

KVBINFOS 06|10

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 74 Zahlungstermine im Jahr 2010
- 74 EBM-Änderungen zum 1. Juli 2010
- 81 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 3/2010
- 81 Chronikerzuschlag (GOP 03212, 04212)

QUALITÄT

- 82 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- 84 Strahlenschutz bei Schädelaufnahmen
- 89 Ultraschalldiagnostik: Genehmigungsverfahren

SEMINARE

- 90 Die nächsten Seminartermine der KVB

Zahlungstermine im Jahr 2010

10. Juni 2010

2. Abschlagszahlung 2/2010

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

EBM-Änderungen zum 1. Juli 2010

Mit Wirkung zum 1. Juli 2010 wurden Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und des Kapitels 32 (Labor) beschlossen. Die Beschlüsse stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Die wichtigsten Änderungen haben wir Ihnen nachfolgend zusammengestellt. Die Beschlüsse mit den Leis-

tungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail waren in den folgenden Heften des Deutschen Ärzteblattes veröffentlicht: Heft 9 vom 5. März 2010 (Seite A 406), Heft 13 vom 2. April 2010 (Seiten A 618 bis 621), Heft 14 vom 9. April 2010 (Seiten A 673 bis 675), Heft 15 vom 16. April 2010 (Seite A 722 f.) und Heft 16 vom 23. April 2010 (Seite A 779 f.).

Hausärzte

Versichertenpauschalen – Änderung der Bewertungen und Prüfzeiten

Die **Punktzahlen der hausärztlichen Versichertenpauschalen** werden wie folgt geändert:

GOP	Bewertung				Prüfzeit	
	alt		neu		alt	neu
	Punkte	Wert BÉGO	Punkte	Wert BÉGO	Minuten	Minuten
03110	1000	35,05 €	1190	41,71 €	22	26
03111	900	31,54 €	880	30,84 €	20	k. Ä.
03120	500	17,52 €	595	20,85 €	11	13
03121	450	15,77 €	440	15,42 €	10	k. Ä.

Die **Punktzahlen der kinder- und jugendärztlichen Versichertenpauschalen** werden wie folgt geändert:

GOP	Bewertung				Prüfzeit	
	alt		neu		alt	neu
	Punkte	Wert BÉGO	Punkte	Wert BÉGO	Minuten	Minuten
04110	1000	35,05 €	1190	41,71 €	22	26
04111	900	31,54 €	880	30,84 €	20	k. Ä.
04120	500	17,52 €	595	20,85 €	11	13
04121	450	15,77 €	440	15,42 €	10	k. Ä.

Der Grund für die Änderung ist, dass für die Kalkulation der Versichertenpauschalen der Kinder bis zum fünfnten Lebensjahr bei den EBM-Änderungen ab 1. Januar 2008 die Daten der Hausärzte verwendet wurden. In die Versichertenpauschalen wurden damals unter anderem der Ganzkörperstatus nach den alten Gebührenordnungspositionen 03311 und 04311 aufgenommen. Die Berechnung dieses Ganzkörperstatus war jedoch bei Kindern bis zum vierten Lebensjahr nicht

begrenzt und wurde von Kinder- und Jugendärzten bei kleinen Kindern häufiger erbracht und berechnet. Dieses wurde jetzt mit der Änderung der Bewertung und Prüfzeiten der Versichertenpauschalen berücksichtigt.

**GOP 01758:
Für mitbehandelnde Hausärzte bei Angabe des programmverantwortlichen Arztes auch ohne Genehmigung berechnungsfähig**

Mitbehandelnde Hausärzte können ihre Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz nach der Gebührenordnungsposition 01758 auch ohne die Genehmigung für das Mammographie-Screening abrechnen. In diesem Fall ist der programmverantwortliche Arzt in der Abrechnung anzugeben.

► Aufnahme einer entsprechenden Anmerkung nach GOP 01758

Fachärzte

Fachgruppen mit Zusatzpauschale Onkologie – Grundpauschalen: Änderung der Bewertungen, Prüf- und Kalkulationszeiten

Seit dem 1. Januar 2008 können bestimmte Fachgruppen für die Betreuung

von Krebspatienten arztgruppenspezifische onkologische Zusatzpauschalen berechnen. Bei Aufnahme der Zusatzpauschalen wurde zu ihrer Finanzierung beschlossen, die Häufigkeit der Gebührenordnungspositionen zu erheben und auf dieser Grund-

lage eine Bereinigung der Leistungsbewertung der Grundpauschalen der betroffenen Arztgruppen durchzuführen. Dieses ist nun erfolgt. Die neuen Bewertungen, Kalkulationszeiten und Prüfzeiten entnehmen Sie bitte der nachfolgenden Aufstellung.

GOP	Bewertung				Kalkulationszeit		Prüfzeit	
	alt		neu		alt	neu	alt	neu
	Punkte	Wert BÉGO	Punkte	Wert BÉGO	Minuten	Minuten	Minuten	Minuten
07211	630	22,08 €	625	21,91 €	25	k. Ä.	20	k. Ä.
08211	420	14,72 €	410	14,37 €	15	k. Ä.	12	k. Ä.
08212	475	16,65 €	415	14,54 €	17	15	14	12
09212	580	20,33 €	575	20,15 €	22	21	18	17
10211	395	13,84 €	k. Ä.	k. Ä.	13	12	10	9
10212	440	15,42 €	405	14,16 €	14	13	12	11
13392	570	19,98 €	555	19,45 €	21	k. Ä.	17	k. Ä.
13642	595	20,85 €	590	20,68 €	22	k. Ä.	18	k. Ä.
15211	320	11,22 €	310	10,86 €	13	12	8	7
15212	370	12,97 €	290	10,16 €	14	12	10	9
26211	485	17,00 €	465	16,30 €	18	17	15	14
26212	605	21,20 €	510	17,87 €	23	19	18	15

GOP 01758:

Für mitbehandelnde Frauenärzte bei Angabe des programmverantwortlichen Arztes auch ohne Genehmigung berechnungsfähig

Mitbehandelnde Frauenärzte können ihre Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz nach Gebührenordnungsposition 01758 auch ohne die Genehmigung für das Mammographie-Screening abrechnen. In diesem Fall ist der programmverantwortliche Arzt in der Abrechnung anzugeben.

► Aufnahme einer entsprechenden Anmerkung nach GOP 01758

GOP 08320:

Für Chirurgen und Radiologen mit Sono-Genehmigung berechnungsfähig

Die Mammastanzbiopsie nach Gebührenordnungsposition 08320 ist nun auch von Chirurgen und Radiologen berechnungsfähig, wenn sie über die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik verfügen.

► Aufnahme der GOP 08320 in die Präambeln zu Kapitel 7 Nr. 3 und Kapitel 24 Nr. 7

GOPen 11210 bis 11212:

Für Vertragsärzte mit Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“ nicht berechnungsfähig

Vertragsärzte mit Zusatzbezeichnung

„Medizinische Genetik“, die human-genetische Leistungen nach Abschnitt 11.3 erbringen, rechnen die Grundpauschale ihres jeweiligen arztgruppenspezifischen Kapitels ab. Die human-genetischen Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 11210 bis 11212 können von diesen Ärzten nicht berechnet werden.

► Aufnahme des Absatzes Nr. 10 in die Präambel zu Kapitel 11

GOPen 13250 und 13258:

Kosten für allergologische Basisdiagnostik in Leistungen enthalten

Die Kosten für die allergologischen Tests sind bereits in den Leistungen der allergologischen Basisdiagnostik nach den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 beinhaltet und können daher nicht gesondert berechnet werden. Dieses wurde durch Aufnahme des Zusatzes „einschl. Kosten“ in die Leistungslegenden der Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 klargestellt.

GOP 13250 und GOP 32247 nicht neben fachinternistischem Basiskomplex berechnungsfähig

Die Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status ist sowohl als Teilleistung der Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung nach Gebührenordnungsposition 13250 als auch als Einzelleistung nach Gebührenordnungsposition 32247 in Abschnitt 32.3 (Speziallabor) im EBM abgebildet. Die Gebührenordnungspositio-

nen 13250 und 32247 können in derselben Sitzung nicht nebeneinander berechnet werden.

► Aufnahme entsprechender Abrechnungsausschlüsse nach den GOPen 13250 und 32247

GOP 13675:

Auch bei Pleuramesotheliom berechnungsfähig

Die onkologische Zusatzpauschale nach Gebührenordnungsposition 13675 kann jetzt auch bei Vorliegen einer bösartigen Neubildung des mesothelialen Gewebes (Pleura) nach dem Diagnoseschlüssel C45.0 abgerechnet werden.

► Aufnahme des ICD-10-Codes C45.0 in die Anmerkung nach GOP 13675

GOPen 19310 bis 19312:

Nur bei Erfüllung der QS-Voraussetzungen berechnungsfähig

Es wurde klargestellt, dass die Gebührenordnungspositionen 19310 bis 19312 nur bei Vorliegen einer entsprechenden Qualifikation berechnungsfähig sind. Derzeit ist nur für die Gebührenordnungsposition 19311 die Genehmigung „Zytologie“ erforderlich, für die Gebührenordnungspositionen 19310 und 19312 gelten keine gesonderten Qualifikationsvoraussetzungen.

► Änderung der Präambel 8.1 Nr. 3

Neurologie**Wiederaufnahme von Gesprächsleistungen in Kapitel 16**

Die neurologische Gesprächsleistung

wurde aus den Grundpauschalen des Kapitels 16 ausgegliedert und ist nun wieder als Einzelleistung nach der neuen Gebührenordnungsposition 16220

berechnungsfähig. Zugleich wurde mit der Gebührenordnungsposition 16222 eine Zuschlagsleistung für die Beratung und Erhebung der Fremd-

anamnese bei Patienten mit schwersten neuropsychiatrischen Erkrankungen aufgenommen.

**Neu – GOP 16220:
Neurologisches Gespräch, neurologische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung**

EBM-Bewertung: **255 Punkte**
Preis BÉGO: **8,94 Euro**

- Je vollendete zehn Minuten berechnungsfähig.
- Für die Berechnung neben den neurologischen Grundpauschalen (GOPen 16210 bis 16212) ist eine Gesprächsdauer von mindestens 20 Minuten notwendig.
- In derselben Sitzung nicht neben den Notfallpauschalen (GOPen 01210, 01214, 01216, 01218), den psychiatrischen Gesprächsleistungen (GOPen 21220, 21221), Leistungen der neurophysiologi-

schen Übungsbehandlung (Abschnitt 30.3) sowie den Psychotherapieleistungen der Abschnitte 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

**Neu – GOP 16222:
Zuschlag zur GOP 16220 bei Patienten mit schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen**

EBM-Bewertung: **320 Punkte**
Preis BÉGO: **11,22 Euro**

- Einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
- Die in der Anmerkung zur GOP genannten Erkrankungen (ICD-Angabe) müssen vorliegen.

**GOPen 16210 bis 16212:
Änderung der Bewertungen und Prüfzeiten**

In Folge der Ausgliederung der Gesprächsleistung haben sich die Bewer-

tungen und Prüfzeiten der neurologischen Grundpauschalen geändert.

**GOPen 16210 bis 16212:
Beratung bis zehn Minuten Dauer bleibt weiterhin Inhalt der Grundpauschalen**

Trotz der Ausgliederung der Gesprächsleistungen bleibt die „Beratung beziehungsweise Behandlung bis zu zehn Minuten Dauer“ weiter (fakultativer) Inhalt der neurologischen Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212.

► *Ergänzung des fakultativen Leistungsinhalts der GOPen 16210 bis 16212 um einen entsprechenden Spiegelstrich*

**Wichtige Information für
Nervenärzte**

**GOP 21222:
Gestrichen**

Durch die Aufnahme der neurologischen Gesprächsleistungen wird die für Fachärzte für Nervenheilkunde eigens geschaffene Gebührenordnungsposition 21222 für die Beratung, Erörterung und/oder Abklärung bei neurologischer Behandlung obsolet. Nervenärzte können nun statt der Gebührenordnungsposition 21222 die neuen Gesprächsleistungen des Kapitels 16 abrechnen.

GOP	Bewertung				Prüfzeit	
	alt		neu		alt	neu
	Punkte	Wert BÉGO	Punkte	Wert BÉGO	Minuten	Minuten
16210	905	31,72 €	680	23,83 €	24	15
16211	900	31,54 €	645	22,61 €	26	16
16212	895	31,37 €	650	22,78 €	26	16

Spezielle Leistungen

**GOPen 30920, 30922, 30924:
Klarstellung zu Mindestkontakten**

Die Leistungslegenden der Gebührenordnungspositionen 30920 bis 30924 zur spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten wurde um den Zusatz

„mindestens“ bei den Arzt-Patienten-Kontakten ergänzt. Hierdurch wird deutlich gemacht, dass es für die Wahl der abrechenbaren Leistung nicht allein auf die Erfüllung der Anzahl der erfolgten persönlichen Kontakte ankommt, sondern auch auf die Durch-

führung der jeweils in der Leistungslegende der Gebührenordnungspositionen aufgeführten Versorgung (zum Beispiel Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten, Vorliegen von HIV-assoziierten Erkrankungen etc.).

► *Ergänzung der Leistungslegenden zu den GOPen 30920, 30922, 30924*

GOP 33061:

Auch bei ausschließlicher Darstellung extremitätenversorgender oder -entsorgender Gefäße berechnungsfähig

Durch die Änderung der Verknüpfung der Leistungsbestandteile von „und“ in „und/oder“ kann die Gebührenordnungsposition 33061 jetzt auch dann abgerechnet werden, wenn jeweils nur die versorgenden oder die entsorgenden Gefäße einer Extremität untersucht werden. Die Leistung kann jedoch weiterhin insgesamt nur einmal pro Sitzung berechnet werden.

► *Änderung der Leistungslegende der GOP 33061*

GOPen 35130 bis 35142, 35150 (nicht antragspflichtige Psychotherapie): Nur mit Genehmigung berechnungsfähig

Bei den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35130 bis 35142 und 35150 handelt es sich um Leistungen, die im Vorfeld beziehungsweise im Zusammenhang mit der Richtlinien-Psychotherapie erbracht werden. Deshalb müssen Vertragsärzte und -therapeuten zur Durchführung und Abrechnung auch dieser Gebührenordnungspositionen über eine Genehmigung zur Durchführung von Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie verfügen. Dieses wurde durch die Aufnahme einer entsprechenden Präambel zum Abschnitt 35.1 (nicht antragspflichtige Psychotherapie) klargestellt.

GOP 40516:

Kostenpauschale auch bei Teilkörperszintigraphie berechnungsfähig

Die Kostenpauschale für Sachkosten bei Verwendung von ^{99m}Tc-Kolloid nach Gebührenordnungsposition 40516 kann nun auch im Zusammenhang mit der Erbringung der Teilkörperszintigraphischen Untersuchung nach Gebührenordnungsposition 17310 abgerechnet werden.

► *Aufnahme der GOP 17310 in die Leistungslegende der GOP 40516*

Labor

GOP 32197:

Für weitere spezielle Clearance-Untersuchungen im Rahmen der Nieren- und Stoffwechseldiagnostik berechnungsfähig

Die Gebührenordnungsposition 32197 kann jetzt über die Bestimmung der Phosphat-Clearance hinaus auch für die Bestimmung der Harnstoff- und/oder Calcium-Clearance, gegebenenfalls einschließlich der Kreatinin-Clearance, abgerechnet werden.

► *Änderung der Leistungslegende der GOP 32197*

GOPen 32197 und 32124:

Nicht nebeneinander berechnungsfähig

Die Bestimmung der endogenen Kreatinin-Clearance nach Gebührenord-

nungsposition 32124 ist in derselben Sitzung nicht neben der Bestimmung des Harnstoff-, Phosphat- und/oder Calciumclearance, gegebenenfalls inklusive Kreatinin-Clearance, nach der Gebührenordnungsposition 32197 berechnungsfähig.

► *Aufnahme entsprechender Abrechnungsausschlüsse nach den GOPen 32124 und 32197*

GOP 32565:

Cardiolipin-Flockungstest

Der Cardiolipin-Flockungstest ist nur noch als quantitativer Test und nur bei nachgewiesener Infektion berechnungsfähig.

► *Änderung der Leistungslegende der GOP 32565*

GOP 32566:

Auch für den Nachweis mittels TPPA (Lues-Suchreaktion) berechnungsfähig

Die Gebührenordnungsposition 32566 ist jetzt auch für den Treponemenantikörper-Nachweis mittels TPPA (Lues-Suchreaktion) berechnungsfähig.

► *Ergänzung der Leistungslegende der GOP 32566*

GOP 32567:

Nur bei positivem Suchtest und als quantitative Bestimmung berechnungsfähig

Die Gebührenordnungsposition 32567 ist nur für die quantitative Bestimmung von treponemenspezifischen IgG oder IgM-Antikörpern und nur bei Vorliegen eines positiven Suchtests

berechnungsfähig.

► *Änderung der Leistungslegende der GOP 32567*

GOP 32568:
Auch für Bestätigungstest mittels Immunoblot und nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig

Die Gebührenordnungsposition 32568 kann jetzt auch für den Immunoblot als Bestätigungstest für eine Infektion mit Treponema palladium abgerechnet werden. Die Leistung kann insgesamt nur einmal im Krankheitsfall berechnet werden.

► *Änderung der Leistungslegende und Abrechnungsbestimmung der GOP 32568*

Abschnitt 32.3:
„Ähnliche Untersuchungen“ nur mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit abrechenbar

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. Die Begründung ist unmittelbar nach der betreffenden Gebüh-

renordnungsnummer in das Begründungsfeld „Freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) einzutragen. Ärzte, die „Ähnliche Untersuchungen“ beauftragen, müssen die Begründung zur medizinischen Notwendigkeit der Laboruntersuchung auf dem Überweisungsschein angeben. Nur bei bestimmten Untersuchungen kann auf eine Begründung verzichtet werden. Diese Fälle sind in den Anmerkungen zu der jeweiligen Gebührenordnungsposition abschließend aufgeführt

Die **Ausnahmen** haben wir Ihnen nachfolgend dargestellt:

GOP	Begründung entfällt bei
32195	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fructose-Toleranz-Test ■ säuresekretorische Kapazität des Magens
32208	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ecarin-Clotting-Time ■ anti-Xa Aktivität
32227	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hemmkörperbestimmung (Bethesda-Assay) ■ von Willebrand-Faktor/Ristocetin-Cofaktor-Aktivität
32246	<ul style="list-style-type: none"> ■ Äthanol im Serum ■ Beta-Hydroxybuttersäure ■ Fettsäuren (frei im Serum, unverestert) ■ Kohlenmonoxid-Hämoglobin ■ Zinkprotoporphyrin
32262	<ul style="list-style-type: none"> ■ Galaktose-1-Phosphat-Uridyltransferase ■ Alpha-Glucosidase ■ Alpha-Galaktosidase ■ Beta-Galaktosidase ■ Phosphofruktokinase i. E. ■ UDP-Galaktose-Epimerase ■ Biotinidase ■ Carnitin-Palmityl-Transferase-II Aktivität ■ Phosphoisomerase ■ Phosphomannomutase ■ Kryoglobuline

GOP	Begründung entfällt bei
32313	<ul style="list-style-type: none"> ■ organische Säuren ■ Methanol
32361	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anti-Müller-Hormon
32381	<ul style="list-style-type: none"> ■ Interleukin 2 Rezeptor ■ Calprotectin und/oder Lactoferrin im Stuhl ■ Everolimus ■ Sirolimus ■ Mycophenolat
32405	<ul style="list-style-type: none"> ■ Chromogranin A ■ Tryptase ■ Thymidinkinase ■ S-100 ■ 11-Desoxycorticosteron ■ Parathormon-related Peptide
32416	<ul style="list-style-type: none"> ■ Androstandiol-Glucuronid
32455	<ul style="list-style-type: none"> ■ zirkulierende Immunkomplexe ■ Fibronectin im Punktat ■ Lösl. Transferrin-Rezeptor ■ Gesamthämolytische Aktivität
32505	<ul style="list-style-type: none"> ■ anti-Heparin/PF4 Autoantikörper

Unabhängig hiervon ist bei allen „Ähnlichen Untersuchungen“, das heißt auch bei den oben genannten Ausnahmefällen, wie bisher die Art der Untersuchung anzugeben (Feldkennung 5002).

Redaktionelle Änderungen

GOP 01906: **Änderung der Leistungsbeschreibung vom 49. auf den 63. Tag**

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch ist seit Juli 2008 bis zum 63. Tag p. m. erlaubt, zuvor galt der 49. Tag als Grenze. Die Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 01906 wurde entsprechend angepasst.

GOP 13300: **Änderung von „fachgruppenübergreifende“ in „schwerpunktübergreifende“ Berufsausübungsgemeinschaften**

Mit der Änderung von „fachgruppenübergreifende“ in „schwerpunktübergreifende“ Berufsausübungsgemeinschaften wurde die Anmerkung zur Zusatzpauschale Angiologie nach Gebührenordnungsposition 13300 an die Formulierung der Allgemeinen Bestimmung 5.1 angepasst.

GOP 30704: **Anpassung des Verweises auf die in der Präambel zum Abschnitt 30.7 aufgeführten Abrechnungsvoraussetzungen**

Die Voraussetzungen für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 sind in der Präambel zum Abschnitt 30.7 Punkt 4 bis 6 (Schmerztherapie) aufgeführt. Der Verweis auf diese Voraussetzungen wurde nun in der Leistungslegende zur GOP 30704 angepasst.

► *Änderung des Verweises von Präambel „Nr. 5“ in „Nr. 4-6“*

GOP 34492: **In Anmerkung aufgeführte GOPen gestrichen**

Die Anmerkung nach GOP 34492 wurde an eine bereits im Jahre 2007 erfolgte Änderung der Leistungslegende angepasst.

► *Streichung der in der ersten Anmerkung nach GOP 34492 aufgeführten GOPen*

Antragspflichtige Psychotherapie nach den GOPen 35200, 35201, 35220 bis 35225: Anpassung der Verweise auf Psychotherapie-Richtlinien

Der im fakultativen Leistungsinhalt zu den Gebührenordnungspositionen 35200, 35201, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225 aufgeführte Verweis auf die Bestimmungen der Psychotherapie-Richtlinien wurde an die geänderten Richtlinien angepasst.

Anhang 1: **Kleine Verbände nicht gesondert berechnungsfähig**

Kleinere Verbände wie Schnell- und Sprühverbände, Augenklappen, Ohrenklappen, Dreieckstücher und vorgefertigte Wundklebepflaster sind Inhalt der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen beziehungsweise Teilleistungen von sonstigen Gebührenordnungspositionen und somit nicht gesondert berechnungsfähig. Bei der Auflistung dieser Verbände in Anhang 1 wurde der fehlerhafte Klammerzusatz „ausschließlich“ in „einschließlich“ geändert.

Änderungen der Bundesmantelverträge zum 1. Juli 2010

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben als Partner der Bundesmantelverträge

die folgenden Änderungen der bundesmantelvertraglichen Bestimmungen mit Wirkung zum 1. Juli 2010 beschlossen:

Überweisung zur Erbringung von Leistungen nach den GOP 11310 bis 11322 auf Muster 10

Überweisungen zur Durchführung von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11310 bis 11322 des Abschnitts 11.3 sind nur als Auftragsleistungen zulässig. Hierfür ist das Muster 10 (Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung) zu verwenden

► *Aufnahme des Abschnitts 11.3 EBM in § 27 Abs. 8 BMV/EKV*

Mitteilung der Untersuchungskosten an den überweisenden Arzt

Arztpraxen, die auf Überweisung genetische Analysen des Abschnitts 11.3 EBM als kurativ-ambulante Auftragsleistungen durchführen, sind ab dem 1. Juli 2010 verpflichtet, dem überweisenden Arzt nach Abschluss der Untersuchung die Gebührennummern und die Höhe der Kosten mitzuteilen. Hier erfolgt eine Angleichung an die bereits bestehende Regelung für Leistungen des Kapitels 32 durch Aufnahme des Abschnitts 11.3 EBM in Paragraph 28 Absatz 6 BMV/EKV.

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

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 3/2010

Auch nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 gelten für die psychotherapeutischen Fachgruppen ab 1. Juli 2010 weiterhin die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 3/2010 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	31.520
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	30.660
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.170
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	31.430

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

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

Chronikerzuschlag (GOP 03212, 04212)

Nach dem seit 1. Januar 2008 gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) können Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte einen Chronikerzuschlag nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 03212 beziehungsweise 04212 zu den Versichertenpauschalen nach den GOP 03110 bis 03112 beziehungsweise 04110 bis 04112 für die Behandlung eines Versicherten mit einer oder mehreren schwerwiegenden chronischen Erkrankung(en) abrechnen.

Die Abrechnungsmöglichkeit des Chronikerzuschlags ist an Voraussetzungen und Besonderheiten geknüpft, über die wir Sie im Folgenden informieren.

1. Schwerwiegende chronische Krankheit

Die Leistung nach der GOP 03212 beziehungsweise 04212 ist zum einen nur berechnungsfähig, wenn die beiden in Paragraph 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des Paragraph 62 SGB V (Chroniker-Richtlinie) aufgeführten Merkmale gegeben sind:

a) Dauerbehandlung:

Die Krankheit muss **wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt** werden (Dauerbehandlung).

Eine länger zurückliegende Behandlung über vier Quartale entspricht nicht der Definition der „schwerwiegend chronischen Krankheit“ nach der Chroniker-Richtlinie.

Die fortlaufende Behandlung muss aber nicht zwangsläufig von ein und demselben Arzt durchgeführt werden. Da der betreuende Hausarzt jedoch

die Koordinationsfunktion wahrnimmt, sollte diesem auf Grund der Berichtspflicht der mitbehandelnden Ärzte bekannt sein, ob der Patient bei anderen Ärzten in ständiger Behandlung ist. Gegebenenfalls müssen die Behandlungsdaten und Befunde bei den anderen Ärzten erhoben werden. Die Aussage des Patienten allein reicht nicht aus.

Eine Ausnahme von der Erfordernis einer wenigstens ein Jahr langen Dauerbehandlung sieht der EBM bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr vor.

b) Zusätzlich zur Dauerbehandlung muss eines der folgenden Merkmale vorhanden sein:

- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI
- Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben von Paragraph 30 Absatz 1 BVB oder von Paragraph 56 Absatz 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die dauerhaft behandlungsbedürftige Krankheit (siehe oben) begründet sein muss.
- Erfordernis einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die

auf Grund der dauerhaft behandlungsbedürftigen Krankheit (siehe oben) verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

2. Mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal

Als obligater Leistungsinhalt der GOP 03212 sowie der GOP 04212 wird zudem gefordert, dass mindestens **zwei Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal** stattgefunden haben. Der Zuschlag ist erst berechnungsfähig, wenn der zweite Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist.

Der Chronikerzuschlag kann jedoch auch neben der Versichertenpauschale (GOP 03110 – 03112 beziehungsweise 04110 – 04112) abgerechnet werden, wenn dem ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal bereits ein telefonischer Arzt-Patienten-Kontakt vorausgegangen ist.

3. Diabetologische und HIV-Schwerpunktpraxen

Grundsätzlich kann der Chronikerzuschlag nur neben den GOP 03110 bis 03112 abgerechnet werden, nicht aber neben den Versichertenpauschalen nach den GOP 03120 bis 03122 beziehungsweise GOP 04120 bis 04122 (bei Überweisung oder im Vertretungsfall).

Ausnahmsweise ist die GOP 03212 bei Überweisungen zur spezialisierten diabetologischen Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen beziehungsweise zur spezialisierten Behandlung eines an HIV/AIDS erkrankten Patienten gemäß Abschnitt 30.10 des EBM (Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V) in HIV-Schwerpunkt-

praxen auch neben den GOP 03120 bis 03122 berechnungsfähig. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben. Die Überweisung muss in diesen Fällen durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 des EBM genannten Vertragsarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Arzt ohne Gebietsbezeichnung, Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, der gegenüber dem Zulassungsausschuss seine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß Paragraph 73 Absatz 1a SGB V erklärt hat) erfolgen.

Das Gleiche gilt für die Abrechnung der GOP 04212 bei Überweisung durch einen in der Präambel 4.1 Nr. 1 des EBM genannten Vertragsarzt (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin) zur spezialisierten diabetologischen Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen neben den GOP 04120 bis 04122.

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

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Viele medizinische Leistungen werden heute sowohl ambulant als auch stationär erbracht. Patienten werden auf Grund einer Erkrankung häufig in mehreren Sektoren behandelt. So kann auf die Diagnostik in einer Arztpraxis eine Therapie im Krankenhaus folgen, an die sich eine Rehabilitation anschließt. Die strikte Sektorisierung im deutschen Gesundheitswesen hat das Zusammenwachsen der unterschiedlichen Bereiche für eine medizinische Versorgung aus einem Guss bislang erschwert. In jedem Sektor gelten andere Regeln. Zumindest für die Qualitätssicherung soll sich dies ändern.

Das Ziel: Einheitliche Qualitätsanforderungen

Künftig soll es in der ambulanten und stationären Versorgung einheitliche Qualitätsstandards geben. Dies hat der Gesetzgeber so festgelegt und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet, einrichtungsübergreifende, an der Ergebnisqualität ausgerichtete Maßnahmen grundsätzlich sektorenübergreifend zu erlassen. Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung betrifft Leistungen, die in beiden Sektoren gleichermaßen erbracht werden, sowie sektorenübergreifende Behandlungsabläufe.

Die Grundlagen sind geschaffen

Nach fast zweijährigen Beratungen hat der G-BA im April eine Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beschlossen und festgelegt, wie eine einheitliche Qualitätssicherung künftig erfolgen kann. Damit sind die Grundlagen geschaffen. Ein neues Kapitel der Qualitätssicherung wird eingeleitet: Erstmals ist die Etablierung einheitlicher Qualitätsstandards in der Praxis und im Krankenhaus möglich. Themenbezogen sollen vor allem für sektorenübergreifende Be-

handlungsprozesse einheitliche Qualitätsstandards für alle Patienten eingeführt werden, unabhängig davon, ob die Leistungen ambulant oder stationär erbracht werden. Qualitätsanforderungen und Behandlungsstandards sollen vereinheitlicht beziehungsweise aufeinander abgestimmt werden – mit dem Ziel, die Ergebnisqualität zu fördern. Behandlungsergebnisse können sektorenübergreifend erfasst und bewertet werden.

Neue Richtlinie legt Strukturen und Aufgaben fest

Die neue Richtlinie beschreibt die Strukturen, die zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erforderlich sind, und legt die Aufgaben der beteiligten Organisationen fest. Danach ist vorgesehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen gemeinsam über die Durchführung sektorenübergreifender Maßnahmen zur Qualitätssicherung entscheiden. Dazu sollen Landesarbeitsgemeinschaften gegründet werden, die auch die Pflege und Patientenvertreter in ihre Entscheidungen einbeziehen. Für die eigentliche Qualitätssicherung im ambulanten Bereich bleiben die KVen zuständig. Dies konnte die Kassenärztliche Bundesvereinigung in den Beratungen zur Richtlinie durchsetzen. Damit bleibt die Qualitätssicherung eine wichtige Aufgabe der Ärzteschaft und ihrer KVen.

Richtlinie gilt auch für Selektivverträge und Privatpatienten

Die Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erstreckt sich auch auf alle Selektivverträge und die privatärztliche Versorgung durch Vertragsärzte. Damit gelten Qualitätsan-

forderungen, die der G-BA künftig für sektorenübergreifende Leistungen festlegt, einheitlich für alle Patienten in der ambulanten Versorgung, unabhängig davon, ob die Leistungen im Kollektivvertrag, Selektivvertrag oder privatärztlich erbracht werden.

Die Richtlinie betrifft gleichermaßen Vertragsärzte, -psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Vertragszahnärzte.

Praktische Umsetzung ab 2012

Mit der Verabschiedung der Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist der Anfang gemacht. Die Einführung und Umsetzung der ersten sektorenübergreifenden QS-Maßnahmen sind für das Jahr 2012 geplant. Der G-BA hat dazu das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH Göttingen beauftragt, für ausgewählte Leistungen Qualitätsindikatoren und die Instrumente der Qualitätsmessung und -darstellung vorzubereiten. Das AQUA-Institut wurde auf Grundlage eines Ausschreibungsverfahrens ausgewählt.

Einheitliche Qualitätsanforderungen zunächst nur für ausgewählte Leistungen

Die ersten Leistungen, für die Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die in der Arztpraxis und im Krankenhaus gelten, sind:

- PTCA (Behandlung mit dem Herzkatheter)
- Konisation des Gebärmutterhalses
- Katarakt-OP

■ Behandlung des Darmkrebses

Entsprechende themenbezogene Richtlinien müssen vom G-BA noch beschlossen werden. Damit betreffen die neuen Regelungen zunächst nur eine kleine Gruppe von Ärzten.

Hintergrund: Gesetzliche Grundlagen

Der Gesetzgeber hat im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Vorgaben zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gemacht: Seit 1. Juli 2008 ist der G-BA verpflichtet, einrichtungsübergreifende, an der Ergebnisqualität ausgerichtete Maßnahmen grundsätzlich sektorenübergreifend zu erlassen. Mit der jetzt verabschiedeten Richtlinie hat er dafür die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen.

Gesetzliche Grundlage der Richtlinie ist die Nummer 13 im Paragraph 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit Paragraph 137 Absatz 1 Nummer 1 SGB V, weshalb die Richtlinie auch als „Richtlinie Nummer 13“ bezeichnet wird. Die Richtlinie legt fest, wie eine einheitliche Qualitätssicherung erfolgen soll. Strukturen, Aufgaben und Abläufe für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung wurden definiert und im April 2010 beschlossen.

Die „Richtlinie Nummer 13“ tritt mit ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Der Richtlinienentwurf kann unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationsarchiv/Beschlüsse eingesehen werden.

Strahlenschutz bei Schädelaufnahmen

Die Vorstandskommission Radiologie der KVB prüft im Rahmen der Qualitätssicherung im regelmäßigen Turnus Röntgenaufnahmen von Patienten. Zu einer vollständigen Dokumentation gehört zwingend die rechtfertigende Indikation, der radiologische Befund und die Aufzeichnung der Expositionsdaten.

Folgende Rechtsgrundlagen für die Stichprobenprüfung legen detailliert fest, nach welchen Kriterien die eingereichten Unterlagen zu prüfen sind:

- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach Paragraph 136 Absatz 2 SGB V „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“
- Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung – RöV)
- Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik – Qualitätskriterien röntgendiagnostischer Untersuchungen

Darüber hinaus stellt die Strahlenschutzkommission (SSK) eine Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen (Empfehlungen der Strahlenschutzkommission) zur Verfügung. Darin hat die SSK im Auftrag des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit einen Katalog erstellt, der für die unterschiedlichen diagnostischen Fragestellungen jeweils das beste bildgebende Verfahren empfiehlt.

Dieser Katalog soll eine Orientierungshilfe bieten, um den potenziellen Gewinn der unterschiedlichen Verfahren und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken besser abwägen zu können. Da medizinische Diagnoseverfahren fortlaufend weiterentwickelt

werden, wird dieser Katalog laufend überarbeitet und aktualisiert.

Beispielhaft kann dies bei der Indikationsstellung zu Röntgenübersichtsaufnahmen des Schädels nachvollzogen werden. Bei einem „Zustand nach Trauma ohne neurologische Symptomatik“ ist die Schädelübersichtsaufnahme demzufolge nicht indiziert, da das Ergebnis erwartungsgemäß keinen Einfluss auf die weitere Behandlungsstrategie hat. Umgekehrt sollte bei gleicher Anamnese und vorliegenden neurologischen Symptomen primär ein Schnittbildverfahren (vorrangig CT) zur Beurteilung der intracraniellen Verhältnisse eingesetzt werden. Demzufolge lassen diese Untersuchungen in vielen Fällen kein sinnvolles Ergebnis erwarten. Die nachfolgenden Tabellen der SSK stellen die klinische Fragestellung und das bildgebende Untersuchungsverfahren des Kopfes (einschließlich HNO-Problemen) dem Grad der Empfehlung (einschließlich eines Kommentars) gegenüber.

Die Vorstandskommission Radiologie wird diese Empfehlungen in künftigen Prüfungen berücksichtigen und umsetzen. Konkret bedeutet das, dass Schädelaufnahmen, bei denen Röntgenaufnahmen auf Grund der klinischen Fragestellung nicht mehr indiziert sind, künftig mit der Stufe 3 (erhebliche Mängel) bewertet werden müssen.

Zu den speziellen Fragestellungen bei HNO-Aufnahmen wird in Kürze auch eine Stellungnahme der HNO-ärztlichen Fachverbände veröffentlicht. Die vollständige Textfassung der Orientierungshilfe für bildgebende Verfahren finden Sie unter www.ssk.de in der Rubrik Beratungsergebnisse/2008/Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen.

Für telefonische Rückfragen stehen Ihnen folgende Ansprechpartner zur Verfügung:

Angelika Glaser
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 44

Silvia Meyer
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 13

Agnes Betz
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 17

Andrea Kopeczek
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 46

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
A1 Kongenitale Erkrankungen (bei Kindern siehe M1)	MRT	P	Definitiver Nachweis von Fehlbildungen
	CT	W	Beurteilung von Knochenanomalien
A2 Apoplexie, Schlaganfall	CT	P	Nachweis oder Ausschluss einer Blutung (gegebenenfalls CT-Angiographie)
	FKDS der A. carotis, gegebenenfalls TCD	P	Bei vollständig genesenen Patienten, bei denen eine Carotischirurgie erwogen wird. Bei einer sich entwickelnden Apoplexie mit Verdacht auf eine Dissektion oder einen Embolus
		W	Als ergänzende Gefäßdiagnostik bei zerebrovaskulären Erkrankungen, alternativ MRA oder CTA
	MRT	W, S	Bei frühem Infarkt und bei Läsionen im Bereich der hinteren Schädelgrube (Fossa cranii posterior) ist die MRT sensitiver als die CT, besonders in der Frühdiagnostik, wenn Diffusions-/Perfusionsbildung zur Verfügung stehen
	TCD	W	Frage nach Stenose/Emboliequelle an den Hirnbasisarterien
	Echokardiographie DSA	W S	Suche nach kardialen Emboliequellen Zur interventionellen Therapie siehe N3
A3 Transitorische ischämische P Attacke (TIA) (Amaurosis fugax) (siehe auch B5)	US und FKDS der A. carotis	P	Stenose-, Verschlussnachweis, Gradabschätzung
	MRT mit MRA	P	Darstellung der Gefäße, besonders in der Frühdiagnostik, wenn Diffusions-/Perfusionsbildung zur Verfügung stehen
	CT mit CTA	P	Wenn MRT nicht zur Verfügung steht und bei Kontraindikation zu MRT
	Echokardiographie	W	Suche nach kardialen Emboliequellen
	Nuk	S	Perfusions-SPECT; gegebenenfalls nach Stimulation (zum Beispiel Diamox), wenn CT und MRT nicht weiterführend sind
A4 Entmarkungskrankheiten der Substantia alba Neurodegenerative Erkrankungen	MRT	P	MRT der CT im Läsionsnachweis deutlich überlegen, CT nur bei Kontraindikation zur MRT
		W	Ergänzend zur klinisch-neurologischen beziehungsweise serologischen und Liquor-Untersuchung, Nachweis von Mustern, die für einige dieser Erkrankungen typisch sind
	Nuk	W	Dopamin-Transporter-/Rezeptor-spezifische SPECT; frühe DD Morbus Parkinson, Multisystemdegeneration, Morbus Huntington
	PET	S	Wenn MRT klinisch nicht schlüssig

P: Primäruntersuchung W: Weiterführende Untersuchung S: Spezialverfahren N: Nicht indiziert

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
A5 Raumfordernde Läsion	MRT	P	Sensitiver als CT, gegebenenfalls MR-Spektroskopie
	CT	P	Bei asymptomatischen Patienten und Kontraindikationen zu MRT
	Nuk	W	F-18-Fluorodeoxyglukose FDG-PET: Rezidivdiagnostik bei Gliomen, Vitalität von Resttumoren, „biologisches Volumen“
		S	Fluor-18-/Iod-123-Aminosäure-PET/SPECT
A6 Vor allem entzündliche Erkrankungen des ZNS (Abszess, Enzephalitis, Meningitis)	MRT	P	Sensitiver im Läsionsnachweis als CT
A7 Kopfschmerzen, akute beziehungsweise schwere	CT	P	Ausschluss Blutung, negativer CT-Befund schließt SAB nicht aus! (gegebenenfalls Liquorpunktion)
	CTA/MRA/DSA	W	Bei nachgewiesener SAB zum Anreursmanachweis und Beurteilung seiner Morphologie, bei fehlendem Nachweis Wiederholung nach 2-6 Wochen
	MRT	W	Sensitiver als CT bei entzündlicher Genese
	MRA/CTA	W	Vor allem Sinusvenenthrombose
A8 Kopfschmerzen, chronische (bei Kindern siehe M8)	Rö	N	Schädel
	CT/MRT	W	Änderung des Kopfschmerztyps oder fokale neurologische Zeichen
	CT	W	Nur bei spezieller Indikation und Kontraindikationen
	NNH und HWS	W	Nur bei definierter Fragestellung
	US (FKDS)	S	Zum Ausschluss von Riesenzellareritis
A9 Vor allem RF der Hypophyse oder im Bereich der Sella turcica	MRT	P	
	Nuk	S	Somatostatin-Rezeptor-Szintigraphie (SPECT, PET) bei endokrin aktiven Tumoren
A10 Vor allem Erkrankung in der hinteren Schädelgrube	MRT	P	CT nur bei Kontraindikation zu MRT oder im Notfall

P: Primäruntersuchung W: Weiterführende Untersuchung S: Spezialverfahren N: Nicht indiziert

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
A11 Hydrozephalus (bei Kindern siehe M3, M4)	CT	P	
	MRT	W	Zur Ursachenabklärung und bei jüngeren Patienten
	Rö	W	Beurteilung des gesamten Shuntsystems (Verlaufskontrolle)
	Nuk	S	Nachweis Normaldruckhydrozephalus; vor allem Liquorzirkulationsstörung
A12 Symptome am Mittel- oder Innenohr (einschließlich Vertigo)	CT/MRT	W	Nach gezielter fachärztlicher Abklärung
	US (FKDS)	W	Karotiden, Vertebralarterien, gegebenenfalls intrakranielle Arterien mit TCD
	MRT/MRA	W	
A13 Schalleitungs- oder kombinierte Schwerhörigkeit	CT	P	Bei Befundpersistenz ohne klinisch klärbare Ursache, vor allem kombinierte Schläfenbeinfraktur, Mittelohrtumor, -fehlbildung
	MRT	P	Nur bei akuter Symptomatik
A14 Schallempfindungsschwerhörigkeit (bei Kindern siehe M6)	MRT	P	Vor allem Akustikusneurinomen (Ausschluss)
A15 Nasennebenhöhlen-erkrankungen ■ Akute Rhinosinusitis ■ Chronische Sinusitis ■ Vor allem NNH-RF (bei Kindern siehe M9)	CT	P	Bildgebung nur bei Komplikationsverdacht indiziert
	MRT	P	Vor allem orbitale Komplikation
	CT	P	Vor allem intrakranielle Komplikation, bei Kindern vor allem orbitale Komplikation ohne Narkosenotwendigkeit
	MRT	P	Als Low-Dose-CT eine Voraussetzung für endonasale Chirurgie
	CT	P	Wenn im CT vor allem maligne Neoplasie
	CT	P	Bei vor allem benigne oder unklare RF, nicht kooperationsfähigem Patienten
	CT/MRT	P	Bei vor allem maligne RF
	DSA	S	Embolisation stark vaskularisierter RF

P: Primäruntersuchung W: Weiterführende Untersuchung S: Spezialverfahren N: Nicht indiziert

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar	
A16 Demenz und Gedächtnisstörung, erstmals auftretende Psychose	MRT/CT	W	Ausschluss organischer Ursachen (vaskuläre Demenz, Normaldruck-Hydrozephalus)	
	Nuk	W	PET, Perfusions-SPECT: frühe Diagnostik der primären Demenz. DD demenzieller Erkrankungen; Abgrenzung der kognitiven Beeinträchtigung („Pseudodemenz“) bei Depression versus Demenz	
	CT	W	Bei Kontraindikation von MRT	
A17 Vor allem orbitale RF (Leitsymptom Protrusio bulbi)	MRT	P	Nach augenärztlich durchgeführtem US bildgebende Methode der Wahl. Kontraindikation: Metallischer Fremdkörper intraorbital	
	CT	W	Ossäre Details, Verkalkungen	
A18 Fremdkörper in der Orbita	CT	W	Nach augenärztlicher Untersuchung bildgebende Methode der Wahl. Genauere Lokalisation, Begleitverletzungen	
	Rö Orbita	S	Nicht indiziert für Lokalisationsdiagnostik, Ausschluss metallischer Fremdkörper vor MRT	
A19 Vor allem Entzündung	MRT	S	Bei klinischer Therapiebedürftigkeit	
	US	S	Bei klinischer Therapiebedürftigkeit	
A20 Vor allem endokrine Orbitopathie (zum Beispiel Phlegmon)	MRT	P	Nach augenärztlicher Untersuchung	
A21 Sehstörungen	Rö Orbita	N		
	MRT/CT	S	Nach gezielter fachärztlicher Abklärung; CT bei vor allem knöchernen Veränderungen	
A22 Epilepsie bei Erwachsenen				
	a) Erstmaligner, einmaliger Anfall	CT/MRT	W	Ausschluss organischer Ursachen
	b) Rezidivierender Anfall	MRT	P	Nach fachlicher Abklärung, Nachweis
(bei Kindern siehe M5)	Nuk	W	Perfusions-SPECT/PET zur Fokussuche, gegebenenfalls auch iktal	

P: Primäruntersuchung W: Weiterführende Untersuchung S: Spezialverfahren N: Nicht indiziert

Ultraschalldiagnostik: Genehmigungsverfahren

Im Genehmigungsverfahren müssen Sie Ihre fachliche Qualifikation unter anderem durch die Vorlage detailliert formulierter Zeugnisse nachweisen. Grundsätzlich gilt, dass je nach Art der Weiterbildung die Zeugnisse ausschließlich von einem jeweils für das Fachgebiet anerkannten qualifizierten Weiterbilder beziehungsweise Kursleiter ausgestellt und unterzeichnet werden dürfen. Folgende Hinweise sollen bei der Erstellung der Zeugnisse beachtet werden:

Nachweis der Mindestfallzahlen

Für den Nachweis der unter Anleitung erbrachten Untersuchungszahlen ist es unerheblich, ob die fachliche Qualifikation nach der Weiterbildungsordnung, durch eine ständige Tätigkeit oder nach dem Ultraschallkurssystem erworben wurde. Die grundlegenden Anforderungen hinsichtlich des Nachweises ausreichender Fallzahlen (vergleiche Anlage I Ultraschallvereinbarung), die zusätzlich zur Facharzturkunde eingereicht werden müssen, richten sich vor allem nach Paragraph 14 der Ultraschallvereinbarung (USV). Darin wird gefordert:

- Ein Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in der die Anleitung stattfand.
- Eine Beschreibung der durchgeführten Untersuchungen und angewandten Techniken.
- Die Zahl der vom Antragsteller selbstständig und unter Anleitung erbrachten Untersuchungen und diagnostischen Beurteilungen; die Zahl der pathologischen Befunde.
- Die Beurteilung der Befähigung des Antragstellers zur selbstständigen

Durchführung von Ultraschalluntersuchungen.

- Gegebenenfalls die Differenzierung der Untersuchungen nach Altersklassen.

Bescheinigungen über die Teilnahme an Ultraschallkursen

Die Inhalte der Zeugnisse über den Besuch von Ultraschallkursen sollen sich an den Vorgaben von Paragraph 6 USV orientieren. Hierzu zählen unter anderem folgende Angaben:

- Kursinhalt und Anwendungsbereich
- Zeitpunkt des Ultraschallkurses
- Dauer/zusammenhängende Tage des Kursteils
- Bezeichnung als Grund-, Aufbau- oder Abschlusskurs
- Anteil der praktischen Übungen/ Anzahl der Kursteilnehmer je Ultraschallsystem (bei Aufbau- und Abschlusskurs)

Darüber hinaus muss das Zertifikat über die erfolgreiche Teilnahme am Abschlusskurs folgende Informationen enthalten:

- Anzahl der vorgelegten Schrift- und Bilddokumentationen nach Paragraph 6 Absatz 1 Buchstabe a, die den fachlichen Anforderungen genügen,
- Beurteilung der Befähigung des Antragstellers zur selbstständigen Durchführung von Ultraschalluntersuchungen im jeweiligen Anwendungsbereich.

Weitere Anforderungen an die Durchführung der Ultraschallkurse sind der USV zu entnehmen.

Durch vollständig ausgefüllte Bescheinigungen können Nachforderungen und damit längere Bearbeitungszeiten vermieden werden. Wir bitten deshalb alle Beteiligten, proaktiv an einer adäquaten Erstellung von Zeugnissen mitzuwirken. Bei der Einreichung muss darauf geachtet werden, dass ausschließlich Originale oder beglaubigte Kopien anerkannt werden dürfen. Wir senden Originale und auf Wunsch auch beglaubigte Kopien gerne wieder an Sie zurück.

Die nächsten Seminartermine der KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu QM-Seminaren

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

Anmeldeformulare und weitere

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

Alles „rund ums Recht“

Aktive Praxissteuerung – betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Hautkrebsscreening

Kooperationen in der ärztlichen Praxis

Thementag: IT, Vernetzung, elektronische Dokumentation

Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen

Abrechnungsworkshop Hautärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Internetnutzung – Datenschutz und Sicherheit

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Fortbildung Impfen

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Das Telefon als Visitenkarte der Praxis

Patientenorientierung und Serviceverhalten am Telefon

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

QM-Seminare

QEP®-Kompakt für Psychotherapeuten

Hygienemanagement in Arztpraxen

Grundschulung für Qualitätszirkelmoderatoren

Grundschulung für Qualitätszirkelmoderatoren (Zusatztermin)

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Juni 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Hausärzte/Dermatologen	160,- Euro	18. Juni 2010	13.00 bis 20.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Juni 2010	10.00 bis 14.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Juni 2010	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Juni 2010	10.00 bis 13.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	23. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Juni 2010	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	30. Juni 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	85,- Euro	30. Juni 2010	15.00 bis 20.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	2. Juli 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	2. Juli 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Juli 2010	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	290,- Euro	19. Juni 2010 16. Juli 2010	9.00 bis 16.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	6. Juli 2010	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	12. Juni 2010	10.00 bis 16.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	26. Juni 2010	10.00 bis 16.30 Uhr	München

