

KVBIINFOS 05|12

ABRECHNUNG

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

VERORDNUNGEN

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

QUALITÄT

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

ALLGEMEINES

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

SEMINARE

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

Die nächsten Zahlungstermine

10. Mai 2012

Abschlagszahlung April 2012

11. Juni 2012

Abschlagszahlung Mai 2012

10. Juli 2012

Abschlagszahlung Juni 2012

31. Juli 2012

Restzahlung 1/2012

10. August 2012

Abschlagszahlung Juli 2012

10. September 2012

Abschlagszahlung August 2012

10. Oktober 2012

Abschlagszahlung September 2012

31. Oktober 2012

Restzahlung 2/2012

12. November 2012

Abschlagszahlung Oktober 2012

10. Dezember 2012

Abschlagszahlung November 2012

Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. Juli 2012

Obergrenze aus RLV und QZV

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

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

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

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

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

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

Fachärzte für Anästhesiologie

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

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

Fachärzte für Urologie

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

Hausärzte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Labor

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

Wie sieht die Regelung konkret aus?

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

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

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

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

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

Diagnoseerfordernis bei Akupunkturleistungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Folgende Diagnosen werden von den Krankenkassen anerkannt:

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

Osteopathische Leistungen für Versicherte der TK

Genehmigungspflichtige Psychotherapieleistungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

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

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

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

Anlage XII: Ticagrelor (Brilique®)

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

nisse des schriftlichen und mündlichen Stellungnahmeverfahrens.

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

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

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

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

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

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

Anlage XII: Bromfenac (Yellox®)

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

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

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

Anlage XII: Boceprevir (Victrelis®)

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

Anlage XII: Cabazitaxel (Jevtana®)

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

Anlage XII: Abirateronacetat (Zytiga®)

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

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

Anlage XII: Telaprevir (Incivo®)

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

Anlage XII: Linagliptin (Trajenta®)

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

Anlage XII: Fingolimod (Gilenya®)

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

Anlage XII: Regadenoson (Rapiscan®)

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

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

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

Fiktiv zugelassene Präparate

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

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

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

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

Handschriftlich ausgefüllte Verordnungen

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

Gründe, warum die elektronische Gesundheitskarte nicht lesbar sein kann:

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

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

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

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

Heilmittelverordnungen bei langfristigem Behandlungsbedarf

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

Diese genehmigten Heilmittel unterliegen nicht der Richtgrößen-/Durchschnittsprüfung.

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

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

gungen für einzelne Versicherte.

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

Bei nicht aufgeführten Indikationsschlüsseln ist eine Langfristgenehmigung nicht möglich.

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

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

Verordnungsfähigkeit von **Monapax® unwirtschaftlich** Impfung gegen **Pneumokokken**

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

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

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

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

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

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

Ergebnisse der Stichprobenprüfungen 2011 im Bereich Radiologie

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

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

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

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

(KBV) in einem umfassenden Qualitätsbericht zur Verfügung gestellt.

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

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

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

Neue QSV Hörgeräteversorgung

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

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

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertinnen

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

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

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

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

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

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

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

Sie können eine Genehmigung erhalten, wenn Sie

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

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

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

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

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

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

Organisatorische Anforderungen

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

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

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

tation der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung

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

Nach Verordnung von Hörgeräten:

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

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

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

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

Sedierung in der gastro-intestinalen Endoskopie

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

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

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

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

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

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

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

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

Überwachung der Sedierung (Ziffer 3.3.2 der S3-Leitlinie)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Weitere Informationen

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

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

Neue QSV Molekulargenetik

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

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

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

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

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

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

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

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

Informationen nach Paragraph 6 Absatz 1 QSV enthalten:

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

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

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

Wenn der Zustand des Untersuchungsmaterials die Untersuchungs-

ergebnisse beeinflusst haben kann, ist dies anzugeben.

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

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

fentlichen, sobald die Kassenärztliche Bundesvereinigung diese zur Verfügung stellt.

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

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

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

Vertretungsregelungen

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

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

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

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

Dabei sind zwei Möglichkeiten der Vertretung zu unterscheiden:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien gelten auch bei arbeitslosen Patienten

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

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

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

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

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

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

Hintergrund

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

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

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

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

Schriftliche Anfragen auf Verlangen der Krankenkassen

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

Dies sind im Einzelnen:

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

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

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

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

Um dem Mehraufwand aufgrund der umfangreichen Anfragen der Kran-

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

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

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

Neuregelung: Abschlagszahlungen für MVZ

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

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

Was muss von den betroffenen MVZ veranlasst werden?

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

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

Berechnungsbeispiel

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

Kennzeichnung von DMP-Patienten

Welche Fristen sind einzuhalten?

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

Wie informiert die KVB?

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

Weitergehende Informationen

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

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

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

Seminar: „Verstehen und verstanden werden“

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

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

Sie lernen in diesem Einführungsseminar:

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

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

Themenschwerpunkte:

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

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

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

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

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

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

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

Sie profitieren von:

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

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO-KVB)
- alle interessierten Ärzte, die sich auf richtiges Handeln in Notfallsituationen vorbereiten möchten

Modul I

- kardiozirkulatorische Notfälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation

- Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council (ERC 2010)
- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleinstgruppen, Fallsimulation

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

Termine Modul I:

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

Neu: Update Modul I

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

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

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

- Airway-Management
- Fallsimulation

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

Termine Update Modul I:

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

Modul II

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

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

Termine Modul II:

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

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine Modul III:

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

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

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

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

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

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam)

Themenschwerpunkte:

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

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 95,- Euro

Uhrzeit: 13.30 bis 18.00 Uhr

Termine:

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

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

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

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu Seminaren rund um die Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern
09 11/ 9 46 67 - 3 22
09 11/ 9 46 67 - 3 23
09 11/ 9 46 67 - 3 36

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

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

Fax: 0 89 / 57 09 34 00 - 21

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

KVB-Seminare

Alles rund um Präventionsleistungen

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Fortbildung Impfen*

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Fachärzte

Telefonkommunikation in der Praxis - Grundlagen

Abrechnungsworkshop HNO

Prüfungen im Vertragsarztbereich - Hintergründe und Strategien

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Psychotherapeuten

Wiedereinstieg in die Praxis

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

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

Fortbildung Hautkrebsscreening*

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

QM-/QZ-Seminare

Regionale Moderatorentreffen

Fortbildung „MRSA positiv! MRSA-Patienten in der Praxis“

Vorbereitung auf die Zertifizierung/Re-Zertifizierung

Ausbildung zur QMB - QEP

Lokale Moderatorentreffen für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	23. Mai 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		13. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Mai 2012	15.00 bis 17.30 Uhr	München
		20. Juni 2012	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	85,- Euro	23. Mai 2012	15.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg
		20. Juni 2012	15.00 bis 20.00 Uhr	München
		23. Juni 2012	10.00 bis 15.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Mai 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Mai 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. Mai 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		15. Juni 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		19. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		21. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juni 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
		16. Juni 2012	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Juni 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	20. Juni 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	160,- Euro	20. Juni 2012	13.00 bis 21.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Juni 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Juni 2012	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
QZ-Moderatoren	kostenfrei	23. Mai 2012	16.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg (Süd-/Westpark Hotel)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	13. Juni 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	13. Juni 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	195,- Euro	14. Juni 2012	9.00 bis 17.00 Uhr	München
		15. Juni 2012	9.00 bis 17.00 Uhr	
QZ-Moderatoren	kostenfrei	20. Juni 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	München

