

KVBINFOS 05|09

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 62 Änderungen des EBM zum 1. April 2009
- 63 Änderungen in Kapitel 32 (Labor)
- 64 Hinweise zum Ausfüllen von Muster 10A
- 64 Abrechnung von Sachkosten
- 65 Auszahlungspunktwerte des Quartals 4/2009

VERORDNUNGEN

- 70 Neufassung der Arzneimittel-Richtlinie
- 71 Verordnung von Brustprothesen

- 71 Missbrauch von Fentanylpflastern
- 72 Einsparpotentiale bei Interferon beta 1b
- 72 Neue Arzneimittel
- 72 Richtig gestellt
- 73 Therapiesicherheit

PRAXISFÜHRUNG

- 73 Sprechstundentätigkeit – Mindestzeiten
- 74 Zu früh für neue Kartenlesegeräte

QUALITÄT

- 74 Sonographie Abdomen und Retroperitoneum

- 74 Fortbildungspunkte Sonographie

- 75 Mindestanzahl bei urologischen Röntgenaufnahmen

ALLGEMEINES

- 76 Service-Telefon: Warum kostenpflichtig?
- 76 Diabetesvereinbarungen bis Ende Juni gültig

SEMINARE

- 77 Fortbildung: „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 78 Die nächsten Seminartermine der KVB

ÄNDERUNGEN DES EBM ZUM 1. APRIL 2009

Es wurden neue Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2009 beschlossen. Ein Teil der Änderungen wurden bereits im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 13 vom 27. März 2009 (Seite A623) veröffentlicht und stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Hausärzte ohne Kinderärzte

Aufnahme von Kostenpauschalen für die Vergütung von Hilfeleistungen durch nicht-ärztliche Praxisassistenten bei Unterversorgung oder lokalem Versorgungsbedarf

Derzeit wurde in Bayern keine Unterversorgung und kein lokaler Versorgungsbedarf im hausärztlichen Versorgungsbereich festgestellt. Dennoch stellen wir Ihnen die neuen Pauschalen hier kurz vor.

Für die Vergütung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen durch nicht-ärztliche Praxisassistentinnen werden in Abschnitt 40.18 zwei neue Kostenpauschalen in das Kapitel 40 aufgenommen. Die Bundesmantelverträge werden um eine Anlage 8 ergänzt, die die Einzelheiten zur Erbringung dieser Hilfeleistungen regelt.

Voraussetzungen der Leistungserbringung

Die neuen Kostenpauschalen sind ausschließlich für Hausärzte (ohne Kinderärzte) berechnungsfähig. Ihre Erbringung und Abrechnung sind nur bei Vorliegen der folgenden Voraussetzungen möglich:

- **Feststellung von Unterversorgung**
Für den Ort der Leistungserbringung muss vom Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen eine ärztliche

Unterversorgung, eine drohende Unterversorgung oder ein zusätzlich lokaler Versorgungsbedarf im hausärztlichen Versorgungsbereich festgestellt worden sein (eine Unterversorgung im hausärztlichen Bereich wird nach den Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte vermutet, wenn ein Unterschreiten des geplanten Bedarfs um 25 von Hundert vorliegt).

- **Qualifikation der Praxisassistentin**
Ein qualifizierter Berufsabschluss, Berufserfahrung sowie eine Zusatzqualifikation der nicht-ärztlichen Praxisassistentin ist nachzuweisen (Genehmigung durch die KV erforderlich)
- Nur für Hilfeleistungen bei eingeschränktem Patientenkreis berechnungsfähig
(Beispiel: Patienten ab 65 Jahren mit schwerwiegender chronischer Erkrankung, die die Praxis des Arztes aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen aufsuchen können)

Die neuen Pauschalen

GOP 40870

Kostenpauschale für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen **in der Häuslichkeit des Patienten**, einschließlich Wegkosten je Sitzung 17,00 Euro

GOP 40872

Kostenpauschale für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen **für einen weiteren Patienten derselben häuslichen Gemeinschaft, für einen Patienten in Alten- oder Pflegeheimen und/oder für Patienten im Rahmen der weiteren postoperativen Behandlung nach GOP 31600**, einschließlich Wegkosten je Sitzung 12,50 Euro

Obligate Leistungsinhalte

- Persönlicher nicht-ärztlicher Praxisassistentinnen-Patienten-Kontakt
- Aufsuchen des Patienten zum Zwecke der Versorgung
- Dokumentation der erhobenen Befunde, gegebener Anweisungen beziehungsweise durchgeführter Maßnahmen

Fakultative Leistungsinhalte

- Leistungen des Versorgungsauftrages nach Anlage 8 der Bundesmantelverträge
- In der Versichertenpauschale fakultativ enthaltene Leistungen

Weitere Informationen zur Leistungserbringung und Abrechnung der neuen Pauschalen

Sollte der Landesausschuss zukünftig in Ihrer Region für die Arztgruppe der Hausärzte eine ärztliche Unterversorgung, eine drohende Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf feststellen, werden wir Sie **als Hausarzt gezielt in einem gesonderten Anschreiben** über die Voraussetzungen zur Leistungserbringung und Abrechnung der neuen Pauschalen informieren.

Nähere Informationen finden Sie in der Veröffentlichung des Beschlusses im Deutschen Ärzteblatt oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/EBM-BEZO*.

Haus- und Fachärzte

Aufnahme von Kostenpauschalen für die Verordnung der Palliativversorgung

Für die Vergütung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der Palliativversorgung werden in Abschnitt 40.17 zwei neue Kostenpauschalen in das Kapitel 40 aufgenommen

ÄNDERUNGEN IN KAPITEL 32 (LABOR)

GOP 40860

Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der **Erstverordnung** der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, einmal im Behandlungsfall 25,00 Euro

GOP 40862

Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der **Folgeverordnung** zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, höchstens zweimal im Behandlungsfall 15,00 Euro

Berechnungsfähig von:

Hausärzten, Kinder- und Jugendmedizinern, Anästhesisten, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzten, Hautärzten, Fachärztlich tätigen Internisten, Kinder- und Jugendpsychiatern, MKG-Chirurgen, Neurologen, Nervenärzten und Neurochirurgen, Orthopäden, Psychiatern, Strahlentherapeuten sowie Urologen

Laborärzte

Labor-Grundpauschale GOP 12220 – Absenkung der Punktzahl

Wie bereits mitgeteilt, wurde die Punktzahl der Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendung mit Wirkung zum 1. April 2009 um den Faktor 0,6407 angepasst. Die Punktzahl ändert sich damit von bisher 65 Punkte auf neu 40 Punkte. Der Euro-Preis der GOP 12220 wurde in der Bayerischen Euro-Gebührenordnung dementsprechend von bisher 2,28 Euro auf 1,41 Euro geändert.

Präambel 12.1 – Qualifikationsvoraussetzungen für die Erbringung und Abrechnung humangenetischer Leistungen durch Laborärzte

Für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin gelten die zur Abrechnung von Leistungen des Abschnitts 11.3 (humangenetische Leistungen) geforderten Qualifikationsvoraussetzungen als erfüllt.

Redaktionelle Klarstellung durch Ergänzung der Präambel 12.1 Punkt 7.

Genetische Untersuchungen

Keine Aufnahme indikationsbezogener Höchstwerte für genetische Untersuchungen in Kapitel 11 und 32 zum 1. April 2009

Mit Rundschreiben Honorar – Ausgabe 01/2009 vom 9. Januar 2009 hatten wir Sie über den Beschluss der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen beziehungsweise der Partner der Bundesmantelverträge zur Aufnahme erster indikationsbezogener Höchstwerte für humangenetische/molekulargenetische Untersuchungen in Kapitel 11 und 32 mit Wirkung zum 1. April 2009 informiert.

Die Beratungen hierzu auf Bundesebene dauern noch an, sodass die Einführung der Höchstwerte nicht wie geplant zum 1. April 2009, sondern voraussichtlich erst zum 1. Oktober 2009 erfolgt.

Wir halten Sie über die weitere Entwicklung auf dem Laufenden.

Mit Wirkung zum 1. Juli 2009 wurden Änderungen im Bereich Labor (Kapitel 32) beschlossen. Diese Änderungen sind im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 13 vom 27. März 2009, veröffentlicht und stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

GOP 31831 und 31836

Nebeneinanderberechnung von Nukleinsäurenachweis und kulturellen Untersuchungen/Antigennachweisen von CMV und Neisseria gonorrhoeae nur in begründeten Einzelfällen

Die Nukleinsäurenachweise von CMV (GOP 32831) und von Neisseria gonorrhoeae (GOP 32836) sind nur in begründeten Einzelfällen neben den kulturellen Untersuchungen und/oder Antigennachweisen von CMV oder Neisseria gonorrhoeae berechnungsfähig. Aufnahme einer Anmerkung zum Katalog der Gebührenordnungspositionen 32829 bis 32844.

GOP 32842

Keine Nebeneinanderberechnung des Nukleinsäurenachweises von Mycoplasmen neben entsprechenden kulturellen Untersuchungen/Antigennachweisen

Neben dem Nukleinsäurenachweis von Mycoplasmen nach Gebührenordnungsposition 32842 können kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise von Mycoplasmen nicht berechnet werden. Aufnahme einer Anmerkung zum Katalog der Gebührenordnungspositionen 32829 bis 32844.

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

HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN VON MUSTER 10A

Vermeiden Sie Rückfragen und erhöhten Bearbeitungsaufwand bei der automatisierten Erfassung und Bearbeitung Ihrer Anforderungen von Laboruntersuchungen in Laborgemeinschaften, indem Sie beim Ausfüllen des Musters 10A bitte Folgendes beachten:

- Drucken Sie das Muster 10A erst dann aus, wenn Sie Ihre Anforderungen abschließend in das Formular am PC eingetragen haben.
- Nehmen Sie nach dem Ausdruck des Formulars keine handschriftlichen Markierungen von Anforderungen von Laboruntersuchungen mehr vor. Diese nachträglichen Markierungen werden nicht mehr im Barcode ausgewiesen und können daher zu Problemen bei der Laborgemeinschaft führen.

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 SACHKOSTEN

Bitte achten Sie vor allem bei ambulanten Operationen auf eine richtige Erfassung in Ihrer Quartalsabrechnung, damit Sie eine korrekte Vergütung der Sach- und Materialkosten erhalten:

- a) Sachkosten**pauschalen** (Feld 5001) zum Beispiel 96102
- b) Sachkosten**bezeichnung** (Feld 5011) zum Beispiel L057 (mit der in der Sachkostenvereinbarung vorgegebenen Sachkostenbezeichnung)
- c) Sach**kosten**/Material**kosten** in Euro/Cent – je nach Praxissoftware – (Feld 5012)
- d) medizinische Indikation oder Firmenname mit der Artikelnummer und/oder der Bestellnummer (Feld 5009) – sofern nach der Sachkostenvereinbarung erforderlich

Vergessen Sie bitte nicht, auch die erforderlichen Rechnungen einzureichen.

Weitere Hinweise finden Sie in den „Anwendungsbestimmungen der KVB für die Abrechnung mittels verwertbaren Datenträgern“ (Abschnitt 4.5 – Stand Juli 2006) unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/EDV in der Arztpraxis/EDV-Abrechnung – Regelungen und Richtlinien*.

Hinweis im Prüfprotokoll

Die Höhe der abgerechneten Sachkosten können Sie auf Ihrer Abrechnungsdatei kontrollieren. Das KVB-Prüfmodul liefert am Ende des Prüfprotokolls folgenden Hinweis: „Dies ist keine Fehlermeldung, sondern eine statistische Auswertung. In der geprüften Abrechnungsdatei summieren sich die Werte der von Ihnen als Euro-/Cent-Wert erfassten Sach- und Materialkosten auf EUR nn.nnn,nn und wurden insgesamt auf n Abrechnungsschein(en)

im laufenden Quartal zum Ansatz gebracht.“

Bei der Kontrolle speziell der abgerechneten Gebührenordnungsnummern (GO) liefert das Prüfmodul zusätzlich noch eine GO-Statistik.

Bitte denken Sie auch an die Vorgaben zur Abrechnung von Maximalbeträgen (zum Beispiel bei L057 10,58 Euro) und eventuell vorzunehmenden Abzügen (zum Beispiel L023, L086).

In einem Leitfaden unter www.kvb.de in der Rubrik *Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Ambulantes Operieren* finden Sie eine Übersicht zu den Maximalbeträgen (Seite 18) und zu den vorzunehmenden Abzügen (Seite 20, 22).

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

AUSZAHLUNGSPUNKTWERTE DES QUARTALS 4/2008

REGIONAL- UND ERSATZKASSEN (gültig auch für besondere Kostenträger nach BMÄ bzw. EGO)

| Arztgruppenspezifische Honorarfonds | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| | Regionalkassen (ohne Kasse IKK Direkt) | | Ersatzkassen | | Vergütung bei Kasse IKK Direkt (Einzelleistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung) |
| | Leistungen bis Punktzahlgrenz- volumen bzw. für freie Leistungen lt. HVV | Leistungen über Punktzahlgrenz- volumen lt. HVV | Leistungen bis Punktzahlgrenz- volumen bzw. für freie Leistungen lt. HVV | Leistungen über Punktzahlgrenz- volumen lt. HVV | |
| Hausärzte (ohne Kinderärzte) ¹⁾ | 3,61 | 0,36 | 3,56 | 0,36 | 5,11 |
| Kinderärzte ¹⁾ | 3,74 | 0,37 | 4,05 | 0,40 | 5,11 |
| Sonstige Ärzte ²⁾ (Durchschnittspunkt- wert Fachärzte) | 2,85 | | 3,12 | | 5,11 |
| Anästhesisten | 2,27 | 0,21 | 2,62 | 0,26 | 5,11 |
| Augenärzte | 2,96 | 0,30 | 3,24 | 0,32 | 5,11 |
| Chirurgen | 2,52 | 0,25 | 2,70 | 0,27 | 5,11 |
| Gynäkologen | 3,14 | 0,27 | 3,61 | 0,36 | 5,11 |
| HNO-Ärzte | 3,11 | 0,31 | 3,59 | 0,36 | 5,11 |
| Hautärzte | 2,92 | 0,29 | 3,33 | 0,33 | 5,11 |
| Fachärztliche Internisten (inkl. Lungenärzte) | 3,01 | 0,31 | 2,69 | 0,27 | 5,11 |
| Laborärzte | 1,21 | | 1,33 | | 5,11 |
| MKG-Chirurgen | 3,48 | 0,35 | 4,62 | 0,46 | 5,11 |
| Nervenärzte | 2,43 | 0,24 | 2,63 | 0,26 | 5,11 |
| Orthopäden | 3,26 | 0,33 | 3,58 | 0,36 | 5,11 |
| Pathologen | 2,47 | | 2,54 | | 5,11 |
| Ärztliche Psychotherapeuten | 2,15 | 0,19 | 2,54 | 0,24 | 5,11 |
| Radiologen/ Nuklearmediziner | 2,28 | 0,21 | 2,61 | 0,26 | 5,11 |
| Urologen | 2,94 | 0,29 | 3,04 | 0,30 | 5,11 |
| Psychologische Psychotherapeuten | 2,48 | 0,25 | 2,88 | 0,31 | 5,11 |
| Ärztlich geleitete Einrichtungen | 2,03 | | 2,15 | | 5,11 |

Leistungsspezifische Honorarfonds

| | Regionalkassen (ohne Kasse IKK Direkt) | | Ersatzkassen | | Vergütung bei Kasse IKK Direkt (Einzelleistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung) |
|---|---|--|---|--|---|
| | Leistungen bis Punktzahlgrenz- volumen bzw. für freie Leistun- gen lt. HVV | Leistungen über Punktzahlgrenz- volumen lt. HVV | Leistungen bis Punktzahlgrenz- volumen bzw. für freie Leistun- gen lt. HVV | Leistungen über Punktzahlgrenz- volumen lt. HVV | |
| MRT-Leistungen für Fachärzte | 4,53 | 0,30 | 4,53 | 0,33 | 5,11 |
| Ambulantes Operieren für Fachärzte | 3,00 | | 3,00 | | 5,11 |
| Psychotherapeutische Leistungen: Genehmigungspflichtige/ zeitabhängige Leistungen (bei Regionalkassen siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“) | (bei Regionalkassen siehe „Leistungen au- ßerhalb der pauschalierten Vergütung“) | | 4,37 | | (siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“) |
| Probatorische Leistungen, Gutachterberichte, biogr. Anamnese für Fachärzte und Psychotherapeuten | 3,47 | | 2,56 | | 5,11 |

Bereitschaftsdienst

| | Regionalkassen (ohne Kasse IKK Direkt) | Ersatzkassen | Vergütung bei Kasse IKK Direkt (Einzelleistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung) |
|--------------------------------------|---|--------------|---|
| Bereitschaftsdienst für Fachärzte | 3,61 | 3,56 | 5,11 |

| Leistungen mit festem Punktwert innerhalb der pauschalierten Vergütung | | | |
|---|--|--------------|--|
| | Regionalkassen (ohne Kasse IKK Direkt) | Ersatzkassen | Vergütung bei Kasse IKK Direkt (Einzelleistungen außer- halb der pauschalierten Vergütung) |
| GOP 34291 und 34292 (Herzkatheteruntersuchung) | 5,11 | 5,11 | 5,11 |
| GOP 33070, 33071 und 33075 (Duplex-Sonographie) Nervenärzte/Neurologen/Psychiater | 5,00 | 5,00 | 5,11 |
| GOP 01420 (Häusliche Krankenpflege) | | 4,86 | (siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“) |
| Mammographie GOP 34270 bis 34274 (mit Teilnahme am Strukturvertrag) | (bei Regionalkassen siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“) | 4,09 | (siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“) |
| GOP 33042N (QS Sono Abdomen) | 1,50 | 1,50 | 1,50 |
| Strukturvertrag: ■ spezielle fachinternistische Lstg. ■ spezielle pulmologische Lstg. | (bei Regionalkassen siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“) | 3,50 | (siehe „Leistungen außerhalb der pauschalierten Vergütung“) |
| ■ Onkologie | | 3,89 | |

| Leistungen mit festem Punktwert außerhalb der pauschalierten Vergütung | | | | | | | |
|---|-------|-------|---------------|---------------|-------|-------------------|------------------|
| | AOK | LKK | IKK Direkt | Übrige IKK | BKK | Ersatz- kassen | Knapp- schaft |
| Belegärztliche Leistungen | 5,080 | 5,080 | 5,110 | 4,950 | 4,950 | 4,950 | 4,700 |
| Strahlentherapie ■ zugelassene Ärzte | 4,000 | 4,000 | 5,110 | 4,000 | 4,000 | 4,000 | 4,700 |
| ■ ermächtigte Ärzte | 2,300 | 2,300 | 5,110 | 2,300 | 2,300 | 2,300 | 4,700 |
| GOP 01100/01101 (Unvorhergesehene Inanspruchnahme) | 4,400 | 4,400 | 5,110 | 4,400 | 4,300 | 4,300 | 5,080 |
| GOP 01210 (Notfallpauschale im organisierten Notfalldienst) | 3,100 | 3,100 | 5,110 | 3,100 | 3,100 | 4,300 | 5,080 |
| GOP 01211 (Zusatzpauschale im Notfall/ organisierten Notfalldienst) | 5,000 | 5,000 | 5,110 | 5,000 | 5,000 | 4,300 | |
| GOP 01410 bis 01412/N (Besuche) | 4,400 | 4,400 | 5,110 | 4,400 | 4,300 | 4,300 | 5,080 |

| Leistungen mit festem Punktwert außerhalb der pauschalierten Vergütung | | | | | | | |
|--|-------|-------|------------|------------|----------------------------|--------------|-------------|
| | AOK | LKK | IKK Direkt | Übrige IKK | BKK | Ersatzkassen | Knappschaft |
| GOP 01415, 01415N (Besuche) | 4,066 | 4,066 | 5,110 | 4,066 | 4,066 | 4,300 | |
| GOP 01422, 01424 (Häusliche Krankenpflege) | | | | | | | 4,700 |
| GOP 01611 (Medizinische Rehabilitation) | 4,850 | 4,850 | 5,110 | 4,850 | 4,850 | 4,760 | 4,700 |
| GOP 01620A ff. (Kassenanfragen) | 4,850 | 4,850 | 5,110 | 4,850 | 4,850 | | 4,700 |
| GOP 01700, 01701 (Grundpauschale Labor) | | | | | | | 4,700 |
| GOP 01826 und 19311 (Zytologie) | 5,080 | 5,080 | 5,110 | 5,000 | | | |
| GOP 01950 bis 01952 (Methadon) | 3,590 | 3,590 | 5,110 | 3,620 | 3,650 | 3,590 | 4,700 |
| GOP 06332 (Photodynamische Therapie) | 3,840 | | 5,110 | 3,840 | | 3,870 | 4,700 |
| GOP 10343, 10344 (Malign. Hautveränderung) | 4,066 | 4,066 | 5,110 | 4,066 | 4,066 | | |
| GOP 13621 (Immunapherese) | 3,840 | | 5,110 | 3,840 | | 3,870 | 4,700 |
| GOP 14220, 14222 und 14310 (Kinder- und Jugendpsychiatrie) | 3,608 | 3,830 | 5,110 | 3,019 | 3,262 | | |
| Schmerztherapie GOP 30700, 30702 | 5,080 | 5,080 | 5,110 | 5,080 | 4,800 | 4,230 | 5,000 |
| GOP 30704 | 4,066 | 4,066 | 5,110 | 4,066 | 4,066 | 4,230 | 5,000 |
| GOP 30706, 30708 | 4,066 | 4,066 | 5,110 | 4,066 | | | 5,000 |
| GOP 30790, 30791 (Akupunktur) 1. bis 5. Sitzung | 4,700 | 4,700 | 5,110 | 4,066 | 4,700 | 4,020 | 4,700 |
| 6. bis 10. Sitzung | 3,750 | 3,750 | 5,110 | 4,066 | 3,750 | 4,020 | 4,700 |
| 11. bis 15. Sitzung | 2,350 | 2,350 | 5,110 | 4,066 | 2,350 | 4,020 | 4,700 |
| Schlafstörungdiagnostik GOP 30900 | | | | | | 4,760 | |
| GOP 30901 | 3,900 | 3,900 | 5,110 | 3,900 | 3,900 | 4,760 | 4,700 |
| GOP 30901C | 5,080 | 5,080 | 5,110 | 5,080 | 5,080 | | |
| GOP 30800, 30810 und 30811 (Soziotherapie) | 3,840 | | 5,110 | 3,840 | 4,066 (nicht GOP 30800) | 3,870 | 4,700 |
| GOP 31010A bis 31013A (OP-Vorbereitung durch Hausärzte) | 4,400 | 4,400 | 5,110 | 4,400 | 4,300 | 4,300 | |

| Leistungen mit festem Punktwert außerhalb der pauschalierten Vergütung | | | | | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|------------|---------------------------|---------------------------|--|-------------|
| | AOK | LKK | IKK Direkt | Übrige IKK | BKK | Ersatzkassen | Knappschaft |
| GOP 31362, 31734, 31735 (Phototh. Keratektomie) | 4,066 | 4,066 | 5,110 | 4,066 | 4,066 | 3,870 | 4,700 |
| GOP 34431 (Mamma-MRT) | 3,840 | | 5,110 | 3,840 | | 3,870 | 4,700 |
| GOP 34270 bis 34274 (Mammographie) ■ mit Teilnahme am Strukturvertrag/ BMS | 4,870 | 4,870 | 5,110 | 4,800 | 4,650 | (siehe Leistungen mit festem Punktwert innerhalb der pauschalierten Vergütung) | 4,700 |
| ■ ohne Teilnahme am Strukturvertrag | 1,500 | 1,500 | 2,000 | 1,500 | 1,500 | | |
| GOP 34470 bis 34492 (MRT-Angiographie) Künstliche Befruchtung mit Begleitleistung | 3,840 | 3,840 | 5,110 | 3,840 | 3,650 | 3,870 | 4,700 |
| Chlamydien Screening | 4,066 | 4,066 | 5,110 | 4,066 | 4,066 | (Vergütung innerhalb der pauschalierten Vergütung) | 4,700 |
| Psychotherapeutische genehmigungspflichtige/zeitabhängige Leistungen | 4,370 | 4,370 | 5,110 | 4,370 | 4,370 | (siehe Seite 66 Leistungsspezifische Honorarfonds) | 4,370 |
| Strukturvertrag: ■ spezielle ambulante Operationen | 4,950/ 4,190 | 4,950/ 4,190 | 5,110 | 4,600/ 4,000 | 4,000/ 3,540 | 4,200/ 3,820 | 4,700 |
| ■ Anästhesien | 4,840/ 4,190/ 4,140 | 4,840/ 4,190/ 4,140 | 5,110 | 4,750/ 4,130/ 4,000 | 4,000/ 3,540 | 4,200/ 3,820 | 4,700 |
| ■ postoperative Überwachung | 5,000/ 4,190 | 5,000/ 4,190 | 5,110 | 4,750/ 4,000 | 4,000/ 3,540 | 4,200/ 3,820 | 4,700 |
| ■ spezielle fachinternistische Lstg. ■ spezielle pulmonologische Lstg. | 4,880/ 4,150 | 4,880/ 4,150 | 5,110 | 4,324/ 4,000 | 4,740/ 4,000/ 3,500 | (siehe Leistungen mit festem Punktwert innerhalb der pauschalierten Vergütung) | |
| Onkologie ³⁾ im Behandlungsfall mit GOP 86501 ■ mit Teilnahme an der INN-Vereinbarung | 5,000 | 5,000 | 5,110 | 5,000 | 5,000 | | |
| ■ zugelassene Ärzte | 4,324 | 4,324 | 5,110 | 4,324 | 4,324 | | |
| ■ ermächtigte Ärzte | 3,700 | 3,700 | 5,110 | 3,700 | 3,700 | | |
| Zusatzpauschale Onkologie ⁴⁾ | 7,494 | 7,494 | 5,110 | 7,494 | 7,494 | | 7,494 |
| Onkologie in Zusammenarbeit mit Apotheken | 5,000 | | | | | | |

Erläuterungen zu den Auszahlungspunktwerten des Quartals 4/2008

¹⁾ Mit diesem Auszahlungspunktwert werden bei Hausärzten/Kinderärzten die Leistungsspektren für Übrige Leistungen, ambulante Operationen und Bereitschaftsdienst vergütet.

Dies gilt auch für psychotherapeutische Leistungen, sofern diese nicht mit dem festen Punktwert von 4,37 Cent bei Regional- und Ersatzkassen bzw. 5,11 Cent bei IKK Direkt vergütet werden.

²⁾ Dieser Auszahlungspunktwert gilt auch für Leistungen bei Hausärzten nach § 73 SGB V.

Den Sonstigen Ärzten sind lt. HWV Anlage 5 folgende Fachgruppen zugeordnet:

- Kinder- und Jugendpsychiater
- Neurochirurgen
- Ärzte für phys. und rehab. Medizin (Punktwert Regionalkassen 3,33 Cent/0,33 Cent, Punktwert Ersatzkassen 3,42 Cent/0,34 Cent)
- Arbeitsmedizin
- Humangenetik
- Hygiene und Umweltmedizin
- Öffentliches Gesundheitswesen
- Pharmakologie und Toxikologie
- Rechtsmedizin
- Präventiv ermächtigte Ärzte

³⁾ GOP 01510 bis 01512, 02100, 02110 bis 02112, 02120, 13500 bis 13502

⁴⁾ Gilt für die Fachgruppen Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Gastroenterologen, Pneumologen, MKG-Chirurgen und Urologen

Anmerkung:

Die Leistungen der Postbeamtenkrankenkasse werden wie folgt vergütet:

Übrige Leistungen

- ambulant 7,41 Cent
- stationär 6,31 Cent

Laborleistungen

- ambulant 7,21 Cent
- stationär 6,14 Cent

NEUFASSUNG DER ARZNEIMITTEL-RICHTLINIE

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 22. Januar 2009 die Neufassung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) mit In-Kraft-Treten zum 1. April 2009 beschlossen.

Ziele

Mit der Neufassung soll ein in sich konsistentes, übersichtlich aufgebautes und zur schnellen Information geeignetes Instrument zur Verfügung stehen, das alle für die Arzneimittelversorgung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erforderlichen Informationen enthält. Eine Neufassung war notwendig geworden, um die zahlreichen gesetzlichen Änderungen der vergangenen Jahre in diesem Bereich abzubilden. So wurde erstmalig die Regelung zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln außerhalb der zugelassenen Anwendungsgebiete im Rahmen klinischer Studien eingefügt (Paragraph 35c SGB V).

Umfang

Lassen Sie sich nicht vom Umfang der Neufassung abschrecken. Die Inhalte sind teilweise seit Monaten und Jahren bekannt und Teil Ihrer täglichen Arbeit. Wir unterstützen Sie bei der Umsetzung. Über wesentliche inhaltliche Änderungen werden Sie von uns durch Rundschreiben informiert. Zudem finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen* eine Schnellübersicht mit

- Aussagen zur Verordnungsfähigkeit
- Hinweisen für die Verordnung von OTC-Präparaten
- Hinweisen auf eine eventuell erforderliche besondere Dokumentation
- Informationen zur Fundstelle in den AM-RL
- den gesetzlichen Grundlagen

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 BRUSTPROTHESEN

Brustprothesen sind erforderlich nach der teilweisen oder vollständigen Entfernung der Brust nach einem Mammakarzinom beziehungsweise anderen Erkrankungen sowie bei ein- oder beidseitiger Fehl- oder Rückbildung der Brust.

Aufgabe der Brustprothese ist neben dem optischen Ausgleich auch die Erhaltung der Körpersymmetrie sowie das Erreichen eines der natürlichen Brustvergleichbaren Bewegungsverhaltens.

Viele Brustprothesen können in geeignete handelsübliche BHs eingelegt werden. Sofern erforderlich, können spezielle Taschen/Patten in den BH eingenäht werden. Die Reinigung der Brustprothese erfolgt mit handelsüblichen Mitteln und fällt in den Eigenverantwortungsbereich der Versicherten. Gleiches gilt auch für die Reinigung der Haut, die ebenfalls mit handelsüblichen Mitteln erfolgen kann.

Zur Grundversorgung gehört **eine** Brustprothese. Da die Reinigung der Brustprothese problemlos mit handelsüblichen Mitteln möglich ist, ist eine Doppelausstattung aus hygienischen Gründen nicht erforderlich. Die Regelgebrauchszeit für Brustprothesen beträgt zwei Jahre.

Ausführliche Informationen und Unterstützung bei der Hilfsmittelversorgung Ihrer Patientinnen bietet Ihnen das Service-Telefon Verordnung der KVB.

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

MISSBRAUCH VON FENTANYLPFLASTERN

Fentanyl ist ein narkotisierendes Analgetikum mit mindestens 80-mal höherer Wirkstärke als Morphin. Die Angaben über die Freisetzungsraten von Fentanyl im Mikrogrammbereich aus therapeutischen Pflastern lassen in der Praxis offenbar vergessen, dass im gesamten Pflaster je nach Stärke vier bis 24 Milligramm Fentanyl enthalten sind. Werden solche Fentanylmengen in missbräuchlicher Absicht intravenös zugeführt, ist aufgrund der atemdepressiven Wirkung mit tödlich endenden Vergiftungen zu rechnen.

Bei einem Drogenmissbrauch wird das fentanylhaltige Pflaster zerschnitten, um an den Wirkstoff zu kommen. Fentanyl wird „in der Szene“ auch zum Strecken von Heroin und vereinzelt von Kokain verwendet. Fentanylpflaster beinhalten – auch nach Gebrauch – noch Mengen an Fentanyl, die Drogensüchtige nicht davon abhalten, selbst aus dem Abfall solche Pflaster zu ziehen und entsprechend für den intravenösen Gebrauch aufzubereiten.

Empfehlung

Prüfen Sie genau, ob Sie bei Ihnen unbekanntem Patienten – vor allem bei jüngeren Erwachsenen, die üblicherweise nicht zum Personenkreis der chronischen Schmerzpatienten gehören – Fentanylpflaster verordnen wollen. Weisen Sie Ihre Patienten auf eine sichere Entsorgung hin, die eine auch nur teilweise Wiedergewinnung von Fentanyl ausschließt, zum Beispiel Abgabe in der Apotheke, verbrennen, fein zerschneiden etc.

Missbrauch von rezeptpflichtigen Medikamenten

Der Internationale Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen hat bereits in seinem Jahresbericht für 2006 davor gewarnt, dass der weltweite Missbrauch von rezeptpflichtigen Medikamenten auf dem besten Wege ist, den

Missbrauch von illegalen Drogen zu übertreffen. In Nordamerika und Europa registrierte der Suchtkontrollrat bereits eine steigende Anzahl von Todesfällen, die im Zusammenhang mit Missbrauch von Suchtstoffen wie Fentanyl und Oxycodon stehen.

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

EINSPARPOTENTIALE BEI INTERFERON BETA 1B

Der Markt der Anbieter für Interferon hat sich in letzter Zeit erweitert, sodass nunmehr für den Wirkstoff Interferon Beta 1b erhebliche Einsparpotentiale bei Einsatz vollkommen identischer Präparate bestehen. In „Verordnung aktuell“ haben wir am 9. Februar 2009 die wichtigsten Informationen zusammengefasst.

Die ausführliche Veröffentlichung der KVB finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen*.

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 ARZNEIMITTEL

Neue Arzneimittel sind aktuelle Informationen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) für Ärzte über neu zugelassene Arzneimittel und neu zugelassene Indikationen in der Europäischen Union. Sie geben Auskunft zu Indikation, Bewertung, klinischen Studien, unerwünschten Arzneimittelwirkungen sowie zu Anwendung bei besonderen Patientengruppen, Dosierung und Kosten. Die Informationen basieren auf den Angaben des Europäischen Öffentlichen Bewertungsberichts der Europäischen Behörde für Arzneimittel.

Unter www.kvb.de finden Sie in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen* einen Block für „Externe Publikationen“ mit einem Link zur AkdÄ.

Zu folgenden Arzneimitteln wurden in diesem Jahr Veröffentlichungen eingestellt (Stand: 31. März 2009):

Enbrel® (Etanercept)

Neu zugelassene Indikation – Erweiterung der Zulassung zur Behandlung der chronischen schweren Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab dem Alter von acht Jahren

Filgrastim Hexal® und Zarzio® (Filgrastim)

Zugelassen für die gleichen Anwendungsgebiete wie das Referenzarzneimittel Neupogen®

Rasilez HCT® (Aliskiren/Hydrochlorothiazid)

Kombinationsarzneimittel zur Behandlung der essenziellen Hypertonie bei Erwachsenen

RoActemra® (Tocilizumab)

Zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver rheumatoider Arthritis in Kombination mit Methotrexat

Stelara 45 mg Injektionslösung (Ustekinumab)

Zur Behandlung der Plaque-Psoriasis bei erwachsenen Patienten.

Vidaza® (Azacitidin)

Zur Behandlung erwachsener Patienten, die für eine Transplantation hämatopoetischer Stammzellen nicht geeignet sind.

Seit Anfang 2009 können Sie die Informationen der AkdÄ als kostenlosen Newsletter regelmäßig per E-Mail erhalten. Sie können ihn auf der Internetseite der AkdÄ unter www.akdae.de abonnieren.

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

RICHTIG GESTELLT

In der letzten Ausgabe (4/2009) der KVB INFOS hieß es auf Seite 54:

Verordnung – Muster 16 auf Namen des Patienten/Kennzeichnung Ziffer „8“

- Engerix-B Erwachsene
- Gardasil für 12- bis 17-jährige
- Mencevax: Meningokokken A,C,W,Y – unter Beachtung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission STIKO

Richtig muss es heißen:

- Hepatitis B-Impfstoff
- HPV-Impfstoff für 12- bis 17-jährige Mädchen
- Meningokokken-Impfstoff

Wir bitten das Versehen zu entschuldigen.

THERAPIESICHERHEIT

In so genannten „Rote-Hand-Briefen“ informieren pharmazeutische Unternehmen die Fachkreise über neu erkannte, bedeutende Arzneimittelrisiken und über Maßnahmen zu ihrer Minderung. Auf unserer Internetseite unter www.kvb.de finden Sie in der Rubrik *Praxisinformationen/Verordnungen* die Rote-Hand-Briefe der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ).

Zu folgenden Arzneimitteln gibt es dort Veröffentlichungen (Stand 31. März 2009):

- Barazan[®], Generika; Wirkstoff Norfloxacin
- Raptiva[®], Wirkstoff Efalizumab
- Fareston[®], Wirkstoff Toremifen
- Octenisept[®], Wirkstoff Octenidindihydrochlorid, 2-Phenoxyethanol
- Avastin[®], Wirkstoff Bevacizumab
- Wirkstoff Moxifloxacin
- Torisel[®], Wirkstoff Temsirolimus

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

SPRECHSTUNDENTÄTIGKEIT – MINDESTZEITEN

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten müssen mindestens 20 Stunden Sprechstundentätigkeit anbieten. Bereits seit dem 1. Juli 2007 enthalten die Bundesmantelverträge eine Regelung, wonach alle, die eine Zulassung mit einem vollen Versorgungsauftrag besitzen, an ihrem Vertragsarzt-sitz beziehungsweise Vertragspsychotherapeuten-sitz persönlich diese Stundenzahl pro Woche ausüben müssen. Bei einer Teilzulassung reduziert sich diese Pflicht auf wöchentlich mindestens zehn Stunden. Die Sprechstunden müssen auf einem Praxisschild mit festen Uhrzeiten bekannt gemacht werden.

Dabei handelt es sich nur um eine gesetzliche Mindestvorgabe. Bei einem erhöhten Versorgungsbedarf kann es durchaus erforderlich sein, dass ein Sprechstundenangebot von 20 Stunden nicht ausreichend ist. Von den weisungsunabhängigen Zulassungsausschüssen wird mitunter der Einwand erhoben, dass zugelassene Leistungserbringer nicht die erforderlichen Mindestsprechstundenzeiten anbieten.

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass die Zulassungsausschüsse bei einem dauerhaften Verstoß gegen die Präsenzverpflichtung die (hälftige) Zulassung entziehen können. Bitte überprüfen Sie daher, ob Ihr derzeitiges Sprechstundenangebot diesen Erfordernissen genügt und erweitern Sie gegebenenfalls Ihr Angebot auf wöchentlich mindestens 20 Stunden beziehungsweise zehn Stunden.

Sollte es für Sie vorübergehend aus bestimmten Gründen (zum Beispiel Krankheit, Pflege von Angehörigen, Kindererziehung) nicht möglich sein, Ihrem vollen oder hälftigen Versorgungsauftrag ausreichend nachzukommen, kann der Zulassungsausschuss auf Antrag

bis zu zwei Jahren das (hälftige) Ruhen der Zulassung genehmigen.

Die Präsenzberater der KVB stehen Ihnen für weitere Informationen gerne zur Verfügung. Ihre Kontaktdaten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/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

ZU FRÜH FÜR NEUE KARTENLESEGERÄTE

Rechtzeitig vor der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sind neue Kartenlesegeräte auf dem Markt, die sowohl die Krankenversicherungskarten als auch die elektronischen Gesundheitskarten lesen können.

Vorgesehen ist eine Erstattungspauschale für jedes Kartenlesegerät. Bevor Sie sich jedoch ein neues Gerät anschaffen, sollten Sie noch warten, bis die Refinanzierung auf Landesebene geregelt ist.

Verschiedene Firmen werben damit, dass Sie bereits jetzt die Pauschale für neue Kartenlesegeräte erhalten. Das ist falsch. Die Pauschale erhalten Sie erst ab einem in der Refinanzierungsvereinbarung noch festzulegenden Zeitpunkt, und ausschließlich für Geräte, die Sie danach angeschafft haben.

Wir empfehlen Ihnen, derzeit noch mit dem Kauf zu warten. Sobald die Details geklärt sind, informieren wir Sie.

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

SONOGRAPHIE ABDOMEN UND RETROPERITONEUM

Seit 2006 haben sich knapp 500 Kinder- und über 5000 Haus- und Fachärzte erfolgreich im Rahmen der Qualitätsmaßnahme Sonographie für den Anwendungsbereich Abdomen und Retroperitoneum zertifiziert. Voraussetzung für das Zertifikat war zum einen der Nachweis eines Ultraschallgerätes mit 256 Graustufen, zum anderen die erfolgreiche Teilnahme an der internetbasierten Fachprüfung der KVB.

Diese Zertifikatsinhalte werden nun durch die neue, bundesweit gültige Ultraschallvereinbarung, die zum 1. April 2009 in Kraft getreten ist, größtenteils ersetzt. Aus diesem Grund konnten mit den Krankenkassen keine Folgeverträge für eine qualitätsbezogene Mehrvergütung verhandelt werden. Damit ist die Zusatzvergütung für zertifizierte Ärzte zum Jahresende 2008 ausgelaufen.

Dementsprechend sind schon erworbene Zertifikate derzeit nicht vergütungsrelevant. Die Vergütung mit und ohne Zertifikat erfolgt seit 1. Januar 2009 laut BÉGO. Eine Neuzertifizierung ist seit 1. April 2009 nicht mehr möglich. Die Fachwissensprüfungen im Internet der KVB (Tutorials SonoAdult und SonoKid) können jedoch weiterhin auf freiwilliger Basis durchlaufen 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

FORTBILDUNGSPUNKTE SONOGRAPHIE

Für die internetbasierten Fachwissensprüfungen im Bereich der abdominalen Sonographie (Tutorials SonoAdult und SonoKid) sowie im Bereich der Pränataldiagnostik (SonoBaby) hat die KVB bei der Bayerischen Landesärztekammer erfolgreich Fortbildungspunkte beantragt.

Somit können alle Teilnehmer, die eine der Sonographie-Fachwissensprüfungen erfolgreich (mit mehr als 70 Prozent richtigen Antworten) seit Herbst 2008 durchlaufen haben oder zukünftig absolvieren, bis zu zwölf Fortbildungspunkte erwerben. Die Anzahl der Fortbildungspunkte ist dabei abhängig von der Anzahl der richtigen Antworten. Pro Kalenderjahr können die Prüfungen jeweils ein Mal zum Erwerb von Fortbildungspunkten genutzt werden.

Nähere Informationen zur Berechnung der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte den Hinweisen auf den Prüfungsseiten.

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

MINDESTANZAHL BEI UROLOGISCHEN RÖNTGENAUFNAHMEN

Die Vorstandskommission Radiologie legte in Anlehnung an die Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik als Spruchpraxis fest, dass bei einem Ausscheidungsurogramm in der Regel **drei** Aufnahmen (Leeraufnahme, Kontrastaufnahme, Aufnahme nach Miktion) notwendig sind, da nur auf diesem Weg auch die Blasenfunktion abschließend geklärt werden kann. Für die Aufnahme nach Miktion ist ein kleineres Format (30/40) ausreichend.

Sofern eine angemessene Indikation vorliegt und nur ganz bestimmte klinische Fragen beantwortet werden sollen (zum Beispiel Kontrolle nach einer ESWL), würden ausnahmsweise auch zwei Bilder akzeptiert.

Anforderungen an die Darstellung der Röntgenaufnahmen

Bildmerkmale ohne Kontrastmittelgabe:

- Darstellung des gesamten Bereichs der Nieren und ableitenden Harnwege vom oberen Nierenpol bis zum Perineum
- Abgrenzbare Nierenkonturen
- Abgrenzung der seitlichen Psoasränder
- Darstellung von verkalkten Strukturen
- Darstellung der regionaltypischen Morphologie und Kontraste, einschließlich der ossären Strukturen

Bildmerkmale nach Kontrastmittelgabe:

- Dichtezunahme des Nierenparenchyms durch nephrographischen Effekt
- Lage, Konfiguration und Anzahl der Nieren sowie der kontrastmittelgefüllten Harnblase und des harnableitenden Systems
- Darstellung des zeitlichen Verlaufs von Ausscheidung und Abfluss (ggf. Spätaufnahme)

- Darstellung der Harnblase und distalen Harnleiterregion nach Entleerung

Die zeitliche Abfolge der Aufnahmen nach Kontrastmittelgabe und die Lagerung des Patienten werden nach Auswertung der vorangehenden Leeraufnahme von dem die Untersuchung beaufsichtigenden Arzt festgelegt.

Zu beachten sind die kritischen Strukturen wie zum Beispiel die Verkalkungen in Größe, Form und Anordnung sowie die Abgrenzung der Nierenkonturen und die Abgrenzung der Fornices.

Den vollständigen Text der Leitlinie – insbesondere die ärztlichen und aufnahmetechnischen Qualitätsanforderungen – finden Sie im Internet unter www.bundesaerztekammer.de unter dem Stichwort „Leitlinien“.

Für Fragen erreichen Sie unsere Mitarbeiterinnen telefonisch

Angelika Glaser
0 89 / 5 70 93 – 33 44

Silvia Meyer
0 89 / 5 70 93 – 35 13

SERVICE-TELEFON: WARUM KOSTENPFLICHTIG?

Die Service-Telefonnummer der KVB kostet 14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz. Warum müssen Sie einem Dienstleister, der ohnehin schon von Ihnen finanziert wird, zusätzlich eine Gebühr für den Telefon-Service bezahlen? Für viele Mitglieder ist das nicht nachvollziehbar.

Um als KVB wirtschaften zu können, führt aber kein Weg an den kostenpflichtigen Telefonnummern vorbei. Die Gebühr stellt für uns **keine** zusätzliche Einnahmequelle dar, sie deckt nicht einmal die Kosten des Telefonanbieters sowie Bereitstellungskosten und laufende Kosten.

Alle Varianten zu diesem einheitlich von der Regulierungsbehörde des Anbieters festgelegten Telefon-/Faxtarif hätten zur Folge, dass die KVB die Restkosten des Telefonats zu tragen hätte. Das wiederum ginge zu Lasten des Verwaltungshaushalts und somit aller anderen Mitglieder.

Da ausschließlich Anrufer mit spezifischen Fragen zur Abrechnung und Praxisführung die 01805-Nummer wählen, ist zudem eine verursachergerechte Kostenübernahme gewährleistet: Mitglieder, die häufig anrufen, übernehmen ihre eigenen Kosten und belasten nicht alle übrigen Mitglieder.

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

DIABETESVEREINBARUNGEN BIS ENDE JUNI GÜLTIG

In der PROFUND-Ausgabe 1/2009 hatten wir über die Kündigungen der Diabetesvereinbarungen durch die BKK, Signal Iduna IKK (bisher „Vereinigte IKK“) und Knappschaft informiert. In den laufenden Verhandlungen haben wir als Zwischenergebnis erreicht, dass diese Kassen die Diabetesvereinbarungen trotz Kündigung noch bis zum 30. Juni 2009 gegen sich gelten lassen. Somit können Sie bis zu diesem Zeitpunkt weiterhin alle Leistungen aus diesen Vereinbarungen wie bisher abrechnen.

Zudem wird von allen Vertragspartnern das Ziel verfolgt, für das 3. Quartal 2009 wieder eine Diabetesvereinbarung abzuschließen. Wir empfehlen Ihnen dennoch vorsorglich, Schulungen aus den jeweiligen Verträgen für alle betroffenen Patienten bis zum 30. Juni 2009 abzuschließen. Sobald neue Verhandlungsergebnisse vorliegen, informieren wir Sie umgehend.

Hinweis: Die DMP-Verträge aller Kassen gelten regulär weiter, das heißt, Sie können wie bisher Patienten einschreiben und DMP-Leistungen bei DMP-Patienten abrechnen.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Mitarbeiter, Bertram Deuringer, unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 32 66

FORTBILDUNG: „AKUTSITUATIONEN IM ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST“

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) bieten wir Ihnen praxisorientierte Veranstaltungen 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 II)
- Erfahrene Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkte
- Begleitmaterial

Zielgruppen:

- Vertragsärzte, die am Bereitschaftsdienst teilnehmen oder teilnehmen möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter oder im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (unter bestimmten Voraussetzungen zur Teilnahme an Fortbildungen verpflichtet!)
- Sonstige interessierte Ärzte

Die drei Themen-Module

Modul I:

- Kardiozirkulatorische Notfälle mit Fallbeispielen
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation, auch Richtlinien der BLÄK sowie des European Resuscitation Council (ERC)
- Praktische Übungen in Form eines Mega-Code-Trainings

Fortbildungspunkte: 8

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: jeweils 9.00 – 16.15 Uhr

Termine:

Samstag, 9. Mai 2009
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Samstag, 11. Juli 2009
KVB-Bezirksstelle München/Oberbayern

Samstag, 26. September 2009
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Samstag, 28. November 2009
KVB-Bezirksstelle Schwaben

Modul II:

- Atemwegserkrankungen und -verlegung bei Kindern
- Vergiftungen/Ingestionsunfälle im Kindesalter
- Weitere typische Erkrankungen im Kindesalter (Fieberkrampf und Verletzungen, Verbrennungen und Verbürhungen)

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: jeweils 17.00 – 20.00 Uhr

Termine:

Mittwoch, 27. Mai 2009
KVB-Bezirksstelle München/Oberbayern

Mittwoch, 22. Juli 2009
KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Mittwoch, 28. Oktober 2009
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Modul III:

- Fallbeispiele aus und für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Wichtige Aspekte zur Leichenschau
- Informationen zur Abrechnung, Praxisgebühr und zu Formularen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: jeweils 17.00 – 20.30 Uhr

Termine:

Mittwoch, 17. Juni 2009
KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Mittwoch, 23. September 2009
KVB-Bezirksstelle München/Oberbayern

Mittwoch, 18. November 2009
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Weitere Informationen zu dieser Fortbildung erhalten Sie unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89

Das Anmeldeformular finden Sie unter
www.kvb.de in der Rubrik *Service/Seminare*.

DIE NÄCHSTEN SEMINARTERMINE DER KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu QM-Seminaren

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

Anmeldung und weitere Seminare

Anmeldeformulare und weitere Veranstaltungen finden Sie in unseren Seminarbroschüren 2009 und im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Seminare 2009*.

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

KVB-Seminare

Patientenorientierte Telefonkommunikation für Praxismitarbeiter

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start als niedergelassener Arzt/Psychotherapeut

Abrechnungsworkshop Operierende Fachgruppen mit Anästhesisten, Chirurgen, Orthopäden, Urologen

Abrechnungsworkshop Urologen

Das Telefon als Visitenkarte der Praxis

Verordnungen – Workshop für Medizinische Fachangestellte

Abrechnungsworkshop Belegärzte

Info-Tag: Praxisabgeber

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder-/Jugendlichen-Psychiater

Aktive Praxissteuerung – betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Praxisbesonderheiten im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start als niedergelassener Arzt/Psychotherapeut

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start als niedergelassener Arzt/Psychotherapeut

QM-Seminare

„Kommunikation im Qualitätsmanagement“ (Halbtagesseminar)

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

„Patientenmanagement“ (QEP-Tagesseminar)

| Zielgruppe | Teilnahmegebühr | Datum | Uhrzeit | Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle) |
|---|-----------------|------------------------------|---|---------------------------------------|
| Praxismitarbeiter | 95,- Euro | 8. Mai 2009 | 15.00 bis 19.00 Uhr | Würzburg |
| Praxisinhaber kurz nach der Niederlassung | kostenfrei | 9. Mai 2009 | 10.00 bis 15.00 Uhr | Nürnberg |
| Praxismitarbeiter | kostenfrei | 13. Mai 2009 | 15.00 bis 18.00 Uhr | Augsburg |
| Praxismitarbeiter | kostenfrei | 15. Mai 2009 | 15.00 bis 18.00 Uhr | Nürnberg |
| Praxismitarbeiter | 95,- Euro | 15. Mai 2009 | 15.00 bis 19.00 Uhr | Augsburg |
| Praxismitarbeiter | kostenfrei | 20. Mai 2009 | 15.00 bis 18.00 Uhr | Würzburg |
| Praxismitarbeiter | kostenfrei | 22. Mai 2009 | 15.00 bis 18.00 Uhr | Nürnberg |
| Praxisinhaber | kostenfrei | 23. Mai 2009 | 10.00 bis 15.00 Uhr | München |
| Praxismitarbeiter | kostenfrei | 26. Mai 2009 | 15.00 bis 18.00 Uhr | Straubing |
| Praxismitarbeiter | kostenfrei | 27. Mai 2009 | 15.00 bis 18.00 Uhr | München |
| Praxisinhaber | kostenfrei | 27. Mai 2009 | 15.00 bis 18.00 Uhr | München |
| Praxisinhaber | kostenfrei | 27. Mai 2009 | 15.00 bis 18.00 Uhr | Regensburg |
| Praxismitarbeiter | kostenfrei | 27. Mai 2009 | 15.00 bis 18.00 Uhr | Bayreuth |
| Praxismitarbeiter | kostenfrei | 28. Mai 2009 | 15.00 bis 18.00 Uhr | Regensburg |
| Praxismitarbeiter | kostenfrei | 16. Juni 2009 | 15.00 bis 18.00 Uhr | Würzburg |
| Praxisinhaber kurz nach der Niederlassung | kostenfrei | 17. Juni 2009 | 15.00 bis 19.00 Uhr | München |
| Praxisinhaber kurz nach der Niederlassung | kostenfrei | 17. Juni 2009 | 15.00 bis 19.00 Uhr | Bayreuth |
| Zielgruppe | Teilnahmegebühr | Datum | Uhrzeit | Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle) |
| Praxisinhaber und -mitarbeiter | 95,- Euro | 13. Mai 2009 | 15.00 bis 19.00 Uhr | München, Nürnberg |
| Praxisinhaber und -mitarbeiter | 220,- Euro | 14. Mai 2009 15. Mai 2009 | 15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.30 Uhr | Straubing |
| Praxisinhaber und -mitarbeiter | 188,- Euro | 23. Mai 2009 | 9.00 bis 16.30 Uhr | München, Nürnberg |

