

KVBINFOS 09/10

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

KV-WAHLEN

118 Der Landeswahlleiter informiert

ABRECHNUNG

- 120 Abrechnungsabgabe
Quartal 3/2010
- 121 Zahlungstermine im Jahr 2010
- 121 Abrechnungsbestimmungen
der KVB geändert
- 122 Abrechnungsgenehmigungen
im Arztregister
- 124 Neue EBM-Leistungen
zum 1. Oktober 2010
- 126 Zeitbezogene Kapazitäts-
grenzen Quartal 4/2010
- 126 Morbi-RSA: Abrechnung
des Chronikerzuschlags
- 127 DMP Brustkrebs: Kontrastmittel
und Zuschlagsziffern
- 127 Patienten-Kennzeichnung in
Alten- und Pflegeheimen
- 127 Barmer GEK fördert Geriatri-
sche Praxisverbände

- 128 DMP-Vertrag: Änderungen für
diabetologisch besonders
qualifizierte Ärzte
- 130 Abrechnung der Allgemeinen
Ambulanten Palliativversorgung

VERORDNUNGEN

- 130 SmarAkt: Verordnungsakten
neu strukturiert
- 131 Informationen zur
PC-Trendmeldung
- 132 „Neue Arzneimittel“ –
Service der AkdÄ
- 132 Bulletin zur Arzneimittel-
sicherheit
- 133 Patentgeschützte Arzneimittel
- 133 Hilfsmittelversorgung

QUALITÄT

- 134 Neufassung Ultraschall-
vereinbarung
- 134 Neufassung Qualitätsbeurtei-
lungs-Richtlinie Radiologie

136 Mammographie-Screening
Programm: Selbstüberprüfung
bei Pathologen

137 Versand der aktuellen DMP-
Feedbackberichte

137 Anpassung der Qualitätszirkel-
grundsätze

138 Diamorphingestützte Substitutions-
behandlung Opiatabhängiger

ALLGEMEINES

- 139 Neue Bereitschaftsdienst-
ordnung der KVB
- 139 Neuer DMP-Plattformvertrag
- 140 Behindertengerechte Praxis
- 140 Unseriöse Angebote von
Verlagen

SEMINARE

- 140 Fortbildung Impfen
- 141 Fortbildung „Akutsituationen im
Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 142 Die nächsten KVB-Seminare

Der Landeswahlleiter informiert

Mehrfach wurde ich darauf angesprochen, ob es zulässig ist, dass ein Berufsverband im Rahmen der anstehenden KV-Wahlen **die Abholung der Briefwahlunterlagen (Stimmzettel) durch Mitglieder oder Beauftragte dieses Verbands bei den Wahlberechtigten** selbst organisiert.

Diese Frage muss orientiert am Einzelfall beantwortet werden.

Zunächst ist festzuhalten, dass die Wahlordnung in Paragraph 13 Absatz 4 nicht ausdrücklich vorschreibt, auf welchem Weg der Wahlbrief fristgerecht an den Landeswahlausschuss zurückgesendet werden muss. Wenn ein Wahlberechtigter, der seine geheime Briefwahl durchgeführt und durch Verschließen des „Wahlbriefes für die Wahl der Vertreter zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns“ gemäß Paragraph 13 Absatz 4 auch im Sinne der Wahlordnung abgeschlossen hat, **sodann** einen Boten anfordert, der auch ein Mitglied oder Beauftragter seines Berufsverbands sein kann, um auf diese Weise den rechtzeitigen Eingang seines Wahlbriefes beim Landeswahlausschuss sicherzustellen, so ist dagegen grundsätzlich nichts einzuwenden.

Sobald die Tätigkeit des in die Organisation der Abholung der Stimmzettel eingebundenen Verbands jedoch darüber **hinausgeht**, stellen sich unter Umständen **erhebliche rechtliche Probleme**. Es muss dann nämlich im konkreten Fall genauestens geprüft werden, ob durch die durchgeführte Organisation nicht gegen die **Grundsätze der freien und/oder geheimen Wahl** verstoßen wird, mit der Folge, dass dadurch die **Wahl ungültig** wird. Diese Gefahr besteht insbesondere dann, wenn der Wähler einen Zusammenhang zwischen dem Abholdienst

und den Wahlbewerbern erkennt.

Soweit ersichtlich, ist exakt dieser Fall, der hier meinen Überlegungen zugrunde gelegt ist, in der Praxis noch nicht gerichtlich überprüft worden. Es gibt jedoch eine Mehrzahl von Gerichtsentscheidungen, die sich im Rahmen von Wahlanfechtungen mit ähnlichen Sachverhalten auseinandergesetzt haben und aus denen klar entnommen werden muss, dass die Rechtsprechung den Schutz der geheimen und freien Wahl sehr ernst nimmt und deshalb schon sehr früh mit rechtlichen Sanktionen einsetzt.

Freiheit der Wahl

So führt das Bundesverfassungsgericht in einer Entscheidung aus dem Jahr 1984 (N 1) aus, dass die von Artikel 38 Absatz 1 Satz 1 Grundgesetz (GG) gewährleistete Freiheit der Wahl unter anderem darin bestehe, dass jeder Wähler sein **Wahlrecht ohne Zwang oder sonstige unzulässige Beeinflussung von außen** ausüben könne. Der Wähler solle sein Urteil in einem freien, offenen Prozess der Meinungsbildung gewinnen können. Zwar gewährleiste das Wahlgeheimnis, dass an die individuelle Wahlentscheidung Sanktionen nicht geknüpft werden könnten. Der Wähler solle aber nach dem Grundsatz der Freiheit der Wahl schon **vor Beeinflussungen geschützt werden, die geeignet sind, seine Entscheidungsfreiheit** trotz des bestehenden Wahlgeheimnisses **ernstlich zu beeinträchtigen**. Hierzu gehöre der unzulässige Druck von Seiten anderer Bürger oder gesellschaftlicher Gruppen.

Das Verwaltungsgericht Darmstadt hat am 18. September 2008 (N 2) entschieden, dass der Grundsatz der geheimen und freien Wahl bereits dann verletzt ist, wenn ein Wähler durch

die Anwesenheit eines ortsbekanntes Mitglieds einer Partei dazu veranlasst wird, die Briefwahlhandlung vorzunehmen, und sich das Parteimitglied während der Stimmabgabe im Nebenraum aufhält, um anschließend die Wahlunterlagen mitzunehmen.

Dazu führt es aus, dass der Wähler schon durch die Anwesenheit des Abholers dazu veranlasst worden sei, überhaupt den Stimmzettel auszufüllen. Dadurch sei er bereits nicht mehr frei gewesen, ob er überhaupt an der Wahl teilnehmen wollte. Bei der Briefwahl, bei der die Stimmabgabe in der privaten Sphäre des Wählers erfolge, komme es nicht darauf an, ob ein Dritter tatsächlich wahrgenommen habe, ob und für wen der Wähler gestimmt habe. Allein die objektive Möglichkeit, dass sich der Wähler auf Grund der konkreten Umstände nicht unbeobachtet gefühlt haben könnte und es möglich gewesen sei, zu sehen, ob er den Stimmzettel überhaupt verändert habe, selbst wenn ihn niemand tatsächlich beobachtet habe, stelle einen Verstoß gegen den Grundsatz der geheimen und freien Wahl dar. Gerade im Bereich der Briefwahl, bei der die Gewährleistung der geheimen Stimmabgabe auf Grund der Verlagerung in die Privatsphäre wesentlich schwieriger sei, bedürfe es strenger Anforderungen, damit diese Grundsätze dennoch so weit wie möglich gewahrt blieben.

Das Verwaltungsgericht Oldenburg befasste sich in seiner Entscheidung vom 22. Januar 2008 (N 3) mit einem Einspruch gegen die Gültigkeit einer Kommunalwahl, der unter anderem damit begründet wurde, dass ein Kandidat beziehungsweise dessen Wahlhelfer in erheblichem Umfang Briefwahlunterlagen bei der Gemeindeverwaltung organisiert, den Wählern überbringt und nach Ausfüllen

durch die Wähler wieder bei der Gemeinde abgegeben habe. Dadurch sei eine Einflussnahme auf den unmittelbaren Vorgang der Stimmabgabe möglich gewesen.

Das Gericht hat in diesem Verfahren die Wahl für ungültig erachtet. Bei der Durchführung der Briefwahl seien die Grundsätze der freien und geheimen Wahl verletzt worden. Es hat entschieden, dass die Stimmabgabe eines Briefwählers – je nach den konkreten Umständen – schon dann nicht mehr frei und geheim sei, wenn sich ein Kandidat im selben Zimmer befinde. Dabei sei nicht der Nachweis notwendig, dass der Kandidat die Stimmabgabe wirklich optisch wahrgenommen habe. Ein Leitsatz dieser Entscheidung lautet: „Eine Verletzung des Grundsatzes der geheimen Wahl kommt namentlich in Betracht, wenn der beim Wahlakt anwesende Dritte ein Kandidat ist, der den betroffenen Wähler im Rahmen des Wahlkampfes aufsucht. Besonders schwer wiegt dies, wenn der Kandidat danach den Wahlbrief gleich mitnimmt.“

Das Verwaltungsgericht hat dazu ausgeführt, nur die geheime Wahl sei frei, weil nur der geheim Wählende nicht besorgt sein müsse, wegen seines Wahlverhaltens staatlichen oder zivilgesellschaftlichen Sanktionen ausgesetzt zu werden. Der auf die freie Wahl gerichtete Schutzzweck der geheimen Wahl bestimme ihre Bedeutung. Es komme daher nicht darauf an, ob ein Dritter wirklich wahrgenommen habe, für wen ein Wähler gestimmt habe. Das Wahlergebnis sei schon verletzt, wenn der Wähler sich auf Grund konkreter Umstände objektiv nachvollziehbar nicht unbeobachtet fühlen konnte und es möglich gewesen sei, zu sehen, ob er den Stimmzettel überhaupt verändert hat, selbst wenn ihn niemand tatsächlich beobachtet

habe. Denn dann sei für ihn in dieser Situation keine freie Wahlentscheidung möglich gewesen.

Das Gericht hat ausdrücklich auf die Unterschiede zwischen der Anwesenheit von Familienmitgliedern und der im Entscheidungsfall vorliegenden Anwesenheit eines Kandidaten, der den Wähler gezielt zur Abholung des Wahlbriefes aufgesucht habe, bei der Briefwahl hingewiesen und dazu ausgeführt: „**In einer solchen Situation ist die Möglichkeit zu einer autonomen, ruhig abgewogenen, unbefangenen und unbeeinflussten Wahlentscheidung – die auch in der bewussten Nichteilnahme an der Wahl liegen kann – nicht unerheblich eingeschränkt.**“ Angesichts des öffentlichen Interesses daran, dass Bürger auf die Einhaltung der Grundsätze der freien und geheimen Wahl vertrauen können, reichten allein objektiv nahe liegende Möglichkeiten der Beeinflussung aus.

Mehr als reine Botengänge

Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof (BayVGH) hat sich in seiner Entscheidung vom 21. Oktober 2003 (N 4) vornehmlich mit der Neutralitätspflicht eines Bürgermeisters befasst, der zur Wiederwahl kandidierte und der vor der Stichwahl bei Hausbesuchen Wahlscheinanträge verteilte, die er im Rathaus erhalten hatte. Auch aus dieser Entscheidung wird deutlich, wie schnell die Rechtsprechung unzulässige Eingriffe in Wahlvorgänge bejaht, wenn die Aktivitäten über reine „Botengänge“ auch nur geringfügig hinausgehen. Der BayVGH hat zunächst festgestellt, dass es nicht zu beanstanden sei, wenn ein sich zur Wiederwahl stellender Bürgermeister **als Bote** der Gemeinde bei der Verteilung von Wahlbenachrichtigungskarten oder Wahlscheinanträgen mitwir-

ke. Im vorliegenden Fall habe sich der Kandidat aber gerade nicht auf eine Botentätigkeit beschränkt. Er habe vielmehr die Karten gezielt bei Hausbesuchen ausgegeben, um „zögernde“ Wahlberechtigte mit solchen die Wahl ausübung spürbar vereinfachenden Hilfsdiensten für sich zu gewinnen. Damit habe er seine **Neutralitätspflicht verletzt**, denn sein Verhalten stelle eine **unzulässige Einflussnahme unter Ausnutzung des Amtes als Bürgermeister dar**.

Als Ergebnis bleibt festzuhalten, dass Aktivitäten, die über eine reine Botentätigkeit wie oben dargestellt hinausgehen, von der Rechtsprechung höchst kritisch betrachtet werden und sich in jedem Einzelfall an den Grundsätzen der freien und geheimen Briefwahl messen lassen müssen.

Es steht ernstlich zu befürchten, dass die beabsichtigte Abholaktion durch einen Berufsverband, auch wenn mir deren genauer Umfang nicht bekannt ist, nicht unerhebliches Wahlanfechtungspotential beinhalten könnte.

Volker Engelhardt
Richter am OLG a. D.
Landeswahlleiter

Fußnoten

N 1: BverfG, Urteil vom 10. April 1984, Az.: 2 BvC 2/83

N 2: VG Darmstadt, Urteil vom 18. September 2008, Az.: 3 E 1286/06

N 3: VG Oldenburg, Urteil vom 22. Januar 2008, Az.: 1 A 5201/06

N 4: BayVGH, Urteil vom 21. Oktober 2003, Az.: 4 BV 03.671

Abrechnungsabgabe Quartal 3/2010

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen für das 3. Quartal 2010 bis spätestens **Montag, 11. Oktober 2010**, bei uns ein. Gerne können Sie die Unterlagen auch schon früher schicken. Denken Sie bitte auch daran, uns mit Ihrer Abrechnung die unterschriebene Sammelerklärung (bitte Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen – wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe – zuzusenden. Dies gilt auch, wenn Sie uns Ihre Datei online übermitteln. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen.

Bitte überzeugen Sie sich vor Abgabe Ihrer Abrechnung, ob sie vollständig und korrekt ist. Laut Paragraph 3, Absatz 3 der Abrechnungsbestimmungen der KVB sind nachträgliche Ergänzungen ausgeschlossen. Siehe dazu auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“/Abrechnungsbestimmungen der KVB*.

Wir empfehlen dazu die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor Abgabe der Abrechnung vorzunehmen. Bitte beachten Sie weiterhin die persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen. Diese Regelung ist insbesondere zu beachten bei angestellten Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.

Einreichungswege für Ihre Quartalsabrechnung

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

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

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

Vergessen Sie bitte nicht, auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag Ihren Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer (BSNR) anzubringen.

Zur besseren Übersicht der einzureichenden Scheine haben wir das Merkblatt „Besondere Kostenträger“ aktualisiert. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Organisatorisches/Besondere Kostenträger*.

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

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, besteht die Möglichkeit, unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de oder unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 1 38 mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist zu beantragen.

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

Notarzteinsätze über emDoc

Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über emDoc dar. Mit emDoc können Sie Ihre dokumentierten Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungszeitpunkt eingereichten Fälle werden berücksichtigt.

Anders als bei der sonst erforderlichen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung bestätigen Sie in emDoc auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.

Bitte beachten Sie auch unsere gesonderten Informationen zu emDoc und zur „Abrechnung Notarztdienst“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Notarztdienst/emDoc*.

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

Online-Abrechnung

Der Countdown zur Pflichteinführung der Online-Abrechnung ab 1. Januar 2011 läuft. Laut Vorstandsbeschluss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 14. Juli 2009 wird die Online-Abrechnung ab 1. Januar 2011 – beginnend für die Abrechnungsdaten des 1. Quartals 2011 – Pflicht. Nähere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Online-Abrechnung*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 55*
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 56*
E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Zahlungstermine im Jahr 2010

10. September 2010

2. Abschlagszahlung 3/2010

11. Oktober 2010

3. Abschlagszahlung 3/2010

29. Oktober 2010

Restzahlung 2/2010

10. November 2010

1. Abschlagszahlung 4/2010

10. Dezember 2010

2. Abschlagszahlung 4/2010

Abrechnungsbestimmungen der KVB geändert

Die Abrechnungsbestimmungen der KVB (gültig seit 1. April 2005, geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung am 17. März 2007, geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung am 25. April 2009) wurden durch Beschluss der Vertreterversammlung am 14. Juli 2010 erneut geändert. Die geänderten Bestimmungen finden erstmals auf die Abrechnung des Quartals 2/2010 Anwendung.

Sie können die geänderten Abrechnungsbestimmungen auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“/Abrechnungsbestimmungen der KVB* abrufen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Papierlose Kommunikation

Die KVB setzt sich für eine weitgehend papierlose Kommunikation mit ihren Mitgliedern ein. Im Zusammenhang mit der erfolgreichen Einführung der Online-Initiative Honorarabrechnungsunterlagen werden die Teilnehmer deshalb ab dem Abrechnungsquartal 2/2010 über Berichtigungen in ihrer Abrechnung nicht mehr über einen eigenständigen Richtigstellungsbescheid, sondern über die neue Richtigstellungsmitteilung, die nun ein Teil des Honorarbescheides ist, informiert.

Online in SmarAkt

Mitglieder, die an der Online-Initiative Abrechnungsunterlagen teilnehmen, erhalten deshalb ab dem Abrechnungsquartal 2/2010 die Mitteilung der Richtigstellungen nicht mehr in Papierform zugestellt, sondern haben die Möglichkeit, in diese online in SmarAkt Einsicht zu nehmen.

Da die Richtigstellungsmitteilung Teil des Honorarbescheides ist, gilt bei einem Widerspruch gegen die von der KVB durchgeführten und in dieser Mitteilung aufgeführten Berichtigungen die Rechtsbehelfsbelehrung des Honorarbescheides. Auf Grund dieser Änderung war die Anpassung der Abrechnungsbestimmungen notwendig.

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

Abrechnungsgenehmigungen im Arztregister

In den nächsten Wochen erhalten die Praxen eine schriftliche Information, welche Genehmigungen für ihre vertragsärztlichen Tätigkeiten an welchen Betriebsstätten aktuell bei der KVB hinterlegt sind. Genehmigungspflichtige Leistungen können nur an derjenigen Betriebsstätte abgerechnet werden, für die eine entsprechende Genehmigung erteilt wurde. Beachten Sie bitte folgende Grundsätze:

1) Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung

Genehmigungspflichtige Leistungen dürfen Sie in Ihrer Praxis erst dann erbringen und abrechnen, wenn Sie

- nachweislich alle fachlichen und gegebenenfalls betriebsstättenbezogenen Genehmigungsvoraussetzungen (personelle, apparative und/oder räumliche Voraussetzungen) erfüllen **und**
- eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung durch die KVB erhalten haben.

Vor Erhalt des Genehmigungsbescheids dürfen Sie diese Leistungen bei GKV-Versicherten weder ausführen noch abrechnen. Sofern Sie die Leistungen dennoch zum Ansatz bringen, haben Sie keinen Anspruch auf Vergütung.

2) Erteilung von Abrechnungsgenehmigungen

- Genehmigungen können **nicht rückwirkend** (zum Beispiel ab Antragstellung) erteilt werden.
- Genehmigungen werden immer **personenbezogen** erteilt und sind nicht übertragbar.
- Genehmigungen mit **betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen** (personelle, apparative und/oder räumliche Voraussetzungen) werden für einen **bestimmten, im Bescheid angegebenen Leistungsort (Be-**

triebsstätte) erteilt. Dies gilt auch für den Fall, dass genehmigungspflichtige Leistungen an weiteren Leistungsorten außerhalb der Hauptbetriebsstätte (zum Beispiel ausgelagerte Praxisräume und Filialen) erbracht werden.

- Genehmigungen für **angestellte Ärzte** werden nach entsprechendem Antrag dem anstellenden Vertragsarzt oder Medizinischen Versorgungszentrum erteilt und enden mit Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses.

3) Wann ist eine Überprüfung oder Neuerteilung der Abrechnungsgenehmigungen erforderlich?

- Änderung des **Teilnahmestatus** wie etwa Wechsel oder Änderung in Zulassung, Anstellung oder Ermächtigung
- Beschäftigung von **angestellten Ärzten**, auch bei Job-Sharing
- Aufnahme einer weiteren **Praxistätigkeit** (zum Beispiel Aufnahme einer Tätigkeit in einer Filiale oder einer weiteren (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft)
- **Arbeitgeberwechsel** bei angestellten Ärzten
- **Praxisverlegung**, gegebenenfalls mit **Änderung der Praxisform** (wie etwa Einzelpraxis in Gemeinschaftspraxis)

Sofern Ihnen im Rahmen der bisherigen Tätigkeit Genehmigungen mit betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen erteilt wurden und einer der oben genannten Sachverhalte eintritt, reichen Sie bitte unverzüglich die entsprechenden Nachweise ein.

■ Sie sind in neuen Räumlichkeiten tätig?

Bitte weisen Sie die räumlichen Voraussetzungen (zum Beispiel für die Genehmigung zum ambulanten

Operieren) durch die Einreichung einer entsprechenden schriftlichen Erklärung für Ihre neuen Praxisräume gegenüber der KVB nach.

■ Sie nutzen neue Apparaturen?

Bitte weisen Sie die apparativen Voraussetzungen (zum Beispiel für die Genehmigungen für Sonographie, Radiologie, MRT, CT), insbesondere durch Einreichung von Gewährleistungserklärungen des Herstellers für Ihre Geräte, bei der KVB nach.

■ Sie beschäftigen neues, nicht-ärztliches Personal?

Bitte weisen Sie die personellen Voraussetzungen (zum Beispiel für die Genehmigungen für Zervixzytologie, Onkologie) durch die Vorlage entsprechender Zeugnisse für das nichtärztliche Personal gegenüber der KVB nach.

Wichtig: Die Überprüfung beziehungsweise Neuerteilung Ihrer Genehmigungen können Sie mit dem Formular „Überblick Abrechnungsberechtigungen“ (unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Buchstabe „A“/Abrechnungsberechtigungen – Überblick*) beantragen. Vergessen Sie bitte nicht, die Nachweise zu geänderten betriebsstättenbezogenen Genehmigungsvoraussetzungen beizufügen. Beachten Sie bitte auch, dass diese Informationen lediglich einen Überblick vermitteln sollen und nicht vollständig sind. Insbesondere gibt es zusätzliche EBM-spezifische Regelungen. Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne an unsere Präsenzberatung wenden. Die Kontaktdaten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Beratung/Abrechnung*.

Zusätzliche Informationen zu besonderen Vertragsangeboten und Qualitäts-

Qualifikationsgebundene Genehmigungsart	x = Betriebsstättenbezug
Besondere Genehmigungen	
Spezialisierte Versorgung HIV/Aids infizierter Patienten	
Akupunktur	
Ambulante Operationen/Anästhesien	x
Ambulanter Schwangerschaftsabbruch	x
Arthroskopie	x
Balneo-Phototherapie	x
Chirotherapie	
Hautkrebsscreening	
Herzschrittmacherkontrolle	x
Histopathologie Hautkrebsscreening	
Koloskopie	x
Krankengymnastik	
Kur-/Badearzt	
Labor (OIII)	
Langzeit-EKG-Aufzeichnung	x
Langzeit-EKG-Auswertung	x
Methadon-Substitution	x
Neugeborenen-Screening	x
Onkologie	x
Otoakustische Emissionen	x
Photodynamische Therapie	x
Phototherapeutische Keratektomie	x
Polygraphie (Schlafapnoe)	x
Polysomnographie	x
Reha-Verordnungen	
Schmerztherapie, Arzt	x
Schmerztherapie, schmerztherapeutische Einrichtung	x
Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	x
SV ambulante Katarakt-Operationen/Anästhesisten	x
SV ambulante Katarakt-Operationen/Augenärzte	x
Zytologie	x

Qualifikationsgebundene Genehmigungsart	x = Betriebsstättenbezug
Bildgebende Verfahren	
Computertomographie	x
Computertomographie Bestrahlungsplanung	x
Interventionelle Radiologie	x
Invasive Kardiologie	x
Kernspintomographie	x
Knochendichtemessung	x
Mammographie, kurativ	x
MR-Angiographie	x
MR-Mamma	x
Mammographie-Screening	x
Nuklearmedizin	x
Radiologie, allgemein	x
Sonographie	x
Strahlentherapie	x
Vakuumstanzbiopsie der Brust	x
Versorgungsgenehmigungen	
Belegarzt-Anerkennung/Strukturvertrag	x
Blutreinigungsverfahren (Dialyse/Aphrese)	x
Frühförder-/Tagesstätten	
Homöopathie-Vertrag	
IVF Künstliche Befruchtung	
Psychotherapie (hierzu zählen auch Psychosomatische Grundversorgung, AT, JR, Hypnose, Befreiung von der Gutachterpflicht)	
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	x
Soziotherapie	
DMP	
Asthmaschulung	x
Genehmigungen zum DMP-Vertrag	x
Diabetes-Vereinbarung	x
Nekrosenabtragung beim diabetischen Fuß	

maßnahmen der KVB sowie zu genehmigungspflichtigen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung finden Sie im Internet unter www.kvb.de in

der Rubrik *Praxis/Qualität*; Antragsformulare in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare*.

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

Neue EBM-Leistungen zum 1. Oktober 2010

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 wurde die Aufnahme neuer Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen. Die Beschlüsse stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die wichtigsten Neuerungen einschließlich der Bewertungen nach der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BEGO) haben wir nachfolgend dargestellt. Die Beschlüsse mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 30 vom 30. Juli 2010, sowie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik „Bewertungsausschuss/Beschlüsse“) veröffentlicht.

Balneophototherapie

GOP 10350

Balneophototherapie entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses „Methoden der vertragsärztlichen Versorgung“ und der QS-Vereinbarung zur Balneophototherapie, einschließlich Kosten

EBM-Bewertung: 1125 Punkte
Preis BEGO: 39,43 Euro

- Berechnungsfähig von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Die Abrechnung ist erst dann möglich, wenn eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie erteilt wurde:
 - Die Qualitätssicherungsvereinbarung tritt voraussichtlich zum 1. Oktober 2010 in Kraft.
 - Für Ärzte, die bereits in der Vergangenheit, zum Beispiel im Rahmen von Modellvorhaben, balneophototherapeutische Leistungen erbracht haben, wird es

eine Übergangsregelung mit einer Ausschlussfrist zur Antragstellung und erleichterten fachlichen und apparativ-räumlichen Voraussetzungen geben.

Über die Genehmigungsvoraussetzungen im Einzelnen und das Verfahren wird die KVB noch separat informieren, sobald die QS-Vereinbarung veröffentlicht wird.

- Die Balneophototherapie darf nur in einer ärztlich geleiteten Betriebsstätte in Anwesenheit eines Hautarztes durchgeführt werden.
- Die Leistung beinhaltet alle Kosten, auch die Kosten für Mittel zur Herstellung der lichtsensibilisierenden Lösung für die Bade-PUVA und Sprechstundenbedarf.
- Einmal am Behandlungstag berechnungsfähig
- Es sind maximal 35 Einzelanwendungen pro Behandlungszyklus berechnungsfähig. Ein neuer Behandlungszyklus kann frühestens sechs Monate nach Abschluss eines vorangegangenen Behandlungszyklus erfolgen.
- Die Leistung ist am selben Behandlungstag nicht neben den GOPen 30430 (Selektive Phototherapie) und 30431 (Zuschlag Photochemotherapie) abrechenbar.

Hinweis:

Auch über die Auswirkungen der Aufnahme der Balneophototherapie in den EBM auf das derzeitige Erprobungsmodell „Ambulante synchrone Balneophototherapie“ mit den Regionalkassen (GOP 97605/ 97605A) werden wir die teilnehmenden Vertragsärzte gesondert informieren.

Da der Gemeinsame Bundesausschuss die Balneophototherapie nur für die Behandlung von Hauterkrankungen bei Patienten mit mittelschwerer und

schwerer Psoriasis vulgaris als Leistung der GKV anerkannt hat, läuft seit dem 1. April 2010 in Bayern das Modellvorhaben „Ambulante synchrone Balneophototherapie zur Behandlung des atopischen Ekzems“. Weiterführende Informationen zu diesem Modellvorhaben haben wir für Sie auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „B“/Balneophototherapie* bereitgestellt.

Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger

GOP 01955

Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, einschließlich Kosten

EBM-Bewertung: 765 Punkte
Preis BEGO: 26,81 Euro

■ Obligate Leistungsinhalte

- Parenterale Diamorphinabgabe(n)
- Alkoholatemtest vor jeder Diamorphinabgabe
- Postexpositionelle Überwachung
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bei jeder Diamorphinabgabe

■ Fakultativer Leistungsinhalt

- Zusätzliche Methadonsubstitution

- Einmal am Behandlungstag berechnungsfähig
- Die Berechnung der GOP 01955 setzt voraus, dass die Einrichtung über eine Genehmigung der zuständigen Landesbehörde nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung verfügt.
- Die Abrechnung ist erst dann möglich, wenn eine **Genehmigung für die Substitution mit Diamorphin**

nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger erteilt wurde:

- Die Genehmigung erteilt die KVB auf Antrag **Einrichtungen**, die die in Paragraph 10 der Richtlinien festgelegten hohen strukturellen Qualitätsanforderungen erfüllen.
- In fachlicher Hinsicht müssen Ärzte, die mit Diamorphin substituieren wollen, eine suchthe-rapeutische Fort-/Weiterbildung nachweisen, die speziell auf die Behandlung mit Diamorphin ausgerichtet ist und die nur durch eine mindestens sechsmonatige Tätigkeit im bundesdeutschen Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“ ersetzt werden kann.
- Für die Erteilung der Genehmigung kommen daher vor allem Einrichtungen in Betracht, die am bundesdeutschen **Modellprojekt** zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger teilgenommen haben – speziell für diese Einrichtungen wurde in der Richtlinie eine Übergangsregelung geschaffen.

Zu den Genehmigungsvoraussetzungen im Einzelnen und dem Verfahren beachten Sie bitte auch den Artikel zur Substitution in den KVB INFOS 9/2010 auf Seite 138.

GOP 01956

Zuschlag zur GOP 01955 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember

EBM-Bewertung: 470 Punkte
Preis BÉGO: 16,47 Euro

- Einmal am Behandlungstag berechnungsfähig

Neugeborenen-Hörscreening

GOP 01704

Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings im Zusammenhang mit der Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)

EBM-Bewertung: 80 Punkte
Preis BÉGO: 2,80 Euro

- Berechnungsfähig von
 - Hausärzten
 - Kinder- und Jugendärzten
 - Frauenärzten
- Die Beratung soll möglichst vor dem zweiten Lebenstag des Neugeborenen erfolgen.
- Die Leistung ist im Krankheitsfall nicht neben den GOPen 01705 (Neugeborenen-Hörscreening) und 01706 (Kontroll-AABR) abrechenbar.

GOP 01705

Neugeborenen-Hörscreening gemäß Anlage 6 der Kinder-Richtlinien

EBM-Bewertung: 445 Punkte
Preis BÉGO: 15,60 Euro

GOP 01706

Kontroll-AABR nach auffälliger Erstuntersuchung entsprechend dem Neugeborenen-Hörscreening nach GOP 01705

EBM-Bewertung: 705 Punkte
Preis BÉGO: 24,71 Euro

- Die Leistungen sind berechnungsfähig von
 - Kinder- und Jugendärzten
 - HNO-Ärzten
 - Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen beziehungsweise Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Jeweils einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig

- Die Leistungen nach den GOPen 01705 und 01706 sind in derselben Sitzung nicht nebeneinander und im Krankheitsfall nicht neben der GOP 01704 (Zuschlag Beratung Neugeborenen-Screening) berechnungsfähig.
- Die Leistungen können am Behandlungstag nicht neben den neurophysiologischen Untersuchungen (GOPen 04436, 14331 und 16321) und der Messung otoakustischer Emissionen (GOPen 09324 und 20324) abgerechnet werden.

Hinweis:

Die pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik bei auffälligem Befund in der Kontroll-AABR ist wie bisher als kurative Leistung abzurechnen.

Empfängnisregelung – Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis

GOP 01833

Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung (mindestens IgG-Nachweis)

EBM-Bewertung: 300 Punkte
Preis BÉGO: 10,51 Euro

- Berechnungsfähig von
 - Frauenärzten
 - Laborärzten
 - Fachärzten für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
- Einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Die Leistung ist nicht neben der GOP 32629 (Varicella-Zoster-Virus-Antikörper) berechnungsfähig.

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

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 4/2010

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

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 4/2010 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	31.900
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	31.120
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.580
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	31.800

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

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

Morbi-RSA: Abrechnung des Chronikerzuschlags

In den KVB INFOS 06/2010 (Seiten 81 und 82) haben wir Sie über die Abrechnungsvoraussetzungen der GOP 03212 und 04212 (Chronikerzuschlag) umfassend informiert.

Wir bitten Sie nochmals um sorgfältige Beachtung der Voraussetzungen, da Sie sich damit nicht nur Prüfungen und gegebenenfalls Berichtigungen Ihrer Abrechnungen ersparen, sondern auch dazu beitragen, Verwerfungen beim so genannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zwischen den Krankenkassen zu vermeiden. Bis Ende 2008 stellte der Risikostrukturausgleich im Wesentlichen auf das Alter der Versicherten ab. Insbesondere chronisch kranke Versicherte sind dabei durch das Raster gefallen.

Verzerrungen im Wettbewerb vermeiden

Seit 2009 wird beim Risikostrukturausgleich in stärkerem Maße die Morbidität der Versicherten berücksichtigt. Dies ist sinnvoll, um zu verhindern, dass eine Konzentration kranker, insbesondere chronisch kranker Versichelter bei einer bestimmten Krankenkasse für diese zwangsläufig zu einem gravierenden Wettbewerbsnachteil führt. Damit jedoch beim Morbi-RSA keine Verzerrungen mit nicht absehbaren finanziellen Auswirkungen auf die Wettbewerbslandschaft der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen, sind die Krankenkassen unter anderem darauf angewiesen, dass die Anforderungen an eine schwerwiegende chronische Krankheit im Sinne des Chronikerzuschlags tatsächlich erfüllt werden.

Auf Grund von Stichprobenergebnissen appellieren wir an Sie, das Augenmerk besonders auf eine nachvollziehbare Dokumentation und Darstel-

lung des Merkmals der Dauerbehandlung (ärztliche Behandlung der Krankheit wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal) zu richten.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

DMP Brustkrebs: Kontrastmittel und Zuschlagsziffern

Seit 1. Juli 2010 ist es für Fachärzte, die am Disease Management Programm (DMP) Brustkrebs teilnehmen, im Rahmen der Behandlung von Patientinnen im DMP Brustkrebs möglich, neben den so genannten L-Leistungen ein Kontrastmittel und/oder eine Zuschlagsziffer des EBM abzurechnen. Voraussetzung ist, dass das jeweilige Kontrastmittel und/oder der Zuschlag neben der entsprechenden EBM-GOP ebenfalls abgerechnet werden könnte.

Diese Möglichkeit war bisher im Vertrag nicht vorgesehen, konnte jedoch jetzt mit den am DMP Brustkrebs teilnehmenden Krankenkassen (außer dem vdek) vereinbart werden.

Diese Regelung gilt somit **nicht für Versicherte des vdek**.

Unabhängig von dieser Neuerung behalten alle bisherigen Voraussetzungen und Bedingungen zur Abrechnung von L-Leistungen ihre Gültigkeit.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Patienten-Kennzeichnung in Alten- und Pflegeheimen

Ab dem Abrechnungsquartal 3/2010 können Sie die von Ihnen betreuten Patienten in Alten- und Pflegeheimen (vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach Paragraph 72 SGB XI) bereits bei der Abrechnung mit einer Kennzeichnung versehen.

Was ist bei der Abrechnung zu beachten?

Bitte tragen Sie in diesen Fällen die **Nr. 99600** (neu ab 3/2010) – einmal im Behandlungsfall – zusätzlich zu den erbrachten Leistungen ein.

Warum wurde die Kennzeichnung eingeführt?

Die Kennzeichnung hilft, einen besonderen Versorgungsbedarf insbesondere im Rahmen der Berechnung der Regelleistungsvolumen nachzuweisen und kann von Ihnen zur Unterstützung bei der Argumentation in schriftlichen Stellungnahmen und Begründungen gegenüber den von der KVB unabhängigen Prüfungsgremien (Prüfungsstelle, Beschwerdeausschuss) herangezogen werden.

Durch den Eintrag der Nr. 99600 kann die KVB feststellen, ob Sie überdurchschnittlich viele Patienten in Alten- und Pflegeheimen nach Paragraph 72 SGB XI betreuen. Dies erleichtert insbesondere die Bearbeitung von Anträgen (zum Beispiel wegen Fallwertabstaffelung im Rahmen des RLV) und vermeidet Rückfragen, da die Anzahl der betreuten Heimpatienten an Hand Ihrer Abrechnung ermittelt werden kann.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Barmer GEK fördert Geriatrische Praxisverbände

Ab dem 1. September 2010 erhalten die an einem Geriatrischen Praxisverbund (GPV) teilnehmenden Fachärzte und Psychotherapeuten eine zusätzliche Behandlungspauschale in Höhe von 17,50 Euro für jeden eigenen bei der Barmer GEK versicherten Pflegeheimpatienten. Die Behandlungspauschale ist eine freie Leistung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und unterliegt nicht der RLV+QZV-Obergrenze. Sie ist maximal einmal pro Patient im Quartal durch den Ansatz der GOP 97960A für die von der KVB anerkannten Fachärzte und Psychotherapeuten abrechenbar.

Bei den Geriatrischen Praxisverbänden, die bereits 2006 von der KVB initiiert wurden, übernehmen mehrere niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten gemeinsam einen heimbezogenen Versorgungsauftrag, der sich auf mehrere Heime in der Region erstrecken kann. Durch regelmäßige Visitedienste mit festen Besuchszeiten, geregelte Rufbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten sowie durch gegenseitige Vertretung stellen die teilnehmenden Ärzte sicher, dass die Pflegeheimbewohner rund um die Uhr optimal versorgt werden. Zudem verpflichten sich die teilnehmenden Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten zu speziellen geriatrischen Fortbildungen.

Weitere Informationen zum Geriatrischen Praxisverbund erhalten Sie unter www.kvb.de/pflegeheimversorgung.

Ihre Ansprechpartnerin für Fragen zum Geriatrischen Praxisverbund:

Kornelia Wilsch

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 45 10

DMP-Vertrag: Änderungen für diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte

Für diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte (Schwerpunktpraxen) in den Disease Management Programmen (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 traten zum 1. Juli 2010 **neue Regelungen** in Kraft (vergleiche auch neuer DMP-Plattformvertrag vom 10. Juni 2010). Die erhöhten Strukturvoraussetzungen betreffen nicht nur neue, sondern auch bestehende Schwerpunktpraxen. Bereits erteilte Genehmigungen behalten im Rahmen des am 30. Juni 2010 bestehenden Umfangs grundsätzlich ihre Gültigkeit. Erneute Teilnahme- oder Schulungsanträge allein auf Grund des In-Kraft-Tretens des neuen DMP-Plattformvertrags sind nicht erforderlich. Die erhöhten Strukturvoraussetzungen müssen jedoch bis zu den vertraglich vorgegebenen Stichtagen/Bezugszeiträumen und danach regelmäßig erfüllt werden. **Andernfalls enden die betreffenden Genehmigungen.**

In der folgenden **Tabelle** sind die neuen Voraussetzungen und die jeweiligen Stichtage/Bezugszeiträume aufgeführt. Diabetologisch besonders qualifizierte Pädiater müssen nur das Zertifikat „Diabetesschulung für Kinder und Jugendliche“ nachweisen, sofern sie eine entsprechende Schulungsgenehmigung besitzen.

Den vollständigen Text des neuen DMP-Vertrags können Sie auf unserer Internetseite unter www.kvb.de/dmp nachlesen. Dort finden Sie auch eine Beschreibung des für diabetologische Schwerpunktpraxen geeigneten nicht-ärztlichen Personals sowie eine Stellungnahme der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bayern zu den Hintergründen der vorgenommenen Änderungen.

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

Hinweise zur Tabelle:

¹ Hinweis zur Fallzahlberechnung:

Maßgeblich ist jeweils die Anzahl an Patienten mit Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV), die ein leistungserbringender Arzt über seine LANR und mit entsprechender korrekter ICD-10-Kodierung (gemäß ICD-10-GM) abrechnet. Relevant sind nur Patienten mit gesicherter Diagnose Diabetes mellitus. Falls im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung Leistungen erbracht wurden, werden diese nur berücksichtigt, wenn der KVB Bestätigungen der betroffenen Krankenkassen vorgelegt werden, aus denen hervorgeht, welche Diabetes-Typ-1- beziehungsweise -Typ-2-Fallzahlen mit der jeweiligen Krankenkasse im betreffenden Zeitraum abgerechnet wurden. Ermächtigte Ärzte können eine Bestätigung des Klinikträgers gleichen Inhalts vorlegen.

² Hinweis zur Qualifikation des nichtärztlichen Personals:

Zur Erfüllung der Strukturvoraussetzung „nichtärztliches Personal“ im DMP Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise Typ 2 werden auch Fachkräfte berücksichtigt, die im Rahmen der am 30. Juni 2010 bestehenden Genehmigung bei diesem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt gemäß DMP-Vertrag beschäftigt waren, den Anforderungen des DMP-Vertrags in der Fassung vom 25. März 2009 im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 nach Anlage 1b beziehungsweise des DMP Diabetes mellitus Typ 2 nach Anlage 2c entsprochen haben und der KVB gemeldet waren. Personal, das seit dem 1. Juli 2010 neu bei diesem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt beschäftigt wird, muss die Anforderungen nach Anlage 1b beziehungsweise 2c des DMP-Plattformvertrags vom 10. Juni 2010 erfüllen.

Eine Übersicht hierzu finden Sie unter www.kvb.de/dmp.

³ Hinweis zur Arbeitszeit des nicht-ärztlichen Personals:

Bei weiteren diabetologisch besonders qualifizierten Ärzten in einer Schwerpunktpraxis (Praxismgemeinschaft, örtliche Gemeinschaftspraxis, MVZ, angestellter Arzt) gilt: Zusätzlich zu den oben genannten Anforderungen an das nichtärztliche Personal muss für jeden weiteren leistungserbringenden Arzt eine Fachkraft mit mindestens 19 Wochenstunden nachgewiesen werden (unabhängig vom zeitlichen Umfang der Zulassung oder Anstellung).

⁴ Hinweis zum Erwerb des Zertifikats „Diabetesschulung für Kinder- und Jugendliche“:

Termine, an denen die Zertifikate für die Kinder-/Jugendlichen-Schulungen erworben werden können, finden Sie unter www.kvb.de/dmp.

Stichtage/Bezugszeiträume für die Erfüllung der neuen Voraussetzungen im DMP-Vertrag vom 10. Juni 2010:

(Betrifft DMP-Genehmigungen als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt, die am 30. Juni 2010 bestehen.)

Bitte Hinweise zur Tabelle beachten!

	Voraussetzung	Stichtag/ Bezugszeiträume	Nachweis	Konsequenz bei Nicht-Erfüllung
Diabetes mellitus Typ 2	Behandlung von mindestens 250 verschiedenen GKV-Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal (berücksichtigt werden Typ 1 und Typ 2)	Erstmals relevant ist der Durchschnitt der Quartale 3/2010 bis 2/2011 (danach regelmäßig zu erfüllen)	Patienten-Fallzahlen werden auf Basis der Honorarabrechnung durch die KVB ermittelt ¹	Widerruf der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 2
Diabetes mellitus Typ 1	Kontinuierliche Behandlung von mindestens 35 verschiedenen GKV-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1	Erstmals relevant ist der Zeitraum von Quartal 3/2010 bis 2/2011 (danach regelmäßig zu erfüllen)	Patienten-Fallzahlen werden auf Basis der Honorarabrechnung durch die KVB ermittelt ¹	Widerruf der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 1
Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2	Schulungsqualifikation für eine im DMP-Vertrag enthaltene Insulinschulung für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1	Stichtag für Nachweis: 30. Juni 2012	Schulungsnachweis ist der KVB unaufgefordert vorzulegen, sofern nicht bereits eine entsprechende Schulungsgenehmigung von der KVB vorliegt	Automatisches Ende der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2	Nichtärztliches Personal a) Qualifikation² Diabetesberater DDG oder Fachkräfte mit einer vergleichbaren Qualifikation b) Arbeitszeit³ Mindestens 38 Wochenstunden (kann auch durch zwei Fachkräfte mit jeweils mindestens 19 Wochenstunden erbracht werden) Ausnahme: bei Teilzulassung bzw. Tätigkeit des leistungserbringenden Arztes von weniger als 20 Stunden: mindestens 19 Wochenstunden	Stichtag für erstmaligen Nachweis: 30. Juni 2011 (danach dauerhaft zu erfüllen)	Erstmaliger Nachweis ist auf Anforderung durch die KVB bis zum Stichtag vorzulegen (danach auf Anforderung durch die KVB bis zum 30. Juni eines jeden Jahres)	Automatisches Ende der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2
Diabetes mellitus Typ 1 (mit einer Genehmigung zur Durchführung der Schulungen: „Diabetesbuch für Kinder“ und/oder „Diabetes bei Jugendlichen“)	Zertifikat „ Diabetes-schulung für Kinder- und Jugendliche “ ⁴	Stichtag für Nachweis: 31. Dezember 2012	Zertifikate von Leistungserbringer und nichtärztlichem Personal im Original oder amtlich beglaubigter Kopie sind der KVB unaufgefordert vorzulegen (sofern diese der KVB noch nicht vorliegen)	Automatisches Ende der Genehmigung für die Schulungen von Kindern bzw. Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1

Abrechnung der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung

Zum 1. Januar 2010 wurde eine Vergütung des erhöhten Betreuungsaufwands bei Patienten in der ambulanten Sterbebegleitung für alle Vertragsärzte eingeführt. Bayerns Ärzte erhalten zusätzlich zum Honorar für ihre ärztlichen Leistungen eine Pauschale in Höhe von 20,- Euro pro Besuch eines Palliativpatienten. Die KVB ist damit derzeit bundesweit die einzige KV, die eine Vergütung für den Bereich der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) anbietet.

Diese zusätzliche Vergütung ist nur für die Behandlung von Palliativpatienten gedacht, deshalb sollten in der AAPV tätige Ärzte Folgendes beachten:

Die Pauschale kann nur bei einem Patienten mit gesicherter Diagnose „Palliativbehandlung“ (Z 51.5) angesetzt werden.

Palliativpatienten sind alle Patienten, bei denen sich das Lebensende abzeichnet (Lebenserwartung zirka drei bis sechs Monate) und deren ausgeprägtes Leiden einen regelmäßigen und hohen Zeitaufwand in der pflegerischen, ärztlichen, psychosozialen und spirituellen Betreuung sowie in der Kommunikation mit ihnen und ihren Angehörigen erfordert.

Wenn eine gesicherte Diagnose „Palliativbehandlung“ abgerechnet werden kann, muss die GOP 97005 nur jeweils einmal im Quartal angesetzt werden und zwar beim ersten Besuch des Patienten. Ab diesem Datum wird die GOP automatisch für alle Folgebesuche angesetzt und jeder weitere Besuch entsprechend vergütet. Die Pauschale wird als Zuschlag für die EBM-Leistungen 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 (inklusive Nachtbesuche – „N“-Kennzeichnung) gezahlt.

Derzeit werden im Bereich der AAPV weitere Vergütungsmodelle für spezialisierte Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten mit den Kassen verhandelt. Dabei ist das langfristige Ziel der KVB, die AAPV in Bayern zu stärken: Niedergelassene Ärzte sollen ihre Palliativpatienten so lange wie möglich im vertrauten häuslichen Umfeld betreuen können.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de/palliativ.

SmarAkt: Verordnungsakten neu strukturiert

Unser Online-Archiv SmarAkt bietet Ihnen seit Kurzem nicht nur ein neues Design, sondern vor allem mehr Sicherheit. Im Zuge seiner Überarbeitung haben wir für Sie in SmarAkt auch die Informationen zu den Verordnungsakten ab dem Verordnungsquartal 1/2010 neu strukturiert.

Neu ab Verordnungsquartal 1/2010

Verordnungsakte – BSNR/Praxis

- Arzneikostentrendmeldung – Quartalsinformation der KVB
- PC-Trendmeldung – Quartalsinformation der KVB
- DDD-Trendmeldung – Quartalsinformation der KVB

Verordnungsakte – LANR/Arzt

- GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) – Monatsbericht
- GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) – Quartalsbericht
- GKV-Heilmittel-Informationssystem (GKV-HIS) – Quartalsbericht

Die Aufteilung der Verordnungsakten mit Trendmeldungen nach Praxis beziehungsweise Arztdatei resultiert aus der arztbezogenen Erstellung der Analysen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen. Für Ärzte, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, können wir die GKV-Trendmeldungen (GAmSi und GKV-HIS) nur arztbezogen zur Verfügung stellen.

Bis zum Verordnungsquartal **4/2009** haben wir für Sie unter der Bezeichnung „Arzneimittelakte“ beziehungsweise „Verordnungsakte“ folgende Informationen eingestellt:

Arzneimittelakte bis 2009

- Rubrik „Arzneikosten – Statistiken“:
 - Richtgrößen-Trendmeldung (Quartal 4/05 - 4/08)
 - Arzneikostentrendmeldung (Quartal 1/09 – bis 4/09)

Informationen zur PC-Trendmeldung

- Rubrik „DDD-Trendmeldung“:
 - DDD-Trendmeldung Quartalsinformation der KVB
 - GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi)
- Verordnungsakte bis 2009
- Rubrik „Heilmittel-Statistik“:
 - GKV-Heilmittelschnellinformation (HIS)

Unsere Pharmakotherapie-Berater unterstützen Sie gerne bei der Analyse Ihrer Verordnungsdaten. Bei Fragen zu den Statistiken helfen Ihnen unsere Mitarbeiter der Abrechnungs- und Verordnungsberatung weiter. Wenn Sie Hilfe zu Ihren SmarAkt-Zugangsdaten benötigen, wenden Sie sich bitte an unser Servicetelefon „Zugangsdaten“. Die Kontaktdaten finden Sie in *PRO-FUND* in der Rubrik „KVB Servicenummern“.

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

Mit unserer Arzneikostentrendmeldung (AKTM) liefern wir Ihnen eine quartalsbezogene Verordnungsanalyse, die Ihnen helfen soll, Ihr Verordnungsverhalten mit dem Ihrer Fachgruppe zu vergleichen und – falls erforderlich – frühzeitig zu hinterfragen.

Fachgruppenstatistiken für statistische Vergleichsprüfung

Für fach- und/oder versorgungsbereichsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) stellen wir die Verordnungsdaten der teilnehmenden Ärzte auf Basis der Betriebsstättennummer (BSNR) und lebenslangen Arztnummer (LANR) nach Fachgruppen zusammen und vergleichen sie mit den entsprechenden Werten der Fachgruppe. Sie erhalten so für jede in Ihrer Praxis vertretene Fachgruppe eine eigene Statistik.

Daten zum Sprechstundenbedarf nur mit Vorbehalt

Bei der Mehrzahl der Verordnungen zum Sprechstundenbedarf haben uns die Apothekenrechenzentren mit den Rezeptdaten keine LANR übermittelt. Die Daten zum Sprechstundenbedarf sind daher für eine frühzeitige Arzneikosteninformation nur bedingt auswertbar. Deshalb erstellen wir Ihnen ab dem ersten Quartal 2010 neben der AKTM eine eigene PC-Trendmeldung, mit der wir den Sprechstundenbedarf nach BSNR ausweisen.

Ausführliche Informationen zum Bezug von Sprechstundenbedarf sowie ein Muster der neuen PC-Trendmeldung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnung/Verordnung aktuell*.

PC-Trendmeldung künftig nur noch in SmarAkt

Da ein Versand der PC-Trendmeldung mit erheblichen Kosten für Druck und Konfektionierung verbunden wäre, stellen wir Ihnen Ihre PC-Trendmeldung ab dem zweiten Quartal 2010 ausschließlich in Ihrem Online-Archiv „SmarAkt“ zur Verfügung. Zu SmarAkt gelangen Sie über das entsprechende Symbol auf unserer Internetseite www.kvb.de.

Fragen zu Ihren Zugangsdaten beantworten wir Ihnen unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 75*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 76*
 E-Mail Benutzerkennung@kvb.de

„Neue Arzneimittel“ – Service der AkdÄ

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

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

In der Ausgabe Nr. 14 vom 16. Juni 2010 informierte die AkdÄ über folgende Arzneimittel:

Adcirca® (Tadalafil):

Zur Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie (PAH) der WHO-Funktionsklasse II und III zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Wirksamkeit wurde gezeigt bei idiopathischer PAH (IPAH) und bei PAH auf Grund einer Kollagenose.

Angiox® (Bivalirudin):

Neu zugelassene Indikation als Antikoagulans zur Behandlung erwachsener Patienten, die sich einer perkutanen Koronarintervention (PCI) unterziehen, einschließlich Patienten mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI), die sich einer primären PCI unterziehen.

DuoCover®, DuoPlavin® (Clopidogrelhydrogensulfat/Acetylsalicylsäure): Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei erwachsenen Patienten, die bereits Clopidogrel und Acetylsalicylsäure (ASS) einnehmen. DuoCover®, DuoPlavin® sind fixe Kombinationen zur Erhaltungstherapie bei:

- akutem Koronarsyndrom ohne ST-Strecken-Hebung (instabile Angina pectoris oder Non-Q-Wave-Myokardinfarkt), einschließlich Patienten, denen bei einer perkutanen Koronarintervention ein Stent implantiert wurde
- akutem Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung bei medizinisch behandelten Patienten, für die eine thrombolytische Therapie infrage kommt

Ausführliche Informationen zur Indikation, Bewertung, Klinischen Studien, unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Interaktionen, Kontraindikationen, der Anwendung sowie der Dosierung und Kosten erhalten Sie im Internet unter www.akdae.de in der Rubrik „Arzneimitteltherapie“.

Auf unserer Internetseite www.kvb.de haben wir für Sie in der Rubrik *Praxis/Verordnung* folgende Informationen der AkdÄ im Kasten „Publikationen“ verknüpft:

- *Neue Arzneimittel*
- *Therapieempfehlungen*
- *Rote-Hand-Briefe*
- *Drug Safety Mail*

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Bulletin zur Arzneimittelsicherheit

Das „Bulletin zur Arzneimittelsicherheit“ – eine Broschüre des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie des Paul-Ehrlich-Instituts – untersucht vierteljährlich aktuelle Aspekte der Risikobewertung von Arzneimitteln. Ziel des Bulletins ist es, zeitnah über mögliche Risiken von Arzneimitteln zu informieren sowie Nebenwirkungen zu dokumentieren und die damit verbundenen Risiken zu minimieren.

Seit Juli 2010 steht die erste Ausgabe des „Bulletin zur Arzneimittelsicherheit“ im Internet kostenfrei zum Download zur Verfügung. Die erste Ausgabe informierte unter anderem über die erhöhte Brustkrebssterblichkeit bei gleichzeitiger Anwendung von Tamoxifen und SSRI sowie über das Epilepsierisiko nach Kinderimpfungen.

Eine Verlinkung zu der Broschüre finden Sie auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnung*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Patentgeschützte Arzneimittel

Bitte prüfen Sie vor jeder Verordnung, ob das Therapieziel nicht auch mit bewährten und damit günstigeren Medikamenten erreicht werden kann. Unter Umständen ist ein neues Medikament nur deswegen eingeführt worden, um den Patentschutz auszudehnen, ohne dass dabei die Wirkungsweise wesentlich verändert wurde.

In Ihrer Arzneikostentrendmeldung weisen wir Ihnen quartalsbezogen die von Ihnen verordneten patentgeschützten Originale mit der Kennung „0“ sowie die patentfreien Originale mit der Kennung „1“ aus (siehe Seite 4 in der Tabelle „Ihre verordnungsstärksten Arzneimittel“). Wir empfehlen Ihnen, Ihr Ordnungsverhalten regelmäßig – auch mit Hilfe unserer Pharmakotherapie-Berater – zu hinterfragen. Wir bieten Ihnen fachliche Unterstützung durch Studienauswertungen und Recherchen zu pharmakologischen Themen und unterstützen Sie gerne bei der Auswahl wirtschaftlicher Verordnungsalternativen.

Auch in Hinblick auf die Auswertung von statistischen Informationen in Ihrer Arzneikostentrendmeldung kann Ihnen eine persönliche Beratung weiterhelfen. Neben der Erläuterung Ihrer Daten im statistischen Vergleich, werden auch pharmakologisch-therapeutische Themen beleuchtet. Nutzen Sie dieses umfassende Beratungsangebot. Einen persönlichen Beratungstermin mit Ihrem Pharmakotherapie-Berater können Sie über unser Service-Telefon „Verordnung“ vereinbaren.

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

Hilfsmittelversorgung

In der Ausgabe 3/2009 der KVB INFOS hatten wir Sie darüber informiert, dass die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei der Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ausgeweitet wurden.

Die Versorgung der Versicherten soll nur noch durch qualifizierte Vertragspartner der jeweiligen Krankenkasse erfolgen. Verschiedene Krankenkassen haben uns seitdem über den Abschluss von Hilfsmittellieferverträgen mit einzelnen Leistungserbringern informiert. Mit der Ausweitung dieser Verträge können Ihre Patienten zunehmend die von Ihnen verordneten Hilfsmittel nicht mehr bei ihrem gewohnten Lieferanten, zum Beispiel der Apotheke oder dem Sanitätshaus, beziehen.

Da die KVB, aber auch Sie als Arzt, in der Regel von diesen Verträgen keine Kenntnis haben, empfehlen wir, dass Sie Ihre Patienten nach der Ausstellung einer Hilfsmittelverordnung an deren Krankenkasse verweisen.

Seit In-Kraft-Treten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum April 2009 ist zudem die Depothaltung und Abgabe von Hilfsmitteln in der Arztpraxis nicht mehr zulässig (außer von Hilfsmitteln, die für Notfälle benötigt werden).

Vorsorglich möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ärzte aus berufsrechtlichen Gründen die für ihre Patienten ausgestellten Rezepte nicht bestimmten Leistungserbringern direkt zuführen dürfen. Für die Verordnung von Hilfsmitteln an sich gelten die bisherigen Grundsätze unverändert fort.

Neuer KVB-Service: HiM INFO

Seit dem 1. Juli 2010 steht Ihnen mit HiM INFO ein neues Hilfsmittel-Infoportal im Internet zur Verfügung. Damit erhalten Sie einen schnellen Zugriff auf alle Inhalte des GKV-Hilfsmittelverzeichnis. Sie finden diesen neuen Service unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnung/Hilfsmittel*. Weitere Informationen zu diesem kostenlosen Online-Service finden Sie auch in *PROFUND*, Ausgabe 7-8/2010 auf Seite 26/27.

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

Neufassung Ultraschallvereinbarung

Nach Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist eine Neufassung der Ultraschallvereinbarung (USV) zum 30. Juni 2010 in Kraft getreten.

Die Anpassungen des Wortlautes der Vereinbarung betreffen ausschließlich die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Paragraph 9 USV, genauer die Inhalte der Anlage III Nr. 6. Sowohl die KVB als auch Gerätehersteller und -vertrieber werden die Anpassungen berücksichtigen.

Eine aktuelle Fassung der Ultraschallvereinbarung sowie weitere Informationen sind unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Ultraschallvereinbarung/Unterlagen* abrufbar.

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

Neufassung Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie

Zur Förderung der Qualität der radiologischen Diagnostik in der vertragsärztlichen Versorgung werden bundesweit Stichprobenprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dazu eine Neufassung der Richtlinie erlassen, die einheitliche Qualitätsanforderungen für die radiologische Diagnostik mittels konventioneller Röntgendiagnostik und Computertomographie enthält. Damit soll sichergestellt werden, dass überall in Deutschland die gleichen Qualitätsstandards gelten und eingehalten werden.

Die neu gefasste „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik nach § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie)“ wurde am 17. Juni 2010 beschlossen und tritt mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger voraussichtlich noch im Sommer in Kraft. Im Folgenden stellen wir Ihnen die wichtigsten Punkte der neuen Richtlinie vor:

Einheitliche Anforderungen an die Bildqualität

Ziel der neu gefassten Richtlinie war es insbesondere, die Anforderungen an die Bildqualität für Prüfungen durch die KVen einerseits und darüber hinausgehenden Prüfungen der Untersuchungs- und Aufnahmetechnik durch die Ärztlichen Stellen andererseits zu vereinheitlichen.

Dazu wurden die ärztlichen Qualitätsanforderungen der aktualisierten Leitlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik und in der Computertomographie in die Richtlinie übernommen. Diese Leitlinien der BÄK beschreiben den derzeit gültigen medizinischen

Standard und den Stand der Technik der radiologischen Basisuntersuchungen und definieren sowohl ärztliche als auch aufnahmetechnische Qualitätsanforderungen.

Auf Grund dieser gemeinsamen Basis können die KVen die Stichprobenprüfungen zusammen mit der Ärztlichen Stelle organisieren und so den bürokratischen Aufwand für den einzelnen Arzt reduzieren.

Trennung der Stichprobenprüfungen für konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie

Die konventionelle Röntgendiagnostik und die Computertomographie werden zukünftig als getrennte Leistungsbereiche definiert und jeweils in gesonderten Stichproben geprüft. Dies wurde in den meisten KVen bereits in der Vergangenheit so praktiziert.

Gute Ergebnisse in der Computertomographie

Die bisherigen Stichprobenprüfungen in der Computertomographie zeigten im bundesweiten Durchschnitt gute Ergebnisse. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat deshalb entschieden, dass jede KV den Prüfmodus verändern kann, um die Prüfbelastung des einzelnen Arztes zu reduzieren. Voraussetzung ist, dass im Bereich der KV bisher überwiegend keine oder nur geringe Beanstandungen festgestellt wurden.

Kinder und Jugendliche gesondert berücksichtigt

Anforderungen des Strahlenschutzes werden in der neuen Richtlinie insbesondere in Bezug auf Kinder und Jugendliche detaillierter behandelt. Wenn Ärzte Patienten dieser Altersgruppen behandelt haben, müssen

im Rahmen der Stichprobenziehung in Zukunft immer auch Kinder und Jugendliche berücksichtigt werden.

Stichprobenprüfung anhand der Dokumentation

Wie bisher erfolgt das Verfahren der Stichprobenprüfung auf der Grundlage der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen des behandelnden Arztes. Hierzu fordert die KV von dem Arzt die entsprechenden Befundberichte und Bilddokumentationen an.

Prüfungsinhalte

Die Dokumentationen werden überprüft im Hinblick auf:

- die zugrunde liegende medizinische Fragestellung
- die rechtfertigende Indikation im Sinne der Röntgenverordnung
- die optimierte Durchführung der Untersuchung
- die Darstellung der diagnostisch wichtigen Bildinformationen mit einer medizinisch vertretbar niedrigen Strahlenexposition
- die fachkundige Auswertung der Untersuchung und der dokumentierten Ergebnisse im Befundbericht

Qualitätsanforderungen an die Indikationsstellung

- Die Indikation für eine konventionelle röntgendiagnostische oder computertomographische Untersuchung ist als begründet anzusehen, wenn die individuelle medizinische Fragestellung aus den Beschwerden des Patienten und den klinischen Befunden zutreffend abgeleitet und für die Lösung des Patientenproblems relevant ist.
- Der gesundheitliche Nutzen einer konventionellen röntgendiagnostischen oder computertomographischen Untersuchung muss gegen-

über dem Strahlenrisiko überwiegen. In diese Abwägung sind alternative Verfahren, die mit keiner oder einer geringeren Strahlenexposition verbunden sind, einzubeziehen.

- Bei der Beurteilung der Angemessenheit der Indikationsstellung sind evidenzbasierte Empfehlungen, zum Beispiel Leitlinien, die Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen (Empfehlungen der Strahlenschutzkommission), zu berücksichtigen.

Qualitätsanforderungen an die Bildqualität und Untersuchung

Die Qualitätsanforderungen an die Bildqualität und Untersuchung sind – gegliedert nach Organen beziehungsweise Organbereichen – in Anlage 1 (konventionelle Röntgendiagnostik) und Anlage 2 (Computertomographie) der Richtlinie definiert. Sie entsprechen den ärztlichen Qualitätsanforderungen der aktualisierten Leitlinie der Bundesärztekammer.

Umsetzungsfristen und Fristverlängerung

Für einen Übergangszeitraum von einem Jahr ab In-Kraft-Treten der neuen Richtlinie kann sowohl weiterhin nach der bisherigen Fassung der Richtlinie vom 17. Dezember 1996 als auch nach der Neufassung geprüft werden.

Weitere Informationen

Informationen zu der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie finden Sie auf der Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik „Themen A-Z“ unter „Strahlendiagnostik und -therapie“.

Ihre Ansprechpartner für konventionelle Röntgendiagnostik:

Angelika Glaser

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 44

Silvia Meyer

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 13

Agnes Betz

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 17

Andrea Kopeczek

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 46

Ihre Ansprechpartnerin für Computertomographie:

Isabelle Bernhart

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 47

Mammographie-Screening Programm: Selbstüberprüfung bei Pathologen

Das Verfahren zur Selbstüberprüfung der Qualität histopathologischer Befunde im Mammographie-Screening wurde neu geregelt (Anhang 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge). Damit sollen alle am Programm teilnehmenden Pathologen ihre Befundergebnisse mit denen ihrer Kollegen vergleichen können.

Hierzu erhalten sie vom zuständigen Referenzzentrum entsprechende Rückmeldeberichte über die Ergebnisqualität. Diese Berichte werden vom Referenzzentrum erstellt auf Basis von einzelfallbezogenen, aber anonymisierten Befundlisten (gemäß Absatz 1 Anhang 12 Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge). Die Listen werden von den Programmverantwortlichen Ärzten der Screening-Einheiten zusammengestellt aus den ärztlichen Dokumentationen zu den multidisziplinären Fallkonferenzen, den Biopsien, den histopathologischen Beurteilungen im Rahmen der Abklärungsdiagnostiken sowie gegebenenfalls den histopathologischen Beurteilungen der Operationspräparate. Für die Pathologen entfällt damit zusätzlicher Dokumentationsaufwand, da alle benötigten Daten bereits in den Screening-Einheiten vorliegen und dort insbesondere in der zur ärztlichen Dokumentation im Mammographie-Screening eingesetzten Software – in Bayern MammaSoft – gespeichert sind. Die Befundlisten sollen zukünftig durch die Screening-Einheiten standardisiert aus der Dokumentationssoftware exportiert werden können. Die entsprechenden, zur Umsetzung durch die Softwarehersteller verpflichtenden Vorgaben werden von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie zeitnah in deren Protokollen zur elektronischen Dokumentation im Mammographie-Screening veröffentlicht.

Die Screening-Einheiten übermitteln die je Pathologen zusammengestellten anonymisierten Befundlisten im jährlichen Turnus zum 31. Januar an das zuständige Referenzzentrum und jeweils nachrichtlich an den betroffenen Pathologen. Erstmals verpflichtend sind die Befundlisten zum 31. Januar 2012 an die Referenzzentren zu liefern.

Diese ermitteln aus den Listen je Pathologen die Anzahl und den Anteil der histopathologischen Befunde, bei denen die postoperative Fallkonferenz eine Diskrepanz zwischen der präoperativen histopathologischen Diagnose und dem abschließenden histopathologischen Befund festgestellt wurde. Hieraus wird eine arztbezogene Statistik erstellt, die als Rückmeldebericht nur an den betroffenen Pathologen übermittelt wird. Die Auswertung der Befundlisten erfolgt durch einen vom Zentrum benannten, im Mammographie-Screening erfahrenen Pathologen, der im Falle von Auffälligkeiten mit dem betroffenen Arzt ein kollegiales Fachgespräch führt. Die Ergebnisse dieser Gespräche werden dokumentiert und an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt.

Die Ergebnisse der Auswertung der Befundlisten werden zukünftig auch im Rahmen der für die am Mammographie-Screening teilnehmenden Pathologen vorgeschriebenen Fortbildungsveranstaltungen besprochen. Dort sollen exemplarische Fälle zu auffälligen Befunden diskutiert werden. Im Vorfeld der Fortbildungsveranstaltungen senden alle Teilnehmer zu den Fällen die histopathologischen Präparate sowie die zugehörigen Dokumentationen der Beurteilungen in anonymisierter Form an das die Fortbildungsveranstaltung durchführende Referenzzentrum.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Mammographie-Screening*.

Fragen beantwortet Ihnen unsere Expertin
Petra Kaiser unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 32 30
E-Mail Petra.Kaiser@kvb.de

Versand der aktuellen DMP-Feedbackberichte

Einen praxisindividuellen DMP-Feedbackbericht erhalten alle Praxen, die aktuell Patienten in einem der Disease Management Programme (DMP) koordinieren, in Papierform zugeschickt. Der Versand der Berichte im DMP Brustkrebs erfolgte bereits im August, die Berichte für die anderen Indikationen (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma, COPD und KHK) werden im September versandt.

Einem Teil der Feedbackberichte für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 wird ein Fragebogen zur Nutzung des Berichts beiliegen, der an das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gesendet werden soll. Wir bitten um Ihre Teilnahme.

Koordinierende Ärzte, die derzeit keine berichtsrelevanten Patienten haben, und interessierte Fachärzte können zu allen Indikationen ein aktuelles Muster des DMP-Feedbackberichts aus dem Internet herunterladen. Die Musterberichte sind unter www.kvb.de/dmp in der Rubrik *Feedbackberichte* eingestellt.

Anpassung der Qualitätszirkelgrundsätze

Die Erfahrungen in der täglichen Qualitätszirkel(QZ)-Arbeit, die geänderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und die Empfehlungen der bayerischen QZ-Tutoren machen eine Anpassung der QZ-Grundsätze des Vorstands der KVB notwendig. Diese bilden die Basis insbesondere für die Anerkennung und finanzielle Förderung von Qualitätszirkeln.

Die derzeitigen Inhalte der Grundschulung werden den zahlreichen Anforderungen eines Moderators nicht mehr vollständig gerecht. Die Erweiterungen der strukturierten Ablaufpläne (Dramaturgien) und deren Umsetzung in den Zirkelsitzungen erfordern zukünftig eine umfangreichere Qualifikation zur Leitung eines QZ. Ab 2011 bietet die KVB eineinhalbtägige Kompaktschulungen für ärztliche Moderatoren an, die von den Tutoren durchgeführt werden und die Inhalte der bisherigen Grundschulung und Fortbildung (Aufbauschulung) vermitteln. Die Ausbildung psychotherapeutischer QZ-Moderatoren bleibt bestehen.

Keine Dokumentationen mehr in Papierform

Ab dem 1. Januar 2011 ist die Dokumentation **ausschließlich** über die elektronische Plattform (eQZ-Plattform) möglich. Außerdem muss die QZ-Sitzung durch den Moderator innerhalb von drei Monaten dokumentiert werden. Zur Erleichterung der Dokumentation haben wir die Plattform vereinfacht und fehlende Funktionen hinzugefügt. Insbesondere die Rückmeldungen von Moderatoren und Nutzerhinweise haben uns bei der Anpassung geholfen. Überarbeitet wurden die Angaben bei der Registrierung eines neuen QZ, darunter auch Angaben zur Qualifikation des Moderators, die nun teilweise Voraussetzung für die Vergütung der Dramaturgien ist.

Aus Gründen des Datenschutzes können die Namen der QZ-Mitglieder nur vom Moderator, dem Tutor und der KVB eingesehen werden. Die anderen Moderatoren erhalten lediglich einen Hinweis auf die Anzahl der QZ-Mitglieder.

Die Dokumentation der QZ-Sitzungen wurde komplett neu strukturiert. Ein Hinweis und Link zu Beginn der Dokumentation ermöglicht die Aktualisierung der Mitglieder eines QZ. Neu hinzugekommen ist die ausführliche Angabe bei der Verwendung von strukturierten Ablaufplänen (Dramaturgien), die von Moderatoren mit entsprechender Ausbildung durchgeführt werden können. Hier fanden alle Dramaturgien Berücksichtigung, die von der KBV veröffentlicht wurden. Bei der Ergebnisdokumentation ist es nun den Moderatoren möglich, eigenständig Stichwörter hinzuzufügen. Diese müssen nun nicht mehr wie bislang an die KVB gemeldet werden, sondern können sofort verwendet werden. Zum besseren Verständnis wurden auch alle Hilfstexte überarbeitet.

Alle Moderatoren erhalten rechtzeitig per E-Mail eine aktualisierte Anleitung zur Benutzung der eQZ.

Weitere Informationen findet man unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätszirkel*.

Ihre Ansprechpartner für Qualitätszirkel:

Michael Sachse

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 21

Wiebke Stöppelmann

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36

Bei Problemen mit eQZ wenden Sie sich bitte direkt an den IT-Support:

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 75*

Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger

Mit Wirkung zum 12. Juni 2010 wurden die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur substanzgestützten Behandlung Opiatabhängiger (vergleiche Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) um die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung erweitert. Entsprechend wurde Paragraph 5 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) ergänzt, insbesondere um die Absätze 9a bis 9c.

Die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung in der vertragsärztlichen Versorgung ist **genehmigungspflichtig**. Sie darf ausschließlich in Einrichtungen erbracht werden, die eine entsprechende personelle, räumlich-apparative und organisatorische Infrastruktur vorhalten. Daher kommt die Erteilung der Genehmigung vor allem an Einrichtungen in Betracht, die bereits am bundesweiten **Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“** teilgenommen haben. Nach Erteilung der Genehmigung kann ab 1. Oktober 2010 die GOP 01955 und 01956 EBM für die Substitution mit Diamorphin abgerechnet werden.

Doppeltes Genehmigungserfordernis für Einrichtungen

Einrichtungen, die diamorphingestützte Substitutionsbehandlungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und abrechnen wollen, müssen **zwei Genehmigungen** beantragen:

- Bei der **KVB** ist auf Grundlage der Substitutionsrichtlinie des G-BA eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der diamorphingestützten Substitution zu beantragen (Paragraphen 2, 10, 11 der Richtlinien). Das Antragsformular

kann unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Buchstabe „S“/Substitutionsgestützte Behandlung* abgerufen werden.

- Darüber hinaus benötigt die Einrichtung – vor Erteilung der Genehmigung durch die KVB – eine **Erlaubnis der zuständigen Landesbehörde** (Paragraph 5 Absatz 9b BtMVV), also der zuständigen Bezirksregierung.

Voraussetzungen für die Erteilung der Genehmigung durch die KVB

Mit dem Antrag hat die Einrichtung insbesondere folgende Voraussetzungen nachzuweisen (Paragraph 11 der Richtlinien):

1. Erlaubnis der zuständigen Landesbehörde nach Paragraph 5 Absatz 9b BtMVV
2. Fachliche Qualifikation der an der Substitution mit Diamorphin in der Einrichtung beteiligten Ärzte (Paragraph 2 Absatz 1 der Richtlinien):
 - suchtherapeutische Fort-/Weiterbildung, die sich auf die Behandlung mit Diamorphin erstreckt (Paragraphen 5 Absatz 2 Nr. 6, Absatz 9a Nr. 1 BtMVV) oder
 - mindestens sechsmonatige Tätigkeit im Rahmen des Modellprojekts „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“
3. Erklärung, dass die strukturellen Anforderungen nach Paragraph 10 der Richtlinie vollständig erfüllt werden:
 - multidisziplinäres Team unter Leitung eines ärztlichen Teammitglieds
 - Sicherstellung der ärztlichen substanzgestützten Behandlung über einen täglichen Zeitraum

von zwölf Stunden. Dazu sind Arztstellen im Umfang von grundsätzlich drei Vollzeitstellen und eine angemessene Anzahl qualifizierter nichtärztlicher Vollzeitstellen sowie die Möglichkeit einer kurzfristigen konsiliarischen Hinzuziehung fachärztlich-psychiatrischer Kompetenz vorzuhalten

- psychosoziale Betreuung der Patienten in der substituierenden Einrichtung (in Ausnahmefällen auch durch externe Institutionen)
- mindestens drei separate Räume (insbesondere zur Trennung von Wartebereich, Ausgabebereich und Überwachungsbereich nach erfolgter Substitution) sowie notwendige Notfallausstattung
- organisatorische Trennung einer eventuell in der Einrichtung durchgeführten nicht diamorphingestützten Substitutionsbehandlung von der diamorphingestützten Substitution
- Sicherstellung der Substitution dreimal täglich, auch an Wochenenden und Feiertagen
- regelmäßige Fortbildung der Teammitglieder

Übergangsregelung zur Genehmigungserteilung an Teilnehmer am Modellvorhaben

Einrichtungen, die

- am bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger teilgenommen haben
- und**
- fortgesetzt bis zum Zeitpunkt des Inkraft-Tretens der Richtlinie Substitutionsbehandlungen mit Diamorphin durchgeführt haben, erhalten nach Paragraph 12 der Richtlinie auf Antrag von der regionalen KV **für 36 Monate** ab Inkraft-Treten die Genehmigung für die Substitution mit

Diamorphin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, **auch wenn die Anforderungen des Paragraphen 10 nicht vollständig erfüllt werden.** Nach Ablauf der 36 Monate müssen jedoch auch von diesen Einrichtungen sämtliche Anforderungen erfüllt werden.

Überprüfung der Anforderungen

Für die Substitution mit Diamorphin wurden zusätzliche Anforderungen an die **Indikation** und das **Therapiekonzept** festgelegt (Paragraph 3 Absatz 3a, Absatz 4 Nr. 6 und Absatz 6 der Richtlinie). Bei **allen** Substitutionsbehandlungen mit Diamorphin muss der Arzt mit der Aufnahme der Substitutionsbehandlung **unverzüglich** die patientenbezogenen Dokumentationen mit den jeweiligen Therapiekonzepten und den Behandlungsdokumentationen an die Qualitätssicherungskommission zur Prüfung übermitteln (Paragraph 9 Absatz 4 der Richtlinie).

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

Neue Bereitschaftsdienstordnung der KVB

Die Vertreterversammlung der KVB hat in ihrer Sitzung am 13. März 2010 Änderungen der Bereitschaftsdienstordnung (BDO-KVB) beschlossen. Mit Schreiben vom 21. Juli 2010 wurden die Änderungen durch die Aufsichtsbehörde (BayStMUG) gemäß Vorlage bestätigt.

Die Überarbeitung war erforderlich, um Weiterentwicklungen sowie Klarstellungen einzuarbeiten und redaktionelle Änderungen vorzunehmen. Die wesentlichen Änderungen haben wir in Kurzform für Sie zusammengefasst: Sie finden diese auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Bereitschaftsdienst*.

- Vertragsärzte, die im Zuständigkeitsbereich der Bereitschaftsdienstgruppe eine Filiale betreiben, **können** zum Dienst verpflichtet werden.
- Die Teilnahme am organisierten Bereitschaftsdienst für Nichtvertragsärzte (früher per Ermächtigung) erfolgt jetzt neu durch die Erteilung einer (kostenfreien) Berechtigung.
- Die Festlegung von Bereitschaftsdienstzeiten Montag, Dienstag und Donnerstag von 18.00 bis 8.00 Uhr des Folgetages erfolgt durch einfache Stimmenmehrheit der Mitglieder der Bereitschaftsdienstgruppe auf (formlosen) Antrag bei der KVB.
- Künftig erfolgt die Einrichtung **und Erweiterung** eines jeden fachärztlichen Bereitschafts- und/oder Konsiliardienstes im Benehmen mit den betroffenen hausärztlichen Bereitschaftsdienstgruppen.

Fragen beantwortet Ihnen unser Experte
 Thomas Langenberger unter:
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 42 20
 E-Mail Thomas.Langenberger@kvb.de

Neuer DMP-Plattformvertrag

Zum 1. Juli 2010 ist ein neuer DMP-Plattformvertrag für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma und COPD in Kraft getreten. Hierin wurden Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung, wie etwa das neue Modul Herzinsuffizienz im DMP KHK, umgesetzt. Darüber hinaus wurden die Strukturvoraussetzungen für diabetologische Schwerpunktpraxen im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 neu definiert.

Alle Ärzte, die bereits am DMP-Vertrag teilnehmen, werden automatisch in den neuen Vertrag überführt. Eine erneute Teilnahmeerklärung ist nicht notwendig.

Den Vertragstext finden Sie im Internet unter www.kvb.de/dmp.

Behindertengerechte Praxis Unseriöse Angebote von Verlagen

Das Seniorenamt der Stadt Nürnberg bittet alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, auf einen behindertengerechten Zugang in ihren Praxen zu achten. Auch die Einrichtungen in den Praxen sollten die Bedürfnisse behinderter Patienten berücksichtigen, zum Beispiel durch Armstützen bei den Stühlen im Wartezimmer oder durch Haltegriffe im Patienten-WC oder durch erhöhte WC-Sitze.

Unsere Präsenzberater Praxisführung senden Ihnen gerne die Broschüre „Rationelle Praxisorganisation – Management, Planung und Ausstattung der Arztpraxis“ kostenlos zu. Die Kontaktdaten der Präsenzberater Praxisführung finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Beratung/Praxisführung*.

Der VNR Verlag für Deutsche Wirtschaft AG in Bonn macht derzeit mit zweifelhaften Angeboten an Arztpraxen auf sich aufmerksam. Unter dem Logo BWRmedia vertreibt er ein Abonnement für einen Informationsdienst namens „Datenschutz aktuell“.

Der Verlag nimmt telefonischen Kontakt mit den Praxen auf und versendet anschließend ein Informationsblatt mit dem Angebot, dass bei Interesse zwei Ausgaben kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Der Vertrag kommt zustande, wenn Sie den Dienst nicht innerhalb von sieben Tagen nach Erhalt der Gratisausgaben abbestellen.

Der Abonnent verpflichtet sich zu einem Vertrag mit einer Mindestlaufzeit von einem Jahr über 16 Ausgaben zu jeweils 19,95 Euro plus Porto und Mehrwertsteuer, insgesamt also zu einem Abonnementpreis von 319,20 Euro netto im Jahr.

Bitte entscheiden Sie selbst, ob Ihnen das Angebot auf Grund des Preis-Leistungs-Verhältnisses lohnenswert erscheint. Wir bieten Ihnen kostenlose Informationen zum Datenschutz in der Praxis und zur ärztlichen Schweigepflicht an.

Bei Fragen stehen Ihnen als Ansprechpartner zur Verfügung:
Stefan Schlosser
Telefon 09 11 / 9 66 67 – 2 03
E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de
Stephan Pechtl
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 28
E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

Fortbildung Impfen

In den KVB-Bezirksstellen in Nürnberg, Regensburg und München stehen in den nächsten Monaten wieder Fortbildungstermine zum Thema Impfen an. Die Veranstaltungen behandeln die Schwerpunkte Immunologie, Impfstoff-Typen, Empfehlungen der Ständigen Impfkommission STIKO, Impfungen bei Kindern und Erwachsenen sowie Reiseimpfungen.

Fortbildungspunkte: 5
Teilnahmegebühr: 85,- Euro
Uhrzeit: 15.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 13. Oktober 2010,
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 20. Oktober 2010,
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 17. November 2010,
KVB-Bezirksstelle München/
Oberbayern

Weitere Informationen – auch zur Anmeldung – finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätsprogramm/Impfen/Veranstaltungen*.

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

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

Ihre Vorteile:

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

Zielgruppen:

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

Modul I

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

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 – 16.15 Uhr

Termine:

Samstag, 2. Oktober 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 4. Dezember 2010
KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 20. Oktober 2010
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 4

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 – 20.35 Uhr

Termine:

Mittwoch, 22. September 2010
KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 10. November 2010
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul IV (fakultatives Modul) neu!

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

- Der psychiatrische Notfall im Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 29. September 2010
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Die Fortbildungen sind in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt. **Eine schriftliche Anmeldung ist erforderlich.** Weitere Informationen erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89.

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

Die nächsten Seminartermine der KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu Seminaren zu den Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

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

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

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

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Gründer-/Abgeberforum**

Info-Tag: Praxisabgeber – Psychotherapeuten**

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Zeit- und Selbstmanagement: Mit den eigenen Ressourcen haushalten

Die psychotherapeutische Praxis – aktuelle Informationen und Themen**

Gründer-/Abgeberforum**

Erfolgreich durch Service in der Arztpraxis

Thementag: IT, Vernetzung, elektronische Dokumentation

Info-Tag: Praxisabgeber – Psychotherapeuten**

Teambesprechungen – moderieren und strukturieren

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

QM-/QZ-Seminare

Hygienemanagement in Arztpraxen

Grundschulung für Qualitätszirkel-Moderatoren

QEP-Einführungseminar für Haus- und Fachärzte

Fortbildung für Qualitätszirkel-Moderatoren

Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. September 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. September 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-gründer	kostenfrei	18. September 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	18. September 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. September 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. September 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	22. September 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	22. September 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	23. September 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	24. September 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. September 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber/-gründer	kostenfrei	25. September 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	29. September 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	29. September 2010	15.00 bis 20.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	1. Oktober 2010	15.00 bis 19.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	1. Oktober 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	6. Oktober 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	15. September 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	22. September 2010	10.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	8. Oktober 2010 9. Oktober 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber	135,- Euro	23. Oktober 2010	10.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	45,- Euro	27. Oktober 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg

