

KVBINFOS 12|09

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 170 Abrechnungsabgabe
Quartal 4/2009
- 170 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 1/2010
- 171 Honorarreform – Informationen für das Quartal 1/2010
- 174 Betreuungspauschalen
Diabetesvereinbarung
- 175 Bereitschaftsdienstpauschale
- 175 Zahlungsforderung
der argab
- 176 Erweiterung
Tonsillotomieverträge
- 176 Genehmigungspflichtige
Leistungen
- 178 Kostenerstattung bei
Bundesbahnbeamten
- 178 Verjährung von Arztrechnungen

VERORDNUNGEN

- 178 Neufassung
Arzneimittel-Richtlinie
- 179 Arzneimittelvereinbarung 2010
- 179 LANR und BSNR auf
Verordnung nötig
- 180 Krankenbeförderung
wirtschaftlich verordnen
- 182 Meningokokken-Impfstoff
- 182 Stationäre Krankenhaus-
behandlung

QUALITÄT

- 183 Umfrage in Pflegeheimen

ALLGEMEINES

- 183 Europäische Krankenversicherungskarte

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

- 184 Quotenregelung Psychotherapie

SEMINARE

- 185 Fortbildung „Akutsituationen im
Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 186 Die nächsten Seminartermine
der KVB

ABRECHNUNGSABGABE QUARTAL 4/2009

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

Einreichungswege für Ihre Quartalsabrechnung

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

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

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

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

Zur besseren Übersicht der einzureichenden Scheine haben wir das Merk-

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

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

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

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

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

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

ZEITBEZOGENE KAPAZITÄTSGRENZEN 1/2010

Die Berechnung erfolgte nach den – auf Bundesebene unveränderten – Berechnungsvorgaben für die Kapazitätsgrenzen für die Zeit ab 1. Januar 2010. Zum Redaktionsschluss dieser PROFUND-Ausgabe waren allerdings die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen auf Landesebene noch nicht abgeschlossen. Sollten sich Änderungen ergeben, werden wir Sie kurzfristig informieren.

Für die psychotherapeutischen Fachgruppen werden nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27. und 28. August 2008 ab 1. Januar 2009 keine RLV berechnet. Vielmehr gelten auch nach dem Beschluss vom 22. September 2009 weiterhin zeitbezogene Kapazitätsgrenzen. Diese werden auf Grundlage des entsprechenden Vorjahresquartals berechnet und sind je Quartal leicht unterschiedlich.

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 1/2010 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten (Fachgruppe 690 und 700)	31.840
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Fachgruppe 710)	31.100
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Fachgruppe 500)	32.290
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien (Fachgruppe 500)	31.680

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

HONORARREFORM – INFORMATIONEN FÜR DAS QUARTAL 1/2010

Die bisherigen RLV-Regelungen wurden durch die neuen Beschlüsse auf Bundesebene vom 2. und 22. September 2009 für das Quartal 1/2010 zunächst ohne größere Änderungen fortgeschrieben. Zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe waren die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen auf Landesebene zum Honorarvertrag 2010 jedoch noch nicht abgeschlossen. Daher stehen die folgenden Informationen noch unter dem Vorbehalt dieses Vertragsabschlusses. Sollten sich Änderungen ergeben, werden wir Sie kurzfristig informieren.

Freie Leistungen 1/2010

Neben dem RLV gibt es die so genannten Freien Leistungen. Diese sind im Vergleich zum Quartal 4/2009 unverändert geblieben. Sie werden mit den in der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgewiesenen Beträgen vergütet. Hier die Übersicht:

a) Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe)
- Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520
- Leistungen des Abschnitts 1.7.1 bis 1.7.4
- Früherkennungsuntersuchung U 7a
- Hautkrebscreening
- Durchführung von Vakuumstanzbiopsien
- Strahlentherapie
- Phototherapeutische Keratektomie
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Substitutionsbehandlung

Zusätzlich werden auch Leistungen, die regional vereinbart werden, nicht in das RLV einbezogen (zum Beispiel Impfungen).

b) Leistungen außerhalb des RLV

Hausärztlicher Versorgungsbereich:

- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
- Leistungen im organisierten Notfalldienst
- Besuche (GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415)
- Auswertung des Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 03241, 04241)
- Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantatträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537)
- Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin sowie pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung (GOP 04410 bis 04580)
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
- Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des Abschnitts 35.2
- innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40
- Leistungen in kurativ-stationären Fällen, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Fachärztlicher Versorgungsbereich:

- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
- Leistungen im organisierten Notfalldienst

- Besuche (GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415)
- Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
- Leistungen des Abschnitts 5.3
- Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)
- Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantatträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677 (analog Kapitel 4))
- Auswertung des Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 13253, 27323)
- Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6
- Bronchoskopien (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670)
- Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222)
- Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
- ESWL (GOP 26330)
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
- Polysomnographie (GOP 30901)
- Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- MRF-Angiographie des Abschnitts 34.4.7
- Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des Abschnitts 35.2
- innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40

- Leistungen in kurativ-stationären Fällen, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert werden

Qualitätsgebundene Fallwertzuschläge

Über die so genannten Fallwertzuschläge steht Ihnen ein zusätzliches Honorarvolumen zur Verfügung. Dieses Honorarvolumen ergibt sich aus der Multiplikation der eigenen RLV-relevanten Fallzahl (siehe Zuweisungsbescheid für das jeweilige Quartal) mit dem je Leistungsbereich ausgewiesenen Betrag. Weitere Details zur Berechnung und Verrechenbarkeit finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/RLV*.

Für das Quartal 1/2010 haben sich hier im Vergleich zum Quartal 4/2009 keine Änderungen ergeben.

Ärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen und Schwerpunktbezeichnungen

Für Berufsausübungsgemeinschaften gelten weiterhin folgende Zuschlagsregelungen:

Das RLV einer Praxis wird für

- fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten (nicht Job-Sharing) der gleichen Arztgruppe um zehn Prozent erhöht,
- fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (nicht Job-Sharing) anderer Arztgruppen/Schwerpunkte um fünf Prozent je Arztgruppe beziehungs-

1. Fallwertzuschläge zum RLV für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs

Leistung	GOPen	Euro
Sonographie	33000 – 33002, 33010 – 33012, 33040 – 33044, 33050 – 33052, 33060 – 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 – 33092	3,50
Psychosomatik	35100 und 35110	3,00
Prokto/Rektoskopie	03331 bzw. 04331	1,00
Kleinchirurgie	02300 – 02302	1,50
Langzeit-EKG	03322 bzw. 04322	1,00
Langzeit-Blutdruckmessung	03324 bzw. 04324	1,00
Spirometrie	03330 bzw. 04330	1,00
Ergometrie	03321 bzw. 04321	1,50
Chirotherapie	GOPen des Abschnitts 30.2 EBM	1,00

2. Fallwertzuschläge zum RLV für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs (Teilradiologie): Leistungsbereich Diagnostische Radiologie für Fallwertzuschlag (GOP 34210 – 34282)

Arztgruppen	Zuschlag je Fall in Euro
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für plastische Chirurgie, ohne Unfallchirurgie und Neurochirurgie	6,10
Fachärzte für Frauenheilkunde	3,90
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,80
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	3,80
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie	2,10
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie	1,30
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie	4,70
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie	5,40
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2,30
Fachärzte für Neurochirurgie	4,70
Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie	7,20
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	6,60
Fachärzte für Urologie	3,30
Sonstige Facharztgruppen, für die die Erbringung von Leistungen der diagnostischen Radiologie zum Kern des Gebiets gehört	5,30

weise je Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen/Schwerpunkte erhöht, für jede weitere Arztgruppe/Schwerpunkt um 2,5 Prozent, jedoch insgesamt höchstens um 40 Prozent.

Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt (Klarstellung im Beschluss vom 22. September 2009).

Die Neupraxis wird ab dem Quartal 1/2010 einer Jungpraxis gleichgestellt

Auf Grund einer Änderung in der Beschlussfassung auf Bundesebene werden ab Quartal 1/2010 Neupraxen mit Jungpraxen gleichgestellt. Hier die Details:

1. Neupraxen/Neuanfänger

Für Ärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren (Neupraxis), wird die eigene (RLV-relevante) Fallzahl des Abrechnungsquartals angesetzt. Da diese Zahlen erst mit der tatsächlichen Abrechnung vorliegen, wird im Zuweisungsbescheid zunächst ein fachgruppendurchschnittliches RLV als (maximal erreichbare) Obergrenze mitgeteilt.

Soweit die eigene Fallzahl im Abrechnungsquartal den im Zuweisungsbescheid mitgeteilten Fachgruppenschnitt überschreitet, verbleibt es beim Ansatz des Fachgruppendurchschnitts.

Beispiel:

Es wird im Zuweisungsbescheid 1/2010 zunächst der Fachgruppendurchschnitt von 800 Fällen angesetzt.

Konstellation 1

Arzt reicht die Abrechnung 1/2010 mit 720 Fällen ein. Diese 720 eige-

nen Fälle des Abrechnungsquartals werden der Honorarermittlung als RLV-relevant zugrunde gelegt.

Konstellation 2

Arzt reicht die Abrechnung 1/2010 mit 880 Fällen ein. Diese eigenen Fälle übersteigen den Fachgruppenschnitt von 800 Fällen. Der Abrechnung 1/2010 werden die 800 Fälle als RLV-relevant zugrunde gelegt.

2. Jungpraxis

Für Jungpraxen gibt es im Vergleich zum Quartal 4/2009 keine Änderungen.

Unter einer Jungpraxis versteht man eine Praxis, die sich noch im Aufbau befindet. Eine Praxis ist dann nicht mehr im Aufbau, wenn seit der ersten Niederlassung des Arztes mehr als 20 Quartale vergangen sind und/oder der Fachgruppenschnitt (Fallzahl) im Vorjahresquartal erreicht ist. Hier die derzeit gültige Regelung:

Jungpraxen erhalten mit der RLV-Zuweisung ihre tatsächlich im Vorjahresquartal abgerechneten Fälle mitgeteilt. Parallel dazu werden wir die entsprechenden Durchschnittsfallzahlen (aus dem Vorjahresquartal) und die RLV-Fallwerte der Fachgruppen im Internet zur Verfügung stellen. Die Obergrenze für eine Jungpraxis ergibt sich aus der Multiplikation des RLV-Fallwertes mit der Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe.

Mit der Abrechnung wird bei Ärzten, die unter die Jungpraxisregelung fallen, die eigene (RLV-relevante) Fallzahl des Abrechnungsquartals angesetzt. Soweit jedoch die eigene Fallzahl im Abrechnungsquartal über dem Fachgruppenschnitt liegt, kommt der Fachgruppenschnitt zum Ansatz.

Die Umsetzung für Neuanfänger und Jungpraxen erfolgt mit der Honorarabrechnung automatisch. Eine gesonderte Antragstellung ist nicht erforderlich.

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

BETREUUNGSPAUSCHALEN DIABETESVEREINBARUNGEN

Bitte beachten Sie die Abrechnungsbestimmungen beziehungsweise Überweisungsregelungen der nachfolgend genannten Betreuungspauschalen bei allen Kassen außer der AOK.

Die Pauschalen müssen in jedem Fall auf einem Überweisungsschein zur „Mit-/Weiterbehandlung“ abgerechnet werden. Wird ein Patient in derselben Praxis (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ) sowohl speziell diabetologisch betreut als auch im DMP Diabetes mellitus Typ 2 koordiniert (beziehungsweise bei LKK-Patienten und Gestationsdiabetikerinnen hausärztlich betreut), sind bei der Abrechnung der jeweiligen Betreuungspauschale folgende Regelungen zu beachten:

Fall 1:

Die koordinierende/hausärztliche und die speziell diabetologische Betreuung erfolgt durch ein und denselben Arzt

Der Arzt stellt sich selbst einen Überweisungsschein zur „Mit-/Weiterbehandlung“ aus. Hierbei ist im Feld „Vertragsarztnummer oder (N)BSNR des Überweisers“ (Feldkennung 4218) die eigene (N)BSNR und im Feld „Lebenslange Arztnummer des Über-

weisers“ (Feldkennung 4242) die eigene LANR anzugeben. Die Betreuungspauschalen können nur abgerechnet werden, wenn mindestens eine der im DMP-Plattformvertrag aufgeführten Schnittstellen erreicht ist (siehe Anlage 2a des DMP-Plattformvertrags).

Fall 2:

Die koordinierende/hausärztliche und die speziell diabetologische Betreuung erfolgt durch zwei unterschiedliche Ärzte

Hier muss der koordinierende/hausärztliche Arzt einen Überweisungsschein zur „Mit-/Weiterbehandlung“ ausstellen. Im Feld „Vertragsarztnummer oder (N)BSNR des Überweisers“ (Feldkennung 4218) ist seine (N)BSNR und im Feld „Lebenslange Arztnummer des Überweisers“ (Feldkennung 4242) seine LANR anzugeben.

Wichtig:

- Die Überweisungserfordernis gilt nicht für diabetologisch besonders qualifizierte Kinderärzte.
- Betreuungspauschalen sind im selben Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechenbar.

- Werden AOK-Patienten in derselben Betriebsstätte betreut und koordiniert, kann die jeweilige Betreuungspauschale weiterhin auf dem Originalschein abgerechnet werden.
- Die vollständige Vergütungsübersicht Diabetes 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

Abrechnungsnummer	Leistung	Vergütung	Krankenkasse	Überweisung erforderlich durch
97360A	Betreuung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 (DMP-Pat.)	75,- Euro je Behandlungsfall	BKK, Knappschaft, Signal Iduna IKK, vdek	Koordinierenden DMP-Arzt
97360B	Betreuung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen	75,- Euro je Behandlungsfall	LKK	Hausarzt
97370B	Betreuung von insulinpflichtigen Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 mit intensivierter Insulintherapie	75,- Euro je Behandlungsfall	BKK, Knappschaft, vdek	Hausarzt
97371B	Betreuung von Versicherten mit Gestationsdiabetes	75,- Euro je Behandlungsfall	BKK, Knappschaft, Signal Iduna IKK, LKK	Gynäkologe/ Hausarzt

BEREITSCHAFTSDIENST- PAUSCHALE

Vertragsärzte, angestellte Ärzte bei einem Vertragsarzt beziehungsweise an einem Medizinischen Versorgungszentrum sowie ermächtigte Ärzte, die am organisierten vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB teilnehmen, haben Anspruch auf eine Bereitschaftsdienstpauschale.

Bitte legen Sie zur Abrechnung der Bereitschaftsdienstpauschale einen gesonderten Notfallschein (Muster 19) an. In diesen Notfallschein tragen Sie hinter dem Datum die Nummer(n)

95606 in der Zeit von 8.00 Uhr bis 20.00 Uhr und die

95607 in der Zeit von 20.00 Uhr bis 8.00 Uhr

mit dem jeweiligen Multiplikator (Anzahl der Dienststunden tagsüber beziehungsweise nachts) ein. Detaillierte Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Bereitschaftsdienst*.

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

ZAHLUNGSFORDERUNG DER ARGAB

Wer in den letzten Wochen eine Zahlungsaufforderung der Arbeitsgruppe gegen Abrechnungsbetrag (argab) erhalten hat, sollte sich nicht irritieren lassen. Diese Aufforderungen, Honorar für nicht korrekt abgerechnete vertragsärztliche Leistungen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchung nach GOP 01730 EBM) zuzüglich einer Bearbeitungsgebühr von 25 Euro direkt an die argab zurückzahlen, sind gegenstandslos. Wegen der eindeutig definierten Rechtsbeziehungen im Vertragsarztrecht erfolgen die Zahlungsaufforderungen ohne Anspruchsgrundlage.

Mit Schreiben vom 22. Oktober 2009 haben wir die argab sehr deutlich auf die Unrechtmäßigkeit dieses Vorgehens hingewiesen und die sofortige Rücknahme beziehungsweise Unterlassung solcher Schreiben gefordert. Der BKK Landesverband Bayern wurde von uns über die Vorgehensweise der argab informiert und distanziert sich ebenfalls von diesen Vorgängen.

Wer ist die argab?

Die argab – ein Zusammenschluss mehrerer Betriebskrankenkassen – versteht sich nach eigener Darstellung als Initiative für mehr Transparenz und Ehrlichkeit im Gesundheitswesen und erklärt, sich konsequent für die Wiedergutmachung entstandener Schäden durch die Verursacher einzusetzen (www.argab.de). In rechtlicher Hinsicht beschränken sich die Handlungsmöglichkeiten der argab auf die Durchführung von Auswertungen und die Schadensfeststellung.

Derzeit gehören der argab an:

- BKK Deutsche Bank AG
- Novitas BKK
- BKK Ford & Rheinland
- BKK Demag Krauss/Maffei
- BKK für Heilberufe

- BKK Westfalen-Lippe
- BKK VOR ORT
- E.ON BKK
- pronova BKK
- BKK GOETZE & Partner
- GBK Köln
- BKK Victoria D.A.S
- BKK ALP PLUS
- Vaillant BKK
- BKK Basell

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Stefanie.Hanrieder@kvb.de

ERWEITERUNG TONSILLOTOMIEVERTRÄGE

Die derzeit bestehenden Verträge der KVB über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach Paragraph 73c SGB V (seit dem 1. Juli 2009 mit der KKH-Allianz und seit dem 1. Oktober 2009 mit der BKK-VAG) werden in einem ersten Nachtrag erweitert. Zusätzlich zu den bereits bestehenden Operationsleistungen werden folgende zwei Kombinationen der Durchführung einer Tonsillotomie in die Verträge aufgenommen:

- Nr. 97070H
Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, einseitiger Eingriff
- Nr. 97070I
Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, beidseitiger Eingriff

Die Änderungen gelten ab dem 1. November 2009. Detaillierte Informationen zu den Versorgungsverträgen Tonsillotomie und zu den Nachträgen finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätsprogramm/Tonsillotomie*.

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

GENEHMIGUNGSPFLICHTIGE LEISTUNGEN

Im Folgenden haben wir Ihnen allgemeine Grundsätze und Besonderheiten der Antragstellung in VÄndG-Konstellationen zusammengestellt (die Ausführungen gelten entsprechend auch für Vertragspsychotherapeuten beziehungsweise die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit).

Seit In-Kraft-Treten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 1. Juli 2007 können Vertragsärzte ihre Tätigkeit flexibler gestalten. So wurde zum Beispiel die Möglichkeit geschaffen, Filialen und überörtliche (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) zu gründen und Ärzte unter erleichterten Bedingungen anzustellen. Diese neuen Möglichkeiten wurden in Bayern zahlreich genutzt: Es gibt mittlerweile 263 Medizinische Versorgungszentren (MVZs), rund 1.400 angestellte Ärzte und zirka 900 Filialen.

Mit den neuen Möglichkeiten nach dem VÄndG entstand die Notwendigkeit, transparent zu machen, welche Leistungen der Arzt an welchen Betriebsstätten beziehungsweise innerhalb welcher Kooperationen erbringt und abrechnet. Daher wurde zum 1. Juli 2008 die lebenslang gültige Arztnummer (LANR) eingeführt, mit der jeder leistungserbringende Arzt die von ihm erbrachten Leistungen kennzeichnen muss. Die Aufnahme der Tätigkeit im Rahmen einer Zulassung/Anstellung/Ermächtigung und jede Tätigkeit im Rahmen einer Kooperation (zum Beispiel MVZ, überörtliche BAG) ist vom Zulassungsausschuss zu genehmigen. Die Tätigkeit in einer Filiale bedarf der Genehmigung durch die KVB.

Was ist bei der Beantragung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen im Rahmen solcher Tätigkeiten und Kooperationen zu beachten?

I. Allgemeine Grundsätze

1) Personenbezogene und leistungs-ortbezogene Genehmigungserteilung, taggenaue Prüfung

Es bleibt bei dem Grundsatz, dass genehmigungspflichtige Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur dann abrechenbar sind, wenn für den Arzt, der diese Leistungen an dem beantragten Leistungsort erbringen will, vorher eine entsprechende Genehmigung erteilt wurde. Konkret bedeutet das, dass die Leistungen erst ab dem Tag des Erhalts des Genehmigungsbescheids erbracht und abgerechnet werden dürfen. Dieser Grundsatz gilt für angestellte Ärzte und zugelassene Ärzte gleichermaßen.

2) Antragstellung und Genehmigungserteilung für angestellte Ärzte

Zur Erteilung von Genehmigungen für angestellte Ärzte muss der Ansteller (MVZ/Vertragsarzt) den Antrag stellen. Er erhält dann auch den Bescheid. Darin wird die Erbringung der entsprechenden Leistungen durch den angestellten Arzt genehmigt. Der Angestellte erhält eine Kopie des Bescheids. Die Genehmigung für den betreffenden Angestellten endet automatisch mit Beendigung des Anstellungsverhältnisses.

3) Antragserfordernis für in bestehende Praxen hinzukommende Ärzte

Auf Grund des Grundsatzes der personenbezogenen Genehmigungserteilung müssen Genehmigungen für jeden weiteren, in eine Praxis hinzukommenden angestellten Arzt oder Praxispartner auch dann neu beantragt werden, wenn in der Praxis bereits der Ansteller, ein anderer angestellter Arzt oder Praxispartner über

die entsprechende Genehmigung verfügt.

4) Antragserfordernis bei neuen Leistungsorten

Genehmigungen mit leistungsortbezogenen Voraussetzungen (Geräte, Räume, Personal) müssen für neue Leistungsorte beantragt werden. Bereits erteilte Genehmigungen mit leistungsortbezogenen Voraussetzungen gelten nur für den Leistungsort, der der Adressierung im Bescheid entspricht – sofern aus der Formulierung im Bescheidtext nichts anderes hervorgeht.

5) Automatische Absetzung der Leistungen in der Abrechnung bei fehlender Genehmigung

Genehmigungspflichtige Leistungen, die von einem angestellten oder zugelassenen Arzt erbracht und abgerechnet wurden, für den nicht vorher ein Genehmigungsbescheid erteilt wurde, werden in der Abrechnung automatisch abgesetzt.

6) Keine rückwirkende Erteilung von Genehmigungen

Die rückwirkende Erteilung einer Genehmigung zur Abrechnung qualifikationsgebundener Leistungen, zum Beispiel rückwirkend ab Antragstellung, ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts rechtlich unzulässig.

II. In welchen konkreten Konstellationen müssen Abrechnungsgenehmigungen beantragt werden?

1) Wenn der Arzt erstmalig eine vertragsärztliche Tätigkeit in Bayern im Rahmen einer Zulassung, Ermächtigung oder Anstellung aufnimmt, müssen sämtliche Abrechnungsgenehmigungen für den betreffenden Arzt for-

mell beantragt werden. Dies gilt auch für in bestehende Praxen eintretende angestellte oder zugelassene Ärzte (siehe oben).

2) Wenn der Arzt bereits vertragsärztlich tätig ist, ihm durch die KVB Genehmigungen zur Abrechnung bestimmter Leistungen erteilt wurden und er

a) zusätzlich zur bestehenden Tätigkeit eine weitere Tätigkeit aufnimmt. Beispiele: Aufnahme einer Nebentätigkeit in einem Anstellungsverhältnis, Aufnahme einer Tätigkeit in einer Filiale, Aufnahme einer Tätigkeit in einer weiteren (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft.

b) diese Tätigkeit vollständig aufgibt und ohne zeitliche Unterbrechung in eine neue Tätigkeit wechselt. Beispiele: Wechsel von der Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt in eine Tätigkeit als angestellter Arzt in einem MVZ/bei einem Vertragsarzt und umgekehrt, Wechsel von einer Tätigkeit in Einzelpraxis in eine Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis an einem anderen Ort und umgekehrt, Wechsel in ein neues Anstellungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber (Vertragsarzt oder MVZ).

In diesen Fällen gelten die bisherigen Abrechnungsgenehmigungen nicht ohne weiteres auch für die neue Tätigkeit, das heißt, sie müssen unter folgenden Bedingungen für die neue Tätigkeit zusätzlich beantragt werden:

■ Bei Änderung der betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen, das heißt, wenn mit Aufnahme der neuen Tätigkeit andere Apparaturen verwendet werden und/oder die Tätigkeit in anderen Räumlichkeiten erfolgt und/oder anderes spe-

ziell ausgebildetes, nichtärztliches Personal beschäftigt wird und die Prüfung dieser Anforderungen für bereits erteilte Genehmigungen entscheidend war. Dies gilt insbesondere für alle genehmigungspflichtigen gerätetechnischen Leistungen, wie zum Beispiel Sonographie, Radiologie, MRT, CT, Nuklearmedizin, Knochendichtemessung, ambulante Operationen/Arthroscopien sowie DMP und Diabetesvereinbarungen.

■ Im Falle eines Status- oder Arbeitgeberwechsels, das heißt, der Arzt wechselt im Zuge der neuen Tätigkeit vom Status eines zugelassenen in den eines angestellten Arztes und umgekehrt oder ein angestellter Arzt wechselt seinen Arbeitgeber.

In den unter Punkt 2 genannten Konstellationen ist jedoch ein vereinfachtes Antragsverfahren möglich. Die Einzelheiten dieses Verfahrens und weitere wichtige Informationen zum Thema „genehmigungspflichtige Leistungen“ sind auf einem Merkblatt unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Merkblätter* zusammengefasst. Bitte beachten Sie, dass im Rahmen des DMP und der Diabetesvereinbarung auf Grund besonderer rechtlicher Vorgaben immer das vorgegebene Antragsformular genutzt werden muss.

Wichtig: Die Anträge auf Erteilung von Abrechnungsgenehmigungen sollten stets so frühzeitig wie möglich gestellt werden, also am besten zeitgleich mit der Antragstellung beim Zulassungsausschuss.

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

KOSTENERSTATTUNG BEI BUNDESBahnBEAMTEN

Wenn sich Bundesbahnbeamte in Ihrer Praxis behandeln lassen, müssen Sie eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellen. Die Versicherten bekommen von der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten je nach Beitragsklasse I, II und III die Kosten erstattet. Dies ist durch einen Vertrag mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geregelt. Wir bitten Sie, bei der Rechnungserstellung und bei Mahnungen zu beachten, dass nach Paragraph 5, Absatz 4 dieses Vertrags die Zahlungsfrist für Arztrechnungen sechs Wochen beträgt. Die allgemeine Zahlungsfrist von nur dreißig Tagen nach Paragraph 286, Absatz 3 BGB gilt hier nicht.

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

VERJÄHRUNG VON ARZTRECHNUNGEN

Wer in der Hektik des Alltags hin und wieder die Rechnungsstellung vergisst, hat unter bestimmten Umständen die Möglichkeit, dies nachzuholen: Sie können eine Rechnung stellen, sobald der Behandlungsfall – Kapitel B Nr. 1 GOÄ – beendet ist. Die Frist beträgt zirka zwei Jahre, ist jedoch nicht an ein bestimmtes Datum gebunden. Nach Ablauf der Zweijahresfrist ist die Berechtigung zur Rechnungsstellung verwirkt, der Patient muss dann keine Rechnung mehr erwarten. Feste Regelungen gibt es hierzu allerdings nicht. Die Rechtsprechung berücksichtigt hierzu immer die Umstände des Einzelfalls. Zum Beispiel kann die Verwirkungsfrist kürzer sein, wenn für den Patienten nicht erkennbar ist, dass Kosten anfallen, wie etwa bei einem Attest als vermeintlicher Service-Leistung.

Der Zeitraum, wie lange eine Rechnung gestellt werden kann, ist von der Verjährungsfrist zu unterscheiden. Die Verjährungsfrist ist der Zeitraum, in dem Sie die Zahlung verlangen können. Sie beginnt am 1. Januar des auf die Rechnungsstellung folgenden Jahres und dauert drei Jahre. Wenn Sie zum Beispiel am 10. Oktober 2009 eine Rechnung gestellt haben, beginnt die Fristberechnung am 1. Januar 2010. Am 1. Januar 2013 ist die Rechnung dann verjährt. Ein Mahnbescheid beziehungsweise eine Klageerhebung unterbricht die Verjährung vorübergehend. Im Übrigen stellt die Verjährung eine Einrede dar und muss daher vom Schuldner geltend gemacht werden, das heißt, der Schuldner muss sich gegenüber dem Gläubiger auf die Verjährung berufen.

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

NEUFASSUNG ARZNEIMITTEL-RICHTLINIE

Im April 2009 wurde die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) in einer Neufassung veröffentlicht. Dazu haben sich zwischenzeitlich viele Fragen ergeben.

Im August 2009 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen aktualisierten Frage-Antwort-Katalog zur Anlage III veröffentlicht. Die Interpretation der neuen Formulierungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Zu den Inhalten der AM-RL gibt es auch nach dem 1. April 2009 Beratungsthemen und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, die noch nicht in Kraft getreten sind. Wir empfehlen Ihnen daher, sich über die wesentlichen Inhalte der Arzneimittel-Richtlinie regelmäßig zu informieren. Unter www.kvb.de finden Sie hierzu in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* aktuelle Hinweise zur Umsetzung. Unterstützung beim Ausstellen einer Verordnung erhalten Sie von unserem Team am Service-Telefon Verordnung. Wenn Sie eine individuell auf Ihr Verordnungsspektrum zugeschnittene Pharmakotherapieberatung wünschen, wenden Sie sich bitte an unsere Experten.

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

ARZNEIMITTELVEREINBARUNG 2010

Die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Vertragsverhandlungen zwischen KVB und den bayerischen Krankenkassen sind im Jahr 2009 abzuschließen, um eine Veröffentlichung noch vor dem 1. Januar 2010 sicherzustellen. Nach Abschluss des Unterschriftenverfahrens informieren wir Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

In regionalen Veranstaltungen können Sie sich persönlich über die Vereinbarung kundig machen und die für Sie relevanten Fragen klären.

Eine Übersicht über die Termine im Januar 2010:

- KVB-Bezirksstelle München
Dienstag, 19. Januar, 19.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle München
Mittwoch, 20. Januar, 17.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle Nürnberg
Mittwoch, 20. Januar, 17.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle Regensburg
Mittwoch, 20. Januar, 17.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle Würzburg
Mittwoch, 20. Januar, 17.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle Nürnberg
Donnerstag, 21. Januar, 19.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle Augsburg
Mittwoch, 27. Januar, 17.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle Bayreuth
Mittwoch, 27. Januar, 17.30 Uhr
- KVB-Bezirksstelle Straubing
Mittwoch, 27. Januar, 17.30 Uhr

Im Rahmen dieses Angebots findet auch eine pharmakologische Fortbildung zum Thema: „Evidenzbasierte Arzneimittelinformationen – Wie be-

werte ich klinische Studien?“ statt. Das Anmeldeformular finden Sie in der KVB-Seminarbroschüre und unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung*.

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

LANR UND BSNR AUF VERORDNUNG NÖTIG

Seit dem 1. Juli 2008 ist die Angabe der lebenslangen Arztnummer (LANR) in Verbindung mit der Betriebsstättennummer (BSNR) auf allen Verordnungen erforderlich.

Die Angabe der LANR ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Verordnungen zur Person des ärztlichen Leistungserbringers und der Bildung entsprechender Vergleichswerte.

Nach Mitteilung einzelner Krankenkassen wurden bei den Abrechnungsstellen für Heilmittelverordnungen auch im zweiten Halbjahr 2009 Verordnungen mit unvollständigen Daten festgestellt. Deshalb konnte ein Teil der Verordnungen nicht eindeutig zugeordnet werden.

Die von den Krankenkassen arztbezogen anhand der LANR erstellte Heilmittelfrühinformation (GKV-HIS) finden Sie in Ihrer Verordnungsakte in Smart-Akt.

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

KRANKENBEFÖRDERUNG WIRTSCHAFTLICH VERORDNEN

Bitte beachten Sie bei einer Verordnung folgende Punkte. Zum besseren Verständnis haben wir die entsprechenden Markierungen auf einem Muster (siehe Abbildung) angebracht.

Verordnung nach Krankentransport-Richtlinie

Grundsätzlich gilt: Eine Verordnung erfolgt auf dem Verordnungsvordruck Muster 4 (Verordnung einer Krankentransportbeförderung).

Sie ist nur dann auszustellen,

- wenn die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist und
- der Patient wegen Art und Schwere der Erkrankung nicht zu Fuß gehen oder ein öffentliches Verkehrsmittel nutzen kann und die Benutzung eines Privatfahrzeugs nicht in Betracht kommt.

Die Verordnung soll vor der Beförderung ausgestellt werden. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere Notfällen, kann sie nachträglich erfolgen.

Die Notwendigkeit der Beförderung ist für Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden oder das Abholen von Rezepten rechtfertigen keine Verordnung. Auch eine unzureichende Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel begründet keine medizinische Notwendigkeit.

Auswahl des Beförderungsmittels

Bei der Verordnung prüfen Sie bitte jeweils die medizinische Notwendigkeit und wählen das erforderliche Transportmittel unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. **2**

Krankentransporte **5**

sind Fahrten für Menschen,

- die auch während der Fahrt einer medizinisch-fachlichen Betreuung bedürfen, die durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal gewährleistet wird, oder
- bei denen die besondere Einrichtung des Krankentransportwagens, die auf die Beförderung von Nicht-Notfallpatienten ausgerichtet ist, erforderlich ist beziehungsweise aufgrund des Zustandes des Patienten zu erwarten ist, oder
- wenn dadurch die Übertragung von ansteckenden Krankheiten vermieden werden kann.

Krankenfahrten **4**

Eine medizinisch-fachliche Betreuung des Patienten findet hier im Gegensatz zum Krankentransport nicht statt. Unter Krankenfahrten versteht man die Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen, die zum Beispiel mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern ausgestattet sind oder Taxen. Wenn aus zwingenden medizinischen Gründen eine Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem privaten Kraftfahrzeug nicht möglich ist, kann eine Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder Taxi verordnet werden,

- bei Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden oder
- bei Fahrten zu vor- oder nachstationärer Behandlung oder
- bei Fahrten zu einer ambulanten Operation.

Sofern eine Krankentransportbeförderung aus medizinischen Gründen nicht zwingend erforderlich ist, sollten Sie auf Wunsch lediglich eine Anwesenheits-

bescheinigung zur Vorlage bei der jeweiligen Krankenkasse ausstellen.

Weiterhin bestehen Ausnahmen für Krankenfahrten zur **ambulanten** Behandlung. **1**

Diese gelten gemäß Richtlinie zum Beispiel:

- für Dialysepatienten
- für Patienten der onkologischen Chemo- oder Strahlentherapie
- für Versicherte mit Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilfflos)
- mit Einstufungsbescheid in die Pflegestufe 2 oder 3
- für Versicherte mit vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität, die einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

Sofern keine medizinischen Gründe dagegensprechen und mehrere Patienten zum gleichen Behandlungsort – etwa bei der Dialyse – gelangen sollen, hat der Arzt je Patient eine Sammelfahrt unter Angabe der Patientenzahl zu verordnen. **3**

Genehmigung durch die Krankenkasse

Sowohl Krankentransporte als auch Fahrten zu einer **ambulanten** Behandlung sind mit Ausnahme von Notfällen im Voraus durch die Krankenkasse zu genehmigen. Dauer und Umfang der Genehmigung werden von der Krankenkasse festgelegt.

Rettungsfahrt **5 6**

Von Krankentransport und Krankenfahrt sind Beförderungen in akuten Notfällen, die Rettungsfahrten, abzugren-

zen. Der Versicherte bedarf einer Rettungsfahrt, wenn er auf Grund seines Zustands mit einem qualifizierten Rettungsmittel befördert werden muss oder der Eintritt eines derartigen Zustands während des Transports zu erwarten ist. Rettungsfahrten erfolgen mittels

- Rettungswagen mit notfallmedizinischer Versorgung ohne Anwesenheit eines Arztes,
- Notarztwagen oder Rettungshubschrauber mit notfallmedizinischer **ärztlicher** Versorgung.

Eine Rettungsfahrt ist über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle über die Telefonnummer 19222 oder über 112 (integrierte Leitstellen) anzufordern.

Eine Kostenübersicht zu den einzelnen Transportmitteln sowie einen Frage-Antwort-Katalog zu diesem Thema finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Sonstiges*.

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

Freigabe 09.04.2008

Verordnung einer Krankenförderung 4

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

Unfall, Unfallfolgen Arbeitsunfall, Berufskrankheit Versorgungsleiden (BVG u.a.) sonstiger Schaden

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus
 Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär
 Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

B) ambulante Operation
 ambulante Operation gem. § 115b SGB V
 Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)
 beim Vertragsarzt im Krankenhaus sonstige

Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

Hochfrequente Behandlung
 1. gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemotherapie oder Strahlentherapie)
 2. vergleichbarer Ausnahmefall wegen

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung
 Merkszeichen „G“, „B“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt
 vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über Monate
 voraussichtliche Behandlungsdauer:

2. Beförderungsmittel Taxi, Mietwagen Krankentransportwagen Rettungswagen Notarztwagen andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: nein Tragstuhl Nicht umsetzbar (aus Rollstuhl) legend andere

Von Nach Wohnung Hinfahrt Rückfahrt Arztpraxis Wartezeit (Dauer): ja folgende: Krankenhaus Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): andere Beförderungswege

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: nein ja

Verbindliches Muster
 Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes
 Muster 4 (7.2006)

Die Vorderseite des Verordnungsvordrucks Muster 4

Genehmigung der Krankenkasse

Die Fahrt / Serienverordnung wird genehmigt
 Die Fahrt wird wie folgt genehmigt:
 Die verordnete Fahrt / Serienverordnung wird **nicht** genehmigt

Begründung **Freigabe 09.04.2008**

Verbindliches Muster
 Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!
Empfangsbestätigung durch den Versicherten
 Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten

Die Krankenförderung wurde gemäß der obigen Empfangsbestätigung durchgeführt.
 Gültiger Zahlungsbefreiungsausweis vom Datum und Unterschrift des Leistungserbringers

Abrechnungsdaten des Leistungserbringers

R des Leistungserbringers Zuzahlung Gesamt-Brutto

Rechnungsnummer Positionnummer Faktor km Positionnummer Faktor km

Rechnungsnummer Positionnummer Faktor km Positionnummer Faktor km

Rechnungsnummer Positionnummer Faktor km Positionnummer Faktor km

Die Rückseite des Formulars ist von der Krankenkasse und dem Leistungserbringer auszufüllen.

MENINGOKOKKEN-IMPfstoff

Von der AOK Bayern haben wir den Hinweis erhalten, dass fälschlicherweise noch die bi-beziehungsweise tetravalenten Polysaccharidimpfstoffe (A+C beziehungsweise A,C,W135, Y) über Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Bitte beachten Sie, dass **nur** der Meningokokken-C-Impfstoff (Konjugatimpfstoff) über Sprechstundenbedarf zu beziehen ist. Die Schutzimpfungsrichtlinie sieht die Impfung mit einer Dosis Konjugatimpfstoff im zweiten Lebensjahr vor. Hintergrund ist die Aufnahme der Meningokokken-C-Impfung in den Impfkalender der Ständigen Impfkommission im Jahr 2006. Eine ausführliche Begründung dazu finden Sie im Epidemiologischen Bulletin 31/2006 unter www.rki.de.

Die Indikationsimpfung mit einem Meningokokken-Polysaccharidimpfstoff erfolgt im Gegensatz dazu auf den Namen des Patienten und Muster 16.

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

STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG

In der letzten Zeit überprüfen Krankenkassen vermehrt das Einweisungsverhalten niedergelassener Ärzte. Bitte beachten Sie deshalb die nachfolgenden Grundsätze: Als niedergelassener Vertragsarzt dürfen Sie eine stationäre Krankenseinweisung grundsätzlich nur dann verordnen, wenn eine ambulante Behandlung des Patienten zur Erzielung des Heilerfolges nicht ausreicht (Paragraph 73 Abs. 4 S. 1 SGB V). Die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung ist nur zulässig, wenn Sie sich im Vorfeld vom Zustand des Patienten überzeugt und die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung festgestellt haben. Bevor Sie die stationäre Krankenhausbehandlung verordnen, sollten Sie abwägen, ob Sie selbst die Behandlung fortsetzen können oder ob Sie den Patienten an einen anderen zugelassenen Arzt mit entsprechender Zusatzqualifikation überweisen. So ersparen Sie auch gegebenenfalls dem Patienten eine stationäre Krankenhausbehandlung.

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

UMFRAGE IN PFLEGEHEIMEN

In einer aktuellen Umfrage ermittelt die KVB den Status Quo der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Insgesamt werden 1.600 Pflegeeinrichtungen angeschrieben. Schwerpunkt der Abfrage ist die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit verschiedener ärztlicher Fachgruppen. Mit ersten Ergebnissen wird Anfang 2010 gerechnet.

EUROPÄISCHE KRANKEN- VERSICHERUNGSKARTE

Legt ein Patient am Empfang Ihrer Praxis die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) vor, lohnt es sich, genauer hinzusehen. Die tschechische Krankenversicherungskarte sieht der EHIC nämlich täuschend ähnlich. Das Problem: Sie können die Kosten nicht über die Krankenkasse abrechnen.

Auf den ersten Blick sind die beiden Karten leicht zu verwechseln. Die Felder sind an der gleichen Position, die Schattierung ist ähnlich. Schnell sind die Daten der vermeintlichen EHIC aus Versehen in den Computer eingegeben. Damit Sie nicht auf Ihren Kosten sitzen bleiben, achten Sie bitte auf die Unterschiede der beiden Karten:

EHIC

Farbe: blau

Zeichen: Kreis (EU-Sternenzeichen)

Bezeichnung: „European Health Insurance Card“

Tschechische Karte

Farbe: grün

Zeichen: rotes Dreieck

Bezeichnung: in tschechischer Sprache

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

QUOTENREGELUNG PSYCHOTHERAPIE

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie hinsichtlich der Quotenregelung in der psychotherapeutischen Versorgung beschlossen. Danach sind in jedem Planungsbereich zwanzig Prozent der Zulassungsmöglichkeiten denjenigen psychotherapeutischen Leistungserbringern vorbehalten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln.

Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, sind Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sowie Leistungserbringer, deren psychotherapeutische Leistungen an Kindern und Jugendlichen mindestens neunzig Prozent ihrer Gesamtleistungen betragen. Trotz der derzeit in allen bayerischen Planungsbereichen bestehenden Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten sind daher in einzelnen Planungsbereichen neue Niederlassungen – insbesondere für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten – möglich. Allerdings werden auf Grund einer zwingenden, für zwei Jahre anzuwendenden Übergangsvorschrift zunächst nur Zulassungsmöglichkeiten entstehen, bis in jedem Planungsbereich eine Versorgungsquote in Höhe von zehn Prozent erreicht ist. Hintergrund ist, dass eine möglichst gleichmäßige Anhebung der Versorgung erreicht werden soll.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern wird noch in diesem Jahr Feststellungen über Zulassungsmöglichkeiten für ärztliche Psychotherapeuten beziehungsweise für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, treffen.

Wichtig: Die Anzahl der neu zu besetzenden Vertragsarzt- beziehungs-

weise Vertragspsychotherapeutensitze wird nach der Entscheidung des Landesausschusses im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht. Interessenten haben anschließend die Möglichkeit, innerhalb einer Frist von sechs bis acht Wochen ihren Zulassungsantrag beim entsprechenden Zulassungsausschuss einzureichen.

Anträge können erst nach Veröffentlichung im Bayerischen Staatsanzeiger gestellt werden. Zu früh gestellte Anträge werden von den Zulassungsausschüssen als unzulässige Vorratsanträge abgelehnt.

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

FORTBILDUNG „AKUTSITUATIONEN IM ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST“

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

Ihre Vorteile:

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

Zielgruppen:

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

Modul I

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

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

Termine:

Samstag, 20. März 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Samstag, 8. Mai 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Samstag, 17. Juli 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Samstag, 2. Oktober 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 4. Dezember 2010
 KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II

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

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

Termine:

Mittwoch, 10. März 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 14. April 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 9. Juni 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 20. Oktober 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul III

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

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

Termine:

Mittwoch, 21. April 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 12. Mai 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 22. September 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 10. November 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul IV (fakultatives Modul) neu!

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

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

Termine:

Mittwoch, 21. Juli 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 29. September 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

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

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

DIE NÄCHSTEN SEMINARTERMINE DER KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu QM-Seminaren

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

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start (Haus- und Fachärzte)

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start (Haus- und Fachärzte)

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start (Haus- und Fachärzte)

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start (Psychotherapeuten)

Abrechnungsworkshop Urologen

QM-Seminare

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte in Kooperation mit dem BDI

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP-Kompakt für Haus- und Fachärzte

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Dezember 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Dezember 2009	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Dezember 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. Dezember 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Dezember 2009	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Dezember 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Dezember 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Dezember 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Dezember 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Dezember 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	18. Dezember 2009 19. Dezember 2009	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	5. Februar 2010 6. Februar 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber	565,- Euro	27. Februar 2010 27. März 2010 17. April 2010 8. Mai 2010	9.00 bis 16.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr	München

