

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 94 Abrechnungsabgabe Quartal 2/2010
- 95 Zahlungstermine im Jahr 2010
- 95 Honorarreform 2010 – Zuweisung von RLV und QZV für das Quartal 3/2010
- 96 Statistiken der Prüfungsstelle Ärzte Bayern
- 97 Abrechnung der Versichertenpauschalen
- 97 Fortführung Diabetesvereinbarungen
- 98 Kostenpauschale neue Onkologievereinbarung
- 98 Psychosomatische Grundversorgung
- 99 Homöopathieverträge – aktueller Stand
- 99 DMP-Datenstelle stellt Bearbeitung von Datenträgern ein
- 100 DMP: Erst- oder Folgedokumentation?
- 100 DMP KHK: Modul Herzinsuffizienz

102 Palliativversorgung – Kostenpauschale 40860

102 Angabe der Uhrzeit/ Tagtrennung

102 „Ähnliche Untersuchungen“ nach Abschnitt 32.3

VERORDNUNGEN

103 Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland

103 Verordnungsinformationen für das Praxispersonal

104 „Neue Arzneimittel“ – Information der AkdÄ

104 Infusionssets nur eingeschränkt verordnungsfähig

105 Neue Therapieallergene-Verordnung

105 woundEL-Therapie: keine Verordnungsmöglichkeit

106 Verordnung von Hypnotika/ Hypnogenen

106 Agomelatin (Valdoxan®)

QUALITÄT

- 107 Digitale Seitenzeichen in der Röntgendiagnostik
- 108 Qualitätsmanagement: Ergebnisse der Stichproben
- 110 Unfälle mit Hochfrequenz-Elektroden

ALLGEMEINES

- 111 Notarzteinsätze: Dokumentationspauschale fällt weg
- 112 Keine Hinweispflicht auf Berufshaftpflichtversicherung
- 112 Rechenschaftsbericht der KVB
- 112 Wichtiger Hinweis in eigener Sache

SEMINARE

- 113 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 114 Die nächsten Seminartermine der KVB

Abrechnungsabgabe Quartal 2/2010

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen für das 2. Quartal 2010 bis spätestens **Montag, den 12. Juli 2010**, bei uns ein. Gerne können Sie die Unterlagen auch schon früher schicken. Denken Sie bitte auch daran, uns mit Ihrer Abrechnung die unterschriebene Sammelerklärung (bitte Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen – wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe – zuzusenden. Dies gilt auch, wenn Sie uns Ihre Datei online übermitteln. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen.

Bitte überzeugen Sie sich vor Abgabe Ihrer Abrechnung, ob sie vollständig und korrekt ist. Laut Paragraph 3, Absatz 3 der Abrechnungsbestimmungen der KVB sind nachträgliche Ergänzungen ausgeschlossen: „Nach Einreichung der Abrechnung ist eine Ergänzung der Abrechnung um noch nicht angesetzte Leistungspositionen oder ein Austausch angesetzter Leistungspositionen durch den Vertragsarzt ausgeschlossen.“ Siehe dazu auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“*.

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.

Notarzteinsätze über emDoc

Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über emDoc dar. Mit emDoc können Sie Ihre dokumentierten Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen 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/Notarztdienst* und in den FAQ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/FAQs/Buchstabe „E“/emDoc*.

Einreichungswege für Ihre Quartalsabrechnung

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

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

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

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

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

Wenn Sie eine Empfangsbestätigung über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen wünschen, fordern Sie diese bitte 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 – 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

Zahlungstermine im Jahr 2010

12. Juli 2010

3. Abschlagszahlung 2/2010

30. Juli 2010

Restzahlung 1/2010

10. August 2010

1. Abschlagszahlung 3/2010

10. September 2010

2. Abschlagszahlung 3/2010

11. Oktober 2010

3. Abschlagszahlung 3/2010

29. Oktober 2010

Restzahlung 2/2010

10. November 2010

1. Abschlagszahlung 4/2010

10. Dezember 2010

2. Abschlagszahlung 4/2010

Honorarreform 2010 – Zuweisung von RLV und QZV für das Quartal 3/2010

Mitte Juni erhielten die Praxen per Post ihren Zuweisungsbescheid für das Quartal 3/2010. Bitte beachten Sie, dass die darin genannte Obergrenze (RLV + QZV) nicht das gesamte Honorar für das Quartal 3/2010 darstellt.

Welche Leistungen sind weiterhin „unbegrenzt“ und fallen damit nicht in die Obergrenze?

Darunter fallen Leistungen, welche die Krankenkassen in vollem Umfang, also „unbudgetiert“, vergüten. Es handelt sich dabei vor allem um

- Ambulante Operationen
- Belegärztliche Operationen
- Präventionsleistungen
- Strahlentherapie
- Dialysesachkosten
- Substitutionsbehandlung
- Leistungen im Rahmen von regionalen Vereinbarungen (zum Beispiel Impfungen, Kontrastmittelpauschalen, Sachkosten ambulantes Operieren)

Eine detaillierte Aufstellung der Leistungen finden Sie in der aktuellen Honorarbrochure beziehungsweise unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.07.2010*.

Welche Leistungen unterliegen auch nicht der Obergrenze, werden aber eventuell vermindert ausgezahlt?

Darunter fallen

- Laborleistungen
- Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst
- Leistungen der Pathologie
- Leistungen der Humangenetik
- Kostenpauschalen (Kapitel 40)

Bitte prüfen Sie auch hier, ob Sie solche Leistungen erbringen, denn diese unterliegen nicht der Ihnen im Zuwei-

sungsbescheid mitgeteilten Obergrenze. Sie können allerdings nur dann in vollem Umfang mit 3,5 Cent vergütet werden, wenn insgesamt die Menge der erbrachten Leistungen jeweils gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 nicht zugenommen hat. Ansonsten kann nur eine verminderte Vergütung bezahlt werden. Ob dies der Fall ist, kann erst nach Abrechnung des jeweiligen Quartals festgestellt werden.

Sie können diese Leistungen unberücksichtigt lassen, wenn Sie kalkulieren, wie viele Leistungen Sie erbringen können, ohne Ihre individuelle Obergrenze zu überschreiten.

Die neue Obergrenze

Sie wird nun differenzierter berechnet als in der Vergangenheit und ergibt sich als Summe mehrerer „Teilbudgets“, also den QZV, und dem RLV.

Wichtig: Es spielt keine Rolle, ob Sie das RLV oder einzelne QZV überschreiten, erst wenn Sie insgesamt Ihre Obergrenze überschreiten, kann dafür nur noch eine abgesenkte Vergütung gezahlt werden. Welche QZV – unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten – für die jeweilige Arztgruppe gebildet wurden, hat die KVB eng mit den Berufsverbänden abgestimmt. Wie die Obergrenze sich genau berechnet und welche QZV bei Ihnen einbezogen werden, können Sie unserer Honorarbrochure im Detail entnehmen.

Weitere Informationen

Eine genaue Darstellung der einzelnen Honorarbestandteile finden Sie in der Honorarbrochure „Erläuterungen zur Honorarermittlung ab 1. Juli 2010“ (mit Ergänzungsbroschüre QZV), die Mitte Juni versendet wurde. Die Publi-

Statistiken der Prüfungsstelle Ärzte Bayern

kation kann auch als Online-Version unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.07.2010* heruntergeladen werden.

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

Die Prüfungsstelle Ärzte Bayern beauftragt die KVB mit der Erstellung von Statistiken für die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Bisher hat die KVB die Statistiken „Entwicklung Verordnungswerte“, die Gesamtübersicht sowie die Häufigkeitsstatistik zur Verfügung gestellt. Im Zuge der Umstellung vom Papierversand auf eine elektronische Bereitstellung (Online-Initiative „Honorarabrechnungsunterlagen“) können die Praxen ab dem Abrechnungs- und Verordnungsquartal 1/2010 in SmarAkt nun auch in folgende weitere Prüfstatistiken Einsicht nehmen:

- Arzneikostenstatistik
- Heilmittelstatistik
- Häufigkeitsstatistik Heilmittel
- Entwicklung Abrechnungswerte
- RGP-PZN-Liste
- RGP-ATC-Liste

Zur Erklärung der beiden letztgenannten Listen:

Die Liste der PZN (Pharmazentralnummer) ist eine reine Aufstellung aller verordneten Arzneimittel im Quartal, die von den Kassen aus den Rezepten gelesen werden. Neben der PZN sind die Namen der einzelnen Arzneimittel, die Zahl der entsprechenden Verordnungen sowie die Kosten abgebildet. Zusätzlich wird der ATC-Code (Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation) angeführt. Er ordnet Wirkstoffe nach deren Wirkung bestimmten „Organen“ zu. In der ATC-Liste sind die PZN beziehungsweise Arzneimittel wertend zu Gruppen zusammengefasst und im Vergleich mit der Prüfgruppe dargestellt. Die Vergleiche beziehen sich auf die Kosten pro Fall, die Kosten pro DDD (Defined Daily Dose) und die Kostenanteile der jeweiligen ATC-Codes am Gesamtverordnungsvolumen.

Über die neu eingestellten Prüfstatistiken der Prüfungsstelle Ärzte Bayern – erkennbar am Logo der Prüfungsstelle – werden Sie auch auf der entsprechenden Seite innerhalb unseres KVB-Mitgliederportals informiert.

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 der Versichertenpauschalen

Bei der Abrechnung der Versichertenpauschalen im Überweisungs- und Vertretungsfall bitten wir **Hausärzte/ Kinder- und Jugendärzte** Folgendes zu beachten:

Erhalten Sie **als Hausarzt** eine Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzten oder Ärzten ohne Gebietsbezeichnung und Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die an der hausärztlichen Versorgung gemäß Paragraph 73 Absatz 1a SGB V teilnehmen (**Ärzte nach der Präambel zum Abschnitt 3 bis 3.1 Nummer 1 EBM**) beziehungsweise **als Kinder- und Jugendarzt** eine Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin (**Ärzte nach der Präambel zum Abschnitt 4 bis 4.1 Nummer 1 EBM**), können Sie nicht die Versichertenpauschalen nach den GOP 03110 bis 03112 beziehungsweise 04110 bis 04112, sondern lediglich die **abgesenkten Versichertenpauschalen** nach den GOP 03120 bis 03122 beziehungsweise 04120 bis 04122 abrechnen. Dies gilt auch, wenn Sie **als Hausarzt und Überweisungsempfänger** über **Zusatzbezeichnungen** verfügen (zum Beispiel Homöopathie, Akupunktur).

Wird ein Patient jedoch **vom Facharzt** (zum Beispiel Orthopäde oder Augenarzt) zur Mit- oder Weiterbehandlung zu Ihnen **als Hausarzt, Kinder- und Jugendarzt** überwiesen, können Sie die **volle Versichertenpauschale** nach den GOP 03110 bis 03112 beziehungsweise 04110 bis 04112 abrechnen. Auch im Vertretungsfall sind die Versichertenpauschalen nach den GOP 03120 bis 03122 beziehungsweise nach den GOP 04120 bis 04122 anzusetzen.

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

Fortführung Diabetesvereinbarungen

Für das dritte Quartal 2010 lassen BKK, Signal Iduna IKK und Knappschaft erneut sämtliche Leistungen der gekündigten Diabetesvereinbarungen gegen sich gelten. Die Verhandlungen deuten darauf hin, dass die KVB mit diesen Kassen zukünftig wieder Diabetesvereinbarungen abschließen kann, die inhaltlich voraussichtlich weitgehend der AOK-Diabetesvereinbarung entsprechen.

Wir empfehlen Ihnen, vorsorglich alle Schulungen noch im dritten Quartal 2010 abzuschließen. Schulungen für DMP-Patienten können weiterhin mit den gültigen Abrechnungsziffern des DMP-Vertrags abgerechnet werden, sofern Sie die entsprechende Berechtigung dafür haben. Die gültige Vergütungsübersicht finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Neue Versorgungformen/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

Kostenpauschale neue Onkologievereinbarung

Eine wichtige Information für Ärzte, die keine Genehmigung zur Teilnahme an der am 1. Januar 2010 in Kraft getretenen Onkologievereinbarung erhalten haben:

Die mit den Krankenkassen vereinbarte **Übergangsregelung** zur Fortführung der Therapie medikamentös anbehandelter Patienten durch Teilnehmer an den bisher gültigen Onkologievereinbarungen läuft am 30. Juni 2010 ab (vergleiche KVB-Rundschreiben vom 9. Dezember 2009 im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Onkologie*).

Bitte beachten Sie, dass Sie daher ab dem 1. Juli 2010 bei Ihren in 2009 medikamentös anbehandelten Patienten nicht mehr die Kostenpauschalen nach der neuen Onkologievereinbarung abrechnen können. Voraussetzung für die (weitere) Abrechnung der Kostenpauschalen ist eine Genehmigung nach der neuen Onkologievereinbarung. Die Abrechnung ist ab Erhalt des positiven Genehmigungsbescheids möglich. Dies gilt auch, wenn Sie bereits einen Antrag gestellt, jedoch noch keinen Bescheid erhalten haben. Sofern Sie noch keinen Antrag gestellt haben, finden Sie das Formular unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Buchstabe „O“*.

Ärzte, denen eine Genehmigung nach der neuen Onkologievereinbarung erteilt wurde, sind auf der KVB-Internetseite in der Arztsuche und im Arztverzeichnis unter „Onkologisch qualifizierter Arzt“ zu finden.

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

Psychosomatische Grundversorgung – Abrechnungsvoraussetzungen

Seit Januar 2009 ist die psychosomatische Grundversorgung wieder als Einzelleistung mit den GOP 35100 und 35110 für Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie für hausärztliche Internisten berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den GOP 35100 und 35110 können nur bei entsprechender Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen durchgeführt und abgerechnet werden (Paragraph 5, Absatz 6, der Psychotherapievereinbarung) **und ersetzen nicht das hausärztliche Beratungsgespräch**. Die Abrechnung der GOP 35100 beziehungsweise 35110 ist nur dann zulässig, wenn eine **Gesprächsdauer** (nicht Behandlungsdauer!) von mindestens 15 Minuten erfüllt wird. Diese 15 Minuten stellen keinen Mittel-, sondern den erforderlichen Mindestwert dar.

Vor diesem Hintergrund ist ein – teilweise mehrfacher – Leistungsansatz bei (fast) jedem behandelten Patienten nur schwer nachvollziehbar und hat zu entsprechenden Prüfvorschlägen seitens der Krankenkassen geführt. In den Sondierungsgesprächen konnten wir mit den Krankenkassen jedoch vereinbaren, in vielen Fällen bislang noch auf die Einleitung konkreter Prüfverfahren zu verzichten und die betroffenen Praxen stattdessen durch entsprechende Hinweise auf die wirtschaftliche und inhaltlich korrekte Abrechnung dieser Ziffern aufmerksam zu machen.

Trotzdem können Prüfverfahren für die Zukunft nicht ausgeschlossen werden. Wir empfehlen daher, den Leistungsansatz in allen Fällen unter dem Aspekt der medizinischen Notwendigkeit kritisch zu hinterfragen und die Abrechnungsvoraussetzungen genau zu beachten.

Bei Fragen stehen Ihnen als Ansprechpartner zur Verfügung:

Nicoletta Schmid

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 7 66

E-Mail Nicoletta.Schmid@kvb.de

Tanja Raab

Telefon 09 41 / 39 63 – 1 64

E-Mail Tanja.Raab@kvb.de

Homöopathieverträge – aktueller Stand

Nachdem zum 1. Januar 2010 die BKK Linde und die Daimler BKK dem bundesweiten Homöopathievertrag mit der SECURVITA BKK beigetreten sind, folgte zum 1. Juli 2010 die BKK Essanelle. Für diese Betriebskrankenkassen kann damit einfach und problemlos die Abrechnung über die KVB erfolgen (gleiche Abrechnungsnummern, gleiche Honorare).

Der GEK-Homöopathievertrag wird nach der Vereinigung zur BARMER GEK weitergeführt. Kernstück des Vertrags ist die homöopathische Erstbeziehungsweise Folgeanamnese sowie die homöopathische Fallanalyse/Repertorisation. Gleichartige Verträge hat die BARMER GEK auch in anderen Bundesländern mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen. Durch die Öffnung des Vertrags für alle Versicherten der BARMER GEK bietet die KVB damit den bayerischen Vertragsärzten weiterhin die Möglichkeit, homöopathische Leistungen über die KVB abzurechnen.

Detaillierte Informationen zu den Homöopathieverträgen mit der KVB finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „H“*.

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

DMP-Datenstelle stellt Bearbeitung von Datenträgern ein

Zeitgleich mit der Honorarabrechnung wird ab 1. April 2011 auch für Dokumentationen der Disease Management Programme (DMP) die Online-Übermittlung zur Pflicht. Ab diesem Zeitpunkt werden in der DMP-Datenstelle Bayern nur noch Dokumentationen angenommen, die nicht per Diskette, CD oder USB-Stick übermittelt wurden. Zum Übermitteln von DMP-Dokumentationen stehen Ihnen dann ausschließlich folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- per E-Mail mit verschlüsseltem Anhang
- per Datenleitung (KV-SafeNet, KV-Ident)

Nutzen Sie die Zeit bis dahin, um sich frühzeitig auf die Umstellung vorzubereiten.

Als Entscheidungshilfe, welche Form der Datenübermittlung für Ihre Praxis am besten geeignet ist, haben wir Ihnen die wichtigsten Informationen kurz zusammengestellt.

Bitte beachten Sie, dass für das DMP Brustkrebs KV-Ident voraussichtlich erst ab 1. Oktober 2010 nutzbar ist.

Ausführliche Informationen hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/EDV in der Praxis*.

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

	E-Mail	KV-SafeNet	KV-Ident
Funktionsweise	Verschlüsselte Datei wird per E-Mail verschickt	Anbindung an die KVB über ein virtuelles privates Netzwerk	Starkes Authentisierungsverfahren mittels KV-Ident-Karte
Technische Voraussetzungen	Internetzugang	DSL- oder ISDN-Anbindung mit zertifizierter „Black Box“ (Router)	Internetzugang
Software	PVS-Software, E-Mail-Programm	OPAL (= Dokumentations-Portal der KVB) oder kooperierender PVS-Anbieter (derzeit nur Pro-medico Easymed)	OPAL (= Dokumentations-Portal der KVB)
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> ■ für Internetzugang (abhängig vom Anbieter) ■ für PVS-Software 	für Anbindung und Router (abhängig vom Anbieter, siehe Übersicht im Internet)	<ul style="list-style-type: none"> ■ für Internetzugang (abhängig vom Anbieter) ■ 20,- Euro für KV-Ident-Karte (drei Jahre gültig)
Was ist zu beachten?	Sie sind für den Schutz Ihres Rechners vor Fremdzugriff selbst verantwortlich!		Sie sind für den Schutz Ihres Rechners vor Fremdzugriff selbst verantwortlich!

DMP: Erst- oder Folgedokumentation?

In den Disease Management Programmen (DMP) ist je nach gegebener Situation eine Erst- oder eine Folgedokumentation zu erstellen. Um die Vergütung Ihrer DMP-Dokumentationen sicherzustellen, beachten Sie bitte Folgendes:

Eine Erstdokumentation (mit aktueller Teilnahme-/Einwilligungserklärung) ist erforderlich, wenn der Patient

- zum ersten Mal in Bayern in das betreffende DMP eingeschrieben wird oder
- von der Krankenkasse aus dem betreffenden DMP ausgeschrieben wurde (zum Beispiel auf Grund nicht wahrgenommener Schulung) und er wieder am selben DMP teilnehmen möchte oder
- während seiner DMP-Teilnahme die Krankenkasse gewechselt hat.

In allen anderen Fällen ist eine Folgedokumentation erforderlich. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient während seiner DMP-Teilnahme den koordinierenden Arzt gewechselt hat.

Bei Unklarheiten, ob ein Patient aktuell im DMP eingeschrieben und eine Erst- oder Folgedokumentation erforderlich ist, stehen Ihnen die Mitarbeiter der DMP-Datenstelle Bayern (DSiE) unter Telefon 0 18 05 / 89 89 09* zur Verfügung.

DMP KHK: Modul Herzinsuffizienz

Der Vertrag zum Disease Management Programm Koronare Herzkrankheit (DMP KHK) wurde zum 1. Juli 2010 um das Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ (CHI) erweitert. Dies bringt für alle am DMP KHK teilnehmenden Ärzte Änderungen mit sich.

Teilnahmevoraussetzungen für Ärzte und Patienten

Die Teilnahme des Patienten am Modul ist freiwillig und setzt seine Teilnahme am DMP KHK voraus. Zudem muss die Einschränkung der linksventrikulären Dysfunktion (LVEF unter 40 Prozent) durch ein bildgebendes Verfahren (zum Beispiel eine Echokardiographie) bestimmt worden sein. Der koordinierende Arzt dokumentiert die Modul-Teilnahme durch das Datenfeld in der DMP-Dokumentation. Eine gesonderte Teilnahmeerklärung ist weder für Ärzte noch für Patienten erforderlich. Die Teilnahme des Patienten am Modul endet automatisch mit dem Ende der Teilnahme am DMP KHK.

Neue Genehmigungsbescheide für Ärzte

Auf Grund der Erweiterung des DMP KHK um das Modul CHI müssen wir für alle Ärzte, die bereits am DMP KHK teilnehmen, neue Genehmigungsbescheide ausstellen. Diese werden automatisch im Laufe des dritten Quartals 2010 verschickt.

DMP-Dokumentation

Bei allen Patienten, die in das DMP KHK eingeschrieben sind, ist das Datenfeld „Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz“ verpflichtend mit „ja“ oder „nein“ auszufüllen. Wird die Teilnahme am Modul CHI hier mit „ja“ bestätigt, sind zusätzlich die Felder „Serum-Elektrolyte“ und „Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen“ zu dokumentieren, weil bei Patienten, die am Modul CHI teilnehmen, in mindestens

halbjährlichen Abständen die Serum-Elektrolyte (Natrium, Kalium) zu bestimmen sind und eine regelmäßige Gewichtskontrolle sinnvoll sein kann.

Aufgaben der koordinierenden Ärzte

Koordinierende Ärzte sollen ihre Patienten im DMP KHK mit einer klinischen Symptomatik, die auf eine Herzinsuffizienz hinweist, zur gezielten bildgebenden Diagnostik an den Facharzt überweisen und über das Modul CHI informieren. Auf dem Überweisungsschein soll zusätzlich der Vermerk „DMP KHK Patient“ angegeben werden, damit der Facharzt über die DMP-Teilnahme informiert ist. Weitere Indikationen und Anlässe, bei denen gemäß Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) eine Überweisung an den Facharzt zu prüfen ist, wurden in der Juni-Ausgabe von PROFUND, Seite 30, erläutert, in der Professor Karl Josef Osterziel auch die medizinischen Inhalte des neuen Moduls darstellte.

Aufgaben der Fachärzte

Ärzte der zweiten Versorgungsebene im DMP KHK übernehmen neben der bildgebenden Untersuchung zur Diagnosesicherung und Verlaufskontrolle die Erstellung beziehungsweise Aktualisierung des Medikamentsplans. Dieser Plan beinhaltet alle relevanten Medikamente, die einzunehmende Dosis, die Einnahmezeitpunkte und falls erforderlich sonstige wichtige Hinweise. Die Erstellung und die zeitnahe Übermittlung des Arztbriefes an den koordinierenden Arzt zählen ebenso zu deren Aufgaben.

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

Vergütung: Zunächst befristet bis 30. Juni 2011**Leistungen für koordinierende Ärzte im DMP KHK nach Paragraph 3 des DMP-Plattformvertrags**

Leistung	Betrag	Abrechnungs-Nr.
Behandlungspauschale für Patienten im DMP KHK, die am Modul Herzinsuffizienz teilnehmen (gemäß DMP-Dokumentation)	bis zu 10,00 Euro einmal im Behandlungsfall	92699H
Behandlungspauschale für Patienten im DMP KHK mit klinischen Symptomen der Herzinsuffizienz, bei denen mit dem Ziel der Einschreibung ins Modul Herzinsuffizienz ein bildgebender Nachweis der Herzinsuffizienz veranlasst wurde	bis zu 10,00 Euro einmal im Krankheitsfall	92699M

Hinweise

- Die Abrechnungsnummer 92699H ist neben der 92699M in demselben Quartal nicht abrechenbar.
- Ab dem Quartal 1/2011 können die Abrechnungsnummern 92699H und 92699M nur von koordinierenden Ärzten im DMP KHK abgerechnet werden, die die Prüfung im Rahmen der CME-Fortbildung „Modul Herzinsuffizienz“ in Cura Campus (www.curacampus.de) bestanden haben. Diese Fortbildung wird voraussichtlich zum 1. Oktober 2010 bereitgestellt.
- Die Höhe der Vergütung der Abrechnungsnummern 92699H und 92699M beträgt für die Quartale 3/2010 und 4/2010 jeweils 10,00 Euro. Ab dem Quartal 1/2011 ist die Höhe der Vergütung variabel und abhängig von der Anzahl der von allen Ärzten abgerechneten Leistungen 92699H und 92699M, maximal jedoch 10,00 Euro.

Leistungen für Fachärzte nach Paragraph 4 des DMP-Plattformvertrags (Zweite Versorgungsebene im DMP KHK)

Leistung	Betrag	Abrechnungs-Nr.
Bei Patienten im DMP KHK mit klinischen Symptomen der Herzinsuffizienz: <ul style="list-style-type: none"> ■ Betreuung und Beratung eines Patienten, der in das DMP KHK eingeschrieben ist und der am Modul Chronische Herzinsuffizienz teilnimmt oder bei dem die Einschreibevoraussetzungen für dieses Modul abgeklärt werden sollen. ■ Erstellung beziehungsweise Aktualisierung eines Medikamentenplans (insbesondere unter Angabe aller relevanten Medikamente, der einzunehmenden Dosis, der Einnahmezeit und gegebenenfalls sonstiger wichtiger Hinweise) ■ Erstellung und zeitnahe Übermittlung des Arztbriefes an den koordinierenden DMP-Arzt sowie ■ gegebenenfalls Konsilium mit dem koordinierenden Arzt 	bis zu 27,50 Euro einmal im Behandlungsfall	92699F

Hinweise

- Die Abrechnungsnummer 92699F ist nur auf Überweisung durch den koordinierenden DMP-Arzt abrechenbar. Ausnahme: Sofern ein Facharzt im Ausnahmefall den Patienten selbst im DMP koordiniert, ist keine Überweisung erforderlich.
- Durch den Ansatz der Leistung 92699F wird die Abrechnung von Leistungen im Rahmen des EBM nicht berührt.
- Bestehen Zweifel an der Teilnahme des Patienten am DMP KHK und kann der Leistungserbringer dies nicht eindeutig durch einen Vermerk auf dem Überweisungsschein, auf Grund der Krankenversicherungskarte, einer Kopie der DMP-Bonuskarte oder einer DMP-Teilnahmeerklärung mit Datum des aktuellen oder der vorangehenden beiden Quartale nachweisen, muss er sich vom Versicherten schriftlich erklären lassen, dass dieser an einem DMP teilnimmt. Die Nachweise sind so lange aufzubewahren, bis die Abrechnungsprüfung seitens der Krankenkasse abgeschlossen ist (zwei Jahre nach Ende des Leistungsquartals).
- Die Höhe der Vergütung der Abrechnungsnummer 92699F beträgt im Quartal 3/2010 27,50 Euro. Ab dem Quartal 4/2010 ist die Höhe der Vergütung variabel und abhängig von der Anzahl der von allen Ärzten abgerechneten Leistungen 92699F, maximal jedoch 27,50 Euro.

Palliativversorgung – Kostenpauschale 40860

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) muss durch den behandelnden Arzt verordnet werden, der für seinen besonderen Aufwand im Rahmen der Erst- und Folgeverordnung die Kostenpauschalen 40860 und 40862 berechnen kann.

Werden bei einer länger andauernden palliativmedizinischen Behandlung eines Patienten nach Ablauf der Erstverordnung weitere Verordnungen der SAPV notwendig, so sind diese als Folgeverordnungen auszustellen, auch wenn ein neues Quartal begonnen hat. Somit kann bei einer durchgängigen Behandlung über mehrere Quartale hinweg die Kostenpauschale 40860 für die Erstverordnung im gesamten Behandlungszeitraum insgesamt nur einmal abgerechnet werden. Für notwendige Folgeverordnungen kann die Kostenpauschale 40862 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.

Hintergrund: Beschluss der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen beziehungsweise Beschluss der Partner der Bundesmantelverträge zur Aufnahme des Absatzes Nummer 2 in die Präambel zu Abschnitt 40.17 und zur Streichung des Abrechnungszeitraums „einmal im Behandlungsfall“ bei GOP 40860.

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

Angabe der Uhrzeit/ Tagtrennung

Die Angabe von Uhrzeiten ist grundsätzlich **nur bei mehreren Kontakten** mit dem Patienten am Tag nötig (wenn beispielsweise Hausbesuche am Vormittag und am Abend stattgefunden haben oder wenn ein Belegarzt zwei Visiten am gleichen Tag hatte). Bitte erfassen Sie sonst keine Uhrzeit, etwa um zu belegen, dass eine Leistung nachts erbracht wurde.

Geben Sie die Uhrzeit bitte **pro Kontakt nur einmal** ein. Auch die Wiederholung der gleichen Uhrzeit, etwa um zu verdeutlichen, dass es sich um den gleichen Kontakt handelt, ist nicht erforderlich. Die Erfassung der Uhrzeit erfolgt unmittelbar nach der ersten Ziffer des jeweiligen Kontakts. Beim nächsten Kontakt verfahren Sie einfach analog. Auch hier geben Sie nach der ersten erfassten Ziffer die nächste Uhrzeit an. Für die restlichen Ziffern dieses Kontakts sind keine weiteren Uhrzeitangaben nötig.

Software hilft

Bei der vollständigen und korrekten Erfassung mehrerer Kontakte am gleichen Tag hilft auch die Praxissoftware. In der Regel wird ab dem zweiten Kontakt eine so genannte Tagtrennung durchgeführt. Für diese Funktion haben die Softwareanbieter klare Vorgaben durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Bei Fragen hierzu nehmen Sie am besten mit Ihrem Softwareanbieter direkt Kontakt auf, da die Benutzeroberflächen/Eingaben je Programm unterschiedlich sind.

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

„Ähnliche Untersuchungen“ nach Abschnitt 32.3

Die „Ähnlichen Untersuchungen“ des Abschnitts 32.3 (Speziallabor) können ab dem 1. Juli 2010 nur abgerechnet werden, wenn die medizinische Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall vom Arzt begründet wurde.

Auf die gesonderte Angabe einer Begründung zur betreffenden Gebührenordnungsposition in Feldkennung 5009 kann verzichtet werden, wenn

- ein von der Begründungspflicht ausgenommenes Untersuchungsverfahren angewandt wurde (Übersicht siehe KVB INFOS 6/2010) oder
- sich bereits aus der in der Abrechnung angegebenen Diagnose die Notwendigkeit der Untersuchung im Einzelfall ergibt.

Bitte beachten Sie, dass auch in den vorgenannten Fällen weiterhin bei allen „Ähnlichen Untersuchungen“ die Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) anzugeben ist.

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

Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland

Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland hat das Bundesministerium für Gesundheit im August 2009 einen umfangreichen Aktionsplan gestartet. Im Rahmen dieser Aktion stellt die KVB ihren Mitgliedern Informationsblätter für Patienten mit Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie zur Verfügung.

Patientenflyer mit Medikamentenliste

Durch die Liste sollen vor allem die Patienten stärker miteinbezogen und die Verordnung von Arzneimitteln durch mehrere Ärzte transparenter gestaltet werden, indem die Patienten alle eingenommenen Arzneimittel eintragen und die Liste beim Arztbesuch vorlegen.

Die Flyer können Sie per E-Mail an Verordnung@kvb.de bestellen.

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimitteltherapiesicherheit* finden Sie

- den Flyer für die Arztpraxis
- den Flyer für die Psychotherapeutenpraxis
- das Informationsblatt des Bundesministeriums für Gesundheit
- einen Artikel zum Thema aus PROFUND 11/2009, Seite 39

Doppelverordnungen vermeiden

Die KVB stellt derzeit weitere praxisnahe Informationen zusammen, um Doppelverordnungen und unerwünschte Wechselwirkungen zu vermeiden. Auch sollen die Patienten Hilfe bekommen, um ihre Arzneimittel konsequent und richtig einzunehmen.

Dabei greifen wir gerne auch auf Ihre Erfahrungen zurück. Senden Sie uns Ihre Anregungen und Vorschläge bitte an die E-Mail-Adresse Verordnung@kvb.de unter dem Betreff „Arzneimitteltherapiesicherheit“.

Verordnungsinformationen für das Praxispersonal

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* und auch in den KVB INFOS wollen wir künftig praxisorientierte Informationen für Medizinische Fachangestellte zusammenstellen. Um dabei möglichst praxisnah vorzugehen, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe.

Schicken Sie uns einfach Ihre Fragen oder Anregungen per E-Mail unter dem Betreff „Gute Frage – Verordnungen“ an Verordnung@kvb.de oder per Fax an 0 89 / 5 70 93 – 6 49 09. Auf Grundlage dieser individuellen Fragen veröffentlichen wir dann Tipps und Hinweise.

Bitte beachten Sie auch, dass sich einige Veranstaltungen unseres Fortbildungsprogramms auch an Medizinische Fachangestellte richten, wie etwa das Seminar „Verordnungen – Workshop für Praxismitarbeiter“. Im ersten Halbjahr 2010 hatten wir beispielsweise Themenschwerpunkte zu Sprechstundenbedarf, Dauermedikation, Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Krankenbeförderung und häuslicher Krankenpflege. Auch im nächsten Jahr werden wir wieder Workshops für Praxismitarbeiter anbieten. Ihre Fragen helfen uns bei der Ausarbeitung.

Eine Übersicht der Seminare mit ausführlicher Beschreibung und allen Informationen zum Anmeldeverfahren sowie Informationen zu unserem Beratungsangebot finden Sie in der Seminarbroschüre sowie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Seminare*.

„Neue Arzneimittel“ – Information der AkdÄ

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

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

In der Ausgabe Nummer 13/2010 vom 10. Mai 2010 informiert die AkdÄ über folgende Arzneimittel:

Kinzalmono[®], Micardis[®] (Telmisartan), neu zugelassene Indikation – Reduktion der kardiovaskulären Morbidität

- a) bei Patienten mit manifester atherothrombotischer kardiovaskulärer Erkrankung (koronare Herzerkrankung, Schlaganfall oder periphere arterielle Verschlusskrankung in der Vorgeschichte) oder
- b) bei Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus mit dokumentiertem Endorganschaden.

Multaq[®] (Dronedaronhydrochlorid) – zur Behandlung von erwachsenen, klinisch stabilen Patienten mit nicht-permanentem Vorhofflimmern (aktuell bestehend oder in der Vorgeschichte), um ein Wiederauftreten von Vorhofflimmern zu verhindern oder die ventrikuläre Herzfrequenz zu senken.

Orencia[®] (Abatacept), neu zugelassene Indikation – in Kombination mit Methotrexat zur Behandlung der mäßigen bis schweren aktiven polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritis bei pädiatrischen Patienten ab sechs Jahren und älter, wenn das Ansprechen auf andere DMARDs einschließlich mindestens eines TNF α -Antagonisten nicht ausreichend ist.

Silodyx[®], Urorec[®] (Silodosin) – zur Behandlung der Anzeichen und Symptome einer benignen Prostatahyperplasie.

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* finden Sie Verknüpfungen zu folgenden Informationen der AkdÄ: Neue Arzneimittel, Therapieempfehlungen, Rote-Hand-Briefe, Drug safety Mail.

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

Infusionssets nur eingeschränkt verordnungsfähig

Infusionssets sind nur dann über Sprechstundenbedarf verordnungsfähig, wenn alle enthaltenen Bestandteile verordnungsfähiger Sprechstundenbedarf sind. Enthalten Sets nicht verordnungsfähige Artikel, so gilt demnach das gesamte Set als nicht verordnungsfähig. In solchen Sets befinden sich beispielsweise Einmalhandschuhe, Einmalspritzen und -kanülen, die den allgemeinen Praxiskosten zuzurechnen und nicht gesondert im Sprechstundenbedarf oder über Einzelverordnungen abrechnungsfähig sind.

Zudem kommt es bei Sets zum Teil zu erheblichen preislichen Aufwertungen im Vergleich zu den Einzelprodukten. Es stellt sich somit auch immer die Frage der Wirtschaftlichkeit der Verordnung im Einzelfall.

Weitere Informationen zur Verordnung von Sprechstundenbedarf finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Sonstiges/Buchstabe „S“*.

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

Neue Therapieallergene-Verordnung

Die neue Therapieallergene-Verordnung (TAV) sorgt für Bewegung und Änderung auf dem Markt der Therapieallergene. Mit der Ausgabe 30/2010 von „Arzneimittel im Blickpunkt“ stellen wir Ihnen die wichtigsten Änderungen vor und geben eine Übersicht über die Verfügbarkeit der Präparate zur subkutanen und zur sublingualen Therapie.

Die Spezifische Immuntherapie konnte bisher mit verschiedensten Allergenen durchgeführt werden. Diese Allergene waren entweder als Fertigarzneimittel durch das Paul-Ehrlich-Institut zugelassen oder aber als Individualrezepturen zur individuellen Therapie von der Zulassungspflicht befreit und als solche auf dem deutschen Markt verfügbar. Aktuell werden jedoch – analog zu den Entwicklungen auf dem Markt der „herkömmlichen“ Fertigarzneimittel – immer höhere Anforderungen an die Standardisierung der Extrakte und auch an Wirksamkeitsnachweise in klinischen Studien gestellt. Diese Entwicklung spiegelt sich in der neuen TAV wider, die am 14. November 2008 in Kraft trat. Sie weitet die Vorschrift zur Zulassung von Arzneimitteln auf bestimmte Therapieallergene aus. Allergene aus dieser Gruppe oder Mischungen, die diese Allergene enthalten, unterliegen in Zukunft der Zulassungspflicht.

Die TAV bezieht sich ausschließlich auf folgende, häufig verordnete homologe Allergengruppen:

- Süßgräser (Familie der Poaceae; außer Mais)
- frühblühende Bäume (Birke, Erle, Hasel)
- Hausstaubmilben (Arten der Gattung Dermatophagoides) und
- Bienen- und Wespengifte

Um etwas mehr Klarheit über die in Deutschland auch weiterhin vertriebenen Therapieallergene zu erhalten, haben wir alle Anbieter gebeten, uns mitzuteilen, für welche Therapieallergene eine Zulassung und damit eine weitere Verfügbarkeit auf dem deutschen Markt angestrebt wird.

Ausführliche Informationen mit einer Übersicht aus den Rückmeldungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel im Blickpunkt*.

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

woundEL-Therapie: keine Verordnungsmöglichkeit

Die AOK Bayern sieht weder im Rahmen der Einzelverordnung noch des Sprechstundenbedarfs eine Verordnungsmöglichkeit von woundEL Verband- und Disperserelektroden. Wir bitten Sie, diesen Hinweis im eigenen Interesse zu beachten.

Hintergrund

Nach Auffassung der AOK Bayern handelt es sich bei dem Therapieverfahren zur Wundbehandlung um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die dem Genehmigungsvorbehalt des Gemeinsamen Bundesausschusses unterliegt. Nach Paragraph 135, Absatz 1, SGB V, dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Paragraph 92, SGB V, entsprechende Empfehlungen abgegeben hat. Eine derartige Empfehlung liegt bislang nicht vor.

Auslöser

Der Hersteller fordert in seiner Arztinformation die Ärzte auf, die zur Wundbehandlung benötigten Verband- und Disperserelektroden patientenbezogen auf Muster 16 als Verbandstoff, alternativ – je nach KV-Bezirk – auch im Rahmen des Sprechstundenbedarfs zu verordnen.

Gern stellen wir Ihnen die Fachinformation auf Anforderung zur Verfügung.

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

Verordnung von Hypnotika/Hypnogenen

Nach der Neufassung der Arzneimittel-Richtlinie vom April 2009 ist die Verordnung von Hypnotika/Hypnogenen, Sedativa und Tranquillantien nur zur Kurzzeittherapie bis zu vier Wochen möglich. In medizinisch begründeten Einzelfällen ist eine länger als vier Wochen andauernde Therapie möglich. Diese längerfristige Anwendung ist besonders zu begründen. Hintergrund dieser Bestimmung ist selbstverständlich die Abhängigkeitsproblematik.

Hypnotika/Hypnogenen, Sedativa und Tranquillantien sind in der Regel nur zur Kurzzeitbehandlung von Schlafstörungen zugelassen. In den Fachinformationen wird auf die Toleranzentwicklung innerhalb weniger Wochen bei Anwendung kurzwirksamer Benzodiazepine und Benzodiazepin-ähnlicher Stoffe hingewiesen. Eine längere Verordnung würde damit einem Off-Label-Use entsprechen. Die Bedingungen für einen Off-Label-Use nach der gängigen Rechtsprechung sind jedoch nach unserer Einschätzung für eine längerfristige Verordnung von Schlafmitteln nicht erfüllt.

Bei den medizinisch begründeten Einzelfällen, die eine länger als vier Wochen dauernde Therapie rechtfertigen würden, handelt es sich zum Beispiel um psychiatrische Erkrankungen wie chronische Angststörungen. Hier sehen auch die Leitlinien eine längere Pharmakotherapie vor. Dazu sollten allerdings nur solche Präparate verordnet werden, die entsprechend ihrer arzneimittelrechtlichen Zulassung über einen längeren Zeitraum angewendet werden können.

Nach unserer Information prüfen die Krankenkassen gezielt nach längerfristigen Verordnungen von Schlafmitteln und führen diese Verordnungen Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu.

Eine Privatverordnung ist genauso kritisch

Auch die Verordnung auf Privatrezept ist von einer kritischen und unter Abwägung einer Nutzen und Risiko (Suchtpotenzial, Off-Label-Use) indizierten Entscheidung nicht ausgenommen. Gerne stellen wir Ihnen die aktuellen Fachinformationen der entsprechenden Arzneimittel auf Anfrage zur Verfügung. Daraus ist die Anwendungsbeschränkung auf die Kurzzeittherapie ersichtlich.

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

Agomelatin (Valdoxan®)

Agomelatin (Valdoxan®) ist bei der Behandlung von Episoden einer Major Depression bei Erwachsenen nicht das Mittel der ersten Wahl. Studien zur Wirksamkeit gegenüber Placebo ergaben einen geringen klinischen Effekt. In der Gesamtbewertung ergibt sich kein Hinweis auf einen Behandlungsvorteil von Agomelatin gegenüber kostengünstigeren Nichtselektiven Monoamin-Rückaufnahmehemmern (auch tri- und tetrazyklische Antidepressiva genannt) und Selektiven Serotonin-Rückaufnahmehemmern.

Sie haben die Möglichkeit, zu Agomelatin (Valdoxan®) – siehe auch Ausgabe 5/2010 der Publikation „Wirkstoff AKTUELL“ – eine Online-Fortbildung zu absolvieren. Das Fortbildungsportal unseres Arzneimittel-Infoservice finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

„Wirkstoff AKTUELL“

Hierbei handelt es sich um eine Publikation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, den Vertragsärzten Informationen zu Indikationen, therapeutischem Nutzen und Preisen von zugelassenen Therapien zur Verfügung zu stellen. Mit „Wirkstoff AKTUELL“ kommt die KBV diesem gesetzlichen Auftrag nach.

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

Digitale Seitenzeichen in der Röntgendiagnostik

Die Vorstandskommission Radiologie der KVB prüft im Rahmen der Qualitätssicherung im regelmäßigen Turnus Röntgenaufnahmen von Patienten. Zu einer vollständigen Dokumentation gehören zwingend die rechtfertigende Indikation, der radiologische Befund und die Aufzeichnung der Expositionsdaten. Die Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik – Qualitätskriterien röntgendiagnostischer Untersuchungen – ist die maßgebliche Rechtsgrundlage für die Prüfung der ärztlichen und aufnahmetechnischen Qualitätsanforderungen.

Kontinuierlich nimmt die Anzahl der digital betriebenen Röntgenanlagen zu. So verzeichnet die Kommission bei den Stichprobenprüfungen auch vermehrt Fälle, in denen die aufnahmetechnischen Anforderungen nicht leitlinienkonform erfüllt werden. Insbesondere das nachträgliche Anbringen einer elektronischen Seitenbezeichnung wird als unzulässig bemängelt. Die Leitlinie besagt eindeutig, dass die korrekte anatomische Seitenbezeichnung **während** der Aufnahme gekennzeichnet sein muss (Buchstabe A, Nummer 2, Absatz 4, Satz 1 der Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik).

Die Kommission fordert daher, dass die Seitenbezeichnung während der Aufnahme aufbelichtet wird, zum Beispiel durch ein an der Kassette befestigtes Seitenzeichen aus Blei. Einige digitale Aufnahmesysteme sind auch in der Lage, von vornherein eine Seitenbezeichnung in das Bild einzublenden. Dies muss allerdings aktiv vor der Aufnahme im Softwaresystem angewählt werden und ist dann auch im DICOM-Header ersichtlich. Die Speicherfolientechnik wird ja bekanntermaßen in gleicher Weise gehand-

habt wie die frühere analoge Filmaufnahmetechnik. Das Einblenden nach dem Einlesen oder während des Einlesens der Speicherfolien ist nicht geeignet, um die Anbringung eines Seitenzeichens während der Aufnahme zu ersetzen. Es werden immer wieder Fälle bekannt, in denen es zu Behandlungsfehlern kam, weil Seitenverwechslungen vorlagen.

Sofern ein Arzt bei sämtlichen Aufnahmen nachträglich angebrachte elektronische Seitenzeichen verwendet, wird die Kommission dies künftig (mindestens einmal) als erheblichen Mangel (Stufe 3) werten, die restlichen Aufnahmen können als Folgefehler mit Stufe 2 bewertet werden, sofern keine weiteren Beanstandungen festgestellt werden. Dies betrifft ebenfalls die Bildausdrucke digitaler Aufnahmen.

Bei Fragen erreichen Sie Ihre Ansprechpartner telefonisch unter
Angelika Glaser
0 89 / 5 70 93 – 33 44
Silvia Meyer
0 89 / 5 70 93 – 35 13
Agnes Betz
0 89 / 5 70 93 – 35 17
Andrea Kopeczek
0 89 / 5 70 93 – 33 46

Qualitätsmanagement: Ergebnisse der Stichproben

Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen jährlich mindestens 2,5 Prozent zufällig ausgewählte Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM) auffordern (Paragraph 8 der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Die QM-Kommission wertet anschließend die Ergebnisse der Stichprobe aus und leitet sie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) an den Gemeinsamen Bundesausschuss weiter.

530 Praxen angeschrieben

Für die dritte Stichprobe wurden insgesamt 530 KVB-Mitglieder aller Fachrichtungen angeschrieben. Bei einem Rücklauf von 88 Prozent aller Fragebögen sind 96 Prozent der befragten Praxen phasenkonform (Vergleich 2008: 84 Prozent der Praxen), das heißt, sie erfüllen die gesetzlichen Voraussetzungen entsprechend der Aufnahme ihrer niedergelassenen Tätigkeit.

Mehrheit in Umsetzungsphase

Sieben Prozent der befragten Praxen befinden sich in der **Planungsphase** und sind gerade dabei, konkrete Qualitätsziele festzulegen, eine schriftliche Selbstbewertung des Ist-Zustands der Praxis zu erstellen und Maßnahmen zur Einführung des Qualitätsmanagements zu planen. 58 Prozent, also der überwiegende Anteil der Praxen, ist in der **Umsetzungsphase** (Phase II) und ergreift konkrete Maßnahmen unter Verwendung aller geforderten Grundelemente und Instrumente der QM-Richtlinie. Bereits sechs Prozent der Praxen überprüfen die Einführung ihres einrichtungsinternen QM und bewerten jährlich die Umsetzung der QM-Elemente und -Instrumente und die Erreichung der ange-

Verteilung der QM-Phasen (■ 2009 n = 468, ■ 2008 n = 424)

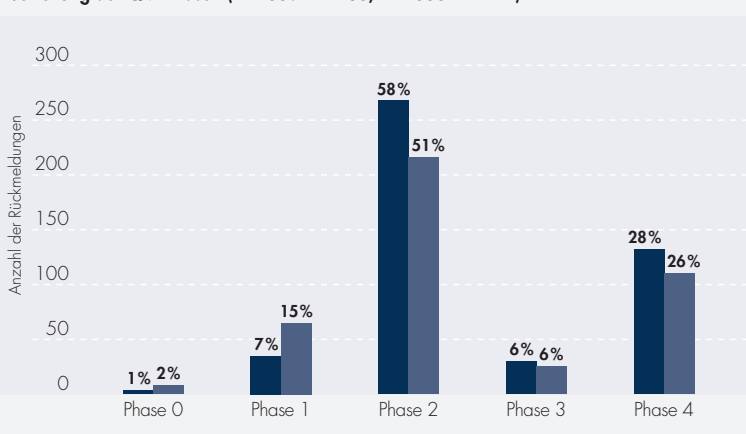


Abbildung 1

Quelle: KVB

Verteilung der verwendeten QM-Systeme im Jahr 2009 (n = 468)

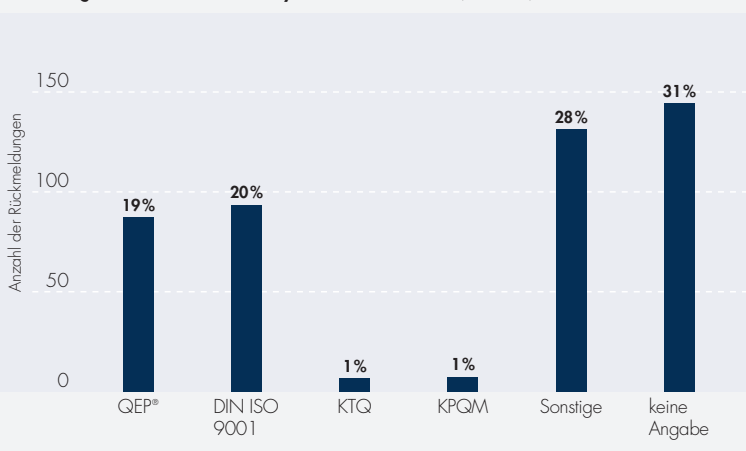


Abbildung 2

Quelle: KVB

Auffallende Ergebnisse der Selbstbewertung 2009 (n = 321, Mehrfachnennungen möglich)

	Konkrete Festlegung der Qualitätsziele	Überprüfung der Zielerreichung	Durchführung der Patientenbefragungen	Fehlermanagement	QM-bezogene Dokumentation
Ja	181	158	138	198	120
Verbesserungsfähig	110	131	76	107	156
Nein	24	29	99	15	39
Nicht anwendbar	7	6	10	2	6

Tabelle 1

Quelle: KVB

strebten Ziele. Sehr erfreulich ist, dass 28 Prozent der Praxen bereits in der **fortlaufenden Weiterentwicklung** ihres QM sind und sich im kontinuierlichen Verbesserungsprozess ihrer Praxisaktivitäten befinden. Nur ein Prozent der befragten Praxen hat **noch nicht** mit der Einführung des praxisinternen Qualitätsmanagements **begonnen**.

Große Akzeptanz für QEP®

Eine freiwillige Angabe war die Nennung des in der Praxis verwendeten QM. Die QM-Richtlinie schreibt kein System vor, die Praxis kann eines der am Markt befindlichen oder ein eigenes System unter Verwendung der geforderten Elemente und Instrumente verwenden. Große Akzeptanz erfährt weiterhin „QEP® – Qualität und Entwicklung in Praxen“ der KBV. Von den 323 Praxen, die eine Angabe zu ihrem QM-System machten, verwendet rund ein Fünftel der befragten Praxen das praxisorientierte QM-System, das für alle Fachrichtungen und Praxisgrößen geeignet ist und die Patientenversorgung in den Mittelpunkt stellt. QEP® wird vor allem von Fachärzten für Allgemeinmedizin und Psychotherapeuten favorisiert. Ähnlich häufig wird die DIN EN ISO 9001 verwendet, die überwiegend in fachärztlichen Praxen zur Anwendung kommt. Weitere genannte Systeme sind mit unter drei Prozent KPQM, EPA, KTQ und EFQM, aber auch QM-Systeme der Berufsverbände oder von anderen Anbietern.

Patientenmitwirkung steht in Praxen ganz oben

Hervorzuheben ist, dass 70 Prozent der Praxen ihre Selbsteinschätzung zum praxisinternen QM in einem Selbstbewertungsbogen wiedergegeben haben. Die Patientenmitwirkung unter anderem in diagnostischen/

therapeutischen Entscheidungen, die Information von Patienten und die Integration fachlicher und wissenschaftlicher Standards werden in fast allen Praxen umgesetzt. Verbesserungsbedarf sehen die Praxen noch im Bereich der Entwicklung und der anschließenden Überprüfung von Qualitätszielen. Rund ein Drittel der Praxen führt bislang noch keine Patientenbefragungen durch. Die KVB wird die Ergebnisse der Selbsteinschätzung in die Weiterentwicklung ihrer Seminare und Beratung rund um QM aufnehmen und den Praxen entsprechende Angebote machen.

Unterstützung durch die KVB

Sehr erfreulich ist, dass in den bayerischen Praxen das QM aktiv eingeführt und umgesetzt wird. Die KVB unterstützt ihre Mitglieder bei der Einführung mit zahlreichen Angeboten – von telefonischer Beratung über verschiedene Seminare bis hin zu weiterführendem Informationsmaterial. Letzteres finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätsmanagement*.

Hintergrund

Die Einführung und Weiterentwicklung von QM in der Praxis gliedert sich in die vier Phasen Planung, Umsetzung, Überprüfung und Weiterentwicklung. Nach In-Kraft-Treten der Richtlinie zum 1. Januar 2006 oder bei späterer Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit ist ein Zeitraum von jeweils zwei Jahren für die Planung und Umsetzung der Richtlinie vorgesehen. Zum 31. Dezember 2009 mussten alle Grundelemente eingeführt und umgesetzt werden. Eine Reihenfolge bei der Einführung der Instrumente ist dabei nicht vorgesehen. Die Richtlinie fordert die Einführung unter anderem von

- strukturierten Behandlungsabläufen
- Regelung von Verantwortlichkeiten
- Gestaltung von internen/externen Kommunikationsprozessen
- Patientenbefragungen
- Beschwerdemanagement
- Notfallmanagement
- Festlegung konkreter Qualitätsziele

Ihre Ansprechpartnerin bei Fragen:

Wiebke Stöppelmann

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36

Fax 09 11 / 9 46 67 – 4 00

E-Mail Wiebke.Stoepplmann@kvb.de

Unfälle mit Hochfrequenz-Elektroden

Die Gewerbeaufsicht des Regierungsbezirks Schwaben hat bei ihren Beggehungen in ambulant operierenden Praxen Schwierigkeiten im Umgang mit Hochfrequenz (HF)-Elektroden und der richtigen Handhabung durch die Anwender festgestellt. Zur Unterstützung bietet die Gewerbeaufsicht eine Information für Anwender an.

Die Hochfrequenzchirurgie stellt hohe Anforderungen an Anwender, Patienten, Elektroden und deren Aufbereitung. Hauptsächlich wird diese HF-Technik zum Schneiden von Gewebe, Koagulieren von Blut und neuerdings vermehrt zur Tumorablation (Zerstörung des Tumorgewebes ohne dieses zu entfernen) verwendet. Auf Grund der großen Ströme wird das biologische Gewebe innerhalb kürzester Zeit sehr stark erhitzt. Der eingestellte Strom ist immer ein Kompromiss zwischen zügigem Arbeiten und Überhitzung des Gewebes mit starker Rauchentwicklung.

In der Praxis werden häufig Mängel beziehungsweise Beschädigungen an HF-Elektroden festgestellt, die zum Beispiel zu folgenden Problemen führen können:

- Verbrennungen am oder im Patienten durch übermäßige Erwärmung
- Verbrennungen, Brände oder Verpuffungen im Operationsgebiet
- Elektrodenbrüche oder Verlust der Elektrodenspitze
- Hygienemängel durch überhitzte, abgeplatze oder anderweitig zerstörte Isolierungen an den Elektroden

Obwohl durch die Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung vorgeschrieben, werden bei weitem nicht alle

Vorkommnisse an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeldet. Trotzdem hat eine Auswertung der Vorkommnisse durch das BfArM bei der Anwendung von Hochfrequenz-Chirurgiegeräten gezeigt, dass relativ viele Mängel auftreten, die bei geschulten Anwendern und bei Beachtung der Herstellerangaben vermeidbar gewesen wären.

Beispiele für Maßnahmen, durch die in Verbindung mit ausreichend geschultem Personal die meisten Mängel verhindert werden:

- Geeignete Platzierung der Neutralelektrode (Herstellerangaben beachten, gegebenenfalls mehrere Neutralelektroden anbringen)
- Bei Umlagerung auf den richtigen Sitz der Neutralelektrode achten
- Bei hohen Strömen und längerer Benutzung der Elektroden (zum Beispiel bei der Tumorablation) maximal zulässiges Einschaltverhalten beachten (laut Herstellerangabe maximal zehn Sekunden Stromfluss und minimal 30 Sekunden Abkühlphase)
- Wegen Temperaturerhöhung minimale Verwendung von leitfähigen Flüssigkeiten, wie zum Beispiel Natriumchlorid im Operationsgebiet. Gegebenenfalls Ersatz durch nichtleitende Spüllösungen
- Minimal mögliche Leistung am Gerät einstellen
- Falls eine unerwartet hohe Leistung erforderlich ist, vor dem weiteren Einsatz zuerst das Arbeitsumfeld auf Mängel überprüfen (zum Beispiel auf geplatze Isolierung, verbrannte Elektrode, leitfähige Flüssigkeit)

- Vorsicht im Umgang mit brennbaren Stoffen wie Desinfektionsmitteln oder brandfördernden Elementen wie Sauerstoff. Hierbei immer die Arbeitsanweisungen und Herstellerangaben beachten
- Elektroden zur Entfernung von Rückständen möglichst nicht mechanisch bearbeiten (gegebenenfalls mit Bürste nach Herstellerangaben)
- Einsatzzeit der Elektroden begrenzen, gegebenenfalls weitere Elektroden vorhalten
- Nach Möglichkeit Bipolarelektroden verwenden
- Elektroden, bei denen die Isolierung oder die Spitze beschädigt sind, sofort austauschen
- Elektroden auch bei der anschließenden notwendigen Aufbereitung sorgfältig behandeln (Wasserstoffperoxid statt Feile), defekte Elektroden sofort ersetzen

Auf seiner Internetseite stellt das BfArM ein Formular zur Meldung von Vorkommnissen mit Medizinprodukten zur Verfügung: Sie finden es unter www.bfarm.de in der Rubrik Medizinprodukte/Formulare/Formblatt für die Meldung von Vorkommnissen durch sonstige Inverkehrbringer sowie Betreiber und Anwender.

Bei Fragen erreichen Sie Michael Kremmel vom Gewerbeaufsichtsamt Augsburg unter

Telefon	08 21 / 3 27 – 27 61
Fax	08 21 / 3 27 – 27 00
E-Mail	michael.kremmel@reg-schw.bayern.de

Notarzteinsätze: Dokumentationspauschale fällt weg

Die Dokumentationspauschale wird seit 1. April 2010 nicht mehr vergütet, die Krankenkassen haben die dafür zu Grunde liegende Vereinbarung gekündigt.

In der Vergangenheit konnte die KVB mit den Krankenkassen die Zahlung einer Vergütung für die Dokumentation in erster Linie deshalb vereinbaren, weil die Kassen die dokumentierten Daten für die Qualitätssicherung heranziehen wollten. Allerdings hat sich gezeigt, dass eine Auswertung der handschriftlichen Dokumentationen mit einem erheblichen Aufwand verbunden beziehungsweise ein Teil der Dokumentationen nicht auswertbar ist. Die Krankenkassen hatten daher bereits seit längerem die Zahlung der Dokumentationspauschale in Frage gestellt und die Vergütung schließlich zum 1. Oktober 2008 gekündigt. Um nicht ein falsches Zeichen in Bezug auf die Bedeutung der erhobenen Daten und des Qualitätsmanagements zu setzen, konnte die KVB die Krankenkassen allerdings dazu bewegen, trotz der schwierigen, zum Teil sogar unmöglichen Auswertbarkeit die Vergütung bis zum Start des emDoc-Portals weiterzuführen.

Die elektronische Dokumentation über emDoc sollte ab 1. Januar 2010 eine fortdauernde Auswertung aller Dokumentationen als Basis für ein umfassendes Qualitätsmanagement ermöglichen. So lautete die Forderung des Gesetzgebers. Damit hätte es zugleich ein Argument für die Fortführung der Dokumentationsvergütung und eine bessere Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen gegeben. Durch den aktuellen Verzicht auf die verpflichtende Dokumentation über emDoc konnte trotz intensiver Bemühungen die Vereinbarung leider nicht fortgeführt werden.

Die Pflicht zur Dokumentation der Einsätze in Papierform entfällt durch den Wegfall der Dokumentationspauschale allerdings nicht. Ärzte sind zur Dokumentation ihrer Tätigkeit verpflichtet, unabhängig davon, ob es sich um eine ambulante oder stationäre Behandlung oder eben um einen Notarzteinsatz handelt.

Hintergrund

Die Dokumentationspflicht wird unter anderem abgeleitet aus:

- dem Behandlungsvertrag als vertragliche Nebenpflicht
- dem ärztlichen Berufsrecht (vergleiche Paragraph 10, BO-Ä)
- verschiedenen Landesgesetzen (vergleiche Paragraph 18, Absatz 1, Nummer 3, Heilberufekammergesetz – HKG)
- Artikel 46, Absatz 1, BayRDG (speziell für die Notärzte in Bayern)
- den Bundesmantelverträgen (speziell für niedergelassene Ärzte)

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

Keine Hinweispflicht auf Berufshaftpflichtversicherung

Für eine Vielzahl von Berufen gilt neuerdings, dass in Veröffentlichungen, zum Beispiel auf der eigenen Website im Internet, Hinweise zur Berufshaftpflichtversicherung aufzunehmen sind (siehe hierzu die zum 17. Mai 2010 in Kraft getretene Dienstleistungs-Informationspflichten-Verordnung – DL-InfoV).

Diese Regelung gilt jedoch nicht für Gesundheitsdienstleistungen, also für Vertragsärzte und -psychotherapeuten (Ausnahmeregelung nach Artikel 2, Absatz 2, Buchstabe F der EU-Richtlinie). Falls Sie im Hinblick auf die DL-InfoV von Rechtsanwälten eine Abmahnung erhalten, empfehlen wir Ihnen, diese zurückzuweisen und sich gegebenenfalls rechtlich beraten zu lassen.

Hinweis

Die berufsrechtliche Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung wird hierdurch nicht tangiert. Auch bestehen die Hinweispflichtungen nach Paragraph 5 des Telemediengesetzes weiter, wonach auf der Internetseite einer Praxis Angaben unter anderem zum Namen, der Anschrift, gegebenenfalls Rechtsform, E-Mail-Adresse und Kammerzugehörigkeit veröffentlicht werden müssen.

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

Rechenschaftsbericht der KVB

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns gibt für das Geschäftsjahr 2008 über die Verwendung ihrer Mittel Auskunft (Paragraph 78, Absatz 3, in Verbindung mit Paragraph 305 b SGB V). Die KVB hat das Geschäftsjahr 2008 mit einem Jahresergebnis von 12,64 Millionen Euro und einer Bilanzsumme von 1,3 Milliarden Euro abgeschlossen.

Die Aufwendungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns betragen 2008 insgesamt 151.764 TEUR. Darin waren für den Personalaufwand 97.767 TEUR enthalten.

Ferner sind 2008 angefallen:

- Sachaufwand: 17.670 TEUR
- Aufwand für Sicherstellungsmaßnahmen: 13.733 TEUR
- Sonstiger Aufwand: 47 TEUR

Bei den Erträgen wurde eine Verwaltungskostenumlage in Höhe von 118.154 TEUR gebucht, dies entspricht einem Verwaltungskostensatz von 2,50 Prozent der verwaltungskostenpflichtigen Honorare. Über die Gebührenordnung wurden 2.954 TEUR vereinnahmt.

Von den Vertragspartnern wurden Kostenbeträge/Erstattungen in Höhe von 6.030 TEUR geleistet. Die übrigen Erträge betragen 37.270 TEUR.

Investitionen wurden im Geschäftsjahr 2008 in Höhe von 9.643 TEUR getätigt.

Wichtiger Hinweis in eigener Sache

Wegen Betriebsveranstaltungen der KVB sind unsere Bezirksstellen wie folgt geschlossen:

- Bezirksstelle Schwaben
2. Juli 2010
- Bezirksstelle Niederbayern
9. Juli 2010
- Bezirksstelle Oberpfalz
16. Juli 2010
- Bezirksstelle Oberfranken
16. Juli 2010
- Bezirksstellen München Stadt und Land sowie Oberbayern
23. Juli 2010
- Bezirksstelle Mittelfranken
23. Juli 2010
- Bezirksstelle Unterfranken
23. Juli 2010

Folgende Service-Telefonnummern sind am 23. Juli 2010 nicht besetzt:

- 0 18 05 / 90 92 90 – 10*
- 0 18 05 / 90 92 90 – 30*
- 0 18 05 / 90 92 90 – 55*
- 0 18 05 / 90 92 90 – 75*
- 0 18 05 / 90 92 90 – 95*

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Sie unsere Berater an diesen Tagen nicht persönlich erreichen können. Für Ihre telefonischen Anfragen stehen Ihnen die Berater unserer anderen Standorte gerne zur Verfügung. Eine automatische Telefonweitschaltung ist aktiviert.

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

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

Termine:

Samstag, 2. Oktober 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 4. Dezember 2010
 KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II

- Pädiatrische Akut- und Notfälle, 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

Termin:

Mittwoch, 20. Oktober 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul III

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

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

Termine:

Mittwoch, 22. September 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 10. November 2010
 KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul IV (fakultatives Modul) neu!

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

- Der psychiatrische Notfall im Bereitschaftsdienst

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

Termine:

Mittwoch, 21. Juli 2010
 KVB-Bezirksstelle München

Mittwoch, 29. September 2010
 KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

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 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 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

KVB-Seminare

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Internetnutzung – Datenschutz und Sicherheit

Abrechnungsworkshop Operateure und Belegärzte

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Teambesprechungen – ergebnisorientiert und nachhaltig

Kooperationen in der ärztlichen Praxis

Thementag: IT, Vernetzung, elektronische Dokumentation

Abrechnungsworkshop Urologen

Datenschutz in der Praxis

Abrechnungsworkshop Urologen

Gründer-/Abgeberforum

Thementag: IT, Vernetzung, elektronische Dokumentation

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Gründer-/Abgeberforum

Info-Tag: Praxisabgeber – Psychotherapeuten

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

QM-Seminare

Moderatorenschulung für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Hygienemanagement in Arztpraxen

QEP®-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Fortbildung für Qualitätszirkel-Moderatoren

QEP®-Kompakt für Medizinische Fachangestellte

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	14. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	14. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. Juli 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Juli 2010	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Juli 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	21. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juli 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juli 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	18. September 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	18. September 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	22. September 2010	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	135,- Euro	17. Juli 2010	9.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	15. September 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	17. September 2010 18. September 2010	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	135,- Euro	25. September 2010	10.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxismitarbeiter	90,- Euro	29. September 2010 20. Oktober 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg

