. 42 Cent/Min.

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und praxisbezogen.

Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. (Modul I und Update Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I und Update Modul I)
- erfahrenen notärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraf 4 BDO-KVB)
- 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)
- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleinstgruppen, Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- Samstag, 10. März 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 28. April 2012
Würzburg/KVB
- Samstag, 7. Juli 2012
München/KVB
- Samstag, 13. Oktober 2012
Fachhochschule Nürnberg
- Samstag, 17. November 2012
Augsburg/KVB

Neu: Update Modul I

Notfälle erfordern Ihr schnelles und effektives Handeln. Wenn Sie eine Reanimation durchführen müssen, erwartet man von Ihnen als Arzt souveränes Vorgehen. Um das gewährleisten zu können, müssen Sie regelmäßig alle Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation trainieren. Das ist der Erfolgsfaktor Nummer eins für ein geordnetes und effektives Vorgehen nach den aktuellen Guidelines.

Am Update Modul I können alle Ärzte teilnehmen, die in den vergangenen fünf Jahren das Modul I in der KVB absolviert haben. Basiskenntnisse (BLS, ALS) werden vorausgesetzt.

- Guidelines: Aktuelle Entwicklungen und Umsetzung

- umfassendes und individuelles Reanimationstraining in Kleinstgruppen
- Airway-Management
- Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 45,- Euro

Uhrzeit: 9.30 bis 12.45 Uhr

Termine Update Modul I:

- Samstag, 31. März 2012
München/KVB
- Samstag, 12. Mai 2012
Augsburg/KVB
- Samstag, 16. Juni 2012
Nürnberg/KVB
- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- pädiatrische Akut- und Notfälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.15 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 21. März 2012
Bayreuth/KVB
- Mittwoch, 18. April 2012
München/KVB
- Mittwoch, 26. September 2012
Regensburg/KVB

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

- Mittwoch, 7. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City
- Mittwoch, 21. November 2012
Augsburg/KVB

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 Modul III:

- Mittwoch, 14. März 2012
Bayreuth/KVB
- Mittwoch, 20. Juni 2012
München/KVB
- Mittwoch, 24. Oktober 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 28. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst*.

In unserem neu konzipierten Seminar werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Guidelines. In einem ausführlichen, individuellen Training an modernen Simulatoren können sie die notfallmedizinisch relevanten Aspekte herausarbeiten und ihr Notfallmanagement praktisch erproben. Gerne berücksichtigen wir dabei individuelle Praxischwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam)

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweise bei kardiovaskulären Notfällen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 6
Teilnahmegebühr: 95,- Euro
Uhrzeit: 13.30 bis 18.00 Uhr

Termine:

- Samstag, 31. März 2012
München/KVB
- Samstag, 12. Mai 2012
Augsburg/KVB
- Samstag, 16. Juni 2012
Nürnberg/KVB
- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

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

Online-Anmeldung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Online-Anmeldung*.

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

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Abrechnungsworkshop Augenärzte

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte*

Gründer-/Abgeberforum

Hautkrebsscreening*

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

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

Fortbildung Impfen*

Prüfungen im Vertragsarztbereich - Hintergründe und Strategien

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Fachärzte

Den Umgang formen - Knigge im Berufsalltag

EBM-Grundlagenworkshop Operativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Der erste Eindruck entscheidet - der letzte bleibt!

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

Prüfungen im Vertragsarztbereich - Hintergründe und Strategien

Kompetent und sicher mit Patienten umgehen

Gründer-/Abgeberforum

QM-/QZ-Seminare

Ausbildung zum internen Auditor

QEP - einfach praktisch

QEP - Update von QEP 2005 auf QEP 2010

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. März 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	23. März 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	120,- Euro	24. März 2012	9.00 bis 16.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. März 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	160,- Euro	24. März 2012	9.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	28. März 2012	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	28. März 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	85,- Euro	28. März 2012	15.00 bis 20.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	28. März 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	28. März 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	30. März 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. April 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. April 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. April 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. April 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	18. April 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. April 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. April 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	21. April 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	195,- Euro	2. März 2012 3. März 2012 30. März 2012	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	3. März 2012	10.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	14. März 2012	9.00 bis 17.00 Uhr	München

KVBIINFOS 04|12

ABRECHNUNG

- 42 Die Honorarprüfung in der KVB
- 46 Abrechnungsprüfung nach Paragraph 106a SGB V („Plausibilitätsprüfung“)
- 48 Aufgreifkriterien der Plausibilitätskontrolle
- 50 Abrechnungskorrekturen und Nachtragsfälle
- 51 Besuchsleistungen richtig abrechnen
- 53 Abrechnung unvorhergesehener Inanspruchnahme
- 55 Abrechnung von Vorsorgeleistungen

- 58 Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung
- 59 Betreuung einer Schwangeren
- 60 Kennzeichnungspflicht künstliche Befruchtung (IVF)
- 61 Postoperative Überwachung
- 62 Abrechnung gemäß Onkologievereinbarung
- 63 Fortführung Kataraktvereinbarung
- 66 Abrechnung der Dialyse

SEMINARE

- 68 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 69 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 70 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die Honorarprüfung in der KVB

Die Plausibilitätsprüfung befasst sich mit der Frage, ob es möglich war, die abgerechneten Leistungen persönlich, vollständig, den Regelungen entsprechend oder auch überhaupt zu erbringen.

In diesem Heft finden Sie wichtige Informationen rund um die Honorarprüfung in der KVB. Der erste Teil befasst sich mit Grundsätzlichem zur Leistungserbringung, deren Dokumentation, Abrechnung und Prüfung. Im zweiten Teil finden Sie Hinweise zu den Abrechnungsbestimmungen von Leistungen, die im Rahmen einer Prüfung immer wieder eine Rolle spielen. Auch zukünftig werden wir Sie regelmäßig über die „Stolpersteine“ des EBM, aber auch über die Schwerpunkte, zu denen die Kassen Prüfanträge stellen, informieren.

Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung

Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben (Paragraph 15 Absatz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) beziehungsweise Paragraph 14 Absatz 1 EKV-Ä in Verbindung mit Paragraph 32 Absatz 1 Satz 1 Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV)). Dies stellt das Prinzip des Vertragsarztrechts dar, gemäß dem der Vertragsarzt aufgrund seiner persönlichen Eignung zugelassen wird. Als persönliche Leistungen des Vertragsarztes gelten auch solche Leistungen, die von einem genehmigten Assistenten beziehungsweise angestellten Arzt oder im Rahmen einer zulässigen Vertretung erbracht werden.

Beschäftigung von angestellten Ärzten und Assistenten

Die Beschäftigung von **angestellten Ärzten und Assistenten** bedarf grundsätzlich der **vorherigen** Genehmigung der KVB beziehungsweise des Zulassungsausschusses (Paragraph 32 Absatz 2, Paragraph 32b Absatz 2 Ärzte-ZV). Die alleinige Genehmigung durch die Bayerische Landesärztekammer ist **nicht ausreichend**. Sofern Sie einen bereits bei Ihnen tätigen Assistenten über den bislang genehmigten Zeitraum hinaus beschäftigen möchten, ist eine Verlängerung der Genehmigung erforderlich. Rückwirkende Genehmigungen dürfen nicht erteilt werden. Die erbrachten Leistungen von **genehmigten** Assistenten und angestellten Ärzten werden als persönliche Leistung des Arztes bewertet und bei der Berechnung der Zeitprofile berücksichtigt (Paragraph 32b Ärzte-ZV). Häufig kommt es durch die Tätigkeit von **nicht genehmigten** Assistenten zu Überschreitungen der zulässigen Quartals- und Tagesarbeitszeit. Leistungen, die von **nicht genehmigten** Assistenten erbracht werden, können von der KVB nicht anerkannt werden. Sie werden daher vom jeweiligen Vertragsarzt zurückgefordert. Der **ermächtigte Arzt** kann seine Leistungen (abgesehen von den Vertretungsfällen) nicht an ärztliche Mitarbeiter delegieren, weil er keine Ärzte anstellen oder Assistenten beschäftigen darf. Die Ermächtigung wird gerade wegen der **persönlichen Qualifikation** des ermächtigten Arztes erteilt.

Vertretung

Eine **Vertretung** ist bei Krankheit, Urlaub, Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder an einer Wehr-

übung innerhalb von zwölf Monaten bis zu einer Dauer von **drei Monaten** möglich. Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von **zwölf Monaten** vertreten lassen. Um den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen der Vertragsärztin vor und nach der Geburt besser begegnen zu können, wurde die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, nach dem GKV-VStG von sechs auf zwölf Monate erweitert.

Eine Vertretung ist grundsätzlich nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen Arzt, der über eine Approbation und Facharztanerkennung verfügt, zulässig. Eine Vertretung setzt ferner voraus, dass der Vertragsarzt für die vertragsärztliche Tätigkeit aus den genannten Gründen nicht zur Verfügung steht. Damit scheidet eine Vertretung aus, wenn der Vertreter und der vertretene Vertragsarzt gleichzeitig in der Praxis anwesend sind.

Grundsätzlich kann ein Vertreterfall nur dann angenommen werden, wenn der Vertragsarzt aus einem besonderen Grund an der Ausübung seiner Praxis verhindert ist, das heißt **nicht** nur stundenweise, sondern zumindest einen Tag abwesend ist. Eine regelmäßige Abwesenheit (zum Beispiel immer montags) lässt sich nicht durch eine Vertretung kompensieren.

Ein Vertragsarzt kann Leistungen an einen anderen Arzt grundsätzlich nur delegieren, wenn der andere Arzt selbst über die erforderliche Abrechnungsgenehmigung oder fachliche Qualifikation (insbesondere Facharztanerkennung) ver-

fügt, die zur Erbringung der Leistung erforderlich ist. Vor der Delegation muss sich der Vertragsarzt vergewissern, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind.

Vertretungen, die **bis zu einer Woche dauern**, muss der Arzt der KVB **weder anzeigen, noch sind sie zu genehmigen. Ab einer Woche bis zu drei Monaten** Vertretungsdauer muss der Arzt die Vertretung der KVB unter Benennung des vertretenden Arztes **anzeigen**. Dauert die Vertretung **länger als drei Monate innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten**, muss der Arzt die Vertretung vorher durch die KVB genehmigen lassen. An die Vertretung von ermächtigten Ärzten sind dieselben Anforderungen zu stellen.

Im ärztlichen Bereitschaftsdienst muss die Vertretung zudem über eingehende Berufserfahrung im ärztlichen Notfall-/Bereitschaftsdienst verfügen. Diese sind nur gegeben, wenn der Nachweis über mindestens 100 Stunden Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB und die Behandlung von mindestens 50 Patienten unter Anleitung eines Vertragsarztes geführt ist (vergleiche Anlage 1 BDO-KVB).

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertinnen
Ismihana Vidimlic
Telefon 09 41 / 39 63 – 3 81
E-Mail Ismihana.Vidimlic@kvb.de

Hildegard Beer
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 03
E-Mail Hildegard.Beer@kvb.de

Pflicht zur genauen Abrechnung

Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung beruht auf Vertrauen in eine sorgfältige und richtige Abrechnung. Daher ist es eine grundlegende Pflicht eines jeden Vertragsarztes, die erbrachten Leistungen genau abzurechnen. Dies hat das Bundessozialgericht in zahlreichen Entscheidungen (zum Beispiel BSG, 24.11.1993, 6RKA79/91) so entschieden.

Vor allem fällt unter diese Pflicht, dass eine Leistung nur dann abgerechnet werden kann, wenn der gesamte Leistungsinhalt vollständig erfüllt wurde (gemäß EBM, Allgemeine Bestimmungen I, 2.1). Dies umfasst zunächst die Erbringung aller obligaten Leistungsinhalte einer Gebührenordnungsposition, wozu auch die in der Überschrift aufgeführten Inhalte zählen. Zur Vollständigkeit der Leistung gehört auch, dass die Leistung dokumentiert wurde. So kann der Vertragsarzt beweisen, dass er die Leistung tatsächlich persönlich und vollständig erbracht hat. Zudem müssen immer die allgemeinen Bestimmungen des EBM sowie die jeweiligen Präambeln und Anmerkungen beachtet werden. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewandt werden. Die Pflicht zur genauen Leistungsabrechnung umfasst auch, dass die Gebührenordnungspositionen nur an dem Tag angesetzt werden dürfen, an dem die Leistung vollständig erbracht wurde. Insbesondere stellt es einen schweren Abrechnungsverstoß dar, wenn die Gebührenordnungsposition an einem anderen Tag angesetzt wird, um Abrechnungsausschlüsse des EBM oder anderer Vergütungsregelungen zu umgehen. Leistungen, deren Vergütung von

der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (zum Beispiel Vorliegen einer Genehmigung) abhängig ist, können nur abgerechnet werden, wenn diese erfüllt sind.

Ein Vertragsarzt muss sich selbst anhand der ihm zur Verfügung stehenden Verträge, Abrechnungsvorschriften und Gebührenordnungen die notwendigen Kenntnisse darüber verschaffen, wie die von ihm erbrachten Leistungen korrekt abzurechnen sind. Der Vertragsarzt darf sich bei der Abrechnung auch Hilfspersonen bedienen. Er ist jedoch persönlich für die Abrechnung verantwortlich. Daher trifft ihn eine Überwachungspflicht. Ein Verschulden der Hilfspersonen wird dem Vertragsarzt zugerechnet. Wir empfehlen deshalb, dass der Arzt die Abrechnung selbst erstellt.

EBM , Allgemeine Bestimmungen I, 2.1 (Stand 1/2012)

Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Bei arztpraxisübergreifender Behandlung durch denselben Arzt ist eine Gebührenordnungsposition von derjenigen Arztpraxis zu berechnen, in der die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist. Wirken an der Behandlung mehrere Ärzte zusammen, erfolgt die Berechnung durch denjenigen Vertragsarzt (Arztnummer), von dem die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist. Haben an der Leistungserbringung in demselben Arztfall mehrere Arztpraxen mitgewirkt, so hat die die Gebührenordnungsposition berechnende Arztpraxis in einer der Quartalsabrechnung beizufügen und zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass die Arztpraxis mit den anderen Arztpraxen eine Vereinbarung getroffen hat, wonach nur sie in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungsposition berechnet.

Die Vollständigkeit der Leistungserbringung ist gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten – auch die der Patienten – beziehungsweise Prozedurenklassifikation (zum Beispiel OPS, ICD 10 GM) erfüllt sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind.

Die in der Überschrift zu einer Gebührenordnungsposition aufgeführten Leistungsinhalte sind immer Bestandteil der obligaten Leistungsinhalte.

Eine Gebührenordnungsposition ist auch dann berechnungsfähig, wenn eine als Bestandteil des Leistungsinhaltes vorausgesetzte Berichterstattung oder Übermittlung einer Befundkopie bei Überschreitung der Quartalsgrenze bis zum 14. Tag im Anschluss an die vollständige Leistungserbringung erfolgt.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Susanne Zorneck
Telefon 09 41 / 39 63 – 2 80
E-Mail Susanne.Zorneck@kvb.de

Die ärztliche Dokumentationspflicht

Die Dokumentation des Behandlungsablaufs dient dem Interesse des behandelnden Arztes und des Patienten und ist für den Arzt berufsrechtlich und vertragsärztlich verpflichtend. Relevanz hat die ausführliche, sorgfältige und vollständige Dokumentation aber auch für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Im Rahmen der Plausibilitätsprüfung kann mittels der Dokumentation eine vollständige und ordnungsgemäße Leistungserbringung nachgewiesen werden.

Nach Paragraph 57 Absatz 1 BMV-Ä hat der Vertragsarzt die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren. Die Verletzung der Dokumentationspflichten hat zur Folge, dass der Leistungsinhalt der abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOP) nicht vollständig erbracht wurde. Die Vollständigkeit der Leistungserbringung ist nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM Punkt 2.1 nur dann gegeben, wenn die obligaten Leistungsbestandteile erbracht worden sind, die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten erfüllt sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind.

Vor diesem Hintergrund bleibt die Frage, welche Anforderungen an Inhalt und Umfang der Dokumentation gestellt werden. Grundsätzlich sind die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie Verlaufsdaten festzuhalten.

Der Leistungsinhalt der abgerechneten Gebührenordnungspositionen muss sich in den Dokumentationen widerspiegeln. Zu beachten ist auch, dass einzelne Gebührenordnungspositionen spezielle Dokumentationsinhalte erfordern, zum Beispiel GOP 05320 „Dokumentation mit Angabe des Nerven oder Ganglions“ oder GOP 18330 „Dokumentation der Leistungseinschränkung mit Angabe des Bewegungsumfangs“. Auch sollten die Aufzeichnungen für einen medizinischen Fachmann verständlich und nachvollziehbar sein. Als Empfehlung wird nahegelegt: je komplizierter der Eingriff ist, desto genauer sollte auch die Dokumentation ausfallen.

Schließlich müssen die Dokumentationsunterlagen nach Abschluss der Behandlung für einen Zeitraum von zehn Jahren aufbewahrt werden. Hierzu der Hinweis, dass die Aufbewahrungsfrist in speziellen Fällen von der zehnjährigen Frist abweichen kann. Beispielsweise beträgt die Aufbewahrungsfrist für Aufzeichnungen über die Röntgentherapie oder über die Behandlung mit radioaktiven Stoffen und ionisierenden Strahlen dreißig Jahre.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Inga Poguntke
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 62
E-Mail Inga.Poguntke@kvb.de

Die Bestimmungen des EBM sind komplex und die Anforderungen an die Dokumentation sind hoch. Nehmen Sie sich daher Zeit für Ihre Abrechnung – ihre Richtigkeit ist die Voraussetzung für Ihren Honoraranspruch!

Hilfestellung – die wichtigsten Fragen bei der Abrechnung von Leistungen

Viele Abrechnungselemente werden automatisch gesteuert, aber auch EDV-Systeme haben Lücken. Unsere Erfahrungen zeigen, dass es immer wieder zu Problemen kommt, wenn Gebührenordnungspositionen besondere Voraussetzungen haben. Fehler in der Abrechnung und damit auch leider Streichungen von Leistungen treten häufig in Verbindung mit folgenden Fragen auf:

- Wurde die im Abrechnungszeitraum gültige Versicherungskarte eingelesen oder nachgereicht?
- Ist für die GOP eine besondere Genehmigung/Teilnahmeerklärung notwendig?
- Ist die GOP nur für ein bestimmtes Geschlecht berechnungsfähig?
- Ist die GOP für die entsprechende Behandlungsart die Richtige (Stichwort kurative, präventive Leistung, zum Beispiel bei Koloskopie)?
- Wurde die Alterszuordnung der GOP berücksichtigt?
- Ist eine Seitenkennzeichnung (rechts/links) nötig?
- Wann wurde die Untersuchung zum letzten Mal durchgeführt und abgerechnet? Wurde der notwendige Abstand zur letzten Untersuchung eingehalten (zum Beispiel bei Präventionsleistungen)?
- Wurde die Leistung am Abrechnungstag vollständig mit allen obligaten Leistungsinhalten erbracht?

- Ist die entsprechende Diagnose vorhanden (zum Beispiel bei Akupunkturleistungen)?
- Ist die ärztliche Vorgeschichte des Patienten ausreichend dokumentiert für die Abrechnung der Leistung?

Abrechnungsprüfung nach Paragraph 106a SGB V („Plausibilitätsprüfung“)

Was ist eine Plausibilitätsprüfung?

Bei der Plausibilitätsprüfung stellt sich die Frage:

Wurde das, was abgerechnet wurde

- persönlich
- bestimmungsgemäß (EBM-konform)
- vollständig
- überhaupt erbracht?

Wer führt die Prüfung durch?

Kassenärztliche Vereinigung

zum Beispiel

- arztbezogene Prüfung der Abrechnung
- Prüfung des Umfangs der je Tag und Quartal abgerechneten Leistungen in Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand

Krankenkassen

zum Beispiel

- Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Vertragsärzte, unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit

Wie ist die Prüfung in Bayern organisiert?

Die KVB und die Krankenkassen prüfen gemeinsam auf Grundlage der Vereinbarung nach Paragraph 106a Absatz 5 SGB V (Kommission Abrechnungsprüfung).

Die Prüfung in der KVB erfolgt fachgruppenbezogen durch die regionalen Standorte (zum Beispiel Prüfung der Anästhesisten am regionalen Standort Regensburg).

Welche Prüfgegenstände gibt es?

Zeitvolumen:

Prüfung der Leistungen auf Plausibilität, wenn Arzt/LANR eine auffällig hohe Stundenzahl im Quartal hat (mehr als 780 Stunden pro Vertragsarzt beziehungsweise mehr als 156 Stunden bei ermächtigten Krankenhausärzten) oder/und mindestens drei Tage im Quartal mit mehr als zwölf Stunden pro Tag

gemeinsame Patienten:

Patientenidentität bei Praxisgemeinschaften/Praxen mit identischen Adressen

Einzelleistungsprüfung (GOP-Prüfung)

Sonstige Aufgreifkriterien:

zum Beispiel

- Einhaltung Überweisungsauftrag
- Einhaltung des Gebots der persönlichen Leistungserbringung
- Vorhandensein der Berechtigung/Genehmigung zur Abrechnung bestimmter Leistungen

Welche Folgen kann die Prüfung haben?

Honorarrückforderung

durch Rückzahlungsvereinbarung oder Honoraraufhebungs- und Neufestsetzungsbescheid

Disziplinarverfahren

(zum Beispiel bei grob fahrlässiger Falschabrechnung)

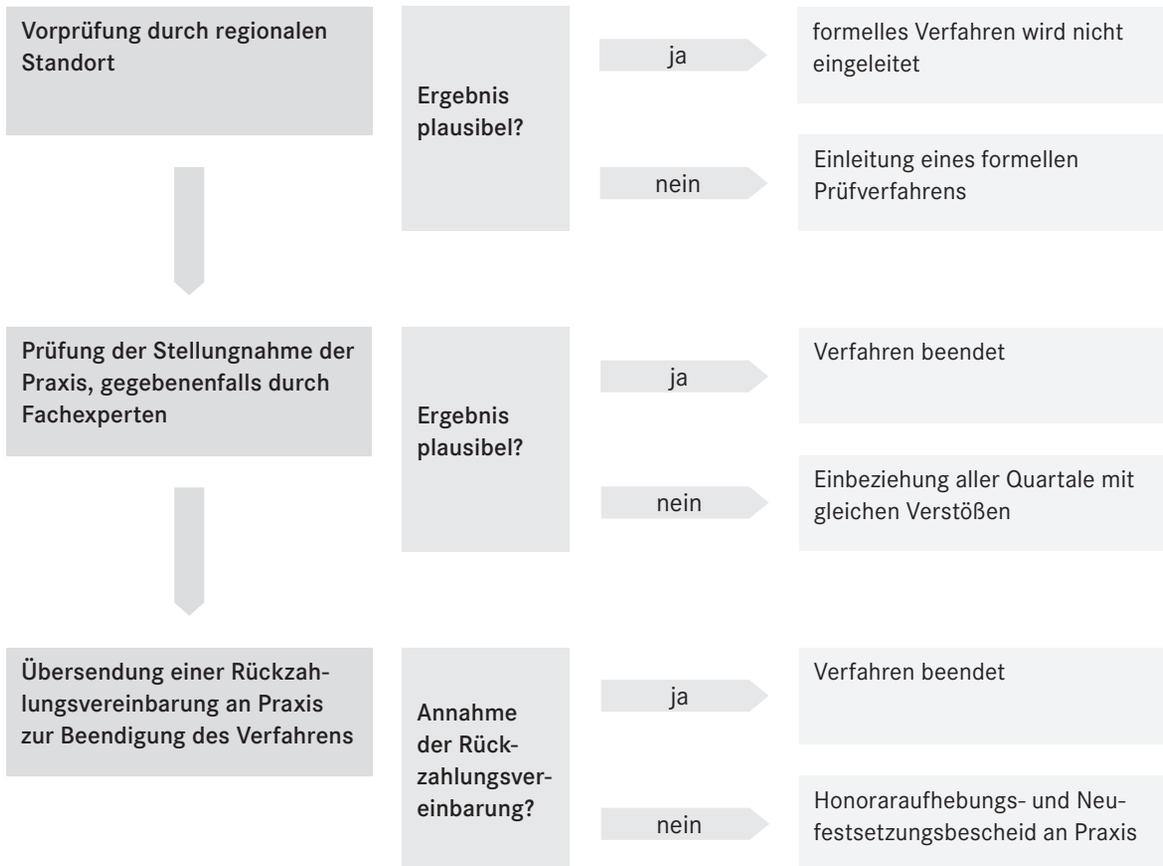
Strafanzeige

(zum Beispiel bei vorsätzlicher Falschabrechnung)

Entzug der Zulassung

(zum Beispiel Zulassung nach schwerem Pflichtverstoß für Vertragspartner – KV und Kassen – unzumutbar)

Wie wird geprüft?



Angebote der KVB

- persönliche Niederlassungs-/Präsenzberatung
- telefonische Abrechnungsberatung
- Seminare/Abrechnungsworkshops
- Rundschreiben über Änderungen der Abrechnungsbestimmungen/des EBM
- Abrechnungsinfos in den KVB INFOS des Mitgliedermagazins KVB FORUM

Aufgreifkriterien der Plausibilitätskontrolle

Um eine Plausibilitätsprüfung als erweiterte Prüfung verwaltungsökonomisch und rechtssicher betreiben zu können, ist die Einleitung einer Prüfung abhängig vom Vorliegen geeigneter Aufgreifkriterien.

Die Aufgreifkriterien sind festgelegte Grenzwerte, bei deren Überschreitung zunächst eine interne Vorprüfung des Sachverhalts durch die Mitarbeiter der Honorarprüfung erfolgt. In vielen Fällen kann bereits durch die KV-interne Prüfung der Grund der Überschreitung plausibel erklärt werden. Ansonsten wird der Arzt um Mithilfe bei der Aufklärung in Form einer Stellungnahme gebeten.

Zeitaufwand – das Aufgreifkriterium der Arbeitszeit

Das Zeitvolumen ist ein wichtiger Anhaltspunkt, um zu beurteilen, ob es möglich war, die abgerechneten Leistungen in dem dafür veranschlagten Zeitrahmen vollständig und bestimmungsgemäß zu erbringen. Diese Prüfung hat der Gesetzgeber deshalb zwingend in Paragraph 106a Absatz 2 SGB V vorgeschrieben.

Bei jeder eingereichten Honorarabrechnung wird dazu eine Zeitauswertung über die erbrachten Leistungen erstellt. Für jedes einzelne Mitglied und jeden ansonsten tätigen Arzt, dem eine LANR zugeteilt wurde, werden personenbezogene Quartals- und Tagesarbeitszeitprofile erzeugt.

Auch die abgerechneten Leistungen teilzugelassener oder teilangestellter sowie ermächtigter Ärzte, werden auf ihre zeitliche Nachvollziehbarkeit hin geprüft. Verwendung finden dabei die im Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab

hinterlegten Prüfzeiten. Bei der Ermittlung der Profile gelten folgende Grundsätze:

- Samstags-, Sonntags- und Feiertagsarbeit, Notfalldienst, Vertreterfälle und delegierbare Leistungen werden gesondert berücksichtigt.
- Assistenten werden mit ihrem genehmigten Arbeitsumfang in der Zeitberechnung ausgewiesen. Erstreckt sich die Genehmigung nur über einen Teil des Quartals, reduziert sich der Arbeitsumfang des Assistenten entsprechend. Die Arbeitszeit eines Weiterbildungsassistenten wird dem Vertragsarzt gutgeschrieben, für den der Weiterbildungsassistent genehmigt wurde und entsprechend vom Zeitkonto des Vertragsarztes abgezogen.
- Ist ein Arzt in verschiedenen Praxen tätig, werden die Zeitergebnisse aus verschiedenen Praxen zu einem personenbezogenen Gesamtwert addiert.

Eine Auffälligkeit der Arbeitszeit liegt vor bei der Überschreitung folgender Grenzwerte (Paragraph 8 Absatz 3 Bundesrichtlinien):

Quartalarbeitszeit

Volle Zulassung

- Das für ein Quartal ermittelte Zeitvolumen eines zugelassenen Arztes gilt bei mehr als **780 Stunden** als auffällig.

Teilzulassung

- Ein **teilzugelassener** Vertragsarzt darf gemäß Paragraph 95 Absatz 3 Satz 1 SGB V zeitlich nur **häufig** tätig werden, das heißt, dass hier ein Quartalsprofil ab **390 Stunden** als auffällig zu werten ist.

Ermächtigung

- Bei ermächtigten Krankenhausärzten ist eine Abrechnung als auffällig einzustufen, wenn mehr als **156 Stunden** Quartalarbeitszeit ermittelt wurden.

Angestellte Ärzte

- Bei angestellten Ärzten in Vollzeit ist als Auffälligkeitsgrenze eine Quartalarbeitszeit von **520 Stunden** zugrunde zu legen, da hier grundsätzlich von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden auszugehen ist.
- In Teilzeit angestellte Ärzte werden entsprechend ihres Tätigkeitsumfangs mit **130, 260 oder 390 Stunden** berücksichtigt. Grundsätzlich gilt die vom Zulassungsausschuss genehmigte Stundenzahl.

Tagesarbeitszeit

- Der Arbeitsaufwand pro Tag gilt für alle Ärzte (unabhängig vom Tätigkeitsstatus) als auffällig bei mehr als drei Arbeitstagen mit mehr als zwölf Stunden im Quartal.

Fazit

Die Überprüfung des Zeitvolumens ist lediglich ein Aufgreifkriterium, das auf Implausibilitäten hinweisen kann. In vielen Fällen können Auffälligkeiten jedoch bereits KV-intern durch das besondere Leistungsspektrum oder besondere Genehmigungen des Arztes plausibilisiert werden.

Bitte beachten Sie den Unterschied zwischen einer Zulassung und einer Anstellung. In einem Anstellungsverhältnis ist strikt auf die Einhaltung der genehmigten Arbeitszeit zu achten. Arbeitszeiten, die über

die genehmigte Wochenstundenzahl hinausgehen, können nicht anerkannt werden.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Annalena Eckert
Telefon 09 41/ 39 63 – 3 50
E-Mail Annalena.Eckert@kvb.de

Gemeinsame Patienten – Aufgreifkriterium bei der Praxisgemeinschaft

Neben der Zeitprüfung ist die (unzulässige) Doppelabrechnung von gemeinsamen Patienten bei Praxisgemeinschaften, aber auch bei sonstigen Kooperationen ein weiteres Aufgreifkriterium der Honorarprüfung.

Praxisgemeinschaft - Nebeneinander statt Miteinander

Entscheidendes Merkmal einer **Praxisgemeinschaft** ist, dass es sich hierbei gerade nicht um eine wirtschaftliche Abrechnungsgemeinschaft handelt und Inhalt der Kooperation nicht die gemeinschaftliche Patientenbehandlung ist. Sinn und Zweck dieser Form der Zusammenarbeit ist, die Kosten auf mehreren Schultern zu verteilen und durch effektivere Ausnutzung der persönlichen und sachlichen Mittel, die für den Praxisbetrieb benötigt werden, Kosten einzusparen.

Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung treten die Vertragsärzte eigenständig auf und rechnen unabhängig voneinander ab. Dies bedeutet auch, dass ein gegenseitiger und praxisübergreifender Zugriff auf Patientendaten sowohl EDV-technisch als auch personell ausgeschlossen sein muss. Dies gebietet schon der Datenschutz.

Eine Praxisgemeinschaft ist daher ein Nebeneinander mehrerer rechtlich selbstständiger Arztpraxen in gemeinsam betriebenen Räumen.

Im Gegensatz dazu zeichnet die Kooperationsform **Gemeinschaftspraxis** gerade das Miteinander aus. Neben einer gemeinsamen Praxisorganisation sind eine gemeinsame Patientenkartei, die gemeinsame Behandlung von Patienten sowie eine gemeinsame Abrechnung kennzeichnend.

Aufgreifkriterien und zu berücksichtigende Umstände

Die Abrechnung von Vertragsärzten, die untereinander in einer Praxisgemeinschaft verbunden sind, gilt als auffällig, wenn deren Anteil gemeinsamer Patienten den Grenzwert von

- 20 Prozent bei versorgungsbereichsidentischen Praxen
- 30 Prozent bei versorgungsbereichsübergreifenden Praxen

überschreitet (Paragraph 11 der Richtlinie zum Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfungen). Diese Werte sind Aufgreifkriterien, die eine Abrechnungsprüfung auslösen können.

Ob die Kooperationsform der Praxisgemeinschaft möglicherweise tatsächlich missbräuchlich genutzt wird, ist anhand des Gesamtbildes der Abrechnungen und der Praxisstruktur zu bewerten. Neben einem hohen Anteil gemeinsamer Patienten sprechen beispielsweise folgende Indizien für einen Missbrauch der Kooperationsform Praxisgemeinschaft:

- auffällig viele gleiche Behandlungstage (insbesondere mit gleichen Leistungen)
- auffällig viele gemeinsame Originalfälle
- falsche Scheinkennzeichnungen
- auffällig viele fehlende oder gleiche Einlesedaten der Versicherungskarten

Folgende Indizien können eine erhöhte Anzahl gemeinsamer Patienten rechtfertigen:

- berechnete Vertretungsfälle
- ein stark unterschiedliches Leistungsspektrum
- besondere Genehmigungen
- Überweisungen zur Auftragsleistung
- Notfälle

Fazit

Zusammenfassend kommt es stets auf den objektiven Gesamteindruck an, ob die jeweilige Praxis eigenständig agiert, lediglich die Kosten- und Organisationsvorteile einer Praxisgemeinschaft nutzt oder faktisch eine Gemeinschaftspraxis geführt wird. Sie sollten daher alle organisatorischen Vorkehrungen treffen und eine klare Trennung der Praxen sicherstellen und auch den Patienten gegenüber darauf hinwirken, dass die Behandlung durch andere Ärzte nur in medizinisch begründeten und/oder von der Zulassungsverordnung für den Vertretungsfall vorgesehenen Situationen erfolgt.

Eine den vertragsarztrechtlichen Bestimmungen vollkommen entsprechende Kooperation, insbesondere eine Praxisgemeinschaft, zu führen, ist organisatorisch extrem aufwendig und führt bei Nichtbeachtung der dafür geltenden Rege-

Abrechnungskorrekturen und Nachtragsfälle

lungen zur Prüfung der Plausibilität der Abrechnung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten
 Dominik van Kranenbrock
 Telefon 09 11/ 9 46 67 – 4 57
 E-Mail Dominik.vanKranenbrock@kvb.de

Jürgen Hefe
 Telefon 09 41/ 39 63 – 2 89
 E-Mail Jürgen.Hefe@kvb.de

Die nachträgliche Berichtigung fehlerhafter oder die Ergänzung unvollständig durchgeführter Leistungen für bereits zur Abrechnung eingereichte Behandlungsfälle ist nach Paragraph 3 Absatz 3 der geltenden Abrechnungsbestimmungen grundsätzlich längstens **innerhalb eines Monats** nach Ablauf der von der KVB zur Einreichung der Abrechnung festgesetzten Frist zulässig.

Nur ausnahmsweise kann die Abrechnung noch nach dem Ende dieser Frist berichtigt oder ergänzt werden, wenn diese

- innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheids 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.

In anderen als den genannten Fällen ist eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung nach Ablauf der einmonatigen Frist ausgeschlossen.

Nachtragsfälle

- Bitte achten Sie darauf, dass bei Übermittlung Ihrer Quartalsabrechnung keine Behandlungsfälle aus früheren Quartalen nochmals eingereicht werden. Wir weisen darauf hin, dass eine doppelte Einreichung von Behandlungsfällen generell unzulässig ist.
- **Ausschlussfrist:** Die nachträgliche Abrechnung von Behandlungsfällen ist bis zu einer Ausschlussfrist nach Ablauf von neun Monaten, vom Ende des Quartals an gerech-

net, in dem die Leistungen erbracht worden sind, möglich (Abschnitt 2.1 A – Allgemeine Bestimmungen des Honorarvertrags).

- **Vergütung von Nachtragsfällen:** Ganz oder teilweise aus dem oder den Vorquartal(en) eingereichte Abrechnungen (Nachtragsfälle) werden unter Anwendung der vorstehenden Regelungen nach den im Einreichungsquartal geltenden Regelungen, insbesondere den für dieses Quartal festgelegten Regelleistungsvolumen/QZV (Obergrenze) oder zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen vergütet. Die KVB kann im begründeten Einzelfall eine rückwirkende Zuordnung zum Leistungsquartal vornehmen.

Bereits in aktuellen Abrechnungsquartalen sollten Sie sorgfältig überprüfen, ob alle Leistungen eines Behandlungsfalls vollständig erbracht und abgerechnet wurden. Für eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung von Leistungen sind die genannten Voraussetzungen zwingend zu beachten. Bei Problemen oder fehlerhaften Einstellungen in Ihrer Praxissoftware bitten wir Sie, Ihren zuständigen Systemanbieter zu kontaktieren. Die gültige Fassung der Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/A/Abrechnungsbestimmungen der KVB* sowie den Honorarvertrag in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/H/Honorarverträge*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Cornelia Hofmann
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 04
 E-Mail Cornelia.Hofmann@kvb.de

Besuchsleistungen richtig abrechnen

Die falsche Abrechnung von Besuchsleistungen (GOP 01410, GOP 01411, GOP 01412, GOP 01415) führt häufig zu Honorarrückforderungen. Für den Vertragsarzt ist es sehr wichtig, sich mit den Leistungsinhalten der verschiedenen Gebührenordnungspositionen intensiv auseinanderzusetzen. Um bei einer Abrechnungsprüfung einen Honorarverlust zu vermeiden, ist besonders bei den Besuchsleistungen auf die Dokumentation zu achten. Zusätzlich dürfen die jeweiligen Besuchsleistungen ausschließlich in den vom EBM vorgegebenen Zeitrahmen abgerechnet werden.

Präambel

Im EBM wird der Besuch in der Präambel 1.4 allgemein beschrieben. Ein Besuch/Visite ist eine ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Arzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an eine andere Stelle zur Behandlung eines Erkrankten zu begeben. Ein Besuch liegt somit auch vor, wenn der Arzt zur Notversorgung eines Unfallverletzten auf der Straße gerufen wird. Sucht der Arzt seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte auf, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist, ist kein Besuch zu berechnen.

Der „normale“ Besuch

Die Gebührenordnungsposition 01410 beinhaltet den Besuch eines Kranken, der wegen dessen Erkrankung ausgeführt wird. Wichtig ist, dass der Besuch notwendig ist. Wird zum Beispiel ein Besuch aus Gefälligkeit ausgeführt, nur weil der Patient keine Fahrgelegenheit hat oder die Wohnung des Patienten auf dem Nachhauseweg des Arztes

liegt, kann kein Besuch zulasten der GKV abgerechnet werden. Findet ein „normaler“ Besuch auf verschiedenen Stationen eines Alten- oder Pflegeheims statt, kann der Besuch nach Gebührenordnungsposition 01410 auf jeder Station einmal erneut abgerechnet werden.

Beim „normalen“ Besuch, der während der Nachtzeiten erbracht wird, sollte unbedingt auf die Kennzeichnung „N“ geachtet werden. Die Kennzeichnung „N“ löst das Wegegeld bei Nacht aus.

Dringende Besuche

Die häufigsten Missverständnisse entstehen bei der Abrechnung der dringenden Besuche. Hier ist zwischen dem dringenden Besuch nach den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 und 01415 zu unterscheiden.

Um einen Besuch als dringenden Besuch nach den Gebührenordnungspositionen 01411 und 01412 abrechnen zu können, muss der Besuch unverzüglich nach Bestellung ausgeführt werden und durch die Erkrankung begründet sein. Unverzüglich heißt für den Vertragsarzt, dass er ohne schuldhaftes Zögern tätig werden muss. Geschilderte Symptome, die ein unverzügliches Handeln des Arztes erfordern, können sich gelegentlich als nicht gegeben erweisen. In diesen Fällen kann der Arzt dennoch den dringenden Besuch beziehungsweise die dringende Visite auf der Belegstation ansetzen. Eine ausführliche Dokumentation ist hier besonders wichtig. Handelt es sich um einen dringenden Nachtbesuch, ist die Gebührenordnungsposition mit einem „N“ zu kennzeichnen, um auch hier die höhere Wegepauschale auszulösen.

Besuche im organisierten Not(-fall)dienst/organisierten Bereitschaftsdienst

In Bayern wird der organisierte Not(-fall)dienst als organisierter Bereitschaftsdienst bezeichnet. Besuche im organisierten Bereitschaftsdienst werden unabhängig von den Zeiten und Wochen- beziehungsweise Feiertagen immer nach der Gebührenordnungsposition **01411 EBM** vergütet. Der dringende Besuch in beschützenden Heimen, Alten- oder Pflegeheimen ist im Rahmen des organisierten Bereitschaftsdienstes mit der Gebührenordnungsposition 01411 abzurechnen.

Dringende Heimbesuche

Eine Sonderstellung für die unverzügliche Ausführung eines Besuchs hat der dringende Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen sowie Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal nach der Gebührenordnungsposition 01415. Hier bestimmt die Leistungslegende, dass diese Besuchsleistung am Tage der Bestellung auszuführen ist.

Um die Dringlichkeit zu dokumentieren, sollten der Zeitpunkt der Bestellung des Besuchs, die Kriterien, aus denen die Dringlichkeit abgeleitet wurde, die beim Patienten erhobenen Befunde sowie die veranlassenden therapeutischen Maßnahmen aufgezeichnet werden. Kommt es zu einer Prüfung, ist die Dokumentation, ob es sich um einen Erstbesuch in einer sozialen Gemeinschaft oder um eine eigenständige Wohneinheit handelt, erforderlich, um von Anfang an mögliche Missverständnisse auszuräumen. In derselben sozialen Gemeinschaft kann die Gebührenordnungsposition

01415 nur einmal angesetzt werden. Sind weitere Kranke in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen dringend noch am Tag der Bestellung zu besuchen, darf nur die Gebührenordnungsposition 01413 (Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft und/oder in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal) abgerechnet werden.

Es ist zu beachten, dass eine soziale Gemeinschaft in den allermeisten Fällen nicht auf der Station des Pflege- oder Altenheims endet, sondern sogar getrennte Gebäudeteile umfassen kann. Wird ein Arzt während eines dringenden Besuchs nach der Gebührenordnungsposition 01415 vom Pflegepersonal dringend zu einem weiteren Besuch der gleichen sozialen Gemeinschaft gebeten, kann nur der „Mitbesuch“ nach Gebührenordnungsposition 01413 abgerechnet werden. Dies ergibt sich aus der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 01413, wonach im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412 oder 01415 die Gebührenordnungsposition 01413 abzurechnen ist.

Wird der dringende Besuch im Altenheim mit Unterbrechung der Sprechstundentätigkeit oder zu Unzeiten (Nacht, Feiertag) erbracht, kann anstelle der Gebührenordnungsposition 01415 der dringende Besuch nach Gebührenordnungsposition 01412 berechnet werden.

Die soziale Gemeinschaft

Für die richtige Abrechnung ist es wichtig zu wissen, wie sich der Begriff der sozialen Gemeinschaft definiert. Dieser darf nicht mit dem Begriff „Station“ verwechselt werden. Mit dem Begriff „soziale Gemeinschaft“ werden sämtliche zusammenwohnende Angehörige einer Familie, Gemeinschaften wie eheähnliche Lebensgemeinschaften, Wohngemeinschaften, Gemeinschaften in Behindertenheimen, Altenheimen und Pflegeheimen, Jugendherbergen, Erholungsheimen, Asylantenheimen, Obdachlosenheimen, bei denen ein Gemeinschaftsleben gepflegt wird, beschrieben.

Zum Gemeinschaftsleben gehören zum Beispiel die regelmäßige gemeinsame Einnahme aller oder fast aller Mahlzeiten oder Versorgung mit Essen in den Zimmern, die gemeinsame Nutzung von Bädern und sonstiger sanitärer Anlagen, Telefone und anderer Kommunikationsmittel (zum Beispiel Fernsehzimmer). Hier ist nicht relevant, ob die Mitglieder der sozialen Gemeinschaft im selben Gebäudeteil oder sogar in getrennten Gebäudeteilen beziehungsweise auf einem Anstaltsgelände untergebracht sind.

Wohnen Patienten dagegen in einem Wohnheim mit eigener Küche, weitgehend selbstständiger Essensversorgung, eigener Türklingel und eigenem Briefkasten, besteht keine soziale Gemeinschaft.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01410: Besuch

Beschreibung

Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt

GOP 01411: Dringender Besuch I

Beschreibung

Dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt zwischen 19.00 und 22.00 Uhr, oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember zwischen 7.00 und 19.00 Uhr

- Besuch im organisierten Not(-fall)dienst
- Besuch im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

GOP 01412: Dringender Besuch II

Beschreibung

Dringender Besuch/dringende Visite auf der Belegstation wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt

- Dringender Besuch zwischen 22.00 und 7.00 Uhr
- Dringender Besuch an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember zwischen 19.00 und 7.00 Uhr
- Dringender Besuch bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume
- Dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume

Abrechnung unvorhergesehener Inanspruchnahme

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01412 ist für Besuche im Rahmen des organisierten Not(-fall) dienstes beziehungsweise für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser nicht berechnungsfähig.

Sofern die Partner der Gesamtverträge eigene Regelungen zur Vergütung der dringenden Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume getroffen haben, ist die Gebührenordnungsposition 01412 für die dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume nicht berechnungsfähig.

GOP 01413: Besuch eines weiteren Kranken

Beschreibung

Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal

Obligater Leistungsinhalt

Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den Gebüh-

renordnungspositionen 01410, 01411, 01412 oder 01415

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01413 ist nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01102 berechnungsfähig, wenn die Inanspruchnahme nach 01413 in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal auf besondere Anforderung erfolgt.

GOP 01415: Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal

Beschreibung

Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01415 ist im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes nicht berechnungsfähig.

Mit den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01100 und 01101 wird die unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten zu den im EBM dargestellten Uhrzeiten beziehungsweise an den genannten Wochenend- und Feiertagen vergütet.

Um diese Gebührenordnungspositionen abrechnen zu können, muss die Leistungserbringung unvorhergesehen erfolgen. Unvorhergesehen beinhaltet immer, dass die Initiative vom Patienten ausgehen muss ohne Beeinflussung oder Veranlassung des Vertragsarztes. Das Merkmal der Unvorhersehbarkeit wird damit während der Sprechstundenzeiten nicht erfüllt.

Auch wenn Patienten in einer vom Arzt angebotenen Samstags- oder Sonntagsprechstunde unangemeldet erscheinen, handelt es sich nicht um eine unvorhergesehene Inanspruchnahme im Sinne der GOP 01100/01101. Hier ist lediglich am Samstag zwischen 7.00 und 14.00 Uhr die GOP 01102 abrechnungsfähig.

Für die Abrechenbarkeit der GOP 01100 ist es maßgeblich, ob Patienten wegen eines akuten, unaufschiebbarer beziehungsweise notfallmäßigen Behandlungsbedarfes den Arzt am Wochenende aufsuchen und nicht nur deshalb, weil ihnen am Wochenende ausreichend persönliche Zeit zur Verfügung steht und sie aus der Erfahrung wissen, dass sie vom Arzt auch am Wochenende in ihren Praxisräumen im Rahmen einer fortlaufenden beziehungsweise routinemäßigen Behandlung versorgt werden. Jede regelmäßige und/oder geplante Behandlung am Wochenende stellt ge-

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Silvia Langbein
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 34
E-Mail Silvia.Langbein@kvb.de

rade **keine** unvorhergesehene Inanspruchnahme dar.

Die GOPen 01100 und 01101 können auch nicht im Zusammenhang mit Leistungen zum Ansatz gebracht werden, die aufgrund notwendiger Terminvereinbarung vorhersehbar sind, wie beispielsweise endoskopische Untersuchungen, Vorsorgeleistungen, Testverfahren auf Demenz, Vor- und Nachuntersuchungen zu geplanten Operationen.

Gleiches gilt für Visiten eines Belegarztes auf seiner Belegstation: Wenn sich der Vertragsarzt auf Station befindet, muss er generell damit rechnen, dass er von Patienten in Anspruch genommen wird. Werden Regelvisiten zu Unzeiten am Samstag oder Sonntag erbracht, sind die GOPen 01100 und 01101 nicht berechnungsfähig.

Wird der Vertragsarzt außerhalb seiner Sprechstundenzeiten unvorhergesehen durch einen Notruf auf der Belegstation angefordert, kann er – entsprechend der Leistungslegende – die GOPen 01100 EBM oder 01101 ansetzen. Sucht der Arzt dann, weil er gerade auf der Belegstation ist, noch weitere Patienten auf, sind diese jedoch nur mit der GOP 01414 berechnungsfähig.

Um im Falle einer Prüfung die Richtigkeit der Abrechnung der GOP 01100 beziehungsweise 01101 nachvollziehbar darstellen zu können, empfehlen wir Ihnen dringend, in den in Ihrer Praxis verbleibenden Unterlagen folgende Angaben zu dokumentieren:

- das Datum und die Uhrzeit der unvorhergesehenen Inanspruchnahme

- die Kriterien, aus denen sich die Unvorhersehbarkeit ergibt
- die beim Patienten erhobenen Befunde
- die veranlassten therapeutischen Maßnahmen

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Nina Herzner
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 54
E-Mail Nina.Herzner@kvb.de

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01100: Unvorhergesehene Inanspruchnahme I

Beschreibung

Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten

- zwischen 19.00 und 22.00 Uhr
- an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember zwischen 7.00 und 19.00 Uhr

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01100 ist nicht berechnungsfähig, wenn Sprechstunden vor 7.00 Uhr oder nach 19.00 Uhr stattfinden oder Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden. Im Rahmen der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01100 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.

Die Gebührenordnungsposition 01100 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.

GOP 01101: Unvorhergesehene Inanspruchnahme II

Beschreibung

Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten

- zwischen 22.00 und 7.00 Uhr
- an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember zwischen 19.00 und 7.00 Uhr

Abrechnung von Vorsorgeleistungen

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01101 ist nicht berechnungsfähig, wenn Sprechstunden vor 7.00 Uhr oder nach 19.00 Uhr stattfinden oder Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden. Im Rahmen der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01101 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.

Die Gebührenordnungsposition 01101 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.

GOP 01102: Inanspruchnahme an Samstagen

Beschreibung

Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7.00 und 14.00 Uhr

Anmerkung

Im Rahmen der Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01102 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.

Die Gebührenordnungsposition 01102 ist nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01413 berechnungsfähig, wenn die Inanspruchnahme nach der GOP 01413 in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal auf besondere Anforderung erfolgt.

Den vollen Text der Richtlinie zur Früherkennung von Krebserkrankungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bund/Richtlinien des G-BA/Krebsfrüherkennung*.

Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen (GOP 01730, GOP 01731, GOP 01735)

Die Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen (GOP 01730 bei Frauen, GOP 01731 bei Männern) kann gemäß Paragraph 25 SGB V in Verbindung mit den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien **einmal jährlich** durchgeführt werden. Dies bedeutet nicht, dass zwischen zwei Untersuchungen 365 Tage liegen müssen. Hier ist allein das **Kalenderjahr** maßgeblich. Das wiederum bedeutet, dass eine sehr früh im Jahr und eine am Ende desselben Jahres durchgeführte Untersuchung nicht zulässig sind.

Bitte beachten Sie auch die zutreffenden **Altersgrenzen** und die **geschlechtsspezifische Zuordnung** der jeweiligen Gebührenordnungspositionen. Bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung nach der **GOP 01730** muss die Frau mindestens 20 Jahre, bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung nach der **GOP 01731** muss der Mann mindestens 45 Jahre alt sein.

Zahlreiche Anträge der Krankenkassen veranlassen uns, auch auf die Abrechnungsvoraussetzungen der **GOP 01735** (Beratung gemäß Paragraph 4 der Chroniker-Richtlinien zu Früherkennungsuntersuchung für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen) hinzuweisen: Die Patientin muss mindestens 20 Jahre alt sein, das heißt, die Leistung darf

nach der zweiten Anmerkung zur GOP 01735 erst „nach Erreichen der Anspruchsberechtigung“, bezogen auf die Krebsfrüherkennungsuntersuchung, erbracht und abgerechnet werden. Weiterhin darf die Frau nicht vor dem 1. April 1987 geboren sein. Nach Erreichen der Anspruchsberechtigung, spricht ab dem 20. Geburtstag, darf die Leistung nur **einmalig** in einem **Zeitraum von zwei Jahren** abgerechnet werden. Das heißt, die GOP ist nur einmal im Leben einer Patientin berechnungsfähig und zwar bis einschließlich einen Tag vor ihrem 22. Geburtstag. Schließlich darf die GOP 01735 nur abgerechnet werden, wenn im gleichen oder im Folgequartal nicht auch die GOP 01730 abgerechnet wird.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01730: Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei der Frau

Beschreibung

Untersuchung zur **Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau** gemäß Abschnitt B. II. Paragraphen 6 und 8 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Anmerkung

Die unter der Nummer 1 der Präambel zu Kapitel 3.1 genannten Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs können die Gebührenordnungsposition 01730 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.

Die Gebührenordnungsposition 01730 umfasst die entsprechend der Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 19. Juli 2005 entstehenden Zusatzkosten durch die Abnahme des Bürstenabstrichs.

GOP 01731: Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Mann

Beschreibung

Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann gemäß Abschnitt C. Paragraph 25 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

GOP 01735: Beratung gemäß Paragraph 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen

Beratung gemäß Paragraph 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in Paragraph 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie) zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen.

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung gemäß Paragraph 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in Paragraph 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B

II. Paragraph 6 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

- Information über Inhalt, Ziel und Zweck des Programms, Häufigkeit und Krankheitsbild, Effektivität und Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme
- Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positiven Befund
- Ausgabe des krankheitsbezogenen Merkblatts des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Ausstellung der Bescheinigung

Anmerkung

- Die Gebührenordnungsposition 01735 kann gemäß Richtlinie nur von Ärzten berechnet werden, die berechtigt sind die entsprechenden Untersuchungen durchzuführen.
- Die Gebührenordnungsposition 01735 kann gemäß Richtlinie nur einmalig im Zeitraum von zwei Jahren nach Erreichen der Anspruchsberechtigung berechnet werden.
- Bis zur Vereinbarung des Dokumentationsvordrucks für die Dokumentation gemäß Paragraph 4 der Chroniker-Richtlinie kann die Bescheinigung auf Muster 16 erfolgen.

Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732)

Den vollen Text der Richtlinien über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bund/Richtlinien des G-BA/Gesundheitsuntersuchung*.

Die Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732) kann gemäß Paragraph 25 SGB V in Verbindung mit den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien jedes zweite Jahr durchgeführt werden. Hier ist auf das Kalenderjahr abzustellen. Eine weitere Untersuchung darf daher erst im übernächsten Jahr wieder erbracht und abgerechnet werden, das auf das Kalenderjahr der letzten Untersuchung folgt. Bitte beachten Sie auch hier die zutreffende Altersgrenze. Die Gesundheitsuntersuchung ist erst vom 36. Lebensjahr an, also ab dem 35. Geburtstag, abrechenbar.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01732: Gesundheitsuntersuchung

Beschreibung

Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien

Anmerkung

Im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01732 sind die Gebührenordnungspositionen 32880 bis 32882 für die in den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien geforderten Laboruntersuchungen berechnungsfähig.

Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (GOP 01740)

Nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien sind Sie verpflichtet, Ihre Patienten möglichst frühzeitig ab dem Alter von 50 Jahren einmalig über das Gesamtprogramm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms eingehend zu informieren. Dabei sollten Sie den Patienten auch über Ziel und Zweck des Programms beraten. Diese erste Beratung ist nicht gesondert abrechnungsfähig, sondern mit den Versicherten-/Grundpauschalen abgegolten.

Möglichst bald ab dem Alter von 55 Jahren soll der Versicherte eine weitere Beratung (zweite Beratung, GOP 01740 EBM) erhalten. Bitte beachten Sie, dass diese Leistung nur einmalig im Leben des Patienten abrechnungsfähig ist.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01740: Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms

Beschreibung

Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms

Obligater Leistungsinhalt

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

- Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positivem Befund
- Ausgabe des Merkblatts nach Anlage IV der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien
- Möglichst frühzeitig nach Vollendung des 55. Lebensjahres

Totale Koloskopie gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien (GOP 01741)

Die GOP 01741 ist eine Vorsorgeleistung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms nach den Voraussetzungen der Krebsfrüherkennungsrichtlinien. Versicherte haben ab dem Alter von 55 Jahren Anspruch auf insgesamt zwei Koloskopien mit einem Abstand von zehn Jahren.

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 (Paragraph 37 Absatz 3 Krebsfrüherkennungs-Richtlinien).

Beachten Sie bitte, dass es sich hierbei um eine präventive Leistung handelt. Wenn für den Patienten eine kurative Koloskopie erforderlich wird, so finden hierfür die entsprechenden Gebührenordnungspositionen aus dem jeweiligen fachgruppenspezifischen Kapitel Anwendung.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01741: Totale Koloskopie gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Beschreibung

Koloskopischer Komplex gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Obligater Leistungsinhalt

- Totale Koloskopie gemäß den Krebsfrüherkennungsrichtlinien 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 Notfallsausrüstung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren
- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung
- Probeexzision(en)

Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung

- Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild
- Prämedikation/Sedierung

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01741 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V voraus.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Ute-Katharina Dederich
 Telefon 09 11 / 9 46 67 - 4 70
 E-Mail UteKatharina.Dederich@kvb.de

Die Leistungsinhalte der GOP 01821 EBM (Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung) und der GOP 01822 EBM (Beratung gegebenenfalls einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung) verweisen auf die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die Richtlinie kann im Internet eingesehen werden unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bund/Richtlinien-des-G-BA/Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch*.

Die GOP 01822 ist einmal im Behandlungsfall und die GOP 01821 einmal im Krankheitsfall abrechnungsfähig. Generell ist wie bei jeder Gebührenordnungsposition des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu beachten, dass die GOP 01822 und die GOP 01821 erst dann abrechnungsfähig sind, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Die GOP 01822 und/oder die GOP 01821 wurde(n) bereits in der Vergangenheit quartalsübergreifend geprüft. Innerhalb dieser Prüfungen wurde ersichtlich, dass die beiden Leistungen teilweise bis ins hohe Alter abgerechnet wurden.

Die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung umfasst sowohl die Beratung über Hilfen, die geeignet sind, eine Schwangerschaft zu ermöglichen, als auch eine Schwangerschaft zu verhüten. Für den Leistungsinhalt der GOP 01822 und/oder GOP 01821 besteht somit im Regelfall bei Patienten ab einem bestimmten Alter keine medizinische Indikation mehr. Ab welchem Alter eine Berichtigung zu erfolgen hat, wurde mit dem Berufsverband der Frauenärzte abgestimmt. Vereinbarungsgemäß wird, um etwaige

Sonderfälle berücksichtigen zu können, die GOP 01822 und/oder die GOP 01821 erst ab dem 56. Lebensjahr berichtigt.

Wir weisen daher alle Vertragsärzte darauf hin, dass eine Berechnung der GOP 01822 und der GOP 01821 bei Patientinnen in einem höheren Alter nur in Ausnahmefällen begründet sein kann. Diese Ausnahmen werden innerhalb einer Abrechnungsprüfung anhand Ihrer internen Dokumentationen überprüft. Bitte achten Sie darauf, dass Sie entsprechende und ausreichende Karteikarteneinträgen vornehmen.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01821 Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung Beschreibung

Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung

Obligater Leistungsinhalt

Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des G-BA

Abrechnungsbestimmung

einmal im Krankheitsfall

Anmerkung

Vertragsärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich können die Gebührenordnungsposition 01821 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.

Betreuung einer Schwangeren

GOP 01822 Beratung gegebenenfalls einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung

Beschreibung

Beratung gegebenenfalls einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung

Obligater Leistungsinhalt

Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des G-BA, Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01821)

Fakultativer Leistungsinhalt

Untersuchung gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des G-BA

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Anmerkung

Vertragsärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich können die Gebührenordnungsposition 01822 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Sabrina Götzter
Telefon 09 41 / 39 63 – 283
E-Mail Sabrina.Goetzer@kvb.de

Wegen eines Prüfersuchens der gesetzlichen Krankenkassen war die KVB gezwungen, eine arztübergreifende Prüfung der Abrechnungen hinsichtlich der GOP 01770 EBM durchzuführen. Das Ergebnis zeigte, dass die Ziffer in einigen Fällen durch mehr als einen Vertragsarzt im Quartal abgerechnet wurde.

Die Betreuung einer Schwangeren (GOP 01770) verweist auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschaftsrichtlinie). Sie finden die Richtlinie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bund/Richtlinien-des-G-BA/Mutterschaft*.

Nach den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 des EBM ist eine Leistung nur dann berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. In den Mutterschaftsrichtlinien sind alle notwendigen Beratungen und Untersuchungen definiert, die eine vollständige Erbringung der Leistung nach GOP 01770 voraussetzen.

Die GOP 01770 kann nur einmal im Behandlungsfall von dem Arzt abgerechnet werden, der nach Feststellung der Schwangerschaft auch tatsächlich die Betreuung der Schwangeren über das gesamte Quartal hinweg übernimmt. Dies gilt auch, wenn im Laufe eines Quartals mehrere Vertragsärzte in die Betreuung der Schwangeren eingebunden sind. Bitte beachten Sie, dass ein Ansatz der GOP 01770 unter folgenden Voraussetzungen nicht möglich ist:

- bei Notfällen
- bei Überweisung eines Frauen-

arztes zur Mit- oder Weiterbehandlung

- bei Urlaubs- und Krankheitsvertretung
- bei Überweisung zur Geburtsvorstellung
- bei alleiniger Schwangerschaftsfeststellung
- im direkten Zusammenhang mit einem geplanten Schwangerschaftsabbruch

Die Betreuung einer Schwangeren als Leistung der Prävention setzt voraus, dass die Schwangerschaft zweifelsfrei festgestellt worden ist. Der Nachweis einer intakten intrauterinen Schwangerschaft ist somit noch nicht Leistung der Mutterschaftsvorsorge. Daraus ergibt sich, dass alle Untersuchungen, die zur Feststellung einer Schwangerschaft führen, selbst noch nicht Mutterschaftsvorsorgeleistungen sein können.

Wir bitten Sie, die Mutterschaftsrichtlinien sowie die oben dargelegten Anmerkungen im Rahmen der Leistung nach GOP 01770 zu beachten. Achten Sie bitte auch auf eine entsprechende Dokumentation insbesondere der obligaten Leistungsinhalte. Bitte berücksichtigen Sie, dass bei Nichtbeachtung der Abrechnungsbestimmungen und bei unzureichender Dokumentation entsprechende Berichtigungen durchgeführt werden.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01770: Betreuung einer Schwangeren

Beschreibung

Betreuung einer Schwangeren gemäß den Richtlinien des Ge-

Kennzeichnungspflicht künstliche Befruchtung (IVF)

meinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschaftsrichtlinien)

Obligater Leistungsinhalt

- Beratungen und Untersuchungen gemäß den Mutterschaftsrichtlinien
- Ultraschalluntersuchungen nach Anlage 1a und 1b der Mutterschaftsrichtlinien
- Bilddokumentation(en)

Abrechnungsbestimmung
einmal im Behandlungsfall

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01770 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V voraus. Die Gebührenordnungsposition 01770 kann für die Betreuung einer Schwangeren im Laufe eines Quartals nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Betreuung der Schwangeren eingebunden sind (zum Beispiel bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit-beziehungweise Weiterbehandlung).

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Ramona Müller
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 91
E-Mail Ramona.Mueller@kvb.de

Für Leistungen, die im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung abgerechnet werden, übernimmt nach Paragraph 27a Absatz 3 SGB V die Krankenkasse 50 Prozent der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten. Die anderen 50 Prozent der Kosten sind vom Versicherten zu zahlen. Diese Leistungen müssen entsprechend den Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung sowohl vom Frauenarzt als auch vom Anästhesisten oder von weiteren, in die Behandlung eingebundenen Ärzten, gekennzeichnet werden, sie werden mit dem 50-prozentigen Wert vergütet. Die anderen 50 Prozent sind dem Versicherten in Rechnung zu stellen.

Kennzeichnung in Bayern

- Sie tragen bei den Leistungen der künstlichen Befruchtung in der Feldkennung 5023 den Buchstaben „Q“ ein oder
- Sie rechnen die entsprechenden Gebührenordnungspositionen mit dem Buchstabenzusatz „X“ ab (zum Beispiel 05330X).
- Bei den GOPen 08510, 08530, 08531, 08540, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561, 08570, 08571, 08572, 08573, 08574 aus dem Kapitel 8.5 des EBM ist eine gesonderte Kennzeichnung nicht zwingend erforderlich, da diese nur im Rahmen der künstlichen Befruchtung berechnungsfähig sind. Diese GOPen werden von uns automatisch in die Gebührenordnungspositionen mit dem Buchstabenzusatz „X“ umgesetzt.

Wird im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung festgestellt, dass Sie die Kennzeichnung der Leistungen nicht vorgenommen haben, so wird der zu viel erhaltene Leistungsbedarf von 50 Prozent zurückgefordert.

Nach der aktuellen Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses nach Paragraph 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß Paragraph 27 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2012 sind folgende Gebührenordnungspositionen von der Kennzeichnungspflicht betroffen:

01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 11330 bis 11334, 11351, 11352, 11354, 11360, 11361, 11370 bis 11372, 11380, 11390, 11391, 11395, 11396, 11400, 11401, 11403, 11404, 11410 bis 11412, 11420 bis 11422, 11430 bis 11434, 11440 bis 11443, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660, 32781.

Sie finden die aktuelle Durchführungsempfehlung auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/8157.html.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Sabine Weber
Telefon 09 41 / 39 63 – 2 56
E-Mail Sabine.Weber2@kvb.de

Postoperative Überwachung

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

Postoperative Überwachungskomplexe nach Kapitel 31.3 (GOPen 31501 bis 31507 EBM) und Kapitel 36.3 (GOPen 36501 bis 36507 EBM)

Die postoperative Überwachung des Kapitels 31.3 EBM und des Kapitels 36.3 EBM kann nur einmal je Patient nach einer Operation abgerechnet werden.

Sind an der postoperativen Überwachung mehrere Ärzte beteiligt, in der Regel sowohl der Operateur als auch der Anästhesist, schreibt der EBM in den Präambeln 31.3.1 Nummer 1 EBM und 36.3.1 Nummer 1 EBM ausdrücklich vor, dass die beteiligten Ärzte eine Vereinbarung darüber treffen müssen, welcher der beteiligten Ärzte die postoperative Überwachung abrechnet. Die Vereinbarung, welcher der beteiligten Ärzte die postoperative Überwachung abrechnet, ist Abrechnungsvoraussetzung für die Gebührenordnungspositionen der postoperativen Überwachung.

Diese Vereinbarung muss nicht für jeden Patienten individuell, sondern kann auch pauschal für mehrere Quartale getroffen werden. So könnte zum Beispiel zwischen Operateur und Anästhesist vereinbart werden, wer bei allen gemeinsamen postoperativen Überwachungen nach ambulanten Operationen im Krankenhaus die postoperativen Leistungen abrechnet. Zum Nachweis sollte diese Vereinbarung schriftlich getroffen werden.

Präambeln des EBM 31.3.1 Nummer 1 beziehungsweise EBM und 36.3.1 Nummer 1 EBM (Stand 1/2012)

Haben an der Erbringung der Leistungen des Abschnitts 31.2 beziehungsweise 36.2, die nachfolgend eine Überwachung entsprechend Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.3 beziehungsweise 36.3 erforderlich machen oder an der Überwachung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen berechnet.

Postoperative Überwachungskomplexe bei ambulanten Kataraktoperationen (Operationsmodul A GOP 97442 und Anästhesiemodul GOP 97444)

Bei ambulanten Kataraktoperationen ist ebenfalls zu beachten, dass die postoperative Überwachung nur entweder vom Operateur oder durch den Anästhesisten berechnungsfähig ist.

Die Abrechnungsbestimmungen der Kataraktvereinbarung haben wir für Sie in einem gesonderten Artikel zusammengefasst (siehe in diesem Heft auf Seite 63).

Sofern die Anästhesieleistungen durch einen hinzugezogenen Anäs-

thesisten übernommen werden, der Operateur aber die postoperative Überwachung übernimmt, ist die anteilige Vergütung für die Durchführung der postoperativen Überwachung im Innenverhältnis Operateur – Anästhesist aufzuteilen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Christine Peter
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 52
E-Mail Christine.Peter@kvb.de

Abrechnung gemäß Onkologievereinbarung

Die Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologievereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) dient der Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten. Sie finden die Vereinbarung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bayern/O/Onkologie*.

Voraussetzung für die Abrechnung der Kostenpauschalen ist die Angabe der Diagnose. Bitte achten Sie darauf, die Diagnose der Tumorerkrankung mit dem entsprechenden ICD-10-GM zu dokumentieren. Ist die entsprechende Diagnose nicht vorhanden, kann die Leistung nicht anerkannt werden.

Gemäß Paragraph 1 Absatz 2 sind Tumorerkrankungen im Sinne der Vereinbarung:

- alle malignen soliden Tumore (ICD-10-GM: C00 bis C80.-, C97)
- intrakranielle beziehungsweise ZNS-Neubildungen (sowohl gutartige als auch mit unsicherem oder unbekanntem Verhalten; ICD-10-GM: D32.-, D33.-, D42.- und D43.-)
- bestimmte Tumore bei Kindern und Jugendlichen (ICD-10-GM: nur familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) und erbliches nicht-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC) D12.6, D30.0, M72.40 bis 72.48)
- Neubildung des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung (ICD-10-GM: C81.- bis C96.9, D45.-, D46.0, D46.1, D46.4, D46.5, D46.6, D46.7, D46.9, D47.0, D47.1, D47.2, D47.3, D47.4, D47.5, D47.7; nur Formen der Anämie mit kritischer (Pan-) Zytopenie und schwerwiegender

Störung der Hämatopoese D61.-, nur Idiopathische thrombozytopenische Purpura und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten Thrombozytenwerten; D69.3, D69.4 nur Störungen der Granulozytopoese nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik; D70.-, D71, D72.-)
e) die Haemophagozytäre Lymphohistiozytose (ICD-10-GM: D76.1)

Für die Behandlung können entsprechend der Diagnose einmalig im Behandlungsfall folgende Kostenpauschalen angesetzt werden:

- **GOP 86510: Behandlung florider Hämoblastosen entsprechend Paragraph 1 Absatz 2 d und e**
Die Kostenpauschale 86510 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86512 berechnungsfähig.
- **GOP 86512: Behandlung solider Tumore entsprechend Paragraph 1 Absatz 2 a-c unter tumorspezifischer Therapie**
Die Kostenpauschale 86512 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86510 berechnungsfähig. Die Kostenpauschale 86512 ist nur unter Angabe der Therapieform berechnungsfähig.
- **GOP 86514: Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie**
Die Kostenpauschale 86514 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 berechnungsfähig. Die Kostenpauschale 86514 ist

nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.

- **GOP 86516: Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie**
Die Kostenpauschale 86516 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 berechnungsfähig. Die Kostenpauschale 86516 ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.
- **GOP 86518: Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung**
Die Kostenpauschale 86518 ist bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Heilungschance abrechnungsfähig.

Obligater Leistungsinhalt:

Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung. Umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und -behandlung und psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen. Die Kostenpauschale 86518 ist im Behandlungsfall nicht neben der Kostenpauschale 86516 berechnungsfähig.

Bitte beachten Sie, dass die Kostenpauschalen laut Vereinbarung nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden können. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (zum Beispiel bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- beziehungs-

Fortführung Kataraktvereinbarung

weise Weiterbehandlung). Gemäß den Allgemeinen Bestimmungen (Kapitel 2.1. des EBM), hat die Berechnung bei einem Zusammenwirken mehrerer Ärzte an der Behandlung durch denjenigen Vertragsarzt (Arztnummer) zu erfolgen, von dem die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist. Gemäß Paragraph 1 Absatz 4 Onkologievereinbarung ist ein onkologisch qualifizierter Arzt im Sinne der Vereinbarung der Vertragsarzt, der die ambulante Behandlung nicht nur ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan unabhängig von notwendigen Überweisungen leitet und mit den durch Überweisung zugezogenen Ärzten koordiniert.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Annalena Eckert
 Telefon 09 41 / 39 63 – 3 50
 E-Mail Annalena.Eckert@kvb.de

Am 1. Januar 2011 ist die „neue“ Kataraktvereinbarung mit allen bayerischen Krankenkassen in Kraft getreten. Obwohl mehrheitlich korrekt abgerechnet wird, gibt es auch Fälle nichtvertragskonformer Abrechnung. Sie finden die Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Kataraktoperationen im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bayern/A/ambulante Kataraktoperationen*. Eine Sammlung der wichtigsten Fragen und Antworten zum Thema Katarakt steht Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/FAQs/K/Katarakt* als PDF zur Verfügung.

Voraussetzung für die Abrechnung ist die Erteilung einer Teilnahmeerlaubnis durch die KVB. Die Teilnahme kann nur für ein Modul beantragt werden. Entsprechend können nur die Gebührenordnungspositionen dieses Moduls angesetzt werden. Die Teilnahme an der Kataraktvereinbarung ist freiwillig. Nimmt ein

Arzt nicht teil, so besteht die Möglichkeit der Abrechnung über den EBM-Katalog. Teilnehmer müssen bei der Abrechnung Folgendes beachten:

- Neben den Gebührenordnungspositionen des **Operationsmoduls** ist eine Abrechnung sämtlicher Gebührenordnungspositionen der EBM-Kapitel 5 und 31, die Leistungsgegenstand des Operationsmoduls der Kataraktvereinbarung sind, nicht möglich. Ergänzende oder parallele Operationsleistungen, die nicht Gegenstand der Kataraktvereinbarung sind, zum Beispiel die Glaukombehandlung, sind selbstverständlich berechnungsfähig.
- Die GOPen 97442 und 97443 sind im Krankheitsfall pro Auge maximal einmal abrechnungsfähig.
- Die GOP 97445 darf pro Auge maximal einmal im Krankheitsfall und maximal einmal am Behandlungstag angesetzt werden. Sie darf nicht am gleichen Be-

In der Kataraktvereinbarung seit 1. Januar 2011 gilt:

Modul	GOP	Inhalt
Operationsmodul	GOP 97442	Operationsmodul A: alle Leistungen des Operateurs inklusive der selbst durchgeführten Anästhesie und postoperativen Überwachung
	GOP 97443	Operationsmodul B: alle Leistungen des Operateurs ohne selbst durchgeführte Anästhesie und postoperative Überwachung
	GOP 97445	Nachbehandlung durch den Operateur
Anästhesiemodul	GOP 97444	Alle Leistungen eines zur Kataraktoperation hinzugezogenen Anästhesisten
Betreuungsmodul	GOP 97441	alle prä- und postoperativen Leistungen des konservativ tätigen Augenarztes

handlungstag wie die GOPen 97442 und 97443 abgerechnet werden. Die GOP 97445 darf nur abgerechnet werden, wenn nicht im gleichen Fall (gleicher Patient/ gleiches Auge) die GOPen 97445 beziehungsweise 97441 durch einen anderen Arzt abgerechnet wurden.

- Die Abrechnung der Operation beziehungsweise Anästhesie des zweiten Auges am gleichen Behandlungstag ist grundsätzlich ausgeschlossen und nur in begründeten Ausnahmefällen möglich (zum Beispiel bei Behandlung von Patienten mit Schwerstbehinderung).
- Die Abrechnungsziffer des Anästhesiemoduls (GOP 97444) kann pro Auge maximal einmal im Krankheitsfall angesetzt werden. Die GOPen 97442, 97443, 97445 und 97441 sind neben ihr nicht berechnungsfähig. Sie darf nur angesetzt werden, wenn im gleichen Fall nicht die GOP 97442 durch den Operateur angesetzt wurde.
- Die Abrechnungsziffer des Betreuungsmoduls (GOP 97441) darf nur in Ansatz gebracht werden, wenn mindestens drei postoperative Behandlungen stattgefunden haben. Sie darf nur angesetzt werden, wenn nicht im gleichen Fall (gleicher Patient/ gleiches Auge) die GOP 97445 beziehungsweise 97441 durch einen anderen Arzt abgerechnet wurden. Auch sie ist pro Auge maximal einmal im Krankheitsfall und maximal einmal am Behandlungstag berechnungsfähig.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 97441: Katarakt Betreuungsmodul

Beschreibung Betreuungsmodul
alle prä- und postoperativen Leistungen des konservativ tätigen Augenarztes

Obligater Leistungsinhalt

- Erörterung der individuellen Voraussetzungen und Risiken des Patienten bei Durchführung einer ambulanten Kataraktoperation (einschließlich Beratung)
- Indikationsstellung zur ambulanten Kataraktoperation
- Überweisung des Patienten an einen operativ tätigen Augenarzt
- postoperative Betreuung des Patienten (mindestens drei Behandlungen)
- Aufbewahrung des durch den Operateur weitergeleiteten Dokumentationsbogens als abrechnungsbegründende Unterlage

Abrechnungsbestimmung
maximal einmal am Behandlungstag, insgesamt maximal zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung

- Die Abrechnung der GOP 97441 ist ausschließlich Ärzten gestattet, die eine Teilnahmeerlaubnis am Betreuungsmodul besitzen.
- Die GOPen 97442, 97443 und 97444 und 97445 sind neben der GOP 97441 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig.
- Mit der Abrechnung der GOP 97441 sind die EBM-GOP

06212 und 06211 (Grundpauschalen) abgegolten und dürfen bei Patienten, bei denen ausschließlich die Indikation Katarakt vorliegt, im gleichen Behandlungsfall nicht abgerechnet werden.

- Die GOP 97441 darf nur abgerechnet werden, wenn die Bestätigung des Operateurs vorliegt, dass eine ambulante Kataraktoperation durchgeführt wurde. Als Bestätigung gilt der Dokumentationsbogen, der durch den Operateur auszufüllen und an den nachbehandelnden, konservativ tätigen Augenarzt weiterzuleiten ist. Der konservativ tätige Augenarzt ist verpflichtet, diesen Dokumentationsbogen als abrechnungsbegründende Unterlage in seiner Praxis aufzubewahren und der KVB auf Verlangen vorzulegen.

GOP 97442: Katarakt Operationsmodul A

Beschreibung Operationsmodul A

alle Leistungen des Operateurs inklusive der selbst durchgeführten Anästhesie und postoperativen Überwachung

Obligater Leistungsinhalt

- Indikationsstellung zur ambulant durchzuführenden Kataraktoperation
- Erörterung des medizinischen Augenbefunds mit dem Patienten
- Individuelle Beratung des Patienten über Nutzen und Risiken der geplanten ambulanten Kataraktoperation
- Präoperative und präanästhesiologische Vorbereitung
- Durchführung der notwendigen Anästhesie

- Durchführung der Operation in Kleinschnitttechnik unter Verwendung einer faltbaren Linse
- Unmittelbare postoperative Überwachung und Betreuung bis zu sechs Stunden nach der Operation
- Organisation einer 24-Stunden-Erreichbarkeit in der frühen postoperativen Phase
- Ausfüllen des Dokumentationsbogens und Weiterleitung des ausgefüllten Bogens an den zuweisenden beziehungsweise nachbehandelnden Augenarzt beziehungsweise Aufbewahrung des vollständig ausgefüllten Dokumentationsbogens in der eigenen Praxis, falls die postoperative Nachbehandlung durch den Operateur selbst durchgeführt wird.

Fakultativer Leistungsinhalt

Postoperative Betreuung bei selbst behandelten Patienten oder auf Wunsch des konservativ tätigen Augenarztes

Abrechnungsbestimmung

- insgesamt maximal zweimal im Krankheitsfall
- Die GOP 97442 und 97443 können im Krankheitsfall in Summe insgesamt nicht öfter als zweimal abgerechnet werden.

Anmerkung

- Die Abrechnung der GOP 97442 (Operationsmodul A) ist ausschließlich Ärzten gestattet, die eine Teilnahmeerlaubnis am Operationsmodul besitzen.

- Die GOPen 97441 und 97444 sind neben der GOP 97442 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig.
- Bei der Abrechnung der GOP 97442 ist stets anzugeben, welches Auge (links/rechts) operiert wurde. Die GOP 97442 darf nur dann angesetzt werden, wenn im gleichen Behandlungsfall die GOP 97444 nicht durch den Anästhesisten angesetzt wurde.

GOP 97443: Katarakt Operationsmodul B

Beschreibung Operationsmodul B
alle Leistungen des Operateurs ohne selbst durchgeführte Anästhesie und postoperative Überwachung

Obligater Leistungsinhalt

- Indikationsstellung zur ambulant durchzuführenden Kataraktoperation
- Erörterung des medizinischen Augenbefunds mit dem Patienten
- Individuelle Beratung des Patienten über Nutzen und Risiken der geplanten ambulanten Kataraktoperation
- Präoperative Vorbereitung
- Durchführung der Operation in Kleinschnitttechnik unter Verwendung einer faltbaren Linse
- Organisation einer 24-Stunden-Erreichbarkeit in der frühen postoperativen Phase
- Ausfüllen des Dokumentationsbogens und Weiterleitung des ausgefüllten Bogens an den zuweisenden beziehungsweise nachbehandelnden Augenarzt beziehungsweise Aufbewahrung des vollstän-

dig ausgefüllten Dokumentationsbogens in der eigenen Praxis, falls die postoperative Nachbehandlung durch den Operateur selbst durchgeführt wird.

Abrechnungsbestimmung

Die GOPen 97442 und 97443 können im Krankheitsfall in Summe insgesamt nicht öfter als zweimal abgerechnet werden.

Anmerkung

- Die Abrechnung der GOP 97443 (Operationsmodul B) ist ausschließlich Ärzten gestattet, die eine Teilnahmeerlaubnis am Operationsmodul besitzen.
- Die GOPen 97441 und 97444 sind neben der GOP 97443 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig. Bei der Abrechnung der GOP 97443 ist stets anzugeben, welches Auge (links/rechts) operiert wurde.

GOP 97444: Katarakt Anästhesiemodul

Beschreibung Anästhesiemodul
alle Leistungen eines zur Kataraktoperation hinzugezogenen Anästhesisten

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung des Patienten zu den Risiken der geplanten Anästhesie
- Präanästhesiologische Vorbereitung
- Durchführung der notwendigen Anästhesie
- Unmittelbare postoperative Überwachung und Betreuung bis zu sechs Stunden nach der Operation

Abrechnungsbestimmung
maximal einmal am Behandlungstag, insgesamt maximal zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung

- Die Abrechnung der GOP 97444 ist ausschließlich Ärzten gestattet, die eine Teilnahmeerlaubnis am Anästhesiemodul besitzen.
- Die GOPen 97441, 97442 und 97443 und 97445 sind neben der GOP 97444 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig. Die GOP 97444 darf nur dann angesetzt werden, wenn im gleichen Behandlungsfall die GOP 97442 nicht durch den Operateur angesetzt wurde.

GOP 97445: Nachbehandlung durch den Operateur

Beschreibung

Nachbehandlung durch den Operateur

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung mindestens einer postoperativen Nachbehandlung
- Vervollständigung des Dokumentationsbogens (Dokumentation des/der Nachbehandlungstermin(e) und Aufbewahrung des Dokumentationsbogens als abrechnungsbegründende Unterlage in der eigenen Praxis)

Abrechnungsbestimmung
maximal einmal am Behandlungstag, maximal zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung

- Die GOP 97445 darf nur abgerechnet werden, wenn Nachbehandlungstermine mittels des Dokumentationsbogens nachgewiesen werden. Der Dokumentationsbogen ist als abrechnungsbegründende Unterlage in der Praxis aufzubewahren und der KVB auf Verlangen vorzulegen.
- Die GOP 97445 darf nur dann angesetzt werden, wenn im gleichen Fall (gleicher Patient/ gleiches Auge) die GOP 97441 beziehungsweise 97445 nicht durch einen anderen Arzt angesetzt wurde.
- Die GOPen 97444 und 97441 sind neben der GOP 97445 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Heidi Huber
Telefon 09 41/ 39 63 - 2 36,
E-Mail: Heidi.Huber@kvb.de

Abrechnung der Dialyse

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

Kostenpauschalen, Kapitel 40 EBM, Abschnitt 40.14.

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

Definition einer Behandlungswoche

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

Die Vorverlegung einer Dialyse unter Berücksichtigung sozialer und lebensqualitativer Aspekte kann von einem Montag auf den vorherigen Sonntag erfolgen. Die Dialyse am Sonntag zählt in diesem Fall als erste Dialyse der aktuellen Woche. Für die Berechnung einer Wochenpauschale in der Vorwoche wie auch in der aktuellen Woche müssen in den jeweiligen Wochen mindestens drei Dialysen erbracht worden sein.

Quartalsübergreifende Dialysen

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

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

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

GOP 40801, 40803, 40805, 40806, 40807, 40808 (Kostenpauschale bei Ferien- oder Pendlerdialyse/ Einzeldialyse am Wohnort), GOP 40821 (Kostenpauschalen Kinderdialyse ferien- oder berufsbedingter Aufenthalt), GOP 40822 (Kinderdialyse – Einzeldialyse am Wohnort), GOP 40811 (Zuschlag zu 40801, 40803, 40805 – 40808 bei Infektionsdialyse), GOP 40813 (Zuschlag zu 40801, 40803, 40805 – 40808 bei intermittierender Peritonealdialyse, kurz IPD): Die Kostenpauschalen für die Ferien- oder Pendlerdialyse sowie für Einzeldialysen am Wohnort sind maximal zweimal pro Woche abrechnungsfähig.

GOP 96660 – interkurrente (stationäre) Dialysesachkostenpauschale:

Die GOP 96660 kann für die interkurrente stationäre Dialyse (je Dialysetag) unabhängig vom Dialysever-

fahren bei allen BKK-, IKK- und LKK-Versicherten abgerechnet werden. Für Versicherte aller anderen Krankenkassen gilt die Regelung zu den Wochenpauschalen (GOP 40800ff.).

Eine interkurrente stationäre Dialyse liegt vor wenn:

- ein Patient im Krankenhaus liegt und das Krankenhaus über keine eigene Dialyseeinrichtung verfügt
- der Grund des stationären Aufenthalts nicht mit der Niereninsuffizienz zusammenhängt

GOP 13602 – Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten:

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

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

Die GOPen 13610 und 13611 können je Dialysetag abgerechnet werden.

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

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

Aufgrund der Allgemeinen Bestimmung 5.1 sind in BAGen die Leistungen der einzelnen Schwerpunktabschnitte des Kapitels 13 uneingeschränkt und von Ärzten mit mehreren Zulassungen mit einem Abschlag von zehn Prozent (Allgemeine Bestimmung 6.2.1) berechnungsfähig.

Labor

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Susanne Merten
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 40
E-Mail Susanne.Merten@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und praxisbezogen.

Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. (Modul I und Update Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I und Update Modul I)
- erfahrenen notärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO-KVB)
- 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)
- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleinstgruppen, Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- Samstag, 28. April 2012 Würzburg/KVB
- Samstag, 7. Juli 2012 München/KVB
- Samstag, 13. Oktober 2012 Fachhochschule Nürnberg
- Samstag, 17. November 2012 Augsburg/KVB

Neu: Update Modul I

Notfälle erfordern Ihr schnelles und effektives Handeln. Wenn Sie eine Reanimation durchführen müssen, erwartet man von Ihnen als Arzt souveränes Vorgehen. Um das gewährleisten zu können, müssen Sie regelmäßig alle Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation trainieren. Das ist der Erfolgsfaktor Nummer eins für ein geordnetes und effektives Vorgehen nach den aktuellen Guidelines.

Am Update Modul I können alle Ärzte teilnehmen, die in den vergangenen fünf Jahren das Modul I in der KVB absolviert haben. Basiskenntnisse (BLS, ALS) werden vorausgesetzt.

- Guidelines: Aktuelle Entwicklungen und Umsetzung
- umfassendes und individuelles Reanimationstraining in Kleinstgruppen

- Airway-Management
- Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 45,- Euro

Uhrzeit: 9.30 bis 12.45 Uhr

Termine Update Modul I:

- Samstag, 12. Mai 2012 Augsburg/KVB
- Samstag, 16. Juni 2012 Nürnberg/KVB
- Samstag, 21. Juli 2012 Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012 Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012 München/KVB

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- pädiatrische Akut- und Notfälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.15 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 18. April 2012 München/KVB
- Mittwoch, 26. September 2012 Regensburg/KVB
- Mittwoch, 7. November 2012 NH-Hotel Nürnberg City
- Mittwoch, 21. November 2012 Augsburg/KVB

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

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 Modul III:

- Mittwoch, 20. Juni 2012
München/KVB
- Mittwoch, 24. Oktober 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 28. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst*.

In unserem neu konzipierten Seminar werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Guidelines. In einem ausführlichen, individuellen Training an modernen Simulatoren können sie die notfallmedizinisch relevanten Aspekte herausarbeiten und ihr Notfallmanagement praktisch erproben. Gerne berücksichtigen wir dabei individuelle Praxischwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam)

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweise bei kardiovaskulären Notfällen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 95,- Euro

Uhrzeit: 13.30 bis 18.00 Uhr

Termine:

- Samstag, 12. Mai 2012
Augsburg/KVB
- Samstag, 16. Juni 2012
Nürnberg/KVB
- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

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

Online-Anmeldung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Online-Anmeldung*.

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

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Urologen

Alles rund ums Arbeitsrecht

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Psychotherapeuten

Ärztliche Führungsrolle in der Praxis

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte*

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Abrechnungsworkshop Anästhesisten und Chirurgen

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Fachärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Hausärzte

Fortbildung Hautkrebscreening*

Alles rund ums Arbeitsrecht

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte*

Gründer-/Abgeberforum

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Fachärzte

QM-/QZ-Seminare

Lokale Moderatorentreffen

QEP - Einführungsseminar für Psychotherapeuten in Kooperation mit DGPT

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Regionale Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	21. April 2012 21. April 2012 21. April 2012	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg Nürnberg Straubing (Hotel Heimer)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. April 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. April 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. April 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. April 2012 25. April 2012	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	München Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	27. April 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	120,- Euro	28. April 2012	9.00 bis 16.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. April 2012	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. Mai 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	2. Mai 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	2. Mai 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	2. Mai 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	160,- Euro	5. Mai 2012	9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Mai 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	120,- Euro	12. Mai 2012	9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Mai 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Mai 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
QZ-Moderatoren	kostenfrei	18. April 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	20. April 2012 21. April 2012	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	12. Mai 2012	9.00 bis 19.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	23. Mai 2012	16.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg (Süd-/Westpark Hotel)

KVBIINFOS 05|12

ABRECHNUNG

- 74 Die nächsten Zahlungstermine
- 74 Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. Juli 2012
- 76 Diagnoseerfordernis bei Akupunkturleistungen
- 78 Osteopathische Leistungen für Versicherte der TK
- 78 Genehmigungspflichtige Psychotherapieleistungen

VERORDNUNGEN

- 79 Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)
- 80 Fiktiv zugelassene Präparate
- 80 Handschriftlich ausgefüllte Verordnungen
- 81 Heilmittelverordnungen bei langfristigem Behandlungsbedarf
- 82 Verordnungsfähigkeit von Monapax[®] unwirtschaftlich
- 82 Impfung gegen Pneumokokken

QUALITÄT

- 83 Ergebnisse der Stichprobenprüfungen 2011 im Bereich Radiologie
- 84 Neue QSV Hörgeräteversorgung
- 86 Sedierung in der gastro-intestinalen Endoskopie
- 88 Neue QSV Molekulargenetik

ALLGEMEINES

- 90 Vertretungsregelungen
- 91 Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien gelten auch bei arbeitslosen Patienten
- 92 Schriftliche Anfragen auf Verlangen der Krankenkassen
- 93 Neuregelung: Abschlagszahlungen für MVZ
- 94 Kennzeichnung von DMP-Patienten

SEMINARE

- 95 Seminar: „Verstehen und verstanden werden“
- 96 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 97 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 98 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 10. Mai 2012**
Abschlagszahlung April 2012
- 11. Juni 2012**
Abschlagszahlung Mai 2012
- 10. Juli 2012**
Abschlagszahlung Juni 2012
- 31. Juli 2012**
Restzahlung 1/2012
- 10. August 2012**
Abschlagszahlung Juli 2012
- 10. September 2012**
Abschlagszahlung August 2012
- 10. Oktober 2012**
Abschlagszahlung September 2012
- 31. Oktober 2012**
Restzahlung 2/2012
- 12. November 2012**
Abschlagszahlung Oktober 2012
- 10. Dezember 2012**
Abschlagszahlung November 2012

Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. Juli 2012

Obergrenze aus RLV und QZV

Mit dem HVM wird die bisherige Systematik aus RLV und QZV grundsätzlich fortgeführt. Die Praxen erhalten also eine entsprechende Mitteilung über die Obergrenze aus RLV + QZV.

Mit den Gesetzesänderungen im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes ist allerdings die bisher für den Versand der Obergrenze an die Mitglieder vorgesehene Frist von einem Monat vor Quartalsbeginn weggefallen. Unser Ziel ist es selbstverständlich, dass Sie die Mitteilung zur Obergrenze weiterhin frühzeitig erhalten.

Änderung beim Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten

Neu für Haus- und Fachärzte ist eine Änderung beim sogenannten „BAG-Zuschlag“. Ab 1. Juli 2012 wird der Zuschlag für standortübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften (unabhängig von der Zusammensetzung) auf maximal zehn Prozent auf das RLV festgelegt.

Je nach Praxiskonstellation ist für die Höhe des BAG-Zuschlags der sogenannte Kooperationsgrad entscheidend. Unter dem Kooperationsgrad versteht man den Anteil der in einer BAG gemeinsam behandelten (RLV-relevanten) Patienten. Für die Ermittlung des Kooperationsgrads wird ab dem Quartal 3/2012 auf die (mit Quartal 3/2011 eingeführte) Kennzeichnungsziffer GOP 99215 abgestellt.

Weitere Details zum BAG-Zuschlag finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar*.

Fachärzte für Anästhesiologie

Der HVM sieht eine Neuregelung bei der Vergütung der Narkosen des Kapitels 5.3 des EBM vor. Bisher wurden die GOP 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 als freie Leistungen innerhalb des Fachgruppenvolumens mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

Zum 1. Juli 2012 wurde hier – um einer möglichen Dynamik vorzubeugen – eine sogenannte „Topf im Topf-Lösung“ vereinbart: Werden diese Leistungen im Quartal 3/2012 von allen Anästhesisten häufiger abgerechnet als in diesem Topf vorgesehen, kann es sein, dass die GOPen 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 gegebenenfalls nur quotiert ausgezahlt werden. Der Topf wird dabei anhand des entsprechenden Vorjahresquartals ermittelt. Als Quotierungsuntergrenze ist eine Quote von 95 Prozent vorgesehen.

Fachärzte für Urologie

- Ab 1. Juli 2012 fallen die bisher als freie Fachgruppenleistung gezahlten Besuche der GOP 01411 und 01412 EBM wieder ins RLV.
- Änderungen gibt es auch im Rahmen der QZV. Das QZV „Inkontinenzbehandlung“ wird auf die GOP 26313 beschränkt. Die GOP 26310, 26311 und 26340, die bis 30. Juni 2012 noch Bestandteil dieses QZV sind, fallen ab 1. Juli 2012 zurück ins RLV.

Hausärzte

Ab dem 1. Juli 2012 wird ein sogenannter Sicherstellungszuschlag eingeführt. Der Zuschlag wird automatisch mit der Honorarabrechnung umgesetzt. Eine gesonderte Antragstellung ist nicht erforderlich.

**Sicherstellungszuschlag
(Textauszug aus dem HVM):**

„(I) Der Sicherstellungszuschlag wird für einen in Teil III, Kapitel 3, Präambel 3.1 Nr. 1 des EBM genannten Arzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Arzt ohne Gebietsbezeichnung, Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, der gegenüber dem Zulassungsausschuss seine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt hat) unter der nachfolgend genannten Bedingung anerkannt.

(II) Der Sicherstellungszuschlag in Höhe von vier Euro wird je Arzt gewährt, wenn aus den Leistungsberreichen

- Kleinchirurgische Eingriffe (GOPen 02300 bis 02302, 02310, 02311, 02312, 02313)
- Belastungs-EKG (GOP 03321)
- Spirographische Untersuchung (GOP 03330)
- Sonographische Untersuchungen (GOPen 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081 und 33090 bis 33092)

im jeweiligen Leistungsbereich mindestens eine der dort genannten Leistungen im Quartal 1/2012 abgerechnet wurde.

Wurde im Quartal 1/2012 mindestens jeweils eine Leistung aus drei der in Satz 1 genannten Leistungsbereiche abgerechnet, wird der hausärztliche Sicherstellungszuschlag in Höhe von zwei Euro gewährt.

(III) Für Ärzte, die im Quartal 1/2012 noch nicht zugelassen waren, wird der Sicherstellungszuschlag nach Absatz (II), Satz 1 gewährt, sofern

eine Genehmigung zur Erbringung von Sonographischen Untersuchungen (GOPen 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081 und 33090 bis 33092) vorliegt.

(IV) Der Sicherstellungszuschlag wird, sofern die vorstehenden Bedingungen erfüllt sind, zusätzlich zu der Versichertenpauschale GOP Nr. 03110, 03111 und 03112 einmal im Behandlungsfall vergütet“

**Wegfall der Konvergenz seit
1. Januar 2012**

Bitte beachten Sie, dass die sogenannte Konvergenzregelung zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste zum 1. Januar 2012 weggefallen ist.

Labor

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat Vorgaben zur Vergütung labormedizinischer Leistungen erlassen, die von den einzelnen KVen im Rahmen der Honorarverteilung zu beachten sind und die zum 1. Juli 2012 in den HVM übernommen wurden. Kerninhalt dieser Vorgaben ist die KV-übergreifende Vereinheitlichung der Vergütung für Laborärzte.

Wie sieht die Regelung konkret aus?

- Die Definition eines festen versorgungsbereichsübergreifenden Topfes für Laborleistungen bleibt bestehen.
- Die Grundpauschalen für Labormediziner (GOP 12210 und 12220) werden zu einer festen Quote von 146 Prozent vergütet. Dies entspricht einer Vergütung zu einem Punktwert von 5,11 Cent.
- Der Wirtschaftlichkeitsbonus

(GOP 32001) wird unverändert ohne Quotierung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

- Laborpauschalen des Allgemeinlabors (Kapitel 32.2) werden nunmehr immer ohne Quotierung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.
- Laborpauschalen des Speziallabors (Kapitel 32.3) werden für Labormediziner mit einer bundeseinheitlichen Quote vergütet, die von der KBV errechnet wird. Grundlage ist der im Vorjahr sowie im Jahr 2008 abgerechnete Leistungsbedarf unter Berücksichtigung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Sobald diese Quote von der KBV mitgeteilt wird, werden wir Sie entsprechend informieren.
- Ergänzend zu den Vorgaben der KBV sieht der HVM die Vergütung von Laborpauschalen des Speziallabors (Kapitel 32.3) durch Fachärzte ohne labormedizinische Zulassung mit der gleichen Quote wie für Labormediziner vor.

Informationen zum HVM finden Sie auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 20
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Diagnoseerfordernis bei Akupunkturleistungen

Aufgrund einer Vielzahl von Anträgen der AOK Bayern zu fehlender Indikation oder Nichteinhaltung des sechsmonatigen Schmerzintervalls weisen wir Sie auf Abrechnungsvoraussetzungen für Akupunkturleistungen hin.

Akupunkturleistungen nach **GOP 30790** und **30791** des EBM sind entsprechend der „Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V“ nur bei Vorliegen einer **Genehmigung** durch die KVB abrechnungsfähig.

Die Durchführung der Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten ist unter anderem an folgende Maßgaben gebunden:

- Feststellung einer Symptomatik beziehungsweise Diagnose (chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens sechs Monaten bestehen und gegebenenfalls nicht-segmental bis maximal zum Kniegelenk ausstrahlen ((pseudoradikulärer Schmerz)) oder chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose, die seit mindestens sechs Monaten bestehen),
- Überprüfung, dass vor der Akupunktur ein mindestens sechsmonatiges ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall vorliegt (Paragraph 5 Absatz 1 Nummer 2 Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur).

Inzwischen gibt es einen sehr umfangreichen Katalog von **Diagnosen**, bei denen die Indikation für die Akupunktur ausreichend belegt ist. Dieser Katalog wurde mit Rundschreiben der KVB vom 21. September 2010 allen bayerischen Ärzten, die Akupunkturleistungen erbringen, zur

Kenntnis gebracht. Prüfen Sie daher bitte bei der Erbringung von Akupunkturleistungen, ob eine Diagnose aus dem Katalog vorliegt, und geben Sie den entsprechenden ICD im Diagnosesfeld des jeweiligen Behandlungsscheins an. Beachten Sie besonders, dass nur die im Katalog aufgeführten Diagnoseschlüssel anerkannt werden können.

Besonderes Augenmerk ist auch darauf zu richten, dass der Vertragsarzt **vor** Akupunkturbeginn überprüfen muss, dass ein mindestens **sechsmonatiges ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall** vorliegt. Dieses ist ebenfalls mittels einer entsprechenden Akupunkturdiagnose im Diagnosesfeld in mindestens zwei Quartalen vor Beginn der Akupunktur zu dokumentieren. Ist dies durch Sie selbst nicht möglich, weil es sich um einen von einem anderen Vertragsarzt überwiesenen Patienten handelt, müssen Sie sich als akupunktierender Arzt beim Überweiser versichern, dass eine sechsmonatige ärztliche Dokumentation bereits vorliegt. Hierzu ist zum Beispiel ein Arztbrief anzufordern, in dem eine entsprechende Akupunkturdiagnose sowie deren Dauer angegeben ist. Beachten Sie, dass eine **vom Patienten angegebene Schmerzdauer und Lokalisation für das Erfordernis einer sechsmonatigen ärztlichen Dokumentation nicht ausreichen**.

In den Fällen, in denen keine mindestens sechsmonatige ärztliche Dokumentation des Schmerzintervalls nachgewiesen werden kann, muss mit einer nachträglichen Streichung der Leistungen gerechnet werden. Die Krankenkassen führen hierzu intensive Prüfungen durch und stellen Anträge auf sachlich-rechnerische Berichtigung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Daniela Grill unter
E-Mail Daniela.Grill@kvb.de

Folgende Diagnosen werden von den Krankenkassen anerkannt:

M15.0	M41.46	M43.95	M47.28	M49.17	M54.88
M15.3	M41.47	M43.96	M47.85	M49.18	M54.95
M15.4	M41.48	M43.97	M47.86	M49.25	M54.96
M15.8	M41.55	M43.98	M47.87	M49.26	M54.97
M15.9	M41.56	M45.05	M47.88	M49.27	M54.98
M17.0 - 17.9	M41.57	M45.06	M47.95	M49.28	S32.00
M40.05	M41.58	M45.07	M47.96	M49.35	S32.01
M40.06	M41.85	M45.08	M47.97	M49.36	S32.02
M40.07	M41.86	M46.05	M47.98	M49.37	S32.03
M40.08	M41.87	M46.06	M48.05	M49.38	S32.04
M40.15	M41.88	M46.07	M48.06	M49.45	S32.05
M40.16	M41.95	M46.08	M48.07	M49.46	S32.1
M40.17	M41.96	M46.25	M48.08	M49.47	S32.2
M40.18	M41.97	M46.26	M48.15	M49.48	S32.3
M40.25	M41.98	M46.27	M48.16	M49.55	S32.7
M40.26	M42.05	M46.28	M48.17	M49.56	S32.81
M40.27	M42.06	M46.35	M48.18	M49.57	S32.82
M40.28	M42.07	M46.36	M48.25	M49.58	S32.83
M40.35	M42.08	M46.37	M48.26	M49.85	S32.89
M40.36	M42.15	M46.38	M48.27	M49.86	S33.0
M40.37	M42.16	M46.45	M48.28	M49.87	S33.1
M40.38	M42.17	M46.46	M48.35	M49.88	S33.10
M40.45	M42.18	M46.47	M48.36	M51.0	S33.11
M40.46	M42.95	M46.48	M48.37	M51.1	S33.12
M40.47	M42.96	M46.55	M48.38	M51.2	S33.13
M40.48	M42.97	M46.56	M48.45	M53.25	S33.14
M40.55	M42.98	M46.57	M48.46	M53.26	S33.15
M40.56	M43.05	M46.58	M48.47	M53.27	S33.2
M40.57	M43.06	M46.85	M48.48	M53.28	S33.3
M40.58	M43.07	M46.86	M48.55	M53.3	S33.4
M41.05	M43.08	M46.87	M48.56	M53.85	S33.50
M41.06	M43.15	M46.88	M48.57	M53.86	S33.51
M41.07	M43.16	M46.95	M48.58	M53.87	S33.6
M41.08	M43.17	M46.96	M48.85	M53.88	S33.7
M41.15	M43.18	M46.97	M48.86	M53.95	
M41.16	M43.25	M46.98	M48.87	M53.96	
M41.17	M43.26	M47.05	M48.88	M53.97	
M41.18	M43.27	M47.06	M48.95	M53.98	
M41.25	M43.28	M47.07	M48.96	M54.15	
M41.26	M43.55	M47.08	M48.97	M54.16	
M41.27	M43.56	M47.15	M48.98	M54.17	
M41.28	M43.57	M47.16	M49.05	M54.18	
M41.35	M43.58	M47.17	M49.06	M54.4	
M41.36	M43.85	M47.18	M49.07	M54.5	
M41.37	M43.86	M47.25	M49.08	M54.85	
M41.38	M43.87	M47.26	M49.15	M54.86	
M41.45	M43.88	M47.27	M49.16	M54.87	

Osteopathische Leistungen für Versicherte der TK

Genehmigungspflichtige Psychotherapieleistungen

Die Techniker Krankenkasse (TK) bietet ihren Versicherten als freiwillige Satzungsleistung Osteopathie an. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der osteopathischen Leistungen ist, dass diese durch einen Arzt formlos veranlasst werden. Es ist daher davon auszugehen, dass Versicherte der TK demnächst ihre behandelnden Ärzte um eine Veranlassung der osteopathischen Leistungen bitten werden.

Die Veranlassung der Osteopathie durch den Arzt steht ausschließlich im Zusammenhang mit einem satzungsrechtlichen Anspruch des Versicherten und ist daher keine vertragsärztliche Leistung. Die damit im Zusammenhang stehenden ärztlichen Leistungen können somit nicht über die KVB abgerechnet, sondern ausschließlich privat liquidiert werden. Ob dem Versicherten diese Kosten erstattet werden, muss der Versicherte mit der TK selbst klären.

Die Osteopathie wird nicht nur zur Therapie, sondern auch zur Diagnostik eingesetzt. Werden im Rahmen dieser Diagnostik abklärungsbedürftige Befunde festgestellt, kann der osteopathische Behandler zur weiteren Abklärungsdiagnostik an einen Vertragsarzt verweisen. Bei dieser Abklärungsdiagnostik handelt es sich um vertragsärztliche Leistungen, die über die KVB abgerechnet werden können.

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

Vor der ersten Antragstellung von genehmigungspflichtigen Psychotherapieleistungen können probatorische Sitzungen durchgeführt werden, um festzustellen, ob bei dem Patienten eine antragspflichtige Psychotherapie indiziert ist. Die Leistung ist antragsfrei und durch die GOP 35150 abzurechnen. Sie unterliegt gemäß der Psychotherapie-Richtlinie einer Ansatzbeschränkung von höchstens **fünf** – bei der analytischen Psychotherapie von höchstens **acht** – probatorischen Sitzungen. Eine Berechnung der GOP 35150, die über diese Beschränkung hinausgeht, ist innerhalb eines Krankheitsfalles ausgeschlossen.

Beabsichtigt ein Arzt, ein Psychologischer Psychotherapeut oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bei einem Patienten eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, eine analytische Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie durchzuführen, so hat dieser zu veranlassen, dass der Patient einen Antrag auf **Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie** bei seiner Krankenkasse stellt (Formblatt PTV 1). Dem Antrag des Patienten ist zudem eine Begründung des behandelnden Arztes oder Psychotherapeuten für die beantragte Therapie beizufügen. Wenn die Voraussetzungen für die Leistungspflicht erfüllt sind, übersendet die Krankenkasse dem Arzt oder Psychotherapeuten die Anerkennung ihrer Leistungspflicht und teilt das bewilligte Stundenkontingent mit (Formblatt PTV 7a/b).

Bitte beachten Sie, dass Daten aus der PTV 7b in den Abrechnungsdatensatz vollständig zu übertragen sind (Datum des Anerkennungsbescheides, bewilligte Leistung, Anzahl bewilligter Leistungen, Anzahl

abgerechneter Leistungen). Dadurch entfällt die Übermittlung des dritten Teils des Vordrucks an die KVB.

Wir empfehlen Ihnen, stets auf die korrekten Angaben der Genehmigungen zu achten, da diese Angaben im Falle einer Prüfung auf Richtigkeit hin überprüft werden. Die Krankenkassen nehmen das Fehlen einer Genehmigung immer wieder zum Anlass für entsprechende Korrekturanträge. Sofern nicht genehmigte Psychotherapieleistungen zum Ansatz gebracht werden, besteht kein Anspruch auf Vergütung.

Nähere Regelungen zum Antragsverfahren finden Sie in der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Anlagen 1 BMV-Ä/EKV) unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bund/Psychotherapie*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
 Expertin Stefanie Wechsler unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 18
 E-Mail Stefanie.Wechsler@kvb.de

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Anlage VI: Intravenöse Immunglobuline (IVIg) bei HIV/AIDS im Erwachsenenalter (auch als Adjuvans)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine Ergänzung der Anlage VI, Teil B (Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – nicht verordnungsfähig sind) beschlossen. Der Absatz „X. Intravenöse Immunglobuline (IVIg) bei HIV/AIDS im Erwachsenenalter (auch als Adjuvans)“ wurde ergänzt. Der Beschluss trat am 29. Februar 2011 in Kraft.

Die Expertengruppe Off-Label für den Bereich Infektiologie mit Schwerpunkt HIV/AIDS des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) kommt zu folgendem Fazit: „Zusammenfassend findet sich keine ausreichende Evidenz aus adäquaten Studien für die klinische Wirksamkeit von intravenösen Immunglobulinen im Anwendungsgebiet HIV/AIDS bei Erwachsenen („Off-Label-Use“) im Vergleich zu historischen Vergleichstherapien oder gar aktuellen Standardkombinationstherapien, die eine Aussicht auf Behandlungserfolg begründet. Damit sind zwei wesentliche Voraussetzungen für einen Off-Label-Use nicht gegeben.“

Anlage XII: Ticagrelor (Brilique®)

Der Beschluss trat am 20. Januar 2012 in Kraft. Zu Ticagrelor wurde nach der Übergangsregelung gemäß Paragraph 10 Absatz 1 und 2 der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung das Dossier beim G-BA eingereicht. Der G-BA-Beschluss wurde auf Basis der Nutzenbewertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gefasst und berücksichtigt die Ergeb-

nisse des schriftlichen und mündlichen Stellungnahmeverfahrens.

Zusammenfassend wird der Zusatznutzen (jeweils im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie) wie folgt bewertet:

Für die instabile Angina pectoris (IA) und den Myokardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung (NSTEMI) liegt ein Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen vor.

Für die Indikation Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI) mit perkutaner Koronarintervention ist kein Zusatznutzen belegt mit Ausnahme

- für die Gruppe der Patienten über 75 Jahre, die nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung nicht für eine Therapie mit Prasugrel + ASS infrage kommen,
- für Patienten mit transitorischer ischämischer Attacke oder ischämischem Schlaganfall in der Anamnese.

Für diese beiden Gruppen wurde jeweils ein auf Anhaltspunkten basierender, nicht quantifizierbarer Zusatznutzen festgestellt.

Für die Indikationen Myokardinfarkt mit STEMI, medikamentös behandelt und mit STEMI mit aortokoronarer Bypass-Operation ist kein Zusatznutzen belegt.

Anlage XII: Bromfenac (Yellox®)

Der Beschluss trat am 24. Februar 2012 in Kraft. Der G-BA hat festgestellt, dass für Bromfenac im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie kein Zusatznutzen belegt werden konnte. Als zweckmäßige Vergleichstherapie wurden Dexamethason Augentropfen festgelegt.

Bromfenac wurde zum 1. August 2011 mit der Indikation „Behandlung postoperativer Entzündungen des Auges nach Kataraktextraktionen bei Erwachsenen“ in Verkehr gebracht. Ein Dossier wurde seitens des Herstellers nicht eingereicht. Damit gilt der Zusatznutzen als nicht belegt.

Die Therapiekosten für Bromfenac liegen mit 24,53 Euro über denen der zweckmäßigen Vergleichstherapie mit Dexamethason (13,59 Euro).

Anlage XII: Boceprevir (Victrelis®)

Der Beschluss trat am 1. März 2012 in Kraft. Der G-BA stellt für die Patientengruppen der therapieerfahrenen und der therapie-naiven Patienten mit einer chronischen Hepatitis-C-Virus-Infektion einen Zusatznutzen fest. Das Ausmaß ist jedoch nicht quantifizierbar. Der Zusatznutzen kann deshalb nicht in eine der Kategorien zum Ausmaß des Zusatznutzens eingestuft werden. Als zweckmäßige Vergleichstherapie wurde eine Behandlung ausschließlich mit Peginterferon alfa und Ribavirin herangezogen.

Anlage XII: Cabazitaxel (Jevtana®)

Der Beschluss trat am 29. März 2012 in Kraft. Für den Wirkstoff Cabazitaxel der Firma Sanofi-Aventis, der für die Behandlung von vorbehandelten Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom eingesetzt wird, wurde für eine Patientengruppe ein Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen festgestellt.

Anlage XII: Abirateronacetat (Zytiga®)

Der Beschluss trat am 29. März 2012 in Kraft. Dem Wirkstoff Abirateron-

acetat, einem Medikament der Firma Janssen-Cilag zur Behandlung des metastasierten Prostatakarzinoms, wurde für eine Patientengruppe ein Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen attestiert.

Anlage XII: Telaprevir (Incivo®)

Der Beschluss trat am 29. März 2012 in Kraft. Der Zusatznutzen für den Wirkstoff Telaprevir zur Behandlung der Hepatitis C der Firma Janssen-Cilag ist hingegen nicht quantifizierbar.

Anlage XII: Linagliptin (Trajenta®)

Der Beschluss trat am 29. März 2012 in Kraft. Für den Wirkstoff Linagliptin zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 der Firma Boehringer Ingelheim konnte der Zusatznutzen aufgrund eines unvollständig eingereichten Dossiers nicht belegt werden. Der G-BA räumt dem Unternehmen im Rahmen der Einstiegsphase in das Verfahren der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln jedoch die Möglichkeit ein, ein Jahr nach Veröffentlichung des Beschlusses ein überarbeitetes Dossier vorzulegen und damit eine erneute Nutzenbewertung des Wirkstoffs zu veranlassen.

Anlage XII: Fingolimod (Gilenya®)

Der Beschluss trat am 29. März 2012 in Kraft. Anhaltspunkte für einen geringen Zusatznutzen für Patienten mit rasch fortschreitender schwerer schubförmig-remittierender Multipler Sklerose konnten für den Wirkstoff Fingolimod des pharmazeutischen Unternehmens Novartis festgestellt werden. Die Geltungsdauer des Beschlusses wurde allerdings aufgrund eines erhöhten Risikoprofils sowie des schwachen Nutzenbelegs auf drei Jahre befristet.

Anlage XII: Regadenoson (Rapiscan®)

Der Beschluss trat am 29. März 2012 in Kraft. Für den Wirkstoff Regadenoson, einem Diagnostikum der Firma Rapidscan Pharma Solutions zur Ermöglichung von Myokardperfusionsaufnahmen (Darstellung von Herzfunktion und -durchblutung), konnte aufgrund eines unvollständig eingereichten Dossiers kein Zusatznutzen belegt werden. Auch diesem Unternehmen räumt der G-BA im Rahmen der Einstiegsphase die Möglichkeit ein, ein Jahr nach Veröffentlichung des Beschlusses ein überarbeitetes Dossier vorzulegen, um damit eine erneute Nutzenbewertung des Wirkstoffs zu veranlassen.

Die Beschlüsse zur Anlage XII bilden die Grundlage für die Verhandlungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband über einen Erstattungsbetrag.

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

Fiktiv zugelassene Präparate

In der Ausgabe März 2012 haben wir Sie zum Thema „fiktiv zugelassene Arzneimittel“ informiert. Unsere Auflistung dieser Medikamente wird ständig überprüft und aktualisiert.

Zuletzt wurde die Liste um das Präparat Contractubex® ergänzt. Die beiden Präparate Syneudon® und Clomhexal® wurden mittlerweile zugelassen, daher haben wir sie in unserer Liste gestrichen.

Bitte erkundigen Sie sich über Neuerungen auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

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

Handschriftlich ausgefüllte Verordnungen

Sollte die elektronische Gesundheitskarte aus den nachfolgenden Gründen nicht lesbar sein, sind die unten genannten versichertenbezogenen Daten im Rahmen des sogenannten Ersatzverfahrens auf die vereinbarten Vordrucke zu übernehmen. Daneben sind die BSNR und LANR des verordnenden Arztes und das Ausstelldatum anzugeben.

Gründe, warum die elektronische Gesundheitskarte nicht lesbar sein kann:

- Ihr Patient weist darauf hin, dass sich die zuständige Krankenkasse oder der Versichertenstatus geändert haben, die Karte dies aber noch nicht berücksichtigt.
- Die Karte ist defekt.
- Das Kartenterminal/der Drucker sind defekt.
- Die Karte kann nicht benutzt werden, weil für Hausbesuche kein entsprechendes Gerät zur Verfügung steht und weil bereits in der Arztpraxis mit den Daten der elektronischen Gesundheitskarte vorgefertigte Formulare nicht verwendet werden können.

Folgende versichertenbezogene Daten sind im Rahmen des sogenannten Ersatzverfahrens auf die vereinbarten Vordrucke zu übernehmen:

- die Bezeichnung der Krankenkasse
- der Name und das Geburtsdatum Ihres Patienten
- der Versichertenstatus
- die Postleitzahl des Wohnortes
- nach Möglichkeit auch die Krankenversicherungsnummer

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

Heilmittelverordnungen bei langfristigem Behandlungsbedarf

Aufgrund einer Neuregelung im Versorgungsstrukturgesetz (Paragrafen 32 Absatz 1a, 106 Absatz 2 SGB V) haben Versicherte mit besonders schwerem, langfristigem und gleichbleibendem Behandlungsbedarf seit 1. Januar 2012 die Möglichkeit, sich auf Antrag die erforderlichen Heilmittel von der Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen zu lassen. Über die Anträge ist von der Krankenkasse innerhalb von vier Wochen zu entscheiden. Ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt.

Diese genehmigten Heilmittel unterliegen nicht der Richtgrößen-/Durchschnittsprüfung.

Nähere Einzelheiten, insbesondere zu den infrage kommenden Krankheitsbildern, muss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) noch in Richtlinien festlegen. Ferner werden Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln, die bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen anzuerkennen sind, von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstmals bis zum 30. September 2012 festgelegt.

Die AOK Bayern, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen in Bayern und die Knappschaft haben uns mitgeteilt, dass sie bis zu einer endgültigen Regelung durch den G-BA vorläufig für bestimmte Krankheitsbilder innerhalb der entsprechenden Indikationsschlüssel eine Pauschalgenehmigung erteilen und sicherstellen, dass die Heilmittelverordnungen in diesen Fällen rückwirkend ab 1. Januar 2012 in den arztindividuellen Prüfstatistiken zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht enthalten sind. Insofern entfällt die Notwendigkeit von Einzelfallgenehmi-

gungen für einzelne Versicherte.

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Heilmittel/Heilmittel außerhalb des Regelfalls* finden Sie die aktuelle Auflistung der Krankheitsbilder beziehungsweise Indikationsbereiche, für die eine Pauschalgenehmigung erteilt wird. Ebenso erfahren Sie an dieser Stelle, wenn sich weitere Krankenkassen diesem Vorgehen anschließen.

Bei nicht aufgeführten Indikationsschlüsseln ist eine Langfristgenehmigung nicht möglich.

Innerhalb der aufgeführten Indikationsschlüssel ist bei den nicht explizit erwähnten Krankheitsbildern von einer kontinuierlichen, phasengerechten ärztlichen Anpassung beziehungsweise Änderung der individuellen Therapie und damit nicht von einem gleichbleibenden Behandlungsbedarf auszugehen. Daher ist für solche Krankheitsbilder keine Langfristgenehmigung möglich.

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 **Monapax® unwirtschaftlich** Impfung gegen **Pneumokokken**

Das homöopathische Hustenmittel Monapax® fällt unter den Verordnungsaußchluss Nr. 31 der Anlage III, Arzneimittel-Richtlinie: „Hustenmittel: fixe Kombinationen von Antitussiva oder Expektorantien oder Mykolytika untereinander oder mit anderen Wirkstoffen“. Diese Ansicht vertreten sowohl der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als auch die Krankenkassen. Das zeigt sich anhand uns bekannter Rückforderungsanträge der Krankenkassen.

Die Herstellerfirma des homöopathischen Hustenmittels Monapax® hatte gegen die Anwendbarkeit der Nr. 31 der Anlage III, Arzneimittel-Richtlinie geklagt. Das Landessozialgericht (LSG) hatte dieser Klage in erster Instanz im Jahr 2010 stattgegeben. Das LSG begründete seine Entscheidung damit, dass die der Regelung zugrunde liegende wirkstoffbezogene Betrachtungsweise mit den spezifischen Eigenheiten der Therapierichtung der Homöopathie nicht in Einklang stehe. Gegen das Urteil des LSG war der G-BA in Revision gegangen. Das Bundessozialgericht hält jedoch die wirkstoffbezogene Betrachtungsweise und Bewertung von homöopathischen Arzneimitteln nach den in der Arzneimittel-Richtlinie festgelegten Grundsätzen für zulässig.

Eine Verordnung des nicht-verschreibungspflichtigen Präparats Monapax® ist damit für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr als unwirtschaftlich anzusehen.

Es stehen zwei Impfstoffarten zur Verfügung: der Polysaccharid- und der Konjugat-Impfstoff. Die Schutzimpfungs-Richtlinie gibt Auskunft darüber, welcher Impfstoff für welche Personengruppe zwingend zu verwenden ist. Der Konjugat-Impfstoff (zum Beispiel Prevenar 13®) wird für Säuglinge und Kleinkinder eingesetzt. Der Polysaccharid-Impfstoff (zum Beispiel Pneumovax 23®) wird für Personen ab dem zweiten Lebensjahr verwendet. Der Pneumokokken-Impfstoff ist über Sprechstundenbedarf zu beziehen.

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

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

Ergebnisse der Stichprobenprüfungen 2011 im Bereich Radiologie

Die Ärztliche Stelle gemäß Paragraph 17 a Röntgenverordnung (RöV) und die KVB überprüfen im Rahmen von Stichprobenprüfungen regelmäßig die Qualität erstellter Röntgenaufnahmen. Besonderes Augenmerk wird hierbei auf die rechtfertigende Indikation und den Strahlenschutz gelegt. Um die Strahlenexposition der Patienten zu beschränken, ist der Umgang mit ionisierender Strahlung durch Empfehlungen, Richtlinien, Verordnungen und Gesetze geregelt. Zu nennen sind hier insbesondere die Röntgenverordnung und die Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik. Unterstützt werden die zuständigen Behörden von der Strahlenschutzkommission (SSK), die re-

gelmäßig Stellungnahmen und Empfehlungen zu den verschiedenen Themen des Strahlenschutzes veröffentlicht.

Die KVB informiert in regelmäßigen Abständen die radiologisch vertragsärztlich tätigen Ärzte in Bayern über die neuesten Erkenntnisse in der Mitgliederzeitschrift KVB FORUM (ehemals PROFUND).

Sämtliche Ergebnisse der Stichprobenprüfung werden statistisch erfasst und regelmäßig dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, für Familie und Frauen (StMAS) – als Tätigkeitsbericht der Ärztlichen Stelle – und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

(KBV) in einem umfassenden Qualitätsbericht zur Verfügung gestellt.

Auch im Jahr 2011 konnte die KVB eine mit den Vorjahren vergleichbare Qualität bei der Stichprobenprüfung in der konventionellen Radiologie feststellen. Doch trotz dieser grundsätzlich guten Ergebnisse sieht die Qualitätssicherungskommission durchaus Verbesserungspotential, da es sich zum Großteil um wiederkehrende Fehler handelt.

Wir haben Ihnen eine Auswahl der Auffälligkeiten zusammengestellt und – zum Nachlesen – die bereits veröffentlichten Artikel angegeben.

geprüfte Kriterien	festgestellte Auffälligkeit	Veröffentlichung
Strahlenschutz	fehlende oder mangelhafte Einblendung	PROFUND/KVB INFOS Ausgabe 10/2010
Strahlenschutz	fehlender Kinderfilter	PROFUND/KVB INFOS Ausgabe 3/2009 KVB FORUM/KVB INFOS Ausgabe 7-8/2011
Strahlenschutz	kein oder falsch positionierter Gonadenschutz	
Indikation	Indikation begründet nicht die durchgeführte Aufnahme (zum Beispiel Aufnahmen des Schädels zum Frakturausschluss oder Aufnahmen der Nasennebenhöhle in zwei Ebenen)	PROFUND/KVB INFOS Ausgabe 6/2010 KVB FORUM/KVB INFOS Ausgabe 10/2011
charakteristische Bildmerkmale einschließlich Bildidentifikation	unzulässiges elektronisches Seitenzeichen	PROFUND/KVB INFOS Ausgabe 7-8/2010
kritische Strukturen/ kritische Bildelemente	über- oder unterexponierte Aufnahmen	
wichtige Bilddetails	inkomplette Darstellung der Bildinhalte	
wichtige Bilddetails	Überdeckung bildwichtiger Inhalte durch Artefakte	
wichtige Bilddetails	fehlende Aufnahme nach Miktion bei Ausscheidungs-Urogrammen	PROFUND/KVB INFOS Ausgabe 5/2009
Befundung	unvollständige oder fehlende Befunde	PROFUND/KVB INFOS Ausgabe 10/2010

Neue QSV Hörgeräteversorgung

Bitte denken Sie auch an regelmäßige Schulungen Ihres medizinischen Fachpersonals. Gut geschulte Mitarbeiter sind in der Lage, die optimale Technik anzuwenden, für den Patienten die applizierte Dosis auf ein Minimum zu reduzieren und Ihnen dabei gleichzeitig die erwünschten diagnostischen Informationen zur Verfügung zu stellen.

Gerne senden Ihnen die Mitarbeiter der KVB weitergehende Hinweise oder Unterlagen zu oder vermitteln bei Bedarf ein Beratungsgespräch mit den Kommissionsmitgliedern. Hier können im Rahmen eines kollegialen Gesprächs Probleme offen diskutiert und gemeinsam Lösungen gefunden werden. Sämtliche Mitglieder der Vorstandskommission kennen den Umgang mit ionisierender Strahlung aus der Tätigkeit in ihren eigenen Praxen und wissen um die Schwierigkeiten, die im Regelbetrieb auftreten können.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertinnen

Andrea Kopeczek
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 46

Angelika Glaser
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 44

Silvia Meyer
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 13

Agnes Betz
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 17

Am 1. April 2012 ist die neue Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Hörgeräteversorgung in Kraft getreten. Damit wurde die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten (Jugendliche und Erwachsene) mit Hörgeräten in der vertragsärztlichen Versorgung nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) **09372 bis 09375** beziehungsweise **GOP 20372 bis 20375 EBM** genehmigungspflichtig.

Die von der QSV betroffenen Fachärzte wurden vorab per Rundschreiben informiert. Sie finden das Rundschreiben auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Hörgeräteversorgung/Rundschreiben*. Die Genehmigungsanträge können unter www.kvb.de in der Rubrik *Formulare/H/Hörgeräteversorgung* abgerufen werden.

Für Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen oder Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, die **vor Inkrafttreten der QSV regelmäßig Leistungen zur Versorgung chronisch schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten erbracht haben**, gilt eine **Übergangsregelung** (siehe Paragraph 11 Absatz 1 QSV):

Sie können eine Genehmigung erhalten, wenn Sie

- innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der QSV – **bis 30. September 2012** – einen **Antrag** stellen und
- den Nachweis der Anforderungen an die Praxisausstattung nach Paragraph 4 QSV innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung erbringen.

Ärzte der oben genannten Fachgruppen, die **nicht unter die Übergangsregelung fallen**, müssen zur Erteilung der Genehmigung Folgendes nachweisen (siehe Paragraph 3 QSV):

- selbstständige Indikationsstellung nach Ausschluss zentraler Hörstörungen und Durchführung von mindestens **20 Hörtests** zur Hörgeräteversorgung unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes einschließlich Validierung des Versorgungserfolges innerhalb der letzten fünf Jahre und
- theoretische Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von **zehn Fortbildungspunkten innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung**.

Zur Erteilung der Genehmigung sind außerdem Anforderungen an die räumliche **Praxisausstattung** zu erfüllen (siehe Paragraph 4 QSV):

- schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40 dB),
- Audiometer mit vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen, zugelassen nach den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und der DIN ISO 8253-1 und 8253-2,
- Testverfahren zur Überprüfung des Hörhilfensversorgungsergebnisses gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie (DIN ISO 8253-3),
- binokulares Ohrmikroskop und
- Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung).

Ärzte, denen die Genehmigung erteilt wird, haben bei der Hörgeräteversorgung folgende Anforderungen einzuhalten:

Organisatorische Anforderungen

(Paragraph 6 QSV): strukturierter regelmäßiger Austausch mit an der Hörgeräteversorgung beteiligten Berufsgruppen, regelmäßige Schulung der eigenen Praxismitarbeiter zum Themenbereich „Audiometrie und der audiologischen Grundlagen“, regelmäßige Wartung der Untersuchungsgeräte und Instrumentarien entsprechend den Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung mit Dokumentation in den Gerätebüchern.

Der in Paragraph 5 QSV geregelte **Umfang der Hörgeräteversorgung** ist einzuhalten. Danach umfasst die Versorgung und Betreuung nach den Vorgaben der QSV insbesondere **vor Verordnung mit Hörgeräten:**

- Medizinische Anamnese und Ermittlung gegebenenfalls schon erfolgter Hilfsmittelversorgung
- Befunderhebung durch binokuläre ohrmikroskopische Untersuchung des Patienten
- Audiologische Differenzialdiagnostik der Hörstörung durch Ton- und Sprachaudiometrie, Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung, Bestimmung der Unbehaglichkeitsschwelle, Durchführung beziehungsweise Veranlassung ergänzender diagnostischer Verfahren (zum Beispiel Hörfeldskalierung, otoakustische Emissionen, BERA)
- Indikationsstellung und individuelle Bedarfsanalyse zur in der Regel beidseitigen Versorgung mit Hörgeräten, Beratung des Patienten über die aufgrund der erhobenen audiologischen Befunde im jeweiligen Einzelfall bestehenden technischen Versorgungsmöglichkeiten Hard- und Software betreffend, Ermittlung und Dokumen-

tation der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung

- Verordnung eines Hörgerätes unter Verwendung des Musters 15 (Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe) der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung einschließlich Information patientenindividueller Besonderheiten an den Hörgeräteakustiker
- Information des Patienten zu den verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten seitens der Kostenträger.

Nach Verordnung von Hörgeräten:

- Anamnese des Trageverhaltens (Kontrolle der Hörgerätehandhabung, Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes), morphologische Befundkontrolle, Überprüfung des durch den Hörgeräteakustiker gemachten Versorgungsvorschlags nach vergleichender Hörgerätestestung, audiologische Kontrolle (Freifeldaudiometrie mit den präferierten Geräten), gegebenenfalls ergänzende evaluierende Maßnahmen, gegebenenfalls Rücksprache mit dem Hörgeräteakustiker bei Befundabweichungen, gegebenenfalls Indikationsstellung zu weiterführenden therapeutischen Maßnahmen, Ermittlung und Dokumentation der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung einschließlich Nutzenbestimmung
- Dokumentation der Hilfsmittelabnahme mit Angabe, inwieweit der Hörgeräteversorgungsvorschlag dem aufgestellten Versorgungskonzept entspricht und Dokumentation des erzielten Versorgungsergebnisses (in der Regel binaural)
- gegebenenfalls die Nachbetreuung (Nachsorge) nach im Rahmen der Erfolgskontrolle individuell festgelegten Intervallen (zum

Beispiel Kontrolle Hörstörung bedingender Grund- und Begleiterkrankungen des Ohres, im Falle eines Hinweises auf eine Verschlechterung des Hörvermögens und verändertem Gebrauch des Hörgeräts, Prüfung der Möglichkeit der Ergänzung des Versorgungskonzeptes).

Anforderungen an die **ärztliche Dokumentation** nach Paragraph 7 QSV, unter anderem:

- Aus der Dokumentation muss der Umfang der Hörgeräteversorgung nach Paragraph 5 QSV vollständig und nachvollziehbar hervorgehen.
- Für die Dokumentation ist das **„Ergänzungsblatt zur Verordnung“**, Anlage 2 zur QSV, sowie – für die Bestimmung der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung des Patienten – der **APHAB-Fragebogen** (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit) vorgesehen. Eine deutsche Version des Fragebogens kann unter www.memphis.edu/ausp/harl/aphab.htm heruntergeladen werden. Zur Berechnung des APHAB-Nutzens vgl. Anlage 3 zur QSV. Nähere Informationen zur Verwendung des APHAB-Fragebogens wird die KBV in Kürze zur Verfügung stellen.
- Die Datenübertragung soll künftig **elektronisch** erfolgen, Anlage 1 zur QSV. Bis zum Aufbau einer flächendeckenden IT-Infrastruktur wird die Pflicht zur elektronischen Dokumentation ausgesetzt. Sie beginnt am **1. Januar 2013**, Paragraph 11 Absatz 2 QSV. Einzelheiten zur Umsetzung der elektronischen Dokumentation wird die KBV noch veröffentlichen.
- Zur Überprüfung der Güte des Dokumentationsinstruments erfolgten für einen Zeitraum von

Sedierung in der gastro-intestinalen Endoskopie

zwei Jahren **Stichprobenprüfungen**, indem von zehn Prozent der Ärzte die Dokumentationen zu fünf abgerechneten Fällen angefordert werden (siehe Ziffer 2 der Protokollnotiz zur QSV).

Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung sind regelmäßig **Auflagen** zu erfüllen (siehe Paragraph 8 QSV):

- **jährliche messtechnische Kontrollen** der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien durch einen zugelassenen Wartungsdienst sowie
- Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie
- Kenntnisse über die jeweils aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die regelmäßige Erlangung von **sieben Fortbildungspunkten innerhalb von zwei Jahren**.

Den vollständigen Text der QSV und weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Hörgeräteversorgung*.

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

Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen e. V. (DGVS) wurde 2008 die **S3-Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“** herausgegeben. Wir berichteten zuletzt in den KVB INFOS 9/2009 über wichtige Regelungen dieser Leitlinie.

Die Arzthaftung bei Sedierungen ist nach wie vor ein aktuelles Thema. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat bereits mit Urteil vom 8. April 2003 (Aktenzeichen VI ZR 265/02) entschieden, dass der Arzt nach einer mit einer ambulanten Behandlung verbundenen Sedierung dafür verantwortlich ist, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass sich der Patient nach der durchgeführten Behandlung nicht unbemerkt entfernt. Dem Urteil lag der Fall zugrunde, dass ein Patient im Anschluss an eine Gastroskopie mit seinem Auto eigenmächtig das Krankenhaus verließ und dabei einen tödlichen Verkehrsunfall erlitt. Seine Erben verlangten vom Chefarzt Schadensersatz und Schmerzensgeld und bekamen in der dritten Instanz Recht.

Wir möchten Sie daher erneut auf folgende Regelungen der S3-Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“ zur Überwachung der Sedierung beziehungsweise der Patienten nach der Endoskopie aufmerksam machen.

Überwachung der Sedierung (Ziffer 3.3.2 der S3-Leitlinie)

Empfehlung: Der endoskopierende Arzt ist während der Durchführung der Endoskopie in aller Regel nicht in der Lage, den Vitalfunktionen des Patienten die notwendige Aufmerksamkeit zu schenken. Es ist daher für jede Endoskopie unter Sedierung

erforderlich, dass neben dem endoskopierenden Arzt und seiner Endoskopieassistenten eine **weitere Person, die nicht in die Endoskopie involviert ist**, diese Aufgabe zuverlässig wahrnimmt. Diese qualifizierte Person soll in der Überwachung von Patienten, die Sedativa, Hypnotika und/oder Analgetika erhalten, speziell und nachweislich **geschult und erfahren** sein. Wann immer der Patient ein erhöhtes Risiko aufweist oder ein langwieriger und aufwendiger Eingriff zu erwarten ist, soll ein zweiter, entsprechend qualifizierter Arzt zugegen sein, der ausschließlich die Durchführung und Überwachung der Sedierung sicherstellt.

Die Überwachungsmaßnahmen sollen sich nach dem Gesundheitszustand des Patienten, der Invasivität des durchzuführenden endoskopischen Eingriffs und der Art der Sedierung richten.

Überwachung nach der Endoskopie (Ziffer 3.3.4 der S3-Leitlinie)

Empfehlung: Nach Beendigung der Untersuchung sollen die Patienten bezüglich der Sedierung überwacht werden.

Anmerkung: Eine postinterventionelle Überwachung ist notwendig, um mögliche Folgen der Sedierung zu erkennen. Die Dauer der postinterventionellen Überwachungsphase ist von dem zu erwartenden Risiko abhängig. Die Wirkdauer und Halbwertszeit der verwendeten Substanz ist hierbei zu berücksichtigen. Die lückenlose Überwachung der Patienten durch qualifiziertes Personal unabhängig von der verwendeten Substanz, gegebenenfalls unter Verwendung eines Pulsoxymeters, ist fortzusetzen, bis sich der Patient vollständig erholt hat. Patienten

können aus dem Überwachungsbereich entlassen werden, wenn die Vitalzeichen stabil sind und sie orientiert sind.

Empfehlung: Die Überwachung des Patienten in der Aufwachphase soll durch entsprechend geschultes und qualifiziertes Personal vorgenommen werden.

Anmerkung: Die entsprechende Person muss ständig im Aufwachbereich sein beziehungsweise die Überwachungseinheit im Blickkontakt haben. Sie darf jedoch zum Beispiel telefonieren oder Befunde abheften. Aus Gründen der Patientensicherheit sollen auch bereits wache Patienten bis zur Entlassung im Überwachungsbereich verweilen. Somit kann verhindert werden, dass der eventuell noch beeinträchtigte Patient eigenständig den Untersuchungsbereich verlässt (vergleiche BGH-Urteil, Az. VI ZR 265/02).

Sicherungsaufklärung – Verhalten nach der Sedierung (Ziffer 4.1.5 der S3-Leitlinie)

Empfehlung: Der Patient soll über das korrekte Verhalten nach der Sedierung und der Entlassung aus der ambulanten Therapie aufgeklärt werden. Er soll ein Informationsblatt ausgehändigt bekommen.

Anmerkung für Verhalten nach der Untersuchung (Sicherungsaufklärung): Ambulant untersuchte Patienten sollten darauf hingewiesen werden, dass sie einer **Begleitperson** bedürfen, die sie zumindest sicher nach Hause bringt und sie möglichst auch für einige Stunden beobachtet. Alle Patienten, die eine Sedierung erhalten haben, sind darüber hinaus darauf hinzuweisen, dass sie am Untersuchungstag nicht aktiv am

Straßenverkehr teilnehmen dürfen, insbesondere nicht ein Fahrzeug führen, keine schwierigen Maschinen bedienen, keinen Alkohol trinken und keine wichtigen oder rechtlich bindenden Entscheidungen treffen dürfen. Grundsätzlich ist allen Patienten eine telefonische Kontaktmöglichkeit zum Arzt oder Klinikum zu benennen für den Fall, dass nach der Endoskopie Befindlichkeitsstörungen oder Blutungen auftreten. Die Aufklärungen über die Verhaltensmaßnahme für die Zeit nach der Untersuchung sollten dem Patienten schriftlich an die Hand gegeben werden. Bei kritischen Prozeduren oder Patienten kann hier ein Telefonanruf am nächsten Tag wirksamer sein als eine schriftliche Erinnerung.

Diese Information richtet sich im Sinne einer verbesserten gemeinsamen Betreuung und sicheren Versorgung auch an überweisende Ärzte. Oftmals haben Patienten von der Analgo-Sedierung und gegebenenfalls Kurznarkose für eine gastrointestinale Endoskopie andere Vorstellungen als in der S3-Leitlinie enthalten. Im Sinne einer guten ärztlichen Kooperation und Kommunikation sollten bereits die überweisenden Ärzte die Patienten auf diese Empfehlungen aufmerksam machen.

Weitere Informationen

Den Volltext der Leitlinie, eine Version der Leitlinie in patientenfreundlicher Sprache und Patientenflyer können Sie unter www.dgvs.de in der Rubrik Leitlinien der DGVS/Sedierung abrufen, das oben genannte BGH-Urteil unter www.bundesgerichtshof.de unter Entscheidungen/Entscheidungsdatenbank des Bundesgerichtshofs (dort in der Suchfunktion das Aktenzeichen VI ZR

265/02 eingeben). Zu dem BGH-Urteil ist in der Zeitschrift *Arztrecht*, Ausgabe 5/2005, ein informativer Artikel erschienen. Dieser kann unter www.arztrecht.org in der Rubrik Verlag für *Arztrecht/Kompetenz/Haftpflichtrecht/Haftung beim Tod* sedierter Patienten abgerufen werden.

Neue QSV Molekulargenetik

Am 1. April 2012 ist die neue Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Molekulargenetik in Kraft getreten. Damit wurde die Durchführung und Abrechnung der molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen nach dem Unterabschnitt 11.4.2 EBM (GOP 11351 bis 11500) **genehmigungspflichtig**.

Die von der QSV betroffenen Fachärzte wurden per Rundschreiben informiert. Das Rundschreiben finden Sie auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Molekulargenetik*. Die Genehmigungsanträge können unter www.kvb.de in der Rubrik *Formulare/M/Molekulargenetik* abgerufen werden.

Nach Paragraph 3 QSV ist folgende **fachliche Befähigung** für die Genehmigung nachzuweisen:

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Human-genetik“ oder „Laboratoriumsmedizin“ oder der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“ oder ermächtigter Fachwissenschaftler der Medizin (siehe Paragraph 3 Absatz 1 QSV).
- Pathologen und Neuropathologen können eine eingeschränkte Genehmigung für die Abrechnung der GOP 11430 EBM – Nachweis der Mikrosatellitenstabilität am Tumormaterial – erhalten (siehe Paragraph 3 Absatz 2 QSV). Dafür müssen sie Folgendes nachweisen:
 - **fakultative Weiterbildung** „Molekularpathologie“ oder
 - **Facharztweiterbildung** nach der Musterweiterbildungsordnung 2003 mit fachlicher Qualifikation für die Aufbereitung und Befundung histologischer und zytologischer Präparate und für die molekulargenetischen Untersuchungen.

Für Ärzte, die **nicht den in Paragraph 3 QSV aufgeführten Facharztgruppen angehören**, gilt nach Paragraph 11 Absatz 1 QSV folgende Übergangsregelung: Bei Vertragsärzten, die bis zum 31. Dezember 2010 die Leistungen nach GOP 11320 bis 11322 EBM regelmäßig im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung – nach Maßgabe der EBM-Regelungen – durchgeführt und abgerechnet haben und die innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der QSV, also bis zum 30. September 2012, einen Antrag stellen, gilt die fachliche Befähigung nach Paragraph 3 QSV als nachgewiesen.

Zur Erteilung der Genehmigung sind von Antragstellern, die die genetische Analyse nicht als verantwortliche ärztliche Person durchführen, **organisatorische Voraussetzungen** zu erfüllen (siehe Paragraph 4 QSV). Dazu sind mit dem Antrag Muster der indikationsbezogenen Auftrags-hinweise und eine Aufstellung der verwendeten molekulargenetischen Untersuchungsverfahren vorzulegen. Außerdem ist nach Paragraph 5 QSV ein System der internen Qualitätssicherung und die regelmäßige Teilnahme an geeigneten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Ringversuche) nachzuweisen – entsprechend den Vorgaben der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen.

Ärzte, denen die Genehmigung erteilt wird, haben bei der Durchführung der molekulargenetischen Untersuchungen folgende Anforderungen einzuhalten:

Die Indikationsstellung muss aus den Auftragshinweisen geprüft und beurteilt werden können. Die **Auftrags-hinweise** müssen mindestens die

Informationen nach Paragraph 6 Absatz 1 QSV enthalten:

- Nachweis beziehungsweise Bestätigung gemäß Gendiagnostikgesetz über die Aufklärung und Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters zur Durchführung molekulargenetischer Untersuchungen,
- Angabe zu molekulargenetischen Voruntersuchungen des Patienten in Bezug auf die aktuelle Indikationsstellung,
- Angabe, ob ein Indexfall bekannt ist (wenn ja, Angabe von molekulargenetischen Vorbefunden),
- Angabe, ob es sich um eine diagnostische, prädiktive oder eine vorgeburtliche Untersuchung handelt,
- Art des Untersuchungsmaterials und Entnahmedatum,
- die für die Prüfung des Auftrags erforderlichen klinischen und anamnestischen Angaben.

Die Indikation, eine gegebenenfalls erfolgte konsiliarische Erörterung, Durchführung und Befundbeurteilung müssen nachvollziehbar dokumentiert werden. Die schriftliche **Dokumentation** muss mindestens die Angaben nach Paragraph 7 Absatz 2 QSV enthalten:

- Patientenidentifikation,
- Identifizierung des Einsenders,
- Indikation zur Durchführung der Untersuchung,
- Angaben zum Indexpatienten (falls zutreffend),
- Angabe der nachgewiesenen Mutationen (falls zutreffend),
- Ärztliche Bewertung der Mutationen (falls zutreffend),
- Hinweis auf eine erforderliche Beratung genetisch verwandter Personen (falls zutreffend).

Wenn der Zustand des Untersuchungsmaterials die Untersuchungs-

ergebnisse beeinflusst haben kann, ist dies anzugeben.

Für alle molekulargenetischen Untersuchungen ist jeweils bis zum **31. März des Folgejahres eine betriebsstättenbezogene Jahresstatistik** zu erstellen (siehe Paragraph 8 QSV). Die Jahresstatistik muss folgende Angaben enthalten:

- Anzahl der Behandlungsfälle mit Leistungen des Unterabschnitts 11.4.2,
- Anzahl der Behandlungsfälle mit diagnostischer/prädiktiver/vorgeburtlicher Fragestellung, jeweils differenziert nach pathologischen, unauffälligen und nicht beurteilbaren Befunden,
- Anzahl der Untersuchungen je GOP aus dem Unterabschnitt 11.4.2 (differenziert nach pathologischen, unauffälligen und nicht beurteilbaren Befunden),
- mittlere Anzahl der abgerechneten GOP aus dem Unterabschnitt 11.4.2 je Behandlungsfall (differenziert nach pathologischen, unauffälligen und nicht beurteilbaren Befunden),
- Anzahl der Behandlungsfälle mit Leistungen des Unterabschnitts 11.4.2, für die zusätzlich ein Unterauftrag oder mehrere Unteraufträge erteilt wurden,
- Anzahl der Einsender (Anzahl der unterschiedlichen Betriebsstättennummern und Anzahl der lebenslangen Arztnummern),
- Anzahl der Einsendungen je Fachgruppe,
- Ergebnisse der externen Qualitätssicherung gemäß Paragraph 5 Nummer 2 QSV.

fentlichen, sobald die Kassenärztliche Bundesvereinigung diese zur Verfügung stellt.

Den vollständigen Text der QSV und weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Molekulargenetik*.

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

Die Datenübertragung soll in einem **elektronischen Dokumentationsverfahren** erfolgen (siehe Anlage 1 zur QSV). Nähere Informationen zu diesem Verfahren werden wir veröf-

Vertretungsregelungen

In jeder Praxis treten Situationen auf, in denen der Praxisinhaber nicht zur Verfügung steht und eine Vertretung organisiert werden muss. Die Vertretung eines Vertragsarztes ist in Gesetzen und Verordnungen geregelt. So sieht das Vertragsarztrecht die Möglichkeit vor, sich vertreten zu lassen, um bei Abwesenheit die vorgeschriebene Patientenversorgung weiter zu gewährleisten.

In Paragraph 32 Ä-ZV sind folgende **Gründe für eine Vertretung** genannt:

- Krankheit
- Urlaub
- Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung
- Teilnahme an einer Wehrübung
- Seit Anfang 2012 wurde die Vertretungsmöglichkeit für Ärztinnen in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Entbindung von sechs auf zwölf Monate verlängert.
- Seit 2012 gilt neu: Kindererziehungszeiten bis zu einer Dauer von 36 Monaten und bei Pflege naher Angehöriger in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten.

Eine Vertretung ist ab dem ersten Tag der Abwesenheit in den Zeiten erforderlich, in denen kein ärztlicher Bereitschaftsdienst eingerichtet ist. Ab einer Abwesenheit von über einer Woche ist die Abwesenheit meldepflichtig und der Vertreter ist gegenüber der KVB namentlich zu benennen.

Dabei sind zwei Möglichkeiten der Vertretung zu unterscheiden:

1. Bei der kollegialen Vertretung wird die Vertretung von einem anderen Vertragsarzt in dessen Praxis übernommen. Die kollegiale Vertretung muss zwischen Vertretenem und Vertreter abge-

sprochen sein. Der Vertretene weist mittels Praxisaushang und Alibiphon/Anrufbeantworter auf die Vertretung hin. Es erscheint auch ein entsprechender Hinweis auf der Internetseite der Praxis zweckmäßig. Der Vertreter rechnet die Leistungen als eigene Leistungen über Vertreterschein unter seiner eigenen BSNR und LANR ab. Hinweis: Im hausärztlichen Vertretungsfall wird die Versichertenpauschale nach GOP 03 121 bis GOP 03 123 statt nach GOP 03 111 bis GOP 03 113 berechnet.

2. Bei der Vertretung in der Praxis des abwesenden Vertragsarztes wird ein Vertreter, der Facharztstandard haben muss, tätig. Die erbrachten Leistungen werden durch den Vertretenen unter dessen BSNR und LANR abgerechnet. Der Vertreter kann vom Vertragsarzt als freier Mitarbeiter freiberuflich oder im Rahmen eines befristeten Anstellungsverhältnisses beschäftigt werden. Dabei ist sicherlich entscheidend, ob es sich um einen „hauptberuflichen Vertreter“, um einen Krankenhausarzt oder einen ehemaligen Vertragsarzt im Ruhestand handelt.

Eine Vertretung ist regelmäßig bis zu drei Monate innerhalb von zwölf Monaten zulässig. Bei längerer Dauer (zum Beispiel längerer Krankheit) kann auf Antrag im Ausnahmefall durch die KVB auch ein längerer Zeitraum genehmigt werden.

Die Verantwortung für die Tätigkeit des Vertreters verbleibt im Außenverhältnis beim Vertragsarzt, sowohl hinsichtlich der Einhaltung der Voraussetzungen des Vertreters als auch bezüglich der Haftung, da der Behandlungsvertrag weiterhin mit

dem Praxisinhaber zustande kommt. Unabhängig davon ist es wichtig, dass der Vertreter einen ausreichenden Haftpflichtnachweis vorlegt. Unbedingt aber sollte sich der Vertragsarzt die Approbationsurkunde und die Facharztanerkennung im Original oder amtlich beglaubigter Kopie vorlegen lassen. Wenn vom Vertreter genehmigungspflichtige Leistungen erbracht werden sollen, ist es darüber hinaus auch erforderlich, die Qualifikationsnachweise über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen zu prüfen.

Eine Sonderform der Vertretung ist das sogenannte **Witwenvierteljahr**. Verstirbt ein Vertragsarzt, so besteht für die Erben die Möglichkeit, die Praxis bis zu zwei auf das Sterbequartal folgende Quartale mit einem Vertreter weiterzuführen.

Einen besonderen Hinweis möchten wir für die psychotherapeutisch tätigen Mitglieder geben. Bei **genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen**, einschließlich der probatorischen Sitzungen, sind Vertretungen grundsätzlich nicht zulässig.

Innerhalb einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft oder Anstellung findet keine formale Vertretung statt, vielmehr wird der Kollege im Rahmen seiner eigenen Zulassung unter seiner LANR tätig. Können angestellte Ärzte ihren Versorgungsauftrag nicht ausüben, ist der Vertragsarzt berechtigt, für die Ausfallzeit einen anderen Arzt für die Vertretungszeit entsprechend den Vertretungsgrundsätzen zu beschäftigen.

Die Vertretung unterscheidet sich von der möglichen Beschäftigung eines **Sicherstellungsassistenten**. Im Vertretungsfall steht der Ver-

Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien gelten auch bei arbeitslosen Patienten

tragsarzt überhaupt nicht zur Verfügung und der Vertreter übernimmt dessen Aufgaben. Ein Sicherstellungsassistent wird hingegen zur Entlastung des Vertragsarztes (zum Beispiel wegen Schwangerschaft, berufspolitischer Tätigkeit usw.) nach entsprechender Antragstellung und Genehmigung durch die KVB tätig. Der Vertragsarzt ist dabei weiterhin in der Praxis tätig.

Ruht die Zulassung durch Beschluss des Zulassungsausschusses, ist weder eine Vertretung noch die Anstellung eines Sicherstellungsassistenten möglich.

Suchen Sie akut oder mittelfristig einen Praxisvertreter oder sind Sie an einer Vertretertätigkeit interessiert? In unserem Vertretervermittlungspool unter www.kvb.de/Online-Angebote haben Sie die Möglichkeit, sich eintragen zu lassen, wenn Sie eine Vertretungstätigkeit anbieten wollen oder suchen.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Stefan Schlosser
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 03
E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

Auch ein erwerbsfähiger, aber arbeitslos gemeldeter Patient bedarf zum Nachweis seiner Arbeitsunfähigkeit einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die ihm sein Arzt unter Beachtung der Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien (AU-Richtlinien) ausstellt.

Die Jobcenter – zuständig für die Betreuung von erwerbsfähigen Arbeitslosengeld-II-Empfängern – informieren uns, dass sich einzelne Leistungsempfänger ihrer Verpflichtung zur Teilnahme an Beratungs-/ Fortbildungs-/ und Informationsveranstaltungen entziehen oder ihre Bereitschaft zur Arbeitsvermittlung verweigern. Bedauerlicherweise kommt es vor, dass sich Versicherte dann, um den Arbeitslosengeldanspruch nicht zu verlieren, nachträglich an Vertragsärzte wenden und beim Jobcenter rückdatierte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlegen.

Hintergrund

Die AU-Richtlinien (Paragraph 5 Absatz 3) sehen eine Rückdatierung nur im Ausnahmefall vor, wobei die Rückdatierung nach gewissenhafter Prüfung nur für maximal zwei Tage erfolgen sollte. Bei Arbeitslosen gelten für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit zudem strenge Kriterien. Arbeitslose sind arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben. Dabei ist es unerheblich, welcher Tätigkeit der Versicherte vor der Arbeitslosigkeit nachging.

Dabei hat auch der arbeitslose Patient seine eingetretene Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen. Eine Rückdatierung wird von den Job-

centern daher kritisch hinterfragt und kann den Beweiswert der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gefährden. Die negativen Folgen wirken sich zwar vorrangig auf den arbeitslosen Patienten aus. In einem Fall wurde uns aber bekannt, dass ein Jobcenter wegen einer rückdatierten AU-Bescheinigung gegen den ausstellenden Arzt Strafanzeige gestellt hat. Bitte beachten Sie deshalb die entsprechenden Bestimmungen.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Thomas Huber
Telefon 09 41 / 39 63 – 195
E-Mail Thomas.Huber@kvb.de

Schriftliche Anfragen auf Verlangen der Krankenkassen

Zunehmend häufen sich die Beschwerden bayerischer Vertragsärzte über die Flut von Anfragen der Krankenkassen. Zwar sind die Vertragsärzte nach Paragraph 36 Bundesmantelvertrag-Ärzte beziehungsweise Paragraph 18 Arzt-/Ersatzkassenvertrag befugt und verpflichtet, die zur Durchführung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen schriftlichen Informationen (Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten) auf Verlangen an die Krankenkassen zu übermitteln, allerdings nur dann, wenn die Krankenkassen die bundesmantelvertraglichen Vorgaben einhalten.

Dies sind im Einzelnen:

Für schriftliche Informationen sind Vordrucke vereinbart. Vereinbarte Vordrucke (erkennbar durch den Aufdruck „Muster xy“) sind in der Regel ohne zusätzliches Honorar auszustellen (zum Beispiel Rezept, Überweisungen etc.). Für einen Teil der Vordrucke ist im EBM eine Vergütung festgelegt und der Vordruck enthält einen entsprechenden Hinweis dazu.

Kurze Bescheinigungen und Auskünfte sind vom Vertragsarzt ohne besonderes Honorar gegen Erstattung von Auslagen (zum Beispiel Porto) auszustellen. Leider gibt es keine vertraglich festgelegte Definition, was unter „kurz“ zu verstehen ist.

Nach unserem Verständnis darf eine kurze Bescheinigung nur wenige Fragen umfassen, die mit nur geringem administrativem Aufwand in der Praxis beantwortet werden können.

Bei Anfragen von Krankenkassen, die nicht den vereinbarten Vordruckmustern (siehe Vordruckvereinbarung) entsprechen beziehungsweise über kurze Bescheinigungen und Auskünfte hinausgehen, muss die Krankenkasse angeben, gemäß welcher Bestimmung des Sozialgesetzbuches oder anderer Rechtsvorschriften die Übermittlung der Information zulässig ist. Derartige Anfragen sind nach den Leistungspositionen des EBM zu vergüten.

Um dem Mehraufwand aufgrund der umfangreichen Anfragen der Kran-

kenkassen ohne Verwendung der üblichen Muster gerecht zu werden, fordern wir von den Kassen eine adäquate Vergütung. Wir haben deshalb die Thematik in unseren Forderungskatalog für die Honorarverhandlungen 2012 aufgenommen.

Wir bitten Sie, uns solche Anfragen (personenbezogene Angaben bitte schwärzen – aber zwingend mit Kassename) per Fax unter 0 89 / 5 70 93 – 25 15 oder per E-Mail an VUS-Vertragspolitik@kvb.de zu übermitteln, damit wir unsererseits auf die Krankenkassen zugehen können.

EBM-Nummer	Bezeichnung
01610	Muster 55 Bescheinigung zur Feststellung der Belastungsgrenze
01611	Muster 61 Verordnung von medizinischer Rehabilitation
01612	Muster 22 Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie
01620	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 41 (Bericht des behandelnden Arztes) oder 50 (Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse)
01621	Krankheitsbericht nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 11 (Bericht für den Medizinischen Dienst), 53 (Anfrage im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeitszeiten) oder 56 (Anfrage auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining)
01622	Ausführlicher schriftlicher Kurplan oder begründetes schriftliches Gutachten oder schriftliche gutachterliche Stellungnahme, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 20 a-d (Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben) oder 52 (Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit)
01623	Muster 25 Kurvorschlag des Arztes zum Antrag auf ambulante Kur

Neuregelung: Abschlagszahlungen für MVZ

Mit Beschluss der Vertreterversammlung vom 26. November 2011 wurden die Abrechnungsbestimmungen der KVB angepasst. In der Vergangenheit mussten Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die gemäß Paragraph 95 Absatz 2 SGB V in der juristischen Form des Privatrechts organisiert waren, bereits eine besondere Zulassungsvoraussetzung erfüllen: Die Gesellschafter mussten selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben. Diese Anforderung hatte der Gesetzgeber in Paragraph 95 SGB V vor Kurzem aufgenommen. Die damit vom Gesetzgeber beabsichtigte haftungsrechtliche Gleichstellung der MVZ mit anderen Zulassungsformen (zum Beispiel Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft) wird jedoch nur dann erreicht, wenn es sich bei den Gesellschaftern um natürliche Personen handelt. Denn nur diese haften unbeschränkt und persönlich. Befinden sich unter den Gesellschaftern eine oder mehrere juristische Personen des Privatrechts mit Haftungsbeschränkung, verfehlt die Regelung der im Zulassungsrecht vorgesehenen Bürgschaftserklärung das beabsichtigte Ziel.

Um eine Gleichbehandlung aller Zulassungsformen sowie eine gleichgeartete Forderungsabsicherung zu erreichen, müssen MVZ, die mindestens einen Gesellschafter in oben genannter Rechtsform aufweisen, zukünftig eine selbstschuldnerische Bankbürgschaft beibringen. Diese beugt zum einen einem potenziellen Forderungsausfallrisiko vor. Zum anderen wird so eine Gleichstellung mit den anderen in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis niedergelassenen Mitgliedern erreicht. Die Bankbürgschaft darf nicht mit der als Zulassungsvoraussetzung geforderten Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung von jedem einzelnen Gesellschafter der MVZ-Trägergesellschaft verwechselt werden. Letztere sind ausschließlich eine Voraussetzung für die Zulassung und betreffen nicht die Abschlagszahlungen.

Was muss von den betroffenen MVZ veranlasst werden?

Der Träger des MVZ muss mit dem Wunsch nach einer Bankbürgschaft auf seine Bank zugehen. In der Wahl des Kreditinstituts sind Sie grundsätzlich frei. Die Bank muss als Eignungskriterium lediglich Ihren Hauptsitz im Gebiet der Europäischen

Union aufweisen. Gemäß den Abrechnungsbestimmungen entspricht die Höhe der beizubringenden selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung dem Betrag von fünf Abschlagszahlungen. Als Berechnungsgrundlage dienen dabei in der Regel die Abschlagszahlungen, die in der Vergangenheit geleistet worden sind. Sollte eine Überprüfung der Höhe der Abschlagszahlungen eine Anpassungsnotwendigkeit ergeben, wird der neu kalkulierte Betrag der Abschlagszahlung als Berechnungsgrundlage herangezogen.

Berechnungsbeispiel

AZ I	AZ II	AZ III	AZ IV	AZ V	Höhe der Bankbürgschaft
€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 250.000,00

Kennzeichnung von DMP-Patienten

Welche Fristen sind einzuhalten?

Das Vorliegen einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft muss bis 30. Juni 2012 nachgewiesen werden. Sollte der Nachweis nicht oder nicht fristgerecht eingehen, müsste die KVB die Abschlagszahlungen bis zum Eingang der Erklärung zurückhalten.

Wie informiert die KVB?

Die KVB schreibt alle MVZ auf dem Postweg an, auf die die aufgeführten Kriterien zutreffen. In diesem Schreiben findet sich auch eine Information über die Höhe des erforderlichen Bankbürgschaftsbetrags.

Weitergehende Informationen

Den genauen Wortlaut der Abrechnungsbestimmungen finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/ Abrechnungsbestimmungen der KVB*. Die rechtliche Formulierung des oben beschriebenen finden Sie unter Paragraph 5 Absatz 1a der Abrechnungsbestimmungen.

Bei einer Überweisung durch den koordinierenden Arzt zur weiteren fachärztlichen Versorgung eines DMP-Patienten ist es wichtig, dass die DMP-Teilnahme auf dem Überweisungsschein – beispielsweise als Freitext unter „Diagnose/Verdachtsdiagnose“ oder „Befund/Medikation“ – vermerkt wird. Denn in den Disease Management Programmen (DMP) ist es für die qualifizierten Fachärzte (zum Beispiel Augenärzte) beziehungsweise für die qualifizierten Einrichtungen sowie für Psychotherapeuten besonders wichtig, über die DMP-Teilnahme eines Patienten informiert zu werden. Nur so ist es innerhalb der Kooperation der Versorgungsebenen möglich, DMP-Patienten umfassend im Rahmen der DMP zu behandeln. Außerdem ist die Abrechnung bestimmter zusätzlich vertraglich vereinbarter Leistungen nur für DMP-Patienten möglich. Die Abklärung der DMP-Teilnahme über die Krankenkasse oder das Einholen gesonderter Bestätigungen ist sehr aufwendig, sodass die Kennzeichnung auf dem Überweisungsschein auch bürokratischen Aufwand vermeidet.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 20
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Seminar: „Verstehen und verstanden werden“

Als Arzt oder Psychotherapeut haben Sie es in Ihrer täglichen Praxis mit unterschiedlichen Patiententypen zu tun. Manche sind eher extrovertiert und berichten ausführlich von ihren Beschwerden. Wieder andere sind Spezialisten ihres eigenen Krankheitsbildes und lassen sich nur schwer beraten. Das kann Ihre Arbeit am und mit dem Patienten unnötig erschweren.

Das KVB-Wochenendseminar „Verstehen und verstanden werden – der Arzt im Gespräch mit Patienten“ möchte Sie bei der täglichen Kommunikation mit Ihren Patienten unterstützen und Ihnen einen Einblick in die Möglichkeiten der empathischen Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg geben.

Sie lernen in diesem Einführungsseminar:

- ein gutes Vertrauensverhältnis, auch zu schwierigen Patienten, aufzubauen und zu erkennen, was Ihre Patienten gerade benötigen,

- Ihre empathischen Fähigkeiten auszubauen und neben Ihrem ärztlichen Sachverstand einzusetzen, sodass Ihre Patienten sich durch Ihre Unterstützung zufrieden fühlen und beruhigt werden.

Themenschwerpunkte:

- Einführung in die Elemente der empathischen Kommunikation
- Kennenlernen der vier Schritte der empathischen Kommunikation anhand konkreter Beispiele aus Ihrem Praxisalltag
- Erkennen von Hindernissen (zum Beispiel beurteilen, angreifen, vergleichen, Verantwortung ablehnen) und Entwicklung von passenden Alternativen

Bei Interesse plant die KVB weitere einführende beziehungsweise vertiefende Kommunikationsseminare speziell für Praxisinhaber und deren Praxismitarbeiter. Bitte nehmen Sie Kontakt zu uns auf, wenn Sie Interesse an weiteren Veranstaltungen dieser Art haben.

„Verstehen und verstanden werden – der Arzt im Gespräch mit Patienten“

Zielgruppe:	Praxisinhaber (Ärzte und Psychotherapeuten)
Termin:	Samstag, 30. Juni 2012 bis Sonntag, 1. Juli 2012 jeweils 10.00 bis 17.30 Uhr
Veranstaltungsort:	München/KVB
Referenten:	Günter Herold und Linda Pfannhauser
Teilnahmegebühr:	220,- Euro pro Person
Fortbildungspunkte:	20 Punkte der PTK-Bayern
Teilnehmerzahl:	maximal 20
Anmeldung:	Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 21

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und praxisbezogen.

Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. (Modul I und Update Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I und Update Modul I)
- erfahrenen notärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO-KVB)
- 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)
- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleinstgruppen, Fallsimulation

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

Termine Modul I:

- Samstag, 7. Juli 2012
München/KVB
- Samstag, 13. Oktober 2012
Fachhochschule Nürnberg
- Samstag, 17. November 2012
Augsburg/KVB

Neu: Update Modul I

Notfälle erfordern Ihr schnelles und effektives Handeln. Wenn Sie eine Reanimation durchführen müssen, erwartet man von Ihnen als Arzt souveränes Vorgehen. Um das gewährleisten zu können, müssen Sie regelmäßig alle Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation trainieren. Das ist der Erfolgsfaktor Nummer eins für ein geordnetes und effektives Vorgehen nach den aktuellen Guidelines.

Am Update Modul I können alle Ärzte teilnehmen, die in den vergangenen fünf Jahren das Modul I in der KVB absolviert haben. Basiskonntnisse (BLS, ALS) werden vorausgesetzt.

- Guidelines: Aktuelle Entwicklungen und Umsetzung
- umfassendes und individuelles Reanimationstraining in Kleinstgruppen

- Airway-Management
- Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 6
Teilnahmegebühr: 45,- Euro
Uhrzeit: 9.30 bis 12.45 Uhr

Termine Update Modul I:

- Samstag, 12. Mai 2012
Augsburg/KVB
- Samstag, 16. Juni 2012
Nürnberg/KVB
- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- pädiatrische Akut- und Notfälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.15 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 26. September 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 7. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City
- Mittwoch, 21. November 2012
Augsburg/KVB

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

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 Modul III:

- Mittwoch, 20. Juni 2012
München/KVB
- Mittwoch, 24. Oktober 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 28. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst*.

In unserem neu konzipierten Seminar werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Guidelines. In einem ausführlichen, individuellen Training an modernen Simulatoren können sie die notfallmedizinisch relevanten Aspekte herausarbeiten und ihr Notfallmanagement praktisch erproben. Gerne berücksichtigen wir dabei individuelle Praxischwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam)

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweise bei kardiovaskulären Notfällen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 95,- Euro

Uhrzeit: 13.30 bis 18.00 Uhr

Termine:

- Samstag, 12. Mai 2012
Augsburg/KVB
- Samstag, 16. Juni 2012
Nürnberg/KVB
- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

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

Online-Anmeldung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Online-Anmeldung*.

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

Alles rund um Präventionsleistungen

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Fortbildung Impfen*

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Fachärzte

Telefonkommunikation in der Praxis - Grundlagen

Abrechnungsworkshop HNO

Prüfungen im Vertragsarztbereich - Hintergründe und Strategien

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Psychotherapeuten

Wiedereinstieg in die Praxis

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

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

Fortbildung Hautkrebsscreening*

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

QM-/QZ-Seminare

Regionale Moderatorentreffen

Fortbildung „MRSA positiv! MRSA-Patienten in der Praxis“

Vorbereitung auf die Zertifizierung/Re-Zertifizierung

Ausbildung zur QMB - QEP

Lokale Moderatorentreffen für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	23. Mai 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		13. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Mai 2012	15.00 bis 17.30 Uhr	München
		20. Juni 2012	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	85,- Euro	23. Mai 2012	15.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg
		20. Juni 2012	15.00 bis 20.00 Uhr	München
		23. Juni 2012	10.00 bis 15.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Mai 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Mai 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. Mai 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		15. Juni 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		19. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		21. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juni 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
		16. Juni 2012	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	20. Juni 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	160,- Euro	20. Juni 2012	13.00 bis 21.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Juni 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Juni 2012	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
QZ-Moderatoren	kostenfrei	23. Mai 2012	16.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg (Süd-/Westpark Hotel)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	13. Juni 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	13. Juni 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	195,- Euro	14. Juni 2012	9.00 bis 17.00 Uhr	München
		15. Juni 2012	9.00 bis 17.00 Uhr	
QZ-Moderatoren	kostenfrei	20. Juni 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	München

KVBBINFOS 06|12

ABRECHNUNG

- 102 Die nächsten Zahlungstermine
- 102 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2012
- 103 Änderungen des EBM zum 1. Juli 2012
- 105 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für das Quartal 3/2012
- 106 Abrechnungsfälle ohne Einlesedatum
- 107 GOP 05341 – keine Abrechnungsfähigkeit bei Gastroskopie
- 107 Augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225
- 108 Humangenetische Untersuchungen nach den GOPen 11320 bis 11322

VERORDNUNGEN

- 108 Patientenausweis für Pradaxa® und Xarelto®
- 109 Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie
- 110 Harn- und Blutzucker-Teststreifen

PRAXISFÜHRUNG

- 110 Dienstaustausch-/Vertretermitteilungen im ÄBD

QUALITÄT

- 111 Sonografie der Säuglingshüfte: Qualitätssicherungsvereinbarung

SEMINARE

- 112 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 113 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 114 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 11. Juni 2012**
Abschlagszahlung Mai 2012
- 10. Juli 2012**
Abschlagszahlung Juni 2012
- 31. Juli 2012**
Restzahlung 1/2012
- 10. August 2012**
Abschlagszahlung Juli 2012
- 10. September 2012**
Abschlagszahlung August 2012
- 10. Oktober 2012**
Abschlagszahlung September 2012
- 31. Oktober 2012**
Restzahlung 2/2012
- 12. November 2012**
Abschlagszahlung Oktober 2012
- 10. Dezember 2012**
Abschlagszahlung November 2012

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2012

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2012 bis spätestens **Dienstag, den 10. Juli 2012**, 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
CoC Abrechnung
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene 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 *Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht über die 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/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 Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB. Bei folgenden Qualitätssicherungs-

und Zusatzvereinbarungen gilt für Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. Juli 2012** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Dialyse, Hautkrebsscreening sowohl für über 35-Jährige als auch für unter 35-Jährige, Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch und Sonografie in der Schwangerschaftsvorsorge.

Sollten Sie ausnahmsweise den Abgabetermin für eine der genannten Dokumentationen nicht einhalten können, wenden Sie sich bitte an die jeweils zuständigen Ansprechpartner der KVB.

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 1 38.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 3 - 4 00 10
Fax 0 89 / 57 09 3 - 4 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/Abgabe/Notarzdienst-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

Änderungen des EBM zum 1. Juli 2012

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 271. und 272. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und in seiner 275. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Änderungen der Vergütungsvereinbarung zu MRSA mit Wirkung zum 1. Juli 2012 beschlossen. Die wichtigsten Änderungen einschließlich der Bewertungen nach der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BÉGO) haben wir für Sie nachfolgend zusammengestellt. Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik *Bewertungsausschuss/Beschlüsse* eingestellt. Sie wurden auch im Deutschen Ärzteblatt, Heft 14 vom 6. April 2012 (271. Sitzung), Heft 15 vom 13. April 2012 (272. Sitzung) und Heft 19 vom 11. Mai 2012 (275. Sitzung) veröffentlicht. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch die Vertragspartner und unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch

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

das Bundesministerium für Gesundheit.

GOP 01758: Fallkonferenz für Frauen- und Hausärzte bei telefonischer Zuschaltung berechnungsfähig

(271. Sitzung – schriftliche Beschlussfassung)

Die Anlage 9.2 zu den Bundesmantelverträgen für die Brustkrebsfrüherkennung durch Mammographie-Screening wurde zum 1. September 2010 geändert. Als Folge wurde nach der GOP 01758 eine zweite Anmerkung aufgenommen. Frauen- und Hausärzte können danach auch die telefonische Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz abrechnen.

Mammographie-Screening und Vakuumbiopsie

(272. Sitzung – schriftliche Beschlussfassung)

Redaktionelle Änderungen

Aufgrund der Einführung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V vom 12. August 2009 wurde der EBM angepasst. Bereits im Jahr 2010 informierten wir die betroffenen Ärzte über den Genehmigungsantrag. Die EBM-Änderungen haben auf die erteilten Genehmigungen keine Auswirkung. Im EBM wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust aufgenommen:

- als neuer Punkt 4 in der Präambel 1.7.3
- in die Leistungslegende der GOP 01759
- in die Präambel 34.1 Punkt 2
- in die Leistungslegende der GOP 34274

In diesem Zusammenhang wurde in der Präambel 1.7.3 der Punkt 1 in die Punkte 1 bis 3 aufgeteilt, um deutlicher darzustellen, welche Genehmigungen für welche Gebührenordnungspositionen erforderlich sind.

NEU – GOP 34275*:

Durchführung einer Mammographie in einer Ebene gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 34274

- je Seite
EBM-Bewertung 560 Punkte
Preis B€GO 19,63 Euro

Vergütungsvereinbarung zu MRSA

(275. Sitzung – schriftliche Beschlussfassung)

Änderung der Präambel 87.8

- In Punkt 3 erfolgt eine Klarstellung des Begriffs Sanierungsbehandlung in Eradikationstherapie.

Punkt 6 NEU

- Nach einem positiven Kontrollabstrich ist eine zweite Eradikationstherapie möglich, auch

wenn der Patient die Voraussetzungen eines Risikopatienten nicht erfüllt.

- Wird eine dritte Eradikationstherapie notwendig, kann diese nur begonnen werden, wenn der Fall in einer Fall-/oder Netzwerkkonferenz vorgestellt wurde.
- Ist dies nicht möglich, muss sich der Arzt beim öffentlichen Gesundheitsdienst informieren.
- Innerhalb der zweijährigen Gültigkeitsdauer dieses Beschlusses können maximal drei Eradikationstherapien abgerechnet werden.

GOP 86770: Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten

- nicht im kurativ stationären Behandlungsfall berechnungsfähig

GOP 86778: Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz

- nur im Behandlungsfällen, in denen die GOP 86772 berechnet wurde
- einmal je Sanierungsbehandlung
- einmal je Behandlungsfall
- Ärzte, die in Behandlungsfällen ausschließlich die GOPen 86782 und 86784 abrechnen, können die GOP 86778 ebenfalls berechnen.
- Höchstwert je Praxis und je Netzwerk- und/oder Fallkonferenz: 2.600 Punkte
4.285 Punkte für den Arzt, der als Gesamtschau die bundeswei-

***Anhang 3 zum EBM: Neuaufnahme der GOP 34275**

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34275	Durchführung der Mammographie in einer Ebene	5	4	Tages- und Quartalsprofil

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für das Quartal 3/2012

ten und regionalen Infektions- beziehungsweise Resistenzentwicklungen präsentiert (siehe Paragraph 3 Nummer 4 des Anhangs zur Vergütungsvereinbarung)

Nach den Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabs der KVB, gültig ab 1. Juli 2012 in Verbindung mit Teil C der Vorgaben der KBV vom 15. Dezember 2011 gemäß Paragraph 87b Absatz 4 SGB V, gelten für die psychotherapeutischen Fachgruppen (weiterhin) die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

Änderung des Anhangs zur Vergütungsvereinbarung

- Aufnahme von Punkt 4 in Paragraph 3 „Anforderung an die Durchführung“
- Dieser Punkt definiert die Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 86778 für Ärzte, die nur die GOPen 86782 und 86784 abrechnen.

Hinweis

Sie finden alle Informationen auch elektronisch im BÉGO-Informationssystem oder fachgruppenbezogen im Fachgruppeninfosystem unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/BÉGO-EBM*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 3 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 57 09 3 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 3/2012 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	31.990
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	30.900
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.640
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	31.880

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 3 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 57 09 3 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Abrechnungsfälle ohne Einlesedatum

Zum Nachweis der Anspruchsbe-
rechtigung ist der Versicherte ver-
pflichtet, eine elektronische Gesund-
heitskarte (beziehungsweise Kran-
kenversichertenkarte) gemäß Para-
graph 291 Absatz 2a SGB V vorzu-
legen. Dem Bundesmantelvertrag
(BMV-Ä) sind der Anlage 4a zur elek-
tronischen Gesundheitskarte die ge-
nauen Vorgaben zu Inhalt und An-
wendung der elektronischen Gesund-
heits- beziehungsweise Versicherten-
karte sowie zu einem Ersatzver-
fahren zu entnehmen. Sie finden den
Bundesmantelvertrag mit allen An-
lagen unter www.kbv.de in der Rub-
rik Rechtsquellen/Bundesmantel-
verträge.

Bitte denken Sie daran, dass ohne
Vorlage der Krankenversicherten-
karte oder der elektronischen Ge-
sundheitskarte der Patient grund-
sätzlich nicht anspruchsberechtigt
ist und gegebenenfalls zu diesem
Fall eine Rückforderung des Hono-
rars vonseiten der Krankenkassen
auf Sie zukommen kann. Die bundes-
mantelvertraglichen Bestimmungen
sehen vor, dass nur wenn eine gül-
tige Gesundheits- oder Krankenver-
sichertenkarte eingelesen wurde,
die Krankenkasse, zu deren Lasten
Leistungen erbracht wurden, haftet.

Kann bei einem Arzt-Patientenkon-
takt im Behandlungsfall die Identität
des Versicherten nicht bestätigt
werden, oder kann bei einem Arzt-
Patientenkontakt keine gültige elek-
tronische Gesundheitskarte beziehungs-
weise Krankenversicherten-
karte vorgelegt werden, kann der
Arzt nach Ablauf von zehn Tagen
eine Privatvergütung für die Behand-
lung verlangen, die jedoch zurückzu-
zahlen ist, wenn eine zum Zeitpunkt
der Behandlung gültige elektronische
Gesundheitskarte beziehungsweise
Krankenversichertenkarte bis zum

Ende des Quartals vorgelegt wird
oder wenn bis zum Ende des Quar-
tals ein zum Zeitpunkt der Behand-
lung bestehender Leistungsanspruch
des Versicherten von der zuständi-
gen Krankenkasse nachgewiesen
wird. Arznei-, Verband-, Heil- und
Hilfsmittel kann der Vertragsarzt in
derartigen Fällen ohne Angabe der
Kassenzugehörigkeit mit dem Ver-
merk „ohne Versicherungsnach-
weis“ privat verordnen.

Kann bei einer Notfallbehandlung,
die mit einem Abrechnungsschein
nach Vordruckmuster 19 abgerech-
net wird, die elektronische Gesund-
heitskarte nicht vorgelegt werden,
oder ist diese ungültig, ist die Ab-
rechnung im Ersatzverfahren auf-
grund der Angaben des Versicherten
oder der Angaben anderer Auskunft-
personen durchzuführen. Es ist die
Bezeichnung der Krankenkasse, der
Name und das Geburtsdatum des
Versicherten, der Versichertenstat-
us, die Postleitzahl des Wohnortes
und nach Möglichkeit auch die Kran-
kenversichertennummer zu erheben
und bei der Abrechnung in der Pa-
tientendatei anzugeben. In diesem
Fall ist die Unterschrift des Patien-
ten auf dem Abrechnungsschein
nicht zwingend erforderlich.

Kann beim ersten Arzt-Patienten-
kontakt im Quartal die elektronische
Gesundheitskarte oder Krankenver-
sichertenkarte nicht verwendet wer-
den, kommt ebenfalls ein Ersatz-
verfahren zur Anwendung.

Die elektronische Gesundheitskarte
kann nicht verwendet werden, wenn:

- der Versicherte darauf hinweist,
dass sich die zuständige Kranken-
kasse oder der Versichertenstat-
us geändert haben, die Karte dies
aber noch nicht berücksichtigt,
- die Karte defekt ist,

- das Kartenterminal oder der
Drucker defekt sind,
- die Karte nicht benutzt werden
kann, weil für Hausbesuche kein
entsprechendes Gerät zur Verfü-
gung steht und keine bereits in
der Arztpraxis mit den Daten der
elektronischen Gesundheitskar-
te vorgefertigten Formulare ver-
wendet werden können.

Der Patient hat in diesen Fällen durch
seine Unterschrift das Bestehen der
Mitgliedschaft auf dem Abrechnungs-
schein zu bestätigen. Demgegen-
über ist die Krankenkasse, die vom
Patienten im Rahmen des Ersatz-
verfahrens gegebenenfalls falsch
angegeben wird, nicht zur Leistung
verpflichtet. Achten Sie daher bitte
immer darauf, eine Gesundheits-
oder Versichertenkarte – gegebe-
nenfalls auch nachträglich im Be-
handlungsquartal – einzulesen.

Bei Ärzten für Laboratoriumsmedi-
zin, Mikrobiologie und Infektions-
epidemiologie, Nuklearmedizin, Pa-
thologie, radiologische Diagnostik
beziehungsweise Radiologie, Strah-
lentherapie und Transfusionsmedi-
zin, die nur auf Überweisung in An-
spruch genommen werden können
und bei denen kein persönlicher
Arzt-Patientenkontakt stattfindet,
ist laut Bundesmantelvertrag kein
Ersatzverfahren notwendig, son-
dern lediglich der Überweisungs-
schein in die Abrechnungsdatei ein-
zugeben. Bitte beachten Sie, dass
nicht vollständig ausgefüllte Über-
weisungsscheine für die ambulante
vertragsärztliche Behandlung von
der Abrechnung ausgeschlossen
werden können.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Lydia Folger unter
Telefon 09 41/ 39 63 – 1 75
E-Mail Lydia.Folger@kbv.de

GOP 05341 – keine Abrechnungsfähigkeit bei Gastroskopie

Im Rahmen anästhesiologischer Leistungen setzt die Abrechnung der GOP 05341 (Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung) einen operativen oder stationersetzenden Eingriff gemäß Paragraph 115b SGB V voraus.

Welche Eingriffe darunter fallen, regelt Paragraph 3 des Vertrags nach Paragraph 115b Absatz 1 SGB V – ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag). Hier findet sich ein Verweis auf eine Liste von Eingriffen in der Anlage zu diesem Vertrag. Abschließend bedeutet dies, dass nur im Rahmen der dort genannten Eingriffe eine Abrechnung der GOP 05341 möglich ist.

Da die Gastroskopie beziehungsweise die GOP 13400 hier nicht aufgeführt ist, ist die GOP 05341 EBM im Zusammenhang mit Gastroskopen nicht abrechnungsfähig.

Sie finden den Vertrag nach Paragraph 115b Absatz 1 SGB V – ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag) – mit allen Anlagen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“/Ambulantes Operieren*.

Leistungslegende EBM (Stand 2/2012)

GOP 05341: Analgesie

Beschreibung: Einleitung und Unterhaltung einer **Analgesie** und/oder Sedierung während eines operativen oder stationersetzenden Eingriffs gemäß Paragraph 115b SGB V

Obligater Leistungsinhalt

- Pulsoxymetrie

- Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa
- Intravenöser Zugang und/oder Infusion

Abrechnungsbestimmung: je vollendete 10 Minuten

GOP 13400: Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie

Beschreibung: Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie

Obligater Leistungsinhalt

- Ösophagoskopie und/oder
- Ösophagogastroskopie und/oder
- Ösophagogastroduodenoskopie
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation
- Nachbeobachtung und -betreuung
- Foto-/Videodokumentation(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- 13C-Harnstoff-Atemtest (Nr. 02400)
- Ureasenachweis, einschließlich Kosten
- Probeexzision
- Probepunktion
- Fremdkörperentfernung(en)
- Blutstillung(en)
- Prämedikation/Sedierung

Anmerkung

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur

Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests nach der Gebührenordnungsposition 02400 verfügt.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Jürgen Hefele unter
Telefon 09 41/ 39 63 – 2 89
E-Mail Juergen.Hefele@kvb.de

Augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225

Von mehreren Augenärzten liegen uns bereits vor dem Erlass des Honorarbescheids für das Quartal 1/2012 vorsorgliche Widersprüche gegen eine erwartete Streichung der augenärztlichen Strukturpauschale nach Gebührenordnungsposition 06225 vor.

Bitte beachten Sie, dass gegen eine erfolgte Streichung der Gebührenordnungsposition 06225 erst dann Widerspruch eingelegt werden kann, wenn Ihnen diese in der mit den Honorarunterlagen übersandten Richtigstellungsmittteilung bekannt gemacht wurde. Ein für das Quartal 1/2012 vor Beginn der Widerspruchsfrist eingelegter „vorsorglicher“ Widerspruch kann von uns im Rahmen der Widerspruchsbearbeitung aus verfahrensrechtlichen Gründen nicht berücksichtigt werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 3 – 4 00 10
Fax 0 89 / 57 09 3 – 4 00 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Humangenetische Untersuchungen nach den GOPen 11320 bis 11322

Seit 1. April 2010 ist bei der Berechnung der GOPen 11320 bis 11322 die Art der Erkrankung und das untersuchte Gen unter Angabe der Gennummer und des Gennamens nach OMIM in folgenden Feldkennungen anzugeben:

- Feldkennung 5002: Gennummer und Gennamen nach OMIM
- Feldkennung 5009: Art der Erkrankung

Genetische Untersuchungen mittels Mikroarray sind nur für definierte Indikationen und nur nach der GOP 11500 berechnungsfähig. Andere Untersuchungen mittels Mikroarray können nicht als vertragsärztliche Leistung nach einer Gebührenordnungsposition des EBM berechnet werden.

Kontaminationsanalysen entsprechen nicht dem Leistungsinhalt der GOPen 11320 bis 11322 und können nicht nach diesen Gebührenordnungspositionen berechnet werden.

Die alleinige Hybridisierung mit markierten Sonden, PCR-Amplifikation oder Einzelstrangsequenzierung ohne weitergehende Analyse erfüllt nicht den Leistungsinhalt der GOPen 11320 bis 11322. Zur Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen ist der Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation erforderlich, da die in der Überschrift zu einer Gebührenordnungsposition aufgeführten Leistungsinhalte immer Bestandteil der obligaten Leistungsinhalte sind. Wird die Hybridisierung mit markierten Sonden, die PCR-Amplifikation oder die Einzelstrangsequenzierung als alleinige Leistung erbracht, ist diese nicht nach einer Gebührenordnungsposition des EBM berechnungsfähig.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 3 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 57 09 3 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Patientenausweis für Pradaxa® und Xarelto®

Die europäische Zulassungsbehörde (EMA) hat zur Sicherstellung einer sicheren und wirksamen Anwendung der Arzneimittel Pradaxa® (Dabigatran) und Xarelto® (Rivaroxaban) den pharmazeutischen Unternehmern Boehringer Ingelheim und Bayer Vital auferlegt, den verordnenden Ärzten Schulungsmaterial beziehungsweise indikationsspezifische Ratgeber sowie einen Patientenausweis, der beim erstmaligen Verordnen jedem Patienten ausgehändigt werden soll, zur Verfügung zu stellen.

Wichtige Informationen und Verlinkungen finden Sie in der Ausgabe von „Verordnung Aktuell“ vom 26. April 2012 unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Wir bitten Sie, diese Vorgaben zu berücksichtigen, das Schulungsmaterial zur Kenntnis zu nehmen und jedem Patienten einen Ausweis mitzugeben.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 3 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 57 09 3 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

Anlage I (OTC-Ausnahmeliste):

Verordnungsfähigkeit nichtverschreibungspflichtiger Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie

In unserer Ausgabe von „Verordnung Aktuell“ vom 20. Juni 2011 „Verordnungsfähigkeit von Mistel-Präparaten“ haben wir Sie über eine Entscheidung des Bundessozialgerichts informiert. Unterschiedliche Auffassungen bestanden zur Auslegung der OTC-Übersicht zu Mistel-Präparaten. Das Bundessozialgericht entschied, dass die Einschränkung auf „in der palliativen Therapie (...) zur Verbesserung der Lebensqualität“ sowohl für phytotherapeutisch als auch anthroposophisch eingesetzte Mistel-Präparate gilt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. April 2012 einen formalen Beschluss getroffen. Dieser wird nunmehr ohne erneutes Stellungsverfahren zeitnah im Bundes-

anzeiger veröffentlicht.

Anlage XII (Frühe Nutzenbewertung nach Paragraph 35a SGB V): Mikrobielle Collagenase aus Clostridium histolyticum (Xiapex®)

Der Beschluss trat am 19. April 2012 in Kraft. Der Wirkstoff „Mikrobielle Collagenase aus Clostridium histolyticum“ (Xiapex®) ist seit dem 1. Mai 2011 im Verkehr. Xiapex® ist das erste Arzneimittel zur Behandlung der bislang nur nicht-medikamentös zu behandelnden Dupuytren'schen Kontraktur bei Patienten mit einem tastbaren Strang.

Aufgrund der vorliegenden Evidenz hat der G-BA das Anwendungsgebiet entsprechend der in Literatur und Praxis gebräuchlichen Tubiana-Skala aufgeteilt und je nach Schweregrad keine Therapie, die perkutane Nadelfasziotomie beziehungs-

weise die partielle Fasziektomie (PF) als zweckmäßige Vergleichstherapie festgelegt.

Trotz einer entsprechenden Beratung ist der Hersteller in seinem Dossier hiervon abgewichen und hat über alle Stadien hinweg die PF als Vergleichstherapie gewählt. Aus Sicht des G-BA ist diese Abweichung jedoch nicht ausreichend begründet. Selbst für die Gruppe der Patienten mit Stadium III und IV, für die die im Dossier gewählte und die vom G-BA festgelegte zweckmäßige Vergleichstherapie übereinstimmen, konnte der Hersteller einen Zusatznutzen nicht nachweisen.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Aufteilung des Anwendungsgebiets, die jeweilige zweckmäßige Vergleichstherapie und das Ergebnis der Nutzenbewertung.

Indikation (Aufteilung nach den Tubiana-Stadien)	Vergleichstherapie	Bewertung
Stadium N (tastbare Knoten oder Stränge, keine Kontraktur)	keine Therapie	Zusatznutzen nicht belegt
Stadien N/I, I und II (Kontraktur ≤ 90°)	perkutane Nadelfasziotomie	Zusatznutzen nicht belegt
Stadien III und IV (Kontraktur ≤ 90°)	partielle Fasziektomie	Zusatznutzen nicht belegt
Stadien III und IV mit Kontraindikation für PF	perkutane Nadelfasziotomie	Zusatznutzen nicht belegt

Anlage XII (Frühe Nutzenbewertung nach Paragraph 35a SGB V): Eribulin (Halaven®)
Der Beschluss trat am 19. April

2012 in Kraft. Der G-BA ist zu dem Ergebnis gekommen, den Zusatznutzen von Eribulin auf der Grundlage des vorgelegten Dossiers so-

wie unter Berücksichtigung der eingegangenen Stellungnahmen und der mündlichen Anhörung wie folgt zu bewerten:

Indikation	Vergleichstherapie	Bewertung
Patientinnen, die nicht mehr mit Taxanen oder Anthrazyklinen behandelt werden können	patientenindividuell bestimmte Chemotherapie unter Verwendung der Wirkstoffe als Monotherapie mit Capecitabin, Vinorelbin	geringer Zusatznutzen
Patientinnen, die für eine erneute Anthrazyklin- oder Taxan-haltige Behandlung infrage kommen	patientenindividuell bestimmte Chemotherapie mit einer erneuten Anthrazyklin- oder Taxan-haltigen Therapie	geringer Zusatznutzen

Die Beschlüsse zur Anlage XII bilden die Grundlage für die Verhandlungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband über einen Erstattungsbetrag.

Anlage IV: Therapiehinweis zu Montelukast

Am 21. Dezember 2011 fand vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg die mündliche Verhandlung in dem Rechtsstreit über die Rechtmäßigkeit des Therapiehinweises zu Montelukast statt. Zur Beendigung des Verfahrens hat der Senat den Abschluss eines Vergleichs vorgeschlagen, dessen Inhalt der Beschlussempfehlung entspricht. Der Beschluss trat am 1. Mai 2012 in Kraft.

Der vorgeschlagene Vergleich bezieht sich auf die „Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise“. Die Änderungen sind hervorgehoben:

„Die Therapie der ersten Wahl des Asthmas ist im Erwachsenenalter die Kombination von inhalativen Kortikosteroiden (ICS) mit langwirksamen Betasymphathomimetika, wenn ICS in niedriger bis mittlerer Dosis bei mittelgradig persistierendem Asthma nicht ausreichend ist. Es stehen neben der Erhöhung der ICS-Dosis weitere Alternativen zur Verfügung. Die Auswahl richtet sich primär nach dem Nebenwirkungsprofil und sekundär nach dem Preis. (Alt: Die Auswahl richtet sich in erster Linie nach dem Nebenwirkungsprofil und dem Preis.)

Montelukast verteuert die Therapie erheblich und ist von daher nur angezeigt, wenn eine Monotherapie mit ICS nicht ausreichend ist oder

eine Kombinationstherapie von ICS mit langwirksamen Betasymphathomimetika nicht in Betracht kommt. (Alt: (...) wenn keine der anderen Behandlungsoptionen in Betracht kommt). Der Einsatz ist nur wirtschaftlich in Kombination mit ICS, wenn eine Monotherapie mit ICS in niedriger bis mittlerer Dosis beim mittelgradig persistierenden Asthma nicht ausreichend ist. Montelukast ist im Erwachsenenalter weder zur Behandlung des Asthmas - auch nicht des Belastungsasthmas - noch der saisonalen allergischen Rhinitis als Komorbidität des Asthmas Therapie der ersten Wahl (Alt: (...) saisonalen allergischen Rhinitis allein Therapie der Wahl.)“

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 3 – 4 00 30
Fax 0 89 / 57 09 3 – 4 00 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Harn- und Blutzucker-Teststreifen

Eine Verordnung von Harn- und Blutzucker-Teststreifen bei nicht insulinpflichtigen Patienten mit Diabetes mellitus Typ II ist nur im Ausnahmefall möglich.

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* finden Sie eine Patienteninformation zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses. In dieser werden Ihre Patienten kurz und verständlich über die Verordnungsmodalitäten informiert.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 3 – 4 00 30
Fax 0 89 / 57 09 3 – 4 00 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Diensttausch-/Vertretermitteilungen im ÄBD

Die Vermittlungs- und Beratungszentralen in München und Bayreuth sind für Diensttausch-/Vertretermitteilungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) für unsere Mitglieder rund um die Uhr erreichbar.

Regierungsbezirke Oberbayern, Niederbayern und Schwaben:

Fax 089 / 57 95 70 – 8 50 11
Telefon 089 / 57 95 70 – 8 50 10
E-Mail dienstaenderung.vbzm@kvb.de

Regierungsbezirke Unter-, Mittel- und Oberfranken sowie Oberpfalz:

Fax 09 21 / 78 51 75 – 6 50 11
Telefon 09 21 / 78 51 75 – 6 50 10
E-Mail dienstaenderung.vbzn@kvb.de

Wir bitten Sie, die Tauschmitteilungen vorrangig per Fax zu senden. Den Faxvordruck finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Bereitschaftsdienst*. Sie erhalten eine Bestätigung per Fax, sobald die Änderung ins System eingetragen wurde. Die Faxvordrucke sind auch elektronisch befüllbar.

Sonografie der Säuglingshüfte: Qualitätssicherungsvereinbarung

Die Partner der Bundesmantelverträge haben sich auf eine grundlegende Überarbeitung der Qualitätssicherungsvereinbarung Sonografie der Säuglingshüfte (Anlage V der Ultraschallvereinbarung gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V (kurz: USV)) geeinigt.

Die überarbeitete Fassung ist zum **1. April 2012** in Kraft getreten.

Allgemeine Anpassungen

Die Anforderungen an die Bild- und Schriftdokumentation wurden überarbeitet und aktualisiert (Paragraphen 4 und 5 der Anlage V der USV). Zusätzlich wurden Änderungen in der Zuordnung zu den Beurteilungsstufen (Paragraph 8 Absatz 2) und bei den Anforderungskriterien an eine sachgerechte Dokumentation vorgenommen (Paragraph 9 Absatz 2).

Initialprüfung für Neuantragsteller

Eine wesentliche Änderung gegenüber der bislang gültigen Vereinbarung ist die Einführung einer Initialprüfung. Das bedeutet, dass bei **allen Neuantragstellern künftig jeweils die ersten zwölf Hüftsonografien geprüft** werden, die nach Genehmigungserteilung durchgeführt und abgerechnet werden (Paragraph 2 und 11 Absatz 1). Diese Initialprüfung soll sicherstellen, dass mögliche Defizite frühzeitig erkannt und durch Einleitung von Qualitätsförderungsmaßnahmen behoben werden können.

Änderungen bei der Überprüfung von Schrift- und Bilddokumentation

Das Schema zur Überprüfung der schriftlichen und bildlichen Dokumentation wurde deutlich verein-

facht (Paragraph 11). Die Gesamtbewertung der Initial- beziehungsweise Stichprobenprüfung erfolgt nun nach denselben Kriterien. Ferner wurden die Prüfintervalle der regelmäßigen Dokumentationsprüfungen von zwei auf fünf Jahre verlängert. Ärzte, die erfolgreich an der Initialprüfung teilgenommen haben, müssen sich in einem Zeitraum von zwei Jahren einer Stichprobenprüfung unterziehen. Werden die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation erfüllt, wird daran anschließend nur noch alle fünf Jahre eine Stichprobenprüfung stattfinden. Die Stichprobenziehung erfolgt aus den Fällen des gesamten Zeitraums seit der letzten Prüfung.

Weisen die Dokumentationen jedoch insgesamt **mittelgradige Mängel** auf, werden diese künftig einheitlich innerhalb **von zwölf Monaten erneut überprüft**, statt wie bisher innerhalb von drei beziehungsweise sechs Monaten.

Bei insgesamt **schwereren Mängeln** wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Hüftsonografien künftig **für ein Jahr ausgesetzt**. Wird innerhalb eines Jahres die erfolgreiche Teilnahme an einem **Fortbildungskurs** zur Sonografie der Säuglingshüfte nachgewiesen, dürfen die Leistungen unmittelbar nach diesem Nachweis bei der KVB wieder abgerechnet werden. Hierfür ist ein neues Antragsverfahren nicht mehr erforderlich.

Regelungen zu Fortbildungskursen

Im Anhang der USV sind Anforderungen an die Inhalte eines Fortbildungskurses aufgeführt, an dem der Arzt erfolgreich teilnehmen muss, wenn in seiner Dokumentation ins-

gesamt schwere Mängel festgestellt wurden. Die Kursinhalte orientieren sich eng an den bereits angebotenen und durchgeführten Fortbildungskursen („Refresherkurse“). Durch diese spezielle inhaltliche Ausrichtung der Kurse kann der zeitliche Fortbildungsaufwand reduziert werden. Bis zu einer flächendeckenden Etablierung dieser Kurse ist alternativ auch die Teilnahme an einem Abschlusskurs nach den Vorgaben der Ultraschallvereinbarung möglich.

Ärzte, die nach der bis zum 31. März 2012 gültigen Fassung für eine Wiederholungsprüfung vorgesehen waren, werden innerhalb eines Jahres nach der letzten Stichprobenprüfung nach den Kriterien der seit 1. April 2012 gültigen Fassung geprüft. Außerdem werden Ärzte, die nach der bis zum 31. März 2012 gültigen Fassung im Rahmen einer Stichprobenprüfung die Anforderungen erfüllt haben, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung entsprechend geprüft.

Die aktuelle Version der Ultraschallvereinbarung finden sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Ultraschallvereinbarung/Unterlagen*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Patricia Böck unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 74
E-Mail Patricia.Boeck@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und praxisbezogen.

Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. (Modul I und Update Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I und Update Modul I)
- erfahrenen notärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO-KVB)
- 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)
- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleinstgruppen, Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- Samstag, 7. Juli 2012
München/KVB
- Samstag, 13. Oktober 2012
Fachhochschule Nürnberg
- Samstag, 17. November 2012
Augsburg/KVB

Neu: Update Modul I

Notfälle erfordern Ihr schnelles und effektives Handeln. Wenn Sie eine Reanimation durchführen müssen, erwartet man von Ihnen als Arzt souveränes Vorgehen. Um das gewährleisten zu können, müssen Sie regelmäßig alle Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation trainieren. Das ist der Erfolgsfaktor Nummer eins für ein geordnetes und effektives Vorgehen nach den aktuellen Guidelines.

Am Update Modul I können alle Ärzte teilnehmen, die in den vergangenen fünf Jahren das Modul I in der KVB absolviert haben. Basiskenntnisse (BLS, ALS) werden vorausgesetzt.

- Guidelines: Aktuelle Entwicklungen und Umsetzung
- umfassendes und individuelles Reanimationstraining in Kleinstgruppen
- Airway-Management
- Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 45,- Euro

Uhrzeit: 9.30 bis 12.45 Uhr

Termine Update Modul I:

- Samstag, 16. Juni 2012
Nürnberg/KVB
- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- pädiatrische Akut- und Notfälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.15 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 26. September 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 7. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City
- Mittwoch, 21. November 2012
Augsburg/KVB

Modul III

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

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine Modul III:

- Mittwoch, 20. Juni 2012
München/KVB
- Mittwoch, 24. Oktober 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 28. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter Fax 0 89 / 57 09 3 – 4 00 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst.*

In unserem neu konzipierten Seminar werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Guidelines. In einem ausführlichen, individuellen Training an modernen Simulatoren können sie die notfallmedizinisch relevanten Aspekte herausarbeiten und ihr Notfallmanagement praktisch erproben. Gerne berücksichtigen wir dabei individuelle Praxischwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam)

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweise bei kardiovaskulären Notfällen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 6
Teilnahmegebühr: 95,- Euro
Uhrzeit: 13.30 bis 18.00 Uhr

Termine:

- Samstag, 16. Juni 2012
Nürnberg/KVB
- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

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 3 – 4 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

Online-Anmeldung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Online-Anmeldung*.

Anmeldeformulare und weitere Seminare

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

Fax: 0 89 / 57 09 3 – 4 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

Fortbildung Impfen*

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

EBM-Grundlagenworkshop konservativ tätige Fachärzte

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

Erstkraft in der Praxis – was nun? Modul II
Mit Mitarbeitern/Kolleginnen kommunizieren

Refresherkurs rund um die Verordnung

EBM-Grundlagenworkshop Hausärzte

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

Verstehen und verstanden werden – der Arzt im Gespräch mit Patienten

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Fortbildung Hautkrebsscreening*

Patientenorientiertes Marketing

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Prüfungen im Vertragsarztbereich – Hintergründe und Strategien

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Fachärzte

Fit im Kopf – Denken macht Spaß

Gründer-/Abgeberforum

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Fortbildung Gendermedizin*

QM-/QZ-Seminare

Fortbildung „MRSA positiv! MRSA-Patienten in der Praxis“

Vorbereitung auf die Zertifizierung/Re-Zertifizierung

Ausbildung zur QMB – QEP

Lokale Moderatorentreffen für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

QM-Dokumente – digital erstellen, pflegen und archivieren

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	85,- Euro	23. Juni 2012 4. Juli 2012	10.00 bis 15.00 Uhr 15.00 bis 20.00 Uhr	Straubing Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Juni 2012	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Juni 2012 27. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	27. Juni 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. Juni 2012 11. Juli 2012	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	27. Juni 2012 4. Juli 2012	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. Juni 2012	14.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	120,- Euro	30. Juni 2012	9.00 bis 16.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	220,- Euro	30. Juni 2012 - 1. Juli 2012	10.00 bis 17.30 Uhr 10.00 bis 17.30 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	4. Juli 2012	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	160,- Euro	4. Juli 2012	13.00 bis 21.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	6. Juli 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Juli 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Juli 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Juli 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. Juli 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. Juli 2012 14. Juli 2012	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	München Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. Juli 2012	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	80,- Euro	17. Juli 2012	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	13. Juni 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	13. Juni 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	195,- Euro	14. Juni 2012 - 15. Juni 2012	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	20. Juni 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	6. Juli 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	München

KVBIINFOS

07 | 12
08

ABRECHNUNG

- 118 Die nächsten Zahlungstermine
- 118 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2012
- 120 Änderungen des EBM und Kapitel 32 (Labor)
- 121 Labor
- 122 Laborbestimmungen von Schilddrüsenhormonen
- 122 Neuerungen in SmarAkt
- 123 Vorsicht vor vermeintlich vorteilhaften Vereinbarungen
- 124 Verwendung von „Kombi-scheinen“ bei Speziallabor-überweisungen
- 124 GOPen 09364, 09365, 20364, 20365
- 125 GOP 01850: Beratung bei Sterilisation
- 126 Elektroepilation ist eine vertragsärztliche Leistung
- 126 Beratung zur Früherkennung – Merkblatt

VERORDNUNGEN

- 127 Konkretisierung: Impfung gegen Pneumokokken
- 127 Vorsicht bei Betäubungsmittelverordnungen
- 128 Vordruckvereinbarung – Blankoformularbedruckung
- 128 Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie
- 129 Heilmittelverordnungen – langfristige Behandlungen
- 129 Abrechnung des Sprechstundenbedarfs

QUALITÄT

- 130 Abrechnungsgrundlagen bei Durchführung einer MR-Angiographie

SEMINARE

- 132 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 133 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 134 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Juli 2012

Abschlagszahlung Juni 2012

31. Juli 2012

Restzahlung 1/2012

10. August 2012

Abschlagszahlung Juli 2012

10. September 2012

Abschlagszahlung August 2012

10. Oktober 2012

Abschlagszahlung September 2012

31. Oktober 2012

Restzahlung 2/2012

12. November 2012

Abschlagszahlung Oktober 2012

10. Dezember 2012

Abschlagszahlung November 2012

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2012

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2012 bis spätestens **Dienstag, den 10. Juli 2012**, 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
CoC Abrechnung
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene 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 *Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht über die 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/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 Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB. Bei folgenden Qualitätssicherungs-

und Zusatzvereinbarungen gilt für Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. Juli 2012** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Dialyse, Hautkrebsscreening sowohl für über 35-Jährige als auch für unter 35-Jährige, Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch und Sonografie in der Schwangerschaftsvorsorge.

Sollten Sie ausnahmsweise den Abgabetermin für eine der genannten Dokumentationen nicht einhalten können, wenden Sie sich bitte an die jeweils zuständigen Ansprechpartner der KVB.

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 1 38.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 - 4 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/Abgabe/Notarzdienst-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

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

Änderungen des EBM und Kapitel 32 (Labor) zum 1. Juli 2012

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 278. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli 2012 Änderungen im Bereich der Mutterschaftsvorsorge in Abschnitt 1.7.4 und der Empfängnisregelung in Abschnitt 1.7.5 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschlossen. Der EBM wird damit an die zum 19. August 2011 geänderten Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sowie die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch angepasst. Ebenfalls mit Wirkung zum 1. Juli 2012 wurden von den Partnern der Bundesmantelverträge Änderungen im Bereich Labor (Kapitel 32) beschlossen.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik „Bewertungsausschuss/Beschlüsse“ veröffentlicht. Alle Beschlüsse wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 24 vom 15. Juni 2012, veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Mutterschaftsvorsorge

GOP 01801 – gestrichen

Der Röteln-HAH-Test nach der Gebührenordnungsposition 01801 wird aus dem EBM gestrichen und kann ab dem 1. Juli 2012 nicht mehr erbracht und abgerechnet werden.

GOP 01802 – Leistungslegende geändert

Der Nachweis von Rötelnantikörpern mittels Immunoassay kann ab dem 1. Juli 2012 auch ohne die Voraussetzung des Vorliegens des HAH-Titers ($1:<32$) erbracht und abgerechnet werden.

Empfängnisregelung

GOP 01828 – Leistungslegende geändert: „Entnahme von Venenblut für den Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis im Rahmen der Empfängnisregelung“

- neu für Blutentnahme für Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis abrechenbar – keine Berechnungsfähigkeit mehr für Blutentnahme für Röteln-HAH-Test
- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- am gleichen Behandlungstag nicht neben den gynäkologischen Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212 berechnungsfähig
- weiterhin für Hausärzte berechnungsfähig, die diese Leistung vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen

GOP 01829 – gestrichen

Der Röteln-HAH-Test nach der Gebührenordnungsposition 01829 wird aus dem EBM gestrichen und kann ab dem 1. Juli 2012 nicht mehr berechnet werden.

Nach den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch sowie nach der Schutzimpfungs-Richtlinie ist bei Frauen mit dokumentierter zweima-

liger Rötelnimpfung von Immunität auszugehen und eine Antikörperbestimmung in diesen Fällen nicht erforderlich. Frauen mit fehlender oder nur einmaliger Impfung soll die Rötelnimpfung beziehungsweise deren Komplettierung empfohlen werden. Die serologische Überprüfung der Immunitätslage ist daher nicht mehr vorgesehen.

Labor – Kapitel 32

GOPen 32572 und 32573 – gestrichen

Der Rötelnantikörper-Nachweis im Hämagglutinationshemmungstest (HAH) nach der Gebührenordnungsposition 32572 sowie der Rötelnantikörper-Nachweis im HIG nach der Gebührenordnungsposition 32573 werden aus dem Kapitel 32 (Abschnitt 32.3.7) gestrichen und können ab dem 1. Juli 2012 nicht mehr berechnet werden.

GOP 32574 – Leistungsinhalt und Bewertung geändert

Der Rötelnantikörper-Nachweis mittels Immunoassay nach der Gebührenordnungsposition 32574 kann bei der Untersuchung auf Antikörper der Klasse IgG und auf Antikörper der Klasse IgM neu je untersuchter Klasse und damit bis zu zweimal berechnet werden. Die Bewertung der Gebührenordnungsposition wurde auf 9,60 Euro abgesenkt.

NEU (in Abschnitt 32.3.3): GOP 32229 Untersuchung der von-Willebrand-Faktor-Multimere

Obligate Leistungsinhalte

- Darstellung der nieder-, mittel- und hochmolekularen Formen des von-Willebrand-Faktors einschließlich der Tripletstrukturen,

Labor

- Dokumentation (fotografisch und/oder densitometrisch),
 - Klassifikation pathologischer Befunde gemäß VWD-Klassifikation
- Preis B€GO 75,00 Euro
- Nur bei Patienten mit bekanntem oder mit Verdacht auf ein familiäres von-Willebrand-Syndrom sowie bei unklarer angeborener oder erworbener (zum Beispiel lymphoproliferative, myeloproliferative Erkrankungen, Herzfehler, Herzleitungssysteme) Blutungsneigung berechnungsfähig.
 - Die Abrechnung der GOP 32229 setzt den vorherigen Ausschluss eines Faktorenmangels, einer Thrombopenie oder einer Thrombozytenfunktionsstörung durch Aggregationshemmer als Ursache der Blutungsneigung voraus.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

In der Mai-Ausgabe der KVB INFOS hatten wir Ihnen die Mitteilung der bundeseinheitlichen Quote für die Vergütung der Laborpauschalen des Speziallabors (Kapitel 32.3) im 3. Quartal 2012 angekündigt. Diese wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zwischenzeitlich ermittelt. Sie beträgt 95,3 Prozent und gilt für alle Ärzte, die Laborpauschalen des Speziallabors abrechnen dürfen.

Änderungen zum Quartal 4/2012

Die KBV hat ihre Vorgaben zur Vergütung labormedizinischer Leistungen vom 10. Januar 2012 am 27. April 2012 geändert und durch eine Neufassung ersetzt. Diese neuen Vorgaben sind von den KVen verbindlich zum 1. Juli 2012 umzusetzen, ausnahmsweise spätestens zum 1. Oktober 2012, wenn die Vorgaben für das 3. Quartal bei der Honorarverteilung nicht mehr rechtzeitig berücksichtigt werden können. Dies ist in Bayern der Fall. Eine entsprechende Umsetzung der neuen Laborvorgaben wird daher mit Wirkung zum 4. Quartal 2012 erfolgen. Nach Anlage 5 zu unserem Honorarverteilungsmaßstab HVM (Teil E) sind die Vorgaben der KBV Bestandteil des HVM und Änderungen darin gelten unmittelbar.

Kerninhalt der neuen Vorgaben ist die Aufhebung der unterschiedlichen Vergütung von Allgemein- und Speziallabor sowie die Einführung einer fallwertbezogenen Budgetierung des Speziallabors für „Nicht-Laborärzte“.

Wie sieht die Regelung konkret aus?

- Es bleibt bei einem festen versorgungsbereichsübergreifenden Topf für Laborleistungen. Die

Höhe des Topfes entspricht dabei genau der tatsächlich von den Krankenkassen gezahlten Vergütung. Eine mögliche Mengendynamik geht zu Lasten des Labortopfes.

- Die Konsiliar- und Grundpauschalen für „Labormediziner“ (GOP 12210 und 12220) werden weiterhin zu einer festen Quote von 146 Prozent vergütet. Dies entspricht einer Vergütung zu einem Punktwert von 5,11 Cent.
- Der Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) wird unverändert ohne Quotierung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.
- Die Laborpauschalen des Akutlabors gemäß GOP 32025, 32026, 32027, 32035 – 32039, 32097 und 32150 werden unverändert ohne Quotierung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.
- Die sonstigen Laborpauschalen des Allgemeinlabors (Kapitel 32.2) werden nunmehr mit einer bundeseinheitlichen Quote „Q“ vergütet. Sie wird von der KBV auf Grundlage des im Vorjahr sowie im Jahr 2008 abgerechneten Leistungsbedarfs unter Berücksichtigung der für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) relevanten Größen ermittelt. Sobald diese Quote von der KBV mitgeteilt wird, werden wir Sie entsprechend informieren.
- Die gleiche Quote „Q“ gilt auch für die Vergütung der Laborpauschalen des Speziallabors (Kapitel 32.3).
- Zusätzlich zu der Quotierung der Vergütung für Kapitel 32.3 mit „Q“ ist für Fachärzte, die nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissen-

Laborbestimmungen von Schilddrüsenhormonen

schaffter der Medizin sind, eine Begrenzung des Honorarvolumens für das Speziallabor auf ein fallwertbezogenes Budget vorgesehen. Einzelheiten hierzu werden noch geklärt. Wir werden Sie rechtzeitig vor Quartalsbeginn über die konkreten Änderungen informieren.

Informationen zum HVM finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar* und die neuen KBV-Vorgaben im Wortlaut unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/HVM*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Die laboratoriumsmedizinischen Bestimmungen von Schilddrüsenhormonen nach den Gebührenordnungspositionen 32101 (TSH), 32320 (fT4), 32321 (fT3), 32420 (Thyreoglobulin), 32502 (Thyreoglobulin-Antikörper) und 32508 (TSH-Rezeptor-Antikörper) sind für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe fachfremd und können daher von diesen nicht abgerechnet werden.

Ab dem Quartal 3/2012 wird der Ansatz der Laborleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32101, 32320, 32321, 32420, 32502 und/oder 32508 durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe von uns automatisiert geprüft und gestrichen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Neuerungen in SmarAkt

In der elektronischen Abrechnungsakte SmarAkt wurde der neue Aktentyp „NV-Akte“ geschaffen. Unter diesem Aktentyp können wir Ihnen künftig zur Information Nachweise über Nachberechnungen einstellen. Als erste Dokumente stehen dort die aktuellen Versionen der Nachweise über die „Job-Sharing Leistungsbegrenzung“ bereit, die im Rahmen von Nachberechnungen korrigiert wurden.

Weitere Informationen über den neuen Aktentyp „NV-Akte“ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt* sowie im SmarAkt-Anwendungshandbuch.

Zu SmarAkt beziehungsweise zur elektronischen Abrechnungsakte selbst anbei noch der Hinweis, dass dort der Honorarbescheid und alle übrigen Abrechnungsunterlagen bereits unmittelbar nach der Restzahlung (immer am letzten Kalendertag des Monats nach Quartalsende), das heißt zirka zwei Wochen vor dem Papierversand, einsehbar sind.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Vorsicht vor vermeintlich vorteilhaften Vereinbarungen

Bei Kooperationsvereinbarungen zwischen niedergelassenen Ärzten oder mit anderen Gesundheitsdienstleistern sollte zur Vermeidung von strafrechtlichen Konsequenzen und Honorarrückforderungen geprüft werden, ob sie in Einklang mit den berufsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Grundregeln stehen. Dies gilt vor allem, wenn geldwerte Vorteile entstehen oder Fremdleistungen abgerechnet werden.

Der erste Strafsenat des Bundesgerichtshofes (BGH, Beschluss vom 25. Januar 2012 – 1 StR 45/11) bestätigte eine Freiheitsstrafe mit eingeschränktem Berufsverbot über drei Jahre für ärztlichen Abrechnungsbetrug durch Verletzung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung.

Ein privatliquidierender Arzt hatte mit verschiedenen Speziallaboren umsatzabhängige Rahmenvereinbarungen getroffen, wonach die Laborärzte die durchgeführten Speziallaboruntersuchungen zu günstigen Konditionen nur ihm gegenüber in Rechnung stellten. Seinen Privatpatienten gegenüber rechnete er die Untersuchungen als eigene Untersuchungen zu höheren Sätzen ab. Ebenso stellte er osteopathische Leistungen und Akupunkturleistungen als eigene Behandlungen in Rechnung, obwohl diese von Therapeuten ohne Approbation oder Heilkunderlaubnis in seinen Praxisräumen erbracht wurden und er weder die zur Delegation nötige eigene Qualifikation besaß, noch Aufsicht und Kontrolle ausübte. Schließlich stellte er Speziallaboruntersuchungen, die er in einer Laborgemeinschaft durchführen ließ, als eigen-erbrachte Basislaborleistungen, und – teilweise in Absprache mit Patienten zur „Ersparung“ eines

Selbstbehalts – fingierte Behandlungsleistungen in Rechnung.

Zwar betrifft diese aktuelle BGH-Entscheidung Privatabrechnungen nach GOÄ, jedoch stützt sie sich auf den auch im Vertragsarztrecht geltenden Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung (Paragraph 15 Bundesmantelvertrag/Ärzte – BMV-Ä, beziehungsweise Paragraph 14 Ersatzkassenvertrag – EKV), das berufsrechtlich geltende Verbot der Zuweisung von Patienten gegen Entgelt (Paragraph 31 Berufsordnung für die Ärzte Bayerns – BayBOÄ) und den formalen Schadensbegriff. So sind vergleichbare Falschabrechnungen auch im Vertragsarztrecht denkbar, welche die Kassenärztliche Vereinigung bei entsprechenden Anhaltspunkten (neben der Prüfung von Honorarrückforderungen, disziplinarischer oder zulassungsrechtlicher Maßnahmen) zur Mitteilung an die zuständige Staatsanwaltschaft nach Paragraph 81a SGB V verpflichten:

- Speziallaboruntersuchungen sind trotz eigener Laborgenehmigung nicht abrechenbar, wenn sie nicht in zugelassener Betriebsstätte selbst erbracht, sondern anderweitig „eingekauft“ werden.
- Basislaboruntersuchungen, die in einer Laborgemeinschaft erbracht werden, dürfen nur mit deren Direktabrechnung, nicht mit der eigenen Quartalsabrechnung geltend gemacht werden, siehe Paragraph 25 Absatz 3 BMV-Ä.
- Ausgeschlossen ist die Abrechnung von sogenannten „Luftleistungen“, von nicht vollständig erbrachten, von diagnostisch oder therapeutisch nicht indizierten oder fachfremden Leistungen sowie eine Abrechnung auf fremde Versichertenkarten.

- Achten Sie auf das im Vertragsarztrecht geltende Verbot der Analog-Abrechnung. Es sind nur solche Leistungen abrechenbar, die im EBM oder in Zusatzvereinbarungen abgebildet sind (Paragraph 4 des Gesamtvertrags/Regionalkassen – GV-RK). Wo Ärzte versucht sind, eine unpassende Ziffer für anderweitig nicht abrechenbare Leistungen anzusetzen, dürfte sich bei genauerer Prüfung ergeben, dass diese entweder vom Leistungsumfang der GKV nicht erfasst sind oder als Bestandteil einer anderweitigen Ziffer – etwa der Versichertenpauschale – mitenthalten sind.
- Beachten Sie bei (nichtüberweisender) Mitarbeit Dritter die engen Grenzen der persönlichen Leistungserbringung: Eine Aufgabenübertragung ist nur zulässig bei Delegation an qualifizierte Mitarbeiter, sofern diese fachlich angewiesen und persönlich überwacht werden, oder an Assistenten und angestellte Ärzte, sofern die Genehmigung der KVB beziehungsweise des Zulassungsausschusses vorliegt, oder an einen qualifizierten Vertreter, sofern echte Vertretungsgründe vorliegen. Nähere Informationen hierzu finden Sie in den Paragraphen 32 ff. der Ärzte-Zulassungsverordnung und in der Gemeinsamen Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den „Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“ vom 29. August 2008, zu finden unter www.kbv.de/gesundheitspolitik/13196.html.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Claus-Micha Löblein unter
 Telefon 09 11/ 9 46 67 – 2 36
 E-Mail Claus-Micha.Löblein@kvb.de

Verwendung von „Kombischeiden“ bei Speziallabor- überweisungen

Aufgrund aktueller Anfragen zur Verwendung sogenannter „Kombischeine“ (Laborüberweisungsschein nach Muster 10 mit anhängenden Markierungsfeldern) weisen wir auf Folgendes hin: Verwenden Sie bei der Überweisung von Speziallaboruntersuchungen das verbindlich vorgegebene Muster 10 und füllen Sie dieses vollständig aus. Dabei sind nach Nennung der (Verdachts-) Diagnose, des Befundes beziehungsweise der Medikation die Auftragsleistungen im Auftragsfeld nach Art und Umfang konkret zu bezeichnen (Angabe der Gebührenordnungsposition oder der präzisen Leistungsbezeichnung).

Als Überweisungsempfänger dürfen Sie nur die im Auftragsfeld des autorisierten Vordrucks konkret bezeichneten Untersuchungen durchführen und abrechnen.

Dies ergibt sich aus den Bundesmantelverträgen und der Vordruckvereinbarung mit ihren Erläuterungen nach Paragraph 24 Absatz 1, Absatz 2 Satz 2 und 3, Absatz 8, Paragraph 34 Absatz 1, Paragraph 35 Absatz 2, Paragraph 44 BMV-Ä beziehungsweise entsprechende Normen des Ersatzkassenvertrags (EKV) sowie Nummer 13 zu Muster 10 der „Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, zu finden unter www.kbv.de/rechtsquellen/2306.html.

Allerdings wird es für zulässig angesehen, wenn zusätzlich (nicht anstelle) zu den vereinbarten Vordrucken für die interne Kommunikation eigene Kommunikationswege oder -mittel (wie auch die Markierungsfelder eines Kombischeines) genutzt werden.

Entscheidend ist, dass der Laborarzt nur die vom Einsender im offiziellen Muster 10 eingetragenen Untersuchungen durchführt und abrechnet. Soweit Sie die angeforderten Laborparameter lediglich in Markierungsfeldern eines Kombischeines gekennzeichnet haben, darf der Überweisungsempfänger (der Laborarzt beziehungsweise dessen Angestellter) das offizielle Muster nicht vervollständigen und die entsprechenden Untersuchungen nicht abrechnen.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Claus-Micha Löblein unter
Telefon 09 11/ 9 46 67 – 2 36
E-Mail Claus-Micha.Löblein@kvb.de

GOPen 09364, 09365, 20364, 20365

Die Zusatzpauschalen für die postoperative Nachsorge von Patienten mit chronischer Sinusitis oder nach Tympanoplastik Typ II bis V nach den Gebührenordnungspositionen 09364, 09365, 20364 und/oder 20365 können nur in einem Zeitraum von 28 Tagen nach stationärer operativer Behandlung abgerechnet werden. Das Datum der Entlassung ist auf dem Behandlungsschein (Feldkennung 5026) anzugeben.

Bitte denken Sie daran, dass in diesen Fällen das Entlassungsdatum zwingend anzugeben ist. Beachten Sie bitte auch den Zeitraum für die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen (Datum der Entlassung plus 28 Tage). Dadurch vermeiden Sie diesbezügliche Streichungen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

GOP 01850: Beratung bei Sterilisation

Mit der Leistung nach GOP 01850 EBM wird die Beratung über Methoden, Risiken und Folgen einer Sterilisation **sowie** über alternative Maßnahmen zur Empfängnisverhütung vergütet. Der obligate Leistungsinhalt verweist auf die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sie finden die Richtlinie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bund/Richtlinien-des-G-BA/Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch*.

Voraussetzung für die Berechnung der GOP 01850 EBM ist, dass sich die/der Versicherte **primär** über die Sterilisation beraten lassen möchte. Im Beratungsgespräch entsprechend der GOP 01850 EBM müssen zwingend die Methoden, die Risiken **und** die Folgen einer Sterilisation **sowie** alternative Maßnahmen zur Empfängnisverhütung besprochen und dokumentiert werden. Sollte keine solche umfangreiche Beratung erfolgt sein, gilt der Leistungsinhalt als nicht erbracht. Folglich muss ein ausführliches Beratungsgespräch zwischen Arzt und Patient stattfinden. Die beiläufige Sterilisationsberatung oder alleinige Beratung über alternative Maßnahmen zur Empfängnisverhütung wie zum Beispiel bei Pillenunverträglichkeit erfüllen nicht den Leistungsinhalt der GOP 01850 EBM. Hierfür wäre beispielsweise die GOP 01821 EBM anzusetzen.

Die Beratung entsprechend der GOP 01850 EBM ist – im Gegensatz zur Sterilisation selbst – immer eine GKV-Leistung. Die Leistung ist lediglich nur einmal im Behandlungsfall berechenbar, auch wenn die Leistung der GOP 01850 EBM gebe-

nenfalls in mehreren Sitzungen erbracht wird. Der Ansatz der GOP 01850 EBM setzt außerdem einen persönlichen Arzt-Patientenkontakt voraus. Die Beratung wegen Sterilisation kann somit nicht telefonisch erfolgen.

Die Beratung soll grundsätzlich zuerst einmal ergebnisoffen durchgeführt werden. Die Durchführung einer Sterilisation, nach erfolgter Beratung, ist deshalb keine Leistungsvoraussetzung der GOP 01850 EBM.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes ist die ärztliche Beratung über Methoden, Risiken und Folgen einer Sterilisation unbedingt erforderlich. Denn bei Eintritt einer Schwangerschaft – trotz durchgeführter Sterilisation – haftet der Arzt auch, wenn er die Lebenspartner nicht über die unterschiedlichen Risiken des Eintritts einer erneuten Schwangerschaft aufgeklärt hat. Deshalb empfehlen wir Ihnen, eine ordnungsgemäße schriftliche Dokumentation des Gesprächs vorzunehmen.

Wir bitten Sie zudem, die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch, sowie die oben dargelegten Anmerkungen im Rahmen der Leistung nach GOP 01850 EBM zu beachten.

Leistungslegende EBM (Stand 2/2012)

GOP 01850: Beratung wegen Sterilisation

Beschreibung

Beratung über Methoden, Risiken und Folgen einer Sterilisation sowie über alternative Maßnahmen zur Empfängnisverhütung

Obligater Leistungsinhalt

Leistungen gemäß der „Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

Fakultativer Leistungsinhalt

Untersuchung zur Empfehlung einer geeigneten Operationsmethode

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Ramona Müller unter
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 91
E-Mail Ramona.Mueller@kvb.de

Elektroepilation ist eine vertragsärztliche Leistung

Eine Krankenkasse hat uns darüber informiert, dass Vertragsärzte Elektroepilationen bei krankhaftem Haarwuchs im Gesicht beziehungsweise an den Händen grundsätzlich nicht über die Krankenversichertenkarte durchführen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs **eine vertragsärztliche Leistung ist**. Sie ist Inhalt des Leistungskomplexes „kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation“ und kann mit der Gebührenordnungsposition 02300 EBM beziehungsweise von Dermatologen mit der Gebührenordnungsposition 10340 EBM abgerechnet werden.

Die elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren ist nach Anhang 1 des EBM in der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Beratung zur Früherkennung – Merkblatt

Bei Neuaufnahme der Beratung zu Früherkennungsuntersuchungen nach der Gebührenordnungsposition 01735 rückwirkend zum 1. Januar 2008 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) lag das obligat auszuhändigende Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) noch nicht vor. Wir hatten Sie daher darüber informiert, dass die Beratung bis zu dessen Vorliegen auch ohne Merkblatt durchgeführt und abgerechnet werden kann.

Das Merkblatt zur „Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs“ wird seit Ende 2008 vom G-BA auf seiner Internetseite unter www.g-ba.de in der Rubrik „Service/ Publikationen Merkblätter“ zum Download bereitgestellt.

Bitte beachten Sie, dass die GOP 01735 EBM nur abgerechnet werden kann, wenn der Patientin das Merkblatt ausgegeben wurde.

Zusätzlich ist der Patientin eine Bescheinigung über die erfolgte Beratung auszustellen. Das Beratungsgespräch wird in einem Präventionspass von der Krankenkasse nachgewiesen oder formlos auf einem Rezeptausdruck – Muster 16 – mit folgendem Text dokumentiert:

„Die oben genannte Versicherte hat an der Beratung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender Erkrankungen im Sinne des Paragraphen 62 SGB V über die Chancen und Risiken der Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses teilgenommen.“

Bitte versehen Sie die Bescheinigung zusätzlich mit Ihrem Vertragsarztstempel und Ihrer Unterschrift sowie dem Datum der Beratung,

bevor Sie diese Ihrer Patientin übergeben.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Konkretisierung: Impfung gegen Pneumokokken

Gefährdete Kinder im Alter von zwei bis fünf Jahren profitieren von einer Gabe des 13-valenten Impfstoffes (zum Beispiel Prevenar®), wenn sie ungeimpft sind oder in den ersten beiden Lebensjahren ausschließlich mit dem 7-valenten Impfstoff geimpft wurden. Für Kinder, die mit dem 10-valenten Impfstoff in den ersten beiden Lebensjahren geimpft wurden, ist der Nutzen einer zusätzlichen Impfung mit dem 13-valenten Impfstoff geringer zu bewerten. Die alternative oder zusätzliche Gabe des 23-valenten Polysaccharid-Impfstoffs (zum Beispiel Pneumovax 23®) bei Kindern, die bereits mit dem 13-valenten Konjugat-Impfstoff gegen Pneumokokken geimpft wurden, lässt keinen höheren Effekt erwarten. Die hierin enthaltenen zusätzlichen Antigene sind nur für eine geringe Zahl der Infektionen in dieser Altersgruppe verantwortlich und die Wirksamkeit des Polysaccharid-Impfstoffs bei Kindern mit Risikofaktoren ist in dieser Altersgruppe kaum belegt. Deshalb kann für die Risikokinder im Alter von zwei bis fünf Jahren eine Impfung mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff nicht ange raten werden. Der Pneumokokken-Impfstoff ist über Sprechstundenbedarf zu beziehen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Vorsicht bei Betäubungsmittelverordnungen

Das Institut für Rechtsmedizin an der Universität Erlangen hat bei Untersuchungen von Drogentoten aktuell festgestellt, dass bei mehr als einem Drittel der mittelfränkischen Fälle ein Zusammenhang mit der Einnahme von Fentanyl gegeben war. Einzelne polizeiliche Ermittlungsverfahren belegen, dass es einzelnen Abhängigen gelang, sich in einem Zeitraum von fünf bis sechs Monaten beispielsweise 460 Fentanylpflaster und über 5.000 Lyrica-Pillen, aber auch Subutex, Oxycodon, Tilidin und verschiedene Benzodiazepine verordnen zu lassen, obwohl ein Teil der Patienten niemals einen Arzt persönlich konsultiert hatte.

Im Rahmen zweier interdisziplinärer Treffen zum Thema „Medikamentenmissbrauch im Zuständigkeitsbereich des Polizeipräsidiums Mittelfranken“ stellten Vertreter verschiedener Organisationen im Gesundheitswesen übereinstimmend fest, dass bei der Verordnung von Fentanyl und anderer betäubungsmittelhaltiger Medikamente, die als Drogensatzstoffe Verwendung finden, dringender Aufklärungs- und Handlungsbedarf besteht. Polizei und Staatsanwaltschaft weisen in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hin, dass die Strafverfolgungsbehörden bei Kenntnis derartigen Medikamentenmissbrauchs **grundsätzlich** Ermittlungen einleiten und dabei auch Krankenkassen und Gesundheitsämter einbinden. Bereits bei Vorliegen eines Anfangsverdachts auf strafrechtlich relevante Unregelmäßigkeiten bei der Verordnung betäubungsmittelrechtlich relevanter Substanzen wird die Staatsanwaltschaft aktiv. Die Ahndung von Ordnungswidrigkeiten obliegt den Verwaltungsbehörden.

Wir bitten Sie deshalb sehr, bei der Behandlung von Patienten, bei denen eine Abhängigkeitsproblematik besteht oder ein entsprechender Verdacht vorliegt, eine gründliche Anamnese durchzuführen und erforderlichenfalls auch mit anderen behandelnden Ärzten – soweit die ärztliche Schweigepflicht dem nicht entgegensteht – Rücksprache zu halten. Nur so kann einem Missbrauch Ihrer Verordnungen vorgebeugt werden.

Diese Sorgfaltspflicht ist auch im Rahmen der Behandlung von Schmerzpatienten angezeigt. Denn aufgrund polizeilicher Erkenntnisse steht fest, dass gebrauchte oder bereits entsorgte Fentanylpflaster bei Abhängigen Verwendung finden. Achten Sie deshalb bitte auch auf eine sorgfältige Entsorgung dieser Pflaster.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Vordruckvereinbarung – Blankoformularbedruckung

Täglich füllen Sie in Ihrer Praxis Vordrucke wie Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen, Überweisungsscheine oder Arzneiverordnungsblätter aus. In der Vordruckvereinbarung werden Abrechnungs- und Verordnungsvordrucke sowie Vordrucke für schriftliche Informationen als verbindliche Muster (Inhalt und Erscheinungsbild) festgelegt, sowie Erläuterungen zum Ausstellen der Vordrucke gegeben. In den Erläuterungen finden Sie neben allgemeinen Hinweisen zum Ausfüllen von Vordrucken Ausführungen zu allen Vordrucken.

Die Vordrucke können gemäß der Vordruckvereinbarung **Blankoformularbedruckung** mittels zertifizierter Software und eines Laserdruckers in der Praxis selbst gedruckt werden. Es ist Ihnen freigestellt, ob Formulare mit einem geeigneten Laserdrucker auf Blankoformularpapier oder konventionelle Formulare direkt bedruckt werden. Mit Ausnahme des Arzneiverordnungsblattes (Muster 16) und des BtM-Rezeptes sind alle vertragsärztlichen Formulare, die in der Anlage 2a zum BMV-Ä/EKV (Vordruckvereinbarung **Blankoformularbedruckung**) aufgeführt werden, zum Blankoformularbedruckungsverfahren zugelassen. Die Kosten für die Vordrucke ebenso wie für das Sicherheitspapier werden von den Krankenkassen getragen. Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bund*.

Fragen zu Vordrucken allgemein:

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Fragen zu Verordnungsvordrucken:

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Fragen zu Blankoformularbedruckung:

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 41
 E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

Anlage VI (Off-Label-Use)

- Doxorubicin bei Gliomrezidiv: Teil B (Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – nicht verordnungsfähig sind) wird um „XI. Doxorubicin bei Gliomrezidiv“ ergänzt.
- Etoposid bei (Weichteil-)Sarkomen des Erwachsenen in Kombination mit Carboplatin: Teil B (Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – nicht verordnungsfähig sind) wird um „XII. Etoposid bei (Weichteil-)Sarkomen des Erwachsenen in Kombination mit Carboplatin“ ergänzt.

Anlage XII (Frühe Nutzenbewertung nach Paragraph 35a SGB V)

- Retigabin (Trobalt®): Da die erforderlichen Nachweise nicht vollständig vorgelegt worden sind, gilt der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie als nicht belegt.
- Aliskiren/Amlodipin (Rasilamlo®): Da die erforderlichen Nachweise nicht vollständig vorgelegt worden sind, gilt der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie als nicht belegt. Rasilamlo® ist bereits seit 1. September 2011 wieder vom Markt genommen.
- Antrag auf Freistellung von der Nutzenbewertung wegen Geringfügigkeit „Andere Beta-Lactam-Antibiotika“: Dem Antrag auf Freistellung des Wirkstoffs Ceftarolininfosamil von der Nutzenbewertung wegen Geringfügigkeit wurde vom G-BA stattgegeben, da die vom pharmazeutischen Unternehmen zur Verfügung gestellten Informationen

Heilmittelverordnungen – langfristige Behandlungen

ausreichen, um die Geringfügigkeit des zu erwartenden Umsatzes (innerhalb von zwölf Monaten weniger als eine Million Euro) zu begründen. Solche Anträge sind vom pharmazeutischen Unternehmer vor der Markteinführung zu stellen.

Ausführliche Informationen hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

In der Mai-Ausgabe der KVB INFOS haben wir Sie darüber informiert, dass die AOK Bayern, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) in Bayern und die Knappschaft vorläufig für bestimmte Krankheitsbilder innerhalb der entsprechenden Indikationsschlüssel eine Pauschalgenehmigung erteilen und sicherstellen, dass die Heilmittelverordnungen in diesen Fällen rückwirkend ab 1. Januar 2012 in den arztindividuellen Prüfstatistiken zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht enthalten sind. Insofern entfällt die Notwendigkeit von Einzelfallgenehmigungen für einzelne Versicherte.

Nun teilte uns der Landesverband der Betriebskrankenkassen mit, dass verschiedene BKKen sich diesem Verfahren angeschlossen haben. Sie finden eine Aufstellung der BKKen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Heilmittel*.

Ärztliche Bestätigung

Für Ihre Patienten, die nicht bei der AOK Bayern, der Knappschaft, den LKKen oder den gelisteten BKKen versichert sind, stellen wir Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Heilmittel* ein Muster zur Verfügung, das Ihnen und Ihren Patienten das Genehmigungsverfahren erleichtern soll. In jedem Fall sollten Ihre Patienten für die Antragsstellung bei der Krankenkasse eine aktuelle Heilmittelverordnung (gegebenenfalls in Kopie) vorlegen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Abrechnung des Sprechstundenbedarfs

Vielleicht wurden Sie von Ihrem Softwareanbieter darüber informiert, dass die Rezeptprüfstelle Duderstadt künftig die Abwicklung des Sprechstundenbedarfs übernimmt. Dies gilt nicht für Bayern! Die Rezeptprüfstelle Duderstadt übernimmt die Abrechnung des Sprechstundenbedarfs für KV-Bereiche außerhalb Bayerns.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Abrechnungsgrundlagen bei Durchführung einer MR-Angiographie

Die Abrechnung zweier Gebührenordnungspositionen bei der Durchführung einer MR-Angiographie (MRA) erfordert entsprechend dem EBM eine Begründung: „Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehreren Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.“ Die Leistungen der MRA können nur von Radiologen mit der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung dieser Leistungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie abgerechnet werden.

Die Vorstandskommission Kernspintomographie der KVB weist jedoch aus aktuellem Anlass auf die zwei darüber hinaus geltenden Regelungen hin. Die Kommission führt eine Stichprobenprüfung auf der Grundlage der „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“, „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für die Kernspintomographie“ und der „Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie“ durch. Ärzte mit der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von MRA unterliegen diesen Vereinbarungen, die zwei wesentliche Vorgaben beinhalten:

1. Die Indikationsstellungen zur MR-Angiographie sind in der Vereinbarung zur MRA geregelt und dort in der Anlage 2 den jeweiligen Untersuchungsregionen und den damit verknüpften EBM-Ziffern zugeordnet. Werden nun zum Beispiel zwei Regionen wie die Aorta abdominalis (Ziffer 34485) plus die Becken- und Beinarterien (Ziffer 34489) untersucht und abgerechnet, müssen die hierfür jeweils geltenden Indikationen beide im Befund

erkenntlich sein. Die Überprüfung dieser Dokumentation erfolgt nach der „Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie“, Abschnitt C.

2. Die Durchführung der MRA muss den geltenden Richt- und Leitlinien für kernspintomographische Untersuchungen entsprechen. Dies gilt im obigen Beispiel für beide Positionen, das heißt, neben den Becken- und Beinarterien muss auch die Aorta mit ihren Gefäßabgängen erster Ordnung komplett dargestellt sein. Die Überprüfung erfolgt entsprechend den „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für die Kernspintomographie“.

Die zugrunde liegenden Rechtsquellen sind auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KVB abrufbar. Hierbei handelt es sich um die „Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung der Magnet-Resonanztomographie“ und um die „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie“. Bei weiteren Detailfragen stehen Ihnen die Experten der KVB und die Mitglieder der Vorstandskommission Kernspintomographie gerne für Beratungsgespräche zur Verfügung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Isabelle Bernhart unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 47
E-Mail Isabelle.Bernhart@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und praxisbezogen.

Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. (Modul I und Update Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I und Update Modul I)
- erfahrenen notärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO-KVB)
- 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)
- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleinstgruppen, Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- Samstag, 7. Juli 2012
München/KVB
- Samstag, 13. Oktober 2012
Fachhochschule Nürnberg
- Samstag, 17. November 2012
Augsburg/KVB

Neu: Update Modul I

Notfälle erfordern Ihr schnelles und effektives Handeln. Wenn Sie eine Reanimation durchführen müssen, erwartet man von Ihnen als Arzt souveränes Vorgehen. Um das gewährleisten zu können, müssen Sie regelmäßig alle Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation trainieren. Das ist der Erfolgsfaktor Nummer eins für ein geordnetes und effektives Vorgehen nach den aktuellen Guidelines.

Am Update Modul I können alle Ärzte teilnehmen, die in den vergangenen fünf Jahren das Modul I in der KVB absolviert haben. Basiskenntnisse (BLS, ALS) werden vorausgesetzt.

- Guidelines: Aktuelle Entwicklungen und Umsetzung
- umfassendes und individuelles Reanimationstraining in Kleinstgruppen
- Airway-Management
- Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 45,- Euro

Uhrzeit: 9.30 bis 12.45 Uhr

Termine Update Modul I:

- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- pädiatrische Akut- und Notfälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.15 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 26. September 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 7. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City
- Mittwoch, 21. November 2012
Augsburg/KVB

Modul III

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

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine Modul III:

- Mittwoch, 24. Oktober 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 28. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst*.

In unserem neu konzipierten Seminar werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Guidelines. In einem ausführlichen, individuellen Training an modernen Simulatoren können sie die notfallmedizinisch relevanten Aspekte herausarbeiten und ihr Notfallmanagement praktisch erproben. Gerne berücksichtigen wir dabei individuelle Praxischwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam)

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweise bei kardiovaskulären Notfällen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 6
Teilnahmegebühr: 95,- Euro
Uhrzeit: 13.30 bis 18.00 Uhr

Termine:

- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

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 / 5 70 93 – 4 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

Online-Anmeldung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Online-Anmeldung*.

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 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

Fortbildung Gendermedizin*

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Fachärzte

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Hausärzte

Datenschutz in der Praxis

Abrechnungsworkshop HNO

Fortbildung Impfen für Praxismitarbeiter

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Hautkrebsscreening

EBM-Grundlagenworkshop operative tätige Fachärzte

Erstkraft und Führungskräfte in der Praxis – Führungsgrundlagen

Telefonkommunikation: Auffrischung und Vertiefung

Wiedereinstieg in die Praxis

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

QM-/QZ-Seminare

Fortbildung „MRSA positiv! MRSA-Patienten in der Praxis“

Vorbereitung auf die Zertifizierung/Re-Zertifizierung

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

QEP®-Update, Umstieg von QEP® 2005 auf QEP® 2010

QEP®-Kompakt für Psychotherapeuten

Lokales Moderatorentreffen

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	80,- Euro	17. Juli 2012	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Juli 2012	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Juli 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
		18. Juli 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Juli 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Juli 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juli 2012	18.00 bis 21.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Juli 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
		26. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Juli 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	12. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. September 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	14. September 2012	15.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		26. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	160,- Euro	19. September 2012	13.00 bis 21.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	20. September 2012	14.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. September 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. September 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
	kostenfrei	22. September 2012	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
	kostenfrei	22. September 2012	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. September 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	13. Juli 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	18. Juli 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	20. Juli 2012 bis 21. Juli 2012	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	25. Juli 2012	9.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	290,- Euro	22. September 2012 und 13. Oktober 2012	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
ärztliche QZ-Moderatoren	kostenfrei	26. September 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
QZ-interessierte Ärzte	110,- Euro	29. September 2012	9.00 bis 18.00 Uhr	München

KVBIINFOS 09|12

ABRECHNUNG

- 138 Die nächsten Zahlungstermine
- 138 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2012
- 139 Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2012
- 141 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für das Quartal 4/2012
- 142 Vergütung labormedizinischer Leistungen
- 142 Augenärztliche Strukturpauschale
- 143 Zahlungsaufforderungen der Krankenkassen

VERORDNUNGEN

- 143 G-BA-Nutzenbewertungen
- 144 Verordnung geteilter Tabletten
- 145 Arzneimittelsicherheit

QUALITÄT

- 146 MRSA-Informationsbroschüre
- 147 MRSA-Fallkonferenzen und Netzwerkkonferenzen
- 148 Änderung der Ultraschall-Vereinbarung
- 148 Sonographie: Korrekturbedarf bei Genehmigungen
- 149 Hörgeräteversorgung Kinder
- 152 Änderung der QSV zur Koloskopie
- 152 Aus- und Fortbildung von QZ-Moderatoren

PRAXISFÜHRUNG

- 153 Quartalsübergreifende Überweisungen

ALLGEMEINES

- 154 Urteil rituelle Zirkumzision
- 155 Neues zu DMP-Feedbackberichten
- 155 DMP-Datenstelle Bayern: Neue Servicenummer
- 155 JVA Stadelheim sucht Unterstützung
- 155 Datenschutz überprüft Arztpraxen

SEMINARE

- 156 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 157 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 158 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. September 2012
Abschlagszahlung August 2012

10. Oktober 2012
Abschlagszahlung September 2012

31. Oktober 2012
Restzahlung 2/2012

12. November 2012
Abschlagszahlung Oktober 2012

10. Dezember 2012
Abschlagszahlung November 2012

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2012

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2012 bis spätestens **Mittwoch, den 10. Oktober 2012**, 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
CoC Abrechnung
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2012

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene 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 *Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht über die 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/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 Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB. Bei folgenden Qualitätssicherungs-

und Zusatzvereinbarungen gilt für Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. Oktober 2012** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Dialyse, Hautkrebscreening sowohl für über 35-Jährige als auch für unter 35-Jährige, Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch und Sonografie in der Schwangerschaftsvorsorge.

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 1 38.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 - 4 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/Abgabe/Notarzdienst-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

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 280. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 beschlossen.

Die Änderungen haben wir für Sie nachfolgend dargestellt. Der Beschluss mit den Änderungen im Detail ist auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik *Bewertungsausschuss/Beschlüsse*) eingestellt. Der Beschluss wurde im Deutschen Ärzteblatt, Heft 29 - 30 vom 23. Juli 2012 veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch die Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

GOPen 04560 und 04561: Betreuung niereninsuffiziente Patienten/ Behandlung Nierentransplantat-träger – auch ohne Genehmigung zur Dialyse berechnungsfähig

Die Zusatzpauschale für die kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten nach GOP 04560 und die Zusatzpauschale für die kindernephrologische Behandlung eines Nierentransplantat-trägers nach GOP 04561 können jetzt auch

- von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Nephrologie beziehungsweise der Zusatzweiterbildung Kinderneurologie abgerechnet werden, die keine Genehmigung zur Dialyse haben
- von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin ohne Schwerpunkt Nephrologie beziehungsweise Zusatzweiterbildung Kinderneurologie abgerechnet werden, wenn sie die Genehmigung zur

Dialyse haben.
 → Änderung der Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 4.5.4

GOPen 10345, 15345: Zusatzpauschalen Onkologie – neue ICD aufgenommen

- **GOP 10345:** Jetzt auch bei Vorliegen von Mycosis fungoides nach dem Diagnoseschlüssel C84.0 berechnungsfähig
 → Aufnahme des ICD-10-Code C84.0 in die Anmerkung zur GOP 10345
- **GOP 15345:** Auch bei bösartigen Neubildungen der peripheren Nerven des Kopfes, des Gesichts und des Halses nach dem Diagnoseschlüssel C47.0 berechnungsfähig
 → Aufnahme des ICD-10-Code C47.0 in die Anmerkung zur GOP 15345

GOP 12210 für Transfusionsmediziner – auch bei Überweisung zur Mit-/Weiterbehandlung beziehungsweise bei Transfusionsleistungen berechnungsfähig

Fachärzte für Transfusionsmedizin können ab dem 1. Oktober 2012 die Konsiliarpauschale nach GOP 12210 auch dann berechnen, wenn sie Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung oder Überweisungen zu Transfusionsleistungen erhalten.
 → Aufnahme einer zweiten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 12210

GOP 13439: Zusatzpauschale Transplantatträger – Abrechnungsausschluss zur GOP 13622

Die Zusatzpauschale für die Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers nach GOP 13439 ist im Behandlungsfall nicht neben der Zusatzpauschale für die ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese nach GOP 13622 berechnungsfähig.
 → Ergänzung der zweiten Anmerkung nach der GOP 13439

GOP 16220: Neurologisches Gespräch – Arzt-Patienten-Kontaktzeit bei Berechnung neben den Grundpauschalen 21213 bis 21215

Wird das neurologische Gespräch in der gleichen Sitzung neben der Grundpauschale nach den GOPen 21213 bis 21215 berechnet, ist für die Berechnung der GOP 16220 Voraussetzung, dass ein Arzt-Patienten-Kontakt von mindestens 20 Minuten stattgefunden hat. Gleichzeitig wird die Prüfzeit der GOP 16220 von acht auf zehn Minuten erhöht.
 → Änderung der ersten Anmerkung nach der GOP 16220 und Änderung der Prüfzeit zur GOP 16220 in Anhang 3 EBM

Belegärztliche Facettendenervation – Voraussetzung für Berechnung der GOP 36131

Wie bereits im ambulanten Bereich wird für die belegärztlich durchgeführte Facettendenervation nach

OPS-Code 5-830.2 klargestellt, dass die Berechnung der GOP 36131 (Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1) die offene chirurgische Durchführung des Eingriffs voraussetzt. Minimalinvasive Verfahren, zum Beispiel zur Schmerztherapie, sind mit den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.5 berechnungsfähig.
 → Aufnahme einer Bestimmung Nr. 2 in die Präambel des Abschnitts 36.2.4

Redaktionell: GOP 02501 Einzelinhalationstherapie mit speziellem Vernebler – Aufnahme einer Abrechnungsbestimmung

Die Einzelinhalationstherapie mit speziellem Vernebler ist nur einmal je Sitzung abrechnungsfähig. Zur Klarstellung wurde die Abrechnungsbestimmung „einmal je Sitzung“ aufgenommen.
 → Aufnahme einer Abrechnungsbestimmung nach der GOP 02501

Redaktionell: GOP 30201 Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule – Neuaufnahme einer Anmerkung

Die Ausnahmeregelung zur mehr als zweimaligen Berechnungsfähigkeit der GOP 30201 war bisher in der Präambel zum Abschnitt 30.2 unter Punkt 2 zu finden. Zur Klarstellung wird diese Regelung direkt als Anmerkung zur GOP 30201 aufgenommen und aus der Präambel zur Chirotherapie gestrichen.

Anhang 2 - Aufnahme des OPS-Codes 5-549.2 für Implantation Katheterverweilsystem im Bauchraum

OPS 2012	Seite	Bezeichnung 2012	Kategorie	OP-Leistungen	Überwachung	Nachbehandlung Überw.	Nachbehandlung Operat.	Narkose
5-549.2	N	Andere Bauchoperationen: Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum	F2	31/36152	31/36503	31608	31609	31/36822

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für das Quartal 4/2012

→ Streichung der Bestimmung 30.2 Nr. 2 und Änderung der ersten Anmerkung nach der GOP 30201

Redaktionell: 3-Tage-Regelung bei belegärztlichen Operationen – Aufnahme von Versichertenpauschalen

Operativ tätige Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin können im Zeitraum von drei Tagen neben belegärztlichen Operationen ihre pädiatrische Versichertenpauschale berechnen. Dies wurde durch die Aufnahme der Versichertenpauschalen in die Präambel 36.2.1 Nr. 4 jetzt klargestellt.

→ Ergänzung der Nr. 4 der Präambel 36.2.1

Redaktionell: Abschlagsregelung 10 % bei schwerpunktübergreifender pädiatrischer oder internistischer Versorgung – Änderung von „Behandlungsfall“ auf „Arztfall“

Die Regelung, dass bei schwerpunktübergreifender Behandlung eines Patienten die Leistungen aus verschiedenen Abschnitten aus 4.4 und/oder 4.5 von einem Kinder- und Jugendarzt mit mehreren Schwerpunkten beziehungsweise von Leistungen aus Abschnitt 13.3 von einem Internisten mit mehreren Schwerpunkten unter Vornahme eines Abschlags von zehn Prozent abgerechnet werden können, bezog sich bisher auf den „Behandlungsfall“ statt richtigerweise auf den „Arztfall“. Dies wurde nun korrigiert.
→ Änderung der Allgemeinen Bestimmungen 6.2.1

Nach den Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabs der KVB, gültig ab 1. Juli 2012 in Verbindung mit Teil C der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 15. Dezember 2011 gemäß Paragraph 87b Absatz 4 SGB V, gelten für die psychotherapeutischen Fachgruppen auch für das Quartal 4/2012 zeitbezogene Kapazitätsgrenzen.

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 4/2012 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	32.170
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	31.440
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.970
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	32.120

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 3 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 57 09 3 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Vergütung labormedizinischer Leistungen

In der Ausgabe 7-8/2012 der KVB INFOS hatten wir Sie über die Neuerungen bei der Vergütung der labormedizinischen Leistungen zum Quartal 4/2012 informiert. Auslöser war eine entsprechende Änderung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Mitteilung der bundeseinheitlichen Quote für das Quartal 4/2012

Die sonstigen Laborpauschalen des Allgemeinlabors (Kapitel 32.2) werden mit einer bundeseinheitlichen Quote „Q“ vergütet. Sie wird von der KBV auf Grundlage des im Vorjahr sowie im Jahr 2008 abgerechneten Leistungsbedarfs unter Berücksichtigung der für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) relevanten Größen ermittelt. Die gleiche Quote „Q“ gilt auch für die Vergütung der Laborpauschalen des Speziallabors (Kapitel 32.3). Zwischenzeitlich hat die KBV die Quote „Q“ für das Quartal 4/2012 mitgeteilt. Sie beträgt **95,36 Prozent** und gilt für alle Ärzte, die Laborpauschalen des Speziallabors abrechnen dürfen.

Vergütung für „Nicht-Laborärzte“

Offen war bisher noch die nähere Ausgestaltung zur Vergütung der Leistungen im Speziallabor für „Nicht-Laborärzte“. Nach den Vorgaben der KBV ist zusätzlich zur Quotierung der Vergütung für Kapitel 32.3 mit „Q“ für Fachärzte, die nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin oder ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind, eine Begrenzung des Honorarvolumens für das Speziallabor auf ein fallwertbezogenes Budget vorgesehen.

Zwischenzeitlich hat die KBV ihre Vorgaben vom 27. April 2012 am 11. Juni 2012 erneut geändert und das ursprünglich vorgesehene Antragsverfahren, das zur Erweiterung oder Aussetzung der Fallzahlbudgets für das Speziallabor vorgesehen war, aus den Vorgaben gestrichen und den KVen diesbezüglich wieder regionale Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt.

Die Vertreterversammlung der KVB hat aus diesem Grund am 25. Juli 2012 über die Anpassung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) zum 4. Quartal 2012 zum Thema Labor beraten und sich dafür entschieden, die fallzahlabhängige Laborbudgetierung für „Nicht-Laborärzte“ auszusetzen.

Damit werden die Leistungen des Speziallabors nach Kapitel 32.3 EBM weiterhin unabhängig vom Fachgebiet des Erbringers mit einer bundeseinheitlichen, quartalsabhängigen Quote „Q“ vergütet. (Quartal 4/2012: 95,36 Prozent, siehe oben). Eine individuelle Antragstellung zur Aussetzung des Budgets ist nicht erforderlich.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Augenärztliche Strukturpauschale

Auch mit der Abrechnung für das Quartal 2/2012 haben uns wieder vorsorgliche Widersprüche von Augenärzten gegen eine erwartete Streichung der augenärztlichen Strukturpauschale nach Gebührenordnungsposition (GOP) 06225 erreicht.

Wir möchten Sie deshalb nochmals darauf hinweisen, dass gegen eine erfolgte Streichung der GOP 06225 erst dann Widerspruch eingelegt werden kann, wenn Ihnen diese in der mit den Honorarunterlagen übersandten Richtigstellungsmitteilung bekannt gemacht wurde. Ein für das jeweilige Abrechnungsquartal vor Beginn der Widerspruchsfrist eingelegter „vorsorglicher“ Widerspruch kann von uns im Rahmen der Widerspruchsbearbeitung nicht berücksichtigt werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Zahlungsaufforderungen der Krankenkassen

Von direkten Zahlungsaufforderungen der Krankenkassen sollten sich die Mitglieder der KVB nicht irritieren lassen. Diese Aufforderungen, Honorare für nicht korrekt abgerechnete Leistungen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen nach den GOPen 01730, 01731, 01732 EBM) oftmals auch noch zusätzlich einer Bearbeitungsgebühr direkt an die Krankenkasse zurückzubezahlen, sind gegenstandslos.

Aufgrund der im Vertragsarztrecht eindeutig definierten Rechtsbeziehungen erfolgen diese Zahlungsaufforderungen ohne Anspruchsgrundlage. Ausnahmen bestehen nur dann, wenn es sich um Ansprüche der Krankenkasse aus direkt mit den Ärzten geschlossenen Verträgen handelt, deren Leistungen auch nicht über die KVB abgerechnet werden. Ebenso verhält es sich, wenn ein Arzt bereits aus dem Kollektivvertragssystem aufgrund der Rückgabe der Kassenzulassung ausgeschieden ist und Forderungen aus seiner Zeit als Vertragsarzt von der KVB nicht mehr vollzogen werden können. Diese noch offenen Forderungen müssen seitens der KVB an die betroffenen Krankenkassen weitergegeben werden. Die Krankenkassen können diese Forderungen dann im Eigeninteresse betreiben.

Sollten Sie unsicher sein, ob in Ihrem Fall ein Schreiben der Krankenkasse mit einer direkten Zahlungsaufforderung berechtigt ist, beraten wir Sie gerne.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Ingrid Huber unter
Telefon 09 41 / 39 63 – 3 50
E-Mail Ingrid.Huber@kvb.de

G-BA-Nutzenbewertungen

Neue Wirkstoffe müssen sich seit Januar 2011 nach den Vorgaben des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) einer frühen Nutzenbewertung unterziehen. Pharmazeutische Unternehmen müssen bei der Markteinführung eines Arzneimittels mit neuem Wirkstoff oder bei einer Indikationserweiterung in einem Dossier unter anderem den medizinischen Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie belegen. Auf Grundlage des Dossiers veranlasst der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach Paragraph 35a SGB V eine Nutzenbewertung.

Übersicht der Nutzenbewertungen des G-BA mit Status „Verfahren abgeschlossen“, Stand 31. Juli 2012.

Wirkstoff/Handelsname®:

- Abirateronacetat/Zytiga®
- Aliskiren/Amlodipin/Rasilamlo® (Seit 1. September 2011 nicht mehr auf dem Markt.)
- Apixaban/Eliquis®
- Azilsartan Medoxomil (als Kaliumsalz)/Edarbi®
- Belatacept/Nulojix®
- Boceprevir/Victrelis®
- Bromfenac/Yellox®
- Cabazitaxel/Jevtana®
- Cannabis-sativa-Extrakt/Sativex®
(Der Beschluss ist bis zum 21. Juni 2015 befristet.)
- Emtricitabin, Rilpivirin, Tenofoviridisoproxil/Eviplera®
- Eribulin/Halaven®
(Der Beschluss ist bis zum 19. April 2014 befristet.)
- Fingolimod/Gilenya®
- Linagliptin/Trajenta®
- mikrobieller Collagenase aus Clostridium histolyticum/Xiapex®
- Pirfenidon/Esbriet®
- Pitavastatin/Livazo®

- Regadenoson/Rapiscan®
- Retigabin/Trobalt®
- Rilpivirin/Edurant®
- Tafamidis Meglumine/Vyndaqel®
- Telaprevir/Incivo®
- Ticagrelor/Brilique®

Eine quartalsweise Übersicht der G-BA-Beschlüsse stellen wir zudem als „Verordnung Aktuell“ unter „Neu im Netz“ ein. Informationen zu den einzelnen G-BA-Beschlüssen finden Sie zudem jeweils in einem separaten „Verordnung Aktuell“ mit der jeweiligen Wirkstoffbezeichnung unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittel A – Z*.

Eine Übersicht der Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, für die der G-BA eine frühe Nutzenbewertung nach Paragraph 35a SGB V durchführt oder bereits abgeschlossen hat, finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittelsicherheit* sowie unter www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Verordnung geteilter

Tabletten

Das „Teilen von Tabletten“ spielt in der Praxis derzeit noch eine große Rolle. Neben gesundheitlichen Risiken für die Patienten durch unsachgemäßes Teilen sind nun auch die neuen rechtlichen Vorgaben zu beachten, was die Anzahl der geteilt verabreichten Medikamente zukünftig eher einschränken wird.

Das Teilen von Tabletten ist aktuell gängige Praxis in Deutschland. Obwohl die Vielfalt an im Handel befindlichen Wirkstärken von Arzneimitteln stetig zunimmt, wird einer Studie der Universität Heidelberg zufolge etwa jede vierte Tablette geteilt. Vor allem beim Ein- und Ausschleichen einer Therapie mit kontinuierlicher Dosisanpassung wie bei Gerinnungshemmern oder auch bei Patienten mit Schluckstörungen wird gerne die Methode des Tablettenteilens gewählt. Viele Ärzte entscheiden sich auch aus Wirtschaftlichkeitsgründen, Tabletten von ihren Patienten teilen zu lassen.

Die Thematik Teilen von Tabletten wurde aktuell in die Änderung der Apothekenbetriebsordnung (Inkrafttreten: 12. Juni 2012) aufgenommen. Im neuen Paragraph 34 „Patientenindividuelles Stellen und Verblistern von Arzneimitteln“ wird die Abgabe geteilter Tabletten an Pflegeheimbewohner durch die Apotheke künftig erheblich erschwert. Das nachträgliche Verändern des Fertigarzneimittels – hierunter fällt auch das Teilen von Tabletten – soll dabei grundsätzlich verhindert werden.

Die Verblisterung geteilter Tabletten in der Apotheke ist nur noch möglich unter folgenden kumulativen Voraussetzungen:

- Nur noch in Ausnahmefällen

nach schriftlicher ärztlicher Anforderung im Rahmen eines Qualitätsmanagementsystems der Apotheke

- Begründung, dass anderweitig die Versorgung nicht gesichert werden kann
- Nachweis der „Validierung der Stabilität der Qualität über den Haltbarkeitszeitraum des Blisters oder des wieder verwendbaren Behältnisses“ (entsprechende Daten werden von den Herstellern voraussichtlich nicht zur Verfügung gestellt)

Auch im häuslichen Bereich kann das Teilen von Tabletten nicht uneingeschränkt empfohlen werden, vor allem darf die Arzneimittelsicherheit nicht vernachlässigt werden.

Zum Teilen ungeeignet sind insbesondere folgende Tabletten:

- Tabletten, die in der Fachbeziehungsweise Gebrauchsinformation als nicht teilbar bezeichnet werden.
- Tabletten mit einem Überzug für eine verzögerte Wirkstofffreisetzung: Der Wirkstoff wird durch die Teilung sofort und vollständig freigesetzt. Gefahr eines erhöhten Wirkstoffspiegels mit entsprechenden Überdosierungssymptomen (außer bei Tabletten deren Retardierungsprinzip erhalten bleibt, zum Beispiel Pellets).
- Tabletten mit einem magensaftresistenten Überzug: Gefahr von erhöhter Magenunverträglichkeit oder verminderter Wirkstoffstabilität.
- Mantel- oder Zweischichttabletten: Eine Teilung beeinflusst hier die zeitversetzte Freisetzung eines oder mehrerer Wirkstoffe und kann wegen möglicher Überdosierung gefährlich werden.

- spezielle Formulierungen, wie OROS-Systeme (osmotic release oral system)
- sehr kleine Tabletten (< 50mg)
- sehr niedrig dosierte Wirkstoffe (µg-Bereich)

Für das erfolgreiche Teilen von Tabletten muss auch der Patient bestimmte Voraussetzungen mitbringen. Vor allem bei älteren Patienten spielen Faktoren wie Fingerfertigkeit, Sehschärfe und intellektuelle Kompetenz eine wichtige Rolle. Außerdem sollte der Patient bereit und in der Lage sein, ein komplexes Therapieschema zu verstehen und anzuwenden. Weitere Probleme stellen Bröselbildung, ungleiche Hälften oder generelle Schwierigkeiten beim Teilen dar.

Im Einzelfall kann das Tablettenteilen durch Freisetzung der Arzneistoffe eine unmittelbar schädigende Wirkung auf die ausführende Person oder Dritte, die mit Stäuben der geteilten Tabletten in Berührung kommen, haben. So besteht zum Beispiel die Gefahr einer „Cross contamination“ bei unsachgemäßer Anwendung von Tablettenteilern.

Prinzipiell verboten ist das Teilen von Tabletten, die CMR-Substanzen (canzerogen-mutagen-reproduktionsstoxisch) wie Zytostatika oder Retinoide enthalten.

Nach dem Teilen einer Tablette sollte die verbleibende Tablettenhälfte aus Stabilitätsgründen zum nächsten Einnahmezeitpunkt eingenommen werden. Wird die Medikation für mehrere Tage oder eine ganze Woche gestellt, bleiben Tablettenhälften über längere Zeit im Dispenser oder in separaten Dosen liegen und können gegebenenfalls nicht mehr identifiziert werden.

Arzneimittelsicherheit

Das Verwerfen nicht mehr identifizierbarer Tablettenhälften ist dann unausweichlich. Auch beim Aspekt der Wirtschaftlichkeit gilt es zu berücksichtigen, dass ein möglicher hoher Verwurf von problematisch teilbaren Tabletten die gegebenenfalls gewünschten wirtschaftlichen Einsparungen unterlaufen kann.

Kerben oder Rillen auf den Tabletten sind im Übrigen kein eindeutiger Hinweis auf die Teilbarkeit, denn in manchen Fällen sind sie nicht zum Teilen der Tablette vorgesehen, sondern um Tabletten zu unterscheiden, die Tablette zu stabilisieren oder einfach als „Schmuckkerbe“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Das Anliegen der KVB ist es, Ihnen verstärkt zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit konkrete Informationen an die Hand zu geben, wie eine sichere medikamentöse Therapie möglichst einfach im Praxisalltag umgesetzt werden kann.

Dafür haben wir für Sie unter www.kvb.de die Seite Arzneimitteltherapiesicherheit in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* eingerichtet. Hier finden Sie aktuelle sowie allgemein wichtige und praxisrelevante Informationen zum gesamten Themenkomplex „Arzneimitteltherapie“.

KBV-Ratgeber „Mehr Sicherheit für die Arzneimitteltherapie“

Die Arzneimitteltherapie gehört zweifelsohne zu den wichtigsten therapeutischen Maßnahmen in der täglichen Sprechstunde. Viele Erkrankungen lassen sich heute medikamentös wesentlich besser behandeln als noch vor Jahren. Doch die Arzneimitteltherapie birgt auch Risiken. Dabei geht es nicht nur um die Sicherheit des Medikaments an sich, sondern um den gesamten Medikationsprozess. Von der Therapieentscheidung über das Ausstellen des Rezeptes bis hin zur Therapieüberwachung – überall können Fehler passieren. Häufig können diese durch einfache Maßnahmen verhindert werden. Mit einer Broschüre möchte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Sie stärker für das Thema sensibilisieren und Sie unterstützen, unerwünschte Ereignisse in der Arzneimitteltherapie zu vermeiden. Wo überall Risiken lauern und Fehler passieren können, haben Wissenschaftler des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main zusammengestellt. Dabei wird der gesamte Medikationsprozess beleuch-

tet. Besondere Problembereiche wie die Arzneimitteltherapie bei älteren Patienten werden näher erläutert. Fallbeispiele und viele praktische Tipps ergänzen die Informationen. Über Ihre Anregungen oder Fragen aus dem Praxisalltag zu diesem Themengebiet freuen wir uns. Bitte schreiben Sie uns an Arzneimitteltherapiesicherheit@kvb.de.

Patienteninformationen – Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) – Medikationsplan bei Polymedikation

Ohne einen detailliert ausgearbeiteten Medikationsplan ist eine verantwortliche Betreuung des Patienten nicht denkbar. Deshalb ist die Erarbeitung des Medikationsplans die Grundvoraussetzung für eine funktionierende AMTS. Das Problem vor allem für den Hausarzt ist, über sämtliche vom Patienten eingenommene Arzneimittel Bescheid zu wissen. Denn nicht nur der Hausarzt, auch die aufgesuchten Fachärzte verordnen Medikamente, und der Patient selbst holt sich frei verkäufliche Arzneimittel aus seiner Apotheke, die im Zusammenwirken mit anderen Pharmaka manchmal nicht ganz risikolos sind. Um einen Überblick zu erhalten, ist ein sogenannter Medikationsplan sinnvoll.

Hier notiert der Patient sämtliche eingenommenen Arzneimittel, jeweils mit Dosis, Darreichungsform und Applikationshäufigkeit. Dies ist ein hilfreicher erster Schritt, um ein neu auftretendes Symptom bei einem Patienten mit Polymedikation zu deuten.

Verschiedene Institutionen wie das Bündnis für Patientensicherheit haben einen solchen Medikationsplan entworfen und stellen ihn online

zur Verfügung. Auch die KVB bietet einen solchen Medikationsplan zum Herunterladen an. Den Medikationsplan und weitere Patienteninformationen zum Thema „Arzneimittel konsequent und richtig einnehmen“ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittelsicherheit*.

Bitte merken Sie sich zu diesem Thema auch folgende Termine unserer KVB-Seminare „Arzneimitteltherapiesicherheit in der Praxis“ vor:

KVB-Bezirksstelle Niederbayern

Lilienstraße 5-9, 94315 Straubing
Donnerstag, 27. September 2012
von 19.00 bis 21.00 Uhr

KVB-Bezirksstelle München/ Oberbayern

Elsenheimerstraße 39
80687 München
Mittwoch, 17. Oktober 2012
von 17.00 bis 19.00 Uhr

KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Yorckstraße 15
93049 Regensburg
Dienstag, 6. November 2012
von 19.00 bis 21.00 Uhr

KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg Donnerstag, 8.
November 2012
von 19.00 bis 21.00 Uhr

KVB-Bezirksstelle Schwaben

Frohsinnstraße 2
86150 Augsburg
Donnerstag, 15. November 2012
von 19.00 bis 21.00 Uhr

KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Brandenburger Straße 4
95448 Bayreuth
Dienstag, 27. November 2012
von 19.00 bis 21.00 Uhr

KVB-Bezirksstelle Unterfranken

Hofstraße 5
97070 Würzburg
Mittwoch, 12. Dezember 2012
von 17.00 bis 19.00 Uhr

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 21 oder online unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB – Seminare*. Weitere Hinweise zur Seminaranmeldung finden Sie auf den letzten Seiten dieser KVB INFOS.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

MRSA-Informations- broschüre

Zum 1. April 2012 ist die neue „Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Paragraph 87 Absatz 2a SGB V“ in Kraft getreten.

Die KVB stellt bereits ausführliche Informationen zu diesem Thema auf ihrer Internetseite bereit. Sie finden diese unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/MRSA*. Nun wurden diese Informationen um eine umfangreiche MRSA-Informationsbroschüre erweitert.

In der Broschüre mit dem Titel „Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus – eine Informationsbroschüre der KVB mit Hinweisen zu Mikrobiologie, Epidemiologie, Hygienemaßnahmen, Screening und Dekolonisierung nach der Vergütungsvereinbarung MRSA“ sind folgende Inhalte zu finden:

- Allgemeine Informationen zu MRSA in der vertragsärztlichen Praxis
- Strategie der MRSA-Bekämpfung
- Hygienemaßnahmen bei MRSA-Patienten in der Arztpraxis und beim Hausbesuch
- Netzwerkaktivitäten in Bayern
- Antibiotikatherapie und MRSA-Selektion
- Abrechnung der Versorgung von MRSA-Trägern

Weiterhin wird auf die Themen sektorenübergreifende MRSA-Netzwerke und Beratungsangebote, MRSA-Fallkonferenzen/regionale Netzwerkkonferenzen und auf das Verordnungsvorgehen eingegangen. Ein Glossar, ein Literaturverzeichnis mit Quellenangaben sowie weiter-

MRSA-Fallkonferenzen und Netzwerkkonferenzen

führende Informationen und Links runden die Broschüre ab. Diese steht ab sofort für Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/MRSA* als Download bereit.

Sie finden hier auch ein ausführliches Merkblatt für betroffene Patienten und deren Angehörige sowie ein Merkblatt für Pflegeheime. Diese Merkblätter können als Kopiervorlagen verwendet und beispielsweise an Patienten weitergegeben werden.

Voraussetzung für die Genehmigung zur Abrechnung der MRSA-Ziffern des EBM ist eine spezifische Qualifizierung. Dafür bietet die KVB Präsenzfortbildungen an, die in diesem Jahr in allen KVB-Bezirksstellen durchgeführt werden. Die Termine und einen Genehmigungsantrag finden Sie ebenfalls unter dem genannten Link. Alternativ besteht für KVB-Mitglieder die Möglichkeit einer kostenlosen Online-Fortbildung unter www.curacampus.de (Hygienemanagement 5 – Versorgung von MRSA-Patienten).

GOP 86778 – Teilnahme an einer MRSA-Fallkonferenz und/oder regionalen Netzwerkkonferenz gemäß Anhang § 3 Nr. 3 des Anhangs zur Vergütungsvereinbarung MRSA (einmal im Behandlungsfall)

Die Teilnahme an einer MRSA-Fallkonferenz und/oder regionalen Netzwerkkonferenz ist freiwillig und keine Voraussetzung zur Abrechnung der GOPen 86770, 86772, 86776, 86780 und 86781.

Wenn Sie dagegen die GOP 86778 abrechnen, verpflichten Sie sich im Genehmigungsantrag, an einer von der KVB anerkannten MRSA-Fallkonferenz und/oder regionalen Netzwerkkonferenz im Sinne von Paragraph 3 Nr. 3 des Anhangs zur Vergütungsvereinbarung MRSA teilzunehmen.

MRSA-Fallkonferenzen und/oder Netzwerkkonferenzen können durch Ihr örtliches Gesundheitsamt, im

Rahmen einer MRSA-Fallkonferenz im Qualitätszirkel oder durch Praxisnetze, MVZ oder Krankenhäuser organisiert und durchgeführt werden.

Die KVB veröffentlicht unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/MRSA/Netzwerke und Termine* regelmäßig die ihr gemeldeten Termine. In der nachfolgenden Tabelle finden Sie alle von der KVB anerkannten MRSA-Fallkonferenzen und Netzwerkkonferenzen (Stand 27. Juli 2012).

Details zum Veranstaltungsort und zur Anmeldung sowie weitere Termine finden Sie ebenfalls unter dem oben genannten Link. Bitte setzen Sie sich bei Interesse direkt mit dem Veranstalter in Verbindung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Mitarbeiter unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36
 Fax 09 11 / 9 46 67 – 4 00
 E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

Bei Fragen erreichen Sie das Team Hygiene und Qualitätsmanagement der KVB unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36
 09 11 / 9 46 67 – 2 21
 09 11 / 9 46 67 – 3 22
 E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

- Bei Fragen zu den Themen
- MRSA/multiresistente Erreger
 - Antibiotikatherapie
 - Mikrobiologische Diagnostik

erreichen Sie unseren Experten Dr. Lutz Bader montags von 14.00 bis 15.00 Uhr unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 - 34 77

Datum	Uhrzeit	Veranstalter
12. September 2012	14.00 bis 16.00 Uhr	Gesundheitsamt Neumarkt in der Oberpfalz
12. September 2012	14.00 bis 16.00 Uhr	Referat für Gesundheit und Umwelt, München
19. September 2012	15.00 bis 17.15 Uhr	Gesundheitsamt Pfaffenhofen an der Ilm
31. Oktober 2012	14.30 Uhr	Gesundheitsamt im Landratsamt Forchheim
14. November 2012	19.00 bis 20.30 Uhr	Landratsamt Neu-Ulm und Landratsamt Alb-Donau-Kreis
14. November 2012	16.00 bis 18.00 Uhr	Gesundheitsamt Nürnberg
12. Dezember 2012	14.00 Uhr	Landratsamt Kulmbach Staatliches Gesundheitsamt

Änderung der Ultraschall-Vereinbarung

Die Ultraschall-Vereinbarung wird zum 1. Juli 2012 in Paragraph 16 Absatz 4a wie folgt ergänzt:

„Wurde eine Prüfung nach Absatz 4 in dem genannten Zeitraum nicht durchgeführt, gilt Folgendes: Der Nachweis der Erfüllung der Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach Paragraph 9 Absatz 1 bis 3 hat abweichend von Absatz 4 Satz 1 spätestens bis zum 31. März 2015 zu erfolgen. Das Ergebnis der Prüfung wird dem Arzt unverzüglich mitgeteilt. Kann der Nachweis nicht geführt werden, ist die Genehmigung spätestens vier Wochen nach Bekanntgabe des Bescheides – gegebenenfalls gerätebezogen – zu widerrufen.“

Das bedeutet einerseits, dass die Übergangsregelung für die initiale Abnahmeprüfung für bereits vor dem 1. April 2009 verwendete Ultraschall-systeme (Bestandsgeräte) bis Ende März 2015 verlängert wurde. Die bisherige Übergangsfrist bis zum 31. März 2013 wird dahingehend beibehalten, dass alle bis dahin geprüften Systeme, die die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Paragraph 9 nicht erfüllen, nach diesem Zeitpunkt nicht mehr in der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden dürfen.

Seit Anfang des Jahres werden von der KVB alle Einzelpraxen, Belegklinien und ermächtigte Ärzte in Bayern bezüglich der Vorlage der erforderlichen Unterlagen (Gewährleistungserklärung und Bilddokumentationen) für die initiale Abnahmeprüfung für Bestandsgeräte angeschrieben. Die abschließende Prüfung und Verbescheidung der eingereichten Unterlagen der Einzelpraxen ist bis Ende 2012 geplant. Im Jahr 2013 werden wir von den Berufs-

ausübungsgemeinschaften die Unterlagen anfordern. Im Jahr 2014 ist die Anforderung der Unterlagen von den MVZs sowie den Dialyseeinrichtungen geplant.

Bitte reichen Sie uns die erforderlichen Unterlagen erst nach Erhalt unseres Anforderungsschreibens ein. In der Regel haben Sie nach Eingang unseres Anforderungsschreibens sechs Wochen Zeit, um die erforderlichen Unterlagen einzureichen. Unabhängig von unserem Anforderungsschreiben können Sie sich jedoch vorab an den Hersteller, Vertreiber oder Wartungsdienstleister Ihres Ultraschallsystems wenden und um eine aktuelle (nach dem 1. April 2009) ausgestellte Gewährleistungserklärung bitten. Anhand der Gewährleistungserklärung können Sie erkennen, ob Ihr Ultraschallsystem über die entsprechende Übergangsfrist hinaus weiter verwendbar ist.

Das Formular für eine aktuelle Gewährleistungserklärung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung/Formulare/Buchstabe „S“/Sonographieantrag – Gewährleistungserklärung*.

Sofern Sie anhand der Gewährleistungserklärung erkennen, dass Ihr Ultraschallsystem nicht weiter verwendbar ist, empfehlen wir Ihnen, sich zeitnah ein neues Ultraschallsystem anzuschaffen. Sofern Sie sich ein neues Ultraschallsystem unabhängig von der anstehenden initialen Abnahmeprüfung Ihrer Bestandsgeräte anschaffen, ist die Apparateänderung mit der oben genannten Gewährleistungserklärung sowie mit Bilddokumentationen für die initiale Abnahmeprüfung für das Neugerät erforderlich.

Die Änderung der Ultraschall-Vereinbarung bedeutet andererseits, dass alle ab dem 1. April 2013 geprüften Systeme, die die Anforderungen an die apparative Ausstattung nicht erfüllen, noch vier Wochen nach Bekanntgabe des Bescheides weiter verwendet werden dürfen.

Weiterführende Informationen zur initialen Abnahmeprüfung bei Neugeräten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Ultraschallvereinbarung/Prüfungen/Initiale Bilderprüfung*.

Sonographie: Korrekturbedarf bei Genehmigungen

Die Ultraschall-Vereinbarung schreibt vor, dass der Sendefokus auf der Bilddokumentation erkennbar sein muss. Bei einigen Typen von Toshiba-Geräten ist der Sendefokus von der Empfangsseite auf die Sendeseite verlagert worden. Daher wird bei diesen Geräten der Sendefokus nicht angezeigt. Aufgrund dessen hat die Firma Toshiba bisher auf den Gewährleistungserklärungen angegeben, dass solche Geräte nur befristet bis zum 31. März 2013 in der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden dürfen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat die Problematik geprüft und entschieden, dass bei diesen Toshiba-Geräten die Anforderung an die Anzeige des Sendefokus optional ist. Damit können diese Geräte unbefristet weiter verwendet werden, wenn sie alle anderen Anforderungen der Ultraschall-Vereinbarung erfüllen.

Hörgeräteversorgung Kinder

Betroffen von dieser Regelung sind Toshiba-Geräte folgender Typen:

- Capasee (SSA-220A)
- JustVision 200 (SSA-320A)
- JustVision 400 (SSA-325A)
- Famio 5 (SSA-510A)
- Famio 8 (SSA-530A)
- Famio XG (SSA-530A/E4)

Alle Inhaber eines solchen Toshiba-Gerätes mit einer befristeten Ultraschall-Genehmigung werden wir diesbezüglich anschreiben und im Einzelfall prüfen, ob eine Entfristung möglich ist. Falls Sie an einer Prüfung unabhängig von unserem Anschreiben interessiert sind, reichen Sie bitte eine aktuelle Gewährleistungserklärung Ihres Gerätes bei der KVB, CoC Qualitätssicherung ein.

Korrekturbedarf bei unbefristeten Genehmigungen von Sonoace-Ultraschallgeräten

Die Ultraschall-Vereinbarung schreibt für jede Anwendungsklasse einen bestimmten Empfangsdynamikbereich vor. Bei einigen Typen von Geräten der Firma Sonoace kann nicht der geforderte Empfangsdynamikbereich eingehalten werden. Die Firma Sonoace hat bisher fälschlicherweise auf den Gewährleistungserklärungen angegeben, dass solche Geräte unbefristet in der vertragsärztlichen Versorgung weiter verwendet werden dürfen. Nun wurde dieser Fehler seitens der Firma Sonoace erkannt und muss korrigiert werden.

Betroffen von einer möglichen Korrektur sind folgende Gerätentypen von Sonoace:

- SA 600
- SA 1500

- SA 3200
- SA 5000
- SA 5500
- SA 6000
(ohne Zusatzbezeichnung)

Alle Inhaber eines solchen Sonoace-Gerätes mit einer unbefristeten Ultraschall-Genehmigung werden wir diesbezüglich anschreiben und im Einzelfall prüfen, ob eine Befristung nötig ist. Falls Sie an einer Prüfung unabhängig von unserem Anschreiben interessiert sind, reichen Sie bitte eine aktuelle Gewährleistungserklärung Ihres Gerätes bei der KVB, CoC Qualitätssicherung, ein.

Bitte beachten Sie, dass im Falle einer Befristung Ihres Gerätes, dieses nur bis zum 31. März 2013 weiter verwendet werden kann. Bitte kümmern Sie sich in diesem Fall rechtzeitig um die Anschaffung eines neuen Gerätes, um Sonographieleistungen weiterhin in der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und abrechnen zu können.

Am 1. Juli 2012 ist die neue **Qualitäts-sicherungsvereinbarung Hörgeräte-versorgung (QSV) Kinder** in Kraft getreten. Damit wurde die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Kinder (als Kinder gelten Säuglinge, Kleinkinder und Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres) mit Hörgeräten in der vertragsärztlichen Versorgung nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) **20338, 20339, 20340 und 20377 beziehungsweise 20378 EBM** genehmigungspflichtig.

Die von der QSV betroffenen Fachärzte wurden vorab per Rundschreiben informiert, siehe www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Hörgeräteversorgung (Kinder)*. Die Genehmigungsanträge können unter www.kvb.de in der Rubrik *Formulare/Buchstabe „H“/Hörgeräteversorgung (Kinder)* abgerufen werden.

Für Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen oder Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, die vor Inkrafttreten der QSV regelmäßig Leistungen entsprechend der GOP 20340 oder 09340 EBM erbracht und abgerechnet haben, gilt eine **Übergangsregelung** nach Paragraph 11 Absatz 1 QSV:

Sie können unter erleichterten Voraussetzungen eine Genehmigung erhalten, wenn Sie

- innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der QSV – **bis 31. Dezember 2012** – einen **Antrag** stellen und
- den Nachweis der Anforderungen an die Praxisausstattung nach Paragraph 4 QSV innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung erbringen.

Ärzte der oben genannten Fachgruppen, die **nicht unter die Übergangsregelung fallen**, müssen zur Erteilung der Genehmigung gemäß Paragraph 3 QSV Folgendes nachweisen:

- **50 elektrische Reaktionsaudiometrien (ERA)** im Kindesalter, **50 Hörschwellenbestimmungen** mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren und **25 Kindersprachtests** entsprechend dem Sprachentwicklungsalter, sowie selbstständige Indikationsstellung, Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten einschließlich Gebrauchsschulung im Kindesalter innerhalb der letzten fünf Jahre unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes
- Theoretische Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen insbesondere bei Kindern sowie Kenntnisse über die aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von **zehn Fortbildungspunkten innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung**.

Zur Erteilung der Genehmigung sind außerdem gemäß Paragraph 4 QSV Anforderungen an die räumliche **Praxisausstattung** zu erfüllen:

- **schallreduzierter Raum** (Störschallpegel kleiner 40 dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld
- **Kinderaudiometrieanlage**
 - mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprechern entsprechend DIN EN 60645, mindestens Klasse 2 (im Halbkreis angeordnet, 0

Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen

- Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten: ein Meter
- Konditionierungsleuchten für jeden Richtungs-lautsprecher oder Bildarbbietung rechts und links
- zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus
- **zweikanalige BERA** für die Untersuchungen mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie
- **Testmaterial für Sprachaudiometrie** gemäß des Sprachentwicklungsalters (zum Beispiel Mainzer, Oldenburger Kindersatztest, Göttinger Kindersprachtest) entsprechend DIN ISO 8253-3
- **binokulares Ohrmikroskop**
- **Möglichkeit zur Impedanzmessung** (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung)

Ärzte, denen die Genehmigung erteilt wird, haben bei der Hörgeräteversorgung bei Kindern folgende Anforderungen einzuhalten:

Organisatorische Anforderungen nach Paragraph 6 QSV: strukturierter regelmäßiger Austausch mit an der Hörgeräteversorgung beteiligten Berufsgruppen, regelmäßige Schulung der eigenen Praxismitarbeiter zum Themenbereich Audiometrie und der audiologischen Grundlagen, regelmäßige Wartung der Untersuchungsgeräte und Instrumentarien entsprechend den Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung mit Dokumentation in den Gerätebüchern.

Der in Paragraph 5 QSV geregelte **Umfang der Hörgeräteversorgung** ist einzuhalten. Danach umfasst die Versorgung und Betreuung nach den Vorgaben der QSV unter Berücksichtigung von Alter und Entwicklungsstatus des Kindes insbesondere Folgendes:

1. Vor Verordnung mit Hörgeräten:

- Medizinische Anamnese und Ermittlung gegebenenfalls schon erfolgter Hilfsmittelversorgung
- Befunderhebung durch binokuläre ohrmikroskopische Untersuchung des Patienten
- Audiologische Differenzialdiagnostik der Hörstörung durch subjektive Audiometrieverfahren (Reflex-, Ablenk-, Spielaudiometrie beziehungsweise sobald entwicklungsbedingt durchführbar, Sprachaudiometrie mit geeignetem Kindersprachtestmaterial, Bestimmung der Unbehaglichkeitsschwelle) und objektive Audiometrieverfahren (Impedanzaudiometrie, otoakustische Emissionen, BERA)
- Erhebung und Dokumentation des Sprachentwicklungsstandes vor der Hörgeräteversorgung sobald entwicklungsbedingt durchführbar
- Indikationsstellung und individuelle Bedarfsanalyse zur in der Regel beidseitigen Versorgung mit Hörgeräten, Beratung des Erziehungsberechtigten über die aufgrund der erhobenen audiologischen Befunde im jeweiligen Einzelfall bestehenden altersgerechten gerätetechnischen Versorgungsmöglichkeiten
- Verordnung eines Hörgerätes unter Verwendung des Musters 15 (Ohrenärztliche

Verordnung einer Hörhilfe) der Vereinbarung über Vor- drucke für die vertragsärztliche Versorgung einschließlich Information patientenindividueller Besonderheiten an den Hörgeräte-(Päd-)akustiker

- Information des Erziehungsberechtigten zu den verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten seitens der Kostenträger.

2. Nach Verordnung von Hörgeräten:

- Anamnese des Trageverhaltens (Kontrolle der Hörgeräthandhabung, Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes), Einbeziehung und Beratung der Bezugsperson(en)
- morphologische Befundkontrolle, Überprüfung des durch den Hörgeräteakustiker gemachten Versorgungsvorschlags nach vergleichender Hörgerätestung
- Erfolgskontrolle mittels Audiometrieverfahren (Reflex-, Ablenk-, Spielaudiometrie beziehungsweise – sobald entwicklungsbedingt durchführbar – Sprachaudiometrie mit geeignetem Kindersprachtestmaterial)
- gegebenenfalls Rücksprache mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker bei Befundabweichungen
- Dokumentation der Hilfsmittelabnahme mit Angabe, inwieweit der Hörgeräteversorgungsvorschlag dem aufgestellten Versorgungskonzept entspricht und Dokumentation des erzielten Versorgungsergebnisses (in der Regel binaural)
- gegebenenfalls Rücksprache mit den einbezogenen Thera-

peuten und/oder Koordination mit pädagogischen Einrichtungen. Gegebenenfalls Indikationsstellung zu weiteren therapeutischen Maßnahmen

- gegebenenfalls die Nachbetreuung (Nachsorge) nach im Rahmen der Erfolgskontrolle individuell festgelegten Intervallen (zum Beispiel Kontrolle Hörstörung bedingender Grund- und Begleiterkrankungen des Ohres, im Falle eines Hinweises auf eine Verschlechterung des Hörvermögens und verändertem Gebrauch des Hörgerätes, Prüfung der Möglichkeit der Ergänzung des Versorgungskonzeptes)

Anforderungen an die **ärztliche Dokumentation** nach Paragraph 7 QSV, unter anderem:

- Aus der ärztlichen Dokumentation muss der Umfang der Hörgeräteversorgung nach Paragraph 5 QSV vollständig und nachvollziehbar hervorgehen.
- Für die Dokumentation ist das „**Ergänzungsblatt zur Verordnung**“, Anlage 2 zur QSV, vorgesehen.
- Die Datenübertragung soll künftig **elektronisch** erfolgen, Anlage 1 zur QSV. Bis zum Aufbau einer flächendeckenden IT-Infrastruktur wird die Pflicht zur elektronischen Dokumentation ausgesetzt. Sie beginnt am **1. Juli 2013** (Paragraph 11 Absatz 2 QSV). Einzelheiten zur Umsetzung der elektronischen Dokumentation wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung noch veröffentlichen.
- Zur Überprüfung der Güte des Dokumentationsinstruments erfolgen für einen Zeitraum von zwei Jahren ab **1. Juli 2013 Stich-**

probenprüfungen, indem von zehn Prozent der Ärzte die Dokumentationen zu fünf abgerechneten Fällen angefordert werden, siehe Protokollnotiz zur QSV.

Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung sind gemäß Paragraph 8 QSV regelmäßig **Auflagen** zu erfüllen: **jährliche messtechnische Kontrollen** der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien durch einen zugelassenen Wartungsdienst sowie Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen, insbesondere bei Kindern, sowie Kenntnisse über die jeweils aktuelle Hörgerätechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von **sieben Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von zwei Jahren**.

Den vollständigen Text der QSV und weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Hörgeräteversorgung (Kinder)*.

Änderung der QSV zur Koloskopie

Die Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur Koloskopie wurde zum 1. Juli 2012 in zwei Punkten geändert:

1) Verlängerung des Prüfungsturnus auf zwei Jahre bei Erfüllung der Anforderungen

Ärzte mit Koloskopie-Genehmigung, die im Rahmen der jährlichen Stichprobenprüfung der ärztlichen Dokumentationen zu totalen Koloskopien und Polypektomien die Anforderungen der QSV erfüllt haben, werden künftig erst wieder nach zwei Jahren zur nächsten Regelprüfung angefordert. Die Verlängerung des Prüfungsturnus wird erstmals auf alle Ärzte angewandt, die bei der Regelanforderung 2011 die Anforderungen erfüllt haben.

2) Hygieneprüfung soll unangemeldet erfolgen

Die Überprüfung der Hygienequalität der Koloskope soll künftig stets „unangemeldet“ erfolgen. Diese Regelung ist im Hinblick darauf, dass Praxisbegehungen in der Regel nur mit Einwilligung des Praxisinhabers in die konkrete Begehung zulässig sind, rechtlich bedenklich. Darüber hinaus ist eine unangemeldete Prüfung oftmals mit dem Praxisbetrieb nicht vereinbar. Es wird daher derzeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geklärt, ob und wie die Regelung rechtskonform umgesetzt werden kann. Die betroffenen Ärzte und Hygieneinstitute werden zu gegebener Zeit über das Ergebnis und eventuelle Änderungen im Ablauf der Hygieneprüfungen informiert.

Aus- und Fortbildung von QZ-Moderatoren

Qualitätszirkel (QZ) haben sich als Instrument der Qualitätsentwicklung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung bewährt. Die Arbeit und der kollegiale Austausch in Qualitätszirkeln können als ein wichtiger Bestandteil der verpflichtenden kontinuierlichen medizinischen Fortbildung gesehen werden.

In Bayern erfolgt die Aus- und Fortbildung der Moderatoren für die Qualitätszirkelarbeit unter Anerkennung der Kammern ausschließlich nach dem bewährten Qualitätszirkelkonzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dieses Konzept zur Unterstützung der QZ-Arbeit wurde nach langjährigen Erfahrungen der einzelnen KVen im Bereich der QZ-Arbeit entwickelt und verfolgt zwei Ziele:

- Ausbildung von Qualitätszirkel-Tutoren als Trainer und Multiplikatoren
- Förderung und Qualitätssicherung der QZ-Arbeit durch die Bereitstellung inhaltlich-didaktischer Konzepte (Dramaturgien)

Das Qualitätszirkelkonzept der KBV und der KVen wurde in Zusammenarbeit mit erfahrenen ärztlichen und psychotherapeutischen QZ-Tutoren sowie unter Mitwirkung von Professor Marcus Siebolds von der Katholischen Hochschule NRW in Köln konzipiert. Es beinhaltet:

- Qualifizierung erfahrener Moderatoren zu Tutoren
- Ausbildung von Moderatoren durch Tutoren
- Leitung lokaler Moderatorenentretreffen
- Moderatorenfortbildung
- Entwicklung von QZ-Dramaturgien für die Umsetzung in Zirkeln

Ein Teil dieses Konzepts sieht die Ausbildung von Moderatoren durch QZ-Tutoren unter den Vorgaben des QZ-Handbuchs der KBV vor. Dadurch ist eine hochwertige und bundesweit anerkannte Aus- und Fortbildung von Moderatoren gewährleistet, die im Anschluss eine selbstbestimmte und kontinuierliche Qualitätszirkelarbeit von Vertragsärzten und -psychotherapeuten ermöglicht.

Die Aus- und Fortbildung im Rahmen des Qualitätszirkelkonzepts der KBV wurde von ihr im September 2011 bundesweit bei zirka 100 angehenden Moderatoren evaluiert. Die Grundlage hierfür waren validierte Fragebögen, die gemeinsam mit Professor Siebolds und erfahrenen QZ-Tutoren entwickelt wurden.

Die Teilnehmer erhielten einen Fragebogen mit zu bewertenden Aussagen und Fragen zur Qualität der Moderatorengrundausbildung (in Bayern Kompaktkurs), wie zum Beispiel:

- Der Tutor hat verständlich vermittelt, dass das professionelle Selbstverständnis durch QZ-Arbeit und Moderatorenentätigkeit unterstützt wird *oder*
- Der Tutor hat so moderiert, dass am Ende ein praxisrelevantes Ergebnis steht.

Ein zweiter Fragebogen enthielt sieben Fragen zur Selbsteinschätzung der Teilnehmer hinsichtlich der Ausbildung, wie zum Beispiel:

- Die Veranstaltung hat meine Erwartungen an eine QZ-bezogene Moderatorenausbildung erfüllt.
- Ich habe die Veranstaltungsteilnahme als wichtig für meine eigene Moderatorenentätigkeit erlebt.

Quartalsübergreifende Überweisungen

Die Aussagen waren auf einer fünfstelligen Skala von „trifft voll zu“ (1) bis „trifft nicht zu“ (5) zu bewerten.

Gutes Ergebnis

Das Ergebnis dieser Umfrage belegt durchgehend eine hohe Qualität der Ausbildung von QZ-Moderatoren. In den 19 aus Bayern eingegangenen Fragebögen lagen die Bewertungen durchgehend zwischen „1“ und „1,5“, in einem Fall bei „1,8“ – ein erfreuliches Ergebnis. Das bestätigt, dass die KVB mit der Ausbildung von QZ-Moderatoren durch erfahrene QZ-Tutoren nach dem KBV-Konzept auf dem richtigen Weg ist.

Bei einer weiteren Erhebung mit Teilnehmern zu ihren Erfahrungen mit der QZ-Arbeit wurde eine hohe Akzeptanz des Instruments „Qualitätszirkel“ für eine strukturierte, qualitätsgesicherte und zertifizierte Fortbildung festgestellt. Über 70 Prozent der Befragten gaben an, dass sie mit der Qualitätszirkelarbeit sehr zufrieden sind. Fast 80 Prozent bestätigten, dass ihre QZ-Arbeit als zertifizierte Fortbildungsveranstaltung anerkannt ist und damit als selbstbestimmte Fortbildung insgesamt eine hohe Wertschätzung erfährt.

Gründen Sie Ihren eigenen Qualitätszirkel

Die KVB unterstützt ihre Mitglieder bei der Organisation der Qualitätszirkelarbeit durch QZ-Tutoren, Moderatorenaus- und -fortbildungen sowie durch finanzielle Förderung. Im Jahr 2011 haben innerhalb der KVB 629 anerkannte und geförderte Qualitätszirkel mit 14.765 Teilnehmern gearbeitet und in rund 2.500 Sitzungen dokumentiert.

Die finanzielle Förderung von Aus- und Fortbildung der Qualitätszirkel-Moderatoren liegt der KVB besonders am Herzen. So sind zum Beispiel die Kompaktseminare für die ärztlichen und psychotherapeutischen Moderatoren kostenfrei, wenn ein Moderator danach innerhalb von drei Monaten einen Qualitätszirkel gründet. Eine finanzielle Förderung wird für die Dokumentation von QZ-Sitzungen in der eQZ gewährt.

Organisatorisch wird die QZ-Arbeit der KVB durch die internetbasierte Plattform eQZ unterstützt. Weiterhin finden jährlich mehrere lokale Moderatorentreffen in kleinem Rahmen in den einzelnen Bezirksstellen sowie zwei große regionale Treffen für alle interessierte Moderatoren statt. Das Erlernen neuer Dramaturgien durch QZ-Tutoren, der Austausch von Erfahrungen und der rege Kontakt zwischen Moderatoren untereinander und Tutoren stehen dabei im Vordergrund. Durch die Neugestaltung der QZ-Grundsätze der KVB zum 1. Januar 2012 werden sowohl sektorenübergreifende Qualitätszirkel gefördert als auch Qualitätszirkel von Berufsverbänden in vorhandene Ressourcen eingebunden.

Bei Fragen zur Gründung von Qualitätszirkeln und zur Moderatorenausbildung erreichen Sie unsere Experten

Wiebke Robl
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36

Michael Sachse
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 21

E-Mail QZ-Beratung@kvb.de

Patienten, die am Quartalsende zum Facharzt überwiesen werden, erhalten mitunter keinen kurzfristigen Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungstermin. Dies führt dazu, dass Überweisungen im neuen Quartal erneut ausgestellt werden. Doch das ist unnötig, denn die bereits ausgestellte Überweisung behält auch im Folgequartal ihre Gültigkeit, sofern der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung eine gültige Krankenversicherungskarte vorweisen kann.

Die Vordruckvereinbarung der Bundesmantelverträge enthält keine Einschränkung, wonach eine Überweisung im gleichen Quartal ausgestellt sein muss. Im Gegenteil: Die Partner der Bundesmantelverträge haben vereinbart, dass der ausgestellte Überweisungsschein verwendet werden kann, wenn der auf Überweisung tätig werdende Arzt seine Behandlung erst im Folgequartal beginnt. Unabhängig vom gültigen Überweisungsschein ist allerdings bei quartalsübergreifender Inanspruchnahme die Praxisgebühr in der Facharztpraxis erneut zu entrichten, da diese immer nur für ein Quartal gilt.

Wenn Sie einen Patienten mit einem Überweisungsschein aus dem Vorquartal zur Mitbehandlung, Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung oder im Rahmen einer Auftragsleistung, bei der ein Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet, behandeln, kennzeichnen Sie den Überweisungsschein bitte mit der **GOP 80030**. Mehr hierzu erfahren Sie in der „Stichwortsammlung-Praxisgebühr“ der KVB unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe/Praxisgebühr*.

Urteil rituelle Zirkumzision

In den letzten Monaten hat ein Urteil des Landgerichts Köln zur rituellen Zirkumzision medial für viel Wirbel gesorgt. Für die vertragsärztliche Versorgung gilt ungeachtet dessen, dass eine Beschneidung zulasten der GKV – wie jede andere Behandlung eines Vertragsarztes – nur im Fall einer entsprechenden medizinischen Indikation (zum Beispiel Phimose) abrechnungsfähig ist.

Im Folgenden hat die Rechtsabteilung der KVB die wichtigsten Inhalte des Urteils zusammengefasst.

Die Beschneidung erfüllt – wie jede andere auf die körperliche Unversehrtheit einer Person bezogene Behandlung eines Arztes, auch wenn der Eingriff nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommen wurde und erfolgreich ist – den Tatbestand der Körperverletzung, die nur dann rechtmäßig ist, wenn ein Rechtfertigungsgrund vorliegt. Insbesondere die wirksame Einwilligung des Betroffenen oder dessen gesetzlichen Vertreters stellt einen Rechtfertigungsgrund dar.

Die Beschneidung aus religiösen Gründen, soweit sie an nicht einwilligungsfähigen Knaben auf Wunsch der Eltern durchgeführt werden soll, ist unter dem Gesichtspunkt des Straftatbestandes der Körperverletzung gemäß Paragraph 223 Absatz 1 StGB unzulässig. Nach dem Urteil des Landgerichts (LG) Köln vom 7. Mai 2012 (Az. 151 Ns 169/11) ist der Eingriff strafbar.

Das Gericht stellt hierzu Folgendes fest:

- Die aufgrund elterlicher Einwilligung aus religiösen Gründen von einem Arzt ordnungsgemäß durchgeführte Beschneidung

eines nicht einwilligungsfähigen Knaben ist nicht unter dem Gesichtspunkt der sogenannten „Sozialadäquanz“ vom Straftatbestand ausgeschlossen, denn dieser kommt neben der strafatbestandlichen Verhaltensmissbilligung keine selbstständige Bedeutung zu.

- Die Handlung ist auch nicht durch Einwilligung gerechtfertigt. Eine wirksame Einwilligung eines vierjährigen Kindes kommt mangels hinreichender Verstandesreife nicht in Betracht. Die Einwilligung der Eltern vermag die tatbestandsmäßige Körperverletzung nicht zu rechtfertigen, weil gemäß Paragraph 1627 Satz 1 BGB vom Sorgerecht nur Erziehungsmaßnahmen gedeckt sind, die dem Wohl des Kindes dienen. Zum Wohl des Kindes wäre die Einwilligung in eine Beschneidung, wenn diese aus medizinischen Gründen vorgenommen wird. Die Beschneidung des nicht einwilligungsfähigen Knaben aus religiösen Gründen entspricht dagegen „weder unter dem Blickwinkel der Vermeidung einer Ausgrenzung innerhalb des jeweiligen religiös gesellschaftlichen Umfeldes noch unter dem des elterlichen Erziehungsrechts dem Wohl des Kindes“.

Jüdische und muslimische Religionsvertreter haben das Urteil des Landgerichts Köln kritisiert und reklamieren aufgrund der grundrechtlich geschützten Religionsfreiheit sowie im Hinblick auf die seit Jahrtausenden durchgeführte Praxis das Recht auf rituelle Beschneidung. Das Gericht stellte dazu fest, dass die Grundrechte der Eltern aus Artikel 4 Absatz 1 GG und Artikel 6 Absatz 2 GG ihrerseits durch das Grundrecht des Kindes auf körperliche Unversehrtheit und Selbstbestim-

mung gemäß Artikel 2 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 GG begrenzt werden.

Der angeklagte Arzt, ein frommer Muslim, wurde lediglich deshalb nicht verurteilt, weil er nach den Feststellungen des Gerichts in einem unvermeidbaren Verbotsirrtum und damit ohne Schuld handelte (Paragraph 17 Satz 1 StGB). Das Gericht hielt den Verbotsirrtum hier für unvermeidbar, weil die Rechtslage zum Zeitpunkt des Geschehens – insbesondere aufgrund der in der Literatur nicht einheitlichen Beantwortung der maßgeblichen Fragestellungen – insgesamt unklar war.

Diese Unklarheit ist nun mit dem vorliegenden rechtskräftigen Urteil nicht mehr gegeben. Das bedeutet, dass nun jedem Arzt, der Beschneidungen aus rein religiösen Gründen durchführt, die strafrechtliche Relevanz seines Tuns bewusst sein muss. Dies gilt umso mehr, als in allen Medien über das Urteil berichtet wurde.

Neues zu DMP-Feedbackberichten

DMP-Feedbackberichte für das 1. Halbjahr 2012 erstellt

Für die DMP Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit hat die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern aus den DMP-Dokumentationen des ersten Halbjahres 2012 die DMP-Feedbackberichte erstellt. Koordinierende Ärzte erhalten damit eine praxisindividuelle Rückmeldung, in welchem Maße sie die Qualitätsziele erreicht haben. Mittels SmarAkt – dem Aktenarchivsystem der KVB – kann jeder DMP-Arzt die Feedbackberichte seiner Praxis online einsehen: Wählen Sie dafür unter „Aktentyp“ die „DMP-Akte“ aus und geben Sie den gewünschten Berichtszeitraum ein (zum Beispiel „20121“ für das erste Halbjahr 2012).

Automatisches Löschen der DMP-Feedbackberichte in SmarAkt nach zwei Jahren

Künftig werden alle in SmarAkt eingestellten Feedbackberichte zwei Jahre nach Einstellung gelöscht. Darüber hinaus werden bei der erstmaligen Löschaktion auch alle älteren Feedbackberichte, die seit vielen Jahren eingestellt sind, gelöscht. Das erstmalige Löschen aller älteren archivierten DMP-Feedbackberichte in SmarAkt findet im **Dezember 2012** statt.

Informationen und Zugang zu SmarAkt erhalten Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt*.

Bei Fragen erreichen Sie die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bayern unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 36
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 55
 E-Mail info@ge-dmp-bayern.de

DMP-Datenstelle Bayern: Neue Servicenummer

Seit 1. August 2012 erreichen Sie das Servicetelefon der DMP-Datenstelle unter der neuen Telefonnummer **0 89 / 3 27 33 – 26 00**.

Die Ihnen bekannten Servicezeiten bleiben davon unberührt. Sie erreichen uns weiterhin:

Montag bis Donnerstag
 von 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr
 Freitag
 von 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr

JVA Stadelheim sucht Unterstützung

Die Justizvollzugsanstalt Stadelheim in München sucht Unterstützung durch niedergelassene Ärzte. Die dortige medizinische Versorgung umfasst 1.400 Patienten im ambulanten und 60 bis 70 Patienten im stationären Bereich. Für die Nachtstunden im Zeitraum zwischen 19.45 Uhr bis zirka 8.00 Uhr sucht der Leitende Anstaltsarzt Unterstützung durch niedergelassene Ärzte aus München. Hauptsächlich wären telefonische Absprachen mit dem Pflegepersonal vor Ort. Besuche in der JVA stellen eine Ausnahme dar.

Genauere Informationen (auch zur Vergütung) erhalten Sie von:

Dr. O. Wagenknecht
 Medizinaloberrat
 Leitender Anstaltsarzt
 Krankenabteilung der Justizvollzugsanstalt München
 Telefon 0 89 / 6 99 22 – 6 00

Datenschutz überprüft Arztpraxen

Das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA) intensiviert im Jahr 2012 das Thema „Datenschutz in der Arztpraxis“ und überprüft einzelne Arztpraxen.

Nach dem für Arztpraxen gültigen Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) haben Praxen einen Beauftragten für den Datenschutz zu bestellen, wenn mehr als neun Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigt sind. Zum Beauftragten für den Datenschutz darf nur bestellt werden, wer die zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderliche Fachkunde und Zuverlässigkeit besitzt.

Hinweise zum Datenschutz finden Sie im Handbuch „Datenschutz in der Arzt-/Psychotherapeutenpraxis“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Sonstige Bestimmungen/Datenschutz*.

Außerdem weisen wir in diesem Zusammenhang auf den Artikel des Präsidenten des Bayerischen Landesamtes für Datenschutzaufsicht (BayLDA) im Bayerischen Ärzteblatt 7-8/2012 hin.

Bei Fragen erreichen Sie den Datenschutzbeauftragten der KVB, Peter Einhell, unter

Telefon 09 41 / 39 63 – 1 65
 Fax 09 41 / 39 63 – 6 87 03
 E-Mail kvbdatschutz@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und praxisbezogen.

Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. (Modul I und Update Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I und Update Modul I)
- erfahrenen notärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraf 4 BDO-KVB)
- 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)
- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleinstgruppen, Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- Samstag, 13. Oktober 2012
Fachhochschule Nürnberg
- Samstag, 17. November 2012
Augsburg/KVB

Neu: Update Modul I

Notfälle erfordern Ihr schnelles und effektives Handeln. Wenn Sie eine Reanimation durchführen müssen, erwartet man von Ihnen als Arzt souveränes Vorgehen. Um das gewährleisten zu können, müssen Sie regelmäßig alle Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation trainieren. Das ist der Erfolgsfaktor Nummer eins für ein geordnetes und effektives Vorgehen nach den aktuellen Guidelines.

Am Update Modul I können alle Ärzte teilnehmen, die in den vergangenen fünf Jahren das Modul I in der KVB absolviert haben. Basiskenntnisse (BLS, ALS) werden vorausgesetzt.

- Guidelines: Aktuelle Entwicklungen und Umsetzung
- umfassendes und individuelles Reanimationstraining in Kleinstgruppen
- Airway-Management
- Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 45,- Euro

Uhrzeit: 9.30 bis 12.45 Uhr

Termine Update Modul I:

- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- pädiatrische Akut- und Notfälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.15 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 26. September 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 7. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City
- Mittwoch, 21. November 2012
Augsburg/KVB

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

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

Termine Modul III:

- Mittwoch, 24. Oktober 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 28. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst*.

In unserem neu konzipierten Seminar werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Guidelines. In einem ausführlichen, individuellen Training an modernen Simulatoren können sie die notfallmedizinisch relevanten Aspekte herausarbeiten und ihr Notfallmanagement praktisch erproben. Gerne berücksichtigen wir dabei individuelle Praxisschwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam)

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweise bei kardiovaskulären Notfällen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 95,- Euro

Uhrzeit: 13.30 bis 18.00 Uhr

Termine:

- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

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 / 5 70 93 – 4 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

Online-Anmeldung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Online-Anmeldung*.

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 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

EBM-Grundlagenworkshop operativ tätige Fachärzte

Wiedereinstieg in die Praxis

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichen-Psychiater

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Patientenorientiertes Marketing

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Telefonkommunikation: Auffrischung und Vertiefung

Abrechnungsworkshop HNO

Abrechnungsworkshop Operateure und Belegärzte

Die Zukunft heißt „Online“ – die Onlinedienste der KVB

QM-/QZ-Seminare

Fortbildung „MRSA positiv! MRSA-Patienten in der Praxis“

Lokales Moderatorentreffen

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	20. September 2012	14.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
	kostenfrei	22. September 2012	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
	kostenfrei	22. September 2012 10. Oktober 2012	10.00 bis 16.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	München Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. September 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		26. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
		27. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		10. Oktober 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		4. Oktober 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. September 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	26. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. September 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Hausärzte	120,- Euro	29. September 2012	9.00 bis 16.30 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. Oktober 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	5. Oktober 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Oktober 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Oktober 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	10. Oktober 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	26. September 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Würzburg
		17. Oktober 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Augsburg
ärztliche QZ-Moderatoren	kostenfrei	5. Oktober 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
QZ-interessierte Ärzte	110,- Euro	29. September 2012	9.00 bis 18.00 Uhr	München

KVBIINFOS 10|12

ABRECHNUNG

- 162 Die nächsten Zahlungstermine
- 162 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2012
- 163 Abrechnung der Wegepauschalen 40190 und 40192

VERORDNUNGEN

- 164 Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie
- 164 Grippesaison 2012/2013
- 165 Aut-idem-Regelung bei Importarzneimitteln
- 165 Brilique® (Ticagrelor) wird als Praxisbesonderheit anerkannt
- 166 Häusliche Krankenpflege und Medikamentengabe
- 167 Verordnungen für ehemalige Zivildienstleistende
- 167 Vorsicht beim „Switching“

PRAXISFÜHRUNG

- 168 Geld sparen durch regelmäßigen Versicherungsscheck

QUALITÄT

- 169 Indikationsstellung bei gastrointestinaler Endoskopie
- 170 QSV Hörgeräteversorgung für Erwachsene

ALLGEMEINES

- 171 Diabetesvereinbarungen – Berechnung der Betreuungspauschale
- 171 Versand von Patientendaten an den Medizinischen Dienst
- 172 Verwendung Muster 10 und 10A bei Laboraufträgen

SEMINARE

- 173 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 174 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Oktober 2012
Abschlagszahlung September 2012

31. Oktober 2012
Restzahlung 2/2012

12. November 2012
Abschlagszahlung Oktober 2012

10. Dezember 2012
Abschlagszahlung November 2012

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2012

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2012 bis spätestens **Mittwoch, den 10. Oktober 2012**, 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 noch 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 doch 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 aktuell in Ihrer 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 Richtigstellungsmittlung 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“*.

Anschrift für Korrekturwünsche (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraph 3 Abs. 3 Satz 2):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
CoC Abrechnung
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Abrechnung der Wegepauschalen 40190 und 40192

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene 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 *Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht über die 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/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 Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB. Bei folgenden Qualitätssicherungs-

und Zusatzvereinbarungen gilt für Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. Oktober 2012** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Dialyse, Hautkrebscreening sowohl für über 35-Jährige als auch für unter 35-Jährige, Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch und Sonografie in der Schwangerschaftsvorsorge.

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 1 38.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 - 4 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/Abgabe/Notarzdienst-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

Bitte beachten Sie, dass die Abrechnung der Wegepauschalen nach den Ziffern 40190 (Tag) und 40192 (Nacht) nur unter folgenden Voraussetzungen möglich ist:

1. Für den **ersten Besuch** eines Operateurs **nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen** für Besuchsstellen **jenseits eines Radius von 10 km**.
2. Für **Besuche zur Durchführung konsiliarärztlicher Tätigkeit**, das heißt bei konsiliarischer Erörterung zwischen zwei oder mehreren behandelnden Ärzten oder zwischen behandelnden Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über bei demselben Patienten in demselben Quartal erhobene Befunde für Besuchsstellen **jenseits eines Radius von 10 km**, wenn für diese Leistungen Fahrtkosten entstehen (siehe Bereich VI, Anhang 1 EBM).

Die Wegepauschale wird jeweils von der Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte des Vertragsarztes aus berechnet, von der aus er den Besuch antritt. Trifft weder die unter 1. noch die unter 2. genannte Voraussetzung zu, so sind die Wegepauschalen 40190 beziehungsweise 40192 nicht berechnungsfähig. Bitte setzen Sie stattdessen eine Wegepauschale nach den Ziffern 40220, 40222, 40224, 40226, 40228 oder 40230 entsprechend des jeweils zurückgelegten Wegbereichs und der Besuchszeit an.

Bei Fragen erreichen Sie uns per E-Mail an VUS-Vertragspolitik@kvb.de

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

Anlage I (OTC-Übersicht)

Pankreasenzyme und Azidosetherapeutika: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) Nummer 36 Pankreasenzyme um die Indikation „funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe“ und Nummer 4 Azidosetherapeutika um die Indikationen „Ileumconduit, Nabelpouch und Harnleiterimplantation in den Dünndarm“ zu ergänzen. Beide Beschlüsse traten am 11. August 2012 in Kraft.

L-Methionin: Bereits bei der Aufnahme von L-Methionin in die OTC-Liste im Jahr 2004 hatte der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin (IQWiG) mit der Bewertung des Wirkstoffs beauftragt. Bei der Nutzenbewertung des IQWiG konnte kein evidenzbasierter Beleg für einen Nutzen oder Schaden von L-Methionin bei der Behandlung von Patienten mit neurogenen Blasenstörungen gefunden werden. In der Folge hat der G-BA beschlossen, L-Methionin von der OTC-Liste zu streichen.

Anlage VI (Off-Label-Use)

Doxorubicin bei Gliomrezidiv und Etoposid bei (Weichteil-)Sarkomen des Erwachsenen in Kombination mit Carboplatin: Der G-BA beschloss die Anlage VI, Teil B (Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – nicht verordnungsfähig sind) der AM-RL um die Absätze „XI. Doxorubicin bei Gliomrezidiv“ und „XII. Etoposid bei (Weichteil-)Sarkomen des Erwachsenen in Kombination mit Carboplatin“ zu ergänzen. Beide Beschlüsse sind am 9. August 2012 in Kraft getreten.

Anlage XII (Frühe Nutzenbewertung)

Fampridin: Die Anlage XII der AM-RL wurde um den Wirkstoff Fampridin ergänzt. Fampyra® ist zur Verbesserung der Gehfähigkeit von erwachsenen Patienten mit Multipler Sklerose (MS) mit Gehbehinderung indiziert. Da die erforderlichen Nachteile nicht vollständig vorgelegt wurden, gilt der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie als nicht belegt (Paragraph 35a Absatz 1 Satz 5 SGB V). Der Beschluss ist am 2. August 2012 in Kraft getreten.

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Grippesaison 2012/2013

Im Juli und August 2012 haben wir Sie bereits über die Verordnungsmodalitäten in der Grippesaison 2012/2013 informiert. Hier noch einmal eine kurze Zusammenfassung:

Begripal® ohne Kanüle ist in Bayern der Standardimpfstoff für die Grippeimpfung. Der Preis dieses Impfstoffs ist durch die realisierten Rabatte günstiger als für alle anderen vergleichbaren Grippeimpfstoffe. Die Verordnung von Begripal® ohne Kanüle ist somit die wirtschaftlichste Verordnungsvariante.

Davon abweichend dürfen die Vertragsärzte für die Versorgung ihrer Patienten bei medizinischer Notwendigkeit unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots Impfstoffe mit altersbeschränkter Zulassung (ab fünf beziehungsweise 60 beziehungsweise 65 Lebensjahren beziehungsweise mit Altersobergrenzen) weiterhin als Sprechstundenbedarf verordnen. Nach den derzeitigen Rückmeldungen der Hersteller ist dies nur für Afluria® und Intanza® der Fall. Die Krankenkassen behalten sich vor, diese abweichende Versorgung insbesondere im Hinblick auf die Mengen und die Wirtschaftlichkeit besonders zu beobachten. In anderen Bundesländern sind solche Ausnahmen beispielsweise nicht vorgesehen.

Laut AOK Bayern war hühnereiweißfreier Grippeimpfstoff nicht Gegenstand der Ausschreibung, daher ist er auf den Namen des Patienten zu verordnen.

Mit Optaflu® steht ein Impfstoff zur Verfügung, der auf Zellkulturbasis hergestellt wurde. Er ist somit hühnereiweißfrei und für Personen geeignet, die auf Hühnereiweiß aller-

Aut-idem-Regelung bei Importarzneimitteln

gisch reagieren. Optaflu® steht für diese Risikogruppe auch den baye-rischen Versicherten zur Verfügung.

Ausführliche Informationen, auch für Ihre Patienten, finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Bei Verordnung eines deutschen Originalpräparats kann die Apotheke grundsätzlich ohne Rücksprache mit Ihnen ein Re- oder Parallel-Importarzneimittel abgeben.

Ist ein Re- oder Parallel-Importpräparat namentlich verordnet, wird unterschieden:

- Sie lassen **Aut-idem** zu (keine Markierung) und es gibt **einen Rabattvertrag** mit dem Originalhersteller: Die Apotheke gibt das rabattierte deutsche Originalpräparat ab. Möchten Sie das vermeiden, müssen Sie bei dem verordneten Import ein Aut-idem-Kreuz setzen. **Neu:** Der Bayerische Apothekerverband e. V. besteht außerdem auf den Hinweis **„Abgabe Re-Import“** auf dem Rezeptformular.
- Sie lassen **Aut-idem** zu (keine Markierung) und es gibt **keinen Rabattvertrag** mit dem Originalhersteller: Die Apotheke hat den verordneten oder einen der drei preisgünstigsten Importe abzugeben. Sind diese nicht lieferbar, setzt sich die Apotheke mit Ihnen in Verbindung. Das Ergebnis der Rücksprache wird auf dem Rezept vermerkt. Ein neues Rezept muss nicht ausgestellt werden.
- Sie lassen **Aut-idem nicht** zu (Markierung!): Sie werden von der Apotheke über die Lieferfähigkeit informiert und nach Alternativen befragt. Je nachdem, wie Sie sich geeinigt haben, notiert die Apotheke einen Vermerk auf dem Rezeptformular. Ein neues Rezept muss nicht ausgestellt werden. Wir empfehlen Ihnen, das Ergebnis der Rücksprache in der Patientendokumentation festzuhalten.

Weitere Informationen zum Thema „Aut-idem“ lesen Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/ Sonstiges/ A/ Aut-idem*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Brilique® (Ticagrelor) wird als Praxisbesonderheit anerkannt

Brilique® (Ticagrelor) ist rückwirkend zum 1. Januar 2012 als Praxisbesonderheit nach Paragraph 106 Absatz 5a SGB V in den Anwendungsgebieten, in denen ein Zusatznutzen laut Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorliegt, anzuerkennen.

Anwendungsgebiete mit Zusatznutzen:

Für die instabile Angina pectoris (IA) und den Myokardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung (NSTEMI) liegt ein Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen vor.

Für die Indikation Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI) mit perkutaner Koronarintervention ist kein Zusatznutzen belegt mit Ausnahme für

- die Gruppe der Patienten über 75 Jahre, die nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung nicht für eine Therapie mit Prasugrel + ASS infrage kommen,
- für Patienten mit transitorischer ischämischer Attacke oder ischämischem Schlaganfall in der Anamnese.

Für diese beiden Gruppen wurde jeweils ein auf Anhaltspunkten basierender, nicht quantifizierbarer Zusatznutzen festgestellt.

Für die Indikationen Myokardinfarkt mit STEMI, medikamentös behandelt und mit STEMI mit aortokoronarer Bypass-Operation ist kein Zusatznutzen belegt.

Hintergrund

Das Verfahren der frühen Nutzenbewertung sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband und pharmazeuti-

sche Unternehmer spätestens sechs Monate nach dem entsprechenden Beschluss des G-BA Erstattungsvereinbarungen abschließen. Neben der Höhe des Erstattungsbetrags sollen diese Vereinbarungen auch vorsehen, dass Verordnungen des jeweiligen Arzneimittels von der Prüfungsstelle als Praxisbesonderheiten anerkannt werden, wenn der Arzt bei der Verordnung im Einzelfall die dafür vereinbarten Anforderungen an die Zweckmäßigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit einer Verordnung eingehalten hat.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilte uns Folgendes mit: „Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass nach Paragraph 106 Absatz 5a SGB V Kosten für gesetzlich bestimmte Praxisbesonderheiten vor Einleitung eines Prüfverfahrens von den Verordnungskosten des Arztes abgezogen werden sollen.“

Ein „Verordnung Aktuell“ zur frühen Nutzenbewertung von Brilique® (Ticagrelor) steht Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* zur Verfügung.

Auf der Internetseite www.gkv-spitzenverband.de/praxisbesonderheiten.gkvnet informiert der GKV-Spitzenverband über Vereinbarungen mit Herstellern, für deren Arzneimittel ein Zusatznutzen erkannt wurde und deshalb als Praxisbesonderheit anerkannt werden muss.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Häusliche Krankenpflege und Medikamentengabe

In den vergangenen Wochen hatte sich die Deutsche BKK schriftlich mit der Bitte an bayerische Vertragsärzte gewandt, die Medikation bei bestimmten Patienten zu überprüfen beziehungsweise abzuändern. Dies führte verständlicherweise zu Irritationen und Unverständnis in den Praxen. Die Krankenkassen haben zwar nach dem SGB V unter anderem die Pflicht, Vertragsärzte über eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu informieren. Die Betonung liegt hierbei eindeutig auf der Information. In keinem Kontext erwähnt das Sozialgesetzbuch, dass sich der Vertragsarzt außerhalb von Anfragen des MDK gegenüber Krankenkassen rechtfertigen muss.

Ein Gespräch mit der Deutschen BKK ließ jedoch erkennen, dass es primär um die Ökonomisierung des Pflegedienstes im Hinblick auf die Medikamentengabe geht. Dies ging leider aus diesem Schreiben nicht hervor. Daher vereinbarten wir mit der Deutschen BKK, über das Thema der häuslichen Krankenpflege im Zusammenhang mit der Verabreichung von Medikamenten zu informieren. Im Gegenzug dazu hat die Deutsche BKK ihre Aktion gegenüber den bayerischen Vertragsärzten eingestellt.

Wir bitten Sie daher, bei der Medikation von pflegebedürftigen Patienten auch die Frequenz der Medikamentengabe im Hinblick auf den ökonomischen Einsatz des Pflegedienstes ausreichend zu berücksichtigen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Verordnungen für ehemalige Zivildienstleistende

Durch den Wegfall der allgemeinen Wehrpflicht gibt es seit Jahresbeginn keine Zivildienstleistenden mehr. Dennoch werden ärztliche Verordnungen noch zulasten der ehemaligen Kostenträger des Zivildienstes ausgestellt.

Die Formblätter BA Zivildienst/ B-Scheine 17895 und BA Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben 74895 sind nicht mehr gültig!

Verordnungen zulasten des Zivildienstes werden an den Absender, das heißt Apotheken oder Physiotherapeuten, zurückgegeben. Wir gehen davon aus, dass die diese auf Sie zukommen werden, um nachträglich eine korrekte Verordnung ausgestellt zu bekommen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Vorsicht beim „Switching“

Das Ausweichen von apothekenpflichtigen auf verschreibungspflichtige Präparate, das sogenannte „Switching“, kann unwirtschaftlich sein!

In der Arzneimittel-Richtlinie findet sich eine Vorgabe bezüglich des vorrangigen Einsatzes von apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Liegt demnach ein Wirkstoff sowohl in einer verschreibungspflichtigen als auch verschreibungsfreien Form vor, soll entsprechend Paragraph 12 Absatz 11 der aktuell gültigen Arzneimittel-Richtlinie „die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zulasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein.“

Klassische Beispiele für „Switching“:

- Protonenpumpeninhibitoren: Omeprazol, Pantoprazol
- Antihistaminika: (Des-)Loratadin, (Levo-)Cetirizin
- Antimykotika: Ciclopirox, Clotrimazol
- Analgetika: Ibuprofen
- Vitamine und Spurenelemente (zum Beispiel Selen, die Gruppe der B-Vitamine, Vitamin D)
- Antiparasitäre Mittel (zum Beispiel Infectopedicul Malathion Shampoo)

Ein ausführliches „Verordnung Aktuell“ zum Thema finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung Aktuell vom 23. August 2012*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Geld sparen durch regelmäßigen Versicherungscheck

Der Abschluss von Versicherungen ist zweifellos sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich eine sehr persönliche Angelegenheit, abhängig von der eigenen Risikoeinschätzung. Eine regelmäßige Überprüfung des Versicherungsschutzes ist für Vertragsärzte und angestellte Ärzte ein Muss, um im Bedarfsfall ausreichend finanziell abgesichert zu sein. Doch Über- und Mehrfachversicherungen führen oft zu unnötigen Kosten.

Überprüfen Sie daher bestehende Versicherungsverträge regelmäßig auf ihre Aktualität, einen ausreichenden Risikoschutz und eine angemessene Deckungshöhe. Beachten Sie dabei, dass mit falschen oder unvollständigen Angaben sowie mit Vereinbarungen, die nicht den aktuellen Gegebenheiten entsprechen, der Versicherungsschutz riskiert wird. Darüber hinaus sollten folgende Fragen regelmäßig von Ihnen beantwortet werden:

- Ist die Höhe der Selbstbeteiligung, der Rabatte oder eventuell Leistungskürzungen angemessen?
- Passen die ursprünglich vereinbarten Zahlungsmodalitäten noch?
- Bieten andere Versicherungsgesellschaften ein attraktiveres Preis-Leistungs-Verhältnis an? Ist unter Beachtung von Vertragslaufzeit und Kündigungsfristen ein Wechsel möglich?

Grundsätzlich ist zu empfehlen, sich bei der Absicherung nicht nur an ein Unternehmen zu binden, sondern gegebenenfalls den Versicherungsbestand von unabhängigen Versicherungsmaklern überprüfen zu lassen.

Weitere Tipps zum Thema Versicherungsschutz für den Arzt und die

Praxis finden Sie in der KVB-Publikation „Beratungsservice für Ärzte“, Band 5, „Wirtschaftlich erfolgreiche Praxisführung – Grundlagen der Betriebswirtschaft für Ärzte und Psychotherapeuten“. Sprechen Sie Ihren KVB-Praxisführungsberater vor Ort darauf an. Die Kontaktdaten finden Sie in diesem KVB FORUM auf Seite 39.

Indikationsstellung bei gastrointestinaler Endoskopie

Gastrointestinale endoskopische Untersuchungen und Interventionen (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, Koloskopie, ERCP, Endosonographie) bedürfen einer Aufklärung und Indikationsstellung. Methodentypische Komplikationen können trotz korrekter Aufklärung und gegebenem Einverständnis zu zivilrechtlichen Haftungsansprüchen führen, wenn keine Indikation vorlag. So stellte die Norddeutsche Schlichtungsstelle bereits im Jahr 2008 fest, „dass Ärzte eine Untersuchung selbst auf ausdrücklichen Wunsch von Patienten hin dann nicht durchführen dürfen, wenn sie dafür keine Indikation sehen. Dies gilt vor allem dann, wenn diese Untersuchung naturgemäß mit erheblichen Risiken verbunden ist.“¹ In diesem Fall war es bei einer Patientin mit unklaren abdominellen Schmerzen, aber unauffälligen Laboruntersuchungen und unauffälligen vorangegangenen Untersuchungen, nach einer korrekt durchgeführten ERCP zu einer post-ERCP-Pankreatitis mit wochenlangem Krankenhausaufenthalt gekommen.

Auch ÖGD und Koloskopien betroffen

Die häufigsten gastrointestinalen endoskopischen Untersuchungen sind die Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) und Koloskopie. Allein in Bayern werden im Quartal mehr als 300.000 Koloskopien durchgeführt. Die Rate der nicht indizierten Koloskopien liegt bei nahezu 30 Prozent². Die Komplikationsraten diagnostischer und therapeutischer Koloskopien schwanken zwischen wenigen Promille und mehr als 20 Prozent³. Die Rate nicht indizierter ÖGD erreicht nahezu 25 Prozent⁴. Ein Haftungsrisiko kann bei einer nicht indizierten Leistung nicht ausgeschlossen werden, dies gilt sogar

dann, wenn der Patient die Leistung ausdrücklich wünscht und die Leistung lege artis erbracht wurde.

Fazit

Die Indikationsstellung für gastrointestinale Endoskopien ist Grundlage einer sicheren und qualitätskonformen Leistung. Die Ausführungen der Norddeutschen Schlichtungsstelle geben Anlass, die endoskopierenden Kollegen und deren Überweiser daran zu erinnern, auf die Indikationsstellung zu achten. Insbesondere ist es für die Indikationsstellung essenziell, dem ausführenden Arzt relevante Vorbefunde mitzugeben. Wunschendoskopien, vor allem als sogenannte Kombinations-ÖGD-Koloskopien, können zu erheblichen Haftungsrisiken führen. Eine aktuelle Leitlinie der American Society for Gastrointestinal Endoscopy⁵ kann als Entscheidungshilfe bei der Indikationsstellung für gastrointestinale Endoskopien genutzt werden.

Dr. Berndt Birkner, Vorsitzender der Qualitätsmanagement Kommission und Mitglied der Vorstandskommission Koloskopie

¹ erschien im Niedersächsischen Ärzteblatt 3/2008

² *Endoscopy* 2009;41:240-6

³ *Endoscopy* 2005;37:1116-22

⁴ *Dig Liver Dis* 2010;42:122-6

⁵ *Gastrointest Endosc* 2012;75:1127-31

QSV Hörgeräteversorgung für Erwachsene

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat die Anforderungen an die Praxisausstattung nach Paragraph 4 a) und b) der am 1. April 2012 in Kraft getretenen Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur Hörgeräteversorgung für Erwachsene erläutert:

1) Anforderungen an den schallreduzierten Raum nach Paragraph 4 a) der QSV

Die Anforderung nach Paragraph 4 a) der QSV, wonach Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld in einem schallreduzierten Raum mit einem Störschallpegel kleiner als 40 dB durchzuführen sind, deckt sich mit der schon lange geltenden Anforderung der Hilfsmittel-Richtlinie HilfsM-RL („Raum mit einem Störschallpegel von nicht mehr als 40 dB“, vergleiche Paragraph 27 Absatz 2 HilfsM-RL). Sofern also der schallreduzierte Raum den Anforderungen der HilfsM-RL entspricht, sind aufgrund der QSV von den HNO-Ärzten zum Beispiel keinerlei Neumessungen durchzuführen.

2) Anforderungen an Audiometer nach Paragraph 4 b) der QSV

Auch die in Paragraph 4 b) der QSV aufgeführte Anforderung, wonach das verwendete Audiometer gemäß den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes zugelassen sein muss, entspricht der in der HilfsM-RL genannten Anforderung (vergleiche dort Paragraph 27 Absatz 2). Bezüglich der in Paragraph 4 b) ebenfalls aufgeführten DIN ISO Normen 8253-1 und 8253-2 hat die KBV klargestellt, dass sich diese Normen – zumindest in erster Linie – nicht auf Audiometer beziehen, sondern auf Anforderungen an einen entsprechenden Messraum, in dem audiometrische

Prüfverfahren durchgeführt werden. Der Hinweis auf die DIN ISO Normen 8253-1 und 8253-2 bezieht sich somit vielmehr ausschließlich auf die Durchführung von audiometrischen Verfahren nach den bereits schon lange geltenden Vorgaben der Leistungslegende zur GOP 09320 EBM (Tonschwellen-audiometrische Untersuchung).

Diabetesvereinbarungen – Berechnung der Betreuungspauschale

Gemäß den Diabetesvereinbarungen sind **diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte** verpflichtet, die gestellten Anforderungen hinsichtlich Qualifikation und Arbeitszeit ihres nichtärztlichen Personals nachzuweisen.

Mit Wirkung zum **1. Juli 2012** erhalten Ärzte, die das nachfolgend beschriebene Qualitätskriterium noch **nicht** erfüllen, einen Abschlag auf die Betreuungspauschalen 97310, 97320, 97321, 97312, 97322, 97313, 97323, 97333 der Diabetesvereinbarungen (Anlage 3) in Höhe von **– 4,50 Euro (diese Regelung gilt nicht für den vdek)**:

- Die Arbeitszeit des nichtärztlichen Personals (Diabetesassistent DDG, Diabetesberater DDG beziehungsweise Fachkraft mit vergleichbarer Qualifikation, Auszubildende/r zum Diabetesberater DDG) muss bei einer Vollzulassung des die Leistung durchführenden Arztes **mindestens 38 Wochenstunden**, bei **häufigem Versorgungsauftrag mindestens 19 Wochenstunden** betragen. Dies gilt auch für einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt in Gemeinschaftspraxen (GP), Praxisgemeinschaften (PG), Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und angestellte Ärzte. Für jede weitere Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt **muss** ein Diabetesberater DDG beziehungsweise eine Fachkraft mit einer dem Diabetesberater DDG vergleichbaren Qualifikation mit **mindestens 19 Wochenstunden** nachgewiesen werden.
- In überörtlichen GP/MVZ/PG sind **an jedem Vertragsarztsitz** ein eigener Diabetesberater DDG

beziehungsweise eine Fachkraft mit einer dem Diabetesberater DDG vergleichbaren Qualifikation mit **mindestens 38 Wochenstunden** (analog zu den vorher genannten Bestimmungen) erforderlich.

Hinweis: Der aufgeführte Maximalbetrag von 75 Euro pro Betreuungspauschale bleibt unverändert.

Sie finden die Diabetesvereinbarungen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bayern/Buchstabe „D“/Diabetesvereinbarungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 43 98
 E-Mail info-dmp@kvb.de

Versand von Patientendaten an den MDK

Bitte beachten Sie, dass Sie verpflichtet sind, Sozialdaten, also auch die Patientenunterlagen, dem Medizinischen Dienst (MDK) auf dessen Anforderung hin **unmittelbar** zu übermitteln, soweit dies für seine gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist (Paragraph 276 Absatz 2 SGB V). Es ist deshalb nicht zulässig, Patientendaten auf Anforderung der Krankenkasse unverschlossen an diese zur Weiterleitung an den MDK zu senden. **Ausgenommen** hiervon ist die Verwendung der in den Anlagen 2 zu den Bundesmantelverträgen vereinbarten Vordrucke wie beispielsweise das Muster 52 (Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit), wenn sie von der Kasse nicht verändert wurden.

Die vereinbarten Vordrucke finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Formulare/Vordruckmustersammlung*.

Verwendung Muster 10 und 10A bei Laboraufträgen

Aufgrund der Anfrage, ob Laborauftragscheine elektronisch versandt und erst im Labor als Auftrag ausgedruckt werden können, möchten wir Sie auf Folgendes hinweisen: Mit dem Untersuchungsmaterial muss zusätzlich auch **das vollständig ausgefüllte Muster 10 beziehungsweise Muster 10A in Papierform an das Labor versandt werden**. Eine alleinige Übermittlung der Anforderungsdaten auf elektronischem Wege oder die ausschließliche Verwendung eines Barcode-Aufklebers ist unzulässig.

Die Pflicht zur papiergebundenen Aufzeichnung und Übermittlung ergibt sich aus den Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung (Ziffer 5 ff.), wonach das Muster 10 „für die Überweisung“ beziehungsweise das Muster 10A „als Anforderungsschein ... zu verwenden“ und „vollständig vom anfordernden Vertragsarzt auszufüllen“ ist (siehe auch Paragraphen 24 Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Sätze 2 und 3, Absatz 8, 25 Absatz 3, 33 und 34 Absatz 1, 35 Absatz 2 Satz 1 des Bundesmantelvertrags/Ärzte (BMV-Ä) beziehungsweise Paragraphen 6 Absatz 1, 22 Absatz 2, 27 Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Sätze 2 und 3, Absatz 8, 28 Absatz 3 des Bundesmantelvertrags Ärzte/Erstkrankenkassen (EKV-Ä) sowie Ziffern 1.1.1, 1.1.4, 1.2.1, 2.10 und 2.10A der Vordruckvereinbarung (Anlage 2 BMV).

Sie finden die Vordruckvereinbarung und ihre Erläuterungen unter www.kbv.de/rechtsquellen/2306.html.

Die Anlaufstelle Bürokratieabbau der KVB hatte bereits verschiedene Vereinfachungsvorschläge, unter anderem zu Muster 10 und Muster 10A, an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) herangetragen.

Allerdings ist dort derzeit eine Vereinheitlichung von Muster 10 und Muster 10A nicht geplant. Auch eine Verkürzung der Aufbewahrungsfristen von Formularen wurde thematisiert. Hier weist die KBV auf die berufsrechtlich geregelte Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren für ärztliche Aufzeichnungen hin (Paragraph 10 Absatz 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, Paragraph 18 Absatz 1 Nummer 3 Heilberufe-Kammergesetz Bayern).

Bei Fragen erreichen Sie uns unseren Experten Claus-Micha Löblein unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 36
 E-Mail Claus-Micha.Loeblein@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und an der Praxis orientiert. Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. (nur Modul I und Update) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I und Update Modul I)
- erfahrenen notärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO-KVB)
- **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)

- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleinstgruppen, Fallsimulation

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

Termine Modul I:

- Samstag, 17. November 2012
KVB Augsburg

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- pädiatrische Akut- und Notfälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.15 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 7. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City
- Mittwoch, 21. November 2012
Augsburg/KVB

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 Modul III:

- Mittwoch, 24. Oktober 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 28. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/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 / 5 70 93 – 4 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

Online-Anmeldung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Online-Anmeldung*.

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 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=

Fortbildung Impfen

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte=

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

EBM-Grundlagenworkshop operativ tätige Fachärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Hausärzte

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

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

Gründer-/Abgeberforum

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Alles rund ums Arbeitsrecht

EBM-Grundlagenworkshop Hausärzte

QM-/QZ-Seminare

Fortbildung „MRSA positiv! MRSA-Patienten in der Praxis“

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Patienten- und Zuweiserbefragung

Lokales Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	85,- Euro	24. Oktober 2012	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
	85,- Euro	26. Oktober 2012	15.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg
	kostenfrei	24. Oktober 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Oktober 2012	15.00 bis 19.30 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Oktober 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		14. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Oktober 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		13. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	31. Oktober 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		7. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		14. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
		14. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	7. November 2012	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	7. November 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		14. November 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
		10. November 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	10. November 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	Regensburg
		10. November 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	München
		17. November 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	10. November 2012	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	13. November 2012	10.00 bis 13.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	14. November 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	15. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	17. Oktober 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Augsburg
QZ-interessierte Psychotherapeuten	110,- Euro	20. Oktober 2012	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	24. Oktober 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	München
ärztliche QZ-Moderatoren	kostenfrei	17. Oktober 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
		24. Oktober 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		31. Oktober 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	München

KVBIINFOS 11|12

ABRECHNUNG

- 178 Die nächsten Zahlungstermine

VERORDNUNGEN

- 178 Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie
- 179 Verordnungsseminare im November und Dezember 2012
- 180 Ausfüllhilfe für Podologie-Verordnungen aktualisiert
- 180 Fiktiv zugelassene Präparate
- 180 Gebrauchsanweisung bei Rezepturen
- 181 Hilfsmittel-Lieferverträge der Krankenkassen
- 181 Frühe Nutzenbewertung von Esbriet® (Pirfenidon)

QUALITÄT

- 182 Neue Medizinische Hygieneverordnung (MedHygV)
- 183 Muster-Hygieneplan gastroenterologische Praxis
- 184 Stichprobenprüfungen Sonographie der Schilddrüse
- 186 Gynäkologische Zytologie

ALLGEMEINES

- 188 Beendigung von Qualitätsmaßnahmen nach Paragraph 136 Abs 4 SGB V
- 189 Ambulante Hernien-Operation

PRAXISFÜHRUNG

- 190 Datenschutz: Weitergabe von Patientendaten

SEMINARE

- 191 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 192 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 194 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 12. November 2012**
Abschlagszahlung Oktober 2012
- 10. Dezember 2012**
Abschlagszahlung November 2012
- 10. Januar 2013**
Abschlagszahlung Dezember 2012
- 31. Januar 2013**
Restzahlung 3/2012
- 11. Februar 2013**
Abschlagszahlung Januar 2013
- 11. März 2013**
Abschlagszahlung Februar 2013
- 10. April 2013**
Abschlagszahlung März 2013
- 30. April 2013**
Restzahlung 4/2012
- 10. Mai 2013**
Abschlagszahlung April 2013
- 10. Juni 2013**
Abschlagszahlung Mai 2013
- 10. Juli 2013**
Abschlagszahlung Juni 2013
- 31. Juli 2013**
Restzahlung 1/2013
- 12. August 2013**
Abschlagszahlung Juli 2013
- 10. September 2013**
Abschlagszahlung August 2013
- 10. Oktober 2013**
Abschlagszahlung September 2013
- 31. Oktober 2013**
Restzahlung 2/2013
- 11. November 2013**
Abschlagszahlung Oktober 2013

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

Anlage XII (Frühe Nutzenbewertung)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Anlage XII der Arzneimittel-Richtlinie (Nutzenbewertung von Arzneimitteln) beschlossen, um die Wirkstoffe Belimumab, Ipilimumab und Vandetanib zu ergänzen.

Belimumab (Benlysta®) ist indiziert als Zusatztherapie bei erwachsenen Patienten mit aktivem, Autoantikörper-positiven systemischen Lupus erythematodes (SLE), die trotz Standardtherapie eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen. Der G-BA sieht für Belimumab einen Hinweis für einen **beträchtlichen Zusatznutzen** gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Ausschlaggebend hierfür ist insbesondere die Vermeidung von Schüben bei der Behandlung von SLE-Patienten. Dies stellt nach Ansicht des G-BA eine mehr als nur moderate Verbesserung des therapielevanten Nutzens dar. Der Beschluss ist am 2. August 2012 in Kraft getreten.

Ipilimumab (Yervoy®) ist zugelassen zur Behandlung von fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanomen bei Erwachsenen, die zuvor eine Therapie erhalten haben. Der G-BA sieht für Ipilimumab einen Hinweis für einen **beträchtlichen Zusatznutzen** gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie „Best Supportive Care“. Gegenüber dieser handelt es sich beim Endpunkt „Gesamtüberleben“ um eine bisher nicht erreichte deutliche Verbesserung des therapielevanten Nutzens, da eine moderate Verlängerung der Überlebensdauer erreicht wird. Der Beschluss ist am 2. August 2012 in Kraft getreten und bis 2. August 2017 befristet.

Vandetanib (Caprelsa®) ist angezeigt für die Behandlung von aggressivem und symptomatischem medullärem Schilddrüsenkarzinom (MTC) bei Patienten mit nicht resektabler, lokal fortgeschrittener oder metastasierter Erkrankung. Als zweckmäßige Vergleichstherapie hat der G-BA „Best Supportive Care“ festgelegt, da für die Behandlung des MTC bisher keine Arzneimittel zugelassen sind.

Da die für die Nutzenbewertung von Vandetanib erforderlichen Nachweise nicht vollständig vorgelegt worden sind, gilt der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie als nicht belegt. Der Beschluss ist am 6. September 2012 in Kraft getreten.

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Frühe Nutzenbewertung*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Verordnungsseminare im November und Dezember 2012

KVB-Seminare	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	8. November 2012	19.00 bis 21.00 Uhr	Nürnberg
	15. November 2012		Augsburg
	27. November 2012		Bayreuth
	12. Dezember 2012	17.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Refresher-Kurs für Ärzte rund um die Verordnung	7. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
	12. Dezember 2012		Regensburg
Verordnungen - Workshop für Praxismitarbeiter	7. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg

Online-Anmeldung unter
www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/
 Fortbildung/KVB-Seminare/Online-
 Anmeldung*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Ausfüllhilfe für Podologie-Verordnungen aktualisiert

Aufgrund der bei uns eingehenden Anfragen haben wir unsere Ausfüllhilfe angepasst. Die Aktualisierung betrifft den Punkt 10 unserer Veröffentlichung vom 26. September 2012:

„Diagnose mit Leitsymptomatik“

Angabe der konkreten Diagnose einschließlich Therapieziel(en) nach Maßgabe des Heilmittel-Katalogs. Bitte die Leitsymptomatik immer patientenindividuell angeben, es sei denn, sie ergibt sich bereits aus dem Indikationsschlüssel. Gegebenenfalls ergänzende Hinweise (zum Beispiel Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen).

Diagnosen nach dem Heilmittel-Katalog:

- Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie
- Diabetisches Fußsyndrom mit Angiopathie
- Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie und Angiopathie

Die Angabe des Wagner-Stadiums ist nicht erforderlich. Sollten Sie sich dennoch für die Angabe des Wagner-Stadiums entscheiden, ist zusätzlich ein Vermerk, welcher Teil des Fußes im Wagner-Stadium 0 podologisch behandelt werden soll, zwingend notwendig. Ohne diesen Vermerk kann die Behandlung nicht durchgeführt werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Fiktiv zugelassene Präparate

In der Mai-Ausgabe der KVB INFOS 2012 haben wir Sie zuletzt zum Thema fiktiv zugelassene Arzneimittel informiert. Unsere Auflistung der fiktiv zugelassenen Arzneimittel wird ständig überprüft und gegebenenfalls aktualisiert. Zuletzt kamen die Präparate

- Hylase Dessau® 1500 I. E.,
- Laif 900® und
- Tetra-Gelomyrtol® hinzu.

Aktualisierungen finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Gebrauchsanweisung bei Rezepturen

Nach der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV), Paragraph 2, muss die Verordnung einer Rezeptur eine Gebrauchsanweisung enthalten. Apotheken sind dazu angehalten, Sie auf diese notwendige Angabe hinzuweisen, da Apotheken sonst retaxiert werden können. Nur in dringenden Fällen, wenn der verordnende Arzt nicht erreichbar ist, darf die Apotheke die fehlenden Angaben entsprechend ergänzen. Unsere Ausfüllhilfe für das Muster 16 haben wir für Sie aktualisiert. Sie finden die Ausfüllhilfe „Arzneimittel-Rezept: Ausstellen einer Verordnung Muster 16“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Sonstiges/Buchstabe „A“*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Hilfsmittel-Lieferverträge der Krankenkassen

Seit Mitte 2008 dürfen Hilfsmittel nur noch aufgrund von Hilfsmittel-Lieferverträgen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern an die Versicherten abgegeben werden. Die Krankenkassen schließen kontinuierlich Lieferverträge neu ab oder ändern bestehende. Dies bedeutet, dass Ihre Patienten unter Umständen Hilfsmittel nicht mehr bei ihrem gewohnten Hilfsmittel-Lieferanten beziehen können. Eine Ausnahme ist nur für den Fall vorgesehen, dass der Versicherte ein berechtigtes Interesse nachweisen kann, dass er das verordnete Hilfsmittel von einem anderen Hilfsmittel-Lieferanten bezieht. Dadurch entstandene Mehrkosten hat der Versicherte in dem Fall selbst zu tragen.

Aufgrund der zahlreichen, unterschiedlichen Lieferverträge der Krankenkassen verzichten wir auf konkrete Informationen zu einzelnen Lieferverträgen. Bei Nachfragen Ihrer Patienten zu möglichen Hilfsmittel-Lieferverträgen verweisen Sie bitte an die zuständige Krankenkasse.

Der Patient hat grundsätzlich die freie Wahlmöglichkeit seines Hilfsmittelversorgers. Die Zuweisung zu bestimmten Leistungserbringern ist nicht erlaubt. Dies kann als unzulässige Zusammenarbeit bewertet werden. Ausnahme: Im Fall der Hilfsmittel-Lieferverträge benennt die Krankenkasse dem Patienten den Versorger.

Für die Verordnung von Hilfsmitteln gelten die bisherigen Grundsätze der Richtlinie unverändert fort.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Frühe Nutzenbewertung von Esbriet® (Pirfenidon)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Anlage XII beschlossen, um den Wirkstoff Pirfenidon zu ergänzen. Die Anlage ist zum 15. März 2012 in Kraft getreten. Esbriet® (Pirfenidon) ist rückwirkend zum 15. September 2012 als Praxisbesonderheit nach Paragraph 106 Absatz 5a SGB V in den Anwendungsgebieten, in denen ein Zusatznutzen laut Beschluss des G-BA vorliegt, anzuerkennen.

Anwendungsgebiete mit Zusatznutzen

Pirfenidon ist ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens („Orphan Drug“). Es wird bei Erwachsenen zur Behandlung von leichter bis mittelschwerer idiopathischer pulmonaler Fibrose (IPF) angewendet. Der G-BA hat Pirfenidon einen Zusatznutzen attestiert, der aber nicht quantifizierbar ist. Für Orphan Drugs gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt. Es müssen aber Nachweise über

- zugelassene Anwendungsgebiete,
- Anzahl der Patienten und Patientengruppen, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen besteht,
- Kosten der Therapie für die Gesetzliche Krankenversicherung,
- Anforderung an eine qualitätsgesicherte Anwendung

geführt werden. Erreicht ein pharmazeutisches Unternehmen mit einem Orphan Drug in der Gesetzlichen Krankenversicherung einen Umsatz von mehr als 50 Millionen Euro in den letzten zwölf Kalendermonaten, muss der Nachweis des Zusatznutzens erbracht und ein vollständiges Dossier vorgelegt werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilte uns Folgendes mit: „Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass nach Paragraph 106 Absatz 5a SGB V Kosten für gesetzlich bestimmte Praxisbesonderheiten vor Einleitung eines Prüfverfahrens von den Verordnungskosten des Arztes abgezogen werden sollen.“

Informationen zu allen Beschlüssen des G-BA sowie über Rabattverhandlungen nach AMNOG zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem jeweiligen Hersteller finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Neue Medizinische Hygieneverordnung (MedHygV)

Die neue MedHygV (Änderung zur Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen), die in Bayern seit 1. September 2012 in Kraft getreten ist, gilt für die in Paragraph 1 Absatz 2 der Verordnung genannten Einrichtungen inklusive Arztpraxen, Einrichtungen für ambulantes Operieren sowie Dialyseeinrichtungen und betrifft die Umsetzung und Einhaltung der gültigen Hygienevorschriften auch durch die niedergelassenen Ärzte. Nachfolgend die wichtigsten Neuerungen für Sie auf einen Blick.

Pflichten, Änderungen und Tätigkeiten für alle Arztpraxen

Paragraph 2

Umsetzung und Einhaltung der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zur Verhütung nosokomialer Infektionen und Vermeidung der Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen.

Paragraph 3

Erstellung eines Hygieneplans mit innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen zur Infektionshygiene und regelmäßige Aktualisierung (kontinuierliche Fortschreibung) des Hygieneplans. Die Inhalte ergeben sich aus den in Paragraph 3 Absatz 1 genannten Punkten.

Zusätzliche Pflichten, Änderungen und Tätigkeiten für ambulant operierende Einrichtungen

Paragraph 2

Regelmäßige Aufklärung der Beschäftigten über die Bedeutung eines vollständigen und ausreichenden Impfschutzes zur Verhütung nosokomialer Infektionen.

Paragraph 2a

Verpflichtung zum Betrieb, zur War-

tung und regelmäßigen hygienischen Überprüfung von baulich-funktionellen Anlagen mit möglichem infektionshygienischen Risiko durch den Betreiber gemäß den allgemein anerkannten Regeln der Technik (betrifft zum Beispiel Raumluftechnik und Wasserhausinstallation der Einrichtung). Beratung durch einen Krankenhaushygieniker vor Bauvorhaben in Einrichtungen für ambulantes Operieren, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, und Meldung des Bauvorhabens an die zuständige Gesundheitsbehörde.

Paragraph 5

1. Beratung durch einen Krankenhaushygieniker mit Qualifikation nach Paragraph 6 Absatz 3 (Beratungsumfang nach Behandlungsspektrum der Einrichtung und dem Risikoprofil der dort behandelten Patienten auf Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung).
2. Beschäftigung von Hygienefachkräften mit Qualifikation nach Paragraph 7 Absatz 2. Die Anzahl ergibt sich aus der RKI-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“.
3. Bestellung mindestens eines hygienebeauftragten Arztes in Einrichtungen für ambulantes Operieren, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt. Voraussetzung ist eine mindestens 40 Stunden umfassende Fortbildung nach Paragraph 8 Absatz 2.
4. Bestellung mindestens eines hygienebeauftragten in der Pflege in Einrichtungen für ambulantes Operieren, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare

medizinische Versorgung erfolgt. Voraussetzung ist eine Qualifikation nach Paragraph 9 Absatz 2.

Nach Paragraph 5 Absatz 3 gilt eine Übergangsfrist zur Qualifikation des jeweiligen Fachpersonals bis zum 31. Dezember 2016.

Paragraph 10

Fortlaufende Erfassung, Aufzeichnung und Bewertung von nosokomialen Infektionen und des Auftretens von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen sowie von Daten zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs. Sicherzustellen ist die frühzeitige Erkennung von Patienten, von denen ein Risiko für nosokomiale Infektionen ausgeht, sowie die Einleitung von Schutzmaßnahmen und die Dokumentation in der Patientenakte.

Paragraph 11

In regelmäßigen Abständen Vorlegen der Aufzeichnungen zur Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen beim Krankenhaushygieniker, jedoch unverzüglich bei Gefahr in Verzug.

Paragraph 12

Infektionshygienische Fortbildung des Hygienefachpersonals mindestens alle zwei Jahre. Schulung des in der Patientenversorgung tätigen Personals der Einrichtung bei Beginn des Arbeitsverhältnisses und danach mindestens einmal jährlich über die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene, die in den Hygieneplänen festgelegt sind.

Paragraph 14

Anzeigespflicht der Aufnahme der Tätigkeit von Einrichtungen für ambulantes Operieren bei der zuständigen Gesundheitsbehörde. Bei be-

Muster-Hygieneplan gastroenterologische Praxis

stehenden Einrichtungen für ambulantes Operieren ist die Tätigkeit bis zum 30. November 2012 bei der zuständigen Gesundheitsbehörde (= Gesundheitsamt) anzuzeigen.

Für Dialyseeinrichtungen gilt entsprechend Paragraph 2a, Paragraph 5, Paragraph 10 Absatz 3 und Paragraph 12.

Die KVB stellt den Praxen umfangreiches Informationsmaterial zum Hygienemanagement zur Verfügung. Sie finden dieses unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte*.

Zur Umsetzung der Anforderungen der neuen MedHygV wird die KVB insbesondere die Einrichtungen für ambulantes Operieren und Dialyseeinrichtungen zeitnah anschreiben und weiter informieren. Beim Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit wurde bereits um Erläuterungen zu der neuen MedHygV angefragt. Für die Umsetzung der Anzeigepflicht nach Paragraph 14 wurde ein einheitliches Formular in Aussicht gestellt.

Den Text der aktuellen Änderung der MedHygV finden Sie unter: www.verkuendung-bayern.de in der Rubrik Service-Center/Bayern Recht/Verkündungsplattform/Gesetz- und Verordnungsblatt - GVBl /Jahrgang 2012 - Heftnummer 16/ Seite 424.

Bei Fragen erreichen Sie uns unsere Expertin Wiebke Robl unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 - 3 36
E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat einen Muster-Hygieneplan (Rahmenplan) für gastroenterologische Praxen erarbeitet. Grundlage ist eine Analyse und Bewertung potentieller Infektionsgefahren in der Praxis.

Der Muster-Hygieneplan dient als Gerüst für einen individuell in der Praxis zu erstellenden Hygieneplan und muss auf die praxisspezifischen Gegebenheiten angepasst werden. Dafür liegen der Muster-Hygieneplan sowie ergänzende Arbeitsanweisungen und Checklisten im Word-Format vor. Informationsblätter enthalten ergänzende Informationen zu themenspezifischen Rechtsgrundlagen mit Erklärungen zu hygiene-relevanten Regelungen.

Inhalte des Muster-Hygieneplans

- Personelle Anforderungen
- Räumliche und apparative Ausstattung
- Personalhygiene
- Personenschutz
- Patientenhygiene
- Meldung infektiöser Krankheiten
- Desinfektion und Reinigung von Flächen
- Aufbereitung flexibler Endoskope

Für Praxen mit fertigen Hygieneplänen ermöglicht der Muster-Hygieneplan einen Abgleich der vorhandenen Inhalte und die Identifikation von Verbesserungspotential sowie vorhandener Lücken. Den Muster-Hygieneplan mit Informationsblättern, Checklisten und Arbeitsanweisungen können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte* abrufen.

Dort finden Sie weitere Informationen zum Hygienemanagement.

Bei Fragen erreichen Sie uns unsere Expertin Wiebke Robl unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 - 3 36
E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

Stichprobenprüfungen Sonographie der Schilddrüse

Auswahlverfahren

Die KVB ist gemäß Paragraph 11 der aktuellen Ultraschallvereinbarung verpflichtet, jährlich von mindestens drei Prozent der Ärzte mit Sonographiegenehmigung die Dokumentationen zu fünf abgerechneten Ultraschalluntersuchungen anzufordern und zu überprüfen. Um die Arbeit der Sonographiekommision zu erleichtern, erfolgt die Anforderung jährlich bei ausgewählten Anwendungsbereichen. Ab Oktober 2012 werden wir Stichprobenprüfungen beim Anwendungsbereich Schilddrüse durchführen. Die Auswahl der Dokumentationen erfolgt nach dem Zufallsprinzip durch uns. Sie erhalten hierzu von uns ein Anforderungsschreiben unter Angabe des Patientennamens und des Untersuchungsdatums.

Prüfinhalt und Prüfungsumfang

In der aktuellen Ultraschallvereinbarung werden Dokumentationsstandards definiert, die bei jeder von Ihnen angeforderten und eingereichten Dokumentation durch die Sonographiekommision der KVB auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft werden. Bitte beachten Sie, dass aus der ärztlichen Dokumentation hervorgehen müssen:

- Patientenidentität (Name und Alter)
- Untersucheridentifikation
- Untersuchungsdatum
- Fragestellung beziehungsweise Indikation der Untersuchung
- gegebenenfalls eingeschränkte Untersuchungsbedingungen beziehungsweise Beurteilbarkeit
- organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden

- (Verdachts-)diagnose
- abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen

Bitte beachten Sie, dass aus der Bilddokumentation mindestens hervorgehen müssen:

- Inhalte nach Anlage III Nummer 6 der aktuellen Ultraschallvereinbarung
- bei Normalbefund: Darstellung von einer oder mehreren geeigneten Schnittebenen zur Belegung des Normalbefunds im Sinne der Fragestellung (nur bei B-Modus)
- bei pathologischem Befund: Darstellung in zwei Schnittebenen oder – wenn dies nicht möglich ist – in einer Schnittebene (nur bei B-Modus)

Die Beurteilung der eingereichten Dokumentationen erfolgt nach dem bundeseinheitlichen „Bewertungsschema Ultraschall“. Dieses finden Sie unter: www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Ultraschallvereinbarung/Prüfungen/Stichprobenprüfungen*.

Durchführungs- und Dokumentationsstandards für die Schilddrüse

Für die Sonographie der Schilddrüse (Erwachsene/Kinder) – betreffend die GOP 33012 – gelten konkret folgende Standards:

1. Untersuchungsablauf

Rückenlage des Patienten mit Reklination des Kopfes. Durchmusterung beider Schilddrüsenlappen in Quer- und Längsschnitt. Bei gegebener Indikation zusätzliche Untersuchung der Nebenschilddrüsen beziehungsweise der regionalen Lymphknoten.

2. Bilddokumentation

Normalbefund

- Querschnitt beider Lappen in Höhe des Isthmus beziehungsweise im Bereich des maximalen Tiefendurchmessers
- kompletter Längsschnitt beider Lappen im maximalen cranio-caudalen Längsdurchmesser einschließlich Vermessung

Pathologischer Befund

- Darstellung von Konturunregelmäßigkeiten, abnormer Echogenität/Homogenität und von relevanten Herdbefunden/Knoten mit Vermessung in zwei Ebenen

3. Schriftliche Befundung

- Schilddrüsenvolumen
- Konturen, Echogenität (Referenz: M. sternocleidomastoideus)/Homogenität
- Herdbefunde

Anmerkung zur sonographischen Untersuchung der Schilddrüse bei Kindern: Erschwerte Untersuchungsbedingungen sollten im Befund dokumentiert werden.

Konsequenzen

Das Ergebnis der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation teilen wir Ihnen schriftlich mit. Sie werden über bestehende Mängel informiert und gegebenenfalls beraten, wie diese behoben werden können.

Weist die Dokumentation Mängel auf, fordern wir von Ihnen im folgenden Jahr erneut die Dokumentationen zu fünf abgerechneten Ultraschalluntersuchungen an. Werden die Anforderungen auch dann nicht erfüllt, haben Sie die Möglichkeit, innerhalb von sechs Wochen an einem Kolloquium bei uns teilzunehmen. Wird an dem Kolloquium nicht teilgenommen oder war die Teilnahme an dem Kolloquium nicht erfolgreich, ist die Genehmigung zu widerrufen.

Nach Widerruf der Genehmigung können Sie frühestens nach Ablauf von drei Monaten einen Antrag auf eine erneute Teilnahme an einem Kolloquium stellen. Diesem Antrag ist eine Bescheinigung über die zwischenzeitliche Teilnahme an geeigneten Fortbildungsmaßnahmen (zum Beispiel Ultraschallkurs) beizulegen. Ist die Teilnahme an dem Kolloquium erfolgreich, erteilen wir die Genehmigung.

Gynäkologische Zytologie

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat im September 2012 folgende Informationen zur gynäkologischen Zytologie veröffentlicht: Die gynäkologische-zytologische Untersuchung der Zervix kann mittels „konventioneller“ oder Dünnschichtzytologie erfolgen. Doch wann ist welches Verfahren in der vertragsärztlichen gynäkologischen Zytologie zulässig? Dafür gibt es klare Regeln:

Zytologische Untersuchung		
im Rahmen der Krebsfrüherkennung	im Rahmen der Empfängnisregelung	im Rahmen der kurativen Versorgung
GOPen 01730 und 01733	GOP 01825 (Abstrichentnahme) und GOP 01826 (zytologische Untersuchung)	GOP 19311 (Abstrichentnahme)
<p>Erfolgt die Entnahme und Untersuchung von Zellmaterial zum Zwecke der Krebsfrüherkennung, ist die konventionelle Abstrich- und Analysetechnik vorgeschrieben.</p> <p>Daraus folgt: Zytologische Untersuchungen der Ekto- und Endozervix zur Krebsvorsorge sind ausschließlich in klassisch konventioneller Technik zu erbringen.</p>	Die GOPen 01825 und 01826 können sowohl bei einer konventionellen Zytologie als auch bei Anwendung der Dünnschichtzytologie abgerechnet werden.	<p>Die GOP 19311 kann sowohl bei einer konventionellen Zytologie als auch bei Anwendung der Dünnschichtzytologie abgerechnet werden.</p> <p>Die Abstrichentnahme ist Bestandteil der Grundpauschale. Sie ist daher nicht gesondert berechnungsfähig.</p>
<p>Die Anwendung der Dünnschichtzytologie ist ausgeschlossen.</p> <p>Die Abstrichentnahme nach den GOPen 01730 und 01733 muss in der Regel mittels Spatel (Portiooberfläche) und Bürste (Zervixkanal) durchgeführt werden.</p> <p>Die zytologische Untersuchung nach der GOP 01733 darf nur mit konventionellem Ausstrich, Fixierung durch Alkohol und Färbung nach Papanicolaou durchgeführt werden.</p>		
<p>Rechtsgrundlage: Paragrafen 6 bis 8 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)</p>	Keine Regelungen des G-BA in der maßgeblichen Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch	Keine Anwendbarkeit der Vorgaben der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des G-BA
<p>Die Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie ist verbindlich für alle Vertragsärzte, die die GOPen 01733, 01826 und 19311 für gynäkologisch-zytologische Untersuchungen abrechnen. In Paragraph 6 QSV sind die Aufbereitung, die Färbung und der Bewertungsmaßstab gemäß der derzeit gültigen Münchner Nomenklatur II für die Präparate verbindlich festgelegt. Als auffällig sind gemäß Paragraph 6 Absatz 5 und 6 QSV nur solche Präparate mit Befunden ab Gruppe III nach der Münchner Nomenklatur zu bewerten.</p>		

Hinweis zur Überweisung

Die Überweisung des Abstrichs zu einer zytologischen Untersuchung muss dem Labor für die Abrechnung eine eindeutige Zuordnung des Auftrags zu der Krebsfrüherkennung, der Empfängnisregelung oder einer kurativen Fragestellung ermöglichen.

Links zu den Rechtsgrundlagen

Beschluss des G-BA zur Krebsfrüherkennungs-Richtlinie:
www.g-ba.de/informationen/beschluesse/357/

Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL):
www.g-ba.de/informationen/richtlinien/17/

Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie:
<http://www.kbv.de/rechtsquellen/131.html>

Beendigung von Qualitätsmaßnahmen nach Paragraph 136 Abs 4 SGB V

Beendigung SonoBaby und eDoku Schwangerschaftsvorsorge zum 31. März 2013

Wir informieren Sie über die Beendigung der Qualitätsmaßnahmen SonoBaby und E-Dokumentation des Ultraschalls in der Schwangerschaftsvorsorge nach der Vereinbarung nach Paragraph 136 Absatz 4 SGB V zum 31. März 2013.

Folgende Leistungen sind betroffen:

- Betreuung einer Schwangeren: EBM-GOP 01770 (106,37 Euro)
Zuschlag: 97770 (4,00 Euro)
Abschlag: 97773 (-16,23 Euro)
- Weiterführende Sonographie I: EBM-GOP 01772 (37,85 Euro)
Zuschlag: 97772 (1,80 Euro)
Abschlag: 97774 (-7,81 Euro)

Ab dem 2. Quartal 2013 entfallen die Zuschläge für die Teilnehmer und die Abschläge für die Nichtteilnehmer. Die Vergütung der betroffenen Grundleistungen (EBM-GOP 01770 und 01772) erfolgt ab dem 1. April 2013 automatisch ausschließlich nach der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO). Mit der Beendigung entfallen auch die laufenden Teilnahmeverpflichtungen der Qualitätsmaßnahme.

In der KVB-Arztliche werden teilnehmende Ärzte ab dem 1. April 2013 hinsichtlich der Zusatzverträge (ZsV) SonoBaby und E-Dokumentation des Ultraschalls in der Schwangerschaftsvorsorge nicht mehr ausgewiesen.

Hinweis: Die elektronische Dokumentation des Ultraschalls in der Schwangerschaftsvorsorge im 1. Quartal 2013 ist wie bisher bis zum 10. des Folgemonats möglich (bis 10. April 2013). Danach wird die

elektronische Dokumentation gesperrt.

Die Qualitätsmaßnahmen werden beendet, weil wesentliche Vertragsinhalte bundesweit gesetzlich durch die Wirksamkeit der Apparateanforderungen der neuen Ultraschallvereinbarung zum 1. April 2013 und durch die Einführung eines Befähigungsnachweises zur systematischen Untersuchung der fetalen Morphologie im 2. Trimenon (für die wir die Anerkennung der Fachwissensprüfung SonoBaby erwirken konnten) abgedeckt werden. Zudem ist die im Paragraph 136 Absatz 4 SGB V vertraglich vorgeschriebene Finanzneutralität aufgrund der steigenden Inanspruchnahme der Leistungen zukünftig nicht mehr gewährleistet.

Alle an der Qualitätsmaßnahme teilnahmeberechtigten Gynäkologen wurden schriftlich über die Beendigung informiert. Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Neue Versorgungsformen/Zusatzvereinbarungen*.

Beendigung Darmkrebsprävention zum 31. Dezember 2012

Wir informieren Sie über die Beendigung der Qualitätsmaßnahme Darmkrebsprävention nach der Vereinbarung nach Paragraph 136 Absatz 4 SGB V zum 31. Dezember 2012.

Folgende Leistungen sind betroffen:

- Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms: EBM-GOP 01740 (10,16 Euro)
Zuschlag: 97140M (6,00 Euro)
Abschlag: 97140P (-1,50 Euro)
- Untersuchung auf Blut im Stuhl: EBM-GOP 01734 (2,45 Euro)
Zuschlag: 97140N (2,00 Euro)
Abschlag: 97140Q (-0,50 Euro)

Ab dem 1. Quartal 2013 entfallen die Zuschläge für die Teilnehmer und die Abschläge für die Nichtteilnehmer. Die Vergütung der betroffenen Grundleistungen (EBM-GOP 01740 und 01734) erfolgt ab dem 1. Januar 2013 automatisch ausschließlich nach der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO). Mit der Beendigung entfallen auch die laufenden Teilnahmeverpflichtungen der Qualitätsmaßnahme.

In der KVB-Arztliche werden teilnehmende Ärzte ab dem 1. Januar 2013 hinsichtlich der Zusatzverträge (ZsV) Darmkrebsprävention nicht mehr ausgewiesen.

Hinweis: Die elektronische Dokumentation der im 4. Quartal 2012 im Rahmen der Qualitätsmaßnahme erbrachten Leistungen (Beratungsgespräch, Test auf Blut im Stuhl) ist wie bisher bis zum 10. des Folgemonats möglich (bis 10. Januar 2013). Danach wird die elektronische Dokumentation gesperrt.

Die Qualitätsmaßnahme wird beendet, weil das Ziel einer flächendeckenden und nachhaltigen Optimierung der ambulanten Darmkrebsvorsorge nicht erreicht wurde. Nur zehn Prozent der teilnahmeberechtigten Ärzte nehmen an der Maßnahme teil und betreuen lediglich zirka 20 Prozent der Patienten. Darüber hinaus sieht die Vereinbarung auf Basis des Paragraphen 136 Absatz 4 SGB V vor, dass die Zuschläge für die teilnehmenden Ärzte durch die Abschläge der Nichtteilnehmer auf die Grund-GOPs finanziert werden. Langfristig können wir diese Finanzierung von qualitätsgesicherten Präventionsleistungen allein durch die Ärzteschaft nicht mittragen.

Ambulante Hernien-Operationen

Alle an der Qualitätsmaßnahme teilnehmenden Ärzte wurden schriftlich über die Beendigung informiert. Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Neue Versorgungsformen/Zusatzvereinbarungen/Darmkrebsprävention*.

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@kvb.de

Wir möchten an dieser Stelle alle Ärzte, die als ambulante Operateure selbst Hernien-Operationen durchführen oder als konservativ tätige Ärzte die entsprechende Indikation stellen, noch einmal auf den seit 1. Juli 2011 mit der Barmer GEK bestehenden Vertrag zur Förderung ambulanter Hernien-Operationen aufmerksam machen.

Ziel des Vertrags ist es, dass ein nicht unerheblicher Teil der bislang stationär durchgeführten Hernien-Operationen bei gleicher Qualität im ambulanten, vertragsärztlichen Bereich erbracht wird. Um dieses Ziel zu erreichen, wird sowohl die präoperative Indikationsstellung und Patientenaufklärung, als auch die Durchführung der ambulanten Hernien-Operation finanziell gefördert:

1. Präoperative Indikationsstellung und Patientenaufklärung sowie -beratung Zielgruppe: Hausärzte und konservativ tätige Fachärzte

Für die präoperative Indikationsstellung sowie für die Beratung und Aufklärung des Patienten im Vorfeld einer ambulanten Hernien-Operation wird eine **Pauschale** in Höhe von **30,00 Euro** vergütet. Um die Pauschale abzurechnen, ist die **Abrechnungsziffer 97007** in der Quartalabrechnung anzusetzen.

Wichtig: Die Ziffer 97007 darf abgerechnet werden, wenn die Bestätigung des Operateurs vorliegt, dass eine ambulante Hernien-Operation durchgeführt wurde. Als Bestätigung gilt der im Rahmen dieses Vertrags von Zuweiser und Operateur auszufüllende Dokumentationsbogen.

2. Durchführung ambulanter Hernien-Operationen Zielgruppe: Ärzte mit Genehmigung zum ambulanten Operieren

Im Rahmen der Förderung ambulanter Operationsleistungen werden **alle Prozeduren der Hernienchirurgie mit Zuschlägen von 32,00 Euro bis zu 135,00 Euro** gefördert. Voraussetzung für die Vergütung dieser Zuschläge ist der Ansatz der entsprechenden EBM-Gebührenordnungspositionen des Kapitels 31 in Verbindung mit den zugehörigen OPS in der Quartalsabrechnung. Bei Abrechnung und Anerkennung der relevanten GOP-OPS-Kombinationen wird der Zuschlag **automatisiert** durch die KVB umgesetzt.

Ausführliche Informationen zum Vertrag und den Abrechnungsmodalitäten sowie den Dokumentationsbogen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/FAQs/Hernienchirurgie* beziehungsweise in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung/Formulare/Hernienchirurgie*.

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

Datenschutz: Weitergabe von Patientendaten

Bereits im Mai 2012 hat die Zeitschrift „Der Spiegel“ darüber berichtet, dass eine Pharmafirma Ärzten angeboten hat, ihre patientenbezogenen Abrechnungsdaten zu Zwecken der Regressberatung oder Abrechnungsoptimierung an einen „Sachverständigen für ärztliche Abrechnung“ zu übermitteln.

Die Übermittlung von Patientendaten an Dritte bedarf aber immer einer gesetzlichen Rechtsgrundlage (zum Beispiel Paragraph 295 Absatz 1 SGB V für die Datenübermittlung an die KVB) oder aber der Einwilligung des/der Patienten. In der Regel muss die Einwilligung schriftlich erfolgen. Werden Patientendaten unter Missachtung dieser Anforderungen an Dritte übermittelt, kann dies zu staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen (Paragraph 203 StGB) führen und eine Verletzung berufs- und vertragsarztrechtlicher Pflichten darstellen.

Lassen Sie sich bitte nicht zu einer unzulässigen Datenübermittlung verleiten.

Weitere Informationen hierzu finden Sie unter www.spiegel.de/spiegel/print/d-84519372.html (Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/9855 vom 01.06. 2012, Frage 51).

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 09 31 / 30 72 03
Fax 09 31 / 30 76 72 03
E-Mail KVBDatenschutz@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und an der Praxis orientiert. Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. (Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I)
- erfahrenen notärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren.

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO-KVB)
- **alle interessierten Ärzte, die sich effizient auf das richtige 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)
- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleingruppen, Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 9
Teilnahmegebühr: 90 Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- Samstag, 17. November 2012
KVB Augsburg
- Samstag, 23. Februar 2013
KVB Regensburg
- Samstag, 23. März 2013
KVB München
- Samstag, 27. April 2013
KVB Würzburg
- Samstag, 6. Juli 2013
KVB München
- Samstag, 28. September 2013
KVB Nürnberg
- Samstag, 23. November 2013
KVB Bayreuth
- Samstag, 30. November 2013
KVB Augsburg

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- pädiatrische Akut- und Notfälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 21. November 2012
KVB Augsburg
- Mittwoch, 30. Januar 2013
KVB München
- Mittwoch, 13. März 2013
KVB Bayreuth
- Mittwoch, 8. Mai 2013
KVB Würzburg
- Mittwoch, 17. Juli 2013
KVB Augsburg
- Mittwoch, 18. September 2013
KVB Regensburg
- Mittwoch, 23. Oktober 2013
KVB Nürnberg

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 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- Mittwoch, 28. November 2012
KVB Nürnberg
- Mittwoch, 6. Februar 2013
KVB München
- Mittwoch, 17. April 2013
KVB Augsburg
- Mittwoch, 15. Mai 2013
KVB Bayreuth
- Mittwoch, 12. Juni 2013
KVB Würzburg
- Mittwoch, 6. November 2013
KVB Nürnberg
- Mittwoch, 27. November 2013
KVB Regensburg

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

Modul IV (fakultatives Modul)

- Symptom Bauchschmerz, akutes Abdomen – wo lauern die Fallstricke?
- bereitschaftsdienstrelevante psychiatrische Akut- und Notfälle, effektive Strategien, rasche und sichere Bewältigung
- Sepsis – außerklinische Diagnose und was ist zu tun?

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40 Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine Modul IV:

- Mittwoch, 27. Februar 2013
KVB München
- Mittwoch, 26. Juni 2013
KVB Regensburg
- Mittwoch, 9. Oktober 2013
KVB Augsburg
- Mittwoch, 4. Dezember 2013
KVB Nürnberg

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst*.

Plötzlich auftretende Notfallsituationen weichen von der täglichen Arbeitsroutine ab und führen schnell zu Unsicherheiten im Praxisteam.

Zielgerichtet und berufsgruppenübergreifend bringen wir in unserem neu konzipierten Seminar alle notwendigen Informationen auf den Punkt. Strukturiert werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Guidelines. In einem ausführlichen, individuellen Training an modernen Simulatoren können sie die notfallmedizinisch relevanten Aspekte herausarbeiten und ihr Notfallmanagement praktisch erproben. Gerne berücksichtigen wir dabei individuelle Praxissschwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam).

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweise bei kardiovas-

kulären Notfällen

- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- alternatives Airwaymanagement
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 95.- Euro (je Teilnehmer)

Termine:

(je Samstag zwei getrennte Veranstaltungen: Sie buchen entweder für Vormittag oder Nachmittag)

- Samstag, 2. Februar 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Augsburg
- Samstag, 2. Februar 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Augsburg
- Samstag, 9. März 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB München
- Samstag, 9. März 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB München
- Mittwoch, 10. April 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Würzburg
- Samstag, 22. Juni 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Nürnberg
- Samstag, 22. Juni 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Nürnberg
- Samstag, 20. Juli 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Regensburg
- Samstag, 20. Juli 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Regensburg
- Mittwoch, 2. Oktober 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Würzburg

- Samstag, 19. Oktober 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Bayreuth
- Samstag, 19. Oktober 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Bayreuth
- Samstag, 9. November 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB München
- Samstag, 9. November 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB München

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder
unter www.kvb.de in der Rubrik
*Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/
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 / 5 70 93 – 4 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

Online-Anmeldung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Online-Anmeldung*.

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 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

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

EBM-Grundlagenworkshop konservativ tätige Fachärzte

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Abrechnungsworkshop Urologen

EBM-Grundlagenworkshop operativ tätige Fachärzte

Fortbildung Gendermedizin

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

Wiedereinstieg in die Praxis

Hautkrebsscreening

Abrechnungsworkshop Hautärzte

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

Erstkraft in der Praxis – was nun? Modul III

Beschwerde- und Kommunikationsmanagement

Telefonkommunikation: Auffrischung und Vertiefung

QM-/QZ-Seminare

QEP – einfach praktisch

QEP-Update – von QEP 2005 auf QEP 2010

QM-Dokumente – digital erstellen, pflegen und archivieren

Lokales Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	24. November 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	21. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Ärztinnen	kostenfrei	22. November 2012	18.00 bis 20.30 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		29. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		5. Dezember 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		11. Dezember 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	80,- Euro	28. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. November 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
			15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	160,- Euro	1. Dezember 2012	9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Dezember 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	5. Dezember 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
		7. Dezember 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	7. Dezember 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	7. Dezember 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. Dezember 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	17. November 2012	10.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	21. November 2012	9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
		5. Dezember 2012	9.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	23. November 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Ärztliche QZ-Moderatoren Psychotherapeutische QZ-Moderatoren	kostenfrei	5. Dezember 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		5. Dezember 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg

KVBIINFOS 12|12

ABRECHNUNG

- 198 Die nächsten Zahlungstermine
- 198 Abrechnungsabgabe
- 199 Abrechnung der Wegepauschalen 40190 und 40192
- 200 EBM-Änderung zum 1. Januar 2013
- 200 Abrechnung der Dialyse-Wochenpauschale
- 201 Abrechnung von Zweiteingriffen
- 201 MRSA: Abrechnung Fall- oder Netzwerkkonferenz
- 202 Abrechnung OP-Zuschlag

VERORDNUNGEN

- 204 Fiktiv zugelassene Arzneimittel
- 204 Tilidin wird Betäubungsmittel
- 205 Abirateronacetat (Zytiga®) als Praxisbesonderheit anerkannt

ALLGEMEINES

- 206 Ergänzung: Artikel „Tonsillotomie – raschere Heilung“

SEMINARE

- 207 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 208 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 210 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Dezember 2012
Abschlagszahlung November 2012

10. Januar 2013
Abschlagszahlung Dezember 2012

31. Januar 2013
Restzahlung 3/2012

11. Februar 2013
Abschlagszahlung Januar 2013

11. März 2013
Abschlagszahlung Februar 2013

10. April 2013
Abschlagszahlung März 2013

30. April 2013
Restzahlung 4/2012

10. Mai 2013
Abschlagszahlung April 2013

10. Juni 2013
Abschlagszahlung Mai 2013

10. Juli 2013
Abschlagszahlung Juni 2013

31. Juli 2013
Restzahlung 1/2013

12. August 2013
Abschlagszahlung Juli 2013

10. September 2013
Abschlagszahlung August 2013

10. Oktober 2013
Abschlagszahlung September 2013

31. Oktober 2013
Restzahlung 2/2013

11. November 2013
Abschlagszahlung Oktober 2013

10. Dezember 2013
Abschlagszahlung November 2013

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2012

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2012 bis spätestens **Donnerstag, den 10. Januar 2013**, 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 noch 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 doch 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 aktuell in Ihrer 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 Richtigstellungsmittelung 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“*.

Anschrift für Korrekturwünsche (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraph 3 Abs. 3 Satz 2):

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-

Abrechnung der Wegepauschalen 40190 und 40192

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 unter *Quicklinks/Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht über die 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/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 Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB. Bei folgenden Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen gilt für

Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. Januar 2013** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Dialyse, Hautkrebsscreening sowohl für über 35-Jährige als auch für unter 35-Jährige, Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch und Sonografie in der Schwangerschaftsvorsorge.

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 1 38.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 - 4 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 besonderen Informationen zu emDoc und zur „Notarzdienst-Abrechnung“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe/Notarzdienst-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

Bitte beachten Sie, dass die Abrechnung der Wegepauschalen nach den Ziffern 40190 (Tag) und 40192 (Nacht) nur unter folgenden Voraussetzungen möglich ist:

1. Für den **ersten Besuch** eines Operateurs **nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen** für Besuchsstellen **jenseits eines Radius von 10 km**.
2. Für **Besuche zur Durchführung konsiliarärztlicher Tätigkeit**, das heißt bei konsiliarischer Erörterung zwischen zwei oder mehreren behandelnden Ärzten oder zwischen behandelnden Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über bei demselben Patienten in demselben Quartal erhobene Befunde für Besuchsstellen **jenseits eines Radius von 10 km**, wenn für diese Leistungen Fahrtkosten entstehen (siehe Bereich VI, Anhang 1 EBM).

Die Wegepauschale wird jeweils von der Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte des Vertragsarztes aus berechnet, von der aus er den Besuch antritt. Trifft weder die unter 1. noch die unter 2. genannte Voraussetzung zu, so sind die Wegepauschalen 40190 beziehungsweise 40192 nicht berechnungsfähig. Bitte setzen Sie stattdessen eine Wegepauschale nach den Ziffern 40220, 40222, 40224, 40226, 40228 oder 40230 entsprechend des jeweils zurückgelegten Wegbereichs und der Besuchszeit an.

Bei Fragen erreichen Sie uns per E-Mail an VUS-Vertragspolitik@kvb.de

EBM-Änderung zum 1. Januar 2013

GOP 01831: Wegfall der zeitlichen Beschränkung der Ultraschallkontrolle nach Applikation eines Intrauterinpressars (IUP)

Mit Wirkung zum 15. September 2011 wurde die zeitliche Beschränkung für die Überprüfung des korrekten Sitzes des IUP mit Ultraschall aus der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch gestrichen. Die Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 01831 EBM wurde nun an die Änderung der Richtlinie angepasst und die zeitliche Beschränkung „frühestens acht Tage bis höchstens sechs Wochen“ gestrichen. Stattdessen wurde ein Bezug zur Richtlinie aufgenommen (siehe Änderung der Leistungsbeschreibung zur GOP 01831).

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 286. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse und im Deutschen Ärzteblatt, Heft 38 vom 21. September 2012, veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch die Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Abrechnung der Dialyse-Wochenpauschale

Da in diesem Jahr Heiligabend und Silvester auf einen Montag fallen, bitten wir Sie bei der Abrechnung der Wochenpauschalen für die Hämodialyse nach Abschnitt 40.14 Folgendes zu beachten:

- Die Vorverlegung einer Dialyse unter Berücksichtigung sozialer und lebensqualitativer Aspekte kann von einem Montag auf den vorherigen Sonntag erfolgen. Demnach kann die Dialyse von Montag, den 24. Dezember 2012, beziehungsweise Montag, den 31. Dezember 2012, auf den vorherigen Sonntag, den 23. Dezember 2012, beziehungsweise Sonntag, den 30. Dezember 2012, vorverlegt werden. Bitte beachten Sie, dass für die Berechnung einer Wochenpauschale in der aktuellen Woche bereits drei Dialysen in der Vorwoche erbracht worden sein müssen.
- Liegt die Kalenderwoche, in der mindestens drei Dialysen erbracht wurden, zwischen zwei Abrechnungsquartalen, so ist für die Abrechnung der Wochenpauschale das Abrechnungsquartal maßgeblich, in der die letzte Dialyse der Woche erbracht wurde. Die Allgemeinen Bestimmungen 2.1, Satz 1 sind analog anzuwenden. Maßgeblich für die Zuordnung der Abrechnung einer Wochenpauschale ist immer der Tag der letzten Dialyse.

Bezogen auf den Jahreswechsel 2012/2013 heißt dies, dass die Abrechnung der Dialyse am 31. Dezember 2012 (beziehungsweise bei vorverlegter Dialyse am 30. Dezember 2012) als erste Dialyse der ersten Kalenderwoche in 2013 zählt.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Abrechnung von Zweiteingriffen

Innerhalb eines Zeitraums von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können neben der Operationsleistung nur die in Nr. 8 der Präambel des Abschnitts 31.2 EBM und Nr. 4 der Präambel des Abschnitts 36.2 EBM genannten Leistungen vom Operateur abgerechnet werden. Diese Abrechnungsausschlüsse in den Präambeln 31.2.1 beziehungsweise 36.2.1 EBM beziehen sich auf die gesamte Praxis (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft oder Medizinisches Versorgungszentrum).

Die Abrechnung einer weiteren Operation des Abschnittes 31.2 oder 36.2 EBM wäre nach dieser Vorschrift innerhalb des genannten Zeitraums nicht möglich. Es besteht jedoch eine Ausnahme für Revisionen und Zweiteingriffe aufgrund von Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen sowie für Zweitoperationen bei malignen Erkrankungen (Erweiterung des Eingriffs, Nachresektion). Geregelt sind diese Ausnahmen im Anhang 2 zum EBM, Präambel, 2.1 Nr. 5:

- Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativer Komplikationen sind nur berechnungsfähig, wenn der OPS-Code, das Erst-OP-Datum, die aufgetretene Komplikation und die ICD-10-Codierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8) angegeben werden.
- Ist bei malignen Erkrankungen eine Zweitoperation (Erweiterung des Eingriffs, Nachresektion) erforderlich, so kann diese ebenfalls berechnet werden, wenn diese mit dem ICD-Code Z48.8 gemeinsam mit dem ICD-Code des Malignoms gekennzeichnet wird. Obligat ist zudem die

Angabe des OPS-Codes.

Wird in einer Praxis innerhalb von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag der ersten Operation, von den Operateuren ein Zweiteingriff durchgeführt, so ist es erforderlich, dass Sie die dargestellten Angaben in Ihrer Abrechnung hinterlegen. Nur so können Sie sicherstellen, dass Ihnen der durchgeführte Zweiteingriff vergütet wird.

Die entsprechenden Feldkennungen (FK) sind:

- FK 5009: Begründung, zum Beispiel Revision
- FK 5034: Erst-OP-Datum
- FK 5035: OPS-Code
- FK 5037: Schnitt-Naht-Zeit
- FK 5041: Seitenlokalisierung (wenn gefordert)

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Christine Ott unter
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 52
E-Mail Christine.Ott@kvb.de

MRSA: Abrechnung Fall- oder Netzwerkkonferenz

Die Gebührenordnungsposition (GOP) 86778 vergütet die Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz gemäß Paragraph 3 Nr. 3 des Anhangs zur Vergütungsvereinbarung MRSA einmal im Behandlungsfall. Sie kann nur in Behandlungsfällen in Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung der GOP 86772 berechnet werden, in denen der abrechnende Arzt eine MRSA-Eradikationstherapie durchführt und darf nur einmal je Sanierungsbehandlung berechnet werden. Auch Ärzte, die im Abrechnungsquartal aus dem Abschnitt 87.8 (MRSA) nur Labornachweise auf MRSA nach den GOPen 86782 und 86784 berechnen, können bei Teilnahme an einer Fall- beziehungsweise Netzwerkkonferenz die GOP 86778 in Behandlungsfällen mit der Erbringung der GOPen 86782 und/oder 86784 abrechnen.

Bitte beachten Sie, dass eine Gebührenordnungsposition erst berechnungsfähig ist, wenn ihr Leistungsinhalt vollständig erbracht wurde. Die GOP 86778 kann deshalb nur an dem Tag abgerechnet werden, an dem Sie an einer von der KVB anerkannten Fall- beziehungsweise Netzwerkkonferenz teilgenommen haben. Die Abrechnung der GOP 86778 ist nur bei Vorliegen der MRSA-Genehmigung des Vertragsarztes möglich.

Die Termine der von der KVB anerkannten Konferenzen, den Genehmigungsantrag und weitere Informationen zum Thema „MRSA“ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/MRSA*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Abrechnung OP-Zuschlag

Wir möchten Sie hiermit über die Abrechnungsbestimmungen zu den Gebührenordnungspositionen der Zuschlagsziffern zu den Operationen der Abschnitte 31.2 oder 36.2 EBM informieren, da uns im Rahmen der Abrechnungsprüfung aufgefallen ist, dass deren fehlerhafte Abrechnung vermehrt zu Honorarrückforderungen führt.

1. Zuschlag für Simultaneingriff

Wird ein Simultaneingriff erbracht, so kann die nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit mit der entsprechenden Zuschlagsposition aus dem Abschnitt 31.2 oder 36.2 EBM abgerechnet werden. Bei einem Simultaneingriff müssen eine zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und ein gesonderter operativer Zugangsweg vorliegen (Anhang 2 zum EBM, Präambel 2.1, Nr. 3).

- **Gesonderte Diagnose:** Eine gesonderte Diagnose besteht immer bei seitendifferenzierter oder etagendifferenzierter Lokalisation bei ansonsten gleichen Grunderkrankungen (zum Beispiel Varicosis rechts und Varicosis links, arterieller Verschluss Beckenetape und arterieller Verschluss femoral). Die gesonderte Diagnose ist auch bei anatomisch nahegelegenen, aber differenteren Strukturen, die nicht grundsätzlich gemeinsam behandlungsfähig sind, gegeben (zum Beispiel Innenmeniskus und Außenmeniskus, Nasennebenhöhle und Stirnhöhle). Es ist also entscheidend, ob es sich um zwei unabhängig voneinander zu operierende Krankheitsbilder handelt.
- **Gesonderter Zugangsweg:** Ein gesonderter Zugangsweg besteht bei unterschiedlicher Seitenlo-

kalisation. Bei nahegelegenen Strukturen ist dies abhängig davon, ob eine deutliche Erweiterung des primären Zugangs erforderlich ist, die für den Ersteingriff allein nicht erforderlich wäre und/oder ob der Eingriff an einem anderen Organsystem beziehungsweise in einer anderen OP-Region erfolgt.

Neben dem OPS-Code für den Haupteingriff muss in jedem Fall ein OPS-Code für jeden weiteren abgerechneten Simultaneingriff angegeben werden. Ist der Haupteingriff abgeschlossen (hier gilt die Realzeit für den Eingriff und nicht die kalkulierte Zeit) kann mit der Zeitmessung des Zweiteingriffs begonnen werden. Der Zuschlag kann erst ab einer zusätzlichen Schnitt-Naht-Zeit von je vollendeten 15 Minuten berechnet werden. Die Dauer des Zweiteingriffs muss im Narkose- oder OP-Protokoll dokumentiert werden.

Bei entsprechender Dokumentation im Narkose- oder OP-Protokoll können die Zuschläge auch mehrfach abgerechnet werden. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe (Anhang 2 zum EBM, Präambel 2.1, Nr. 3). Als Berechnungsgrundlage für Simultaneingriffe gelten folgende Zeiten:

- Kategorie 1: 15 Minuten
- Kategorie 2: 30 Minuten
- Kategorie 3: 45 Minuten
- Kategorie 4: 60 Minuten
- Kategorie 5: 90 Minuten
- Kategorie 6: 120 Minuten

Regelung bei operativen Eingriffen durch zwei Operateure einer Praxis:

Werden unterschiedliche operative Eingriffe gleichzeitig durch zwei

Operateure einer Berufsausübungsgemeinschaft beziehungsweise eines Medizinischen Versorgungszentrums erbracht, so ist der Haupteingriff entsprechend der höchst bewerteten Kategorie abzurechnen. Der parallel dazu stattfindende Simultaneingriff durch den zweiten Operateur kann entsprechend dem OP- beziehungsweise Narkose-Protokoll mit den entsprechenden Zuschlägen für Simultaneingriffe berechnet werden. Die Narkose kann in diesem Fall nur entsprechend des Haupteingriffs abgerechnet werden (Anhang 2 zum EBM, Präambel 2.1, Nr. 13).

2. Zuschlag für Operationen nach Kategorie 7

Dauert ein operativer Eingriff nach Kategorie 7 EBM länger als 120 Minuten, kann die Verlängerung der Schnitt-Naht-Zeit mit den entsprechenden Zuschlägen (GOPen 31xx8 EBM beziehungsweise GOPen 36xx8 EBM) berechnet werden. Die Schnitt-Naht-Zeit ist durch das OP- oder Narkoseprotokoll nachzuweisen. Hier gilt ebenfalls, dass der Zuschlag je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit abrechenbar ist.

3. Abrechnung des Zuschlags durch Anästhesisten

Anästhesisten können die Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose mit dem Zuschlag nach der GOP 31828 EBM berechnen, wenn der Operateur nach den Bestimmungen zum Simultaneingriff beziehungsweise zu den Eingriffen der Kategorie 7 einen Zuschlag abrechnen kann. Kann der Operateur selbst keinen Zuschlag abrechnen, kann dies auch der Anästhesist nicht.

Im Rahmen einer Abrechnungsprüfung können von der KVB die Narkose- oder OP-Protokolle angefordert werden, sofern sich aus der Abrech-

nung Zweifel hinsichtlich einer berechtigten Abrechnung der Zuschlagsziffern ergeben.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Sabine Weber unter
Telefon 09 41 / 39 63 - 2 56
E-Mail Sabine.Weber@kvb.de

Fiktiv zugelassene Arzneimittel

Das Präparat Laif 900® erhielt am 19. Oktober 2012 die Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz und wurde aus der Übersicht der fiktiv zugelassenen Arzneimittel gestrichen.

Unsere Auflistung der fiktiv zugelassenen Arzneimittel wird ständig überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

Die aktualisierte Übersicht finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen Aktuell*.

Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 - 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Tilidin wird Betäubungs- mittel

Ab 1. Januar 2013 sind alle flüssigen beziehungsweise nicht retardierten Arzneimittel, die den Wirkstoff Tilidin enthalten, uneingeschränkt betäubungsmittelrezeptpflichtig.

Die Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) wird wie folgt geändert:

„Tilidin: ausgenommen in festen Zubereitungen, mit verzögerter Wirkstofffreigabe, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III je abgeteilte Form bis zu 300 mg Tilidin, berechnet als Base, und, bezogen auf diese Mengen, mindestens 7,5 vom Hundert Naloxonhydrochlorid enthalten.“

Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 - 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Abirateronacetat (Zytiga®) als Praxisbesonderheit anerkannt

Abirateronacetat (Zytiga®) ist seit 1. Oktober 2012 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit nach Paragraph 106 Absatz 5a SGB V in dem Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen anzuerkennen.

Für Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die während oder nach einer Docetaxelhaltigen Chemotherapie progredient sind und für die eine erneute Behandlung mit Docetaxel nicht mehr infrage kommt, wurde ein Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen erkannt.

Die Behandlung muss von einem auf dem Gebiet des Prostatakarzinoms erfahrenen Facharzt für Urologie oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie eingeleitet und überwacht werden.

Zytiga® darf nur bei Patienten mit ECOG-Leistungsstatus 0,1 oder 2 angewendet werden.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit bei Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom, die nach einer Docetaxelhaltigen Chemotherapie progredient sind, grundsätzlich aber noch für eine adäquate Docetaxelhaltige Chemotherapie infrage kommen, ist ausgeschlossen.

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Frühe Nutzenbewertung*.

Telefon	0 89 / 5 70 93 - 4 00 30
Fax	0 89 / 5 70 93 - 4 00 31
E-Mail	Verordnungsberatung@kvb.de

Ergänzung: Artikel „Tonsillotomie – raschere Heilung“

In KVB FORUM, Ausgabe 10/2012, haben wir auf Seite 24 über das Thema Tonsillotomie berichtet. Zu dem erschienenen Artikel möchten wir an dieser Stelle Folgendes ergänzen:

Die im Rahmen der Zusatzvereinbarung Tonsillotomie operierten Kinder waren gemäß Literatur nur Kinder mit einer nichtinfektiösen Tonsillenhypertrophie und nicht Kinder, bei denen bereits eine häufig rezidivierende oder chronische Tonsillitis besteht. Dieser Sachverhalt ist vertraglich geregelt und wird zur Sicherstellung in der vom Operateur auszufüllenden elektronischen Dokumentation abgefragt. Dementsprechend ist der Vergleich der ambulant durchgeführten Tonsillotomie im Gegensatz zur vollständigen Entfernung der Gaumenmandeln im Lichte dieser Indikation zu betrachten.

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und an der Praxis orientiert. Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. (Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I)
- erfahrenen notärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren.

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO-KVB)
- alle interessierten Ärzte, die sich effizient auf das richtige 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)

- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleingruppen, Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 9
Teilnahmegebühr: 90 Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- Samstag, 23. Februar 2013
KVB Regensburg
- Samstag, 23. März 2013
KVB München
- Samstag, 27. April 2013
KVB Würzburg
- Samstag, 6. Juli 2013
KVB München
- Samstag, 28. September 2013
KVB Nürnberg
- Samstag, 23. November 2013
KVB Bayreuth
- Samstag, 30. November 2013
KVB Augsburg

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- pädiatrische Akut- und Notfälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 30. Januar 2013
KVB München
- Mittwoch, 13. März 2013
KVB Bayreuth

- Mittwoch, 8. Mai 2013
KVB Würzburg
- Mittwoch, 17. Juli 2013
KVB Augsburg
- Mittwoch, 18. September 2013
KVB Regensburg
- Mittwoch, 23. Oktober 2013
KVB Nürnberg

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 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- Mittwoch, 6. Februar 2013
KVB München
- Mittwoch, 17. April 2013
KVB Augsburg
- Mittwoch, 15. Mai 2013
KVB Bayreuth
- Mittwoch, 12. Juni 2013
KVB Würzburg
- Mittwoch, 6. November 2013
KVB Nürnberg
- Mittwoch, 27. November 2013
KVB Regensburg

Modul IV (fakultatives Modul)

- Symptom Bauchschmerz, akutes Abdomen – wo lauern die Fallstricke?
- bereitchaftsdienstrelevante psychiatrische Akut- und Notfälle, effektive Strategien, rasche und sichere Bewältigung
- Sepsis – außerklinische Diagnose und was ist zu tun?

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine Modul IV:

- Mittwoch, 27. Februar 2013
KVB München
- Mittwoch, 26. Juni 2013
KVB Regensburg
- Mittwoch, 9. Oktober 2013
KVB Augsburg
- Mittwoch, 4. Dezember 2013
KVB Nürnberg

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst*.

Plötzlich auftretende Notfallsituationen weichen von der täglichen Arbeitsroutine ab und führen schnell zu Unsicherheiten im Praxisteam.

Zielgerichtet und berufsgruppenübergreifend bringen wir in unserem neu konzipierten Seminar alle notwendigen Informationen auf den Punkt. Strukturiert werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Guidelines. In einem ausführlichen, individuellen Training an modernen Simulatoren können sie die notfallmedizinisch relevanten Aspekte herausarbeiten und ihr Notfallmanagement praktisch erproben. Gerne berücksichtigen wir dabei individuelle Praxissschwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam).

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweise bei kardiovas-

kulären Notfällen

- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- alternatives Airwaymanagement
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 95.- Euro (je Teilnehmer)

Termine:

(je Samstag zwei getrennte Veranstaltungen: Sie buchen entweder für Vormittag oder Nachmittag)

- Samstag, 2. Februar 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Augsburg
- Samstag, 2. Februar 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Augsburg
- Samstag, 9. März 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB München
- Samstag, 9. März 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB München
- Mittwoch, 10. April 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Würzburg
- Samstag, 22. Juni 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Nürnberg
- Samstag, 22. Juni 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Nürnberg
- Samstag, 20. Juli 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Regensburg
- Samstag, 20. Juli 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Regensburg
- Mittwoch, 2. Oktober 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Würzburg

- Samstag, 19. Oktober 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Bayreuth
- Samstag, 19. Oktober 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Bayreuth
- Samstag, 9. November 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB München
- Samstag, 9. November 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB München

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder
unter www.kvb.de in der Rubrik
*Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/
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 / 5 70 93 – 4 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

Online-Anmeldung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Online-Anmeldung*.

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 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

Abrechnungsworkshop Urologen

Telefonkommunikation: Auffrischung und Vertiefung

Hausärztlich geriatrisches Basisassessment

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Abrechnungsworkshop Anästhesisten

Abrechnungsworkshop Hausärzte

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Hausärzte

Hautkrebsscreening

QM-/QZ-Seminare

QEP-Update – von QEP 2005 auf QEP 2010

Lokales Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. Dezember 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. Dezember 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	19. Dezember 2012	9.30 bis 13.00 Uhr	München
		19. Dezember 2012	14.30 bis 18.00 Uhr	München
		16. Januar 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	München
		23. Januar 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
		30. Januar 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		6. Februar 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	Regensburg
	kostenfrei	15. Dezember 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Dezember 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Dezember 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Januar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Januar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Januar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		31. Januar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
		31. Januar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		5. Februar 2013	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Februar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Februar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	160,- Euro	6. Februar 2013	13.00 bis 21.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	5. Dezember 2012	9.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Ärztliche QZ-Moderatoren Psychotherapeutische QZ-Moderatoren	kostenfrei	5. Dezember 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		5. Dezember 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg

