

KVBINFOS

11110

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 166 Die nächsten Zahlungstermine
- 166 EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2010
- 167 Fortführung Diabetesvereinbarungen
- 167 Förderung Bereitschaftspraxen
- 167 Förderung der Allgemeinen Ambulanten Palliativmedizin
- 168 Unvorhergesehene Inanspruchnahme
- 168 Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen
- 169 Operative Leistungen

VERORDNUNGEN

- 170 Aktuelles aus dem Verordnungsbereich

QUALITÄT

- 171 Aktualisierung diagnostischer Referenzwerte

ALLGEMEINES

- 171 Ambulante Kodierrichtlinien
- 172 Änderungen in der KVB-Arzt-suche – Online-Anwendung „Editor“ startet
- 173 Bayerische Landesärztekammer diagnostiziert Ärztemangel

SEMINARE

- 174 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 10. November 2010**
Abschlagszahlung Oktober 2010
- 10. Dezember 2010**
Abschlagszahlung November 2010
- 10. Januar 2011**
Abschlagszahlung Dezember 2010
- 31. Januar 2011**
Restzahlung 3/2010
- 10. Februar 2011**
Abschlagszahlung Januar 2011
- 10. März 2011**
Abschlagszahlung Februar 2011
- 11. April 2011**
Abschlagszahlung März 2011
- 29. April 2011**
Restzahlung 4/2010
- 10. Mai 2011**
Abschlagszahlung April 2011
- 10. Juni 2011**
Abschlagszahlung Mai 2011
- 11. Juli 2011**
Abschlagszahlung Juni 2011
- 29. Juli 2011**
Restzahlung 1/2011
- 10. August 2011**
Abschlagszahlung Juli 2011
- 12. September 2011**
Abschlagszahlung August 2011
- 10. Oktober 2011**
Abschlagszahlung September 2011
- 31. Oktober 2011**
Restzahlung 2/2011
- 10. November 2011**
Abschlagszahlung Oktober 2011

EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2010

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 hat der Bewertungsausschuss kurzfristig noch Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes beschlossen. Die Beschlüsse stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Beschlüsse mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht.

Diagnostik Schweinegrippe (Influenza A/H1N1) – GOPen 88740 und 88741 sind nicht mehr berechnungsfähig

Die Gebührenordnungspositionen 88740 (Nukleinsäurenachweis von Influenza A/H1N1) und 88741 (Influenza-Schnelltest) können ab dem 1. Oktober 2010 nicht mehr berechnet werden. Die Berechnungsfähigkeit der Leistungen wurde vorzeitig beendet, nachdem die WHO am 10. August 2010 die Pandemie A/H1N1 für beendet erklärt hat.

Geburt – Anhebung der Bewertung

Die Punktzahl der GOP 08411 (Geburt) wird ab dem 1. Oktober 2010 angehoben.

Änderung der Punktzahl der GOP 08411 (Geburt) zum 1. Oktober 2010

	Punktzahl alt	Preis B€GO alt	Punktzahl neu	Preis B€GO neu
ambulant	3.600	126,17 Euro	5.740	201,18 Euro
stationär	4.273	149,76 Euro	6.813	238,78 Euro

GOP 01750 – Konsensuskonferenz und multidisziplinäre Fallkonferenz fakultativer Leistungsinhalt

Die Durchführung der Konsensuskonferenz und der multidisziplinären Fallkonferenz ist nicht mehr obligate Voraussetzung für die Abrechnung der Gebührenordnungsposition 01750 (Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screenings). Der Leistungsinhalt der GOP 01750 wurde an die Bestimmungen der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV angepasst, nach der die Konferenzen nur bei auffälligen Befunden durchzuführen sind beziehungsweise wenn der Verdacht auf eine maligne Erkrankung nicht ausgeräumt werden konnte. (Aufnahme des Leistungsinhalts „Durchführung der Konsensuskonferenz“ und „Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenz“ in den fakultativen Leistungsinhalt.

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

Fortführung Diabetesvereinbarungen

Für das vierte Quartal 2010 lassen BKK, Signal Iduna IKK und Knappschaft erneut sämtliche Leistungen der gekündigten Diabetesvereinbarungen gegen sich gelten. Wir empfehlen Ihnen, vorsorglich alle Schulungen noch im vierten Quartal 2010 abzuschließen. Schulungen für DMP-Patienten können weiterhin mit den gültigen Abrechnungsziffern des DMP-Vertrags abgerechnet werden, sofern Sie die entsprechende Berechtigung dafür haben. Die gültige Vergütungsübersicht finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Neue Versorgungsformen/DMP*.

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

Förderung Bereitschaftspraxen

Rückwirkend ab dem Quartal 3/2010 wird die Behandlung von Patienten in Bereitschaftspraxen von allen Kassen gefördert. Diese Zusatzvergütung in Höhe von **5,- Euro** für jeden anerkannten Fall in der Bereitschaftspraxis wird zunächst befristet bis 30. Juni 2011 für Versicherte aller Kassen ausgezahlt (bisher nur für Versicherte der AOK und LKK). Die Abrechnung erfolgt automatisch nach Angabe der individuellen Kennziffer der Bereitschaftspraxis auf jedem Behandlungsschein. Die Förderung wird zusätzlich zur Bereitschaftsdienstpauschale ausgezahlt.

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

Förderung der Allgemeinen Ambulanten Palliativmedizin

Bereits seit dem Quartal 1/2010 wird der erhöhte Betreuungsaufwand bei Besuchen von Patienten mit gesicherter Diagnose „Palliativ“ (Z51.5) vergütet. Diese Regelung konnte für das gesamte Jahr 2010 gesichert und soll für das Jahr 2011 fortgeführt werden.

Der Zuschlag in Höhe von **20,- Euro** wird in der Abrechnung der KVB nach einmaliger Angabe der **Ziffer 97005** je Quartal automatisch den EBM-Besuchsziffern 01410 bis 01413 und 01415 einschließlich der Besuche in der Nachtzeit (N-Kennzeichnung) zugeordnet. Die Förderung gilt für Ärzte aller Fachgruppen.

Bitte beachten Sie folgende Definition „Palliativpatient“ und den Beitrag „Abrechnung der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung“ in den KVB INFOS 9/2010 auf Seite 130: Palliativpatienten sind solche Patienten, bei denen sich das Lebensende abzeichnet (Lebenserwartung auf Tage, Wochen, Monate begrenzt) 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.

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

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

Unvorhergesehene Inanspruchnahme

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

Um diese GOPen abrechnen zu können, muss die Leistungserbringung unvorhergesehen erfolgen und nicht wie bei der GOP 5 im EBM 96 zu den genannten Unzeiten sowie für Besuche und Visiten mit Unterbrechung der Sprechstundentätigkeit. „Unvorhergesehen“ beinhaltet immer, dass die Initiative vom Patienten ausgehen muss – ohne Beeinflussung oder Veranlassung des Vertragsarztes. Das heißt, dass der Vertragsarzt auf Grund der zeitlichen und örtlichen Gegebenheiten, unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit, nicht damit rechnen muss, dass er durch einen Patienten in Anspruch genommen wird. Das Merkmal der Unvorhersehbarkeit wird damit während der Sprechstundenzeiten nicht erfüllt.

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

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

sehen durch einen Notruf auf der Belegstation angefordert, kann er hingegen – entsprechend der Leistungslegende – die GOPen 01100 EBM oder 01101 EBM ansetzen. Sucht der dann, weil er gerade auf der Belegstation ist, noch weitere Patienten auf, sind diese jedoch mit der GOP 01414 EBM abgegolten.

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

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

- Datum und Uhrzeit der unvorhergesehenen Inanspruchnahme
- Kriterien, aus denen sich die Unvorhersehbarkeit ergibt
- beim Patienten erhobene Befunde
- veranlasste therapeutische Maßnahmen

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

Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen

Im Rundschreiben „Honorar-Ausgabe 5/2008“ vom 3. April 2008 hatten wir Sie darüber informiert, dass Sie als Arzt mit mehreren Fachgebieten oder mehreren Schwerpunkten die jeweiligen Versicherten-, Grund- beziehungsweise Konsiliarpauschalen entsprechend den Fachgebieten oder Schwerpunkten Ihrer Zulassung abrechnen können (siehe auch www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Leistungen/B€GO – EBM/B€GO-Infosystem/HTM-Version (online)/C – Beschlüsse, Rundschreiben*). Die bei dem einzelnen Patienten berechnungsfähige Versicherten-, Grund- beziehungsweise Konsiliarpauschale richtet sich danach, in welchem Fachgebiet beziehungsweise Schwerpunkt Sie tätig geworden sind.

Wir haben festgestellt, dass häufig bei Patienten, soweit sie offensichtlich in mehr als einem Fachgebiet oder Schwerpunkt behandelt wurden, zum Beispiel zwei Grundpauschalen aus verschiedenen Fachgebieten/Schwerpunkten im Behandlungsfall abgerechnet werden.

Bitte beachten Sie, dass diese Abrechnungsweise nicht korrekt ist und zu einer Plausibilitätsprüfung Ihrer Abrechnung führen kann. Haben Sie einen Patienten in mehr als einem Fachgebiet oder Schwerpunkt behandelt, wählen Sie die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale, die am ehesten der Diagnostik und/oder Behandlung des Patienten entspricht. Wir empfehlen Ihnen, sich das oben genannte Rundschreiben mit den angefügten Beispielen nochmals durchzulesen.

Bei der RLV- beziehungsweise RLV/QZV-Zuweisung wird nur ein Schwerpunkt berücksichtigt. Die Zuordnung richtet sich dabei nach dem Versorgungsschwerpunkt, mit dem Sie zur

Operative Leistungen

vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind (vergleiche Honorarvertrag, Abschnitt 2.1, Teil B, Nr. 2.2.4 im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „H“/Honorarverträge/Honorarvertrag 2010*). Ist eine eindeutige Schwerpunkttätigkeit nicht gegeben oder feststellbar, kann falls erforderlich eine Anpassung der Obergrenze durch Anerkennung einer Praxisbesonderheit beantragt werden (vergleiche Honorarvertrag, Abschnitt 2.1, Teil D, Nr. 1.2.).

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

Bei Simultaneingriffen, Revisionen und Zweiteingriffen stellen wir immer wieder fest, dass in vielen Fällen die Abrechnung nicht korrekt erfolgt. Die Abrechnung richtet sich nach den Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, insbesondere nach der Präambel im Anhang 2, Zuordnung der operativen Prozeduren (OPS) zu den Kapiteln 31 und 36.

Danach kann nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden, sofern mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg erfolgen.

Bei Simultaneingriffen (zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg) kann die durch das OP- und/oder das Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffs durch das zusätzliche Ansetzen der entsprechenden Zuschlagspositionen abgerechnet werden. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe. Bei einem Simultaneingriff kann somit immer nur eine Zuschlagsposition abgerechnet werden und nicht die Operationsziffer selbst. Werden zwei Operationsziffern nebeneinander abgerechnet, müssen wir eine Operationsziffer absetzen. Es ist daher wichtig, dass Sie immer die entsprechende Zuschlagsposition abrechnen.

Maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagspositionen bei Simultaneingriffen ist nicht die Überschreitung der kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit der Kategorie des Haupteingriffs, sondern die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffs.

Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen sind unter Angabe des Erst-OP-Datums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10-Codierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8) berechnungsfähig. Ist bei malignen Erkrankungen eine Zweitoperation (Erweiterung des Eingriffs, Nachresektion) erforderlich, so ist diese mit dem ICD-Code Z48.8 gemeinsam mit dem ICD-Code des Malignoms zu kennzeichnen.

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

Aktuelles aus dem Verordnungsbereich

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat am 23. September 2010 angeordnet, dass Arzneimittel mit dem Wirkstoff Rosiglitazon (Avandia®, Avandamei®, Avaglim®) in Deutschland ab dem 1. November 2010 nicht mehr vertrieben werden dürfen. Es setzt damit eine Empfehlung des Ausschusses für Humanarzneimittel (CHMP) bei der Europäischen Arzneimittelagentur EMA um, der nach der Bewertung aller vorliegenden Daten das gesundheitliche Nutzen-Risiko-Verhältnis von Arzneimitteln, die den Wirkstoff Rosiglitazon enthalten, als insgesamt ungünstig eingestuft hat. Ausschlaggebend waren dabei vor allem die kardiovaskulären Risiken (zum Beispiel Herzinfarkt), die bei der Anwendung von Rosiglitazon erkennbar wurden.

Patienten, die zur Zeit ein Rosiglitazonhaltiges Arzneimittel einnehmen, sollen die Anwendung nicht ohne vorherige Beratung durch ihren behandelnden Arzt beenden. Eine Umstellung der medikamentösen Behandlung betroffener Patienten sollte möglichst zeitnah erfolgen. Um die Einstellung auf eine alternative Behandlung nicht überstürzt vornehmen zu müssen, war für eine Übergangszeit bis einschließlich 31. Oktober 2010 eine Abgabe von Rosiglitazonhaltigen Arzneimittel noch möglich.

Aktualisierung der Arzneimittel-Schnellübersicht im September 2010

Mit der Neufassung der Arzneimittel-Richtlinie zum 1. April 2009 hatte die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband eine Schnellübersicht zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln nach der Arzneimittel-Richtlinie erarbeitet und zum Abruf im Arzneimittel-Infoservice der KBV unter www.kbv.de/ais/22990.html eingestellt.

Die Aktualisierung der Schnellübersicht erfolgte auf Grund neuer Beschlüsse des G-BA, die bereits in Kraft getreten sind beziehungsweise in Kürze in Kraft treten werden (TH zu Erythropoese stimulierende Wirkstoffe; Nichtbeanstandung des BMG liegt vor, Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgt demnächst).

Wurden bereits bestehende Beschlüsse geändert (zum Beispiel Erweiterung bei den Antidiarrhoika), sind die aktuellen Inhalte abgebildet. Eine Markierung, an welcher Stelle konkret die Änderung erfolgte, wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht vorgenommen.

Die Aktualisierung betrifft die folgenden Beschlüsse:

- Aliskiren
- Antidiarrhoika
- Erektile Dysfunktion (geändert in „Sexuelle Dysfunktionen“ – zum Beispiel „erektile Dysfunktion“ und in der Liste unter dem Buchstaben „S“ beziehungsweise unter Life-Style-Arzneimittel aufgenommen)
- Erythropoese stimulierende Wirkstoffe (zur Behandlung der symptomatischen Anämie bei Tumorpatienten, die eine Chemotherapie erhalten)
- Ezetimib
- Gemcitabin (in der Monotherapie des Mammakarzinoms)
- Interleukin 2 (in der systemischen Anwendung beim metastasierten malignen Melanom)
- Insulinaloga, schnell wirkend, zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (redaktionelle Änderung)
- Insulinaloga, lang wirkend, zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2
- Migränemittel-Kombinationen
- Octreotid (beim hepatozellulären Karzinom)
- Prasugrel

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

Aktualisierung diagnostischer Referenzwerte

Die Röntgenverordnung (RöV) sieht vor, dass bei der Untersuchung von Patienten mittels bildgebender Verfahren (Röntgen, CT) diagnostische Referenzwerte zu Grunde gelegt werden müssen. Diese Referenzwerte werden regelmäßig aktualisiert. Das Bundesamt für Strahlenschutz hat zu diesem Zweck die Mittelwerte der Patientenexposition bei den Ärztlichen Stellen gemäß Paragraph 17a RöV eingeholt.

Für folgende Untersuchungsarten wurden nun aktualisierte diagnostische Referenzwerte veröffentlicht:

- Röntgenaufnahmen an Erwachsenen
- diagnostische und interventionelle Durchleuchtungen an Erwachsenen
- CT-Untersuchungen an Erwachsenen
- pädiatrische Untersuchungen
- pädiatrische CT-Untersuchungen

Für nuklearmedizinische Untersuchungen gelten weiterhin die Werte aus dem Jahr 2003.

Die Tabellen mit den Werten zu den einzelnen Untersuchungsarten finden Sie im Internet unter www.bfs.de/de/ion/medizin/referenzwerte.html.

Bitte achten Sie darauf, die veröffentlichten Referenzwerte im Mittelwert einzuhalten, da dies ein wichtiger Faktor zur Optimierung des Strahlenschutzes ist.

Ihre Ansprechpartner:

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

Ambulante Kodierrichtlinien

Die Erfahrungen aus der Testphase zu den Ambulanten Kodierrichtlinien in Bayern haben gezeigt, dass diese in ihrer derzeitigen Form nicht praxistauglich sind. Daher hat die KVB – neben sechs anderen Kassenärztlichen Vereinigungen – in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 1. Oktober 2010 gefordert, die Ambulanten Kodierrichtlinien für ein Jahr auszusetzen. Auf Grund der Komplexität kommt es zu einem personellen und finanziellen Mehraufwand in den Praxen, der so nicht vertretbar ist.

Die Ansätze der Kodierrichtlinien sind durchaus sinnvoll und auch ihre Bedeutung für die Gesamtvergütung der Vertragsärzteschaft ist groß. Doch nun ist zunächst eine konstruktive Zusammenarbeit der KBV, der Softwarehäuser und der Ärzte notwendig, um die Handhabbarkeit in der Praxis sicherzustellen. Die Testphase in Bayern hat gezeigt, wie wichtig es vor der Einführung solcher Beschlüsse ist, diese auf ihre Praktikabilität hin zu überprüfen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 62

E-Mail Ambulante-Kodierrichtlinien@kvb.de

Änderungen in der KVB-Arztuche – Online-Anwendung „Editor“ startet

Zwei wichtige Änderungen im Online-Angebot der KVB: Die Publikations- und Teilnahmebedingungen in der Arztuche der KVB ändern sich und mit dem so genannten „Editor“ startet eine neue Online-Anwendung zur Pflege und Veröffentlichung von Arzt- und Praxisdaten.

Viele Mitglieder der KVB haben den Wunsch geäußert, mehr Einflussmöglichkeiten bei der Veröffentlichung von Daten in der KVB-Arztuche zu bekommen. Die KVB hat daher folgende Änderungen bei der Arztuche vorgenommen.

- KVB-Mitglieder erscheinen ab dem 1. März 2011 nicht mehr automatisch, sondern nur noch mit ihrer Einwilligung in der KVB-Arztuche. Das heißt, dass jedes Mitglied künftig selbst bestimmt, ob und welche Daten in der Arztuche online stehen. Wenn ein Mitglied weiterhin in der KVB-Arztuche erscheinen will, muss eine **Einwilligungserklärung** bis zum **15. Februar 2011** an die KVB geschickt werden.
- Die KVB beginnt Ende November die Einwilligungserklärung zusammen mit einem Infolyer postalisch an alle Mitglieder zu versenden. Die Einwilligungserklärung kann aber auch online über den Editor (siehe unten) abgegeben werden.
- Die Mitglieder der KVB können in der Einwilligungserklärung der Veröffentlichung von so genannten **Basisdaten** zustimmen. Dazu zählen die Basiskontaktdaten *Name, Titel, Praxisanschrift, Telefonnummer der Praxis*; die fachlichen Informationen *Fachrichtung(en)* und *Schwerpunkt(e)*, *Zusatzbezeichnungen, Weiterbildungen* (gemäß WBO), *Genehmigungen/Vertragsangebote* (zum Beispiel Qualitätsprogramme

der Ausgezeichneten Patientenversorgung) und sonstige Informationen wie *Sprechzeiten* und *Leistungsart* (= Praxistyp wie beispielsweise Einzelpraxis).

- Ebenso hinzugefügt werden können so genannte **Zusatzdaten**. Dazu zählen die personenbezogenen Daten wie *Sprachkenntnisse* und *LANR*; betriebsstättenbezogene Angaben wie *rollstuhlgerechte Praxis*, *Webseite*, *Faxnummer*, *E-Mail-Adresse* und *BSNR der Betriebsstätte*. Achtung: Die Einwilligung zur Veröffentlichung der Zusatzdaten erfolgt nicht über die postalisch zugestellte Einwilligungserklärung, sondern kann im Editor selbst und für jede Angabe individuell vorgenommen werden. Personenbezogene Daten kann nur das Mitglied selbst, betriebsstättenbezogene Angaben kann jeder ärztliche Praxiskollege editieren.

Neue Online-Anwendung „Editor“

Gleichzeitig mit den Änderungen der Arztuche startet der Editor, die neue Online-Anwendung der KVB zur Pflege und Publikation von Arzt- und Praxisdaten. Mit dem Editor können die Mitglieder der KVB Daten zu ihrer Person und Informationen zu ihrer Praxis online bearbeiten.

- In vorgegebenen Rubriken können die Daten durch Anklicken und eigene Eingabe bearbeitet werden. Persönliche und praxisspezifische Angaben wie Sprachkenntnisse oder E-Mail-Adresse können so geändert, gelöscht oder neu hinzugefügt werden.
- Datenschutz: Durch einfaches Anklicken kann entschieden werden, welche Angaben zur Person oder zur Betriebsstätte in der Arztuche

der KVB veröffentlicht werden beziehungsweise welche nur der KVB bekannt sein sollen.

- Der Editor bietet mit seinen Funktionen die Möglichkeit, in der Arztuche der KVB kostenlos Praxismarketing zu betreiben. Der Vorteil für Patienten: Eine hohe Datenqualität und Aktualität sind genauso gewährleistet wie eine informative und übersichtliche Darstellung des Praxisangebots und der beruflichen Qualifikationen.
- Der Editor befindet sich im Mitgliederportal „Meine KVB“ im Bereich Praxishilfen. Nach der Anmeldung mit der persönlichen KVB-Benutzerkennung über KV-Ident oder KV-SafeNet** lässt sich die Anwendung direkt starten.

Weitere Informationen zum Editor stehen im Mitgliederportal „Meine KVB“ im Internet unter <https://mitgliederportal.kvb.de> zur Verfügung.

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

Bayerische Landesärztekammer diagnostiziert Ärztemangel

Die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) ging im Vorfeld des diesjährigen Ärztetages mit alarmierenden Zahlen an die Öffentlichkeit. So schreite der Ärztemangel in Deutschland unaufhaltsam voran. Bereits im Jahr 2020 werde es demnach 7.000 Hausärzte weniger geben, so eine aktuelle Arztzahlstudie, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer (BÄK) kürzlich vorgestellt haben. Für Bayern bedeute das, dass in den nächsten zehn Jahren rund 3.800 Allgemeinärzte/praktische Ärzte und rund 800 hausärztlich tätige Internisten ausscheiden. Derzeit gibt es in Bayern 9.181 Hausärzte, 7.551 Fachärzte für Allgemeinmedizin/praktische Ärzte und 1.630 hausärztlich tätige Internisten.

Die Lücken in der ambulanten, aber auch in der stationären ärztlichen Versorgung würden immer größer. Dieser Trend ergebe sich unter anderem aus dem Durchschnittsalter der Ärzte, das im Erhebungsjahr 2009 bundesweit bei 51,92 Jahren lag und dem Nachwuchsmangel. In Bayern liegt das durchschnittliche Hausarztalter derzeit bei 52,5 Jahre. 2.096 (23 Prozent) der bayerischen Hausärzte sind über 60 Jahre. Bei den Allgemeinärzten liegt der Gipfel in der Altersverteilung bei 58 Jahren. Knapp 50 Prozent der Allgemeinärzte sind 54 Jahre und älter. Stelle man der Zahl der Abgänge (zirka 4.600 Hausärzte) die voraussichtlichen Zugänge (zirka 3.200 Hausärzte) bis zum Jahr 2020 gegenüber, so werde es dann in Bayern etwa 1.400 Hausärzte (in Deutschland knapp 7.000) weniger geben als bisher. Schon heute sind 33 von 79 Planungsbereichen für Hausärzte zur Niederlassung offen. Über 150 Hausarztsitze warten auf einen Nachfolger und könnten im Rahmen der jetzigen Bedarfsplanung nachbesetzt werden.

Doch auch in den Kliniken seien bayernweit 750 Stellen (Deutschland etwa 5.500) unbesetzt. Die angespannte Personalsituation werde sich weiter verschärfen. In zehn Jahren gingen fast 2.800 Ober- und Chefärzte (Deutschland etwa 20.000) altersbedingt in den Ruhestand.

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 22 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 23 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 36

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 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

Gründer-/Abgeberforum**

Mit der Praxis in die Zukunft – Praxisentwicklung und Gestaltung**

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Patientenorientierung und Serviceverhalten am Telefon

Schwierige Situationen im Praxisalltag meistern

Kooperationen in der ärztlichen Praxis**

Gründer-/Abgeberforum für Psychotherapeuten**

Abrechnungsworkshop Urologen

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten **

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Fortbildung Impfen**

Abrechnungsworkshop Urologen

Kooperationen in der ärztlichen Praxis**

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Abrechnungsworkshop Urologen

Alles „rund ums Recht“

Datenschutz in der Praxis

Thementag: IT, Vernetzung, elektronische Dokumentation

QM-/QZ-Seminare

Regionales Moderatorentreffen

Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz

QEP-Einführungseminar für Haus- und Fachärzte

Lokales Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-gründer	kostenfrei	13. November 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. November 2010	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. November 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. November 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	20. November 2010	10.00 bis 14.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber/-gründer	kostenfrei	20. November 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	23. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	85,- Euro	24. November 2010	15.00 bis 20.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. November 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	27. November 2010	10.00 bis 14.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. Dezember 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. Dezember 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	1. Dezember 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	1. Dezember 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	1. Dezember 2010	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
QZ-Moderatoren	kostenfrei	10. November 2010	16.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	45,- Euro	23. November 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	26. November 2010 27. November 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	8. Dezember 2010	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg

