

KVBINFOS

03|11

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 22 Abrechnungsabgabe Quartal 1/2011 – Online jetzt Pflicht
- 23 Die nächsten Zahlungstermine
- 23 Hilfe bei der Online-Abrechnung
- 24 Änderungen des EBM zum 1. Januar und 1. April 2011
- 26 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 2/2011
- 26 Zuzahlungsbefreiung Praxisgebühr
- 26 Änderung der LKK-Diabetesvereinbarung
- 27 Genehmigung psychosomatische Grundversorgung
- 28 Diabetes: Wiederholungsschulungen
- 29 Abrechnung von Besuchen in sozialen Gemeinschaften
- 29 Nachweise Ringversuchsteilnahme
- 30 Krebsfrüherkennung bei Männern
- 30 Änderung der Richtlinien über künstliche Befruchtung

VERORDNUNGEN

- 30 Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung
- 31 Hilfsmittel wirtschaftlich verordnen
- 32 Arzneimittelsicherheit
- 32 Rezeptdiebstahl und -manipulationen vorbeugen

PRAXISFÜHRUNG

- 33 Arbeitsschutzbetreuung: Neue Vorschriften
- 34 Neue Gefahrstoffverordnung
- 34 DMP-Patientenerklärungen als Scan aufbewahren
- 35 Hygiene und Infektionsprävention

QUALITÄT

- 36 Stichprobenprüfung Vakuumbiopsie der Brust
- 37 Strukturqualität beim Ultraschall am Beispiel „SonoBaby“
- 38 QEP® 2010 – was ist neu?

ALLGEMEINES

- 39 Arztsuche: Datenveröffentlichung nur nach Einwilligung
- 40 Elektronische Nachrichtenübermittlung über KVB-Postfach
- 40 Feststellung der Arbeitsunfähigkeit
- 41 SBK fördert Ärzte im Geriatrischen Praxisverbund
- 41 Unseriöse Verlagsangebote
- 42 Datenschutz in der Arztpraxis

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

- 44 Fortbildung: „Palliativversorgung für Psychotherapeuten“
- 44 Psychotherapeutische Behandlung von Älteren

SEMINARE

- 45 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 46 Die nächsten Seminartermine

Abrechnungsabgabe Quartal 1/2011 – Online-Abrechnung jetzt Pflicht

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

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

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Online-Abrechnung und die restlichen Abrechnungsunterlagen für das 1. Quartal 2011 bis spätestens Montag, den 11. April 2011. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Denken Sie bitte daran, uns neben Ihrer online übermittelten Abrechnung wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung (bitte Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen – wie zum Beispiel Krankenscheine Sozialhilfe – an die Hausanschrift in Regensburg zuzusenden. Das Formular der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung/Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen.

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

Wir empfehlen dazu die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller

abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor Abgabe der Abrechnung vorzunehmen. Bitte beachten Sie weiterhin die persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen. Diese Regelung ist insbesondere zu beachten bei angestellten Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.

Einreichungswege für Ihre Quartalsabrechnung

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

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

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

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

Zur besseren Übersicht der einzureichenden Scheine haben wir das Merkblatt „Besondere Kostenträger“ aktualisiert. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe Erstellung/Besondere Kostenträger*. Wenn Sie eine Empfangsbestätigung über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen wünschen, fordern Sie diese bitte bei uns an.

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

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

**Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Die nächsten Zahlungstermine

- 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
- 12. Dezember 2011**
Abschlagszahlung November 2011

Hilfe bei der Online-Abrechnung

Wie bereits im vergangenen Quartal, werden wir auch für das Abrechnungsquartal 1/2011 an festgelegten Tagen in jeder Bezirksstelle Rechner zur Verfügung stellen, mit denen Sie – mit Hilfe unserer Berater – Ihre Online-Abrechnung vor Ort durchführen können. Diesen Service bieten wir speziell für Ärzte und Psychotherapeuten an, die die technischen Voraussetzungen noch nicht erfüllt haben.

Wie funktioniert das?

1. Sie erstellen und speichern Ihre Abrechnungsdatei wie bisher auf Diskette, CD-ROM oder USB-Stick.
2. An dem von Ihnen ausgewählten Abgabetag kommen Sie nach vorheriger Anmeldung in eine unserer Bezirksstellen und melden sich am Empfang. Folgendes sollten Sie dabei haben:
 - die Diskette, CD-ROM oder den USB-Stick mit Ihrer Abrechnungsdatei
 - Ihre KVB-Benutzerkennung (Benutzername und Kennwort)
 - Ihre KV-Ident Karte, falls Sie diese bereits beantragt haben
3. Ein Berater unterstützt Sie Schritt für Schritt bei Ihrer Online-Abrechnung.

Termine für das Abrechnungsquartal 1/2011

Sie finden die Termine zur Nutzung dieses Dienstes für die einzelnen Bezirksstellen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Online-Abrechnung/Unterstützung*.

Telefonische Unterstützung

Wenn Sie die technischen Voraussetzungen schon erfüllen, sich aber bei der ersten Durchführung noch nicht sicher fühlen, begleiten wir Sie auch gerne telefonisch Schritt für Schritt bei Ihrer Einreichung.

Weitere Informationen

Informationen rund um das Thema Online-Abrechnung finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Online-Abrechnung*.

Unsere Mitarbeiter am Servicetelefon „Online-Dienste“ helfen gerne weiter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 55*

Änderungen des EBM zum 1. Januar 2011 und 1. April 2011

Kurzfristig mit Wirkung zum 1. Januar 2011 und mit Wirkung zum 1. April 2011 hat der Bewertungsausschuss noch Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes beschlossen. Ebenfalls mit Wirkung zum 1. Januar 2011 wurden durch Beschluss der Partner der Bundesmantelverträge beziehungsweise der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen der Bundesmantelvertrag Ärzte und der Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen geändert. Die Beschlüsse stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Die wichtigsten Änderungen haben wir Ihnen nachfolgend zusammengestellt. Die Beschlüsse mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) und im Deutschen Ärzteblatt, Heft 51-52 vom 27. Dezember 2010 und Heft 3 vom 21. Januar 2011, veröffentlicht.

Änderungen ab 1. Januar 2011

GOP 01435 – Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale auch über den 31. Dezember 2010 hinaus berechnungsfähig

Die Befristung der Gebührenordnungsposition 01435 wurde aufgehoben. Die Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale bleibt somit auch nach dem 31. Dezember 2010 berechnungsfähig.

► *Streichung der fünften Anmerkung zur GOP 01435*

Mammographie-Screening: Anpassung der Punktzahlen wegen Absenkung des Aufschlags für organisatorischen Overhead

Die Vergütung für die Gebührenordnungspositionen des Mammographie-Screenings 01750 bis 01759 wird aufgeteilt in einen Vergütungsanteil für die ärztliche Leistung und einen Vergütungsanteil zur Finanzierung der Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung des Mammographie-Screening-Programms (so genannter „organisatorischer Overhead“). Der Anteil für den organisatorischen Overhead wurde von zehn Prozent auf 1,5 Prozent reduziert und die Punktzahlen der Gebührenordnungspositionen deshalb entsprechend abgesenkt. An dem Anteil der ärztlichen Vergütung für die Leistungen des Mammographie-Screenings ändert sich hierdurch nichts.

Weitere Änderungen nach Einführung des Abschnitts 11.4 „Indikationsbezogene molekulargenetische Stufendiagnostik“ in den EBM zum 1. Januar 2011

Fachärzte für Pathologie/Fachärzte für Neuropathologie: Zusätzlich berechnungsfähige Leistungen

■ **GOPen 11430 und 11431**

Zum 1. Januar 2011 wurde in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab der Abschnitt 11.4 in das Kapitel 11 (Humangenetische Gebührenordnungspositionen) aufgenommen. Fachärzte für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie können aus diesem neuen Abschnitt die Gebührenordnungspositionen 11430 und 11431 (molekulargenetische Untersuchungen bei Vorliegen von Tumormaterial bei Lynch-Syndrom (HNPCC)) berechnen.

► *Aufnahme der GOPen 11430 und 11431 in die Präambel Nr. 9 und Nr. 11 des Kapitels 19*

Voraussetzung für die Berechnung ist – bis zum Inkraftsetzen der Qualitätssicherungsvereinbarung Mole-

kulargenetik – die fakultative Weiterbildung „Molekularpathologie“ beziehungsweise die Weiterbildung zum Facharzt für Pathologie oder Facharzt für Neuropathologie nach der Musterweiterbildungsordnung 2003.

■ **GOP 32859**

Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) kann der Zuschlag 32859 zu der Gebührenordnungsposition 32820 nun auch von Pathologen berechnet werden. Die Gebührenordnungsposition 32859 wurde in die Präambel Nr. 4 des Kapitels 19 aufgenommen. Die betroffenen Pathologen wurden von uns bereits gesondert informiert.

GOP 11500 – Höchstwert neben Gebührenordnungspositionen 11312, 11320, 11321 und 11322 gilt im Behandlungsfall

Der Höchstwert der Gebührenordnungspositionen 11312, 11320, 11321 und 11322 neben der Gebührenordnungsposition 11500 bezieht sich auf den Behandlungsfall. Dieses hat der Bewertungsausschuss durch eine entsprechende Ergänzung der dritten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 11500 noch kurzfristig vor ihrem Inkrafttreten klargestellt.

GOP 32020 – Kennnummer für Ausnahmeindikation Labor auch bei Leistungen des Abschnitts 11.4 möglich

Arztfälle, in denen bei genetisch bedingten Erkrankungen oder Verdacht auf diese Erkrankungen molekulargenetische Untersuchungen nach Abschnitt 11.4 durchgeführt werden, können mit der Kennnummer 32020 als Ausnahmeindikation für die Berechnung des Laborbudgets gekennzeichnet werden.

Überweisung zu Leistungen nach Abschnitt 11.4 auf Muster 10

Werden bei einem anderen Arzt ausschließlich molekulargenetische Analysen nach dem neuen Abschnitt 11.4 (Gebührenordnungspositionen 11330 bis 11500) angefordert, so können diese nur als Auftragsleistungen mittels Muster 10 (Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung) überwiesen werden.

Arztpraxen, die auf Überweisung molekulargenetische Analysen als kurativ-ambulante Auftragsleistungen des Abschnitts 11.4 durchführen, sind verpflichtet, dem überweisenden Arzt nach Abschluss der Untersuchung die Gebührenordnungspositionen und die Höhe der Kosten mitzuteilen.

► *Ergänzung der Paragraphen 27 und 28 Bundesmantelvertrag Ärzte/ Ersatzkassen beziehungsweise Paragraphen 24 und 25 Bundesmantelvertrag Ärzte*

Hinweis:

Soweit bereits veranlasste Analysen des Abschnitts 11.4 von Ihnen bislang auf einem Überweisungsschein nach Muster 6 abgerechnet wurden, werden wir diese Abrechnungsweise für das 1. Quartal 2011 akzeptieren.

Änderungen ab 1. April 2011

Verordnung SAPV: neue Gebührenordnungspositionen ersetzen bisherige Kostenpauschalen

Für die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wurden eigene Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen. Die neuen Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 ersetzen die bisherigen Kostenpauschalen 40860 und 40862. Letztere können ab dem

1. April 2011 nicht mehr abgerechnet werden.

Alt: Kostenpauschale 40860

Neu: GOP 01425

Erstverordnung der SAPV gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Paragraph 37 b SGB V

EBM-Bewertung: **715 Punkte**

Preis Bayerische Euro-Gebührenordnung: **25,06 Euro**

Alt: Kostenpauschale 40862

Neu: GOP 01426

Folgeverordnung zur Fortführung der SAPV gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Paragraph 37 b SGB V

EBM-Bewertung: **430 Punkte**

Preis Bayerische Euro-Gebührenordnung: **15,07 Euro**

Pauschalen sind berechnungsfähig von

- Hausärzten
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzten für Anästhesiologie
- Fachärzten für Chirurgie, Kinderchirurgie und Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie
- Fachärzten für Gynäkologie
- Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärztlich tätigen Internisten
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzten für Neurochirurgie

- Fachärzten für Orthopädie, Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzten für Strahlentherapie
- Fachärzten für Urologie

Bei einer durchgängigen palliativmedizinischen Behandlung eines Patienten über mehrere Quartale hinweg kann die GOP 01425 für die Erstverordnung im gesamten Behandlungszeitraum insgesamt nur einmal abgerechnet werden, auch wenn ein neues Quartal begonnen hat. Für notwendige Folgeverordnungen kann die GOP 01426 maximal zweimal im Behandlungsfall berechnet werden. Eine erneute Erstverordnung kann jedoch dann ausgestellt werden, wenn die palliativmedizinische Behandlung des Patienten unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Behandlungsbedürftigkeit festgestellt wird.

GOP 11334 – Änderung der Bewertung

Die Bewertung der Gebührenordnungsposition 11334 „Hämochromatose“ wurde von 1.710 Punkten (Preis BÉGO: 59,93 Euro) auf 1.455 Punkte (Preis BÉGO: 50,99 Euro) abgesenkt.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 2/2011

Nach den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner aktuellen Fassung gelten für die psychotherapeutischen Fachgruppen weiterhin die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 2/2011 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	31.700
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	30.940
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.360
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	31.840

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

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

Zuzahlungsbefreiung Praxisgebühr

Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten. Die Belastungsgrenze beträgt ein beziehungsweise zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (Paragraph 62 Absatz 1 SGB V). Das Erreichen der Belastungsgrenze stellt die Krankenkasse fest und stellt dem Patienten hierüber eine Bescheinigung aus. Legt der Patient die Befreiungsbescheinigung in Ihrer Praxis vor, dürfen Sie keine Praxisgebühr erheben.

Die Befreiungsbescheinigung gilt sowohl für die normale Behandlung als auch im Bereitschaftsdienst. In diesen Fällen tragen Sie in die Abrechnung bitte die Gebührenordnungsposition 80032 ein. Nur so ist gewährleistet, dass Ihnen für diesen Patienten keine Praxisgebühr abgezogen wird.

Weitere Informationen zur Praxisgebühr finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/ Abgabe-Erstellung/Praxisgebühr*.

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

Änderung der LKK-Diabetesvereinbarung

Korrektur: In den KVB INFOS, Ausgabe 1-2/2011, ist uns leider ein inhaltlicher Fehler unterlaufen. Dort hieß es: *Ab 1. Januar 2011 können Sie als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt gleichzeitig an der Diabetesvereinbarung mit der LKK und am Programm „diabetologisch qualifizierter Hausarzt“ teilnehmen.*

Richtig muss es heißen:

Ab dem 1. Januar 2011 ist die Teilnahme als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt an der Diabetesvereinbarung mit der LKK neben der Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Hausarzt möglich.

Voraussetzung dafür ist, dass Sie als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2 teilnehmen sowie koordinierender Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 2 sind. In jedem Fall sind die entsprechenden Genehmigungen dafür erforderlich. Die dazugehörigen Anträge sind im Internet unter www.kvb.de/dmp eingestellt. Wenn Sie neben Ihrer Teilnahme als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt an der Diabetesvereinbarung mit der LKK an dieser auch als diabetologisch qualifizierter Hausarzt teilnehmen, kann für die Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 die Abrechnungsnummer 97155 angesetzt werden. Falls im Behandlungsfall eine der möglichen Schnittstellen gemäß der vertraglichen Leistungsbeschreibung der Betreuungspauschalen in der Diabetesvereinbarung erfüllt ist, kann daneben auch die entsprechende Betreuungspauschale angesetzt werden (zum Beispiel 97310 neben 97155).

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

Genehmigung psychosomatische Grundversorgung

Wer als Arzt in der vertragsärztlichen Versorgung die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110 EBM erbringen und abrechnen will, muss gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen nach den Psychotherapie-Vereinbarungen (Anlage 1 zu den Bundesmantelverträgen) nachweisen. Leider kommt es immer wieder vor, dass die uns vorgelegten Nachweise diese Voraussetzungen nicht einhalten.

Die Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung setzt gemäß Paragraph 5 Absatz 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen im Einzelnen voraus:

- Den Nachweis einer mindestens dreijährigen Erfahrung in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit und
- die Vorlage von Weiterbildungszeugnissen, nach denen Kenntnisse in einer psychosomatisch orientierten Krankheitslehre, reflektierte Erfahrungen über die Psychodynamik und therapeutische Relevanz der Arzt-Patient-Beziehung und Erfahrungen in verbalen Interventionstechniken als Behandlungsmaßnahme erworben wurden. Aus Zeugnissen und Bescheinigungen muss hervorgehen, dass entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in einem Umfang von insgesamt mindestens 80 Stunden erworben wurden. Im Rahmen dieser Gesamtdauer müssen gesondert belegt werden:

1. Theorieseminare von mindestens 20-stündiger Dauer, in denen Kenntnisse zur Theorie der Arzt-Patient-Beziehung, Kenntnisse und Erfahrungen in psychosomatischer Krankheitslehre und

der Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neurosen und Psychosen und Kenntnisse zur Krankheit und Familiendynamik, Interaktion in Gruppen, Krankheitsbewältigung (Coping) und Differentialindikation von Psychotherapieverfahren erworben wurden.

2. Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30-stündiger Dauer (das heißt bei Balintgruppen: mindestens 15 Doppelstunden) in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr.
3. Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken von mindestens 30-stündiger Dauer. Die Kenntnisse und Erfahrungen müssen in anerkannten Weiterbildungsangeboten und die Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung bei anerkannten Balintgruppenleitern beziehungsweise anerkannten Supervisoren erworben worden sein.

Die Kenntnisse nach den Ziffern 1 bis 3 können zum Teil im Rahmen der Kursweiterbildung Allgemeinmedizin der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) bei von dieser anerkannten Lehrtherapeuten erworben werden, beziehungsweise die Genehmigungsvoraussetzungen für die Erbringung der psychosomatischen Grundversorgung sind durch den Inhalt der Weiterbildung abgedeckt.

Bei der unter Ziffer 2 geforderten Balintgruppenarbeit ist zu beachten, dass sie **kontinuierlich in regelmäßigen Abständen** (das heißt mindestens einmal im Monat) **über mindestens ein**

halbes Jahr bis maximal 18 Monate erfolgen muss. Kontinuität ist nur dann gegeben, wenn mindestens sechs Treffen stattgefunden haben. Blockveranstaltungen erfüllen diese Anforderungen in der Regel nicht und können auch dann nicht akzeptiert werden, wenn der Kurs von einem anerkannten Lehrtherapeuten geleitet wird.

Diese Voraussetzungen werden jedem von der BLÄK anerkannten Balintgruppenleiter schriftlich mitgeteilt, ebenso allen Ärzten, die sich in der Weiterbildung zum Allgemeinarzt befinden.

Gleichwohl tauchen in jüngster Zeit wieder Nachweise auf, die diesen Anforderungen nicht genügen, weil insbesondere die Balintgruppenarbeit verblockt angeboten wird. Diese Nachweise können leider nicht anerkannt werden.

Wir bitten deshalb die an der Weiterbildung zur psychosomatischen Grundversorgung interessierten Ärzte, auf diese Vorgaben zu achten und sich im Zweifel an die KVB zu wenden. Die Kontaktdaten finden Sie grundsätzlich auf der letzten Seite jeder PROFUND-Ausgabe oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung*.

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

Wiederholungsschulungen in den DMP Diabetes und Diabetesvereinbarungen

Bisher gab es bei Patienten mit Diabetes mellitus im Rahmen der DMP Diabetes beziehungsweise der Diabetesvereinbarungen keine Möglichkeit, eine bereits durchgeführte Schulung aufzufrischen. Dies hat sich mit Einführung der neuen Diabetesvereinbarung zum 1. Januar 2011 geändert: Wiederholungsschulungen können nun unter bestimmten Voraussetzungen bei allen Kassen außer der AOK durchgeführt werden. Diese Regelung betrifft auch Hausärzte, die an der Diabetesvereinbarung teilnehmen, aber keine Diabetologische Schwerpunktpraxis sind.

Mindestens eine der folgenden Voraussetzungen muss für die Abrechenbarkeit von Wiederholungsschulungen erfüllt sein:

- Neuauftreten einer der folgenden Begleit- und Folgeerkrankungen: Mikroangiopathie, Makroangiopathie/pAVK, Polyneuropathie, Diabetisches Fußsyndrom, Diabetische Nephropathie, Fettstoffwechselstörung, Amputation
- ein für die Diabetesbehandlung relevanter Berufswechsel des Patienten (zum Beispiel Neuaufnahme Schichtarbeit)
- Vorliegen offensichtlicher Wissensdefizite des Patienten, die nur in einer Schulung behoben werden können
- ein HbA1c-Wert, der in zwei aufeinander folgenden Quartalen höher als 7,5 Prozent liegt oder ein HbA1c-Wert, der in mindestens einem Quartal höher als 8,5 Prozent liegt
- bei Kindern und Jugendlichen: Wenn die Wiederholungsschulung durch eine Veränderung, zum Bei-

spiel durch den Reifeprozess oder einen Betreuerwechsel, medizinisch sinnvoll und notwendig ist

Der Arzt ist verpflichtet, die individuelle Begründung für eine Wiederholungsschulung gemäß der obigen Voraussetzungen zu dokumentieren sowie der KVB auf Verlangen hierüber Auskunft zu geben.

Es gibt Schulungen, die sowohl im DMP-Plattformvertrag als auch in den Diabetesvereinbarungen enthalten sind. Um die Vergütung sicherzustellen, ist die Wahl der korrekten Abrechnungsnummer wichtig.

So wählen Sie für Schulungen die korrekte Abrechnungsnummer:

- a) Ersts Schulung eines DMP-Patienten:
 - Ist das Schulungsprogramm Bestandteil des DMP-Plattformvertrags: Abrechnungsnummer aus dem DMP-Plattformvertrag ansetzen.
 - Ist das Schulungsprogramm nicht Bestandteil des DMP-Plattformvertrags: Abrechnungsnummer aus der DV ansetzen.
- b) Wiederholungsschulung eines DMP-Patienten:
 - Patient von BKK, BKN, IKK, vdek: Abrechnungsnummer aus der DV ansetzen
 - AOK-Patient: nicht abrechenbar
- c) Erst- oder Wiederholungsschulung eines Nicht-DMP-Patienten:
 - Patient von BKK, BKN, IKK, LKK, vdek: Abrechnungsnummer aus der DV ansetzen
 - AOK-Patient: nicht abrechenbar

Eine Übersicht aller Abrechnungsnummern für Schulungen sowie weitere Informationen zu den Schulungsmöglichkeiten finden Sie in der seit 1. Ja-

nuar 2011 gültigen Vergütungsübersicht unter www.kvb.de/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

Abrechnung von Besuchen in sozialen Gemeinschaften

Da wir festgestellt haben, dass bezüglich der Abrechnungsvoraussetzungen der Gebührenordnungsposition (GOP) 01415 EBM Unklarheiten bestehen, stellen wir im Folgenden dar, worauf Sie bei einem dringenden Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen, Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal besonders achten müssen.

Erbringen Sie im Rahmen einer Besuchstätigkeit in einer sozialen Gemeinschaft bei mehreren Patienten dringende Besuche, können Sie die GOP 01415 EBM nur einmal ansetzen. Für jeden zweiten und weiteren (dringenden) Besuch, den Sie bei Kranken in demselben beschützenden Wohnheim beziehungsweise in derselben Einrichtung erbracht haben, ist die GOP 01413 EBM (Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen, Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal) abzurechnen.

Mit dem Begriff „soziale Gemeinschaft“ werden zum einen zusammenlebende Angehörige einer Familie beschrieben, zum anderen aber auch Gemeinschaften wie eheähnliche Lebensgemeinschaften, Wohngemeinschaften sowie Gemeinschaften in Behinderten-, Alten- und Pflegeheimen, Jugendherbergen, Erholungsheimen, Asylantenheimen, Obdachlosenheimen, in denen ein Gemeinschaftsleben gepflegt wird.

Zum Gemeinschaftsleben gehören zum Beispiel die regelmäßige gemeinsame Einnahme aller oder fast aller Mahlzeiten, die gemeinsame Nutzung von Bädern und sonstiger sanitärer Anlagen, der Telefone und anderer Kommunikationsmittel (zum Beispiel in einem Fernsehzimmer). Hierbei ist es nicht relevant, ob die Mitglieder der

sozialen Gemeinschaft in demselben Gebäudeteil untergebracht sind oder zum Beispiel auf einem Anstaltsgebäude in verschiedenen Gebäuden wohnen.

Leben Patienten dagegen in einem Heim in Wohnungen mit zum Beispiel eigener Küche, weitgehend selbstständiger Essensversorgung, eigener Türklingel und eigenem Briefkasten, besteht keine „soziale Gemeinschaft“, sodass in jedem Fall eines dringenden Besuchs die GOP 01415 EBM abgerechnet werden kann.

Um im Fall von Nachfragen und Prüfungen die Richtigkeit der Abrechnung der GOP 01415 EBM nachvollziehbar darstellen zu können, empfehlen wir Ihnen, den Zeitpunkt der Besuchsbestellung, die Dringlichkeit des Besuchs, den Befund und die veranlasste Therapie sowie die Information, dass es sich um den Erstbesuch in einer sozialen Gemeinschaft beziehungsweise um einen dringenden Besuch in einem Heim mit eigenständigen Wohneinheiten handelt, in den in Ihrer Praxis verbleibenden Patientenunterlagen festzuhalten.

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

Nachweise Ringversuchsteilnahme

Nach dem Bundesmantelvertrag sind Nachweise über die erfolgreiche Teilnahme an einem Ringversuch elektronisch an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln. Die Voraussetzungen für die EDV-technische Umsetzung der elektronischen Dokumentation werden zur Zeit von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschaffen. Vorgesehen ist die Integration der erforderlichen Daten in Ihre Praxissoftware, sodass die Übermittlung als modifizierter KVDF-Datensatz an die KVB erfolgen kann. Die technische Umsetzung ist ab dem Quartal 2/2011 möglich. Bis dahin verzichten wir auf eine Überprüfung. **Reichen Sie für das Quartal 1/2011 also bitte keine Ringversuchsnachweise in Papierform ein!** Sobald Näheres zur elektronischen Umsetzung vorliegt, informieren wir Sie.

Hintergrund:

Seit dem 1. Januar 2011 gilt die Neuregelung in Paragraph 25 Absatz 7 des Bundesmantelvertrages Ärzte/Paragraph 28 Absatz 7 Bundesmantelvertrags Ärzte/Ersatzkassen (veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 42 vom 22. Oktober 2010). Gemäß dieser Vorschrift müssen alle Ärzte, die Laborleistungen erbringen, ab 1. Januar 2011 für die in Teil B1 der Richtlinie der Bundesärztekammer genannten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen quartalsweise einen Nachweis über ihre erfolgreiche Teilnahme an einem Ringversuch vorlegen. Der Nachweis ist je Betriebsstätte zusammen mit den Abrechnungsunterlagen in elektronischer Form an uns zu übermitteln. Sind Sie an mehreren Betriebsstätten tätig, benötigen Sie pro Betriebsstätte einen Nachweis.

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

Krebsfrüherkennung bei Männern

Die Dokumentation für die Gesundheitsuntersuchung und die Krebsfrüherkennung bei Männern kann zukünftig auch in elektronischer Form erfolgen. Die papiergebundenen Muster 30 beziehungsweise Muster 40 müssen in diesem Fall nicht mehr ausgefüllt werden. Die Möglichkeit der elektronischen Dokumentation tritt voraussichtlich im März 2011 in Kraft. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Anbieter der PVS-Systeme bereits informiert, damit die elektronische Dokumentation möglichst rasch in die Praxissoftware aufgenommen wird.

Hintergrund:

Die Vorgaben zur papiergebundenen Dokumentation sind in der Krebsfrüherkennungsrichtlinie beziehungsweise der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie enthalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Dezember 2010 beschlossen, diese Richtlinien um die elektronische Dokumentation zu ergänzen. Damit will der Gemeinsame Bundesausschuss eine einfachere Dokumentation ermöglichen. Das Inkrafttreten der Richtlinien erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger (voraussichtlich im März 2011). Der Beschluss und die tragenden Gründe zu diesem Beschluss sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

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

Änderung der Richtlinien über künstliche Befruchtung

Die Voraussetzung, dass beide Ehegatten zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung HIV-negativ sind, wurde aufgehoben. Damit haben künftig auch Ehepaare, bei denen einer oder beide Partner HIV-positiv sind, die Möglichkeit, die künstliche Befruchtung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. In den Richtlinien über künstliche Befruchtung wurde die Nr. 6 unter Leistungsvoraussetzungen entsprechend geändert. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses war im Deutschen Ärzteblatt, Heft 51-52 vom 27. Dezember 2010, veröffentlicht.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

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

Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung

Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Verordnung von Arzneimitteln erforderlich, ist das Krankenhaus verpflichtet, Therapieempfehlungen mit Wirkstoffbezeichnungen mitzuteilen. Stehen preisgünstigere Arzneimittel mit vergleichbarer Wirkung zur Verfügung, ist vom Krankenhaus mindestens ein preisgünstigerer Therapieempfehlung anzugeben.

Bitte prüfen Sie die Verordnungsempfehlung des Krankenhauses kritisch und erwägen Sie preisgünstigere Alternativen. Nehmen Sie bitte auch mit Ihren Kollegen im Krankenhaus Kontakt auf, wenn Ihnen Angaben fehlen.

Wenn Sie beobachten, dass sich bestimmte Krankenhäuser wiederholt nicht an den vom Gesetzgeber vorgegebenen Inhalt der Therapieempfehlungen halten, melden Sie dies bitte dem Pharmakotherapieberater in Ihrer KVB-Bezirksstelle.

Wir werden auch in Zukunft über die Landesverbände der Krankenkassen auf die Krankenhäuser einwirken, damit diese die Vorgaben für die Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach einer Krankenhausbehandlung einhalten.

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

Hilfsmittel wirtschaftlich verordnen

Für die Verordnung von Hilfsmitteln gilt – ebenso wie bei Arzneimitteln – das Wirtschaftlichkeitsgebot. Nur solche Leistungen sind wirtschaftlich, die „den Regeln der ärztlichen Kunst“ und „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ entsprechen.

Bitte stellen Sie nur eine Verordnung aus, wenn Sie sich von dem Zustand Ihres Patienten überzeugt und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informiert haben oder wenn Ihnen diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind.

Wichtig ist dabei, dass Sie Art und Umfang der Verordnung in Ihren Behandlungsunterlagen dokumentieren. Die Verordnung von Hilfsmitteln kommt in Betracht:

- um eine Erkrankung zu behandeln, wenn diese schon eingetreten ist
- um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen
- um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken
- um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern

Die Verordnung von Hilfsmitteln zu Lasten der GKV ist unzulässig, wenn die Hilfsmittel der Pflegeerleichterung dienen. Vergewissern Sie sich bitte, ob das abgegebene Hilfsmittel Ihrer Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde.

Bitte überzeugen Sie sich vor einer Wiederverordnung von Hilfsmitteln, ob die Gebrauchsfähigkeit der bisher

verwendeten Mittel durch Änderung oder Instandsetzung erhalten werden kann. Eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln verordnen Sie bitte nur dann, wenn dies aus hygienischen Gründen notwendig oder auf Grund der besonderen Beanspruchung durch den Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Als Mehrfachausstattung sind funktionsgleiche Mittel anzusehen.

Bitte stellen Sie keine Verordnung von Maßanfertigungen aus, wenn die Versorgung mit Fertigartikeln (Konfektion oder Maßkonfektion) denselben Zweck erfüllt. Verordnungen von Hilfsmitteln sind grundsätzlich von den Krankenkassen zu genehmigen (Regionalkassen: ab zirka 180,- Euro, Ersatzkassen: ab zirka 300,- Euro). Diese Genehmigung kann bei Hilfsmitteln, für die eine Preisvereinbarung besteht, entfallen.

Folgende formale Kriterien sind zu beachten:

- Hilfsmittel können nur zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden, wenn sie von der Leistungspflicht der GKV erfasst und im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind.
- Bitte geben Sie unter Nennung der Diagnose und des Datums insbesondere an:
 - Anzahl der Hilfsmittel
 - Bezeichnung der Hilfsmittel nach Maßgabe der Arztiinformation (in der Regel Produktart oder entsprechende siebenstellige Positionsnummer)
 - Art der Herstellung
- Bitte geben Sie gegebenenfalls gesondert an: Hinweise zum Beispiel zur Zweckbestimmung, zu Material, Abmessungen, die eine funktionsgerech-

te Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Lieferanten gewährleisten

- Verordnen Sie Hilfsmittel bitte getrennt von Arznei- und Verbandmitteln.
- Achten Sie unbedingt auf den Eintrag der Ziffer 7 in Feld 7 (= Hilfsmittel), damit die Kosten für Hilfsmittel nicht in die Arzneikostenstatistik eingehen.

Unser Service für Sie

Seit dem 1. Juli 2010 bieten wir Ihnen das Hilfsmittel-Infoportal HiM INFO. Damit erhalten Sie einen schnellen Zugriff auf alle Inhalte des GKV-Hilfsmittelverzeichnisses. Sie finden HiM INFO unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Hilfsmittel*. Weitere Informationen zu diesem kostenlosen Online-Service lesen Sie in der PROFUND-Ausgabe 7-8/2010 auf Seite 26.

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

Arzneimittelsicherheit

Die Gabe einiger Arzneimittel ist gerade bei älteren Patienten mit einem erhöhten Risiko unerwünschter Arzneimittelereignisse verbunden. Bitte prüfen Sie daher besonders sorgfältig, ob die Anwendung für den Patienten mehr Vorteile als Nachteile hat.

Eine Liste von Arzneimitteln, bei denen eine besondere Abwägung von Nutzen und Risiko erforderlich ist, finden Sie zum Beispiel im Internet unter www.priscus.net. Verantwortlich für den Inhalt dieser Seite ist Professor Hans-Joachim Trampisch, Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum.

Zum Thema Arzneimittelsicherheit finden Sie auf den Internetseiten der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) weitere Veröffentlichungen:

Dear Doctor Letter

In so genannten „Dear Doctor Letters“ informieren pharmazeutische Unternehmen die Fachkreise über neue Erkenntnisse zur Sicherheit von Arzneimitteln.

Polypharmazie

Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Berlin, hat auf der Fachtagung Polypharmazie und Priscus-Liste, die am 18. November 2010 in Berlin stattfand, Bewertungen und Lösungsansätze zur Problematik der Polypharmazie vorgestellt. Die gleichzeitige Gabe verschiedener Wirkstoffe bei mehrfach erkrankten Patienten kann ein Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Wechselwirkungen darstellen.

Rote-Hand-Briefe

In den Rote-Hand-Briefen informieren pharmazeutische Unternehmen die Fachkreise über neu erkannte, bedeutende Arzneimittelrisiken und über Maßnahmen zu ihrer Minderung.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Wenn Sie selbst unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei einem Ihrer Patienten beobachten, die bislang nicht bekannt sind, sollten Sie diese melden. Dies können Sie beispielsweise bei der AkdÄ tun.

Unser Service für Sie

Unter www.kvb.de sind in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* die Informationen der AkdÄ im Kasten „Publikationen“ verlinkt. Unabhängig davon empfehlen wir Ihnen die persönliche Registrierung für die Newsletter der AkdÄ unter www.akdae.de in der Rubrik *Service/Newsletter*.

Beteiligen Sie sich auch an der Aktion „Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland“. Informationen hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimitteltherapiesicherheit*.

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

Rezeptdiebstahl und -manipulationen vorbeugen

Praxen melden uns immer wieder Diebstähle von Rezeptformularen sowie Betrugsfälle oder Manipulationen zur Erlangung verschreibungspflichtiger Arzneimittel.

Um Rezeptdiebstähle und -manipulationen möglichst auszuschließen, beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- Verwahren Sie die Formulare an einem sicheren Ort.
- Unterzeichnen Sie Rezepte niemals blanko und lassen Sie unterschriebene Rezepte nie unbeaufsichtigt.
- Rezeptvordrucke sollten für Unbefugte unzugänglich aufbewahrt werden, vor allem, wenn Sie mehrere Behandlungszimmer nutzen und Patienten dort auf die Behandlung warten.
- Verordnungen sollten ausgedruckt beziehungsweise sorgfältig und leserlich ausgeschrieben werden, um Verwechslungen von Medikamenten oder Dosierungen zu vermeiden.
- Rezepte sollten unmittelbar unter der letzten Verordnung unterschrieben oder der Leerraum zwischen der letzten Verordnung und der Unterschrift entwertet werden, damit durch Unbefugte keine weiteren Arzneverordnungen hinzugefügt werden können.
- Änderungen und Ergänzungen auf Rezeptvordrucken bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.
- Bei Verdacht auf Missbrauch oder Abhängigkeit sollten Sie sich nach dem Hausarzt oder mitbehandelnden Fachärzten erkundigen.

Arbeitsschutzbetreuung: Neue Vorschriften

Sollten Sie einen Diebstahl oder die Manipulation an Kassenrezepten feststellen, empfehlen wir Ihnen, umgehend folgende Stellen zu informieren:

- Kriminalpolizei
- Haftpflichtversicherung
- Kassenärztliche Vereinigung
- gegebenenfalls Apotheken vor Ort
- gegebenenfalls Ihre Kollegen im Umkreis

Falls Betäubungsmittelrezepte gestohlen wurden, ist zusätzlich die Bundesopiumstelle schriftlich zu informieren.

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

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) und die Berufsgenossenschaften haben die bisherigen Vorschriften zur Arbeitsschutzbetreuung, Einsatzzeiten und Aufgaben für Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte in der „DGUV Vorschrift 2“ zusammengeführt. Die bisherige „BGV A2“ tritt damit außer Kraft. Veränderungen ergeben sich insbesondere für Betriebe mit mehr als zehn Beschäftigten. Für kleine Praxen ändert sich nichts. Betriebe mit bis zu 50 Mitarbeitern, die sich für die alternative Betreuung entscheiden, bleiben unberührt.

Nachfolgend die wichtigsten Änderungen im Überblick:

- Die Regelbetreuung besteht künftig aus zwei Bausteinen, die grund- und betriebsspezifische Betreuung.
- Jeder Betrieb wird einer Betreuungsgruppe entsprechend der Betriebsart und Gefährdungssituation zugeteilt. Arztpraxen fallen in die Gruppe III (geringe Gefährdung gemäß Anlage 2 der DGUV Vorschrift 2).
- Für den Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit müssen künftig konkrete Aufgaben festgelegt werden.
- Die Einsatzzeiten werden gemeinsam mit dem Betriebsarzt und der Fachkraft für Arbeitssicherheit festgelegt, die bisherige Staffelung entfällt.

Konsequenzen für die Praxen

Seit dem 1. Januar 2011 stellt die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) die neue DGUV Vorschrift 2 zur Verfügung. Die BGW empfiehlt ein Gespräch mit dem Betriebsarzt und der Fachkraft für Arbeitssicherheit. Dabei

sollten die Verträge geprüft und der neuen Vorschrift angepasst werden. Ist bisher nur die Zeit der Betreuung im Vertrag festgeschrieben, müssen nun ebenfalls die Leistungen Berücksichtigung finden.

Für weitere Informationen hat die BGW eine **Service-Hotline** unter 08 00 / 20 03 03 30 eingerichtet. Anrufe aus dem deutschen Festnetz sind kostenlos, bei Anrufen aus Mobilfunknetzen können eventuell Kosten entstehen.

Neue Gefahrstoffverordnung

Die neue Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) ist zum 1. Dezember 2010 in Kraft getreten und berücksichtigt insbesondere zwei neue europäische Verordnungen im Bereich Chemikalien. Für Stoffgemische wie zum Beispiel Reinigungs- und Desinfektionsmittel gilt eine Übergangszeit bis zum 1. Juni 2015. Die Änderungen für die Praxis bleiben überschaubar und sind im Folgenden aufgeführt:

- Kennzeichnung der Gefahrstoffe: Neue Gefahrensymbole enthalten künftig ein Symbol auf weißem Hintergrund mit einer roten Umrandung (früher: Symbol auf orangefarbenem Hintergrund).
- Neue Gefahren- und Sicherheitshinweise: Die alten R-Sätze (Gefahrenhinweise) werden durch neue H-Sätze (Hazardous Statements) ersetzt.
- Änderung der Paragraphenzuordnung
- Definition der Begriffe „sachkundig“ und „fachkundig“: Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit gelten nicht mehr automatisch als sachkundig. Die Anforderungen an sachkundige Personen sind eine entsprechende Berufsausbildung, Berufserfahrung oder eine entsprechende berufliche Tätigkeit und die Teilnahme an spezifischen Fortbildungen (Paragraph 2 GefStoffV).
- Dokumentationspflicht der Gefährdungsbeurteilung: Die Inhalte der Gefährdungsbeurteilung und ihre Dokumentationspflicht werden konkretisiert. Dazu gehören unter anderem die Beurteilung der gefährlichen Eigenschaft der Stoffe und der Herstellerinformationen im Sicherheitsdatenblatt sowie die Möglichkeiten einer Substitution

des Gefahrstoffs (Paragraph 6 GefStoffV).

- Präzision des Inhalts des Gefahrstoffverzeichnisses: Bezeichnung und Einstufung des Gefahrstoffs, Angaben zu den verwendeten Mengen, Nennung der Arbeitsbereiche, in denen mit dem Gefahrstoff gearbeitet wird (Paragraph 6 GefStoffV).
- Unterweisung der Beschäftigten: Die Beschäftigten müssen anhand der Betriebsanweisungen mündlich unterwiesen werden und Zugang zu allen Informationen haben. Der Inhalt dieser Anweisungen ist in Paragraph 14 GefStoffV präzisiert.
- Die Regelungen zu den Schutzmaßnahmen unterscheiden sich nur geringfügig von der bisherigen Gefahrstoffverordnung.

Konsequenzen für die Praxen

Das in der Praxis vorliegende Gefahrstoffverzeichnis muss auf Grund der neuen Kennzeichnung der Gefahrstoffe aktualisiert werden. Das betrifft insbesondere die Betriebsanweisungen und die Sicherheitsdatenblätter. Die nach der Gefahrstoffverordnung erstellte Gefährdungsbeurteilung muss aktualisiert und ergänzt werden. Darüber hinaus können noch weitere Änderungen für Ihre Praxis zutreffen.

Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Berufsgenossenschaft unter www.bgbw-online.de oder bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin unter www.baua.de.

DMP-Patientenerklärungen als Scan aufbewahren

Diabetologische Schwerpunktpraxen, denen vom koordinierenden DMP-Arzt Patienten zur weiteren Behandlung überwiesen werden, müssen gemäß Vertrag bei bestimmten Leistungen sicherstellen, dass diese Patienten tatsächlich am DMP Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise 2 teilnehmen. Bestehen hierüber Zweifel, so muss sich der behandelnde Arzt gemäß Diabetesvereinbarung vom Versicherten schriftlich seine DMP-Teilnahme bestätigen lassen. Dies kann mit Hilfe der Vorlage „Patientenerklärung zur DMP-Teilnahme“ erfolgen, die als Anlage in den Diabetesvereinbarungen zu finden ist. Als Erleichterung für die Ärzte wurde mit den Kassen vereinbart, dass es ausreichend ist, die Patientenerklärungen in gescannter Form als Datei aufzubewahren. Die Patientenerklärungen sind mindestens bis vier Jahre nach Ende des betreffenden Leistungsquartals aufzuheben und auf Anforderung vorzulegen.

Hygiene und Infektionsprävention

Zum 1. Januar 2011 ist die bayerische Hygieneverordnung (MedHygV) in Kraft getreten. Die Verordnung verpflichtet die Inhaber und Betreiber von Einrichtungen im Gesundheitswesen (auch Arzt- und Psychotherapeutenpraxen) gesetzlich zur Beachtung und Umsetzung der allgemein anerkannten Regeln der Hygiene (Paragraph 2 MedHygV). Darunter fallen unter anderem:

- das Infektionsschutzgesetz
- das Medizinproduktegesetz und die Medizinproduktebetriebsverordnung
- das Transfusionsgesetz
- die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut
- arbeitsschutz- und berufsrechtliche Regelungen

Um die Einhaltung dieser allgemeinen Hygieneregeln gewährleisten zu können, müssen die personell-fachlichen, baulich-funktionellen und betrieblich-organisatorischen Voraussetzungen geschaffen und umgesetzt werden.

Für Praxiskliniken im Sinne von Paragraph 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V und für Einrichtungen der Dialyse ergeben sich darüber hinaus weitere personelle und organisatorische Vorgaben. Diese Einrichtungen sind verpflichtet, einen individuellen Hygieneplan zu erstellen, eine Hygienekommission einzurichten, eigenes Personal entsprechend zu schulen oder sich durch Hygienefachkräfte beraten zu lassen.

Details entnehmen Sie bitte der MedHygV im Originaltext. Die Verordnung ist unter www.verkuendung-bayern.de/gvbl/jahrgang:2010/heftnummer:21/seite:817 veröffentlicht.

Sobald uns detaillierte Hinweise vom Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit vorliegen, werden wir Sie informieren.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36
Fax 09 11 / 9 46 67 – 4 00
E-Mail QM-Beratung@kvb.de

Stichprobenprüfung Vakuumbiopsie der Brust

Am 1. Oktober 2009 trat die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust, kurz: QSV) in Kraft (siehe hierzu auch KVB INFOS 9/2010, Seite 136). Zum 1. Januar 2011 wurde diese Vereinbarung aktualisiert. Folgende Änderungen wurden beschlossen.

Erweiterung der Indikation

Neben Mikrokalk und kleinen Herdbefunden wird die Architekturstörung als zusätzliche Indikation aufgenommen. Die Architekturstörung ist mit dem Aufbau des Mammographie-Screenings stärker in den Vordergrund gerückt. Die weiteren geforderten Voraussetzungen an die Indikationsstellung (BIRADS-Kategorie 4 oder 5, sonographisch nicht sichtbar) gelten unverändert.

Kontroll-Mammographieaufnahmen

Bei der Durchführung der Vakuumbiopsie sind gemäß S3-Leitlinie Mammographieaufnahmen zur Lokalisation und Kontrolle zu erstellen. Diese Vorgaben sind in der Qualitätssicherungsvereinbarung abgebildet. Zur Darstellung wird nun der ausdrückliche Hinweis aufgenommen, dass in begründeten Einzelfällen von diesen Vorgaben abgewichen werden kann.

Mikroclips

Die Vorgaben zum Setzen von Mikroclips wurden präzisiert (zum Beispiel bei multifokal verteilten Mikroverkalkungen).

Beginn der Stichprobenprüfung

Nachdem die Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung

(Paragraph 8 Absatz 1) für die ersten zwölf Monate bereits durch die KVB überprüft wurde, steht nun der Beginn der Stichprobenprüfung an.

Paragraph 9 QSV Vakuumbiopsie der Brust regelt das Verfahren der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation. Hier ein Auszug aus Paragraph 9 dieser QSV zur so genannten Stichprobenprüfung:

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung fordert vom Arzt in zweijährigen Abständen die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von zehn abgerechneten Fällen an. Die erste Überprüfung findet innerhalb von zwölf Monaten nach Erhalt der Genehmigung statt.

(2) Die Auswahl der Fälle erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung unter Angabe des Namens der Patientin und des Datums der Durchführung der Vakuumbiopsie.

(3) Die Anforderungen an die ärztliche Dokumentation nach Paragraph 7 sind als erfüllt anzusehen, wenn

1. alle zehn Dokumentationen vollständig und
2. mindestens neun Dokumentationen nachvollziehbar sind.

Eine Dokumentation gilt als vollständig, wenn höchstens eine Einzelangabe nach Paragraph 7 Absatz 2 fehlt. Die Angabe nach Paragraph 7 Absatz 2 Nummer 10 kann auch vom Programmverantwortlichen Arzt erbracht werden. Eine Dokumentation gilt als nachvollziehbar, wenn die Indikationsstellung nach Paragraph 5 und die sachgerechte Durchführung nach Paragraph 6 plausibel aus ihr hervorgehen.

(4) Das Ergebnis der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation wird dem Arzt durch die Kassenärztliche Vereinigung möglichst innerhalb von vier Wochen nach der Prüfung mitgeteilt. Der Arzt soll über bestehende Mängel informiert und gegebenenfalls beraten werden, wie diese behoben werden können.

(5) Werden die Anforderungen nach Absatz 3 nicht erfüllt, muss der Arzt innerhalb von sechs Monaten an einer erneuten Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach den Absätzen 1 bis 3 teilnehmen. Werden die Anforderungen auch dann nicht erfüllt, hat der Arzt die Möglichkeit, innerhalb von sechs Wochen an einem Kolloquium bei der Kassenärztlichen Vereinigung teilzunehmen. Hat der Arzt an dem Kolloquium nicht teilgenommen oder war die Teilnahme an dem Kolloquium nicht erfolgreich, ist die Genehmigung zu widerrufen.

(6) Der Antrag auf Wiedererteilung der Genehmigung kann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Widerruf der Genehmigung gestellt werden.

(7) Darüber hinaus ist der Arzt verpflichtet, jährlich eine Auflistung aller im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Vakuumbiopsien mit den folgenden Angaben bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen:

1. Indikation (Mikrokalk, Herdbefund, Architekturstörung)
2. abschließender histopathologischer Befund

(8) Sofern Auffälligkeiten in der Auflistung festgestellt werden, wird die Überprüfung nach den Absätzen 1 bis 6 vorgezogen. Die Auswahl der

Strukturqualität beim Ultraschall am Beispiel „SonoBaby“

Stichprobe erfolgt anhand der Auflistung nach Absatz 7.

Jeder Arzt mit einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Vakuumbiopsie der Brust wird in den nächsten Wochen eine Aufforderung erhalten, die oben beschriebenen Dokumentationen einzureichen.

Den vollständigen Text der Vereinbarung finden Sie im Internet unter www.kbv.de/rechtsquellen/24634.html. Sollten Sie keinen Internetzugriff haben, senden wir Ihnen diese selbstverständlich gerne zu.

Fragen beantwortet Ihnen unsere Expertin Bettina Haberaecker unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 16
E-Mail Bettina.Haberaecker@kbv.de

„Gratuliere, Sie sind schwanger!“ Bei den meisten Frauen löst dieser Satz ihres Gynäkologen ausschließlich Glücksgefühle aus. Doch neben der Vorfreude kommt bei vielen Schwangeren schnell auch die bange Frage auf, ob ihr Kind gesund sein wird. Nur professionell durchgeführte Ultraschalluntersuchungen auf fachlich und technisch höchstem Niveau schaffen Klarheit und nehmen den werdenden Müttern die Unsicherheit. Genau an diesem Punkt setzt die Qualitätsmaßnahme SonoBaby an, die von der KVB Mitte 2008 eingeführt wurde. SonoBaby besteht aus den Bausteinen Fachwissenprüfung, Mindestgerätequalität und regelmäßige Gerätewartung. Insbesondere die verpflichtend geforderte regelmäßige Wartung des kompletten Ultraschallsystems ist im deutschen Gesundheitssystem einmalig. Neben der Prüfung „Hygiene“, der elektrischen Betriebssicherheit und der Prüfung des Betrachtungsmonitors bezieht die Wartung darüber hinaus die Sondenprüfung mit Hilfe eines Prüfphantoms mit ein. Wie beim TÜV für Kraftfahrzeuge werden auch bei dieser Geräteprüfung fehlerhafte Apparate und Sonden zur Reparatur angewiesen oder aussortiert. Die Zahlen aus den letzten zweieinhalb Jahren zeigen eindeutig, wie wichtig eine regelmäßige Geräteprüfung ist: Fünf Prozent der untersuchten Ultraschallsysteme und sogar jede zehnte überprüfte Sonde waren fehlerhaft.

Damit auch in weiteren Anwendungsgebieten noch bessere Voraussetzungen für qualitativ hochwertige Ultraschalluntersuchungen geschaffen werden, hat die KVB im Jahr 2010 ähnliche Qualitätsmaßnahmen im Bereich Frühdiagnostik Rheuma und im Bereich Nasennebenhöhlen eingeführt. Hiermit ist auch eine Zusatzvergütung für die teilnehmenden Ärzte verbunden.

Um die Teilnahme an diesen Qualitätsmaßnahmen für die Ärzteschaft noch attraktiver zu gestalten und die flächendeckende, regelmäßige Wartung der Ultraschallsysteme voranzutreiben, erkennt die KVB die im Rahmen dieser Qualitätsmaßnahmen durchgeführte Wartung statt der gesetzlich geforderten Bild- beziehungsweise Konstanzprüfung an. Darüber hinaus hat die KVB angeregt, auf Bundesebene zu prüfen, inwieweit eine nach festgelegten Inhalten regelmäßig durchgeführte Wartung perspektivisch für alle sonographischen Anwendungsbereiche die gesetzlich geforderte Bild- beziehungsweise Konstanzprüfung ersetzen kann. Diese Verfahrensänderung kann zu einer wesentlichen Entbürokratisierung beitragen.

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@kbv.de

QEP® 2010 – was ist neu?

Vor fünf Jahren haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit Ärzten, Psychotherapeuten, Medizinischen Fachangestellten und QM-Experten speziell für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten das modulare Qualitätsmanagementkonzept QEP® (Qualität und Entwicklung in Praxen) entwickelt. Dieses System unterstützt Niedergelassene mit mehreren praxisspezifischen Bausteinen dabei, ihr einrichtungsinternes Qualitätsmanagement erfolgreich aufzubauen und sich, wenn gewünscht, zertifizieren zu lassen. Dass QEP® erfolgreich in der ambulanten medizinischen Versorgung umgesetzt wird, verdeutlichen über 30.000 Teilnehmer an QEP®-Einführungseminaren und bald 400 zertifizierte Praxen bundesweit. Auch eine Untersuchung der Stiftung Warentest 11/2009 bestätigt, dass QEP® den Praxen hilfreich ist und am ehesten die Belange der Patienten berücksichtigt.

anderen Kooperationsformen umfassende Anregungen und praktische Unterstützung bei der Implementierung eines auf deren Belange ausgelegten Qualitätsmanagementsystems.

Grundsätzlich gibt es keine gravierenden Änderungen in der neuen QEP®-Version. Vieles wurde aktualisiert, Kernziele und Nachweise klarer formuliert und Redundanzen gestrichen. Die bislang 174 Qualitätsziele sind auf 145 reduziert, die Anzahl der Kernziele (61 Kernziele) ist weitgehend gleich geblieben. Das Hauptaugenmerk bei der Einführung eines QM-Systems liegt weiterhin auf der Umsetzung der Kernziele, da diese auch die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zum praxisinternen QM beinhalten. Damit Praxen auf den ersten Blick erkennen, welche gesetzliche Vorschrift das jeweilige Kernziel abdeckt, finden die Leser direkt am beschriebenen Ziel nun einen Hinweis „QM-RiLi“ oder ein Paragraphenzeichen (§). „QM-RiLi“

Neu ist auch, dass 20 AQUIK®-Indikatoren in Kernziele integriert wurden, über die Ärzte Qualität in ihren Praxen messen können. AQUIK® steht für „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“. Eine weitere interessante und hilfreiche Änderung für die Praxen stellt die deutlichere Kennzeichnung der Arbeitgeberpflichten, wie Unterweisungspflichten oder Vorschriften der Berufsgenossenschaft, dar. Die Erläuterungen zu jedem QEP-Ziel wurden umfassender gestaltet und mit zahlreichen Internet-Links versehen.

Um Ihnen den Einstieg in die neue Version zu erleichtern, bieten wir **kostenlose Informationsveranstaltungen** an.

Termine:

8. April 2011
in der KVB-Bezirksstelle in Nürnberg

6. Mai 2011
in der KVB-Bezirksstelle in München

Dort lernen Sie Neuerungen, Übergangsregelungen und Tipps zum **QEP® 2010** kennen. Die Veranstaltungen dauern jeweils von 15.00 bis 18.00 Uhr. Jede teilnehmende Praxis bekommt in der Veranstaltung einen **kostenlosen** Qualitätszielkatalog Version 2010 ausgehändigt.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Anke Weber unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 22
E-Mail KVB-QZ@kvb.de



Qualität und Entwicklung in Praxen®

Mittlerweile wurde QEP® überarbeitet und es liegt eine aktualisierte Version 2010 vor. Der QEP®-Qualitätszielkatalog 2010 und das QEP®-Manual 2010 bieten ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und jetzt auch Berufsausübungsgemeinschaften sowie

steht für die QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und betrifft 44 Ziele, das Paragraphenzeichen steht für weitere gesetzliche Verpflichtungen, die unabhängig vom QM in Praxen eingehalten werden müssen, und betrifft insgesamt 16 Ziele.

Arztsuche: Datenveröffentlichung nur nach Einwilligung

Seit **1. März 2011** werden die Daten der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nur noch nach vorheriger schriftlicher Einwilligung in der Online-Arzsuche der KVB veröffentlicht (siehe hierzu auch PROFUND 11/2010, Seite 172). KVB-Mitglieder haben bereits im Dezember 2010 ein entsprechendes Rundschreiben inklusive einer postalisch zu versendenden Einwilligungserklärung erhalten. Über einen Editor – die neue Datenpflege-Anwendung der KVB – besteht für Ärzte und Psychotherapeuten jedoch weiterhin und jederzeit die Möglichkeit, ihre Einwilligung online einzureichen. Mit Stand 31. Januar 2011 haben rund 17.000 KVB-Mitglieder, also knapp 75 Prozent, bereits ihre Einwilligung bei der KVB abgegeben.

Der Editor

Den Editor finden Sie im Mitgliederportal „Meine KVB“ im Bereich „Online-Börsen und Praxis-Hilfen“. Nach der Anmeldung mit Ihrer persönlichen KVB-Benutzerkennung über KV-Ident oder KV-SafeNet** können Sie die Anwendung direkt starten.

Achtung: Wenn Sie mit D2D arbeiten, haben Sie weder Zugriff auf „Meine KVB“ noch auf die zahlreichen Online-Anwendungen. In diesem Fall empfehlen wir Ihnen die Anschaffung einer KV-Ident Karte. Nähere Informationen und Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-Ident*. Weitere Informationen zum neuen Editor finden Sie außerdem auf Seite 14 in dieser PROFUND-Ausgabe.

Mit der Änderung der Publikations- und Teilnahmebedingungen hat die KVB den Datenschutz deutlich verbessert. Sie können Ihre persönlichen und praxisbezogenen Daten jetzt jederzeit

selbst schnell und einfach online bearbeiten und entscheiden, welche Daten in der Arztsuche veröffentlicht werden und welche nicht. Dabei wird nach zwei Datengruppen unterschieden.

Die **Basisdaten** umfassen Name, Titel, Praxisanschrift, Telefonnummer, Fachrichtung und Schwerpunkte, Zusatzbezeichnungen, Weiterbildungen gemäß Weiterbildungsordnung (WBO), Genehmigungen, Vertragsangebote, Sprechzeiten und Leistungsart (Praxistyp, zum Beispiel Einzelpraxis). Mit Einreichen der Einwilligungserklärung werden automatisch alle Daten aus diesem Paket in der Arztsuche angezeigt.

Wer möchte, kann einzeln noch weitere **Zusatzdaten** veröffentlichen, zum Beispiel Sprachkenntnisse, LANR oder betriebsstättenbezogene Angaben wie rollstuhlgerechte Praxis, Webseite, Faxnummer, E-Mail-Adresse und Nummer der Betriebsstätte (BSNR). Ganz wichtig: Sie können jede dieser Angaben individuell freischalten. Außerdem gilt, dass personenbezogene Daten nur von Ihnen selbst, betriebsstättenbezogene Angaben aber von jedem ärztlichen Praxiskollegen editiert werden können.

LANR und BSNR in der Arztsuche

Auf Grund zahlreicher Rückfragen möchten wir Sie darauf hinweisen, dass sowohl die LANR als auch die BSNR künftig nicht mehr automatisch in der KVB-Arzsuche erscheinen. LANR und BSNR sind Sozialdaten und somit Zusatzdaten, die aktiv freigeschaltet werden müssen. Wir wissen, dass bisher viele von Ihnen die LANR/BSNR für den GKV-Geschäftsverkehr in der Arztsuche recherchiert haben. Damit diese komfortable Suchmöglichkeit für alle Kollegen weiter besteht, empfehlen wir Ihnen, insbe-

sondere diese Daten über den Editor freizuschalten.

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

Elektronische Nachrichtenübermittlung über KVB-Postfach

Viele Praxen äußern immer wieder den Wunsch, von der KVB mit weniger Post in Papierform und dafür mit gezielteren Informationen versorgt zu werden. Diesem Wunsch möchten wir nun entsprechen, und zwar mit Hilfe eines individuellen KVB-Postfachs, in dem Sie ab April 2011 Mitteilungen und Nachrichten der KVB elektronisch abrufen können.

Vorteile Ihres neuen KVB-Postfachs

- **Komfort:** Bequemer Empfang und zentrale Ablage Ihrer KVB-Mitteilungen in Ihrem persönlichen KVB-Postfach
- **Datenschutz und -sicherheit:**
 - Die Online-Übermittlung der Nachrichten entspricht durch die Anbindung über KV-SafeNet** oder KV-Ident den höchsten Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit.
 - Die Sicherheit der Abfrage vertraulicher Nachrichten lässt sich durch die Einrichtung einer Kennwortabfrage zusätzlich erhöhen.
- **Rechtssicherheit:** Auch rechtlich relevante Nachrichten, die der Schriftform bedürfen, können Dank qualifizierter elektronischer Signatur von der KVB an Sie übermittelt werden (Sie selbst benötigen hierfür keine Signatur).
- **E-Mail Benachrichtigung:** Sie haben die Möglichkeit, sich per E-Mail an eine frei wählbare E-Mail-Adresse darüber informieren zu lassen, wenn Ihr KVB-Postfach neue Nachrichten enthält.

Voraussetzungen für die Nutzung Ihres KVB-Postfachs

- DSL- oder ISDN-Anschluss
- Anbindung an die KVB über KV-SafeNet** oder KV-Ident
- Aktueller Internetbrowser
- Aktueller PDF-Reader
- Einreichung des Eröffnungsantrags

Weitere Informationen zu Ihrem individuellen KVB-Postfach finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KVB-Postfach*.

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

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit

Die Richtlinien zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit gelten uneingeschränkt auch bei Versicherten, die sich in berufsfördernden Maßnahmen der Agentur für Arbeit befinden. Wir bitten Sie, bei der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen darauf zu achten.

Die wichtigsten Grundsätze zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit, die auch für die oben genannte Versicherungsguppe zutreffen, stellen wir Ihnen hier noch einmal vor:

Die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit darf nur nach ärztlicher Untersuchung erfolgen und soll die Zeit, die vor der ersten Inanspruchnahme des Arztes liegt, grundsätzlich nicht bescheinigen. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ebenso wie eine rückwirkende Bescheinigung über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit ist nur ausnahmsweise nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig. Bitte bedenken Sie, dass die unzulässige Rückdatierung der Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit einen Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten darstellt.

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

SBK fördert Ärzte im Geriatrischen Praxisverbund

Seit 1. Januar 2011 erhalten die an einem Geriatrischen Praxisverbund (GPV) teilnehmenden Fachärzte und Psychotherapeuten eine zusätzliche Behandlungspauschale in Höhe von 17,50 Euro für jeden eigenen bei der Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) versicherten Pflegeheimpatienten. Die Behandlungspauschale ist eine freie Leistung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und unterliegt nicht der Obergrenze aus RLV und QZV. Sie ist maximal einmal im Quartal pro Patient durch den Ansatz der GOP 97960A für die von der KVB anerkannten Fachärzte und Psychotherapeuten abrechenbar.

Die GPV sind Zusammenschlüsse von mehreren niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten, die gemeinsam einen heimbezogenen Versorgungsauftrag übernehmen. Eine optimale Rundumbetreuung von Pflegeheimbewohnern durch die GPV erfolgt durch regelmäßige Visitedienste mit festen Besuchszeiten, geregelte Rufbereitschaft auch außerhalb der Sprechstundenzeiten sowie durch gegenseitige Vertretung.

Der Bedarf sowohl an medizinischer als auch pflegerischer Versorgung steigt auf Grund des demografischen Wandels stetig an. Deshalb unterstützt die KVB als Partner die SBK-Pflegetour, die von April bis Mai 2011 unter anderem auch an einigen Veranstaltungsorten in Bayern stattfindet. Neben vielfältigen Aspekten des Themas Pflege wird bei der SBK-Pflegetour auch die gute medizinische Versorgung in Pflegeheimen vorgestellt. In diesem Zusammenhang präsentiert die KVB die Geriatrischen Praxisverbände in Bayern.

Weitere Informationen zur SBK-Pflegetour finden Sie unter www.sbk.org/pflegekongress. Fragen beantwortet Ihnen Susanne Weber (SBK) unter der

Telefonnummer 0 73 21 / 30 31 43 oder per E-Mail an marketing@sbk.de.

Mehr zum GPV-Modell der KVB erfahren Sie unter www.kvb.de/pflegeheimversorgung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Kornelia Wilsch unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 45 10
E-Mail Kornelia.Wilsch@kvb.de

Unseriöse Verlagsangebote

Nach wie vor gibt es mehrere Verlage, die unseriöse Offerten für Einträge in Arztverzeichnissen, Online-Portalen und ähnlichen Publikationen versenden. Sie sehen aus wie Überweisungsformulare oder Formulare, die scheinbar der Korrektur von Praxisdaten in Verzeichnissen dienen. Sobald Sie jedoch das Angebot zurücksenden beziehungsweise Geld überweisen, kommt ein Vertrag zu recht teuren Konditionen mit oft langer Laufzeit und ohne Kündigungsmöglichkeit zustande.

Wir bitten Sie daher, in Ihrem eigenen Interesse sehr genau zu prüfen, ob derartige Angebote von Ihnen gewollt sind. Bitte sensibilisieren Sie auch Ihre Praxismitarbeiter für dieses Thema, um zu vermeiden, dass solche Angebote in der Hektik und Routine des Praxisalltags einfach mitunterzeichnet werden. Bei Post von Verlagen mit Sitz im Ausland ist darüber hinaus besondere Vorsicht geboten.

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

Datenschutz in der Arztpraxis

Bitte beachten Sie, dass bei der Übermittlung von Patientendaten per Telefax besondere Vorsichtsmaßnahmen angezeigt sind. Uns sind zwei Fälle bekannt geworden, bei denen ärztliche Mitteilungen dem Patienten per Telefax mitgeteilt werden sollten, dabei aber nicht sichergestellt war, dass auf der Empfängerseite nur die Patienten Zugang zum Empfangsgerät hatten. In einem Fall erfolgte die Übermittlung zwar an ein privates Faxgerät, auf das aber auch noch andere Familienmitglieder Zugriff hatten. Im zweiten Fall erfolgte die Übermittlung an ein geschäftliches Faxgerät. In beiden Fällen wäre es aus unserer Sicht erforderlich gewesen, die Übermittlung der Patientendaten per Fax generell oder im Einzelfall mit dem Patienten abzustimmen. Entsprechende Vorsichtsmaßnahmen sind auch bei der Übermittlung von Arztbriefen an andere Praxen per Fax erforderlich, um sicherzustellen, dass nicht unberechtigte Dritte Zugriff auf die Mitteilung haben.

Weitergehende Informationen zur Verwendung von Telefaxgeräten in Arztbeziehungsweise Psychotherapeutenpraxen mit Hinweisen auf weitere Fundstellen finden Sie in unserer Datenschutzbroschüre „Datenschutz in der Arzt-/Psychotherapeutenpraxis“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Sonstige Bestimmungen/Datenschutz*.

Im Folgenden bringen wir Ihnen außerdem ein Merkblatt der Gesellschaft für Datenschutz und Datensicherheit e. V. (GDD) aus dem Jahr 2010 zur Kenntnis.

Bei der Benutzung des Telefaxgeräts tragen Sie die Verantwortung zur Wahrung des Datenschutzes (Weitergabe von Patientendaten), der Datensicherheit und des Fernmeldegeheimnisses.

Beachten Sie daher folgende Regelungen

1. Senden Sie sensible Daten nur dann, wenn dies von der Eilbedürftigkeit her geboten ist. Wenn möglich, ist der Personenbezug sensibler Daten zu schwärzen.
2. Stellen Sie das Faxgerät so auf, dass es nicht von Unbefugten genutzt werden kann und dass Unbefugte nicht in gesendete oder empfangene Faxe einsehen können oder diese entnehmen können.
3. Prüfen Sie, ob Sie die Verantwortung für die Weitergabe sensibler Daten tragen können, denn Sie wissen grundsätzlich nicht, wer an der Gegenstelle Ihr Fax entgegennimmt und welche Sicherheitsvorkehrungen dort getroffen wurden, und Sie müssen davon ausgehen, dass die Übertragungsleitungen „abhörbar“ sind. Grundsatz: Was Sie nicht auf eine Postkarte schreiben würden, darf auch nicht gefaxt werden!
4. Nutzen Sie nach Möglichkeit alle der Datensicherheit dienenden Einrichtungen des Faxgeräts.
5. Prüfen Sie noch einmal die Richtigkeit der eingegebenen Empfänger-Nummer.
6. Vergewissern Sie sich, wenn Sie einem Partner längere Zeit kein Fax gesendet haben, ob dessen Anschlussnummer noch stimmt.
7. Prüfen Sie, ob die zurückgesandte Anschlusskennung mit der übereinstimmt, die Sie anwählen wollten. Brechen Sie gegebenenfalls die Übertragung sofort ab.

8. Verständigen Sie sich vor Absendung sensibler Daten mit dem Empfänger über den konkreten Zeitpunkt der Übertragung.
9. Verständigen Sie sich bei auftretenden Qualitätsmängeln eines empfangenen Faxes mit dem Absender und fordern Sie gegebenenfalls eine Wiederholung der Übertragung an.
10. Verständigen Sie sich bei auftretenden Sendefehlern (zum Beispiel kurzzeitiger Stromausfall) mit dem Empfänger bezüglich Qualität und Vollständigkeit und wiederholen Sie gegebenenfalls die Übertragung.
11. Nehmen Sie die Faxvorlage nach erfolgter Sendung wieder aus dem Gerät.
12. Erleichtern Sie sich und Ihren Partnern die Nachweisführung durch:
 - Programmierung des Faxgerätes mit einer aussagefähigen Kennung
 - Verwendung eines Deckblattes (Firmenlogo, Adressat, Anzahl der Seiten)
 - Abheften (Archivieren) des geprüften Übertragungsprotokolls mit dem Original
 - sichere Aufbewahrung der manuellen und/oder automatisch geführten Journale

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Herbert Baus unter
 Telefon 0 9 31 / 30 72 03
 Fax 0 9 31 / 30 76 72 0
 E-Mail Herbert.Baus@kvb.de

Tag der Niedergelassenen

Das Forum für Vertragsärzte und -psychotherapeuten
beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit



Die KBV und Ihre KV laden Sie ein zum
Tag der Niedergelassenen am 13. Mai 2011 in das Berliner ICC.

11 Uhr KBV kontrovers extra: Die Praxis der Zukunft – Vernetzt auf allen Ebenen?
Politische Diskussionsrunde mit dem Vorstand der KBV

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

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

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

9.00–10.30 Uhr	Der Weg zur papierlosen Praxis: KV-Online-Powern	<input type="checkbox"/>
9.00–10.30 Uhr	Palliativversorgung in der ambulanten Medizin	<input type="checkbox"/>
9.00–10.30 Uhr	Achtung, Keime: MRSA in der ambulanten Versorgung	<input type="checkbox"/>
14.00–15.45 Uhr	QM – und wie geht es Ihrer Praxis?	<input type="checkbox"/>
14.00–15.45 Uhr	Richtig kodieren – Tipps für die Praxis	<input type="checkbox"/>
16.15–18.00 Uhr	Die CME-Fortbildungsangebote des Deutschen Ärzte-Verlags	<input type="checkbox"/>
16.15–18.00 Uhr	Modernes Investitionsmanagement für die Praxis	<input type="checkbox"/>

**Freier Eintritt zum Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte, -psychotherapeuten
und Praxispersonal. Melden Sie sich bis zum 6. Mai 2011 hier an:**

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

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

6 Fortbildungspunkte für
die Teilnahme am Tag der
Niedergelassenen
13. Mai 2011, ICC Berlin



Hauptstadtkongress 2011
Medizin und Gesundheit

11. bis 13. Mai 2011
im ICC Berlin

Fortbildung: „Palliativversorgung für Psychotherapeuten“ Psychotherapeutische Behandlung von Älteren

Die KVB bietet erstmals eine 40-stündige Fortbildung zum Thema „Palliativversorgung für Psychotherapeuten“ an. Die Fortbildung findet an zwei Wochenenden in den Räumen der KVB in der Elsenheimerstraße 39 in München statt. Die Veranstaltung vermittelt Fachwissen zu folgenden Themenbereichen, die jeweils durch interaktive Elemente ergänzt werden:

- Interprofessioneller Ansatz Palliative Care: Multiprofessionalität als Grundprinzip von Palliative Care
- Trauer: Verschiedene Trauermodelle und (therapeutische) Interventionen werden vorgestellt.
- Palliativpflege: Rolle und Aufgabe der Pflege im Bereich Palliative Care
- Psychotherapeutische Interventionen (VT): Wie können Ängste, depressive Störungen, Anpassungsreaktionen etc. in einem kognitiv-behavioralen Setting behandelt werden?
- Psychotherapeutische Interventionen (Systemische Therapie): Wie können systemisch Konflikte aufgedeckt und therapeutisch angegangen werden? Methoden und Techniken aus der systemischen Therapie
- Spiritual Care: Sinnsuche – Grenzen und Überschneidungen zum psychotherapeutischen Arbeiten
- Psychologische, psychotherapeutische Ansätze: Aktivierung individueller Ressourcen. Als besonderer Ansatz wird das „Schedule for Meaning in Life Evaluation“ (SMiLE) vorgestellt.
- Schmerz, Symptomkontrolle: Medizinische Grundlagen und Interventionsmöglichkeiten hinsichtlich

Schmerztherapie und weiteren körperlichen Symptomen aus ärztlicher Sicht. Grundlagen der palliativmedizinischen Therapie

- Ethische Entscheidungsfindung: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und rechtliche Rahmenbedingungen
- Soziale Arbeit: Die Rolle der sozialen Arbeit, Entlassvorbereitung, Pflegeeinstufung, praktische Unterstützungsmöglichkeiten und Anlaufstellen
- Psychotherapeutische Interventionen (TP): Therapeutische Grundhaltungen, Bindungsforschung

Zielgruppe der Fortbildung sind Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten. Die Teilnehmerzahl ist auf 80 Personen beschränkt. Die Moderation übernehmen Dr. Martin Fegg (Psychologischer Psychotherapeut) und Petra Rechenberg-Winter (Dipl. Päd. et Psych.; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin).

Termine: 17. bis 19. Juni 2011 und 15. bis 17. Juli 2011 (Buchung nur für beide Wochenenden möglich).

Gebühr: 395,- Euro für KVB-Mitglieder, 525,- Euro für Nicht-Mitglieder.

Ort: KVB, Elsenheimerstraße 39, 80687 München

Informationen sowie das Anmeldeformular finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Über uns/Termine/Veranstaltungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 65*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 66*
 E-Mail Seminarberatung@kvb.de

Untersuchungen belegen, dass über 60-Jährige in deutlich geringerem Umfang und über 70-Jährige praktisch nicht mehr ambulant psychotherapeutisch behandelt werden. Auf Grund des demografischen Wandels stehen wir vor der Aufgabe, vermehrt ältere Menschen mit psychischen Störungen behandeln zu müssen. Psychotherapeutische Leistungen werden künftig ambulant vermehrt nachgefragt werden.

Zusammen mit der PTK Bayern veranstaltet die KVB deshalb zu diesem Thema die Fortbildungs- und Informationsveranstaltung „Psychotherapeutische Behandlung von älteren Menschen“, die am 7. Mai 2011 in der KVB, Elsenheimerstraße 39, 80687 München stattfindet. Mit dieser Veranstaltung soll auf den wachsenden Bedarf psychotherapeutischer Versorgung Älterer hingewiesen und die Chancen einer solchen Behandlung für ältere Menschen unterstrichen werden. Referenten sind Professor Hartmut Radebold (Gründer des Lehrinstituts Alterspsychotherapie in Kassel) und Professor Andreas Maercker (Leiter des Spezialambulatoriums für Psychotherapie und Begutachtung mit Schwerpunkten „Trauma und Trauer“, „Probleme im Alter“ und „Online-Psychotherapie“ in Zürich).

Die Teilnahmegebühr beträgt 60,- Euro inklusive Pausenverpflegung und Mittagessen. Sie erhalten für Ihre Teilnahme sechs Fortbildungspunkte. Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung ausschließlich über die KVB erfolgt. Informationen sowie das Anmeldeformular finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Über uns/Termine/Veranstaltungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 65*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 66*
 E-Mail Seminarberatung@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), Akademie für Ärztliche Fortbildung, bieten wir 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 nach aktuellen Guidelines
- Erfahrene Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkte (zertifiziert durch die BLÄK)
- Umfangreiches 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 Bereitschaftsdienstordnung)
- Sonstige interessierte Ärzte

Modul I

- Kardiozirkulatorische Nottfälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council (ERC 2010)
- Reanimationstraining und Fallsimulationen in Kleinstgruppen

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine:

- Samstag, 7. Mai 2011
KVB-Bezirksstelle in Bayreuth
- Samstag, 23. Juli 2011
KVB-Bezirksstelle in München
- Samstag, 22. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Nürnberg
- Samstag, 3. Dezember 2011
KVB-Bezirksstelle in Augsburg

Modul II

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.00 Uhr

Termine:

- Mittwoch, 16. März 2011
KVB-Bezirksstelle in München
- Mittwoch, 25. Mai 2011
KVB-Bezirksstelle in Würzburg
- Mittwoch, 21. September 2011
FH Nürnberg
- Mittwoch, 5. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Regensburg

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:

- Mittwoch, 6. April 2011
KVB-Bezirksstelle in Augsburg
- Mittwoch, 8. Juni 2011
KVB-Bezirksstelle in München
- Mittwoch, 13. Juli 2011
KVB-Bezirksstelle in Würzburg
- Mittwoch, 28. September 2011
KVB-Bezirksstelle in Nürnberg
- Mittwoch, 26. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Regensburg

Modul IV (fakultatives Modul)

- Bauchschmerzen und der „akute Bauch“ aus chirurgischer, internistischer und gynäkologischer Sicht
- Der psychiatrische Akut- und Notfall im Bereitschaftsdienst, Recht

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.00 Uhr

Termine:

- Mittwoch, 13. April 2011
KVB-Bezirksstelle in Regensburg
- Mittwoch, 18. Mai 2011
KVB-Bezirksstelle in Augsburg

Die Fortbildungen sind in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt. **Eine schriftliche Anmeldung ist erforderlich.**

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 Ärztlichen Bereitschaftsdienst*.

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 18 05 / 90 92 90 – 65*

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 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

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte (mit Diabetes mellitus Typ 1)**

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte (ohne Diabetes mellitus Typ 1)**

Gründer-/Abgeberforum**

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Kooperationen in der ärztlichen Praxis**

Alles rund um Präventionsleistungen

Die Privatabrechnung heute und morgen

Notfalltraining für das Praxisteam

Alles rund um Präventionsleistungen

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Marketing und Presse in der eigenen Praxis

Verordnungen – Workshop für Praxismitarbeiter

Die Privatabrechnung in der ärztlichen Praxis

Fitness am Arbeitsplatz: Leistungsfähig trotz Stress

Gründer-/Abgeberforum**

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Fit für den Empfang

QM-/QZ-Seminare

Patienten- und Zuweiserbefragung**

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Lokales Moderatorentreffen

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP-Kompaktseminar für Haus- und Fachärzte

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	150,- Euro	19. März 2011	9.00 bis 18.15 Uhr	München
Praxisinhaber	120,- Euro	19. März 2011	9.00 bis 18.15 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	19. März 2011	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. März 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. März 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	25. März 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	26. März 2011	10.00 bis 14.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	26. März 2011	10.00 bis 14.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	30. März 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	30. März 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	95,- Euro	30. März 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. März 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	1. April 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	1. April 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	2. April 2011	10.00 bis 16.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	6. April 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	6. April 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	16. März 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	18. März 2011 19. März 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	25. März 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	25. März 2011 26. März 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	565,- Euro	26. März 2011 7. Mai 2011 4. Juni 2011 9. Juli 2011	9.00 bis 16.30 Uhr	München

