

KVBINFOS 01|10

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

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

VERORDNUNGEN

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

QUALITÄT

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

ALLGEMEINES

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

INFORMATIONEN FÜR HAUSÄRZTE

- 19 KVB fördert allgemeinmedizinische Weiterbildung

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

- 20 Zulassung Psychotherapeuten

SEMINARE

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

ABRECHNUNGSABGABE QUARTAL 4/2009

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

Einreichungswege für Ihre Quartalsabrechnung

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

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

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

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

Zur besseren Übersicht der einzureichenden Scheine haben wir das Merk-

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

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

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

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

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

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

ZAHLUNGSTERMINE IM JAHR 2010

11. Januar 2010
3. Abschlagszahlung 4/2009

10. Februar 2010
1. Abschlagszahlung 1/2010

im Februar 2010
Restzahlung 2/2009

10. März 2010
2. Abschlagszahlung 1/2010

im März 2010
Restzahlung 3/2009

12. April 2010
3. Abschlagszahlung 1/2010

30. April 2010
Restzahlung 4/2009

10. Mai 2010
1. Abschlagszahlung 2/2010

10. Juni 2010
2. Abschlagszahlung 2/2010

12. Juli 2010
3. Abschlagszahlung 2/2010

30. Juli 2010
Restzahlung 1/2010

10. August 2010
1. Abschlagszahlung 3/2010

10. September 2010
2. Abschlagszahlung 3/2010

11. Oktober 2010
3. Abschlagszahlung 3/2010

29. Oktober 2010
Restzahlung 2/2010

10. November 2010
1. Abschlagszahlung 4/2010

10. Dezember 2010
2. Abschlagszahlung 4/2010

BERICHTIGUNGEN FÜR QUARTAL 3/2008

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

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

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

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

ABRECHNUNG VON „TESTPATIENTEN“

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

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

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

VERSAND DER B€GO MITTE JANUAR 2010

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

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

BERECHNUNGSFÄHIGKEIT VON GOP 15321

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

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

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

AUSKUNFT BEI PFLEGE- BEDÜRFTIGKEIT AN MDK

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

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

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

DARMKREBSPRÄVENTION UND KOLOSKOPIE – LEISTUNGEN IM ÜBERBLICK

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

GOP 01734 **Untersuchung auf Blut im Stuhl**

Grundlage

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

Obligater Leistungsinhalt

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

Besonderheiten

Die GOP 01734 ist im Behandlungsfall nicht neben

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

berechnungsfähig.

Bayerische Regelungen/Qualitätsprogramme

Qualitätsprogramm Darmkrebsprävention:

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

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

Grundlage

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

Obligater Leistungsinhalt

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

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

Bayerische Regelungen/Qualitätsprogramme

Qualitätsprogramm Darmkrebsprävention:

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

GOP 01741

Koloskopischer Komplex gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Grundlage

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

Genehmigung/besondere Voraussetzungen

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

Obligater Leistungsinhalt

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

Besonderheiten

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

Qualitätsanforderungen in den bundesweit geltenden Richtlinien zur Koloskopie

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

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

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

Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung:

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

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

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

GOP 01742

Zuschlag zu der GOP 01741 für die Abtragung von Polypen

Grundlage

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

Genehmigung/besondere Voraussetzungen

Vergleiche GOP 01741

Obligater Leistungsinhalt

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

Qualitätsanforderungen in den bundesweit geltenden Richtlinien zur Koloskopie

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

Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung:

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

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

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

GOP 13421

Zusatzpauschale Koloskopie

Grundlage

Koloskopie als kurative Leistung

Genehmigung/besondere Voraussetzungen

Vergleiche GOP 01741

Obligater Leistungsinhalt

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

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

Qualitätsanforderungen in den bundesweit geltenden Richtlinien zur Koloskopie

Vergleiche GOP 01741

GOP 13422

Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie

Grundlage

Kurative Leistung

Genehmigung/besondere Voraussetzungen

Vergleiche GOP 01741

Obligater Leistungsinhalt

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

Besonderheiten

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

GOP 13423

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

Grundlage

Kurative Leistung

Genehmigung/besondere Voraussetzungen

Vergleiche GOP 01741

Obligater Leistungsinhalt

- Fremdkörperentfernung(en) und/oder

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

Qualitätsanforderungen in den bundesweit geltenden Richtlinien zur Koloskopie

Vergleiche GOP 01742

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

PARENTERALE ERNÄHRUNG

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

Welche Patienten kommen für eine parenterale Ernährung in Frage?

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

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

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

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

Welche Angaben benötigen Sie vor der Verordnung?

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

Welche Produkte stehen zur Auswahl?

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

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

Was ist bei Vitaminen und Spurenelementen zu beachten?

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

Welche Hilfsmittel sind verordnungsfähig?

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

Welche Formalien sind beim Ausstellen der Verordnung zu beachten?

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

Welche Risiken sind mit der parenteralen Ernährung verbunden?

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

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

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

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

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

PARENTERALIA-REZEPTUREN

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

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

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

ARZNEIMITTELVEREINBARUNG 2010 – ZIELE 2010

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

Stichwort Wirkstoffverordnung

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

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

Beispiel

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

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

Wir führen auch 2010 Pharmakotherapieberatungen durch, um Sie beim

Erreichen dieser Wirtschaftlichkeitsziele sowie bei einer wirtschaftlichen Verordnungsweise zu unterstützen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Arzneimittelgruppen mit Mindestmengenanteil der Leitsubstanz

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

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

Arzneimittelgruppen beziehungsweise Arzneimittel mit Verordnungshöchstquoten/-kosten

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

Arzneimittelgruppen beziehungsweise Arzneimittel mit Verordnungsmindestquoten

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

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

RICHTGRÖSSEN 2010

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

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

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

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

STOMAVERSORGUNG: HAUTSCHUTZMITTEL

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

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

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

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

VERORDNUNG VON INKONTINENZARTIKELN

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

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

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

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

ANPASSUNG DER QUALITÄTSZIRKELGRUNDSÄTZE

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

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

Die Änderungen der QZ-Grundsätze im Überblick

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

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

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

Pauschale Vergütung des Moderators pro QZ-Sitzung bei Papierdokumentation:

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

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

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

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

2) Die Regelungen zur Zusammenarbeit mit Dritten wurden geändert

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

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

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

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

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

FORTFÜHRUNG DIABETES- VEREINBARUNGEN

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Tag der Niedergelassenen



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

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

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

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

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

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

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

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

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

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

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH

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



Hauptstadtkongress 2010
Medizin und Gesundheit

5. bis 7. Mai 2010
im ICC Berlin

ONKOLOGIEVEREINBARUNG

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

Antrag auf Teilnahme

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

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

1) Fachliche Teilnahmevoraussetzungen:

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

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

2) Weitere Teilnahmevoraussetzungen:

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

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

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

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

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

Übergangsregelungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E-DOKU KURATIVE MAMMOGRAPHIEN

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

Hier eine Kurzanleitung für Ihren persönlichen Zugriff in SmarAkt:

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

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

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

ARZT-PATIENTEN- KOMMUNIKATION

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

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

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

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

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

KVB FÖRDERT ALLGEMEINMEDIZINISCHE WEITERBILDUNG

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

Attraktive Rahmenbedingungen für KVB-Mitglieder:

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

Voraussetzungen für die Gewährung der Fördermittel:

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

Wichtig:

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

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

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

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

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

ZULASSUNG PSYCHOTHERAPEUTEN

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

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

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

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

FORTBILDUNG „AKUTSITUATIONEN IM ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST“

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

Ihre Vorteile:

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

Zielgruppen:

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

Modul I

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

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

Termine:

Samstag, 20. März 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Samstag, 8. Mai 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Samstag, 17. Juli 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Samstag, 2. Oktober 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 4. Dezember 2010
 KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II

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

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

Termine:

Mittwoch, 10. März 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 14. April 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 9. Juni 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 20. Oktober 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul III

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

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

Termine:

Mittwoch, 21. April 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 12. Mai 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 22. September 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 10. November 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul IV (fakultatives Modul) neu!

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

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

Termine:

Mittwoch, 21. Juli 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 29. September 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

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

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

DIE NÄCHSTEN SEMINARTERMINE DER KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu QM-Seminaren

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

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Hausärzte

Abrechnungsworkshop Anästhesisten

Arzneimittelvereinbarung 2010 und pharmakologische Fortbildung

Arzneimittelvereinbarung 2010 und pharmakologische Fortbildung

Arzneimittelvereinbarung 2010 und pharmakologische Fortbildung

Arzneimittelvereinbarung 2010 und pharmakologische Fortbildung

Arzneimittelvereinbarung 2010 und pharmakologische Fortbildung

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung für Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Arzneimittelvereinbarung 2010 und pharmakologische Fortbildung

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Arzneimittelvereinbarung 2010 und pharmakologische Fortbildung

Arzneimittelvereinbarung 2010 und pharmakologische Fortbildung

Arzneimittelvereinbarung 2010 und pharmakologische Fortbildung

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Abrechnungsworkshop Hausärzte

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Augenärzte

QM-Seminare

Ausbildung zur Qualitätsmanagementbeauftragten DIN EN ISO

Hygienemanagement in Arztpraxen

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

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

