

KVBINFOS 2011



JAHRESINHALTSVERZEICHNIS 2011

	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
ABRECHNUNG			
Abrechnung von Besuchen in sozialen Gemeinschaften	3/29	Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2011	1-2/10
Abrechnung von Kontrastmitteln im DMP Brustkrebs	5/68	Berichtigung der Zusatzvergütung in Bereitschaftspraxen	6/89
Abrechnung von probatorischen Sitzungen	4/51	Berichtspflicht und Datenschutzanforderungen	7-8/99
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2011	6/82	Darmkrebsprävention und Koloskopie	9/114
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2011	7-8/98	Diabetes: Wiederholungsschulungen	3/28
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2011	9/110	Die nächsten Zahlungstermine	1-2/3
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2011	10/134	Die nächsten Zahlungstermine	3/23
Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2011	12/162	Die nächsten Zahlungstermine	4/51
Abrechnungsabgabe Quartal 1/2011 – Online jetzt Pflicht	3/22	Die nächsten Zahlungstermine	5/66
Abrechnungsabgabe Quartal 1/2011 – Online-Abrechnung jetzt Pflicht	4/50	Die nächsten Zahlungstermine	9/111
Abrechnungsabgabe Quartal 4/2010	1-2/2	Die nächsten Zahlungstermine	10/135
Abrechnungsbestimmungen der KVB geändert	6/83	Die nächsten Zahlungstermine	11/154
Änderung bei der GOP 11431	5/66	Die nächsten Zahlungstermine	12/163
Änderung der Bewertungen und Prüfzeiten	4/51	Einzelleistungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst	6/86
Änderung der LKK-Diabetesvereinbarung	1-2/3	Fallzahlen in Diabetes-Schwerpunktpraxen	1-2/4
Änderung der LKK-Diabetesvereinbarung	3/26	Genehmigung psychosomatische Grundversorgung	3/27
Änderung der Richtlinien über künstliche Befruchtung	3/30	GOP 32670 – Änderung des Leistungsinhalts	9/117
Änderungen des EBM zum 1. Januar 2012	12/164	GOP 80044: Praxisgebühr Gemeinschaftspraxen/MVZ	10/135
Änderungen des EBM zum 1. Januar und 1. April 2011	3/24	Hilfe bei der Online-Abrechnung	3/23
Aufbewahrung Überweisungsscheine Bundeswehr	5/66	Hinweis zur Kodierung	10/136
Aufforderung zur Stellungnahme durch Krankenkassen	1-2/5	Krebsfrüherkennung bei Männern	3/30
		Künstliche Befruchtung	12/170
		Leistungen im Auftrag eines Krankenhauses	7-8/99
		Leistungen im Auftrag eines Krankenhauses	9/117

	Ausgabe/Seite
Nachweise Ringversuchsteilnahme	3/29
Nachweise Ringversuchsteilnahme	5/67
Neuer Vertrag mit PBeaKK	11/154
Neuer Vertrag mit Wehrbereichsverwaltung Ost	6/88
Online-Zugriff auf Prüfstatistiken	9/112
Operative Eingriffe durch Kooperations- oder Konsiliarärzte	9/116
Praxisgebühr GOP 80045 in Bayern ungültig	10/135
Selbstaustellen von Abrechnungsscheinen	9/112
Speziallabor 32.3 – Vereinfachung bei der Abrechnung	6/87
Speziallabor 32.3 – Vereinfachung der Abrechnung	7-8/100
Vergütung für „Modul Chronische Herzinsuffizienz“	9/116
Zeitaufwand von angestellten Ärzten	7-8/99
Zeitaufwand von in Teilzeit tätigen Ärzten	1-2/4
Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen im Quartal 1/2012	12/163
Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen im Quartal 2/2011	3/26
Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen im Quartal 3/2011	6/87
Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen im Quartal 4/2011	9/111
Zusatzpauschalen im organisierten Bereitschaftsdienst	1-2/3
Zuzahlung bei Heilmitteln ab 1. Juli 2011	6/86
Zuzahlung für Heilmittel ab 1. Januar 2011	1-2/5
Zuzahlungsbefreiung Praxisgebühr	3/26

	Ausgabe/Seite
ALLGEMEINES	
Anfragen von Krankenkassen	9/126
Arztsuche: Datenveröffentlichung nur nach Einwilligung	3/39
Asthmafortbildung für Pädiater	6/92
Datenschutz in der Arztpraxis	3/42
DMP-Feedbackberichte – Online-Zustellung	11/157
DMP-Trainer COPD gestartet	7-8/105
Einreichung DMP-Dokumentationen	9/127
Elektronische Nachrichtenübermittlung über KVB-Postfach	3/40
Feststellung der Arbeitsunfähigkeit	3/40
Genehmigung psychosomatische Grundversorgung	12/178
KVB-Postfach: Neue Servicefunktionen	9/128
Lesegeräte für elektronische Gesundheitskarte	4/59
Lieferengpässe bei eGK-Lesegeräten	9/127
Merkblätter zur Zulassung und Praxisführung	10/148
Neues Muster 10 (Laborüberweisung)	9/128
Neues Muster 10 (Laborüberweisung)	12/179
Notarztvergütung in der Schiedsstelle	5/75
Online-Abrechnung: Appell der KVB an Systemhäuser	1-2/16
Privatliquidation bei GKV-Versicherten	9/128
Rechenschaftsbericht der KVB	4/58
SBK fördert Ärzte im Geriatrischen Praxisverbund	3/41
SmarAkt nur noch über KV-Ident oder KV-SafeNet	7-8/104
Stationärer Einweisungsschein	7-8/105
Unseriöse Verlagsangebote	3/41

	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
PRAXISFÜHRUNG			
Arbeitsschutzbetreuung: Neue Vorschriften	3/33	Online-Fortbildungsreihe Hygienemanagement Teil 2	5/73
DMP-Patientenerklärungen als Scan aufbewahren	3/34	Praxisbegehung durch Gewerbeaufsichtsamt	4/56
Hygiene und Infektionsprävention	3/35	QEP® 2010 – was ist neu?	3/38
Hygiene und Infektionsprävention	4/55	Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie	7-8/103
Leitfaden Medizinprodukte-Betreiberverordnung	11/157	Qualitätsmaßnahme „Kurative Mammographie“	4/56
Neue Gefahrstoffverordnung	3/34	Qualitätsmaßnahme „Risikoprävention bei Kinderwunsch“	4/57
INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN			
Fortbildung: „Palliativversorgung für Psychotherapeuten“	3/44	Qualitätssicherung kurative Mammographie	9/121
Psychotherapeutische Behandlung von Älteren	3/44	Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse	1-2/14
Zweifelhafte Dienstleistungsangebote prüfen	7-8/105	Qualitätszirkel-Moderatorentreffen in Nürnberg	5/75
QUALITÄT			
Balneophototherapie nach GOP 10350 EBM	1-2/13	Röntgenverordnung: Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten	1-2/12
Computertomographie: Stichprobenprüfung ausgesetzt	5/73	Sicherheit bei MRT-Untersuchungen	12/177
Diagnostische Radiologie – Aufnahmen im HNO-Bereich	10/146	Stichprobenprüfung PDT wird ausgesetzt	9/121
Externe Aufbereitung von Medizinprodukten	12/176	Stichprobenprüfung Vakuumbiopsie der Brust	3/36
Gutscheincode Online-Fortbildung Hygienemanagement	12/176	Strahlenschutz – aufnahmetechnische Qualitätsanforderungen beim Röntgen	6/91
Information aus dem G-BA	1-2/14	Strukturqualität beim Ultraschall am Beispiel „SonoBaby“	3/37
Internationaler Händehygienetag am 5. Mai	5/74	Ultraschall – apparative Mindestvoraussetzungen	10/147
Neufassung der Mammographie-Vereinbarung	5/72	SEMINARE	
Online-Fortbildung Hygienemanagement (Teil 3)	7-8/104	Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“	12/181
Online-Fortbildung Hygienemanagement (Teil 4)	10/147	„Jeder Fehler zählt!“ – Pilotveranstaltung Patientensicherheit	6/92

Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite	
VERORDNUNGEN			
Aktualisierte Impfpfehlungen der STIKO	10/142	Ginkgohaltige Präparate	9/120
Aktuelles aus dem Verordnungsbereich	1-2/7	Hilfsmittel versus Pflegehilfsmittel	5/71
Aktuelles zu Verordnungen	6/90	Hilfsmittel wirtschaftlich verordnen	3/31
Alkoholhaltige Arzneimittel zur oralen Anwendung	4/52	InfectoDiarrstopp LGG®	7-8/102
Amantadin: Aufnahme in Arzneimittel-Richtlinie	10/143	Kein Off-Label-Use für Dapson-Monotherapie	12/175
Änderung der Packungsgrößenverordnung	7-8/102	Kein Off-Label-Use von Aldesleukin	12/175
Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie	5/70	Kompressionsverbände in der häuslichen Krankenpflege	4/53
Arzneikostentrendmeldung: neue Inhalte ab 1/2011	7-8/101	Mehr Rückforderungsanträge der Krankenkassen	7-8/100
Arzneimittel-Härtefall-Verordnung	1-2/9	Methylphenidat-haltige Arzneimittel zur Behandlung Erwachsener	10/145
Arzneimittelsicherheit	3/32	Muster für Arzneikosten- und PC-Trendmeldung	10/142
Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung	3/30	Neues T-Rezept	10/145
Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland	10/142	Neufassung der Heilmittel-Richtlinie	9/118
Arzneimittelvereinbarung 2011	1-2/6	Off-Label-Use von Doxorubicin bei Merkelzellkarzinom	12/175
Aufnahme von Fludarabin in Arzneimittel-Richtlinie	9/119	Off-Label-Use von Etoposid bei Ewing-Tumoren	12/174
Ausfüllhilfen für Heilmittelverordnungen	5/69	Otologika: Änderung der Arzneimittel-Richtlinie	10/143
Aut-idem: Praxisverwaltungssoftware	5/69	Pitavastatin – Ergänzung in Arzneimittel-Richtlinie	11/155
Benzodiazepine und Z-Substanzen bei Schlafstörungen	10/144	Referenzpreisregelung bei Grippeimpfstoffen	12/171
Blutzucker-Teststreifen im Arzneiversorgungsvertrag	4/52	Rehabilitationssport und Funktionstraining	9/118
Checkliste für die Verordnung von Impfstoffen	12/172	Rezeptdiebstahl und -manipulationen vorbeugen	3/32
Dabigatran (Pradaxa®) – Indikationserweiterung	11/156	Sicherheit in der Arzneimitteltherapie	1-2/8
Einschränkung bei Harn- und Blutzuckerteststreifen	9/118	Sicherheitshinweise zu Dronedaron (Multaq®)	10/144
Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe	12/173	Therapiehinweis zu Cilostazol	12/174
Festbetrag zu Escitalopram und Citalopram	9/119	Verordnung und Abgabe von Importarzneimitteln	4/54
Flunitrazepam: Änderung Betäubungsmittelgesetz	10/143		

Ausgabe/Seite

Verordnung von Arzneimitteln für Kinder	11/155
Verordnungsfähigkeit von Mistelpräparaten	9/120
Verordnungsfähigkeit von Zubehör für Diabetiker	12/173

KVBINFOS

02 | 11

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 2 Abrechnungsabgabe Quartal 4/2010
- 3 Die nächsten Zahlungstermine
- 3 Zusatzpauschalen im organisierten Bereitschaftsdienst
- 3 Änderung der LKK-Diabetesvereinbarung
- 4 Fallzahlen in Diabetes-Schwerpunktpraxen
- 4 Zeitaufwand von in Teilzeit tätigen Ärzten
- 5 Zuzahlung für Heilmittel ab 1. Januar 2011
- 5 Aufforderung zur Stellungnahme durch Krankenkassen
- 10 Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2011

VERORDNUNGEN

- 6 Arzneimittelvereinbarung 2011
- 7 Aktuelles aus dem Verordnungsbereich
- 8 Sicherheit in der Arzneimitteltherapie
- 9 Arzneimittel-Härtefall-Verordnung

QUALITÄT

- 12 Röntgenverordnung: Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten
- 13 Balneophototherapie nach GOP 10350 EBM
- 14 Information aus dem G-BA
- 14 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

ALLGEMEINES

- 16 Online-Abrechnung: Appell der KVB an Systemhäuser

SEMINARE

- 17 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 18 Die nächsten Seminartermine der KVB

Abrechnungsabgabe Quartal 4/2010

Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungsunterlagen für das 4. Quartal 2010 bis spätestens **Montag, 10. Januar 2011**, bei uns ein. Gerne können Sie die Unterlagen auch schon früher schicken. Denken Sie bitte auch daran, uns mit Ihrer Abrechnung die unterschriebene Sammelerklärung (bitte Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen – wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe – zuzusenden. Dies gilt auch, wenn Sie uns Ihre Datei online übermitteln. Das Formular der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen.

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

Wir empfehlen dazu die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor Abgabe der Abrechnung vorzunehmen. Bitte beachten Sie weiterhin die persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen. Diese Regelung ist insbesondere zu beachten bei angestellten Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.

Einreichungswege für Ihre Quartalsabrechnung

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

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

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

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

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

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

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

Online-Abrechnung

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

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

Die nächsten Zahlungstermine

10. Januar 2011
Abschlagszahlung Dezember 2010

31. Januar 2011
Restzahlung 3/2010

10. Februar 2011
Abschlagszahlung Januar 2011

10. März 2011
Abschlagszahlung Februar 2011

11. April 2011
Abschlagszahlung März 2011

29. April 2011
Restzahlung 4/2010

10. Mai 2011
Abschlagszahlung April 2011

10. Juni 2011
Abschlagszahlung Mai 2011

11. Juli 2011
Abschlagszahlung Juni 2011

29. Juli 2011
Restzahlung 1/2011

10. August 2011
Abschlagszahlung Juli 2011

12. September 2011
Abschlagszahlung August 2011

10. Oktober 2011
Abschlagszahlung September 2011

31. Oktober 2011
Restzahlung 2/2011

10. November 2011
Abschlagszahlung Oktober 2011

12. Dezember 2011
Abschlagszahlung November 2011

Zusatzpauschalen im organisierten Bereitschaftsdienst

Die von der KVB ab dem Quartal 1/2010 neu eingesetzte Abrechnungsoftware OpenKV hat bei der Prüfung der Abrechnungen die vom Arzt selbst in die Abrechnung eingetragenen Zusatzpauschalen für die Besuchsbereitschaft (GOPen 01211, 01215, 01217 und 01219) zunächst gestrichen und dann automatisiert hinzugefügt.

Voraussetzung für die Abrechnung der Zusatzpauschalen ist, dass im organisierten Bereitschaftsdienst grundsätzlich Besuche durchgeführt werden können, das heißt, der Arzt muss tatsächlich bereit und in der Lage sein, einen Patienten zu Hause oder im Heim aufzusuchen. Da der KVB diese Information nicht vorliegt, kann sie die Zusatzpauschalen in Fällen, in denen die Notfallpauschale im organisierten Bereitschaftsdienst abgerechnet wurde, nicht generell zufügen.

Bitte tragen Sie die GOPen 01211, 01215, 01217 und 01219 für die Besuchsbereitschaft auch weiterhin selbst in die Abrechnung ein.

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

Änderung der LKK-Diabetesvereinbarung

Ab 1. Januar 2011 können Sie als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt gleichzeitig an der Diabetesvereinbarung mit der LKK und am Programm „diabetologisch qualifizierter Hausarzt“ teilnehmen.

Voraussetzung dafür ist, dass Sie als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2 teilnehmen sowie koordinierender Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 2 sind. In jedem Fall sind die entsprechenden Genehmigungen dafür erforderlich. Die dazugehörigen Anträge sind im Internet unter www.kvb.de/dmp eingestellt.

Wenn Sie als diabetologisch qualifizierter Hausarzt und gleichzeitig als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt an der LKK-Diabetesvereinbarung teilnehmen, kann für die Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 die Abrechnungsnummer 97155 angesetzt werden. Falls im Behandlungsfall eine der möglichen Schnittstellen gemäß der vertraglichen Leistungsbeschreibung der Betreuungspauschalen in der Diabetesvereinbarung erfüllt ist, kann daneben auch die entsprechende Betreuungspauschale angesetzt werden (zum Beispiel 97310 neben 97155).

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

Fallzahlen in Diabetes-Schwerpunktpraxen

Gemäß dem neuen DMP-Plattformvertrag, der zum 1. Juli 2010 in Kraft getreten ist, und der seit 1. Januar 2011 geltenden Diabetesvereinbarungen müssen diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte regelmäßig bestimmte Diabetiker-Fallzahlen nachweisen (siehe auch unser Service-Schreiben vom 29. Juni 2010). Als Neuerung gilt hierbei seit dem 1. Januar 2011, dass ausschließlich Patienten berücksichtigt werden können, für die Leistungen im Rahmen der Honorarabrechnung mit der KVB vergütet wurden.

Ein Patient wird für einen Arzt in der Fallzahlprüfung berücksichtigt, wenn

- der Patient gesetzlich krankenversichert ist (GKV-Patient) **und**
- aus der ICD-10-Kodierung zum selben Patienten eindeutig hervorgeht, dass eine gesicherte Diagnose Diabetes vorliegt (E10.- beziehungsweise E11.-) **und**
- der Arzt für denselben Patienten eine Leistung über die KVB abrechnet, wobei keine Einschränkung auf bestimmte Abrechnungsnummern erfolgt. Die abgerechnete Leistung muss mit der LANR des Arztes gekennzeichnet sein.

Weitere Hinweise zur Fallzahlprüfung:

- Für die Fallzahlprüfung im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 werden nur Typ-1-Patienten berücksichtigt, im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 zählen Typ-1- und Typ-2-Patienten.
- Privatpatienten und Patienten, die ausschließlich im Rahmen der hausarztzentrierten Verträge abgerechnet werden, können bei der Über-

prüfung der Fallzahlen nicht mehr berücksichtigt werden.

- Die Fallzahlen werden erstmalig für den Zeitraum der Quartale 3/2010 bis 2/2011 ermittelt. Die Prüfung erfolgt nach Ende des zweiten Quartals 2011. Danach ist die Strukturvoraussetzung der Fallzahlen regelmäßig zu erfüllen.
- Im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 wird bei der erstmaligen Prüfung der Durchschnittswert der Quartale 3/2010 bis 2/2011 bestimmt.
- Im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 müssen zur Erfüllung der Fallzahlen kontinuierlich 35 verschiedene Patienten behandelt werden (Beispiel: Für den Zeitraum 3/2010 bis 2/2011 muss nachgewiesen werden, dass in diesem Zeitraum 35 verschiedene Patienten behandelt wurden).
- Die Fallzahlen müssen durch jeden einzelnen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt persönlich erfüllt werden.
- Ärzten, die die geforderten Fallzahlen nicht erfüllen, wird die Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2 sowie in den Diabetesvereinbarungen entzogen. Sie können dann die hiermit verbundenen Leistungen für diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte in den entsprechenden Verträgen nicht weiter abrechnen.

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

Zeitaufwand von in Teilzeit tätigen Ärzten

Nach Paragraph 8, Absatz 3 der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbands zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen gilt die Abrechnung eines Arztes als auffällig und gibt Anlass zur weiteren Überprüfung, wenn bei der Zeitauswertung Folgendes festgestellt wird: Eine auffällig hohe Stundenzahl – mehr als 780 Stunden pro Arzt beziehungsweise mehr als 156 Stunden bei ermächtigten Krankenhausärzten beziehungsweise eine tägliche Arbeitszeit an mindestens drei Tagen von mehr als 12 Stunden im Quartal.

Das heißt, dass für jedes einzelne Mitglied und jeden ansonsten tätigen Arzt, dem eine LANR zugeteilt worden ist, die Leistungen auf Plausibilität geprüft werden, wenn die oben genannten zeitlichen Aufgreifkriterien erfüllt werden. Bei in Teilzeit tätigen Ärzten wird dabei der Faktor des insgesamt genehmigten Tätigkeitsumfanges zu Grunde gelegt.

Bitte beachten Sie, dass auch wenn Sie über eine Teilzulassung verfügen beziehungsweise in einer Vertragsarztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum in einer Teilzeitanstellung tätig sind, die unter Ihrer LANR abgerechneten Leistungen auf die zeitliche Nachvollziehbarkeit hin geprüft 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

Zuzahlung für Heilmittel ab 1. Januar 2011

Ab 1. Januar 2011 ändern sich die Zuzahlungsbeträge bei der Abgabe von Heilmitteln sowie die von der Zuzahlung betroffenen Gebührenordnungspositionen (GOP). Für die sensorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung) nach GOP 30300 ist keine Zuzahlung mehr zu leisten. Als zuzahlungspflichtiges Heilmittel wurde die Atemgymnastik nach GOP 30410 (Einzelbehandlung) beziehungsweise GOP 30411 (Gruppenbehandlung) neu aufgenommen. Die

Änderungen ergeben sich aus der Weiterentwicklung des zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern vereinbarten Heilmittelkatalogs. Unverändert bleibt der Eintrag mit Buchstabe „A“ (zum Beispiel 30410A) bei Patienten, die von der Zuzahlung befreit sind.

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

Überblick über die seit 1. Januar 2011 gültigen Gebührenordnungspositionen und Beträge für die Heilmittelzuzahlungen:

GOP	Leistungslegende	Zuzahlungsbetrag**
30400	Massagetherapie	1,05 Euro
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage	1,67 Euro
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	1,42 Euro
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	0,42 Euro
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	1,42 Euro
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	0,42 Euro

**Laut Paragraph 32 Absatz 2 SGB V haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zu den Kosten der Heilmittel eine Zuzahlung an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden. Die Höhe der Zuzahlung errechnet sich nach den Preisen, die zwischen den Krankenkassen und den Heilmittelerbringern vereinbart sind.

Aufforderung Stellungnahme durch Krankenkassen

Mitglieder, die von einer Krankenkasse direkt zur Stellungnahme bezüglich ihrer Abrechnung aufgefordert werden, müssen diese nicht beantworten, wenn es sich dabei um ihre KV-Abrechnung handelt.

In den KVB INFOS 12/2009 haben wir bereits darauf hingewiesen, dass Zahlungsaufforderungen, die eine Krankenkasse beziehungsweise Organisationen mehrerer Krankenkassen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (zum Beispiel die Arbeitsgruppe gegen Abrechnungsbetrug – argab) KV-Mitgliedern zu ihrer KV-Abrechnung zusenden, gegenstandslos sind.

Anlass zu diesem erneuten Hinweis ist ein Schreiben der BKK futur, die eine Arztpraxis zur Stellungnahme bezüglich ihrer Abrechnung aufgefordert hat. Solche Aufforderungsschreiben entbehren auf Grund der eindeutig definierten Rechtsbeziehungen im Vertragsarztrecht jeder Rechtsgrundlage.

Die Krankenkassen können nur Auswertungen und Schadensfeststellungen auf der Grundlage der Abrechnungsdaten erstellen, die sie von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten. Gehen die Krankenkassen bei der Datenauswertung von Falschabrechnungen aus, sind entsprechende Prüfanträge und Hinweise ausschließlich an die KVB zu richten.

Sollten Sie von einer Krankenkasse direkt angeschrieben werden, bitten wir Sie dringend, uns zu informieren.

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

Arzneimittelvereinbarung 2011

Wie im letzten Jahr wird es auch für das Jahr 2011 keine Richtgrößenvereinbarung für Arznei- und Heilmittel geben. Gesetzliche und vertragliche Veränderungen sowie datentechnische Unsicherheiten ließen eine rechtssichere Einigung mit den bayerischen Krankenkassen nicht zu. Für diesen Fall hat der Gesetzgeber in Paragraph 106 Absatz 2 Satz 5 SGB V festgelegt, dass Richtgrößenprüfungen auf der Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben stattfinden. Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte der jeweils aktuellen Prüfungsvereinbarung unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Honorarprüfung*.

AMNOG – Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz

Bei den Vertragsverhandlungen im letzten Jahr konnten die ab 1. Januar 2011 vorgesehenen Regelungen im Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) noch nicht einfließen.

Globale und fachgruppenunabhängige Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele für 2011

KVB und Krankenkassen waren sich einig, für 2011 wiederum Leitsubstanzen, Quotierungen und maximale DDD-Kosten für bestimmte Arzneimittelgruppen als Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele zu vereinbaren. Bei Redaktionsschluss war die Arzneimittelvereinbarung für 2011 noch in Verhandlung. Sobald die Verhandlungen abgeschlossen sind, werden die Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele für 2011 auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* veröffentlicht.

Informationen vor Ort

In regionalen Informationsveranstaltungen können Sie sich persönlich über die Inhalte der Arzneimittelvereinbarung informieren und die für Sie relevanten Fragen klären. Im Januar 2011 bieten wir hierzu folgende Termine:

- Mittwoch, 19. Januar, 16.00 Uhr
KVB-Bezirksstelle in Bayreuth
- Mittwoch, 19. Januar, 16.00 Uhr,
KVB-Bezirksstelle in München
- Donnerstag, 20. Januar, 19.30 Uhr,
KVB-Bezirksstelle in Nürnberg
- Donnerstag, 20. Januar, 19.30 Uhr,
KVB-Bezirksstelle in Straubing
- Mittwoch, 26. Januar, 16.00 Uhr,
KVB-Bezirksstelle in Augsburg
- Mittwoch, 26. Januar, 16.00 Uhr,
KVB-Bezirksstelle in Regensburg
- Mittwoch, 26. Januar, 16.00 Uhr,
KVB-Bezirksstelle in Würzburg

Verordnungsdaten im Vergleich

Auch in diesem Jahr werden wir Sie regelmäßig über die Entwicklung Ihrer Arzneimittelverordnungen und die Vergleichswerte Ihrer Fachgruppe informieren.

Beratung vor Ort

Auch im Jahr 2011 können Sie sich wieder in unseren für Mitglieder kostenlosen Pharmakotherapieberatungen von unseren Verordnungsexperten unterstützen lassen.

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

Aktuelles aus dem Verordnungsbereich

Änderung der Arzneimittel-Richtlinie/Anlage III: Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus ausgeschlossen

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Verordnungsausschluss für die Glitazone (sowohl für Mono- als auch für Kombinationspräparate) wurde am 18. November 2010 im Bundesanzeiger veröffentlicht. Der Verordnungsausschluss tritt zum 1. April 2011 in Kraft.

Bei der Nutzenbewertung der Glitazone war das deutlich belegte Schadenspotential Grund für den Verordnungsausschluss. Studien zufolge kann die Behandlung mit Glitazonen sowohl zu Knochenbrüchen als auch zu gravierender Herzschwäche führen.

Um Patienten sowie Ärzten ausreichend Gelegenheit zur medikamentösen Umstellung zu geben, hat sich der G-BA auf eine angemessene Frist bis zum Inkrafttreten nach der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verständigt.

Beschlusstexte sowie Beschlusserläuterungen finden Sie im Internet unter www.g-ba.de/informationen/beschlusse/zum-unterausschuss/2.

Der Beschluss des G-BA zu den Gliniden lag bei Redaktionsschluss dem BMG zur Prüfung vor. Mit Schreiben vom 15. November 2010 wurde die Beanstandungsfrist unterbrochen. Bitte beachten Sie die aktuellen Veröffentlichungen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Newsletter des Gemeinsamen Bundesausschusses

Nutzen Sie schon das kostenlose E-Mail-Abonnement des G-BA? Wir empfehlen Ihnen, den Newsletter zu

abonnieren. Wählen Sie einfach aus, welche Informationen für Sie interessant sind und geben Sie Ihre Kontaktdaten unter www.g-ba.de/institution/sys/newsletter/abonnieren/register ein.

Folgende Kategorien können Sie für Ihren Newsletter auswählen:

- Bekanntmachung von Beratungsthemen
- Aktuell in Kraft getretene Beschlüsse
- Pressemitteilungen
- Monatlicher Newsletter
- Tagesordnungen der monatlichen öffentlichen Sitzungen

„Neue Arzneimittel“ – Information der AkdÄ

Seit Anfang 2009 bietet die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) den Service „Neue Arzneimittel“ an. Den kostenfreien Newsletter können Sie unter www.akdae.de in der Rubrik Service/Newsletter abonnieren.

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

Die Ausgabe Nummer 15/2010 von „Neue Arzneimittel“ vom 12. Oktober 2010 behandelt folgende Arzneimittel:

Cholestagel® (Colesevelam)

Neu zugelassene Indikation: Zur Anwendung in Kombination mit Ezetimib, mit oder ohne ein Statin, bei erwachsenen Patienten mit primärer Hypercholesterinämie, einschließlich Patienten mit familiärer Hypercholesterinämie.

Prolia® (Denosumab)

Zur Behandlung der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit erhöhtem Frakturrisiko und zur Behandlung von Knochenschwund im Zusammenhang mit Hormonablation bei Männern mit Prostatakarzinom mit erhöhtem Frakturrisiko.

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* finden Sie in der „Linkbox Publikationen“ folgende Themen:

- Neue Arzneimittel
- Therapieempfehlungen
- Rote-Hand-Briefe
- Drug safety Mail
- Wirkstoff aktuell

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

Sicherheit in der Arzneimitteltherapie

Das Bundesministerium für Gesundheit will seit Mitte 2009 mit zahlreichen Aktionen die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) verbessern. Im Mittelpunkt steht dabei ein Merkblatt, das den Patienten unter anderem empfiehlt, eine Liste aller ihrer Medikamente zu führen. Wir rechnen damit, dass die Patienten ihre behandelnden Ärzte bitten, sie bei der Erstellung einer Medikationsliste zu unterstützen.

Verteilung des AMTS-Patientenmerkblattes 12/2010

- Beilage in der VdK-Zeitung des Sozialverbands VdK, Auslage in den VdK-Geschäftsstellen
- Auslage in allen Apotheken
- Verteilung über die Helios-Kliniken
- Beilage als Plakat in der Pharmazeutischen Zeitung und in der Deutschen Apotheker Zeitung
- Beilage als Plakat im Deutschen Ärzteblatt

Informationen für Behandler

Das Deutsche Ärzteblatt beschreibt die Aktion in der Ausgabe vom 10. Dezember 2010. Das Patientenmerkblatt und den Aktionsplan „AMTS 2010 – 2012“ finden Sie im Internet unter www.ap-amts.de.

Medikamentenplan – Aktionsbündnis Patientensicherheit

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), bei der die Koordinierungsgruppe zum Aktionsplan „AMTS 2010 – 2012“ eingerichtet ist, und der Sozialverband VdK verweisen auf den Medikationsplan des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Diesen kann man im Internet unter www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/apsside/Medikamentenplan.pdf als Vordruck herunterladen und elektronisch ausfüllen.

Hintergrund

Die am Aktionsplan beteiligten Institutionen konnten sich bislang nicht auf einen gemeinsamen Medikationsplan verständigen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat sich bis zuletzt dafür eingesetzt, ein gemeinsames Patientenmerkblatt zu entwickeln. Die KBV fordert, dass Ärzte analog zu der von der KBV favorisierten Wirkstoffverordnung lediglich den Wirkstoff in den Medikationsplan eintragen. Als Arzt können Sie bei der Verordnung auf Grund der verschiedenen Rabattverträge schließlich nicht wissen, welches Arzneimittel der Patient in der Apotheke erhält.

Die Alternativen

- Patientenflyer „Arzneimittel konsequent und richtig einnehmen“ der KVB mit Medikamentenliste

Der Flyer enthält Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie und will vor allem die Patienten stärker mit einbeziehen. Die Verordnung von Arzneimitteln durch mehrere Ärzte soll transparenter werden, indem die Patienten alle eingenommenen Arzneimittel eintragen und die Liste beim Arztbesuch vorlegen.

- Medikamentenliste der Praxissoftware

Das in der Praxissoftware enthaltene Arzneimittelmodul und der oben genannte KVB-Flyer unterstützen Sie bei der Behandlung Ihrer Patienten.

Qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung

Analysieren Sie gemeinsam mit Ihren Patienten, ob der Medikationsplan

beibehalten, geändert oder ergänzt werden muss, um Doppelverordnungen und unerwünschte Wechselwirkungen zu vermeiden. Sie leisten so einen wichtigen Beitrag zu einer sicheren Versorgung. Gleichzeitig kommen Sie damit Ihrer Informationspflicht über die Medikation der Versicherten nach (Paragraph 8 Absatz 4 Arzneimittel-Richtlinie).

Um Sie praxisnah informieren zu können, setzen wir auf Ihre Erfahrungen. Senden Sie uns deshalb Ihre Anregungen und Vorschläge per E-Mail mit dem Betreff „Arzneimitteltherapiesicherheit“ an Verordnung@kvb.de.

Den Patientenflyer der KVB mit der Medikamentenliste finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimitteltherapiesicherheit*.

Sie können den Flyer auch per E-Mail an Verordnung@kvb.de mit dem Betreff „Medikamentenliste“ bestellen. Bitte beachten Sie, dass die Bestellung auf 20 Exemplare pro Praxis beschränkt ist.

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

Arzneimittel-Härtefall-Verordnung

Für schwer kranke Patienten ohne therapeutische Alternativen wurde durch die Arzneimittel-Härtefall-Verordnung (AMHV) die Möglichkeit geschaffen, Zugang zu neuen Arzneimitteltherapien zu erhalten, die sich derzeit noch in klinischer Prüfung befinden und für die bislang noch keine Zulassung besteht.

Im Rahmen dieses Härtefallprogramms können Sie einer bestimmten Patientengruppe Arzneimittel von pharmazeutischen Unternehmen (nach bestätigter Anzeige bei einer Bundesoberbehörde) zur Verfügung stellen, wenn für das Arzneimittel ausreichende Hinweise auf Wirksamkeit und Sicherheit vorliegen und klinische Studien durchgeführt werden beziehungsweise ein Antrag auf Zulassung innerhalb der EU gestellt wurde.

Seit dem 5. November 2010 sind auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) – neben dem Paul-Ehrlich-Institut eine der beiden zuständigen Bundesoberbehörden – zwei bestätigte Arzneimittel-Härtefallprogramme gemäß Paragraph 4 AMHV eingestellt:

- Jevtana® (Wirkstoff Cabazitaxel) zur Behandlung des metastasierten hormonrefraktären Prostatakarzinoms bei Patienten, die zuvor mit einer Docetaxel-basierten Chemotherapie behandelt wurden
- Scenesse® (Wirkstoff Afamelantoid) zur Behandlung der erythropoetischen Protoporphyrurie

Falls Sie einem Ihrer Patienten eine der oben genannten Therapieoptionen zugänglich machen möchten, kontaktieren Sie bitte den Ansprechpartner des jeweiligen Herstellers, der mit Ihnen das weitere Vorgehen klären wird.

Die Ansprechpartner und weitere Informationen zur AMHV finden Sie auf der Internetseite des BfArM unter www.bfarm.de in der Rubrik Arzneimittel/Vor der Zulassung/Härtefallprogramme.

Die Arzneimittel-Härtefall-Verordnung schließt die Kostenübernahme zu Lasten der GKV per Gesetz aus, da der Antragsteller des Härtefallprogramms nach Paragraph 21 Absatz 2 Nummer 6 AMG verpflichtet ist, die Arzneimittel unter den genannten Voraussetzungen kostenlos zur Verfügung zu stellen.

Die Verordnung gilt nicht für Einzelimporte gemäß Paragraph 73 Absatz 3 AMG sowie den Einsatz von Arzneimitteln in nicht zugelassenen Indikationen (Off-Label-Use) nach Paragraph 35b Absatz 3 SGB V.

Können Patienten noch in laufende klinische Studien integriert werden, dürfen sie nicht am Arzneimittel-Härtefallprogramm teilnehmen. Die Verordnung ist am 22. Juli 2010 in Kraft getreten und regelt die Umsetzung für ein „Compassionate-Use“-Programm (Arzneimittel-Härtefallprogramm) nach Artikel 83 der Verordnung (EG) Nummer 726/2004 auf nationaler Ebene.

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

Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2011

Die vertragsärztlichen Leistungen werden im Jahr 2011 nach der regionalen Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet. Grundlage der Bayerischen Euro-Gebührenordnung ist der vom Bewertungsausschuss beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dem der Inhalt der ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander festgelegt sind.

Aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen und dem regionalen Punktwert ergibt sich die Bayerische Gebührenordnung mit Europeisen. Regional, also zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Landesverbänden der Krankenkassen, wurde für das Jahr 2011 ein einheitlicher bayerischer Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent vereinbart. Der bayerische Punktwert entspricht dem vom Erweiterten Bewertungsausschuss auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert für das Jahr 2011.

In dieser Ausgabe der KVB INFOS geben wir Ihnen die Bayerische Euro-Gebührenordnung auf Basis des Punktwertes von 3,5048 Cent bekannt. Die Bekanntmachung des bayerischen Punktwertes erfolgt unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch die Vertragspartner.

Die Bayerische Euro-Gebührenordnung und weitere Informationen finden Sie auf der beigefügten CD-ROM:

- B€GO: Bayerische Euro-Gebührenordnung auf Basis des EBM, gültig ab 1. Januar 2011 (B€GO-Informationssystem als CHM-Datei, Stand 10. Dezember 2010)
- Übersicht über die Gebührenordnungspositionen des EBM mit den Punktzahlen des Quartals 1/2011

und den bayerischen Euro-Preisen ab Quartal 1/2011 (Stand 10. Dezember 2010)

- Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu den EBM-Änderungen zum 1. Januar 2011
- Fachgruppen-Informationssystem mit Informationen zu den Neuerungen und Änderungen zum 1. Januar 2011 (Stand 10. Dezember 2010)
- Adobe Reader

Abweichend von der Version auf der CD-ROM können sich durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach Redaktionsschluss noch Änderungen des EBM ergeben. Eine laufend aktualisierte Fassung des B€GO-Informationssystems kann von Ihnen als KVB-Mitglied unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Leistungen/B€GO-EBM* im geschützten Mitgliederbereich eingesehen und heruntergeladen werden. Für den Zugriff benötigen Sie Ihre entsprechenden Zugangsdaten. Stellen Sie das EBM-Informationssystem bei Bedarf auch Ihrem Praxispersonal zur Verfügung. Klicken Sie hierzu einfach die Download-Version (CHM) an und speichern Sie diese auf Ihrem Laufwerk. Die Übertragung der derzeit zirka 50 MB großen Datei kann je nach Verbindung einige Minuten in Anspruch nehmen.

Auf der auf Seite 11 angebrachten CD-ROM und auf unserer Internetseite finden Sie auch unser elektronisches Fachgruppen-Informationssystem als Online- sowie als Download-Version (Stand 10. Dezember 2010), mit dem wir Sie schnell und aktuell über die Ihre Arztgruppe betreffenden Änderungen und Neuerungen rund um den EBM informieren.

Der EBM ist auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de eingestellt.

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



Sollte auf dieser Seite keine CD-ROM mit der Bayerischen Euro-Gebührenordnung mehr angebracht sein, können Sie diese selbstverständlich kostenlos per E-Mail an info@kvb.de nachbestellen.

Röntgenverordnung: Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten

Bei der Untersuchung und Behandlung mittels bildgebender Verfahren (Röntgen, CT) müssen nach der Röntgenverordnung (RöV) Aufbewahrungszei-

ten für verschiedene Aufzeichnungen eingehalten werden. Halten Sie bitte diese Fristen unbedingt ein. Nur so erfüllen Sie die gesetzlichen Bestim-

mungen. In der folgenden Tabelle haben wir eine Übersicht für Sie zusammengestellt.

Röntgenverordnung: Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten

Bereich	Betreff	Art und Umfang der Dokumentation	Aufbewahrungsfrist	Nachweis RöV
Qualitätssicherung bei Röntgeneinrichtungen zur Untersuchung von Menschen	Gewährleistung der Konstanz der Anlage (Überprüfung durch die Ärztliche Stelle)	Aufzeichnungen über Abnahmeprüfungen (AP) und Teilabnahmeprüfungen (TAP) und regelmäßige Konstanzprüfungen (KP) wie Konstanz von Bildqualität und Dosisbedarf	AP und TAP inklusive Aufnahmen: Betriebsdauer Aufnahmen KP: zwei Jahre	§ 16 Abs. 4
Aufzeichnungen über Einweisung in die sachgerechte Handhabung	Sicherheitsgerichteter Betrieb von Röntgeneinrichtungen und Störstrahlern	Schriftlicher Nachweis zur Einweisung anhand einer Gebrauchsanweisung	Betriebsdauer	§ 18 Abs. 1
Aufzeichnungen über Untersuchungen von Menschen mit Röntgenstrahlen	Patientenexposition bei Röntgenuntersuchungen, Röntgenaufnahmen beziehungsweise Aufzeichnungspflichten	1. Typische Angaben in einem Röntgengebuch: Zeitpunkt, Art der Anwendung, untersuchte Körperregion, Angaben zur Ermittlung der Körperdosen und zu den technischen Einstellparametern 2. Rechtfertigende Indikation, Ergebnisse der Patientenbefragung, Befund	Generell: zehn Jahre; bei Aufzeichnungen von Minderjährigen bis zur Vollendung ihres 28. Lebensjahres	§ 28 Abs. 3
Aufzeichnungen über Behandlungen von Menschen mit Röntgenstrahlen	Patientenexposition bei Röntgenbehandlung	Grundsätzliche Inhalte wie bei „Aufzeichnungen über Untersuchungen“, zusätzlich Bestrahlungsplan/-protokoll	30 Jahre	§ 28 Abs. 3
Aufzeichnung über die Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen in der medizinischen Forschung	Probandenexposition	Grundsätzliche Inhalte wie bei „Aufzeichnungen über Untersuchungen“, zusätzlich: Probandenbefragung/-aufklärung/-einwilligung, Überwachungsmaßnahmen, medizinische Befunde	30 Jahre	§ 28c Abs. 5

Balneophototherapie nach GOP 10350 EBM

Seit 1. Oktober 2010 ist die Balneophototherapie bei der Diagnose schwere bis mittelschwere Psoriasis vulgaris nach Erteilung einer Genehmigung mit der GOP 10350 EBM abrechenbar, siehe Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie (QSV).

Ärzte, die eine Genehmigung erhalten haben, müssen bei der Durchführung der Balneophototherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung folgende Wartungs- und Abrechnungsvorgaben beachten.

Wenn ein Gerät **ohne** integrierte Sensorik betrieben wird, muss ein auf das Emissionsspektrum abgeglichenes

Handdosimeter für die zusätzlich erforderliche vierteljährliche Überprüfung der Bestrahlungsintensität vorgehalten werden.

Der Nachweis regelmäßiger Geräte- und Leuchtmittelwartung ist eine Auflage zur Genehmigung und wird jährlich stichprobenhaft durch die KVB überprüft (Paragraph 8 QSV).

Dermatologe muss anwesend sein

Die Balneophototherapie nach GOP 10350 EBM muss in einer ärztlich geleiteten Betriebsstätte (einschließlich Apparategemeinschaft) in Anwesenheit eines Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten erfolgen

(Nummer 9 der Präambel des Kapitels 10 EBM). Dermatologen, die an einer ausgelagerten Betriebsstätte Bestrahlungsgeräte für Balneophototherapien gemeinsam nutzen, müssen demnach sicherstellen, dass ein für die Balneophototherapie qualifizierter Dermatologe stets vor Ort ist.

Weitere Informationen und den Volltext der QSV finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Balneophototherapie*.

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

Auflagen zur regelmäßigen Geräte- und Leuchtmittelwartung

Gerätetyp	Wartung des Bestrahlungsgeräts (§ 6 Abs. 2 QSV)	Überprüfung der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel (Dosimetrie) (§ 6 Abs. 3 QSV)
Bestrahlungsgerät mit integrierter Sensorik (integriertes UV-Messgerät)	entsprechend den Vorgaben des Herstellers, spätestens jedoch nach zwei Jahren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Durch ein gemäß Medizinproduktebetreiberverordnung qualifiziertes Wartungsunternehmen nach 200 Betriebsstunden beziehungsweise nach einem Jahr (entscheidend ist das jeweils zuerst erreichte Kriterium) ■ Im Rahmen dieser Wartung sind die UV-Messgeräte der Arztpraxis (integrierte UV-Messgeräte) zu kalibrieren.
Bestrahlungsgerät ohne integrierte Sensorik (ohne integriertes UV-Messgerät)	entsprechend den Vorgaben des Herstellers, spätestens jedoch nach zwei Jahren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Durch ein gemäß Medizinproduktebetreiberverordnung qualifiziertes Wartungsunternehmen nach 200 Betriebsstunden beziehungsweise nach einem Jahr (entscheidend ist das jeweils zuerst erreichte Kriterium) ■ Im Rahmen dieser Wartung sind die UV-Messgeräte der Arztpraxis (Handdosimeter) zu kalibrieren. ■ Zusätzlich: vierteljährliche Überprüfung der Bestrahlungsintensität der Leuchtmittel („Dosimetrie“) mittels eines auf das Emissionsspektrum abgeglichenen Handdosimeters

Information aus dem G-BA Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

Am 2. Dezember 2010 ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL) in Kraft getreten.

Über die Inhalte der Qesü-RL haben wir in den KVB INFOS 6/2010 auf Seite 82 ausführlich berichtet (vergleiche auch www.kvb.de in der Rubrik *Presse/Publikationen/PROFUND*).

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 in Göttingen beauftragt, für ausgewählte Leistungen Qualitätsindikatoren und die Instrumente der Qualitätsmessung und -darstellung vorzubereiten. Die ersten Leistungen, für die Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die in der Arztpraxis und im Krankenhaus gelten, sind:

- Katarakt-OP
- PCI und Koronarangiographie
- Konisation des Gebärmutterhalses
- Kolorektales Karzinom

Die entsprechenden themenbezogenen Richtlinien muss der G-BA noch beschließen.

Den Volltext der Qesü-RL finden Sie unter www.g-ba.de im Informationsarchiv unter „Beschlüsse/Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung Beschlussdatum 19.04.2010 bzw. 20.05.2010“.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mehrere Änderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL) zur Förderung der Qualität von Dialysebehandlungen beschlossen, die zum 1. Januar 2011 in Kraft treten. Grund für die Aktualisierung der Richtlinie ist eine veränderte wissenschaftliche Evidenzbasis einiger Qualitätsparameter. Darüber hinaus wurde die Richtlinie, insbesondere im Hinblick auf die Datenauswertung und die Ergebnisdarstellung, optimiert.

Neuer wKt/V-Grenzwert

- Der Grenzwert für das wKt/V bei Peritonealdialyse wurde von 1,9 auf 1,7 gemäß der Leitlinien der US-amerikanischen Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) herabgesetzt. Damit ist jetzt auch in der QSD-RL der Grenzwert zur Berechnung benannt, der auf den aktuellen klinischen Empfehlungen aufbaut.
- Ergänzend wurde eine Änderung der Berechnungsvorschrift zur genaueren Abschätzung des Harnstoffverteilungsvolumens mittels WATSON-Formel zur Berechnung des wKt/V-Wertes bei Peritonealdialyse in die Richtlinie aufgenommen.
- Die genauere Berechnung des Qualitätsindikators wKt/V und die Senkung des Auffälligkeitssgrenzwertes von 1,9 auf 1,7 führen nun zu einer valideren Darstellung und besseren Beurteilungsmöglichkeit der Peritonealdialyse.

Berichte der Zentralen Datenanalysten transparenter

- Durch eine neu aufgenommene Darstellung auch der unauffälligen Ergebnisse der Kernindikatoren (wKt/V, Hb, Dialysedauer und -frequenz) werden die Berichte des Datenanalysten sowohl für Ärzte als auch für die Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigung transparenter.
- Ebenfalls neu sind unter anderem eine Darstellung von Trends und die je Kernparameter differenzierten Ergebnisdarstellungen, die zu mehr Aussagekraft der Jahresberichte führen.

Die vorgenommenen Anpassungen haben keine Auswirkungen auf die elektronischen Dokumentationssysteme der Dialyseeinrichtungen. Die Anpassungen greifen erst in der weiteren Verarbeitung der Daten beim Datenanalysten beziehungsweise beim Berichtersteller. Zusätzliche Bürokratie für die Dialyseeinrichtungen konnte so vermieden werden.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Jasmine Schmitt unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 48
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 43 48
 E-Mail Jasmine.Schmitt@kvb.de

Tag der Niedergelassenen



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



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

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

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

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

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

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

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

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

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

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



Hauptstadtkongress 2011
Medizin und Gesundheit

11. bis 13. Mai 2011
im ICC Berlin

Online-Abrechnung: Appell der KVB an Systemhäuser

In einem Schreiben an alle Systemhäuser und Hersteller von Arztinformationssystemen hat die KVB auf die Pflicht zur Online-Abrechnung ab dem Quartal 1/2011 hingewiesen und appelliert, die Praxen bei der Umstellung zu unterstützen.

Dies betrifft im Wesentlichen folgende Bereiche:

- Offene und ehrliche Kommunikation mit den Kunden: Immer wieder erreichen die KVB Anrufe von verunsicherten Mitgliedern, denen mitgeteilt wurde, dass KV-SafeNet eine Pflicht sei. Dies trifft für Bayern nicht zu!
- Hilfestellung bei der Dateispeicherung: Viele Mitglieder wissen nicht, ob oder wo die Abrechnungsdateien im C- oder D-Laufwerk abgelegt werden. Diese Information ist für die Online-Abrechnung über „Meine KVB“ zwingend erforderlich.

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

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

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

Ihre Vorteile:

- Zielgruppenorientierung
- Aktuelle, umsetzbare Lösungen statt Schubladenkonzepte
- Praktisches Reanimationstraining in Kleinstgruppen nach aktuellen Guidelines
- Erfahrene Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkte (zertifiziert durch die BLÄK)
- Umfangreiches Begleitmaterial

Zielgruppen:

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

Modul I

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

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine:

- Samstag, 19. Februar 2011
KVB-Bezirksstelle in München
- Samstag, 7. Mai 2011
KVB-Bezirksstelle in Bayreuth
- Samstag, 23. Juli 2011
KVB-Bezirksstelle in München
- Samstag, 22. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Nürnberg
- Samstag, 3. Dezember 2011
KVB-Bezirksstelle in Augsburg

Modul II

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.00 Uhr

Termine:

- Mittwoch, 23. Februar 2011
KVB-Bezirksstelle in Augsburg
- Mittwoch, 16. März 2011
KVB-Bezirksstelle in München
- Mittwoch, 25. Mai 2011
KVB-Bezirksstelle in Würzburg
- Mittwoch, 21. September 2011
FH Nürnberg
- Mittwoch, 5. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Regensburg

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine:

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

Modul IV (fakultatives Modul)

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.00 Uhr

Termine:

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

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

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

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

Die nächsten Seminartermine der KVB

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu Seminaren rund um die Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern 09 11/ 9 46 67 – 3 22 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 23 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 36

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

** in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer (die Anzahl der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte der Seminarbroschüre)

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Hausärzte

Abrechnungsworkshop Anästhesisten

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Erfolg und Selbstmotivation

Abrechnungsworkshop Hausärzte

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

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

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Datenschutz in der Praxis

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

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Professionell telefonieren

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Kooperationen in der ärztlichen Praxis**

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

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

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Abrechnungsworkshop Hautärzte

QM-/QZ-Seminare

Lokales Moderatoren-treffen (Psychotherapeuten)

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP 2010 – Was ist neu? Was ist anders?***

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Patienten- und Zuweiserbefragung**

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. Januar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Januar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Januar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. Januar 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Januar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	26. Januar 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	29. Januar 2011	10.00 bis 13.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	2. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	2. Februar 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	4. Februar 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	5. Februar 2011	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	9. Februar 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
QZ-Moderatoren	kostenfrei	28. Januar 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	11. Februar 2011 12. Februar 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	23. Februar 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	175,- Euro	25. Februar 2011 26. Februar 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	16. März 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg

KVBINFOS

03|11

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

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

VERORDNUNGEN

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

PRAXISFÜHRUNG

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

QUALITÄT

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

ALLGEMEINES

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

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

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

SEMINARE

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

Abrechnungsabgabe Quartal 1/2011 – Online-Abrechnung jetzt Pflicht

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

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

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

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

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

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

Einreichungswege für Ihre Quartalsabrechnung

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

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

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

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

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

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

Die nächsten Zahlungstermine

10. März 2011
Abschlagszahlung Februar 2011

11. April 2011
Abschlagszahlung März 2011

29. April 2011
Restzahlung 4/2010

10. Mai 2011
Abschlagszahlung April 2011

10. Juni 2011
Abschlagszahlung Mai 2011

11. Juli 2011
Abschlagszahlung Juni 2011

29. Juli 2011
Restzahlung 1/2011

10. August 2011
Abschlagszahlung Juli 2011

12. September 2011
Abschlagszahlung August 2011

10. Oktober 2011
Abschlagszahlung September 2011

31. Oktober 2011
Restzahlung 2/2011

10. November 2011
Abschlagszahlung Oktober 2011

12. Dezember 2011
Abschlagszahlung November 2011

Hilfe bei der Online-Abrechnung

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

Wie funktioniert das?

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

Termine für das Abrechnungsquartal 1/2011

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

Telefonische Unterstützung

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

Weitere Informationen

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

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

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

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

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

Änderungen ab 1. Januar 2011

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

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

► *Streichung der fünften Anmerkung zur GOP 01435*

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

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

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

Fachärzte für Pathologie/Fachärzte für Neuropathologie: Zusätzlich berechnungsfähige Leistungen

■ **GOPen 11430 und 11431**

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

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

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

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

■ **GOP 32859**

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

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

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

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

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

Überweisung zu Leistungen nach Abschnitt 11.4 auf Muster 10

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

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

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

Hinweis:

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

Änderungen ab 1. April 2011

Verordnung SAPV: neue Gebührenordnungspositionen ersetzen bisherige Kostenpauschalen

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

1. April 2011 nicht mehr abgerechnet werden.

Alt: Kostenpauschale 40860

Neu: GOP 01425

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

EBM-Bewertung: **715 Punkte**

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

Alt: Kostenpauschale 40862

Neu: GOP 01426

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

EBM-Bewertung: **430 Punkte**

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

Pauschalen sind berechnungsfähig von

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

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

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

GOP 11334 – Änderung der Bewertung

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Quartal 2/2011

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

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

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

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

Zuzahlungsbefreiung Praxisgebühr

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

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

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

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

Änderung der LKK-Diabetesvereinbarung

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

Richtig muss es heißen:

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

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

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

Genehmigung psychosomatische Grundversorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wiederholungsschulungen in den DMP Diabetes und Diabetesvereinbarungen

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

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

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

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

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

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

So wählen Sie für Schulungen die korrekte Abrechnungsnummer:

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

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

nuar 2011 gültigen Vergütungsübersicht unter www.kvb.de/dmp.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Abrechnung von Besuchen in sozialen Gemeinschaften

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

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

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

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

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

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

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

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

Nachweise Ringversuchsteilnahme

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

Hintergrund:

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

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

Krebsfrüherkennung bei Männern

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

Hintergrund:

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

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

Änderung der Richtlinien über künstliche Befruchtung

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

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

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

Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung

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

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

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

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

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

Hilfsmittel wirtschaftlich verordnen

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

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

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

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

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

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

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

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

Folgende formale Kriterien sind zu beachten:

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

te Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Lieferanten gewährleisten

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

Unser Service für Sie

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

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

Arzneimittelsicherheit

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

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

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

Dear Doctor Letter

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

Polypharmazie

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

Rote-Hand-Briefe

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

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen

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

Unser Service für Sie

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

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

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

Rezeptdiebstahl und -manipulationen vorbeugen

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

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

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

Arbeitsschutzbetreuung: Neue Vorschriften

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

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

Nachfolgend die wichtigsten Änderungen im Überblick:

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

Konsequenzen für die Praxen

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

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

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

Neue Gefahrstoffverordnung

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

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

des Gefahrstoffs (Paragraph 6 GefStoffV).

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

Konsequenzen für die Praxen

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

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

DMP-Patientenerklärungen als Scan aufbewahren

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

Hygiene und Infektionsprävention

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

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

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

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

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

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

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

Stichprobenprüfung Vakuumbiopsie der Brust

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

Erweiterung der Indikation

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

Kontroll-Mammographieaufnahmen

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

Mikroclips

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

Beginn der Stichprobenprüfung

Nachdem die Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Strukturqualität beim Ultraschall am Beispiel „SonoBaby“

Stichprobe erfolgt anhand der Auflistung nach Absatz 7.

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

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

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

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

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

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

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

QEP® 2010 – was ist neu?

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

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

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

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

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

Termine:

8. April 2011
in der KVB-Bezirksstelle in Nürnberg

6. Mai 2011
in der KVB-Bezirksstelle in München

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

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



Qualität und Entwicklung in Praxen®

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

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

Arztsuche: Datenveröffentlichung nur nach Einwilligung

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

Der Editor

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

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

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

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

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

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

LANR und BSNR in der Arztsuche

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

sondere diese Daten über den Editor freizuschalten.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 55*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 56*

E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Elektronische Nachrichtenübermittlung über KVB-Postfach

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

Vorteile Ihres neuen KVB-Postfachs

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

Voraussetzungen für die Nutzung Ihres KVB-Postfachs

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

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

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

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit

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

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

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

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

SBK fördert Ärzte im Geriatrischen Praxisverbund

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

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

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

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

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

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

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

Unseriöse Verlagsangebote

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

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

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

Datenschutz in der Arztpraxis

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

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

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

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

Beachten Sie daher folgende Regelungen

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

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

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

Tag der Niedergelassenen



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



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

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

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

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

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

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

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

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

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

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH

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



Hauptstadtkongress 2011
Medizin und Gesundheit

11. bis 13. Mai 2011
im ICC Berlin

Fortbildung: „Palliativversorgung für Psychotherapeuten“ Psychotherapeutische Behandlung von Älteren

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

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

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

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

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

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

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

Ort: KVB, Elsenheimerstraße 39, 80687 München

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

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

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

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

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

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

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

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

Ihre Vorteile:

- Zielgruppenorientierung
- Aktuelle, umsetzbare Lösungen statt Schubladenkonzepte
- Praktisches Reanimationstraining in Kleinstgruppen nach aktuellen Guidelines
- Erfahrene Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkte (zertifiziert durch die BLÄK)
- Umfangreiches Begleitmaterial

Zielgruppen:

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

Modul I

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

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine:

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

Modul II

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.00 Uhr

Termine:

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

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine:

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

Modul IV (fakultatives Modul)

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.00 Uhr

Termine:

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

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

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89

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

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die nebenstehenden Seminare nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB darstellen.

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu Seminaren rund um die Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern 09 11/ 9 46 67 – 3 22 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 23 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 36

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

** in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer (die Anzahl der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte der Seminarbroschüre)

KVB-Seminare

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

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

Gründer-/Abgeberforum**

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Kooperationen in der ärztlichen Praxis**

Alles rund um Präventionsleistungen

Die Privatabrechnung heute und morgen

Notfalltraining für das Praxisteam

Alles rund um Präventionsleistungen

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Marketing und Presse in der eigenen Praxis

Verordnungen – Workshop für Praxismitarbeiter

Die Privatabrechnung in der ärztlichen Praxis

Fitness am Arbeitsplatz: Leistungsfähig trotz Stress

Gründer-/Abgeberforum**

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Fit für den Empfang

QM-/QZ-Seminare

Patienten- und Zuweiserbefragung**

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Lokales Moderatorentreffen

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP-Kompaktseminar für Haus- und Fachärzte

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

KVBINFOS 04|11

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 50 Abrechnungsabgabe Quartal 1/2011 – Online-Abrechnung jetzt Pflicht
- 51 Die nächsten Zahlungstermine
- 51 Änderung der Bewertungen und Prüfzeiten
- 51 Abrechnung von probatorischen Sitzungen

VERORDNUNGEN

- 52 Blutzucker-Teststreifen im Arzneiversorgungsvertrag
- 52 Alkoholhaltige Arzneimittel zur oralen Anwendung
- 53 Kompressionsverbände in der häuslichen Krankenpflege
- 54 Verordnung und Abgabe von Importarzneimitteln

PRAXISFÜHRUNG

- 55 Hygiene und Infektionsprävention

QUALITÄT

- 56 Praxisbegehung durch Gewerbeaufsichtsamt
- 56 Qualitätsmaßnahme „Kurative Mammographie“
- 57 Qualitätsmaßnahme „Risikoprävention bei Kinderwunsch“

ALLGEMEINES

- 58 Rechenschaftsbericht der KVB
- 59 Lesegeräte für elektronische Gesundheitskarte

SEMINARE

- 60 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 62 Die nächsten Seminartermine der KVB

Abrechnungsabgabe Quartal 1/2011 – Online-Abrechnung jetzt Pflicht

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

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

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

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

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

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

Einreichungswege für Ihre Quartalsabrechnung

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

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

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

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

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

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

Die nächsten Zahlungstermine

11. April 2011
Abschlagszahlung März 2011

29. April 2011
Restzahlung 4/2010

10. Mai 2011
Abschlagszahlung April 2011

10. Juni 2011
Abschlagszahlung Mai 2011

11. Juli 2011
Abschlagszahlung Juni 2011

29. Juli 2011
Restzahlung 1/2011

10. August 2011
Abschlagszahlung Juli 2011

12. September 2011
Abschlagszahlung August 2011

10. Oktober 2011
Abschlagszahlung September 2011

31. Oktober 2011
Restzahlung 2/2011

10. November 2011
Abschlagszahlung Oktober 2011

12. Dezember 2011
Abschlagszahlung November 2011

Änderung der Bewertungen und Prüfzeiten

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. April 2011 die Bewertung des normalen Hausbesuchs und des Mitbesuchs nach den Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 EBM angehoben. Die Prüfzeiten wurden entsprechend angepasst.

Die **Punktzahlen und Prüfzeiten** werden wie folgt geändert:

GOP 01410

Bewertung: **600 Punkte** (alt: 440)
Wert BÉGO: **21,03 Euro** (alt: 15,42)
Prüfzeit: **20 Minuten** (alt: 15 Minuten)

GOP 01413

Bewertung: **300 Punkte** (alt: 215)
Wert BÉGO: **10,51 Euro** (alt: 7,54)
Prüfzeit: **7 Minuten** (alt: 5 Minuten)

Der Beschluss wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) und im Deutschen Ärzteblatt, Heft 6 vom 11. Februar 2011, veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

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 probatorischen Sitzungen

Werden probatorische Sitzungen nach der Gebührenordnungsposition 35150 mit einem oder mehreren Bezugspersonen des Patienten durchgeführt, können diese ab dem 1. April 2011 analog den Regelungen in Paragraph 14 Absatz 4 und 5 der Psychotherapie-Vereinbarung abgerechnet werden. Bitte kennzeichnen Sie die Gebührenordnungsposition 35150 bei Einbeziehung von Bezugspersonen mit „**B**“ (35150B).

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

Blutzucker-Teststreifen im Arzneiversorgungsvertrag

Zum 1. Oktober 2010 ist ein neuer Arzneiversorgungsvertrag zwischen dem Deutschen Apothekerverband und den Ersatzkassen in Kraft getreten (wir informieren).

In die Anlage 4 des Arzneiversorgungsvertrags („Preisregelung für Teststreifen“) wurden entsprechend zum 1. November 2010 und 1. Januar 2011 folgende Blutzucker-Teststreifen der Preisgruppe B aufgenommen:

- **Accutrend Glucose, einschließlich Reimporte**
(1. Oktober 2010)
- **Aktivmed Gluco Check**
(1. November 2010)
- **Alphacheck Plus no coding**
(1. Januar 2011)
- **Beurer GL30/BGL40**
(1. Januar 2011)
- **Beurer GL32/GL34/BGL60**
(1. Januar 2011)
- **Beurer GL40**
(1. Januar 2011)
- **Bionano Blutzucker**
(1. November 2010)
- **Blutzucker Teststreifen Foracare**
(1. November 2010)
- **Caresens**
(1. November 2010)
- **Diacheck Blutzucker**
(1. November 2010)
- **Easy Chek 4207**
(1. November 2010)
- **Easy Chek Kolibri**
(1. November 2010)
- **Finetest Auto coding Premium Glucose**
(1. Januar 2011)
- **Finetouch Blutzuckertestspitzen**
(1. Oktober 2010)
- **Gluco Check Comfort**
(1. Oktober 2010)
- **Gluco Check Pro**
(1. November 2010)
- **Gluco Check XL**
(1. November 2010)

- **Glucostatada**
(1. Oktober 2010)
- **Glucohexal**
(1. Oktober 2010)
- **Glucostada**
(1. Oktober 2010)
- **Gluco Test**
(1. Oktober 2010)
- **IME DC**
(1. Januar 2011)
- **IME DC Fidelity**
(1. Januar 2011)
- **IME DC iDia**
(1. Januar 2011)
- **Major II Blutzucker Mess Elektroden**
(1. November 2010)
- **Microdot plus**
(1. November 2010)
- **Monometer Teststreifen**
(1. Januar 2011)
- **Omnitest 3**
(1. Oktober 2010)
- **One Touch einschließlich Reimporte**
(1. Oktober 2010)
- **Palm LAB Blutzucker**
(1. November 2010)
- **Smart Chek**
(1. November 2010)
- **STADA Gluco Result**
(1. November 2010)
- **Stada Glucose Control**
(1. Oktober 2010)
- **Wellion True Trek**
(1. Oktober 2010)

Vermutlich wird die Aufstellung der Blutzucker-Teststreifen der Preisgruppe B im Laufe der Zeit immer wieder aktualisiert. Sie finden deshalb auf der Internetseite der Ersatzkassen unter www.vdek.de in der Rubrik Vertragspartner/Arzneimittel-Apotheken stets den aktuellen Stand. Zusätzlich erhalten Sie auch Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Gesetzliche Grundlagen/Arzneimittel/Arzneimittelversorgungsvertrag*.

Alkoholhaltige Arzneimittel zur oralen Anwendung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)/Anlage III und Paragraph 8 beschlossen. Der Beschluss ist am 9. Februar 2011 in Kraft getreten. Die bislang bestehende Regelung in Nummer 3 der AM-RL/Anlage III wurde gestrichen, da sie in der Vergangenheit zu Missverständnissen geführt hat. Anstelle dieser Regelung wird im Abschnitt C der AM-RL – Voraussetzungen für die Arzneimittelverordnung – in Paragraph 8 Absatz 3 folgende Nummer 6 ergänzt:

*(3) Vor einer Verordnung von Arzneimitteln ist zu prüfen, ob
6. bei alkoholhaltigen Arzneimitteln zur oralen Anwendung insbesondere bei Kindern sowie bei Personen mit Lebererkrankungen, mit Alkoholkrankheit, mit Epilepsie, mit Hirnschädigungen oder Schwangeren alkoholfreie Arzneimittel zur Verfügung stehen, die zur Behandlung geeignet sind.*

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

Kompressionsverbände in der häuslichen Krankenpflege

Zum 15. Januar 2011 ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die Nummer 31 des Leistungsverzeichnisses der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie zu konkretisieren, in Kraft getreten. Demnach gehört das Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbands zur Behandlungspflege (Leistungsverzeichnis Nummer 31), unabhängig davon, welche Kompressionsstärke durch den Verband erreicht werden soll. Dies gilt unbeschadet der Tatsache, dass das Anlegen eines Kompressionsverbands nur als subsidiäre Leistung in Betracht kommt, wenn Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose gleich welcher Kompressionsklasse aus medizinisch-anatomischen Gründen im Einzelfall nicht verwendet werden können.

Gleiches gilt vor dem Hintergrund, dass als Leistung der Grundpflege das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse I (Leistungsverzeichnis Nummer 4) aufgeführt ist und damit der falsche Gesamteindruck entstehen könnte, Kompressionsverbände mit geringerer Stärke könnten ebenso der Grundpflege zugerechnet werden. Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen bei Verbänden wird deshalb im Leistungsverzeichnis nicht nur durch einen Schrägstrich, sondern durch einen eigenen Spiegelstrich aufgeführt und dadurch von der Leistung „Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbands“ abgegrenzt.

Die bisherige Fassung des Leistungsverzeichnisses Nummer 31 (Verbände) war auf mobile Patienten beschränkt. Diese Regelung, die sich sowohl auf Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen als auch auf Kompressionsverbände bezieht, wurde dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend angepasst. Mit der Ergänzung der Richtlinie wird zur Konkreti-

sierung der Verordnungsfähigkeit der Leistung unter anderem auf eine Indikationsliste verwiesen, die folgende Indikationen umfasst:

- Varikose
- Thromboembolie
- Chronische Veneninsuffizienz (CVI)
- Ödeme
- Narben/Verbrennungen

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 und Abgabe von Importarzneimitteln

Durch die unterschiedlichen Strukturen der europäischen Gesundheitssysteme variieren Preise für Markenarzneimittel teilweise erheblich, ohne dass dafür Unterschiede in der Qualität verantwortlich sind. Es gibt so genannte Reimporte, Parallelimporte und Einzelimporte.

- **Reimporte** sind Arzneimittel, die in Deutschland für den ausländischen Markt hergestellt werden, dann exportiert und wieder importiert werden. Hier besteht kein Unterschied in der pharmazeutischen Qualität. Sie haben die gleichen Hilfsstoffe und das gleiche Aussehen, teilweise sogar die gleiche Charge. Abweichungen können nur die Etikettierung oder die Verpackung betreffen.
- **Parallelimporte** werden im Ausland hergestellt und dann nach Deutschland importiert. Eventuell sind Unterschiede im Aussehen und bei den Hilfsstoffen möglich.
- **Einzelimporte** sind im und für das Ausland hergestellte und in Deutschland nicht zugelassene Arzneimittel (siehe Paragraph 73 Arzneimittelgesetz).

Grundvoraussetzung zur Verordnung von Einzelimportarzneimitteln

Es darf kein vergleichbares, zugelassenes Arzneimittel in Deutschland geben und/oder die zugelassenen Therapiemöglichkeiten in Deutschland sind ausgeschöpft.

Regelung bei AOK und LKK

Das Arzneimittel muss nicht EU-weit zugelassen sein. Eine Genehmigung vorab durch die entsprechende Krankenkasse ist nicht erforderlich beziehungsweise gewünscht.

Regelung bei den Ersatzkassen

VdAK/AEV und DAV haben vereinbart, dass auch auf Vordruckmuster 16 verordnete, nur auf dem Weg über Einzelimport nach Paragraph 73 Absatz 3 Arzneimittelgesetz beschaffbare Arzneimittel, nicht mehr zu Lasten der Ersatzkassen abgegeben werden dürfen.

Regelung bei den BKKen und IKKen

Das Importarzneimittel benötigt eine EU-weite Zulassung. Eine vorherige Genehmigung durch die bayerischen BKKen sowie der Deutschen BKK ist nicht notwendig.

Regelung bei anderen Kostenträgern

Bei anderen Kostenträgern (Sozialämter, Knappschaft, außerbayerische Regionalkassen und andere) ist eine vorherige Genehmigung erforderlich.

Verordnung von Re- oder Parallelimporten: aut-idem-Regelung

Sie lassen aut-idem zu

- **Es besteht ein Rabattvertrag mit dem Originalhersteller:** Die Apotheke ist verpflichtet, das rabattierte Originalpräparat abzugeben. Wenn Sie vermeiden möchten, dass das rabattierte Originalpräparat abgegeben wird, müssen Sie bei dem verordneten Import ein aut-idem-Kreuz setzen.

- **Es besteht kein Rabattvertrag mit dem Originalhersteller:** Die Apotheke gibt den verordneten oder einen der drei preisgünstigsten Importe ab. Sind diese nicht lieferbar, setzt sich die Apotheke mit Ihnen in Verbindung. Das Ergebnis der Rücksprache wird auf dem Rezept vermerkt. Ein neues Rezept muss nicht ausgestellt werden.

Sie lassen aut-idem nicht zu

Sie werden von der Apotheke über die Lieferunfähigkeit informiert und nach Alternativen befragt. Je nachdem, wie Sie sich geeinigt haben, wird von der Apotheke ein entsprechender Vermerk auf dem Rezept notiert. Ein neues Rezept muss nicht ausgestellt werden. Wir empfehlen Ihnen, einen Vermerk in Ihrer Patientendokumentation über die tatsächliche Abgabe zu machen.

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

Hygiene und Infektionsprävention

Korrektur: In den KVB INFOS, Ausgabe 3/2011, Seite 35, ist uns zum Thema „Hygiene und Infektionsprävention“ leider ein inhaltlicher Fehler unterlaufen.

Dort hieß es:

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

Richtig muss es heißen:

Nach Paragraph 3 Absatz 2 der Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV) müssen Hygienekommissionen nur in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des Paragraphen 71 Absatz 2 SGB XI gebildet werden, nicht in Einrichtungen für Dialyse oder Praxiskliniken im Sinne des Paragraphen 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V.

Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen.

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

Praxisbegehung durch Gewerbeaufsichtsamt

Gemäß der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) können Mitarbeiter der Gewerbeaufsichtsamt Begehungen in Praxen durchführen. Das Gewerbeaufsichtsamt der Regierung Schwaben führt dieses Jahr schwerpunktmäßig Begehungen in urologischen Praxen durch. Der Fokus liegt dabei auf der Einhaltung des Arbeitsschutzgesetzes und der sachgerechten Aufbereitung von Medizinprodukten, insbesondere der starren und flexiblen Endoskope (Zystoskope). Voraussetzungen dafür sind eine entsprechende baulich-technische, organisatorische und hygienische sowie personelle Ausstattung der Praxis.

Die Aufbereitung der Medizinprodukte in der Praxis wird entsprechend den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts „Anforderung an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ und „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischen Zusatzinstrumentariums“ sowie „Anforderungen der Hygiene an die baulich-funktionelle Gestaltung und apparative Ausstattung von Endoskopieeinheiten“ überprüft. Weitere Informationen hierzu finden Sie unter www.rki.de in der Rubrik Infektionsschutz/Krankenhaushygiene/Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention.

Die KVB bietet auf ihrer Internetseite www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte* Musterarbeitsanweisungen zur Aufbereitung von starren und flexiblen Zystoskopen und eine Prüfliste des Gewerbeaufsichtsamtes Augsburg sowie zahlreiche weitere Informationen zum Hygienemanagement an.

Weitere gesetzliche Grundlagen zur Hygiene müssen zudem in der Praxis beachtet und im praxisinternen Hygieneplan umgesetzt werden, unter anderem die Gefahr- und Biostoffverordnung und die damit zusammenhängende BGR/TRBA 250 der Berufsgenossenschaft.

Für weitere Informationen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Gewerbeaufsichtsamtes Augsburg zur Verfügung unter Telefon 08 21 / 3 27 – 0

Qualitätsmaßnahme „Kurative Mammographie“

Die Qualitätssicherungsmaßnahme „Kurative Mammographie“ dient der Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation mammographierender Ärzte durch eine regelmäßige Selbstkontrolle der Befundungskompetenz anhand von Mammographie-Fallsammlungen.

Die Selbstkontrolle ist gemäß der seit 8. Dezember 2006 gültigen Mammographie-Vereinbarung in einem 24-monatigen Abstand durchzuführen. Beurteilungen, die zwischen dem 18. und 27. Monat nach der letzten Teilnahme an der Beurteilung nach Satz 1 oder nach der Beurteilung von Mammographie-Aufnahmen nach Abschnitt C erfolgt sind, werden anerkannt. Nachdem das Unterschriftenverfahren seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband abgeschlossen ist, wird die für drei Monate ausgesetzte Fallsammlung nach Abschnitt D ab dem 1. April 2011 fortgeführt. Bitte melden Sie sich rechtzeitig telefonisch zur Selbstüberprüfung an.

Als Ansprechpartnerin für eine individuelle Terminvergabe an den digitalen Prüfstationen in München und Nürnberg steht Ihnen **Bettina Habercker, Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 16, täglich von 9.00 bis 11.30 Uhr** zur Verfügung. Vorsorglich möchten wir darauf aufmerksam machen, dass die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie in der vertragsärztlichen Versorgung widerrufen werden muss, wenn Sie an der Selbstüberprüfung nicht teilnehmen und hierfür keine ausreichende Begründung angeben können.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Martina Reis unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 51
E-Mail Martina.Reis@kvb.de

Qualitätsmaßnahme „Risikoprävention bei Kinderwunsch“

Zum 1. Oktober 2010 hat die KVB zusammen mit der AOK Bayern die Qualitätsmaßnahme „Risikoprävention bei Kinderwunsch“ gestartet. Ziel der Maßnahme ist es, Frauen mit Kinderwunsch schon vor Eintritt einer Schwangerschaft fundiert zu beraten und für eventuelle Risiken während einer Schwangerschaft zu sensibilisieren.

Auswertungen können von allen Teilnehmern in OPAL direkt aufgerufen 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

Inzwischen hat die KVB flankierende Maßnahmen entwickelt, um die Beratungsgespräche der teilnehmenden Gynäkologen zu unterstützen. In Kooperation mit Experten aus der Praxis wurde eine Informationsbroschüre für Patientinnen erstellt, die ergänzend zum Beratungsgespräch die Inhalte einer solchen Beratung patientengerecht zusammenfasst. Ärzte, die an dieser Qualitätsmaßnahme teilnehmen, können die Broschüre kostenfrei in der benötigten Anzahl über das beiliegende Bestellformular ihres Starterpakets anfordern.

Darüber hinaus haben wir für Teilnehmer unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätsprogramm/Risikoprävention bei Kinderwunsch/Teilnahme* zahlreiche weiterführende Quellen zusammengestellt, unter anderem zu Beratungsinhalten sowie zu Beratungsstellen und Programmen, an die die Patientinnen bei Bedarf verwiesen werden können.

Seit 1. Januar 2011 dokumentieren die teilnehmenden Ärzte die Beratungsgespräche elektronisch im Online-Portal für ambulante Leistungen (OPAL). Auf Grundlage der so erfassten Daten stellt die KVB allen teilnehmenden Gynäkologen ab 15. April arztbezogene Auswertungen zur Verfügung. Damit besteht die Möglichkeit, die dokumentierten Angaben aus eigenen Beratungsgesprächen mit denen der KVB-weit durchgeführten Gespräche von Kollegen zu vergleichen. Diese

Rechenschaftsbericht der KVB

Für das Geschäftsjahr 2009 gibt der Rechenschaftsbericht der KVB über die Verwendung der Mittel gemäß Paragraph 78 Absatz 3 in Verbindung mit Paragraph 305b SGB V Auskunft.

Die KVB hat das Geschäftsjahr 2009 mit einem Jahresergebnis von 8,39 Millionen Euro und einer Bilanzsumme von 1,4 Milliarden Euro abgeschlossen. Die Aufwendungen der KVB betragen 2009 insgesamt 154.251 TEUR, die Erträge rund 162.645 TEUR. Die Investitionen umfassten 9.643 TEUR.

Erfolgsrechnung 2009

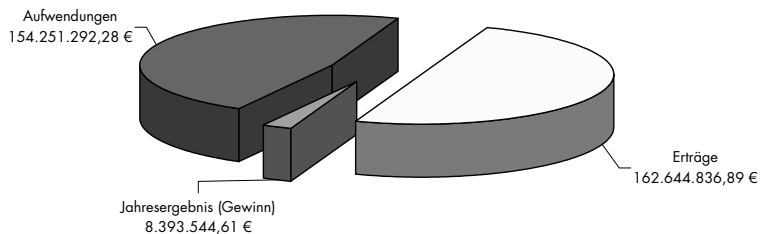


Abbildung 1: Aufwendungen – Erträge – Jahresergebnis

Aufwendungen

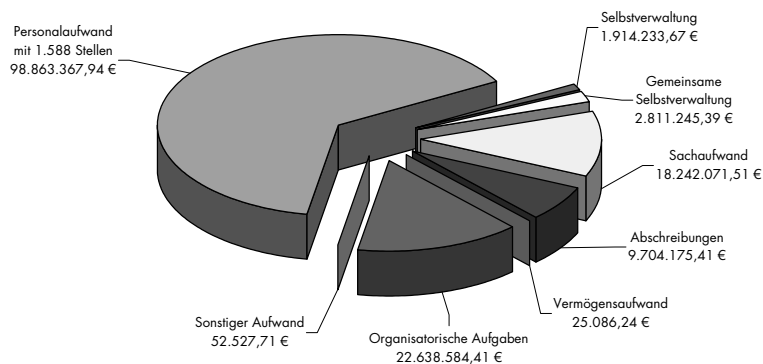


Abbildung 2: Aufwendungen nach Kontengruppen

Erträge

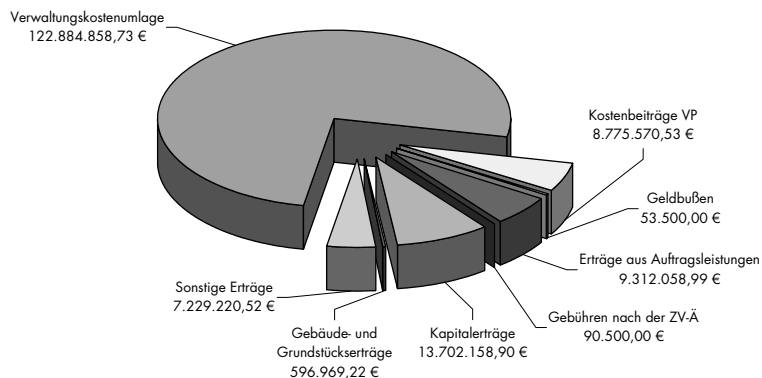


Abbildung 3: Erträge nach Kontengruppen

Die „Sonstigen Erträge“ beinhalten die Rückzahlungen der Jahresüberschüsse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Jahre 2007 und 2008.

Lesegeräte für elektronische Gesundheitskarte

Spätestens ab 1. Oktober 2011 werden die Krankenkassen mit der Ausgabe der neuen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) an ihre Versicherten beginnen. Der Gesetzgeber sieht vor, dass bis zum 31. Dezember 2011 mindestens zehn Prozent der Versicherten mit der eGK ausgestattet werden, andernfalls drohen den Krankenkassen finanzielle Sanktionen.

Im ersten Schritt wird die eGK lediglich die heutige Krankenversichertenkarte ersetzen, das heißt, der Arbeitsablauf in der Arztpraxis beim Einlesen der neuen eGK wird sich zunächst nicht verändern. Die ersten drei neuen Online-Anwendungen (Online-Versicherten-Stammdaten-Abgleich, Notfalldaten und eArztbrief) werden erst zu einem späteren Zeitpunkt nach erfolgreich durchgeführten Tests und der Freigabe folgen.

Da die eGK mit den herkömmlichen Kartenterminals nicht lesbar ist, sollen bis zum 30. September 2011 alle Praxen über neue, von der Gematik zugelassene stationäre und bei Bedarf mobile Lesegeräte verfügen. Die damit verbundene Neuanschaffung wird von den Krankenkassen bezuschusst, die Beantragung der Pauschalen sowie die Auszahlung für alle ambulanten Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Bayern wird über die KVB erfolgen. Ausschließlich im Zeitraum vom **1. April 2011 bis 30. September 2011**, dem so genannten Refinanzierungszeitraum, können Mitglieder bei der KVB für angeschaffte neue Kartenlesegeräte entsprechende Pauschalen beantragen. Für die Beschaffung neuer Lesegeräte ist jede Praxis selbst zuständig.

Zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband wurden folgende bundesweit geltenden Pauschalen vereinbart:

355,- Euro

Pauschale für stationäres Lesegerät je Betriebsstätte beziehungsweise Nebenbetriebsstätte

215,- Euro

Pauschale für installationsbedingte Aufwendungen je Betriebsstätte beziehungsweise Nebenbetriebsstätte

280,- Euro

Pauschale für mobiles Lesegerät, sofern die Bedingungen für die Kostenerstattung eines mobilen Lesegeräts erfüllt werden (zum Beispiel Haus-/Heimbesuche; Einsätze in Fremdpraxen; Teilnahme am Bereitschaftsdienst)

Ausführliche Informationen zum eGK-Basisrollout sowie detaillierte Informationen zu allen zugelassenen stationären und mobilen Lesegeräten finden Sie unter www.kv-telematik.de in der Rubrik Gesundheitstelematik/eGK-Basisrollout. Aktuelle Informationen zum eGK-Basisrollout sowie zur Beantragung der Pauschalen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Telematik*.

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

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

Ihre Vorteile:

- Zielgruppenorientierung
- Aktuelle, umsetzbare Lösungen statt Schubladenkonzepte
- Praktisches Reanimationstraining in Kleinstgruppen nach aktuellen Guidelines
- Erfahrene Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkte (zertifiziert durch die BLÄK)
- Umfangreiches Begleitmaterial

Zielgruppen:

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

Modul I

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

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine:

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

Modul II

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.00 Uhr

Termine:

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

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine:

- Mittwoch, 6. April 2011
KVB-Bezirksstelle in Augsburg

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

Modul IV (fakultatives Modul)

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.00 Uhr

Termine:

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

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

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

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

Tag der Niedergelassenen

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



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

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

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

Info-Markt der KVen + Politische Diskussion + Speakers' Corner, täglich 13.00–14.00 Uhr

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

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

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

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

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

Veranstalter:  WISO S.E. Consulting GmbH

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



Hauptstadtkongress 2011
Medizin und Gesundheit

11. bis 13. Mai 2011
im ICC Berlin

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die nebenstehenden Seminare nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB darstellen.

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu Seminaren rund um die Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern 09 11/ 9 46 67 – 3 22 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 23 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 36

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

** in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesarztekammer (die Anzahl der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte der Seminarbroschüre)

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Datenschutz in der Praxis**

Statistiken der KVB – Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Teambesprechungen – ergebnisorientiert und nachhaltig

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJPsychiater

Alles rund ums Arbeitsrecht

Statistiken der KVB – Darstellung und Erläuterungen für Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJPsychiater

Datenschutz in der Praxis**

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

Heilmittelverordnungen – Informationen rund um die Verordnung von Heilmitteln

Kooperationen in der ärztlichen Praxis**

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Vorbeugender Brandschutz in der Praxis

Die Privatabrechnung heute und morgen

Gründer-/Abgeberforum**

Abrechnungsworkshop Chirurgen

QM-/QZ-Seminare

QEP® 2010 – Was ist neu? Was ist anders?

Lokales Moderatorentreffen

Lokales Moderatorentreffen für Psychotherapeuten

QEP-Kompakt für Medizinische Fachangestellte

QEP® 2010 – Was ist neu? Was ist anders?

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. April 2011	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. April 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	13. April 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. April 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	15. April 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Mai 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	4. Mai 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	4. Mai 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Mai 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	11. Mai 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	11. Mai 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	11. Mai 2011	16.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Mai 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Mai 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	13. Mai 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	14. Mai 2011	10.00 bis 14.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. Mai 2011	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Mai 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	8. April 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	13. April 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
QZ-Moderatoren	kostenfrei	27. April 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	150,- Euro	4. Mai 2011 29. Juni 2011	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	6. Mai 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	135,- Euro	7. Mai 2011	9.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg

KVBINFOS 05|17

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

ABRECHNUNG

- 66 Die nächsten Zahlungstermine
- 66 Änderung bei der GOP 11431
- 66 Aufbewahrung Überweisungsscheine Bundeswehr
- 67 Nachweise Ringversuchsteilnahme
- 68 Abrechnung von Kontrastmitteln im DMP Brustkrebs

VERORDNUNGEN

- 69 Aut-idem: Praxisverwaltungsoftware
- 69 Ausfüllhilfen für Heilmittelverordnungen
- 70 Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie
- 71 Hilfsmittel versus Pflegehilfsmittel

QUALITÄT

- 72 Neufassung der Mammographie-Vereinbarung
- 73 Computertomographie: Stichprobenprüfung ausgesetzt
- 73 Online-Fortbildungsreihe Hygienemanagement Teil 2
- 74 Internationaler Händehygiene-tag am 5. Mai
- 75 Qualitätszirkel-Moderatoren-treffen in Nürnberg

ALLGEMEINES

- 75 Notarzvergütung in der Schiedsstelle

SEMINARE

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

Die nächsten Zahlungstermine

10. Mai 2011

Abschlagszahlung April 2011

10. Juni 2011

Abschlagszahlung Mai 2011

11. Juli 2011

Abschlagszahlung Juni 2011

29. Juli 2011

Restzahlung 1/2011

10. August 2011

Abschlagszahlung Juli 2011

12. September 2011

Abschlagszahlung August 2011

10. Oktober 2011

Abschlagszahlung September 2011

31. Oktober 2011

Restzahlung 2/2011

10. November 2011

Abschlagszahlung Oktober 2011

12. Dezember 2011

Abschlagszahlung November 2011

Änderung bei der GOP 11431

Änderung des Leistungsinhalts zum 1. April 2011

Die weitergehende Untersuchung nach der GOP 11431 wird nicht an Tumormaterial durchgeführt, sondern an DNA aus Vollblut. Sie setzt das Vorliegen eines positiven Befunds aus der Untersuchung des Tumormaterials entsprechend der GOP 11430 voraus. Dies wurde durch Ergänzung des obligaten Leistungsinhalts und der Leistungslegende mit Wirkung zum 1. April 2011 klargestellt.

Ab 1. Juli 2011 nicht mehr von Pathologen berechnungsfähig

Da die Untersuchung nach der GOP 11431 nicht an Tumormaterial durchgeführt wird, kann diese von Fachärzten für Pathologie und Fachärzten für Neuropathologie nicht erbracht werden. Die GOP 11431 ist für Pathologen deshalb mit Wirkung zum 1. Juli 2011 **nicht** mehr berechnungsfähig. ► *Streichung der GOP 11431 aus der Präambel Nr. 9 und Nr. 11 des Kapitels 19*

Die Gebührenordnungsposition 11430 bleibt hingegen bei Vorliegen der Voraussetzungen weiter von Pathologen berechnungsfähig.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) und im Deutschen Ärzteblatt, Heft 12 vom 25. März 2011, veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

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

Aufbewahrung Überweisungsscheine Bundeswehr

In der Ausgabe 12/2010 der KVB INFOS haben wir Sie informiert, dass die Wehrbereichsverwaltung uns gegenüber Nachprüfungen von Überweisungsscheinen ab dem Quartal 4/2009 angekündigt hatte. Wir haben Sie deshalb gebeten, die Ihnen vorliegenden Überweisungsscheine weiterhin aufzubewahren.

Zwischenzeitlich erfolgte durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Klarstellung zu den Nachprüfungsmöglichkeiten. Demnach muss die Wehrbereichsverwaltung im Falle einer Überprüfung die Originalscheine vom behandelnden Arzt direkt anfordern. Die Überweisungsscheine der Bundeswehr sind nach dem Behandlungsfall für ein Jahr aufzubewahren.

Unser Hinweis, die Originalscheine bis auf weiteres in Ihrer Praxis aufzubewahren, ist damit hinfällig. Sie können daher alle Originalscheine, die Sie über den Einjahreszeitraum hinaus in Ihrer Praxis aufbewahren, vernichten.

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

Nachweise Ringversuchsteilnahme

In der Ausgabe 3/2011 der KVB INFOS haben wir Sie informiert, dass nach dem Bundesmantelvertrag Nachweise über die erfolgreiche Teilnahme an einem Ringversuch elektronisch an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln sind. Mit dem Softwareupdate für das zweite Quartal 2011 wurden in Ihrer Praxissoftware die Voraussetzungen für den elektronischen Nachweis von Ringversuchszertifikaten geschaffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat den Herstellern von Praxisverwaltungssystemen detaillierte Anforderungen zur praxisfreundlichen Umsetzung des Ringversuchsmoduls zur Verfügung gestellt. Werden diese umgesetzt, ist von einem Aufwand von fünf bis zehn Minuten je Quartal auszugehen.

Wer hat den Nachweis zu erbringen?

Rechnen Sie gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen **ringversuchspflichtige Laborleistungen** ab, können Sie ab dem Quartal 2/2011 die Zertifikationsinformationen im Rahmen Ihrer Abrechnung elektronisch übermitteln. Die Nachweise sind grundsätzlich je abrechnender Betriebsstätte zu erbringen. Bei Laborgemeinschaften muss diese und nicht der einzelne Arzt den Nachweis übermitteln.

Wie funktioniert das elektronische Zertifikatsmodul?

- Das Modul prüft zunächst, ob in Ihrer Abrechnung Laborleistungen enthalten sind, die einer Ringversuchspflicht unterliegen können. Die betroffenen GOPen sind in Ihrer Praxissoftware hinterlegt.
- Verwenden Sie teilweise oder für alle in der Praxis zu untersuchenden Analyte ausschließlich Unit-Use-Re-

agenzien im Rahmen der patientennahen Sofortdiagnostik, geben Sie das verwendete Gerät und den Namen des Herstellers an. Solche Untersuchungen sind von der Ringversuchspflicht ausgenommen. Sie brauchen hierfür kein Zertifikat nachzuweisen.

- Führen Sie ringversuchspflichtige Analysen durch, bestätigen Sie, dass entsprechende Zertifikate vorliegen.
- Speichern Sie alle Angaben. Dadurch ersparen Sie sich die erneute Eingabe für die Folgequartale. Sie können das Modul zu jeder Zeit im Quartal aufrufen und mit Daten befüllen beziehungsweise gespeicherte Daten modifizieren.
- Für die GOPen 32025, 32026, 32027 und 32035 bis 32039 ist der elektronische Nachweis eines Zertifikats nicht erforderlich. Für diese GOPen wird die Erbringung der Leistung als patientennahe Sofortdiagnostik grundsätzlich angenommen.

Wer kann bei Fragen zur Benutzerführung des Moduls helfen?

Sollten Sie Fragen zum Zertifikatsmodul in Ihrer Praxissoftware haben, wenden Sie sich bitte an Ihr Softwarehaus.

Quartalsweiser Nachweis der Zertifikate

Der quartalsweise Nachweis eines gültigen Zertifikats bedeutet nicht, dass Sie für jedes Quartal ein neues Zertifikat erlangen müssen. Da die Zertifikate sechs Monate gültig sind, ist das Bestehen jedes zweiten Ringversuchs ausreichend.

Abrechnung der GOP 32057

Sofern Sie die GOP 32057 (gegebenenfalls in Verbindung mit GOP 32089) abrechnen, sollten Sie prüfen, ob die Voraussetzungen für die Berechnung der GOP 32025 gegeben sind. Trägergebundene Reagenzien stehen der Berechnungsfähigkeit nicht entgegen. Der Leistungsinhalt entspricht der patientennahen Sofortdiagnostik und ist deswegen nicht ringversuchspflichtig.

Weitere Informationen

Informationen zu den Ringversuchen und eine Übersicht mit allen ringversuchspflichtigen Laborleistungen finden Sie in der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (siehe www.bundesaerztekammer.de in der Rubrik Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen/Richtlinien).

Da Sie im zweiten Quartal 2011 erstmalig die Ringversuche elektronisch nachweisen, entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn die elektronisch erfassten und übermittelten Zertifikatsinformationen noch nicht fehlerfrei oder unvollständig sind. Die Praxissoftware gibt in diesen Fehlerfällen lediglich Warnhinweise.

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 Kontrastmitteln im DMP Brustkrebs

Mit dem Verband der Ersatzkassen (vdek) wurde vereinbart, dass Fachärzte im Disease Management Programm (DMP) Brustkrebs auch für am DMP teilnehmende Versicherte des vdek ein Kontrastmittel und/oder eine Zuschlagsziffer des EBM neben den so genannten L-Leistungen abrechnen können. Voraussetzung ist, dass das jeweilige Kontrastmittel und/oder der Zuschlag neben der entsprechenden EBM-GOP ebenfalls abgerechnet werden könnte. Beispielsweise kann die Kontrastmitteluntersuchung nach GOP 34345 sowohl neben der GOP 34310 als auch neben der DMP-Abrechnungsnummer 34310L angesetzt werden.

Bei den anderen am DMP Brustkrebs teilnehmenden Krankenkassen besteht diese Möglichkeit bereits seit dem 1. Juli 2010. Unabhängig von dieser Neuerung behalten alle bisherigen Voraussetzungen und Bedingungen zur Abrechnung von L-Leistungen ihre Gültigkeit.

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

Aut-idem: Praxisverwaltungssoftware

Voreinstellungen zu Aut-idem in der Praxissoftware sind unzulässig. Das heißt, ein automatisch generiertes Aut-idem-Kreuz bei bestimmten Herstellern, bei bestimmten Präparaten oder bei generell jedem Patienten ist ausgeschlossen.

Hintergrund ist der „Anforderungskatalog Zertifizierung Arzneimittelverordnungssoftware“. Danach gilt Folgendes:

- Substitutionsvorschläge dürfen nicht hervorgehoben werden.
- Substitutionsvorschläge/Verordnungsvorschläge dürfen nicht automatisch vorbelegt sein.
- Aut-idem darf nicht automatisch vorbelegt werden.
- Substitutionsvorschläge müssen außerdem vollständig aufgelistet werden.

Unserer Information nach wird in mancher Praxisverwaltungssoftware ein einmal gesetztes Aut-idem-Kreuz bei einem Patienten für künftige Verordnungen automatisch gespeichert. Diese Automatisierung kann zur Falle werden, bitte passen Sie hier besonders auf.

Unsere Empfehlung: Wirkstoffverordnung und Aut-idem zulassen.

Den Anforderungskatalog und FAQ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Link-Tipps/KBV*.

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

Ausfüllhilfen für Heilmittelverordnungen

Von Leistungserbringern haben wir erfahren, dass es zwischenzeitlich vermehrt zu Retaxationen wegen unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllten Verordnungen kommt. Die Therapeuten von Heilmitteln müssen alle eingehenden Verordnungen auf Vollständigkeit und Richtigkeit überprüfen. Ist eine Verordnung unvollständig oder fehlerhaft, müssen die Therapeuten Rücksprache mit Ihnen halten und das Rezept gegebenenfalls korrigieren lassen.

Achten Sie bitte auf die korrekte Ausstellung und verhindern Sie so zeitraubende Nachfragen von Therapeuten.

Ausfüllhilfen für Muster 13 (Physikalische Therapie und Podologische Therapie), Muster 14 (Logopädie) und Muster 18 (Ergotherapie) finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Heilmittel*.

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

Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Überarbeitung der Spaltenzuordnung der Anlage 1 der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) und die Umsetzung der STIKO-Empfehlungen vom Juli 2010 beschlossen.

Umsetzung der STIKO-Empfehlungen vom Juli 2010 (rückwirkend zum 21. Oktober 2010 in Kraft)

Mit dem Beschluss zur Änderung der Anlage 1 der SI-RL setzt der G-BA die neu gefassten Impfpfehlungen der STIKO, die mit dem Epidemiologischen Bulletin Nr. 30/2010 veröffentlicht wurden, um.

Die Änderungen und Ergänzungen betreffen die Impfungen gegen Cholera, Masern, Meningokokken, Pertussis und Röteln.

Impfung gegen Cholera: Bei der Indikation erfolgte eine Präzisierung und Anpassung an die nationalen und internationalen Empfehlungen (Achtung: Für Reiseimpfungen besteht kein Leistungsanspruch!).

Die Impfung gegen **Masern** wird jetzt für alle nach 1970 geborenen Erwachsenen (≥ 18 Jahre) mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit – insbesondere wenn sie im Gesundheitsdienst, in der Betreuung von Immundefizienten oder in Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten (vergleiche auch die Hinweise in Spalte 3 der Anlage 1) – als eine einmalige Impfung vorzugsweise mit einem MMR-Impfstoff aufgenommen.

Die Änderungen der STIKO in Bezug auf die Postexposition prophylaxe bei Masern führt zu keiner Änderung der Anlage 1 der SI-RL, da die postexpositionelle Gabe nicht Gegenstand der SI-RL ist. Dies gilt auch für die Ände-

runger der Empfehlungen in Bezug auf die Impfung gegen Masern im Rahmen des Ausbruchs.

Impfung gegen **Meningokokken:**

Die Immunisierung erfolgt im zweiten Lebensjahr mit einer Dosis MeningokokkenC-Konjugatimpfstoff.

Bei den Indikationsimpfungen gegen **Pertussis** wird nunmehr von Frauen im gebärfähigen Alter gesprochen (statt von Frauen mit Kinderwunsch).

Bei der Indikationsimpfung gegen **Röteln** wird die zweimalige Impfung für ungeimpfte Frauen und Frauen mit unklarem Impfstatus im gebärfähigen Alter vorgesehen. Einmal geimpfte Frauen im gebärfähigen Alter erhalten eine zweite Impfung. Bei entsprechender Indikation sollte eine Impfung (bei zwei erforderlichen Impfungen die erste hiervon) mit einem MMR-Impfstoff erfolgen.

Überarbeitung der Spaltenzuordnung (seit 5. März 2011 in Kraft)

Diphtherie: Als Hinweise wurden die Sätze „Die Impfung gegen Diphtherie sollte in der Regel in Kombination mit der gegen Tetanus (Td) durchgeführt werden.“ und „Alle Erwachsenen sollen die nächste fällige Td-Impfung einmalig als Tdap (bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV)-Kombinationsimpfung erhalten.“ aufgenommen.

Hepatitis A: Der Text „Unter Personal ist hier medizinisches oder anderes Fach- und Pflegepersonal sowie Küchenpersonal, technischer und Reinigungs- bzw. Rettungsdienst zu verstehen.“ wurde in die Spalte 4 (Anmerkungen) aufgenommen.

Hepatitis B: Der Satz „Kinder und Jugendliche, die einer Risikogruppe angehören, erhalten eine Wiederho-

lungsimpfung bei Indikation entsprechend den Regelungen in dieser Richtlinie.“ wird in Anlage 1 der SI-RL in Spalte 3 (Hinweise) aufgenommen.

HPV: Als Anmerkung wird nach dem Satz „Mit 3 Dosen innerhalb von 6 Monaten.“ folgender Satz angefügt: „Sollte im Ausnahmefall ein abweichendes Impfschema erforderlich sein, können alle 3 Dosen innerhalb von 12 Monaten verabreicht werden.“ Dabei handelt es sich um eine Information, die klarstellen soll, dass die Nichteinhaltung des Impfschemas „3 Dosen innerhalb von 6 Monaten“ keine leistungsrechtlichen Konsequenzen hat.

Masern: Dieser Abschnitt wird in Spalte 4 (Anmerkungen) um folgenden Satz ergänzt: „Gemeinschaftseinrichtungen sind Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder und Jugendliche betreut werden, insbesondere Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen.“

Mumps: Dieser Abschnitt wird in Spalte 4 (Anmerkungen) ebenfalls um folgenden Satz ergänzt: „Gemeinschaftseinrichtungen sind Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder und Jugendliche betreut werden, insbesondere Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen.“

Pertussis: Als Hinweise wurden „Die Auffrischung im Vorschulalter kann mit einer Kombinationsimpfung (Diphtherie-Tetanus-Pertussis) erfolgen.“ und „Die Auffrischung zwischen 9 und 17 Jahren kann mit einer Kombinationsimpfung (Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Poliomyelitis) erfolgen.“ aufgenommen.

Hilfsmittel versus Pflegehilfsmittel

Pneumokokken: Der Satz „Kinder unter 24 Monate, bei denen die Impfsreihe mit dem konjugierten 7-valenten Impfstoff begonnen wurde, erhalten die noch fehlenden Impfungen zur Komplettierung der Impfsreihe mit dem 13-valenten Impfstoff. Kinder im 2. Lebensjahr, die 3 Dosen des 7-valenten Impfstoffes erhalten haben, können auch mit dem 10-valenten Impfstoff geboostert werden (vgl. Epidemiologisches Bulletin 49/2009).“ wurde in Spalte 4 (Anmerkungen) aufgenommen.

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

Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel unterscheiden sich in folgenden Merkmalen.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind sächliche Mittel oder technische Produkte (zum Beispiel Inkontinenzhilfen, Sehhilfen), die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine Behinderung ausgleichen.

Die Notwendigkeit für die Verordnung von Hilfsmitteln („konkrete Indikation“) ergibt sich jedoch nicht allein aus der Diagnose. Funktionelle/strukturelle Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) und die noch verbliebenen Aktivitäten müssen als Gesamtes betrachtet werden (vergleiche auch „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation).

Unter einer störungsbildabhängigen Diagnostik sind

- Bedarf
- Fähigkeit zur Nutzung
- Prognose
- Ziel der Verordnung

einer Hilfsmittelversorgung auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel zu berücksichtigen.

Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel (zum Beispiel Pflegebetten, Hausnotrufsysteme) dienen dagegen der Erleichterung der Pflege, der Körperpflege/Hygiene, der Lin-

derung der Beschwerden, der Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung/Mobilität. Die Pflegekassen stellen die Pflegehilfsmittel zur Verfügung, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Trägern zu leisten sind.

Eine gesonderte ärztliche Verordnung ist hierfür nicht erforderlich. Es genügt eine entsprechende Empfehlung einer Pflegefachkraft, des Pflegebedürftigen beziehungsweise seiner Angehörigen oder des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen an die Pflegekasse. Der Anspruch auf Pflegehilfsmittel und technische Pflegehilfsmittel besteht unabhängig von der Pflegestufe.

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

Neufassung der Mammographie-Vereinbarung

Die Qualitätsvereinbarung nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V zur kurativen Mammographie („Mammographie-Vereinbarung“) wurde geändert: Die Neufassung trat zum 1. April 2011 in Kraft und ersetzt die seit dem 1. Januar 2007 geltende Mammographie-Vereinbarung. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband verständigt.

Bei den Neuerungen handelt es sich in erster Linie um Änderungen und Vereinfachungen der bestehenden Kriterien für die Fallsammlungsprüfungen. Im Folgenden stellen wir Ihnen die wichtigsten Punkte der neu gefassten Richtlinie vor:

Neuerungen bei der Eingangsprüfung (Abschnitt C)

Die Fallsammlungsprüfung zum Nachweis der fachlichen Befähigung kann bei erfolgloser Teilnahme wie bisher nach frühestens drei Monaten wiederholt werden. Neu ist, dass die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung über die Voraussetzungen zu einer erneuten Teilnahme entscheidet, wenn der Arzt dreimal erfolglos teilgenommen hat. Für Wiederholer ebenfalls von Bedeutung: Die Variation der Fallsammlung zu jedem Quartalswechsel.

Neue Kriterien bei der Prüfung zur Aufrechterhaltung (Abschnitt D)

Die Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung hat wie bisher

- ein „absolutes“ Bestehenskriterium (mindestens neunzig Prozent Sensitivität und Spezifität) und
- ein „relatives“ Kriterium, das die schlechtesten (maximal) fünf Prozent aller Prüfungen des Vergleichs-

zeitraums als nicht erfolgreich klassifiziert.

Beim relativen Kriterium war kritisiert worden, dass hier nicht das sichere Erkennen von Karzinomen versus unauffälligen beziehungsweise gutartigen Veränderungen als Maßstab herangezogen werde, sondern die Treffsicherheit bei der Anwendung eines fünfstufigen Befundungsschemas (analog des Breast Imaging Reporting and Data System – BIRADS). Ein Mangel an Treffsicherheit wurde durch sogenannte Abweichungspunkte, jeweils getrennt für Sensitivitätsmängel und für Spezifitätsmängel, dargestellt.

Dies wurde mit der Neufassung der Vereinbarung nun geändert. Künftig werden die erreichte Sensitivität und Spezifität auch für das relative Kriterium zu Grunde gelegt: Der jeweils vom Arzt erreichte Sensitivitäts- und Spezifitätswert wird mit den Ergebnissen aller innerhalb eines zwölfmonatigen Vergleichszeitraums erfolgten Prüfungen verglichen. Die Prüfungsteilnehmer, deren Ergebnisse bei der Sensitivität oder der Spezifität jeweils zu den schlechtesten zweieinhalb Prozent gehören, haben die Prüfungsanforderungen nicht erfüllt.

Auch weiterhin werden Ärzte eine Rückmeldung über ihre Treffsicherheit, ausgedrückt in Abweichungspunkten, erhalten. Diese dienen jedoch dem Fortbildungscharakter der Prüfung. Erst wenn allein mit Betrachtung der Sensitivität und der Spezifität die Prüfungsergebnisse nicht in eine Rangfolge gebracht werden können, werden die Abweichungspunkte hinzugezogen.

Kriterien für die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation aktualisiert (Abschnitt E)

Die in Anlage IV der Vereinbarung

aufgeführten Kriterien für die Bewertung der diagnostischen Bildqualität wurden insbesondere hinsichtlich der Vollständigkeit der Abbildung stringenter abgefasst und an aktuelle internationale Standards angeglichen. Einzelne Kriterien wurden nach eingesetzter Technik (analog beziehungsweise digital) differenziert.

Die neuen Beurteilungskriterien sind bei Mammographieaufnahmen anzuwenden, die nach Inkrafttreten der neuen Richtlinie am 1. April 2011 erstellt wurden. Bei Aufnahmen, die vorher entstanden sind, kommen die Kriterien der zuvor gültigen Mammographie-Vereinbarung zur Anwendung.

Geänderte Vorgaben für die Zusammenstellung der Fallsammlung

- Die Vorgaben für die Fallauswahl für die Eingangsprüfung (Abschnitt C der Vereinbarung) und die Prüfung zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung (Abschnitt D) wurden weitgehend einander angeglichen und flexibilisiert.
- Die Vorgaben für den geforderten Anteil an Karzinomen bei den insgesamt 100 Befunden in der Fallsammlung wurden minimal angepasst auf 21 bis 29 bösartige Befunde zu entsprechend 71 bis 79 unauffälligen oder benignen Befunden (zuvor: 20 bis 29 Karzinome).
- Die geforderten 90 Prozent Sensitivität können nur mit maximal zwei falsch negativen Befunden, die geforderten 90 Prozent Spezifität nur mit maximal sieben falsch positiven Befunden erreicht werden. Weitergehende Vorgaben zu maximalen Fehlerzahlen wurden daher gestrichen.

CT: Stichprobenprüfung ausgesetzt

Informationen zur Mammographie-Vereinbarung finden Sie unter www.kbv.de/rechtsquellen/10034.html

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Bettina Haberaecker unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 35 16
E-Mail Bettina.Haberaecker@kvb.de

Die im Sommer 2010 neu gefasste „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik nach Paragraph 136 Absatz 2 SGB V (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie) wurde nochmals im Dezember 2010 geändert und ist nun endgültig am 2. März 2011 in Kraft getreten (siehe auch KVB INFOS, Ausgabe 9/2010, Seite 134).

Der gemeinsame Bundesausschuss stellt es hier unter anderem den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen frei, von der Regelung nach Paragraph 4 Absatz 2 Satz 1 Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung zu Stichprobenprüfung für den Leistungsbereich Computertomographie abzuweichen, sofern in der Vergangenheit überwiegend „keine“ oder nur „geringfügige Beanstandungen“ festgestellt wurden. Dies ist in Bayern der Fall: In den letzten Jahren waren die Ergebnisse so hervorragend, dass die KVB die vom Gemeinsamen Bundesausschuss eröffnete Möglichkeit in Anspruch nimmt, um die Ärzte in ihrem Praxisalltag zu entlasten. Die Stichprobenprüfung wird deshalb ab sofort im Leistungsbereich Computertomographie bis zum 31. Dezember 2012 ausgesetzt.

Unberührt von der Aussetzung der Stichprobenprüfung bleibt die Überprüfung der vorgeschriebenen Konstanzprüfungen (Paragraph 16 Röntgenverordnung) der Computertomographen durch die Ärztliche Stelle nach Paragraph 17a bei der KVB. Hier werden auch weiterhin im regelmäßigen Turnus die entsprechenden Unterlagen von den Praxen angefordert.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Isabelle Bernhart unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 47
E-Mail Isabelle.Bernhart@kvb.de

Online-Fortbildungsreihe Hygienemanagement Teil 2

Im Mai 2011 startet die zweite Folge der Online-Fortbildung Hygienemanagement auf Cura Campus, dem Internet-Fortbildungsportal der KVB. Themen der neuen Fortbildung sind Desinfektionsmittel und Abfallmanagement. Dabei geht es beispielsweise um die korrekte Desinfizierung von Instrumenten und Flächen oder um die richtige Entsorgung verschiedener Abfälle.

Wie bei jeder Online-Fortbildung zum Hygienemanagement kann das frisch erworbene Wissen in einer abschließenden Prüfung über zehn Multiple-Choice-Fragen getestet und bei erfolgreicher Teilnahme ein Zertifikat erworben werden. Ärzte erhalten zusätzlich jeweils bis zu drei CME-Fortbildungspunkte. Für KVB-Mitglieder und deren Praxispersonal ist die Fortbildung kostenlos.

Um die Prüfung zu absolvieren, melden sich Mitglieder über den Login-Button auf der Startseite www.curacampus.de mit der KVB-Benutzerkennung an. Über die Auswahlfunktion kann die gewünschte Prüfung gestartet werden. Das Praxispersonal von KVB-Mitgliedern kann die Prüfung mit Hilfe eines Gutscheincodes kostenlos absolvieren. Dazu müssen sich die Mitarbeiter ebenfalls bei Cura Campus anmelden. Dies erfolgt über den Selbstregistrierungsbutton auf der Startseite. Der Gutscheincode für die Fortbildung „Hygienemanagement 2 Praxispersonal“ lautet: **37DA-IABE-8D26-4881-AD12-91BA**

Weiterführende Informationen zur Online-Fortbildung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte/Online-Fortbildung*. Bei weiteren Fragen ist unser E-Mail-Postfach Hygiene@kvb.de unter der Adresse Hygiene-Beratung@kvb.de erreichbar.

Internationaler Händehygienetag am 5. Mai

„Die 2 mal 5 Finger des medizinischen Personals sind die häufigste Ursache für nosokomiale Infektionen!“ Und: „Wer Risiken nicht erkennt, begibt sich in Risiken!“

Am 5. Mai findet zum dritten Mal der „Internationale Händehygienetag“ statt. Ausgerufen wurde dieser erstmals 2009 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), um der Übertragung von Infektionskrankheiten durch mangelnde Händehygiene vorzubeugen. Bereits vor 150 Jahren hat Ignaz Semmelweis erkannt: Die Hände sind das wichtigste Übertragungsvehikel von Krankheitserregern im medizinischen Alltag, also in Klinik und Praxis. Die hygienische Händedesinfektion ist daher die entscheidende Maßnahme zur Verhütung von Infektionen bei medizinischen Tätigkeiten. Dies betrifft Patienten und Praxispersonal gleichermaßen.

Am 5. Mai wird im Rahmen des „Internationalen Händehygienetags“ auf die Bedeutung der Händehygiene hingewiesen. Die WHO und das Robert Koch-Institut stellen hierfür auf ihren Internetseiten Informationen und Materialien, zum Beispiel Plakate zum Ausdrucken, zur Verfügung.

Die fünf wichtigen Momente der hygienischen Händedesinfektion sind:

- VOR dem Patientenkontakt
- VOR einer aseptischen Tätigkeit (zum Beispiel Aufziehen und Gabe einer Injektion)
- NACH dem Kontakt mit potentiell infektiösem Material (zum Beispiel bei Blutabnahme oder Verbandswechsel)
- NACH dem Patientenkontakt

- NACH Kontakt mit der direkten Patientenumgebung (zum Beispiel Handkontaktstellen)

Die KVB bietet ihren Mitgliedern und deren Medizinischen Fachangestellten seit dem 1. April 2011 eine kostenlose Online-Fortbildung zur Händehygiene und Arbeitskleidung in ihrem Internet-Fortbildungsportal Cura Campus an (siehe Seite 73).

Weitere Informationen zur Händehygiene sowie zum allgemeinen Hygienemanagement finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte*.

Darüber hinaus stellen folgende Einrichtungen und Institutionen Informationen und Fortbildungsmaterialien zur richtigen Händehygiene im medizinischen Arbeitsalltag zur Verfügung:

- **Robert Koch-Institut**
www.rki.de in der Rubrik Infektionsschutz/Krankenhaushygiene/Händehygiene beziehungsweise in der Rubrik Infektionsschutz/Krankenhaushygiene/Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und in der Rubrik Infektionsprävention/Empfehlungen zur Händehygiene/Infektionsschutz/Epidemiologisches Bulletin
- **Aktion Saubere Hände**
www.aktion-sauberehaende.de
- **Weltgesundheitsorganisation**
www.who.int in der Rubrik Health Topics/Hygiene/Clean Care is Safer Care
- **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften**
www.awmf.org in der Rubrik Leitlinien/Aktuelle Leitlinien/Leitlinien

nach Fach/Krankenhaus- und Praxis-Hygiene/Händedesinfektion und Händehygiene

- **Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene**
www.dgkh.de

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36,
– 3 22 oder – 2 21
Fax 09 11 / 9 46 67 – 4 00
E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

Qualitätszirkel-Moderatoren- treffen in Nürnberg

Am 18. Mai 2011 findet von 16.00 bis 20.00 Uhr das regionale Qualitätszirkel-Moderatoren-treffen in Nürnberg statt. Die bayerischen Tutoren haben ein umfassendes Programm vorbereitet, um den Teilnehmern Neues und Wichtiges der aktuellen Qualitätszirkelarbeit zu präsentieren. Erstmals werden dieses Jahr beim regionalen Moderatoren-treffen drei verschiedene Themenkomplexe angeboten:

- Anwendung von Qualitätsindikatoren in Qualitätszirkeln und Praxen
- Pharmakotherapie
- Patientensicherheit

Das Programm richtet sich an ärztliche und psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren. Gemäß den Qualitätszirkel-Grundsätzen verpflichtet sich jeder Moderator, einmal jährlich an einem lokalen oder regionalen Moderatoren-treffen teilzunehmen.

Das Anmeldeformular finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätszirkel/Moderatoren-treffen*. Bitte einfach herunterladen, ausfüllen und an die auf dem Formular angegebene Faxnummer senden.

Ihre Ansprechpartner für Qualitätszirkel:
Michael Sachse
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 21
Wiebke Stöppelmann
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36

Notarztvergütung in der Schiedsstelle

Bereits seit letzten September hatte die KVB mit den Krankenkassen über eine angemessene Vergütung der Notärzte für 2011 verhandelt. Die KVB machte hierbei insbesondere den Bedarf zur Verbesserung der Vergütungssituation an Notarztstandorten mit geringem Einsatzaufkommen und Besetzungsschwierigkeiten geltend. Auch nach zwei Folgeterminen lagen die Vorstellungen der Kostenträger und der KVB sehr weit auseinander. Die KVB rief deshalb die vom Bayerischen Rettungsdienstgesetz hierfür vorgesehene Entgeltsschiedsstelle an. Vor dieser kam es Anfang März zu einem Vergleich, der die Fortführung von stützenden Maßnahmen für eine bayernweite Sicherstellung des Notarztdienstes ermöglichen soll. Die weitere Planung erfolgt in Abstimmung mit den Regionalvertretern der bayerischen Notärzte als Fachexperten für den Notarztdienst.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Christian Winter unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 13
E-Mail Christian.Winter@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), Akademie für Ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte (agbn e. V.) bieten wir kompakte Fortbildungen an, die speziell auf den Ärztlichen Bereitschaftsdienst ausgerichtet sind. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf.

Ihre Vorteile:

- Zielgruppenorientierung
- Aktuelle, umsetzbare Lösungen statt Schubladenkonzepte
- Praktisches Reanimationstraining in Kleinstgruppen nach den neuen Guidelines
- Erfahrene Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkte
- Umfangreiche Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Zielgruppen:

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

Modul I

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

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine:

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

Modul II

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.15 Uhr

Termine:

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

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine:

- Mittwoch, 8. Juni 2011
KVB-Bezirksstelle in München

- Mittwoch, 13. Juli 2011
KVB-Bezirksstelle in Würzburg
- Mittwoch, 28. September 2011
KVB-Bezirksstelle in Nürnberg
- Mittwoch, 26. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Regensburg

Modul IV (fakultatives Modul)

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termin:

- Mittwoch, 18. Mai 2011
KVB-Bezirksstelle in Augsburg

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

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

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

Tag der Niedergelassenen

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



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

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

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

Info-Markt der KVen + Politische Diskussion + Speakers' Corner, täglich 13.00–14.00 Uhr

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

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

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

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

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

Veranstalter:  WISO S.E. Consulting GmbH

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



Hauptstadtkongress 2011
Medizin und Gesundheit

11. bis 13. Mai 2011
im ICC Berlin

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die nebenstehenden Seminare nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB darstellen.

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu Seminaren rund um die Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern 09 11/ 9 46 67 – 3 22 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 23 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 36

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

** in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesarztekammer (die Anzahl der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte der Seminarbroschüre)

KVB-Seminare

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten**

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Notfalltraining für das Praxisteam

Fortbildung Impfen**

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Der erste Eindruck entscheidet – der letzte bleibt!

Statistiken der KVB – Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Statistiken der KVB – Darstellung und Erläuterungen für Psychotherapeuten

Statistiken der KVB – Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Abrechnungsworkshop Hausärzte und hausärztliche Kinderärzte

Fortbildung Impfen**

Fortbildung Hautkrebscreening**

Heilmittelverordnungen – Informationen rund um die Verordnung von Heilmitteln

Statistiken der KVB – Darstellung und Erläuterungen für Psychotherapeuten

Alles rund um Präventionsleistungen

Statistiken der KVB – Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Prüfungen im Vertragsarztbereich – Hintergründe und Strategien

QM-/QZ-Seminare

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

QM und Arbeitsschutz

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP-Kompakt für Psychotherapeuten

Digitale QM-Dokumente erstellen, pflegen und archivieren

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	18. Mai 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Mai 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	21. Mai 2011	10.00 bis 14.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	85,- Euro	21. Mai 2011	10.00 bis 15.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. Mai 2011	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Mai 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. Mai 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	1. Juni 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	1. Juni 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	3. Juni 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Juni 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	85,- Euro	8. Juni 2011	16.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	160,- Euro	8. Juni 2011	13.00 bis 21.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	8. Juni 2011	16.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Juni 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	10. Juni 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	29. Juni 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	29. Juni 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	135,- Euro	7. Mai 2011	9.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	11. Mai 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	20. Mai 2011 21. Mai 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	290,- Euro	21. Mai 2011 2. Juli 2011	9.00 bis 16.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	25. Mai 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	175,- Euro	27. Mai 2011 28. Mai 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg

KVBIINFOS 06|11

ABRECHNUNG

- 82 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2011
- 83 Abrechnungsbestimmungen der KVB geändert
- 86 Zuzahlung bei Heilmitteln ab 1. Juli 2011
- 86 Einzelleistungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 87 Speziallabor 32.3 – Vereinfachung bei der Abrechnung
- 87 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen im Quartal 3/2011
- 88 Neuer Vertrag mit Wehrbereichsverwaltung Ost
- 89 Berichtigung der Zusatzvergütung in Bereitschaftspraxen

VERORDNUNGEN

- 90 Aktuelles zu Verordnungen

QUALITÄT

- 91 Strahlenschutz – aufnahme-technische Qualitätsanforderungen beim Röntgen

ALLGEMEINES

- 92 Asthmafortbildung für Pädiater

SEMINARE

- 92 „Jeder Fehler zählt!“ – Pilotveranstaltung Patientensicherheit
- 93 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 94 Die nächsten Seminartermine der KVB

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2011

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung und die restlichen **Abrechnungsunterlagen für das 2. Quartal 2011 bis spätestens Montag, den 11. Juli 2011**. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Denken Sie bitte daran, uns neben Ihrer online übermittelten Abrechnung wie bisher die unterschriebene **Sammelerklärung** (bitte Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen – wie zum Beispiel Krankenscheine Sozialhilfe – an die Hausanschrift in Regensburg zu senden. Das Formular der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung/Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen.

Bitte überzeugen Sie sich vor der Übermittlung Ihrer Abrechnung, dass diese vollständig und korrekt ist (siehe Abrechnungsbestimmungen der KVB unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“*)

Wir empfehlen dazu die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung der Abrechnung vorzunehmen. Bitte beachten Sie weiterhin die persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen. Diese Regelung ist insbesondere zu beachten bei angestellten Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.

Einreichungswege für Ihre Quartalsabrechnung und begleitende Unterlagen

Quartalsabrechnung online versenden über das Portal „Meine KVB“ (KV-SafeNet** oder KV-Ident) oder über D2D

Sammelerklärung und begleitende Unterlagen als **Briefsendungen** an die Anschrift:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Sammelerklärung und begleitende Unterlagen als **Päckchen/Pakete** an die Anschrift:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11*

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 00 90 71*

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25

E-Mail emDoc@kvb.de

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

Abrechnungsbestimmungen der KVB geändert

Die Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wurden durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 2. April 2011 erneut geändert. Die geänderten Bestimmungen finden erstmals auf die Abrechnung des Quartals 2/2011 Anwendung.

Abrechnungsbestimmungen der KVB, gültig ab 01. April 2005

geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 17.03.2007, geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 25.04.2009, geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 14. Juli 2010, zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 02.04.2011, gültig ab 01. Juli 2011 (so anwendbar auf Abrechnungsfälle ab Quartal 2/2011)

Die Vertreterversammlung der KVB erlässt folgende Abrechnungsbestimmungen:

§ 1 Geltungsbereich

(1) Diese Abrechnungsbestimmungen gelten für alle im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zugelassenen Vertragsärzte¹ und Psychotherapeuten¹, Medizinischen Versorgungszentren, ermächtigten Ärzte¹ und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen und alle weiteren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer¹ sowie für Vertragsärzte¹, die die Analysekosten gemäß dem Abschnitt 32.2. des EBM durch ihre Laborgemeinschaft gegenüber der KVB abrechnen.

(2) Diese Abrechnungsbestimmungen finden auch Anwendung auf die Abrechnung von Notfall-Leistungen, die von Nichtvertragsärzten oder

Krankenhäusern erbracht werden. Ambulante Notfall-Leistungen, die in Krankenhäusern erbracht werden, sind dabei nur durch das jeweilige Krankenhaus abrechnungsfähig.

(3) Alle vorstehend genannten Ärzte, Therapeuten und Einrichtungen werden im folgenden als „Vertragsärzte“ bezeichnet. Die nachfolgenden das ärztliche Honorar betreffenden Regelungen gelten für die Analysekosten nach Abschnitt 32.2. des EBM entsprechend.

¹In den gesamten Abrechnungsbestimmungen gelten alle Bezeichnungen in gleicher Weise für Vertragsärztinnen, Psychotherapeutinnen, ermächtigte Ärztinnen und alle weiteren Leistungserbringerinnen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

§ 2 Einreichung der Abrechnung

Die Honorarforderung für die im Honorarvertrag im Abschnitt 2 genannten abrechnungsfähigen Leistungen ist vom Vertragsarzt kalendervierteljährlich bei der vom Vorstand der KVB bestimmten Stelle geltend zu machen.

Die für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen notwendigen Angaben sind der KVB nach Maßgabe der Richtlinien der KBV für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zwecke der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung zu übermitteln. Hierbei sind die Abrechnungen unter Beachtung der dafür geltenden Regelungen (zum Beispiel Beschlüsse des Vorstands der KVB, vertragliche Regelungen mit den Krankenkassen oder deren Verbänden) einzureichen.

§ 3 Fristen für die Einreichung der Abrechnung

(1) Die Abrechnungen sind unter Beachtung der dafür geltenden Rege-

lungen innerhalb der von der KVB festgesetzten Fristen einzureichen. Eine Fristverlängerung ist vor Fristablauf in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag möglich. Der Antrag ist bei der nach § 2 Satz 1 bestimmten Stelle einzureichen.

(2) Reicht der Vertragsarzt seine Behandlungsfälle ganz oder teilweise später als nach den von der KVB gemäß Abs. 1 Satz 1 festgesetzten Einreichungsfristen zur Abrechnung ein, besteht kein Anspruch auf Bearbeitung im laufenden Quartal.

(3) Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung eines bereits eingereichten Behandlungsfalles ist unbeschadet der Absätze 1 und 2 durch den Vertragsarzt innerhalb eines Monats nach Ablauf der von der KVB zur Einreichung der Abrechnung festgesetzten Frist zulässig. Ausnahmsweise kann die Abrechnung noch nach dem Ende dieser Frist berichtigt oder ergänzt werden, wenn dies

- innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheides und der Richtigstellungsmittelteilung beantragt wird,
- die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und
- die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.

(4) Die Abrechnung von Behandlungsfällen ist nach Ablauf der im Abschnitt 2.1 A – Allgemeine Bestimmungen des Honorarvertrages festgelegten Ausschlussfrist ausgeschlossen.

§ 4 Prüfung der Abrechnung

(1) Die KVB überprüft die Honorarforderungen der Vertragsärzte – unbeschadet des Nachprüfungsrechts der Krankenkassen – auf rechnerische und sachliche Richtigkeit nach Maßgabe der bestehenden Regelungen.

Berichtigungen werden dem Vertragsarzt mitgeteilt.

(2) Ein Anspruch auf Honorierung besteht nur für die nach §§ 106, 106 a SGB V geprüften und anerkannten Honorarforderungen. Für Leistungen, die nicht nach den gesetzlichen, vertraglichen sowie satzungsgemäßen Bestimmungen erbracht sind, besteht kein Anspruch auf Vergütung.

(3) Mit dem Honorarbescheid erhält der Vertragsarzt einen Nachweis über die von ihm abgerechneten und von der KVB vergüteten Leistungen. Werden Leistungen nach dem Abschnitt 32.2 des EBM vom Vertragsarzt durch eine Laborgemeinschaft abgerechnet, erhält der Vertragsarzt mit dem Abrechnungsbescheid einen Nachweis über die von ihm durch die Laborgemeinschaft abgerechneten und vergüteten Analysekosten.

§ 5 Abschlags- und Restzahlungen

(1) Auf das für den einzelnen Vertragsarzt zu erwartende Vierteljahreshonorar werden durch die KVB monatliche Abschlagszahlungen geleistet. Die Höhe und die Termine der Abschlagszahlungen richten sich nach den Beschlüssen des Vorstandes der KVB.

(2) Der nach § 2 Satz 1 bestimmten Stelle sind rechtzeitig alle Umstände

mitzuteilen, die die Höhe des zu erwartenden Honorars wesentlich beeinflussen.

(3) Werden der KVB besondere Umstände (zum Beispiel wesentliche Veränderungen des Honorars des Vertragsarztes) bekannt, kann die KVB die Höhe der Abschlagszahlungen erhöhen, vermindern oder die Abschlagszahlungen einstellen.

(4) Bei Vertragsärzten, deren Abrechnung nach Ablauf der nach § 3 Absatz 1 festgesetzten Frist bzw. Verlängerungsfrist bei der nach § 2 Satz 1 bestimmten Stelle nicht vorliegt, kann die KVB weitere Zahlungen bis zum Eingang der Abrechnungsunterlagen aussetzen.

(5) Neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte melden für die ersten zwei Quartale ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit monatlich die jeweils vorliegende Zahl von Behandlungsausweisen. Die monatlichen Abschlagszahlungen werden nach Maßgabe eines Beschlusses des Vorstandes der KVB auf der Grundlage dieser Meldungen berechnet.

(6) Die Restzahlung erfolgt unverzüglich nach Eingang der Restzahlungen der Kostenträger. Abweichend hiervon erfolgt die Restzahlung auf das Konto einer Laborgemeinschaft erst nachdem vom vertretungsberechtigten Geschäftsführer der Laborgemeinschaft die unterschriebene „Bestätigung zur Auszahlung der Analysekosten nach Abschnitt 32.2 EBM“ bei der KVB eingegangen ist.

(7) Die KVB ist berechtigt, diejenigen Beträge von Zahlungen an den Vertragsarzt abzusetzen, auf die von dritter Seite ein gesetzlicher Anspruch geltend gemacht werden

kann, die von dem Vertragsarzt abgetreten oder von Dritten gepfändet worden sind. Ist die Gläubigerstellung bezüglich der Honorarforderung strittig, kann die KVB den strittigen Betrag bis zur rechtskräftigen Klärung zurückbehalten oder hinterlegen.

(8) Unbeschadet der geleisteten Abschlagszahlungen sowie der Restzahlung wird die Honorarforderung des Vertragsarztes erst fällig, wenn

- a) die in Verträgen geregelten Antragsfristen der Krankenkassen für die Überprüfung der Abrechnung abgelaufen sind und/oder
- b) eventuell erforderliche Berichtigungs- und Prüfverfahren für die Beteiligten bindend abgeschlossen sind.

Bis dahin sind alle Zahlungen der KVB an die Vertragsärzte jederzeit aufrechnungsfähige und gegebenenfalls vom Vertragsarzt zurückzahlende Vorschüsse und steht der erteilte Honorarbescheid unter dem Vorbehalt eines vollständigen oder teilweisen Widerrufs und der Neufestsetzung des Honorars.

(9) Bei Überzahlungen, Rückforderungen und Schadensersatzforderungen kann die KVB den festgestellten Betrag sofort mit Ansprüchen des Vertragsarztes verrechnen oder zum unverzüglichen Ausgleich zurückverlangen.

(10) Bei Nichtausübung oder Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie bei begründetem Verdacht von Falschabrechnungen setzt die KVB weitere Zahlungen an den Vertragsarzt beziehungsweise dessen Erben ganz oder teilweise solange

aus bis festgestellt ist, ob Berichtigungen aus Prüfverfahren nach §§ 106, 106 a SGB V oder Schadensersatzforderungen nach den vertraglichen Regelungen angemeldet worden sind. Ist dies der Fall, so hat die KVB den rechtswirksamen Abschluss der Prüfverfahren oder eine etwaige Feststellung einer Schadensersatzforderung im Rahmen der vertraglichen Regelungen abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Vertragsarzt beziehungsweise dessen Erben durchzuführen.

§ 6 Beiträge, Gebühren und Nutzungsentgelte

Von den Zahlungen an den Vertragsarzt werden die Beiträge (Verwaltungskostenanteile/Umlagen) und eventuell anfallende Gebühren sowie Nutzungsentgelte (§ 24 Satzung der KVB) einbehalten.

§ 7 Kennzeichnung ärztlicher Leistungen

Der Vorstand der KVB ist berechtigt, gegebenenfalls zusätzlich zu den im EBM oder in anderen vertraglichen oder gesetzlichen Regelungen enthaltenen Abrechnungsbestimmungen für einzelne Leistungen eine Kennzeichnungspflicht verbindlich für alle oder einzelne Vertragsärzte festzulegen, soweit es für eine ordnungsgemäße Abrechnung erforderlich ist. Die Erfüllung der Kennzeichnungspflicht ist dann Voraussetzung dafür, dass die von der jeweiligen Praxis zur Abrechnung gebrachten Leistungen vergütet werden.

§ 8 Verwendung der Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR) und Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)

1) Der Vertragsarzt verwendet bei der Abrechnung die ihm nach den jeweils gültigen Regelungen der Bundesmantelverträge und der Richtlinien der KBV gemäß § 75 Abs. 7 SGB V von der KVB zugeteilte Arztnummer (LANR) sowie Betriebsstättennummer (BSNR) beziehungsweise Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR). Dabei sind sämtliche vertragsärztliche Leistungen unter Angabe der Arztnummer (LANR) des Leistungserbringers sowie aufgeschlüsselt nach Betriebsstätten (BSNR) und Nebenbetriebsstätten (NBSNR) zu kennzeichnen.

2) Die Analysekosten gemäß dem Anhang zu Kapitel 32.2. des EBM, die durch eine Laborgemeinschaft gegenüber der KVB abgerechnet werden, sind unter Angabe der Arztnummer (LANR) und aufgeschlüsselt nach Betriebsstätten (BSNR) und Nebenbetriebsstätten (NBSNR) des anweisenden Arztes sowie unter Verwendung der Betriebsstättennummer (BSNR) der Laborgemeinschaft zu kennzeichnen.

§ 9 Inkrafttreten

Diese Abrechnungsbestimmungen der KVB treten am 1. April 2005 in Kraft und sind erstmals auf die Abrechnungsfälle des 2. Quartals 2005 anzuwenden.²

²Diese Bestimmung betrifft das Inkrafttreten der Abrechnungsbestimmungen in der ursprünglichen Fassung vom 1. April 2005 (Beschluss der Vertreterversammlung vom 2. März 2005). Der Zeitpunkt des Inkrafttretens der späteren Änderungen ergibt sich aus den jeweiligen Änderungsbeschlüssen.

Zuzahlung bei Heilmitteln ab 1. Juli 2011

Ab 1. Juli 2011 ändern sich die Zuzahlungsbeträge bei der Abgabe von Heilmitteln für die Gebührenordnungspositionen 30402, 30410 und 30420. Die Änderungen ergeben sich aufgrund von Preiserhöhungen des zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern vereinbarten Heilmittelkatalogs.

Nachfolgend finden Sie die ab 1. Juli 2011 gültigen Beträge für die Heilmittel-Zuzahlungen. Die geänderten Zuzahlungsbeträge sind **fett** gedruckt.

Unverändert bleibt der Eintrag mit Buchstabe „A“ (zum Beispiel 30410A) bei Patienten, die von der Zuzahlung befreit sind.

Hintergrund: Laut Paragraph 32 Absatz 2 SGB V haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zu den Kosten der Heilmittel eine Zuzahlung an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden. Die Höhe der Zuzahlung errechnet sich nach den Preisen, die zwischen den Krankenkassen und den Heilmittelerbringern vereinbart sind.

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

GOP	Leistungslegende	Zuzahlungsbetrag
30400	Massagetherapie	1,05 Euro
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage	1,72 Euro
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	1,43 Euro
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	0,42 Euro
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	1,43 Euro
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	0,42 Euro

Einzelleistungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Im Ärztlichen Bereitschaftsdienst können die Gebührenordnungspositionen (GOP), die in der Spalte GP im Anhang 1 des EBM kein Kreuz haben, neben der GOP 01210 (Notfallpauschale) berechnet werden. So zum Beispiel auch die GOP 02100 (Infusion).

Wird im gleichen Behandlungsfall jedoch vom Arzt neben der Notfallpauschale auch noch die Versichertenpauschale abgerechnet, weil ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes erfolgt ist, so kann die GOP 02100 als Einzelleistung nicht neben der Versichertenpauschale (und zugleich neben der Notfallpauschale) im Behandlungsfall abgerechnet werden, da sie in dieser bereits enthalten ist.

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

Speziallabor 32.3 – Vereinfachung bei der Abrechnung

Die Buchstabenkennzeichnung bei Mehrfachansatz von Leistungen entfällt ab 1. Juli 2011.

Ab dann müssen Sie die Gebührenordnungspositionen (GOP) des Abschnitts 32.3 (Speziallabor) nicht mehr mit dem Buchstaben A bis D kennzeichnen, wenn Sie diese wegen der Untersuchung von verschiedenen Materialien oder von zeitlich versetzten Proben (zum Beispiel bei Stimulations- oder Suppressions-tests) mehrfach abrechnen. Wird eine Laborleistung aus diesem Grund mehrfach von Ihnen erbracht, genügt die Angabe des entsprechenden Multiplikators im Feld 5005.

Bitte beachten Sie, dass die GOPen des Kapitels 32 wie bisher nur dann mehrfach berechnet werden können, wenn dieselben Leistungen aus mehr als einem Körpermaterial erbracht werden. Bei mehrfachen Untersuchungen, Messungen oder Probenansätzen aus demselben Körpermaterial kann die jeweilige GOP nur einmal berechnet werden. Die Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sind zu beachten.

Die übrigen Kennzeichnungen im Bereich Labor bleiben unberührt:

- Buchstabenkennzeichnung „E“ der Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 bei Erbringung als Einzelbestimmungen im Eigenlabor in Akut- beziehungsweise Notfällen (32035E bis 32039E)
- Buchstabenkennzeichnung „S“ bei Drogensuchtests (32137S, 32140S bis 32148S)
- Buchstabenkennzeichnung „U“ der GOPen 32035, 32036 und

32120 bei Laboruntersuchungen im Harn (32035U, 32036U, 32120U)

- Buchstabenkennzeichnung „U“ der GOPen 32426 und 32427 für begründete Einzelfälle bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr (32426U, 32427U).

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 im Quartal 3/2011

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

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 3/2011 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	31.800
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	30.850
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.380
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	31.840

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

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

Neuer Vertrag mit Wehrbereichsverwaltung Ost

Vergütung von Leistungen aus dem DMP-Plattformvertrag und der Diabetesvereinbarung mit dem Verband der Ersatzkassen (vdek) für Soldaten ab 1. Januar 2011.

Warum ein neuer Vertrag mit der Wehrbereichsverwaltung Ost (WBO)?

Mit der Unterzeichnung des neuen Vertrags zwischen der WBO und der KVB mit Wirkung zum 1. Januar 2011 können auch weiterhin Leistungen aus dem DMP-Plattformvertrag und der Diabetesvereinbarung mit dem vdek für Soldaten der Bundeswehr erbracht und abgerechnet werden. Die Neufassung des Vertrags mit der WBO war erforderlich, da mit Wirkung ab 1. Januar 2011 eine neue Diabetesvereinbarung mit dem vdek abgeschlossen wurde und somit die alten Betreuungspauschalen 97350A, 97360A, 97670B sowie die Pauschale für die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms 97272 auch für Soldaten nicht mehr abrechnungsfähig waren (siehe auch KVB INFOS 12/2010).

Zudem gab es bei Soldaten mit Diabetes mellitus nicht die Möglichkeit, eine bereits durchgeführte Patientenschulung nach dem DMP-Vertrag beziehungsweise nach der Diabetesvereinbarung zu wiederholen. Dies ist nunmehr unter den Voraussetzungen, die im DMP-Vertrag und in der Diabetesvereinbarung mit dem vdek geregelt sind, möglich (siehe auch KVB INFOS 3/2011).

Es gibt Schulungsprogramme, die sowohl im DMP-Plattformvertrag als auch in den Diabetesvereinbarungen geregelt sind. Für die Vergütung sind die Wahl der korrekten Abrechnungsnummer sowie die entsprechende Genehmigung wichtig.

- a) Ersts Schulung eines Soldaten:
- Wenn Schulungsprogramm im DMP-Plattformvertrag: Abrechnungsnummer aus dem DMP-Plattformvertrag ansetzen (vergleiche Schulungsleistungen der Anlage 2 und der Anlage 3 des Vertrags mit der WBO)
 - Wenn Schulungsprogramm **nicht** im DMP-Plattformvertrag: Abrechnungsnummer aus der Diabetesvereinbarung ansetzen (vergleiche Schulungsleistungen der Anlage 5 des Vertrags mit der WBO).
- b) Wiederholungsschulung eines Soldaten:
- Es ist **immer** die Abrechnungsnummer aus der Diabetesvereinbarung anzusetzen (vergleiche Abrechnungsnummer „Wiederholungsschulung“ in der Anlage 2 und 3 des Vertrags mit der WBO beziehungsweise die Abrechnungsnummer in der Anlage 5 des Vertrags mit der WBO).

Beispiel 1:

Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (im DMP-Plattformvertrag geregelt)

Ersts Schulung eines Soldaten: Abrechnungsnummer 92261A
Wiederholungsschulung eines Soldaten: Abrechnungsnummer 97261B

Beispiel 2:

Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie ICT (nicht im DMP-Plattformvertrag geregelt)

Ersts Schulung eines Soldaten: Abrechnungsnummer 97268
Wiederholungsschulung eines Soldaten: Abrechnungsnummer 97268

Neu aufgenommen in die Anlage des Vertrags mit der WBO wurde das Schulungsprogramm „Hypoglykämie-Positives Selbstmanagement“ (HyPoS) für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2. Die Genehmigung nach der Diabetesvereinbarung mit dem vdek für dieses Schulungsprogramm kann bei der KVB beantragt werden.

Wichtige Hinweise:

- Welche Leistungen grundsätzlich für Soldaten abrechenbar sind, können Sie den Anlagen zum neuen Vertrag mit der WBO entnehmen. Dieser ist unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „D“* eingestellt.
- Voraussetzung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen im Rahmen des Vertrags mit der WBO ist eine entsprechende Genehmigung nach dem DMP-Plattformvertrag beziehungsweise der Diabetesvereinbarung mit dem vdek für die jeweilige Leistung. Eine gesonderte Teilnahmeerklärung an dem Vertrag mit der WBO ist somit nicht erforderlich.
- Die Leistung durch berechnigte Ärzte muss durch einen Überweisungsschein San/Bw/0217 veranlasst werden, der durch den Truppenarzt ausgestellt wird.
- Die Erstellung und Abrechnung von DMP-Dokumentationen ist nach wie vor für Soldaten nicht möglich.
- Die Abrechnungs- und Vergütungsbestimmungen der Verträge mit dem vdek in der gültigen Fassung gelten auch für die Abrechnung von Leistungen für Soldaten.

Berichtigung der Zusatzvergütung in Bereitschaftspraxen

- Eine Einschreibung des Patienten in das entsprechende DMP ist für die Abrechnung der in den Anlagen genannten Leistungen nicht erforderlich und nicht möglich.

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

Mit Schreiben vom 14. Oktober 2010 haben wir alle Dienstärzte in den KVB-Bereitschaftspraxen über den Verhandlungserfolg informiert, den wir mit den bayerischen Krankenkassen erzielt haben. Die Zusatzvergütung in Höhe von fünf Euro pro Behandlungsfall in der Bereitschaftspraxis wird rückwirkend ab dem Quartal 3/2010 – und zunächst befristet bis 30. Juni 2011 – von allen Kassen bezahlt. Vorher war dies nur für Versicherte der AOK und LKK der Fall. Die Abrechnung ist an die individuelle Kennziffer der Bereitschaftspraxis gekoppelt, die auf dem Notfallschein der Behandlung vorangesetzt werden muss.

Diese Regelung zur Zusatzvergütung gilt

- bei Regionalkassen für Patienten, die ihren Wohnort in Bayern haben,
- bei Ersatzkassen für alle Versicherten, unabhängig vom Wohnort.

Unsere Überprüfungen haben ergeben, dass bei einzelnen Kassen, zum Beispiel bei der Barmer (71/601) oder der DAK (71/602), aufgrund technischer Probleme die Zusatzvergütung nicht erfolgt ist, obwohl die Voraussetzungen erfüllt waren. Wir haben die Fehlerquelle analysiert und werden selbstverständlich eine **nachträgliche Berichtigung** „von Amts wegen“ für die Abrechnungsquartale **3/2010 bis einschließlich 1/2011** vornehmen. **Sie müssen also keinen Widerspruch einlegen.** Wir nehmen für alle betroffenen Fälle eine Honorarberichtigung vor. Die Nachberechnung für die einzelnen Quartale erfolgt mit dem jeweils nächstmöglichen Honorarbescheid. Ab dem Abrechnungsquartal 2/2011 ist die korrekte Vergütung sichergestellt.

Wir bitten Sie, die damit entstandenen Unannehmlichkeiten zu entschuldigen.

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

Aktuelles zu Verordnungen

Um sich beim Thema Verordnung stets auf dem Laufenden zu halten, möchten wir Sie bitten, sich regelmäßig über unseren Online-Service unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* über aktuelle Veröffentlichungen – wie zum Beispiel die Nicht-Beanstandung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – zu informieren.

Festbetragsgruppenbildung Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer

Nach der ergänzenden Stellungnahme des G-BA hat das BMG den Beschluss zur Festbetragsgruppenbildung von Escitalopram und Citalopram nicht beanstandet. Der Festbetrag wird voraussichtlich zum 1. Juli 2011 festgesetzt. Höchstwahrscheinlich wird der Festbetrag unter dem Preis von Cipralax® (Escitalopram) liegen. Ob der Hersteller den Preis auf den Festbetrag absenkt oder Rabattverträge über die Mehrkosten abschließen wird, steht derzeit noch nicht fest. Um höhere Zahlungen für die Patienten zu vermeiden, müssten die Patienten unter Umständen auf andere Antidepressiva umgestellt werden.

Off-Label-Use: Aufnahme von Fludarabin in Teil A der Anlage VI

Das BMG hat den Beschluss des G-BA nicht beanstandet, den Teil A der Anlage VI (zulässiger Off-Label-Use) um Fludarabin bei anderen niedrig- beziehungsweise intermediär malignen B-Non-Hodgkin-Lymphomen (B-NHL) als der chronischen lymphatischen Leukämie (CLL) zu ergänzen.

Rehabilitationssport und Funktionstraining: Rahmenvorgaben geändert

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können durch Rehabilitationssport und Funktionstraining ergänzt werden. In Betracht kommt dies für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Ziel des Rehabilitationssports ist es unter anderem, die Ausdauer und Kraft der Betroffenen zu stärken sowie ihre Koordination und Flexibilität zu verbessern. Mit dem Funktionstraining sollen die Beteiligten möglichst dauerhaft in die Gesellschaft und das Arbeitsleben eingegliedert werden. Zum 1. Januar 2011 trat eine neue Rahmenvereinbarung in Kraft, die die bisherige Vereinbarung ablöst. Die Neufassung berücksichtigt eine Entscheidung des Bundessozialgerichts, wonach eine Beschränkung der Leistungsdauer des Funktionstrainings unzulässig ist. Die bisher festgelegte Leistungsdauer wurde in Richtwerte umgewandelt, sofern die Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden. Das heißt aber nicht, dass diese Leistungen dauerhaft von der GKV zu finanzieren sind. Von diesen Richtwerten kann auf der Grundlage einer individuellen Prüfung nach den Erfordernissen des Einzelfalls abgewichen werden.

Um Ihnen die Kenntnisnahme der Änderungen zu erleichtern, wurde eine Synopse erstellt. Diese können Sie ebenso wie den Vereinbarungstext der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation herunterladen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Gesetzliche Grundlagen/Sonstiges*.

Vordruckmuster 56

Zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband laufen derzeit Gespräche, in denen es um die Anpassung des Musters 56 geht. Bis zur Einigung bitten wir Sie, das alte Muster 56 weiter zu verwenden.

Wirkstoff AKTUELL

Die Publikation *Wirkstoff AKTUELL* erstellt die KBV in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Sie soll Ihnen Hinweise zu Indikationen, therapeutischem Nutzen und Preisen von zugelassenen Therapien geben. Die vollständigen Veröffentlichungen finden Sie unter www.kbv.de/ais. Für die Teilnahme im AIS-Fortbildungsportal erhalten Sie je zwei CME-Fortbildungspunkte.

Aktuell hat die KBV folgende Themen eingestellt:

Silodosin (Urorec®)

Zeigt im Vergleich zu anderen Alpha-1-Adrenorezeptor-Antagonisten (Alphablockern) keine bessere Wirksamkeit. Im Nebenwirkungsprofil zeigen sich jedoch mehr Ejakulationsstörungen. Die höheren Kosten von Silodosin gegenüber anderen Alphablockern rechtfertigen daher eine Verordnung von Silodosin nur in Einzelfällen bei den Patienten, bei denen sich unter der Therapie mit anderen in ihrer Langzeitsicherheit besser untersuchten und in ihrem UAW-Profil günstigeren Alphablockern (Alfuzosin, Tamsulosin) keine Verbesserung der LUTS (lower urinary tract symptoms) einstellt.

Strahlenschutz – aufnahmetechnische Qualitätsanforderungen beim Röntgen

Denosumab

Für die Therapie der Osteoporose bei Frauen in der Postmenopause und die Behandlung des Knochenschwunds im Zusammenhang mit Hormonablation bei Männern mit Prostatakarzinom mit erhöhtem Frakturrisiko bringt der Wirkstoff Denosumab (Prolia®) keinen zusätzlichen Nutzen gegenüber den kostengünstigeren oralen Bisphosphonaten. Zu beachten ist das erhöhte Risiko schwerwiegender Infektionen und das zur Zeit nicht abschätzbare Risiko für maligne Neuerkrankungen, da Daten zur Langzeitsicherheit von Denosumab nicht vorliegen.

Ranolazin

Zur medikamentösen Langzeitprophylaxe von Angina-pectoris-Anfällen können Betarezeptorenblocker, Kalziumantagonisten oder Nitrate eingesetzt werden. Mittel der Wahl sind Betarezeptorenblocker. Ranolazin (Ranexa®) erhöht die Behandlungskosten und bringt keine zusätzlichen Vorteile.

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

Die richtige Wahl der Spannung bei der Extremitätenaufnahme

Durch die richtige Wahl der Spannung bei der Durchführung einer Röntgenuntersuchung und die Verwendung des entsprechenden konventionellen Film-Folien-Systems beziehungsweise des digitalen Aufnahmesystems wird die Bildqualität entscheidend beeinflusst. Ebenso wichtig ist die korrekte Wahl der zu verwendenden Aufnahmespannung, die zusätzlich die Strahlenexposition des untersuchten Organs beeinflusst.

Generell gelten folgende Zusammenhänge:

Je höher die Empfindlichkeitsklasse des Film-Folien-Systems (100er, 200er, 400er) gewählt wird, desto geringer ist die Strahlenexposition, desto geringer ist die Feinauflösung. Dies wird in Linienpaaren pro mm (LP/mm) gemessen.

Je höher die Spannung gewählt wird, desto stärker steigt die Empfindlichkeit des Film-Folien-Systems gerade im unteren Spannungsbereich. Dies bedeutet praktisch kleine mAs-Werte und damit eine geringere Dosis und kürzere Belichtungszeiten und damit auch eine geringe Bewegungsunschärfe der Aufnahme. Die Bildquali-

tät ändert sich jedoch hin zu einem kontrastärmeren Bildeindruck. Dies wirkt sich besonders bei Weichteilaufnahmen aus, da der Niedrig-Kontrast geringer wird („kV macht flau“).

Um eine bestmögliche Bildqualität bei geringstmöglicher Strahlenexposition zu gewährleisten, wurden von der Bundesärztekammer aufnahmetechnische Leitlinien erarbeitet. Demnach müssen die Röntgenaufnahmen der äußeren Extremitäten Hand, Finger, Sprunggelenk, Fußwurzel und Unterarm unter den nachfolgenden Aufnahmebedingungen angefertigt werden.

Die Einhaltung der Leitlinien wird von den Ärztlichen Stellen und Kommissionen der Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen überwacht. Bei ständiger Nichteinhaltung der Leitlinien werden die zuständigen Aufsichtsbehörden informiert.

Den vollständigen Text der Leitlinie finden Sie im Internet unter www.bundesaerztekammer.de beim Stichwort Leitlinien.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Irmgard Schmidt unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 93
 E-Mail Irmgard.Schmidt@kvb.de

Spannung		50 bis 55 kV
Brennfleck-Nennwert	Erwachsene	0,6 („klein“ bzw. ≤ 1,3)
Brennfleck-Nennwert	Kinder	0,6
Fokus-Film-Abstand		105 cm
Raster		ohne
Schaltzeit		keine Angabe
Film-Folien-System	Erwachsene	200
Film-Folien-System	Kinder	400 (200)
Belichtungsautomatik		ohne

Asthmafortbildung für Pädiater

Die KVB bietet auf Cura Campus® eine DMP-Fortbildung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma speziell für Pädiater an. Mit Hilfe des von Otto Laub, Kinder- und Jugendarzt sowie Kinderpneumologe aus Rosenheim, erstellten Lehrtextes „Leitliniengerechte Therapie des Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter“ können interessierte Ärzte ihr Wissen auffrischen und anschließend anhand von zehn Multiple-Choice-Fragen testen. Wer diese Fragen erfolgreich absolviert, erfüllt nicht nur seine Fortbildungspflicht im DMP Asthma (hier ist alle drei Jahre eine Fortbildung nachzuweisen), sondern erhält außerdem CME-Fortbildungspunkte der Bayerischen Landesärztekammer.

Wie immer bei Fortbildungen der Reihe DMP-Trainer ist die Teilnahme für KVB-Mitglieder freiwillig und kostenlos. Diese können sich mit ihrer persönlichen KVB-Benutzerkennung unter www.curacampus.de anmelden und die Fortbildung bis zum 18. April 2012 absolvieren.

Neben Asthma für Pädiater finden sich dort außerdem Fortbildungen zu den DMP Diabetes mellitus Typ 2, Asthma und Brustkrebs sowie zum Modul Chronische Herzinsuffizienz im DMP KHK. Weitere Fortbildungen zu den noch fehlenden DMP-Indikationen sind geplant.

„Jeder Fehler zählt!“ – Pilotveranstaltung Patientensicherheit

Aus Fehlern zu lernen, ist mit Blick auf eine verbesserte Patientensicherheit ein wichtiger Grundsatz in der Praxis. In den Fokus der Aufmerksamkeit gerät hierbei zunehmend die rückwirkende Aufklärung, aber auch die Entwicklung vorausschauender Instrumente zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse. Maßnahmen zur Patientensicherheit sind zum einen der Ergebnisqualität zuzuschreiben und zum anderen der konsequenten Weiterentwicklung der Struktur- und Prozessqualität.

Die kostenfreie Pilotveranstaltung „Jeder Fehler zählt!“ findet in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Patientensicherheit der KV Westfalen-Lippe statt. Ärzte und Medizinische Fachangestellte sollen für das Thema Patientensicherheit sensibilisiert werden, damit sie zu einer konstruktiven und offenen Fehlerkultur im ambulanten Bereich beitragen können.

Anhand von Fachvorträgen werden Dr. Julia Rohe und Dr. Christian Thomeczek vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) den Teilnehmern die Bedeutung von kritischen Ereignissen sowie das Vorgehen bei der Analyse und ihre Relevanz für die Praxis näher bringen. Anschließend soll gemeinsam mit den Experten darüber diskutiert werden.

Themenschwerpunkte werden sein:

- Arbeitsbedingungen und Erfahrungen aus der Luftfahrt: Ein Vorbild für die Medizin?
- Systematisch Lernen: Analyse von kritischen Ereignissen in der Praxis

Die kostenfreie Veranstaltung findet am **29. Juni 2011** von 16 bis 19 Uhr in der KVB München, Elsenheimerstraße 39, statt. Das Anmeldeformular für die Veranstaltung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/QM-Seminare*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Wiebke Stöppelmann unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 336
Fax 09 11 / 9 46 67 – 400
E-Mail Wiebke.Stoepelmann@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. bieten wir kompakte Fortbildungen an, die speziell auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst ausgerichtet sind. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf.

Ihre Vorteile:

- Zielgruppenorientierung
- Aktuelle, umsetzbare Lösungen statt Schubladenkonzepte
- Praktisches Reanimationstraining in Kleinstgruppen nach den neuen Guidelines
- Erfahrene Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkte
- Umfangreiche Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Zielgruppen:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter oder im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO)
- Alle interessierten Ärzte, die sich auf richtiges Handeln in Notfallsituationen vorbereiten möchten

Modul I

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

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine:

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

Modul II

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.00 Uhr

Termine:

- Mittwoch, 21. September 2011
Fachhochschule Nürnberg
- Mittwoch, 5. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Regensburg

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine:

- Mittwoch, 8. Juni 2011
KVB-Bezirksstelle in München

- Mittwoch, 13. Juli 2011
KVB-Bezirksstelle in Würzburg
- Mittwoch, 28. September 2011
KVB-Bezirksstelle in Nürnberg
- Mittwoch, 26. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Regensburg

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

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

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

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die nebenstehenden Seminare nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB darstellen.

Informationen zu KVB-Seminaren

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

Informationen zu Seminaren rund um die Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern
09 11/ 9 46 67 – 3 22
09 11/ 9 46 67 – 3 23
09 11/ 9 46 67 – 3 36

Anmeldeformulare und weitere Seminare

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

***in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer (die Anzahl der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte der Seminarbroschüre)*

****Das Seminar kostet für KVB-Mitglieder 395,- Euro. Nichtmitglieder zahlen 595,- Euro.*

KVB-Seminare

Fortbildung Palliative Care für Psychotherapeuten**

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Prüfungen im Vertragsarztbereich – Hintergründe und Strategien

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Alles rund um Präventionsleistungen

Hautkrebsscreening**

Prüfungen im Vertragsarztbereich – Hintergründe und Strategien

Abrechnungsworkshop HNO

Telefonieren „herzerfrischend anders“

Kooperationen in der ärztlichen Praxis**

Gründer-/Abgeberforum für Psychotherapeuten**

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Abrechnungsworkshop Operateure und Belegärzte

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Prüfungen im Vertragsarztbereich - Hintergründe und Strategien

Personal- und Teamführung durch die Erstkraft

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

QM-/QZ-Seminare

„Jeder Fehler zählt!“ – Patientensicherheit (Pilotveranstaltung in Kooperation mit dem ÄZQ)

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte**

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Lokales Moderatorentreffen

Ausbildung zur Qualitätsmanagementbeauftragten QEP

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	395,- Euro***	17. bis 19. Juni 2011 15. bis 17. Juli 2011		München
Praxisinhaber	kostenfrei	29. Juni 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	29. Juni 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	29. Juni 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	29. Juni 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	160,- Euro	2. Juli 2011	9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	6. Juli 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Juli 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. Juli 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Juli 2011	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Juli 2011	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Juli 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. Juli 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Juli 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Juli 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Juli 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Juli 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	29. Juni 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	1. Juli 2011 2. Juli 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber	175,- Euro	1. Juli 2011 2. Juli 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	13. Juli 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	200,- Euro	15. Juli 2011 16. Juli 2011	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München

KVBIINFOS

07 | 11
08 | 11

ABRECHNUNG

- 98 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2011
- 99 Leistungen im Auftrag eines Krankenhauses
- 99 Zeitaufwand von angestellten Ärzten
- 99 Berichtspflicht und Datenschutzerfordernungen
- 100 Speziallabor 32.3 – Vereinfachung der Abrechnung

VERORDNUNGEN

- 100 Mehr Rückforderungsanträge der Krankenkassen
- 101 Arzneikostentrendmeldung: neue Inhalte ab 1/2011
- 102 InfectoDiarrstopp LGG®
- 102 Änderung der Packungsgrößenverordnung

QUALITÄT

- 103 Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie
- 104 Online-Fortbildung Hygienemanagement (Teil 3)

ALLGEMEINES

- 104 SmarAkt nur noch über KV-Ident oder KV-SafeNet
- 105 Stationärer Einweisungsschein
- 105 DMP-Trainer COPD gestartet

INFORMATIONEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

- 105 Zweifelhafte Dienstleistungsangebote prüfen

SEMINARE

- 106 Die nächsten Seminartermine der KVB

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2011

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung und die restlichen **Abrechnungsunterlagen für das 2. Quartal 2011 bis spätestens Montag, den 11. Juli 2011**. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Denken Sie bitte daran, uns neben Ihrer online übermittelten Abrechnung wie bisher die unterschriebene **Sammelerklärung** (bitte Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen – wie zum Beispiel Krankenscheine Sozialhilfe – an die Hausanschrift in Regensburg zu senden. Das Formular der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung/Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen.

Bitte überzeugen Sie sich vor der Übermittlung Ihrer Abrechnung, dass sie vollständig und korrekt ist (siehe Abrechnungsbestimmungen der KVB unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“*).

Wir empfehlen dazu die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung der Abrechnung vorzunehmen. Bitte beachten Sie weiterhin die persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen. Diese Regelung ist insbesondere zu beachten bei angestellten Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.

Einreichungswege für Ihre Quartalsabrechnung und begleitende Unterlagen

Quartalsabrechnung online versenden über das Portal „Meine KVB“ (KV-SafeNet** oder KV-Ident) oder über D2D

Sammelerklärung und begleitende Unterlagen als **Briefsendungen** an die Anschrift:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Sammelerklärung und begleitende Unterlagen als **Päckchen/Pakete** an die Anschrift:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

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

Leistungen im Auftrag eines Krankenhauses

In letzter Zeit haben wir zahlreiche Rückmeldungen von niedergelassenen Ärzten erhalten, die von Krankenhäusern aufgefordert wurden, Leistungen der Operationsvorbereitung vor dem stationären Eingriff zu erbringen.

Aus diesem Grund möchten wir erneut darauf hinweisen, dass Leistungen für Krankenhäuser, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen, die auf deren Veranlassung hin erbracht wurden, nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind. Dies gilt insbesondere für Leistungen im Rahmen vor- und nachstationärer Behandlungen, teilstationärer Behandlungen oder ambulant im Krankenhaus durchgeführter Operationen. Gemäß Abschnitt 2, Paragraph 2, Satz 3 des Bundesmantelvertrags können diese Leistungen nicht im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

Sollten Sie von einem Krankenhaus mit der Erbringung derartiger Leistungen beauftragt werden, besteht für Sie jedoch die Möglichkeit, die anfallenden Behandlungskosten dem Krankenhaus in Rechnung zu stellen. Bereits vorliegende Befunde sollen den Patienten im Sinne der Kostenminimierung selbstverständlich weiterhin zur Vorlage im Krankenhaus ausgehändigt werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail VuS-Vertragspolitik@kvb.de

Zeitaufwand von angestellten Ärzten

In den KVB INFOS 1–2/2011 haben wir Sie über die Auffälligkeitskriterien für die Prüfung der quartals- und tagbezogenen Arbeitszeit eines Arztes informiert, wie sie durch die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes festgelegt sind. Danach ist bei allen Ärzten, denen eine LANR zugeteilt wurde, bei einer Stundenzahl von mehr als 780 Stunden (ermächtigte Ärzte mehr als 156 Stunden) die Abrechnung genauer zu überprüfen.

Bei angestellten Ärzten in Vollzeit ist als Auffälligkeitsgrenze eine Quartalsarbeitszeit von 520 Stunden zu Grunde zu legen, da hier grundsätzlich von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden auszugehen ist.

Bei in Teilzeit tätigen Ärzten ist wie folgt zu unterscheiden:

Ein teilzugelassener Vertragsarzt darf gemäß Paragraph 95 Absatz 3 Satz 1 SGB V zeitlich nur hälftig tätig werden, das heißt, dass hier ein Quartalsprofil ab 390 Stunden als auffällig zu werten ist. Bei einem angestellten Arzt ergibt sich der zulässige zeitliche Umfang direkt aus dem Bescheid des Zulassungsausschusses. Ein vertragsärztliches Tätigwerden über die genehmigte Wochenstundenzahl hinaus ist unzulässig.

Das Kriterium für eine Prüfung von mehr als zwei Arbeitstagen mit mehr als zwölf Stunden im Quartal gilt für alle Ärzte unabhängig vom Tätigkeitsstatus.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Berichtspflicht und Datenschutzanforderungen

Die Regelungen zur Berichtspflicht in Punkt 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes wurden zum 1. Juli 2011 in ihrer Formulierung an die datenschutzrechtlichen Anforderungen angepasst, um das Recht des Versicherten auf informationelle Selbstbestimmung zu verdeutlichen. An der bisherigen Vorgehensweise ändert sich hierdurch nichts.

In einem neuen ersten Absatz des Punktes 2.1.4 wird nun darauf hingewiesen, dass die Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an den Hausarzt einer schriftlichen Einwilligung des Versicherten bedarf, die widerrufen werden kann. Die berichtspflichtigen Gebührenordnungspositionen können dann ohne einen Bericht oder Brief an den Hausarzt berechnet werden, wenn der Versicherte auf Nachfrage keinen Hausarzt angibt oder nicht schriftlich in die Übermittlung einwilligt.

Im Gegenzug wurde der letzte Absatz des Punktes 2.1.4 aufgehoben.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Speziallabor 32.3 – Vereinfachung der Abrechnung

In der Juni-Ausgabe der KVB INFOS hatten wir bereits auf die Änderung beim Speziallabor zum 1. Juli 2011 aufmerksam gemacht. Bitte beachten Sie Folgendes:

Ab dem Quartal 3/2011 müssen Sie die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 nicht mehr mit dem Buchstaben A bis D kennzeichnen, wenn Sie diese wegen der Untersuchung von verschiedenen Materialien oder von zeitlich versetzten Proben (zum Beispiel bei Stimulations- oder Suppressionstests) mehrfach abrechnen. Wird eine Laborleistung aus diesem Grunde mehrfach von Ihnen erbracht, genügt die Angabe des entsprechenden Multiplikators im Feld 5005.

Bitte beachten Sie, dass die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 wie bisher nur dann mehrfach berechnet werden können, wenn dieselben Leistungen aus mehr als einem Körpermaterial erbracht werden. Bei mehrfachen Untersuchungen, Messungen oder Probenansätzen aus demselben Körpermaterial kann die jeweilige Gebührenordnungsposition nur einmal berechnet werden. Die Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sind zu beachten.

Die übrigen Kennzeichnungen im Bereich Labor bleiben unberührt:

- Buchstabenkennzeichnung „E“ der Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 bei Erbringung als Einzelbestimmungen im Eigenlabor in Akut- beziehungsweise Notfällen (32035E bis 32039E)
- Buchstabenkennzeichnung „S“ bei Drogensuchtesten (32137S, 32140S bis 32148S)

- Buchstabenkennzeichnung „U“ der Gebührenordnungspositionen 32035, 32036 und 32120 bei Laboruntersuchungen im Harn (32035U, 32036U, 32120U)

- Buchstabenkennzeichnung „U“ der Gebührenordnungspositionen 32426 und 32427 für begründete Einzelfälle bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr (32426U, 32427U)

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Mehr Rückforderungsanträge der Krankenkassen

Die Neufassung der Arzneimittel-Richtlinien (AMR) zum 1. April 2009 hat wesentliche Änderungen mit sich gebracht, worüber wir immer wieder in zahlreichen Publikationen informiert haben. Inzwischen ist die Zahl der von den Krankenkassen gestellten Prüfanträge wegen nicht verordnungsfähiger Arzneimittel nochmals drastisch angestiegen und erreicht mit zirka 7.000 Anträgen im Quartal einen neuen Höchststand.

Die von den Krankenkassen besonders häufig beanstandeten Präparate haben wir in unserem Informationsschreiben *Verordnung aktuell* vom 6. Juni 2011 alphabetisch zusammengestellt. Hierbei handelt es sich zu meist um Kombinationspräparate, die nach Anlage III der AMR grundsätzlich nicht verordnungsfähig sind beziehungsweise Verordnungseinschränkungen unterliegen. Sie finden die Ausgabe von *Verordnung aktuell* unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung aktuell/2011*. Die Liste können wir Ihnen auch gerne zu-faxen.

Die Zusammenstellung basiert auf der Erfassung der eingegangenen Anträge bei der Prüfungsstelle Ärzte Bayern, eine abschließende Aussage über die Verordnungsfähigkeit der genannten Präparate ist hiermit nicht verbunden.

Bitte beachten Sie auch, dass für die Entscheidung über die Anträge ausschließlich die unabhängige Prüfungsstelle zuständig ist und die KVB keinen Einfluss auf die Verfahren nehmen darf.

Wir bieten unseren Mitgliedern jedoch ein umfassendes Service- und Beratungsangebot. Bei Fragen zur

Arzneikostentrendmeldung: neue Inhalte ab 1/2011

Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln oder zu laufenden Prüfverfahren bei der Prüfungsstelle Ärzte Bayern unterstützen wir Sie gerne.

Bei Fragen zur Pharmakologie 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 Nummern ab 1. August 2011:

Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30

Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31

Bei Fragen zum Prüfverfahren erreichen Sie unsere Experten unter

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 24

09 41 / 39 63 – 3 56

Fax 09 11 / 9 46 67 – 7 60

09 41 / 39 63 68 – 3 56

E-Mail jasmin.hoefling-fein@kvb.de
sandra.wolf@kvb.de

Mit der Arzneikostentrendmeldung (AKTM) erhalten Sie die Informationen über die Kosten und Struktur Ihrer Arzneimittelverordnungen entsprechend der aktuellen Fachgruppensystematik.

Die Verordnungsdaten basieren auf Rohdaten der Apothekenrechenzentren, die wir quartalsbezogen für Sie aufbereiten und so bereits sechs Wochen nach Quartalsende zur Verfügung stellen können. Zum Vergleich: Die Verordnungsdaten der Prüfungsstelle liegen frühestens neun Monate nach Quartalsende vor.

Seit 2009 ist die Abrechnung im Rahmen von Selektivverträgen möglich. Wir können Ihnen seither keine sicheren Vergleichsdaten auf Basis der Behandlungsfälle zur Verfügung stellen.

Das hat sich verändert:

1. Der Postversand erfolgt mittels gesonderter Anschreiben. Die AKTM werden den in der Betriebsstätte vertretenen Fachgruppen jeweils zusortiert.
2. Auf der ersten Seite der AKTM weisen wir Ihre Kosten je Verordnungsfall und je Verordnung für die vier letzten Quartale mit den Werten Ihrer Fachgruppe aus. Neben den Vergleichsdaten des aktuellen Quartals können Sie auch den Trend Ihrer Praxis und der Fachgruppe ablesen.
3. Auf den Seiten zwei bis vier weisen wir Ihre Daten zu den Wirtschaftlichkeitszielen aus. Es lohnt sich, diese Ziele einzuhalten: Bei statistischer Auffälligkeit im Rahmen einer (Ersatz-)Richtgrößenprüfung erhält die Praxis für jedes erreichte Ziel einen fiktiven Abzug von 1,1 Prozentpunkten. So kann unter

Umständen die Einleitung einer (Ersatz-)Richtgrößenprüfung vermieden werden. Grundsätzlich können Sie damit auch die Wirtschaftlichkeit Ihrer Verordnungsweise darlegen und im Prüfungsfall argumentieren.

Online-Service

Unter www.kvb.de haben wir für Sie in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Sonstiges* ein anonymisiertes Muster 2011 der AKTM mit Erläuterungen eingestellt.

Die AKTM und weitere Informationen zu Ihren Verordnungsdaten finden Sie in Ihrem persönlichen Online-Archivsystem SmarAkt zirka zwei Wochen vor Zustellung durch die Post. Inhaber des KVB-Postfachs werden künftig automatisch über die Bereitstellung der AKTM in SmarAkt informiert.

Nutzen Sie unser umfassendes Beratungsangebot

Besonders im Hinblick auf die Vielzahl statistischer Informationen in Ihrer Arzneikostentrendmeldung kann es hilfreich sein, eine persönliche Beratung durch Ihren KVB-Pharmakotherapieberater in Anspruch zu nehmen. Neben der Erläuterung Ihrer Daten aus der statistischen Vergleichsbetrachtung konzentrieren sich unsere Berater auch auf die pharmakologisch-therapeutischen Inhalte.

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 Nummern ab 1. August 2011:

Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30

Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31

InfectoDiarrstopp LGG®

Wir möchten Sie an dieser Stelle darauf aufmerksam machen, dass entgegen des Schreibens der Firma InfectoPharm, das am 13. Mai 2011 an alle Kinderärzte verschickt wurde, die Verordnung von Präparaten mit dem Wirkstoff *Lactobacillus rhamnosus* (unter anderem in InfectoDiarrstopp LGG®) als unwirtschaftlich gilt. Dies gilt nach einem zum 5. März 2011 in Kraft getretenen Beschluss auch für Kinder und Jugendliche.

Im entsprechenden Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wurde die Ziffer 12 (Antidiarrhoika) der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) um eine weitere Ausnahme zur Verordnungseinschränkung ergänzt:

„- ausgenommen Escherichia coli Stamm Nissle 1917 (mindestens 108 vermehrungsfähige Zellen/Dosis-einheit) bei Säuglingen und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydrationsmaßnahmen“

Für Präparate mit dem Wirkstoff *Lactobacillus rhamnosus* (unter anderem in InfectoDiarrstopp LGG®) hat der G-BA wegen Unzweckmäßigkeit keine derartige Ausnahmeregelung geschaffen. Dies wurde auch vom Bundesministerium für Gesundheit nicht beanstandet.

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 Nummern ab 1. August 2011:
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31

Änderung der Packungsgrößenverordnung

Mit Inkrafttreten des Arzneimittelneuerordnungsgesetzes (AMNOG) wurde die Packungsgrößenverordnung (PackungsV) geändert (wir informierten am 4. Februar und 1. März darüber).

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat unter anderem die Spannbreiten der N-Bereiche neu festgelegt. Die arzneimittelgruppenbeziehungsweise wirkstoffbezogenen Messzahlen in den Anlagen der PackungsV hat das BMG zunächst nicht angepasst. Zahlreiche im Verkehr befindliche Packungen lagen somit außerhalb der neuen Spannbreiten, sodass ihnen keine N-Kennzeichen zugeordnet werden konnten.

Die jetzt vorliegende Anpassung der PackungsV hat das Bundesministerium für Gesundheit dazu genutzt, auch die allgemeinen Bestimmungen der PackungsV noch einmal zu überarbeiten. Nachfolgend finden Sie einen Überblick über die wichtigsten Neuregelungen:

- Die N-Kennzeichen müssen künftig nicht mehr auf der Packung stehen.
- Packungen mit nicht mehr gültigen N-Kennzeichen können bis spätestens 18 Monate nach einer entsprechenden – auch zukünftigen Änderung der PackungsV – noch in Verkehr gebracht werden.
- Im Rahmen der Produktmeldung nach Paragraph 131, Absatz 4 SGB V sind die Hersteller dazu verpflichtet, das korrekte Packungsgrößenkennzeichen zu übermitteln (Paragraph 2, Absatz 1). Dadurch wird gewährleistet, dass Arzneimitteln sowohl in der Arzt- als auch in der Apothekensoftware das korrekte Packungsgrößenkennzeichen zugeordnet wird. Aufgrund

der Frist von 18 Monaten kann die tatsächliche Größe allerdings von der Angabe auf der Packung abweichen.

- Bei Vorliegen entsprechender Vereinbarungen finden für Verordnungen im Rahmen des Sprechstundenbedarfs die in den Anlagen genannten Messzahlen keine Anwendung (Paragraph 4 PackungsV). Damit können Sie als Sprechstundenbedarf auch Packungen größer als N3 beziehen.
- In den Anlagen 1 bis 6 wurden mehrere Hundert neue wirkstoffbezogene Positionen eingeführt. In der Folge gelten bei ansonsten vergleichbaren Wirkstoffen wie beispielsweise in den Gruppen der oralen Antidiabetika, oralen Antihypertonika oder Lipidsenkern zum Teil unterschiedliche N-Kennzeichen.
- Während die Änderungen der allgemeinen Bestimmungen der PackungsV bereits zum 15. März 2011 in Kraft getreten sind, wurden die Änderungen in den Anlagen 1 bis 6 erst zum 1. Mai 2011 verbindlich.
- Wir empfehlen Ihnen, die Packungsgröße mit den N-Kennzeichen (N1, N2 oder N3) zu verordnen und aut- idem zuzulassen. Aus therapeutischen Gründen kann es allerdings in Einzelfällen (zum Beispiel bei Antibiotika) notwendig sein, eine konkrete Stückzahl zu verordnen.

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 Nummern ab 1. August 2011:
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31

Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie

Auf der Prüfung der Röntgenaufnahmen von Kindern und Jugendlichen liegt ein besonderer Fokus. Gemäß den Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik gelten bei Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen besondere aufnahmetechnische und ärztliche Qualitätsanforderungen.

Die Fragestellungen in diesen Lebensaltern sind in vielen Fällen bedingt durch altersspezifische Erkrankungen völlig anders als bei erwachsenen Patienten. Durch eine genaue Anpassung der Untersuchungsbedingungen in Planung und Durchführung kann die Strahlenexposition der Patienten erheblich reduziert werden. Außerdem bestehen in den einzelnen Lebensaltern besondere Untersuchungs- und Abbildungsbedingungen, die bei der Qualitätssicherung berücksichtigt werden müssen.

Allgemein gültige, organspezifische Qualitätskriterien können in diesen Altersgruppen nicht für alle Fälle berücksichtigt werden. Vielmehr ist für den Einzelfall eine individuelle Überprüfung der Planungs-, Durchführungs- und Bildqualität in Bezug auf die jeweilige Fragestellung erforderlich.

Im Katalog diagnostischer Qualitätskriterien, aufnahmetechnischer Hinweise und physikalischer Größen des Bilderzeugungssystems werden die für Neugeborene, Säuglinge und Kinder geltenden Kriterien als pädiatrische Besonderheiten aufgeführt. Diese sind bei allen Röntgenuntersuchungen dieser Altersgruppe zu berücksichtigen. Sie modifizieren die für die Untersuchung erwachsener Patienten gültigen Kriterien oder sind zusätzlich zu beachten.

Mit der Neufassung beziehungsweise Änderung der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie im Sommer 2010 liegt nun ein besonderer Fokus auf der Prüfung der Röntgenaufnahmen von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei konventioneller Röntgendiagnostik oder Computertomographie).

Die KVB muss sicherstellen, dass ein Viertel der Patienten der Stichprobenprüfung aus dieser Altersgruppe stammen. Zu diesem Zweck darf die KVB das Geburtsdatum der Patienten aus den Abrechnungsunterlagen nutzen.

Aus diesem Grund sind in den letzten Sitzungen der Vorstandskommission Radiologie vermehrt Kinderaufnahmen geprüft worden. Dabei wurde festgestellt, dass der Kinderfilter nicht immer angewendet wurde. Als Folge kam es daher häufiger zur Bewertung mit der Stufe 3 (vergleiche entsprechenden Artikel in den KVB INFOS 3/2009).

Ausschließlich bei körperlich sehr weit entwickelten Kindern – einem Erwachsenen in Größe und Gewicht bereits ebenbürtig – entfällt die Verpflichtung zur Anwendung des Kinderfilters. Hierbei ist jedoch eine Begründung erforderlich, in der Sie die körperliche Entwicklung festhalten (Parameter: Größe, Gewicht, Körperdurchmesser).

Bei Jugendlichen (zwischen dem 13. und 18. Lebensjahr) ist der Kinderfilter unbedingt zu verwenden, sofern der Jugendliche in seiner körperlichen Statur mehr einem Kind als einem Jugendlichen entspricht.

Bis zum vollendeten 12. Lebensjahr ist die Verwendung eines Kinderfilters verpflichtend.

Weitere Untersuchungen, bei denen die Verpflichtung zur Anwendung des Kinderfilters entfällt, sind Röntgenaufnahmen der Hand, der Finger, der Fußwurzel, des Vorfußes und der Zehen.

Bitte dokumentieren Sie ausführlich die Gründe, sofern Sie bei Röntgenaufnahmen von Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr keinen Kinderfilter verwendet haben. So vermeiden Sie eine schlechte Beurteilung, die Sie ansonsten nur im Rahmen eines Widerspruchs durch nachträglich eingereichte Dokumentationen korrigieren können.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten

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

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

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

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

Online-Fortbildung Hygienemanagement (Teil 3)

Im Juli 2011 startet der dritte Teil der Online-Fortbildung Hygienemanagement auf Cura Campus®, dem Internet-Fortbildungsportal der KVB. Thema der neuen Fortbildung ist die Aufbereitung von Medizinprodukten. Dabei geht es unter anderem um die unterschiedlichen Reinigungs- und Desinfektionsverfahren sowie um die richtige Verpackung, Kennzeichnung und Lagerung aufbereiteter Medizinprodukte.

Wie bei jeder Online-Fortbildung zum Hygienemanagement kann das frisch erworbene Wissen in einer abschließenden Prüfung über zehn Multiple-Choice-Fragen getestet und bei erfolgreicher Teilnahme ein Zertifikat erworben werden. Ärzte erhalten zusätzlich jeweils bis zu drei CME-Fortbildungspunkte. Für KVB-Mitglieder und deren Praxispersonal ist die Fortbildung kostenlos. Um die Prüfung zu absolvieren, melden sich Mitglieder über den Login-Button auf der Startseite von www.curacampus.de mit ihrer KVB-Benutzerkennung an. Über die Auswahlfunktion kann die gewünschte Prüfung gestartet werden.

Die Praxismitarbeiter der KVB-Mitglieder können die Fortbildung mit Hilfe eines Gutscheincodes kostenlos absolvieren. Dazu muss auf Cura Campus® über den Selbstregistrierungsbutton auf der Startseite eine eigene Anmeldung erfolgen. Eine Anmeldung über die Benutzerkennung des Arztes beziehungsweise KVB-Mitglieds ist nicht möglich. Nach Abschluss der Selbstregistrierung wird über ein Bestätigungsverfahren per E-Mail die neue persönliche Benutzerkennung verschickt. Nach dem Login und Klick auf die gewünschte Fortbildung kann dann auch der entsprechende Gutschein eingelöst werden. Der Gutschein-

code für die Fortbildung „Hygienemanagement 3 Praxispersonal“ lautet: HYGF-81CF-77FB-8FD4-3389-BF4A.

Weiterführende Informationen zur Online-Fortbildung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

SmarAkt nur noch über KV-Ident oder KV-SafeNet

Mittlerweile sind bereits weit über 90 Prozent der Mitglieder der KVB im Besitz einer KV-Ident Karte oder eines KV-SafeNet**-Zugangs.

Die „doppelte Identitätsprüfung“ durch die KV-Ident Karte sichert ab 18. Juli 2011 auch den Zugriff auf Ihre elektronische Abrechnungsakte SmarAkt auf jedem Zugangsweg ab. Durch die verpflichtende Anbindung des KV-Ident Verfahrens an SmarAkt ändert sich für Sie aber nicht viel. Sie finden SmarAkt wie bisher auch auf der Startseite des KVB-Internetauftritts unter www.kvb.de. Auch das Erscheinungsbild ändert sich nicht. Einziger Unterschied: Nach der Eingabe Ihrer Benutzerkennung und Ihres Passwortes sowie dem Klicken auf „Anmelden“ werden die Werte Ihrer KV-Ident Karte abgefragt.

Wenn Sie für den Online-Zugang zur KVB bereits KV-SafeNet** verwenden, ändert sich die Anmeldung an SmarAkt für Sie nicht.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 55*
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 56*
E-Mail Online-Dienste@kvb.de
Neue Nummern ab 1. August 2011:
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 40
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 41

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

Stationärer Einweisungsschein

Laut Rückmeldungen von niedergelassenen Ärzten häufen sich derzeit Fälle, in denen Krankenhäuser stationäre Einweisungsscheine (Verordnung von Krankenhauspflege) für die Erbringung ambulanter Leistungen fordern. Dies haben wir zum Anlass genommen, die Problematik gemeinsam mit den Krankenkassen in Bayern zu besprechen. Die Krankenkassen teilen unsere Auffassung, dass gemäß Paragraph 26, Absatz 1 Bundesmantelvertrag keine stationären Einweisungsscheine für ambulante Leistungen eines Krankenhauses durch Vertragsärzte ausgestellt werden dürfen.

Wir verstehen, dass es nicht einfach ist, die Ausstellung solcher (ungerechtfertigter) Einweisungsscheine gegenüber Ihren Patienten abzulehnen. Wie uns die Krankenkassen jedoch versicherten, werden sie die niedergelassenen Ärzte in diesen Fällen unterstützen. Daher bitten wir Sie, betroffene Patienten an die jeweilige Krankenkasse zu verweisen. Außerdem können Sie diese Fälle über unser Postfach VuS-Vertragspolitik@kvb.de melden. Gemeinsam mit den Krankenkassen in Bayern werden wir das weitere Geschehen überwachen und uns für Sie und Ihre Patienten einsetzen.

DMP-Trainer COPD gestartet

Inzwischen ist in der Reihe DMP-Trainer auch die Fortbildung zur Indikation COPD auf der Fortbildungsplattform Cura Campus® gestartet. Mit dem Lehrtext „Gute Versorgung von Patienten mit COPD im DMP“ können Ärzte ihr Wissen auffrischen und anschließend anhand von zehn Multiple-Choice-Fragen testen. Werden diese zu mindestens 70 Prozent richtig beantwortet, erfüllt der koordinierende Arzt nicht nur seine Fortbildungspflicht im DMP COPD (hier ist alle drei Jahre eine Fortbildung nachzuweisen), sondern erhält außerdem CME-Fortbildungspunkte der Bayerischen Landesärztekammer.

Die Teilnahme ist für Mitglieder der KVB unentgeltlich und freiwillig, die Anmeldung erfolgt mit ihrer persönlichen KVB-Benutzerkennung unter www.curacampus.de. Die Fortbildung zum DMP COPD kann bis zum 25. Mai 2012 absolviert werden.

Zweifelhafte Dienstleistungsangebote prüfen

Derzeit gibt es gehäuft Dienstleistungsangebote zur Unterstützung und Erstellung von Gutachten und Widersprüchen bei Gutachterverfahren. Wir möchten in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass die Annahme einer Dienstleistung immer mit den berufsrechtlichen und datenschutzrechtlichen Vorgaben in Einklang stehen muss. Darüber hinaus ist insbesondere darauf zu achten, dass der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung sowie die Vorgaben der Psychotherapierichtlinien und Psychotherapievereinbarungen eingehalten werden. Der Schutz der persönlichen Patientendaten darf nicht durch Auftragsvergabe an Dritte gefährdet werden. Es obliegt dem Psychotherapeuten, diese Vorgaben und Rechtsvorschriften zu prüfen und sicherzustellen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail Psychotherapie@kvb.de

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die nebenstehenden Seminare nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB darstellen.

Informationen zu KVB-Seminaren

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer

0 18 05 / 90 92 90 – 65*

Neue Nummer ab 1. August 2011:

0 89 / 57 09 34 00 - 20

Informationen zu Seminaren rund um die Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern

09 11/ 9 46 67 – 3 22

09 11/ 9 46 67 – 3 23

09 11/ 9 46 67 – 3 36

Anmeldeformulare und weitere Seminare

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

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66*

Neue Nummer ab 1. August 2011:

0 89 / 57 09 34 00 - 21

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

**in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer (die Anzahl der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte der Seminarbroschüre)

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung**

Fortbildung Impfen**

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Alles rund um Präventionsleistungen

Gründer-/Abgeberforum**

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Hals-Nasen-Ohren-Ärzte

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Abrechnungsworkshop Hals-Nasen-Ohren-Ärzte

Alles rund um Präventionsleistungen

Abrechnungsworkshop Hals-Nasen-Ohren-Ärzte

Grundlagentraining für die Erstkraft und leitende Praxismitarbeiter

Mit der Praxis in die Zukunft**

Gründer-/Abgeberforum für Psychotherapeuten**

Notfalltraining für das Praxisteam**

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

QM-/QZ-Seminare

Hygienemanagement in Arztpraxen

Lokales Moderatoren treffen

Ausbildung zur Qualitätsmanagementbeauftragten QEP

Digitale Dokumente – erstellen, pflegen, archivieren

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

„MRSA - positiv!“ Informationsveranstaltung für die Praxis**

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Juli 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	21. Juli 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	27. Juli 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	85,- Euro	27. Juli 2011	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	27. Juli 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	27. Juli 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	30. Juli 2011	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. September 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. September 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. September 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	14. September 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. September 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. September 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. September 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. September 2011	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. September 2011	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	17. September 2011	10.00 bis 14.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	21. September 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	21. September 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	6. Juli 2011	14.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
QZ-Moderatoren	kostenfrei	13. Juli 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	200,- Euro	15. Juli 2011 16. Juli 2011	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	20. Juli 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	135,- Euro	17. September 2011	9.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	23. September 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München

KVBINFOS 09|11

ABRECHNUNG

- 110 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2011
- 111 Die nächsten Zahlungstermine
- 111 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen im Quartal 4/2011
- 112 Online-Zugriff auf Prüfstatistiken
- 112 Selbstaustellen von Abrechnungsscheinen
- 114 Darmkrebsprävention und Koloskopie
- 116 Operative Eingriffe durch Kooperations- oder Konsiliarärzte
- 116 Vergütung für „Modul Chronische Herzinsuffizienz“
- 117 Leistungen im Auftrag eines Krankenhauses
- 117 GOP 32670 – Änderung des Leistungsinhalts

VERORDNUNGEN

- 118 Neufassung der Heilmittel-Richtlinie
- 118 Rehabilitationssport und Funktionstraining
- 118 Einschränkung bei Harn- und Blutzuckerteststreifen
- 119 Festbetrag zu Escitalopram und Citalopram
- 119 Aufnahme von Fludarabin in Arzneimittel-Richtlinie
- 120 Verordnungsfähigkeit von Mistelpräparaten
- 120 Ginkgohaltige Präparate

QUALITÄT

- 121 Stichprobenprüfung PDT wird ausgesetzt
- 121 Qualitätssicherung kurative Mammographie

ALLGEMEINES

- 126 Anfragen von Krankenkassen
- 127 Einreichung DMP-Dokumentationen
- 127 Lieferengpässe bei eGK-Lesegeräten
- 128 Privatliquidation bei GKV-Versicherten
- 128 KVB-Postfach: Neue Servicefunktionen
- 128 Neues Muster 10 (Laborüberweisung)

SEMINARE

- 129 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 130 Die nächsten Seminartermine der KVB

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2011

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2011 bis spätestens **Montag, den 10. Oktober 2011**, online über das Portal „Meine KVB“ (KV-Safenet** oder KV-Ident) oder über D2D. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Online-Abrechnung*.

Bitte überzeugen Sie sich vor der Übermittlung Ihrer Abrechnung, dass diese vollständig und korrekt ist. Wir empfehlen dazu die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung der Abrechnung vorzunehmen. Bitte beachten Sie weiterhin die persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen. Diese Regelung ist insbesondere zu beachten bei angestellten Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.

Sollten Sie trotzdem nach erfolgter Übermittlung Ihrer Abrechnung feststellen, dass Sie noch einen nachträglichen Berichtigungs- oder Ergänzungswunsch haben, schicken Sie uns Ihren Änderungswunsch bitte sofort zu. Sofern uns Ihr Wunsch innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin erreicht, können wir die Änderungen noch in Ihrer aktuellen Abrechnung berücksichtigen.

Nach den aktuell gültigen Abrechnungsbestimmungen der KVB (Paragraph 3 Absatz 3) gilt Folgendes:

- (3) Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung eines bereits eingereichten Behandlungsfalles ist unbeschadet der Absätze 1 und 2 durch den Vertragsarzt innerhalb eines Monats nach Ablauf der von der KVB zur Einreichung der Abrechnung festgesetzten Frist zulässig. Ausnahmsweise kann die Abrechnung noch nach dem Ende dieser Frist berichtigt oder ergänzt werden, wenn dies*
- *innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheides und der Richtigstellungsmitteilung beantragt wird,*
 - *die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und*
 - *die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.*

Die Gesamtversion finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“*.

Korrekturwünsche (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 2) senden Sie bitte an folgende Adresse:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unter-

schriebene Sammelerklärung (bitte das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung/Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht der einzureichenden Scheine steht Ihnen das Merkblatt „Besondere Kostenträger“ zur Verfügung. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe – Erstellung/Besondere Kostenträger*.

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.

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

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich ausschließlich auf Ihre Abrechnung, **nicht** auf die elektronische Dokumentation der Qualitätsmaßnahmen der KVB innerhalb der „Ausgezeichneten Patientenversorgung“. Bei

Die nächsten Zahlungstermine

folgenden Qualitätsmaßnahmen gilt für Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. Oktober 2011** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch, Schmerztherapie und Sonografie in der Schwangerschaftsvorsorge.

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 - 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 - 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

- 12. September 2011**
Abschlagszahlung August 2011
- 10. Oktober 2011**
Abschlagszahlung September 2011
- 31. Oktober 2011**
Restzahlung 2/2011
- 10. November 2011**
Abschlagszahlung Oktober 2011
- 12. Dezember 2011**
Abschlagszahlung November 2011

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen im Quartal 4/2011

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

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 4/2011 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	32.040
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	31.300
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.650
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	32.090

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 - 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 - 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

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

Online-Zugriff auf Prüfstatistiken

Das CoC Honorarprüfung erhält viele Anfragen von Ärzten, die wissen möchten, wo Vergleichszahlen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zu finden sind. Deshalb stellt die KVB ihren Mitgliedern eine aktualisierte Übersicht zur Verfügung. Sie können in SmarAkt aus der Prüfsakte (analog zur Abrechnungsakte) folgende Statistiken (ab Quartal 1/2010) einsehen.

Prüfstatistiken Honorar (unter PSt. Prüfsakte BSNR – PG):

- Häufigkeitsstatistik Arzt ambulant
- Häufigkeitsstatistik Arzt stationär
- Gesamtübersicht Arzt ambulant
- Gesamtübersicht Arzt stationär
- Entwicklung Abrechnungswerte

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Verordnungsweise (unter PSt. Prüfsakte BSNR – PG):

Hinweis: Bereitstellung voraussichtlich ab November 2011. Diese Statistiken sind Unterlagen der unabhängigen Prüfungsstelle Ärzte Bayern. Die KVB stellt diese ausschließlich als Serviceleistung für ihre Mitglieder zur Verfügung.

- Arzneikostenstatistik Arzt GKV
- Heilmittelstatistik Arzt GKV
- Häufigkeitsstatistik nach Heilmittelpositionsnummern Arzt GKV
- Entwicklung der Verordnungswerte
- Arzneimittelliste GKV
- Arzneimittelgruppenliste GKV

Der Erstellungszeitpunkt der Verordnungsstatistiken ist abhängig von der Datenlieferung der Kassen an

die Prüfungsstelle Ärzte Bayern. Normalerweise stehen die Statistiken zirka neun Monate nach Quartalsende zur Verfügung. Aufgrund der Verträge nach Paragraph 73b SGB V kann es zu erheblichen Verzögerungen kommen, da Kosten für eingeschriebene Patienten von der Kasse aus den Daten bereinigt werden müssen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Selbstaustellen von Abrechnungsscheinen

Patienten sind grundsätzlich verpflichtet, bei jedem Arztbesuch die elektronische Gesundheitskarte beziehungsweise die Krankenversichererkarte oder einen anderen gültigen Behandlungsausweis (zum Beispiel Überweisungsschein) vorzulegen. Geschieht dies nicht und der Patient legt nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme einer Behandlung eines dieser Dokumente vor, ist der Arzt berechtigt, die erbrachten Leistungen dem Patienten privat in Rechnung zu stellen. Die Abrechnung von Leistungen zu Lasten der Krankenkasse ist in diesem Fall nicht zulässig. Wird bis zum Ende des Quartals eines der genannten Dokumente vorgelegt, ist eine vom Patienten bereits gezahlte Vergütung zurückzuzahlen.

Die Abrechnung von Leistungen ohne Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte, der Krankenversichererkarte oder eines anderen gültigen Behandlungsausweises – also auf einem selbst ausgestellten Abrechnungsschein – ist nur in den in der Tabelle auf Seite 113 dargestellten Fällen möglich. Der Tabelle können Sie die Sachverhalte und die anzulegenden Datensätze entnehmen.

In anderen Fällen ist das Selbstaustellen von Abrechnungsscheinen nicht zulässig.

Vom Selbstaustellen ist das Ersatzverfahren zu unterscheiden. Das Ersatzverfahren ist anzuwenden, wenn bei einer Notfallbehandlung oder bei der ersten Arzt-Patienten-Begegnung im Quartal die Krankenversichererkarte oder die elektronische Gesundheitskarte nicht verwendet werden kann. Im Ersatzverfahren ist der entsprechende Abrechnungsschein anzulegen (also

zum Beispiel im organisierten Bereitschaftsdienst ein Datensatz Notfalldienst/Vertretung/Notfall (Satzart 0104) mit der Scheinuntergruppe „41“).

Weitere Informationen zum Ersatzverfahren finden Sie in Anhang 1 der Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen

Gesundheitskarte unter www.kbv.de in der Rubrik Rechtsquellen/Bundemantelverträge/Anlage 4a BMV-Ä/EKV Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte.

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

– *Erstellung/Praxisgebühr*. Hier ist eine Stichwortsammlung zum Thema eingestellt.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Sachverhalt	Anzulegender Datensatz	Praxisgebühr?
Briefe, Kassenanfragen, Kosten ohne Arzt-Patienten-Kontakt im gesamten Quartal	Ambulante Behandlung (Satzart 0101) – Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „00“	Nein, keine Eintragung durch Praxis erforderlich
Befundanforderung durch einen anderen Arzt (GOP 01430B) ohne Arzt-Patienten-Kontakt im gesamten Quartal	Ambulante Behandlung (Satzart 0101) – Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „00“	Nein, keine Eintragung durch Praxis erforderlich
GOPen 01430, 01435, 01820, ohne Arzt-Patienten-Kontakt im gesamten Quartal	Ambulante Behandlung (Satzart 0101) –Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „00“	Ja, Praxisgebühr ist zu erheben
Telefonische Beratungen ohne persönliche Kontakte im Quartal (ausschließlich GOPen 01214, 01216, 01218)	Ambulante Behandlung (Satzart 0101) – Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „00“	Ja, Praxisgebühr ist zu erheben
Quartalsübergreifende Laboruntersuchungen ohne Arzt-Patienten-Kontakt in dem Quartal der Untersuchung	Ambulante Behandlung (Satzart 0101) – Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „00“	Nein, Eintrag der GOP 80040
Quartalsübergreifende Auswertung eines selbst aufgezeichneten Langzeit-EKG – ohne Arzt-Patienten-Kontakt in dem Quartal der Auswertung	Ambulante Behandlung (Satzart 0101) – Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „00“	Nein, Eintrag der GOP 80040
Zahnarzt überweist formlos an einen Vertragsarzt, der nur auf Überweisung tätig werden kann	Überweisung (Satzart 0102) – Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „24“, in der Feldkennung 4219 ist der Name des Zahnarztes anzugeben	Nein, keine Eintragung durch Praxis erforderlich
Patient kommt ohne Überweisung, es ist aber erkennbar, dass eine Behandlung im Zusammenhang mit einer 115b-Leistung anfällt. Die Abrechnung eines weiteren Datensatzes für „Ambulante Behandlung“ ist systemtechnisch nicht möglich (entsprechend unserem Rundschreiben vom Februar 2007)	Überweisung (Satzart 0102) – Scheinuntergruppe (Feldkennung 4239) „20“ und Abrechnung der GOP 88115	Nein, keine Eintragung durch Praxis erforderlich

Darmkrebsprävention und Koloskopie

In den KVB INFOS 1-2/2010 hatten wir Sie bereits mit einer Übersicht über die einzelnen Leistungen und die korrespondierenden bayerischen Regelungen/Qualitätsprogramme sowie gegebenenfalls Genehmigungsvoraussetzungen informiert. Zur Klarstellung der Abrechnungsvoraussetzungen gehen wir in dieser Ausgabe nochmal auf die Leistungsinhalte der betreffenden Gebührenordnungspositionen (GOPen) ein.

GOP 01734: Untersuchung auf Blut im Stuhl

Grundlage: Paragraph 37 Absatz 2 oder Absatz 4 Satz 1 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

- Versicherte haben ab dem 50. Lebensjahr bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anspruch auf die jährliche Durchführung eines Schnelltests auf okkultes Blut im Stuhl.
- Versicherte haben ab dem 55. Lebensjahr, wenn sie das Koloskopieangebot nicht in Anspruch nehmen, Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Schnelltests auf okkultes Blut im Stuhl.

Obligater Leistungsinhalt

- Ausgabe der Testbriefchen
- Untersuchung auf Blut im Stuhl in drei Proben

Besonderheiten

- Die GOP 01734 ist im Behandlungsfall nicht neben der GOP 32040 (Untersuchung auf Blut im Stuhl in drei Proben – entsprechende Leistung außerhalb der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien) und der
- GOP 40150 (Kostenpauschale für drei ausgegebene Testbriefchen, wenn die Leistungen entsprechend der GOPen 01734 oder

32040 nicht erbracht werden konnten) berechnungsfähig.

GOP 01740: Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms

Grundlage: Paragraph 38 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

- Der Arzt soll den Versicherten möglichst bald nach Beendigung des 50. Lebensjahres einmalig über das Gesamtprogramm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms informieren. Diese Beratung wird nicht gesondert vergütet, sondern ist mit den Versicherten- beziehungsweise Grundpauschalen abgegolten.
- Möglichst bald ab dem 55. Lebensjahr sollen die Versicherten eine weitere Beratung über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms erhalten.

Obligater Leistungsinhalt (möglichst bald nach Vollendung des 55. Lebensjahres):

- Beratung über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms
- Information über Inhalt, Ziel und Zweck des Programms, Häufigkeit und Krankheitsbild, Effektivität und Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme
- Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positivem Befund
- Ausgabe des Merkblatts nach Anlage III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der Fassung vom 18. Juni 2009, in Kraft getreten am 3. Oktober 2009
- Möglichst frühzeitig nach Vollendung des 55. Lebensjahres

GOP 01741: Koloskopischer Komplex gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Grundlage: Paragraph 37 Absatz 3, Paragraph 40, Paragraph 41 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

- Versicherte ab dem 55. Lebensjahr haben Anspruch auf insgesamt zwei Koloskopien zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms.
- Die zweite Koloskopie kann frühestens zehn Jahre nach Durchführung der ersten Koloskopie beansprucht werden.
- Für eine optimierte Früherkennung ist die Durchführung der ersten Koloskopie im Alter von 55 Jahren anzustreben.
- Jede ab dem Alter von 65 Jahren durchgeführte Koloskopie zählt als zweite Koloskopie (siehe Paragraph 37 Absatz 3 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien).

Obligater Leistungsinhalt

- Totale Koloskopie gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien mit Darstellung des Zökums
- Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung
- Foto-/Videodokumentation
- Nachbeobachtung und -betreuung
- Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V

- Vorhaltung der geeigneten Notfallsausstattung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V

Besonderheiten

- Die präventive Koloskopie ist auch nach der GOP 01741 abrechnungsfähig, wenn aufgrund von pathologischen Veränderungen eine Darstellung bis zum Zökum nicht möglich ist (Operation).
- Eine Kontrollkoloskopie zum Beispiel nach einer Polypektomie im Rahmen einer präventiven Koloskopie nach der GOP 01741 ist als kurative Koloskopie (GOP 13421) abzurechnen und zu dokumentieren.

GOP 01742: Zuschlag zur GOP 01741 für Abtragung von Polypen

Grundlage: Paragraph 40 Absatz 2 Satz 2 der Krebsfrüherkennungsrichtlinien

- Die Polypektomie soll in medizinisch indizierten Fällen während der screening-koloskopischen Untersuchung erfolgen.

Obligater Leistungsinhalt

- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe > 5 mm mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge und/oder
- Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge und/oder
- Blutstillung(en), die bei der Koloskopie nach der GOP 01741 zusätzlich erbracht wird/werden.

GOP 13421: Zusatzpauschale Koloskopie

Grundlage: Koloskopie als kurative Leistung

Obligater Leistungsinhalt

- Totale Koloskopie mit Darstellung des Zökums
- Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung
- Foto-/Videodokumentation
- Nachbeobachtung und -betreuung
- Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V
- Vorhaltung der geeigneten Notfallsausstattung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V

GOP 13422: Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie

Grundlage: kurative Leistung

Obligater Leistungsinhalt

- (Teil-)Koloskopie entsprechend der GOP 13421 mindestens mit Darstellung des Colon transversum.

Besonderheiten

- Wird das Transversum nicht erreicht, kann nur die Prokto-/Rektoskopische Zusatzpauschale (GOP 13257) oder die GOP 13250,

sofern der Leistungsinhalt erfüllt ist, angesetzt werden.

GOP 13423: Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den GOPen 13421 oder 13422

Grundlage: kurative Leistung

Obligater Leistungsinhalt

- Fremdkörperentfernung(en) und/oder
- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe > 5 mm mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge und/oder
- Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge und/oder
- Blutstillung(en)

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Operative Eingriffe durch Kooperations- oder Konsiliarärzte

Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurden vielfältige Kooperationsmöglichkeiten eröffnet. Eine dieser Möglichkeiten ist die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Krankenhäuser beschäftigen zunehmend gegen Honorar Ärzte mit Facharztweiterbildung für die Erbringung bestimmter Leistungen. Auch niedergelassene Ärzte können als Kooperations- oder Konsiliararzt für ein Krankenhaus tätig werden. Allgemein werden diese Ärzte unter dem Begriff „Honorarärzte“ zusammengefasst (zu dem Thema siehe auch Deutsches Ärzteblatt, Heft 21 vom 27. Mai 2011).

In diesem Zusammenhang ist nun die Frage aufgetreten, wie Hausärzte präoperative Untersuchungen berechnen können, wenn diese von einem Konsiliar- oder Kooperationsarzt benötigt werden. Grundsätzlich gilt, dass Leistungen, die von Konsiliar- oder Kooperationsärzten gegen Honorar für ein Krankenhaus erbracht werden, Leistungen des Krankenhauses bleiben. Somit gelten auch für Honorarärzte die Regelungen wie für Krankenhäuser. Für präoperative Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 31010 bis 31013 bedeutet dies:

Ambulante Operationen

Das Krankenhaus führt im Rahmen des Vertrages nach Paragraph 115b (AOP-Vertrag) ambulante Operationen durch und benötigt vor der Operation notwendige, nicht fachgebietsbezogene Leistungen (also nicht auf das Gebiet der Operation bezogene Leistungen). Hier kann das Krankenhaus die präoperativen Untersuchungen an einen niedergelassenen Vertragsarzt mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des Vordrucks

Muster 6 überweisen. Der Hausarzt kann auf dieser Auftragsüberweisung die präoperativen Untersuchungen nach den GOPen 31010 bis 31013 berechnen.

Stationäre Operationen

Wird die Operation im Rahmen einer vollstationären Krankenhausbehandlung durchgeführt, sind nach den Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes die präoperativen Untersuchungen nach den GOPen 31010 bis 31013 nicht berechnungsfähig.

Hinweis: Ist ein Eingriff als ambulante Operation geplant und wurden die präoperativen Untersuchungen mittels Auftragsüberweisung angefordert, können die GOPen 31010 bis 31013 berechnet werden. Stellt sich erst zu einem späteren Zeitpunkt heraus, dass die Operation nicht ambulant durchgeführt werden kann, zum Beispiel weil sich der Gesundheitszustand des Patienten verschlechtert hat, muss die Abrechnung der GOPen 31010 bis 31013 nicht korrigiert werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Vergütung für „Modul Chronische Herzinsuffizienz“

Die ursprünglich bis zum 30. Juni 2011 befristeten Behandlungspauschalen zum Modul Chronische Herzinsuffizienz (Abrechnungsnummern 92699H und 92699M) im DMP KHK können weiterhin von koordinierenden Ärzten abgerechnet werden. In Verhandlungen mit den Kassen wurde vereinbart, diese Leistungen bis zum 31. Dezember 2011 zu verlängern.

Wichtig: Abrechnungsvoraussetzung ist die erfolgreich absolvierte Online-Fortbildung zur Chronischen Herzinsuffizienz auf der KVB-Fortbildungsplattform Cura Campus®. Die Behandlungspauschalen können erst ab dem Tag abgerechnet werden, an dem die Lernerfolgskontrolle bestanden wurde. Eine nicht bestandene Lernerfolgskontrolle kann jeweils im Folgequartal wiederholt werden.

Außerdem ist zu beachten, dass die Abrechnung der Pauschalen nicht automatisch über die DMP-Dokumentation erfolgt, sondern dass die oben genannten Abrechnungsnummern vom Arzt selbst angesetzt werden müssen.

Weitere Informationen zum Modul Chronische Herzinsuffizienz finden Sie in den KVB INFOS 7-8/2010 auf Seite 100. Informationen zur Online-Fortbildung finden Sie im Internet unter www.kvb.de/dmp-trainer.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail info-dmp@kvb.de

Leistungen im Auftrag eines Krankenhauses

In den KVB INFOS 7-8/2011, Seite 99, haben wir bereits über die Leistungen im Auftrag eines Krankenhauses berichtet. Hierzu haben uns vonseiten unserer Mitglieder einige Rückfragen zur Abrechenbarkeit der Gebührenordnungspositionen (GOPen) 31010 bis 31013 im Zusammenhang mit Leistungen nach Paragraph 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) erreicht.

Um eventuell bestehende Missverständnisse auszuräumen, möchten wir folgende Punkte klarstellen:

- Die GOPen 31010 bis 31013 sind im Zusammenhang mit ambulanten und belegärztlichen Operationen abrechenbar. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um ambulante Operationen handelt, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung oder im Rahmen von Paragraph 115b SGB V im Krankenhaus durchgeführt werden.
- Als Vorbereitung auf eine stationär durch eine Hauptabteilung eines Krankenhauses durchzuführende Operation sind die GOPen 31010 bis 31013 **nicht** abrechnungsfähig.

Im Zusammenhang mit einem Eingriff nach Paragraph 115b SGB V können Sie zudem weitere prä-, intra- und postoperative Leistungen abrechnen, wenn Sie vom Krankenhaus per **Definitionsauftrag** zur Leistungserbringung beauftragt werden. Bei einem Definitionsauftrag handelt es sich um einen Überweisungsschein (Muster 6), auf dem Art und Umfang der zu erbringenden Auftragsleistungen konkret angegeben sind. Fordert das Krankenhaus Leistungen an, ohne einen entsprechenden Definitionsauftrag auszustellen, dürfen die beauftragten Leistungen

nicht zulasten der GKV abgerechnet werden.

Hinweis: Lesen Sie zu diesem Thema auch den Beitrag: „Operative Eingriffe durch Kooperations- oder Konsiliarärzte“ mit der Berechnung präoperativer Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 31010 – 31013 auf Seite 116).

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail VuS-Vertragspolitik@kvb.de

GOP 32670 – Änderung des Leistungsinhalts

Bei einer zunehmenden Anzahl von immunsuppressiv wirkenden Medikamenten wird in den Fachinformationen vor Anwendung des Medikaments ein Ausschluss einer latenten oder aktiven Tuberkulose gefordert. Dieser Entwicklung wurde durch Änderung des Leistungsinhalts der Gebührenordnungsposition 32670 „Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo Stimulation mit Antigenen spezifisch für Mycobacterium tuberculosis-complex“ zum 1. Oktober 2011 Rechnung getragen.

Ab dem vierten Quartal 2011 kann diese quantitative Bestimmung vor der Einleitung einer Behandlung mit einem Arzneimittel, für das der Hersteller in seiner Fachinformation den Ausschluss einer latenten oder aktiven Tuberkulose fordert, durchgeführt und abgerechnet werden (siehe GOP 32670: Änderung des Leistungsinhalts, erster Spiegelstrich).

Der Beschluss der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen beziehungsweise der Partner des Bundesmantelvertrags wurde im Deutschen Ärzteblatt, Heft 30 vom 29. Juli 2011, veröffentlicht.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Neufassung der Heilmittel-Richtlinie

Zum 1. Juli wurde die Heilmittel-Richtlinie überarbeitet. Im Vergleich zur bisherigen Version zeigt die Neufassung keine wesentlichen Änderungen. Der Richtlinientext wurde in Form von Paragraphen neu gegliedert. Der alte Begriff „Schädigung/Funktionsstörung“ wurde durch „funktionelle/strukturelle Schädigung“ ersetzt.

Auch der Heilmittelkatalog (Teil 2 der Heilmittel-Richtlinie) wurde kaum verändert. Die inhaltlichen Anpassungen beziehen sich auf die notwendigen Klarstellungen aus dem gemeinsamen Fragen-/Antworten-Katalog des GKV-Spitzenverbands und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die wesentlichen Änderungen finden Sie zusammengefasst in unserer Publikation „Verordnung aktuell vom 27. Juli 2011 – Neufassung der Heilmittel-Richtlinie zum 1. Juli 2011“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnung/Verordnung aktuell/2011*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Seit 1. Juli 2011 gibt es einen neuen Verordnungsvordruck. Bitte beachten Sie, dass es für das Muster 56 eine Stichtagsregelung zum 1. Juli 2011 gab, das heißt, alte Vordrucke können nicht aufgebraucht werden.

Die Änderungen im Überblick

Vorderseite

- Zeit- und Mengenangaben sind Richtwerte
- Angabe der „Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten“
- Bei weiteren Verordnungen für Reha-Sport und Funktionstraining ist eine entsprechende Begründung einzutragen.

Rückseite

- Bei Reha-Sport in Herzgruppen wurde der Umfang der geforderten Angaben reduziert.
- Die Angaben zum „Antrag auf Kostenübernahme“ wurden von der Vorderseite des Formulars auf die Rückseite verschoben.
- Der Punkt „28 Übungseinheiten (Richtwerte) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen“ hat keine gesonderte Position bei der Kostenübernahmeerklärung erhalten und wird daher in den drei Feldern für „Übungseinheiten“ von der jeweiligen Krankenkasse als genehmigt gekennzeichnet.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Einschränkung bei Harn- und Blutzuckerteststreifen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, die Verordnungsfähigkeit von Harn- und Blutzuckerteststreifen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, einzuschränken. Der Beschluss tritt zum 1. Oktober 2011 in Kraft. Harn- und Blutzuckerteststreifen dürfen nicht-insulinpflichtigen Typ 2-Diabetikern nur noch verordnet werden, wenn eine instabile Stoffwechsellage vorliegt.

Dies kann gegeben sein:

- bei interkurrenten Erkrankungen oder
- bei Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko

Für diese Ausnahmefälle gilt: grundsätzlich bis zu 50 Teststreifen je Behandlungssituation.

In der Beschlussbegründung führt der G-BA weiter aus, dass diese Verordnungseinschränkung auch im Rahmen der Teilnahme an strukturierten Schulungsprogrammen im DMP gilt. Bei einem Gestationsdiabetes handelt es sich definitionsgemäß nicht um einen Diabetes mellitus Typ 2, er wird daher von dieser Regelung nicht erfasst.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Festbetrag zu Escitalopram und Citalopram Aufnahme von Fludarabin in Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Neubildung der Festbetragsgruppe „Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Gruppe 1“ in Stufe 2 beschlossen. Die Wirkstoffe Escitalopram und Citalopram sind in dieser Festbetragsgruppe zusammengefasst. Beide Wirkstoffe werden zur Behandlung der Depression eingesetzt. Die Studienlage zeigte keine signifikante und klinisch relevante therapeutische Verbesserung von Escitalopram im Vergleich zu Citalopram, sodass eine Eingruppierung von Escitalopram in die Festbetragsgruppe erfolgt ist. Der Festbetrag wurde zum 1. Juli 2011 festgesetzt.

Im Falle von Cipraxel® (Escitalopram) hat der pharmazeutische Hersteller den Preis nicht abgesenkt. Neben der eigentlichen Zuzahlung muss der Patient die Mehrkosten im Vergleich zum Festbetrag tragen. Um Mehrkosten für Ihre Patienten zu vermeiden, müssten Ihre Patienten gegebenenfalls auf andere Antidepressiva umgestellt werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) in der Anlage VI um „VI. Anwendung von Fludarabin bei anderen als in der Zulassung genannten niedrig beziehungsweise intermediär malignen B Non-Hodgkin-Lymphomen (B-NHL) als chronische lymphatische Leukämien (CLL)“ beschlossen. Der Beschluss ist am 7. Mai 2011 in Kraft getreten.

In den tragenden Gründen zu diesem Beschluss finden sich folgende Hinweise:

Ein zulassungsüberschreitender Einsatz (Off-Label-Use) von intravenösem Fludarabin ist bei geeigneten Patienten mit niedrig oder intermediär malignen Lymphomen der B-Zellreihe begründet, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Lymphomerkrankung ist refraktär auf CHOP (mit oder ohne Rituximab) oder
- bei Patienten, die für CHOP nicht geeignet sind, ist das Lymphom refraktär auf mindestens eines der folgenden Alkylanzien-haltigen Standardtherapien Chlorambucil, Bendamustin, CVP (= COP) (jeweils mit oder ohne Rituximab).

Für den zulassungsüberschreitenden Einsatz werden folgende Therapie-schemata empfohlen:

- Fludarabin-Monotherapie oder
- FC (Fludarabin, Cyclophosphamid), beide bei Resistenz der Lymphomerkrankung auf Alkylanzien-haltige Therapien (mit oder ohne Rituximab) bei Patienten, die für CHOP nicht geeignet sind und

- FCM (Fludarabin, Cyclophosphamid, Mitoxantron) bei Resistenz der Lymphomerkrankung auf CHOP (mit oder ohne Rituximab), insbesondere bei Patienten mit follikulären NHL oder Mantelzell-NHL.

Zur Verstärkung der Wirksamkeit wird bei allen drei Therapieschemata bei CD20-positiven NHL die Kombination mit Rituximab empfohlen, jeweils 375 mg/m² vor Kursbeginn.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Verordnungsfähigkeit von Mistelpräparaten

Grundsätzlich können Sie für die in der Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) – OTC-Übersicht – aufgeführten Indikationsgebiete bei schwerwiegenden Erkrankungen auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie verordnen, sofern die Anwendung der Arzneimittel für diese Indikationsgebiete nach dem Erkenntnisstand als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist.

Der Streit über die Auslegung der OTC-Übersicht zu Mistelpräparaten ist beigelegt. Das Bundessozialgericht (BSG) entschied, dass die Einschränkung auf „in der palliativen Therapie (...) zur Verbesserung der Lebensqualität“ sowohl für phytotherapeutisch als auch anthroposophisch eingesetzte Mistelpräparate gilt.

In der Anlage I der AM-RL (OTC-Übersicht) ist geregelt, dass Mistelpräparate, parenteral, auf Mistellectin normiert, nur in der palliativen Therapie bei malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität ausnahmsweise verordnet werden dürfen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft derzeit, ob eine entsprechende Änderung der AM-RL notwendig ist oder ob aufgrund des BSG-Urteils zukünftige Fehlinterpretationen auch mit der aktuellen Formulierung ausgeschlossen sind.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Ginkgohaltige Präparate

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Konkretisierung der Nummer 20 – Ginkgo-biloba-Blätter-Extrakt – der OTC-Ausnahmeliste beschlossen. Der Beschluss ist am 9. Juni 2011 in Kraft getreten.

Hintergrund für diese Ergänzung ist eine Bewertung des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zum Nutzen von Ginkgo bei Behandlung der Demenz. In den Studien zeigte sich ein Nutzen für die Dosierung von 240 mg Ginkgo-biloba-Extrakt täglich. Der neue Richtlinien-Text lautet deshalb: „Ginkgo-biloba-Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert, 240 mg Tagesdosis) nur zur Behandlung der Demenz.“

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Stichprobenprüfung PDT wird ausgesetzt

Auf Grundlage der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (PDT) war die KVB bislang verpflichtet, in regelmäßigen Abständen eine stichprobenhafte Überprüfung der ärztlichen Dokumentation durchzuführen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich nunmehr mit dem GKV-Spitzenverband darauf geeinigt, diese Prüfung zunächst bis zum 30. Juni 2014 auszusetzen. Die Änderung trat bereits zum 1. Juli 2011 in Kraft.

Möglich wurde diese Vereinbarung durch das konstant hohe Qualitätsniveau, das bei den bisherigen Überprüfungen ermittelt wurde. Dank des nachgewiesenen hohen Qualitätsstandards kann damit nun – nach bereits erfolgter Aussetzung der Stichprobenprüfung im Bereich CT im April dieses Jahres – ein weiterer Schritt der Entbürokratisierung des Praxisalltags erfolgen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Manuela Ritter unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 28
 E-Mail Manuela.Ritter@kvb.de

Qualitätssicherung kurative Mammographie

Die Qualitätsvereinbarung nach Paragraph 135, Absatz 2 SGB V zur kurativen Mammographie („Mammographie-Vereinbarung“) wurde geändert: Die Neufassung ist zum 1. April 2011 in Kraft getreten und ersetzt die seit dem 1. Januar 2007 geltende Mammographie-Vereinbarung.

In den KVB INFOS 5/2011 haben wir Sie über die grundsätzlichen Neuerungen informiert, bei denen es sich in erster Linie um Änderungen und Vereinfachungen der Bestehenskriterien für die Fallsammlungsprüfungen handelte. An dieser Stelle möchten wir die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation (Stichprobenprüfung) anhand eines Auszugs aus der Mammographie-Vereinbarung (Paragraph 12) näher erläutern. Die geänderten Textpassagen zur BIRADS-Klassifikation (Absatz 4, Buchstabe g) sind fett gedruckt.

(1) Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation umfasst die Qualität der mammographischen Untersuchung mit ihren diagnostischen Informationen sowie die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Fragestellung, Indikationsstellung und Befundung.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung fordert vom Arzt die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen der abgerechneten kurativen Mammographien von zehn Patientinnen (jeweils beide Mammae in den Ebenen medio-lateral-oblique und cranio-caudal) an. Bei Ärzten, denen nach dem Inkrafttreten der Vereinbarung eine Genehmigung erteilt wurde, erfolgt die erstmalige Anforderung der Dokumentationen innerhalb von sechs Monaten. Die Überprüfung der ärztlichen Dokumenta-

tion des Arztes muss spätestens 24 Monate nach der erfolgreichen Teilnahme an der letzten Überprüfung wiederholt werden.

(3) Die Auswahl der Dokumentationen erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung auf der Grundlage der Abrechnungsunterlagen unter Angabe des Namens der Patientin und des Tages der durchgeführten Mammographie. Der Zeitraum zwischen der Anforderung der Dokumentation und dem Tag, an dem die Mammographie durchgeführt worden ist, soll in der Regel vier Monate nicht überschreiten.

(4) Aus den vorgelegten Mammographiedokumentationen müssen hervorgehen:

- a) Anamnese
- b) Indikation zur Mammographie
- c) Klinischer Untersuchungsbefund
- d) Aufnahmetechnische Bedingungen (zum Beispiel Aufnahme-spannung, Empfindlichkeit des Film-Folien-Systems)
- e) Beschreibung der auffälligen Bildinhalte
- f) Lokalisation des Befundes (Distanz zur Mammille in Millimeter, Winkel nach dem Uhrzeigerprinzip) und seine Ausdehnung
- g) Die Befundung ist nach folgendem Schema vorzunehmen:
 - Kategorie 1: unauffällig
(Es liegen keine Merkmale vor, die auf eine benigne oder maligne Veränderung hinweisen.)
 - Kategorie 2: benigner Befund
(Die Veränderung weist typische benigne Merkmale auf.)
 - Kategorie 3: wahrscheinlich benigner Befund
(Die Veränderung ist mit hoher Wahrscheinlichkeit benigne. **Die Konstanz des Befundes ist sicherzustellen.**)

- Kategorie 4: suspekte Veränderung
(Die Veränderung weist zwar keine typischen Merkmale für Malignität auf, aber ein Karzinom ist nicht ausreichend auszuschließen. **Histologische Sicherung empfohlen.**)
 - Kategorie 5: hochgradig malignitätsverdächtiger Befund
(Die Veränderung weist typische Merkmale für Malignität auf. **Angemessene Maßnahmen sind zu ergreifen.**)
- h) Ergebnisse der durchgeführten Zusatzuntersuchungen (Mammasonographie, Spezialaufnahmen, Kernspintomographie, zytologische/histologische Untersuchung)
- i) Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen
- (5) Die Beurteilung der schriftlichen und bildlichen Dokumentation erfolgt nach Anlage IV einerseits je Aufnahme, soweit es die Parameter der Bildqualität betrifft, sowie andererseits je Mamma, soweit es die Schlüssigkeit der Indikationsstellung, der Mammographieaufnahmen und der Befundung betrifft.
- (6) Die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation werden ausschließlich dann erfüllt, wenn
- a) keine Beurteilung der Stufe III und weniger als 13 Beurteilungen der Stufe II erfolgt sind oder
 - b) eine Beurteilung der Stufe III und weniger als 12 Beurteilungen der Stufe II erfolgt sind.
- (7) Werden die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation nicht erfüllt, müssen
- a) Ärzte, bei denen mindestens 13 Beurteilungen der Stufe II und keine Beurteilung der Stufe III oder mindestens 12 Beurteilungen der Stufe II und eine Beurteilung der Stufe III erfolgt sind, innerhalb von sechs Monaten und
 - b) Ärzte, bei denen mindestens zwei Beurteilungen der Stufe III erfolgt sind, innerhalb von drei Monaten
- an einer erneuten Überprüfung der ärztlichen Dokumentation teilnehmen. Zeigt die Überprüfung der Dokumentation erneut Mängel nach Absatz 6, ist die Genehmigung mit der Mitteilung über die festgestellten Mängel zu widerrufen. Nach Widerruf der Genehmigung kann der Arzt frühestens nach Ablauf von sechs Monaten einen Antrag auf erneute Genehmigung stellen.
- (8) Ergeben sich zum Beispiel aus mangelnder Kooperation der Patientin, aufgrund anatomischer Besonderheiten oder Spezialaufnahmen (zum Beispiel rein seitliche, mediolaterale, präoperative Aufnahmen) eingeschränkte Interpretationen der Bilddokumentation, gelten diese nicht als Mängel nach Anlage IV, soweit die Gründe für diese Mängel aus der vorgelegten schriftlichen Dokumentation hervorgehen.
- (9) Das Ergebnis der Überprüfung der Dokumentation wird durch die Kassenärztliche Vereinigung dem Arzt innerhalb von vier Wochen mitgeteilt. Der Arzt muss über die bestehenden Mängel informiert und eingehend beraten werden, in welcher Form die Mängel behoben werden können. Die Beratung zur Behebung von technischen Mängeln kann mit Zustimmung des Arztes auch in seiner Arztpraxis durchgeführt werden.
- Die nachfolgenden Tabellen geben Ihnen einen Überblick über die Kriterien für die Dokumentations-

prüfung inklusive der Neuerungen. Diese gelten bei Mammographien, die ab dem 1. April 2011 erbracht wurden. Bei Aufnahmen, die vorher entstanden sind, kommen die Kriterien der zuvor gültigen Mammographie-Vereinbarung zur Anwendung.

Weitere Informationen zur Mammographie-Vereinbarung finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik Rechtsquellen/Qualitätssicherung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Bettina Haberäcker unter
 Telefon 0 89 / 57 093 – 35 16
 E-Mail Bettina.Haberäcker@kvb.de

Stufe I – regelgerechte Mammographie	
1. Medio-lateral-oblique Aufnahme (MLO)	
a) Brust einschließlich Cutis, Subcutis, Drüsenkörper und Fettgewebe vollständig abgebildet	Neu: „Parenchym“ wurde durch „Drüsenkörper“ ersetzt
b) Pektoralismuskel relaxiert und bis in Höhe der Mamille abgebildet (Pectoralis-Nipple-Line 'a')	
c) Pektoralismuskel im richtigen Winkel abgebildet ($> 10^\circ$)	Neu: Neuer Grenzwert
d) Mamille im Profil abgebildet (Kriterium nicht anwendbar, wenn die Mamille sich nicht eindeutig darstellt)	
e) inframammäre Falte dargestellt (Kriterium nicht anwendbar, wenn eine Darstellung aus anatomischen Gründen nicht möglich ist und dies dokumentiert ist)	
2. Cranio-caudale Aufnahme (CC)	
a) Brust einschließlich Cutis, Subcutis, Drüsenkörper und Fettgewebe adäquat abgebildet (Pectoralis-Nipple-Line 'b', $b > a - 15 \text{ mm}$)	Neu: „Parenchym“ wurde durch „Drüsenkörper“ ersetzt
b) Mamille im Profil abgebildet (Kriterium nicht anwendbar, wenn die Mamille sich nicht eindeutig darstellt)	
c) Mamille mittig oder leicht nach medial oder lateral zeigend ($< 20^\circ$) (Kriterium nicht anwendbar, wenn die Mamille dezentral angelegt ist und dies dokumentiert ist)	
3. Ausreichende Beschriftung	
■ Patienten-Identifikations-Daten	
■ Projektions- und Seitenangabe	
■ Aufnahmedatum	
4. Korrekte Belichtung und Kontrast	
Für analoge Bilderstellung mit Filmfoliensystemen gilt: Geringe Überbelichtung ist akzeptabel, wenn keine Information verloren geht. (Die Messung der optischen Dichte erfolgt in unklaren Fällen mit einem Densitometer im diagnostisch relevanten Bereich: $D_{\text{opt.}} < 0,6$ Unterbelichtung, $D_{\text{opt.}} > 2,5$ Überbelichtung)	
5. Gute Kompression (scharfe Abbildung der Drüsenkörperstrukturen und adäquates Aufspreizen des Drüsengewebes)	
6. Keine Bewegungsunschärfen	
7. Für die analoge Bilderstellung mit Filmfoliensystemen gilt: Keine oder geringe Entwicklungs- oder Handhabungsartefakte. Für die digitale Bilderstellung (CR und DR-Systeme) gilt: Keine Detektor- oder Ausleseartefakte im diagnostisch relevanten Bereich.	Neu: Unterscheidung zwischen analoger und digitaler Bilderstellung
8. Keine Hautfalten oder Hautfalten im geringen Umfang	
9. Symmetrische oder gering asymmetrische Aufnahmen einer Ebene, das heißt rechte und linke Brust sollen Spiegelbilder bei der Betrachtung darstellen.	
10. Indikationsstellung, Mammographiefraufnahmen und Befundung sind schlüssig.	

Stufe II – eingeschränkt (geringe Mängel)	
1. Medio-lateral-oblique Aufnahme (MLO)	
a) Brust einschließlich Cutis, Subcutis und Fettgewebe unvollständig abgebildet	Neu: Dieser Passus ist neu aufgenommen
b) Pektoralismuskel nicht bis in Höhe der Mamille abgebildet	
c) Pektoralismuskel nicht im richtigen Winkel abgebildet	
d) Mamille nicht im Profil abgebildet (Kriterium nicht anwendbar, wenn die Mamille sich nicht eindeutig darstellt)	
e) Inframammäre Falte nicht dargestellt (Kriterium nicht anwendbar, wenn eine Darstellung aus anatomischen Gründen nicht möglich ist und dies dokumentiert ist)	
2. Cranio-caudale Aufnahme (CC)	
a) Brust einschließlich Cutis, Subcutis, Drüsenkörper und Fettgewebe nicht adäquat abgebildet ($b < a - 15 \text{ mm}$)	Neu: „Parenchym“ wurde durch „Drüsenkörper“ ersetzt
b) Mamille nicht im Profil dargestellt (Kriterium nicht anwendbar, wenn die Mamille sich nicht eindeutig darstellt)	
c) Mamille zeigt mehr als 20° nach medial oder lateral (Kriterium nicht anwendbar, wenn die Mamille dezentral angelegt ist und dies dokumentiert ist)	
8. Ausgeprägte Hautfalten	
9. Deutlich asymmetrische Aufnahmen (dieses Kriterium ist nur auf eine der beiden Aufnahmen einer Ebene anwendbar)	
10. Indikationsstellung, Mammographieaufnahmen und Befundung sind eingeschränkt schlüssig (dieses Kriterium ist nur auf eine der beiden Aufnahmen einer Mamma anwendbar).	

Stufe III – unzureichend (schwerwiegende Mängel)	
1. Medio-lateral-oblique Aufnahme (MLO)	
a) Diagnostisch relevante Drüsenkörperanteile nicht abgebildet	Neu: Dieser Passus ist neu formuliert
b) Pektoralismuskel nur am Rand erfasst	
2. Cranio-caudale Aufnahme (CC)	
a) Diagnostisch relevante Drüsenkörperanteile nicht abgebildet	Neu: Dieser Passus ist hier neu aufgenommen
c) Größere Anteile des axillären Ausläufers nicht abgebildet und Mamille zeigt mehr als 20° nach lateral	
3. Unzureichende Beschriftung	
4. Unterbelichtung oder erhebliche Überbelichtung oder unzureichender Kontrast:	
■ Bildinformationsverluste im diagnostisch relevanten Bereich	Neu: Unterscheidung zwischen analoger und digitaler Bilderstellung
■ Für analoge Bilderstellung gilt zusätzlich: D _{opt.} < 0,6 Unterbelichtung, D _{opt.} > 2,5 Überbelichtung	
5. Unzureichende Kompression	
6. Unschärfen durch Bewegung	
7. Artefakte, welche die diagnostische Aussage einschränken (zum Beispiel durch Überlagerung anderer Körperstrukturen)	
8. Ausgeprägte Hautfalten, welche die diagnostische Aussage einschränken	
10. Indikationsstellung, Mammographieaufnahmen und Befundung sind nicht schlüssig (dieses Kriterium ist nur auf eine der beiden Aufnahmen einer Mamma anwendbar).	

Anfragen von Krankenkassen

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, Anfragen der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zu beantworten, wenn diese zur Erfüllung deren gesetzlicher Aufgaben erforderlich sind. Dies gilt sowohl für Anfragen, für die ein Vordruck vereinbart ist, als auch für solche, für die kein Vordruck existiert. Gibt es keinen Vordruck, muss die Krankenkasse die konkrete Rechtsgrundlage für die Anfrage und die Vergütungsregelung für den Vertragsarzt angeben. Fehlen diese Angaben, muss der Arzt die Anfrage nicht beantworten.

Die wichtigsten Regelungen im Einzelnen:

Generelle Rechtsgrundlagen

Grundsätzlich ist der Vertragsarzt befugt und verpflichtet, die zur Durchführung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen schriftlichen Informationen (Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten) auf Verlangen an die Krankenkasse (Paragraph 36 Absatz 1 BMV-Ä) oder den MDK (Paragraph 62 Absatz 2 BMV-Ä) zu übermitteln.

Welche Auskünfte über seine Patienten darf der Vertragsarzt an Dritte weitergeben?

Eine gewisse Rechtssicherheit für den Vertragsarzt bei der Übermittlung von patientenbezogenen Sozialdaten gibt die Vordruckvereinbarung als Teil der Bundesmantelverträge. Hier wurden zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband Vordrucke für eine Reihe von Sachverhalten inhaltlich festgelegt, deren Angaben die Krankenkassen benötigen und die die Ärzte formalisiert ausfüllen können.

Was ist, wenn die Krankenkasse keinen vereinbarten Vordruck verwendet?

Es ist zulässig, dass sich Krankenkassen mit Anfragen auf nicht vereinbarten Vordrucken an die Vertragsärzte wenden (Paragraph 36 Absatz 1 BMV-Ä). Bedingung ist jedoch, dass die Krankenkassen angeben, gemäß welcher Bestimmungen des Sozialgesetzbuches oder anderer Rechtsvorschriften die Übermittlung der Information zulässig ist. Dabei muss die Krankenkasse alle Rechtsgrundlagen für die Auskunftserteilung benennen. Eine standardmäßige Verweisung auf Paragraph 284 Absatz 1 Nummern 4 und 7 oder auf Paragraph 100 SGB X, die die Auskunftspflicht generell regeln, reicht dafür nicht aus. Es muss auch benannt werden, aus welcher gesetzlichen Vorschrift sich die Aufgabe der Kasse ergibt, zu deren Bearbeitung es der Auskunft bedarf. Wird diese Übermittlungsgrundlage nicht ganz konkret benannt, sind der Vertragsarzt beziehungsweise der Vertragspsychotherapeut nicht zur Auskunft verpflichtet.

Wie wird die Beantwortung der Anfragen vergütet?

Vereinbarte Vordrucke, kurze Bescheinigungen und Auskünfte sind vom Vertragsarzt ohne besonderes Honorar gegen Erstattung von Auslagen (zum Beispiel Porto) auszustellen, es sei denn, dass eine andere Vergütungsregelung vereinbart wurde (Paragraph 36 Absatz 2 BMV-Ä).

Eine solche „andere Vergütungsregelung“ findet sich in der Vordruckvereinbarung unter der Nummer 1.2.

Bei vereinbarten Vordrucken:

„Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten auf besonderes Verlangen der Krankenkassen beziehungsweise des Medizinischen Dienstes sind – sofern keine gesonderten Regelungen bestehen – nur nach den Leistungspositionen des Abschnitts 1.6 ‚Schriftliche Mitteilungen, Gutachten‘ (...) berechnungsfähig, die auf den vereinbarten Vordrucken angeben sind.“

„Kurze Bescheinigungen und Auskünfte auf vereinbarten Vordrucken ohne entsprechenden Aufdruck sind ohne besonderes Honorar, gegebenenfalls gegen Erstattung von Auslagen, auszustellen.“

Bei nicht vereinbarten Vordrucken:

„Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten dürfen (...) auf nicht vereinbarten Vordrucken nur ausnahmsweise angefordert werden. (...) Dabei soll die Krankenkasse angeben, nach welcher Gebührennummer die erbetene Auskunft berechnet werden kann. Hierfür ist maßgebend, ob es sich um eine kurze Auskunft handelt, die weder einen besonderen Arbeitsaufwand erfordert noch gutachtliche Fragestellungen enthält, was es in der Praxis kaum geben dürfte, da nahezu jede Auskunft einen Rechercheaufwand in der Patientenkartei erfordert – diese ist ohne besonderes Honorar zu erteilen –, oder ob es sich um eine Anfrage handelt, die inhaltlich die Anforderung einer Leistung des Abschnitts 1.6 ‚Schriftliche Mitteilungen, Gutachten‘ (...) des EBM erfüllt und danach zu vergüten ist.“

Müssen auch Befunde und ärztliche Gutachten an die Kassen weitergegeben werden?

Einreichung DMP-Dokumentationen

Für die Anforderung von Daten durch den MDK ist Muster 11 der Vordruckvereinbarung vorgesehen. Die ärztliche Schweigepflicht gilt auch gegenüber der Krankenkasse. Diese ist gelockert, wenn die Kasse Informationen benötigt und diese durch den MDK prüfen und beurteilen lässt. Daher sind medizinische Inhalte immer an den MDK zu senden, entweder direkt oder über die Krankenkasse in einem verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung an den MDK.

Zur Abgabe von gutachterlichen Äußerungen, etwa wie sich der Krankheitsverlauf in der Zukunft entwickeln wird, ist der Vertragsarzt aufgrund der Auskunftspflicht nicht verpflichtet.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Seit Anfang August können Sie DMP-Dokumentationen, die über eine Praxis-Verwaltungs-Software erstellt wurden, über das KVB-Abrechnungsportal „ONDES“ bei der DMP-Datenstelle Bayern einreichen.

Der Upload über KV-SafeNet** (V2: <https://192.168.127.10/ondes>; V3: <https://dienste.kvb.kv-safenet.de/ondes>) beziehungsweise über KV-Ident (<https://dienste.kvb.de/ondes>) funktioniert in zwei Schritten:

Schritt 1: Wählen Sie den Menüpunkt „Datei(en) einreichen“ und anschließend „DMP“.

Schritt 2: Laden Sie Ihr verschlüsseltes Dokumentationsarchiv (*.zip, xkm) und die dazugehörige Begleitdatei (*.idx) hoch.

Sie erhalten umgehend eine Empfangsbestätigung über den erfolgreichen Upload. Unter dem Menüpunkt „Einreichungsübersicht“ finden Sie eine Übersicht über die von Ihnen erfolgreich eingereichten DMP-Dokumentationsarchive.

Natürlich besteht alternativ auch weiterhin die Möglichkeit, das KVB-Dokumentationsportal „OPAL“ für Ihre DMP-Dokumentationen zu nutzen oder Ihre verschlüsselten Dokumentationen per E-Mail an die DMP-Datenstelle Bayern zu schicken. Bei einem Versand per E-Mail profitieren Sie zusätzlich von einer sofortigen qualifizierten Rückmeldung über Anzahl, Art und Status der eingereichten Dokumentationen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 40
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 41
E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Lieferengpässe bei eGK-Lesegeräten

Einige Terminalhersteller haben derzeit Lieferengpässe, was zur Folge hat, dass Sie das gewünschte Kartenlesegerät für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) unter Umständen nicht bis zum 30. September 2011 in Ihrer Praxis installieren können. Um zu verhindern, dass Ihnen hieraus Nachteile entstehen, haben sich der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung am 17. August 2011 darauf geeinigt, dass es für die Beantragung der Förderpauschalen ausreicht, wenn die Geräte bis zum 30. September 2011 bestellt werden. Es ist nicht erforderlich, dass die Kartenterminals zu diesem Zeitpunkt bereits voll funktionsfähig in den Praxen installiert sind.

Die KVB empfiehlt allen noch unschlüssigen Ärzten sich zeitnah für eine der folgenden Optionen zu entscheiden:

- **Förderungsfähiges eHealth-BCS-Terminal:** Bitte fordern Sie hierfür eine Bestätigung der Bestellung an, bevor Sie die Pauschalen beantragen.
- **Nicht-förderungsfähiges MKT+ Gerät**
- **Kein neues Lesegerät:** eGKs können somit nicht eingelesen werden.

Wichtig ist, dass Förderanträge sowohl elektronisch als auch unterschrieben per Post bis zum 30. September 2011 bei der KVB eingereicht werden. Später eingehende Anträge sowie Anträge ohne Unterschrift werden bei der Auszahlung nicht berücksichtigt. Eine Verlängerung des Förderzeitraums wird es nachzeitigem Stand nicht geben.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 01 80 5 / 00 90 64*

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

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

Privatliquidation bei GKV-Versicherten

Eine GOÄ-Honorarvereinbarung mit einem GKV-Versicherten beinhaltet nicht den Wunsch, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Der ausdrückliche Wunsch eines GKV-Versicherten, auf eigene Kosten behandelt zu werden, ist vor Beginn der Behandlung schriftlich zu dokumentieren. Darauf hat das Amtsgericht München hingewiesen. Eine niedergelassene Fachärztin für Chirurgie hatte für operative Leistungen eine Honorarvereinbarung nach Paragraph 2 Absatz 2 GOÄ mit ihrem gesetzlich versicherten Patienten geschlossen. Dabei wurde ein von der üblichen Gebührenregelung der GOÄ abweichender Gebührensatz für die operativen Leistungen vereinbart. Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch die Krankenkasse möglicherweise nicht beziehungsweise nicht in vollem Umfang gewährleistet sei. Nach den Ausführungen des Amtsgerichts reiche eine solche Honorarvereinbarung für das Entstehen eines Anspruchs auf privatärztliche Vergütung nicht aus. Denn der ausdrückliche Wunsch des Versicherten, auf eigene Kosten privatärztlich behandelt zu werden, gehe aus einer reinen Honorarvereinbarung nicht in ausreichendem Maße hervor. Nur wenn die mit einem Versicherten abgeschlossene Honorarvereinbarung seinen ausdrücklichen Wunsch nach privatärztlicher Behandlung und Privatliquidation der ärztlichen Leistung trotz eines bestehenden Versicherungsschutzes im Rahmen der GKV dokumentiere, dürfe der Vertragsarzt von einem GKV-Versicherten eine Vergütung fordern, Paragraph 18 Absatz 8 Nummer 2 BMV-Ä, Paragraph 21 Absatz 8 Nummer 2 BMV-Ä/EK. (AG München, Urteil vom 28. April 2010, Aktenzeichen 163 C 34297/09 – rechtskräftig).

KVB-Postfach: Neue Servicefunktionen

Seit Mitte April 2011 bietet die KVB ihren Mitgliedern eine komfortable und schnelle Möglichkeit des Informationsaustausches: Mit Hilfe eines eigenen elektronischen Postfachs im Mitgliederportal „Meine KVB“ können Nachrichten und Mitteilungen der KVB zeitnah, sicher und übersichtlich übermittelt werden. Inzwischen wurde der Service rund um das KVB-Postfach erweitert: Ab sofort werden die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten über ihr Postfach benachrichtigt, sobald ihre Abrechnungsunterlagen in SmarAkt zum Download bereit stehen. Darüber hinaus übermittelt die KVB inzwischen auch die arztbezogenen (LANR-bezogenen) Bescheide ohne Schriftformerfordernis über das KVB-Postfach. Viele wichtige Unterlagen, darunter zahlreiche Genehmigungen, stehen so deutlich schneller als bisher bereit.

Weitere Vorteile sind:

- Erhalt zusätzlicher Service-Informationen, die nicht postalisch übermittelt werden.
- E-Mail Benachrichtigung: KVB-Mitglieder können sich per E-Mail an eine frei wählbare E-Mail-Adresse über ihre Posteingänge in ihrem KVB-Postfach informieren lassen.
- Einfaches Einrichten: Die Unterlagen zur Eröffnung des individuellen KVB-Postfachs finden sich im Mitgliederportal „Meine KVB“. Weitere Informationen sind unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KVB-Postfach* erhältlich.
- Höchste Datensicherheit: Dank der Anbindung über KV-SafeNet** oder KV-Ident entspricht

die Online-Übermittlung der Nachrichten den höchsten Anforderungen an Datenschutz und -sicherheit. Beim Abruf vertraulicher Nachrichten lässt sich der Sicherheitsstandard durch die zusätzliche Einrichtung einer Kennwortabfrage (SmarAkt-PIN) nochmals erhöhen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 40
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 41
 E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Neues Muster 10 (Laborüberweisung)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat uns darüber informiert, dass das Muster 10 (Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung) zum 1. Januar 2012 überarbeitet wird. Das Muster 10A (Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften) bleibt unverändert.

Bitte beachten Sie bei der Planung von Vordruckbestellungen, dass ab dem 1. Januar 2012 nur noch das neue Muster 10 verwendet werden kann. Ein Aufbrauchen der alten Vordrucke ist nicht möglich. Detaillierte Informationen über die Änderungen finden Sie in der Dezember-Ausgabe der KVB INFOS.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 E-Mail VuS-Vertragspolitik@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. bieten wir kompakte Fortbildungen an, die speziell auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst ausgerichtet sind. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf.

Ihre Vorteile:

- Zielgruppenorientierung
- Aktuelle, umsetzbare Lösungen statt Schubladenkonzepte
- Praktisches Reanimationstraining in Kleinstgruppen nach den neuen Guidelines
- Erfahrene Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkte
- Umfangreiche Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Zielgruppen:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter oder im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO)
- Alle interessierten Ärzte, die sich auf richtiges Handeln in Notfallsituationen vorbereiten möchten

Modul I

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

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine:

- Samstag, 22. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Nürnberg
- Samstag, 3. Dezember 2011
KVB-Bezirksstelle in Augsburg

Modul II

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.00 Uhr

Termine:

- Mittwoch, 21. September 2011
Fachhochschule Nürnberg
- Mittwoch, 5. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Regensburg

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine:

- Mittwoch, 28. September 2011
KVB-Bezirksstelle in Nürnberg
- Mittwoch, 26. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Regensburg

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

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

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

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die nebenstehenden Seminare nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB darstellen.

Informationen zu KVB-Seminaren

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 0 89 / 57 09 34 00 - 20

Informationen zu Seminaren rund um die Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern
09 11/ 9 46 67 - 3 22
09 11/ 9 46 67 - 3 23
09 11/ 9 46 67 - 3 36

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 89 / 57 09 34 00 - 21

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.

*in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer (die Anzahl der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte der Seminarbroschüre)

KVB-Seminare

Mit der Praxis in die Zukunft – Praxisentwicklung und Gestaltung*

Patientenorientierung und Serviceverhalten am Telefon

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte*

Abrechnungsworkshop Hals-Nasen-Ohren-Ärzte

Gründer-/Abgeberforum für Psychotherapeuten*

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Aktive Praxissteuerung – betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

Fortbildung Impfen*

Verordnungen – Workshop für Praxismitarbeiter

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

Aktive Praxissteuerung – betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte*

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

Prüfungen im Vertragsarzbereich – Hintergründe und Strategien

QM-/QZ-Seminare

Vorbereitung auf die Zertifizierung/Re-Zertifizierung

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Hygienemanagement in Arztpraxen

„MRSA - positiv!“ Informationsveranstaltung für die Praxis*

QEP-Einführungssseminar für Haus- und Fachärzte

Lokales Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	23. September 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	23. September 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	120,- Euro	24. September 2011	9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. September 2011	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. September 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. September 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. September 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. September 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	85,- Euro	5. Oktober 2011	15.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	5. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	120,- Euro	8. Oktober 2011	9.00 bis 16.30 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. Oktober 2011	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	14. September 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	135,- Euro	17. September 2011	9.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	21. September 2011	14.30 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	23. September 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	23. September 2011 24. September 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	30. September 2011	16.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg

KVBIINFOS 10|11

ABRECHNUNG

- 134 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2011
- 135 Die nächsten Zahlungstermine
- 135 Praxisgebühr GOP 80045 in Bayern ungültig
- 135 GOP 80044: Praxisgebühr Gemeinschaftspraxen/MVZ
- 136 Hinweis zur Kodierung

VERORDNUNGEN

- 142 Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland
- 142 Muster für Arzneikosten- und PC-Trendmeldung

- 142 Aktualisierte Impfeempfehlungen der STIKO
- 143 Amantadin: Aufnahme in Arzneimittel-Richtlinie
- 143 Otologika: Änderung der Arzneimittel-Richtlinie
- 143 Flunitrazepam: Änderung Betäubungsmittelgesetz
- 144 Benzodiazepine und Z-Substanzen bei Schlafstörungen
- 144 Sicherheitshinweise zu Dronedaron (Multaq®)
- 145 Neues T-Rezept
- 145 Methylphenidat-haltige Arzneimittel zur Behandlung Erwachsener

QUALITÄT

- 146 Diagnostische Radiologie – Aufnahmen im HNO-Bereich
- 147 Ultraschall – apparative Mindestvoraussetzungen
- 147 Online-Fortbildung Hygienemanagement (Teil 4)

ALLGEMEINES

- 148 Merkblätter zur Zulassung und Praxisführung

SEMINARE

- 149 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 150 Die nächsten Seminartermine der KVB

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2011

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2011 bis spätestens **Montag, den 10. Oktober 2011**, online über das Portal „Meine KVB“ (KV-Safenet** oder KV-Ident) oder über D2D. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Online-Abrechnung*.

Bitte überzeugen Sie sich vor der Übermittlung Ihrer Abrechnung, dass diese vollständig und korrekt ist. Wir empfehlen dazu die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung der Abrechnung vorzunehmen. Bitte beachten Sie weiterhin die persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen. Diese Regelung ist insbesondere zu beachten bei angestellten Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.

Sollten Sie trotzdem nach erfolgter Übermittlung Ihrer Abrechnung feststellen, dass Sie noch einen nachträglichen Berichtigungs- oder Ergänzungswunsch haben, schicken Sie uns Ihren Änderungswunsch bitte sofort zu. Sofern uns Ihr Wunsch innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin erreicht, können wir die Änderungen noch in Ihrer aktuellen Abrechnung berücksichtigen.

Nach den aktuell gültigen Abrechnungsbestimmungen der KVB (Paragraph 3 Absatz 3) gilt Folgendes:

(3) Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung eines bereits eingereichten Behandlungsfalles ist unbeschadet der Absätze 1 und 2 durch den Vertragsarzt innerhalb eines Monats nach Ablauf der von der KVB zur Einreichung der Abrechnung festgesetzten Frist zulässig. Ausnahmsweise kann die Abrechnung noch nach dem Ende dieser Frist berichtigt oder ergänzt werden, wenn dies

- *innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheides und der Richtigstellungsmitteilung beantragt wird,*
- *die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und*
- *die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.*

Die Gesamtversion finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“*.

Korrekturwünsche (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 2) senden Sie bitte an folgende Adresse:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unter-

schriebene Sammelerklärung (bitte das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigelegt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen das Merkblatt „Besondere Kostenträger“ zur Verfügung. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe/Besondere Kostenträger*.

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.

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

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich ausschließlich auf Ihre Abrechnung, nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätsmaßnahmen der KVB innerhalb der „Ausgezeichneten Patientenversorgung“. Bei folgenden Qualitätsmaßnahmen gilt

Die nächsten Zahlungstermine

für Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. Oktober 2011** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch, Schmerztherapie und Sonografie in der Schwangerschaftsvorsorge.

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 1 38.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

10. Oktober 2011
Abschlagszahlung September 2011

31. Oktober 2011
Restzahlung 2/2011

10. November 2011
Abschlagszahlung Oktober 2011

12. Dezember 2011
Abschlagszahlung November 2011

Praxisgebühr GOP 80045 in Bayern ungültig

Die Gebührenordnungsposition (GOP) 80045 „Zahlungsaufforderung zur Praxisgebühr wurde gestellt, die gesetzte Frist ist aber noch nicht abgelaufen“ ist in Bayern nicht gültig. Dennoch wird diese GOP von Praxen immer wieder eingetragen und muss im Rahmen der Abrechnungsbearbeitung aufwendig korrigiert werden. Um diesen unnötigen Mehraufwand zu vermeiden, bitten wir Sie, die GOP 80045 in Bayern nicht anzusetzen.

Sollte diese Gebührenordnungsposition in Ihrem EDV-System hinterlegt sein, setzen Sie sich bitte mit Ihrem Softwarehaus in Verbindung und löschen Sie die GOP 80045 aus dem System. Weitere Informationen zur Praxisgebühr finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe-Erstellung-Korrektur/Praxisgebühr*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

GOP 80044: Praxisgebühr Gemeinschaftspraxen/MVZ

Mit dem Ansatz der Gebührenordnungsposition (GOP) 80044 teilen Sie uns mit, dass der Patient die Praxisgebühr in der Praxis nicht entrichtet hat. Diese Information ist insofern sehr wichtig, da hierdurch das gesetzlich vorgeschriebene Verwaltungsverfahren startet. Dieses beginnt mit einem Anhörungsschreiben und endet möglicherweise mit einer Zwangsvollstreckung.

Die wichtigste Information ist dabei die vom Patienten aufgesuchte Arztpraxis, denn dies ist für den Patienten der einzige Anhaltspunkt, wann und wo er die Praxisgebühr nicht bezahlt hat. Aufgrund der Veränderungen im Vertragsarztrecht und der damit verbundenen Möglichkeiten zur Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist in vielen Fällen die Angabe der Praxis nicht mehr ausreichend, da der Patient in der Regel nicht die offizielle Praxisbezeichnung kennt oder beachtet.

Um den Patienten die Zuordnung zum jeweils behandelnden Arzt zu erleichtern und um unnötige Rückfragen in den Arztpraxen zu vermeiden, bitten wir Sie, die Eintragung der Pseudonummer 80044 immer unter der Kennzeichnung des jeweiligen Arztes (LANR) vorzunehmen, mit dem der Patient tatsächlich Kontakt hatte.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Hinweis zur Kodierung

Die richtige Kodierung der Behandlungsdiagnosen ist sehr wichtig. Denn nur auf der Grundlage korrekt erfasster, vergleichbarer Daten kann die Morbiditätsentwicklung und damit der zusätzliche Honorarbedarf korrekt gemessen werden. Die

ICD-10 Diagnose ist für diese Zwecke bereits seit Jahrzehnten in Deutschland etabliert.

Leider gibt es bei der Kodierung immer wieder Unklarheiten, die grundsätzlich auch für die Abrechnung

Konsequenzen haben können. Aus diesem Grund bitten wir Sie um Überprüfung der Kodierung bei nachstehenden Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM hinsichtlich der korrekten Angabe einer bestimmten ICD-10 Diagnose.

Auslöser GOP/ICD	Bezeichnung GOP/ICD	Es ist ein ICD-10-Code aus folgender Auswahlliste anzugeben
04433	Zusatzpauschale Koordination der neuropädiatrischen Betreuung	Epilepsie (G40, G41), Migräne (G43), infantile Zerebralparese, sonstige Lähmung (G80 bis G83), kombinierte Entwicklungsstörung (F83), tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84 bis F89), geistige Behinderung (F70 bis F79), schwerwiegendes Fehlbildungssyndrom, Myelomeningocele (Q01 bis Q18, Q71 bis Q74, Q76 bis Q78, Q85 bis Q87, Q90 bis Q99), Hydrozephalus, Hypoxischer Hirnschaden (G91 bis G94), metabolische Erkrankung, Neuropathien, neurodegenerative Erkrankung (G10 bis G25, G32 bis G37, G50 bis G64), Muskeldystrophie, Myopathien (G70 bis G73), Zustand nach SHT III (S06.1 bis S06.9), Aufmerksamkeitsstörungen (F90)
07345	Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane C15-C26, des Knochens und des Gelenkknorpels C40-C41, der Haut C43-C44, des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes C45-C49, der Brustdrüse C50.-, der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen C73-C75, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation C76, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.
08345	Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse C50.-, der weiblichen Genitalorgane C51-C58, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Becken C76.3, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.
09345	Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx C00-C14, der Nasenhöhle, des Mittelohres, der Nebenhöhlen und des Larynx C30-C32, der oberen Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet C39.0, Kaposi-Sarkom des Gaumens C46.2, Bösartige Neubildungen der Haut des Kopf- und Gesichtsbereichs C43.0-C43.4, C44.0-C44.4, des Bindegewebes und sonstiger Weichteile des Kopfes, des Gesichtes und des Halses C49.0, Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisation des Atmungssystems C39.9 sowie ungenau bezeichneter Lokalisation Kopf, Gesicht und Hals C76.0, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.

Auslöser GOP/ICD	Bezeichnung GOP/ICD	Es ist ein ICD-10-Code aus folgender Auswahlliste anzugeben
10345	Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge	Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut C43-C44, Kaposi-Sarkom C46, Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen C76, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.
13435	Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane C15-C26, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation Abdomen C76.2, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.
13675	Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge	Bösartige Neubildungen der Trachea, der Bronchien, der Lunge, des Thymus, des Herzens, des Mediastinums und der Pleura C33-C38, der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakalen Organe mehrere Teilbereiche überlappend C39.8, Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter Lokalisation des Atmungssystems C39.9 sowie ungenau bezeichneter Lokalisation Thorax C76.1, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.
14313	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung	F07.0 Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene (inklusive bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20 bis F29, F30, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1, F41.1 generalisierte Angststörungen, F42.1/42.2 schwere Zwangsrituale, F50.0 Anorexia nervosa, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84-F84.4 tiefgreifende Entwicklungsstörungen einschließlich Autismus, F90.1 schwere hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens, F93.1 phobische emotionale Störungen des Kindesalters (Schulphobien), F94.0 elektiver Mutismus, F95.2 Tourette-Syndrom, F98.4 stereotype Bewegungsstörungen.

Auslöser GOP/ICD	Bezeichnung GOP/ICD	Es ist ein ICD-10-Code aus folgender Auswahlliste anzugeben
14314	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in beschützenden Einrichtungen oder Pflegeheimen	F07.0 Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene (inklusive bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20 bis F29, F30, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1, F41.1 generalisierte Angststörungen, F42.1/42.2 schwere Zwangsrituale, F50.0 Anorexia nervosa, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84-F84.4 tiefgreifende Entwicklungsstörungen einschließlich Autismus, F90.1 schwere hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens, F93.1 phobische emotionale Störungen des Kindesalters (Schulphobien), F94.0 elektiver Mutismus, F95.2 Tourette-Syndrom, F98.4 stereotype Bewegungsstörungen.
15345	Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx C00-C14, der Nasenhöhle, des Mittelohres, der Nebenhöhlen und des Larynx C30-C32, der oberen Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet C39.0, Kaposi-Sarkom des Gaumens C46.2, Bösartige Neubildungen des Knochens im Kopf- und Gesichtsbereich C41.0-C41.1, der Haut des Kopf- und Gesichtsbereichs C43.0-C43.4, C44.0-C44.4, des Bindegewebes und sonstiger Weichteile des Kopfes, des Gesichtes und des Halses C49.0, Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisation des Atmungssystems C39.9 sowie ungenau bezeichneter Lokalisation Kopf, Gesicht und Hals C76.0, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.
16230	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung	A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (zum Beispiel Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarkes, F00.- bis F03.- Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G43.- Migräne, G50.- Krankheiten des N. trigeminus, G54.- Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, G55.-* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie, G61.- Guillain-Barree-Syndrom und chronisch inflammatorisch demyelinisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.- Sonstige Erkrankungen des Rückenmarkes, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, M79.- Neuralgie, R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität, R47.- Aphasie.

Auslöser GOP/ICD	Bezeichnung GOP/ICD	Es ist ein ICD-10-Code aus folgender Auswahlliste anzugeben
16231	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer neurologischen Erkrankung in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen	A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (zum Beispiel Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarkes, F00.- bis F03.- Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G43.- Migräne, G50.- Krankheiten des N. trigeminus, G54.- Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, G55.-* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie, G61.- Guillain-Barree-Syndrom und chronisch inflammatorisch demyelisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.- Sonstige Erkrankungen des Rückenmarkes, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, M79.- Neuralgie, R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität, R47.- Aphasie.
16233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung	A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (zum Beispiel Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarks, F00. bis F03. Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G43.- Migräne, G50.- Krankheiten des N. trigeminus, G54.- Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, G55.-* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie, G61.- Guillain-Barré-Syndrom und chronisch inflammatorisch demyelisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi./Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.- Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, M79.- Neuralgie, R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität, R47.- Aphasie.

Auslöser GOP/ICD	Bezeichnung GOP/ICD	Es ist ein ICD-10-Code aus folgender Auswahlliste anzugeben
21230	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung	F00.- bis F02.- Demenz, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opiode, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene (inklusive bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20.- Schizophrenie, F21 Schizotype Störung, F22.- Anhaltende wahnhaftige Störung, F25.- Schizoaffective Störung, F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen, F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose, F30.- Manie, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1 Depression, F41.1 Generalisierte Angststörung, F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt, F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale], F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt, F50.- Essstörungen, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84.- Autismus, F94.0 Mutismus.
21231	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen	F00.- bis F02.- Demenz, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opiode, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene (inklusive bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20.- Schizophrenie, F21 Schizotype Störung, F22.- Anhaltende wahnhaftige Störung, F25.- Schizoaffective Störung, F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen, F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose, F30.- Manie, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1 Depression, F41.1 Generalisierte Angststörung, F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt, F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale], F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt, F50.- Essstörungen, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84.- Autismus, F94.0 Mutismus.

Auslöser GOP/ICD	Bezeichnung GOP/ICD	Es ist ein ICD-10-Code aus folgender Auswahlliste anzugeben
21233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung	F00.- bis F02.- Demenz, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opiode, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene (inklusive bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20.- Schizophrenie, F21 Schizotype Störung, F22.- Anhaltende wahnhaftige Störung, F25.- Schizoaffective Störung, F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen, F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose, F30.- Manie, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1 Depression, F41.1 Generalisierte Angststörung, F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt, F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale], F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt, F50.- Essstörungen, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84.- Autismus, F94.0 Mutismus.
25321	Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems	C00-C97 Bösartige Neubildungen, D00-D09 In-situ-Neubildungen, D18.02 Hämangiom intrakraniell, D32.- Gutartige Neubildungen der Meningen, D33.- Gutartige Neubildungen des Gehirns oder anderer Teile des Zentralnervensystems, D35.2 Gutartige Neubildungen der Hypophyse, D35.4 Gutartige Neubildung der Epiphyse (Glandula pinealis) (Zirbeldrüse), D42.- Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Meningen, D43.- Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems, D44.3 Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Hypophyse, D44.5 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Epiphyse (Glandula pinealis) (Zirbeldrüse).
26315	Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane C60-C63, der Harnorgane C64-C68, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation Becken C76.3, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.
Z76.0	Verordnung ohne Arzt-Patienten-Kontakt	Sobald ein persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet, ist der Kode Z76.0 Ausstellung wiederholter Verordnung nicht zu kodieren.

Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland

Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland wurde im August 2009 ein umfangreicher Aktionsplan gestartet. Im Rahmen dieser Aktion stellen wir Ihnen ein Informationsblatt für Patienten mit Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie zur Verfügung. Veränderungen der Pharmakokinetik und -dynamik führen gerade im höheren Lebensalter vermehrt zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Bitte achten Sie daher bei der Verordnung für Ihre älteren Patienten (ab 70 Jahren) besonders auf die durch Multimorbidität und damit verbundener Polymedikation erhöhten Risiken.

Unser Flyer hilft Ihren Patienten dabei, eine Liste aller Arzneimittel, die eingenommen beziehungsweise angewendet werden, zu führen und diese Auflistung bei jedem Arztbesuch vorzulegen. Weitere Informationen und eine Kopiervorlage des Flyers finden Sie unter www.kvb.de in der *Rubrik Praxis/Verordnungen/Arzneimitteltherapiesicherheit*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Muster für Arzneikosten- und PC-Trendmeldung

Um Sie bei der Steuerung Ihres Verordnungsverhaltens und damit bei der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu unterstützen, stellen wir Ihnen quartalsbezogene Analysen der Verordnungsdaten Ihrer Praxis mit Angaben zu den Werten Ihrer Fachgruppe zur Verfügung. Nutzen Sie die im Archivsystem „SmarAkt“ zur Verfügung gestellten Verordnungsstatistiken, um Ihr Verordnungsverhalten mit dem Ihrer Fachgruppe zu vergleichen und frühzeitig – wo erforderlich – zu hinterfragen.

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittel A – Z/Buchstabe „A“* finden Sie ein Muster einer Arzneikostentrendmeldung und unter *Buchstabe „P“* ein Muster einer PC-Trendmeldung mit Hinweisen und Erläuterungen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Aktualisierte Impfempfehlungen der STIKO

Hier eine Zusammenstellung der wichtigsten Punkte:

- Inhaltlich wurden die Impfempfehlungen nicht verändert.
- Der gesamte Text wurde redaktionell überarbeitet.
- Die FSME-Risikogebiete wurden um den Stadtkreis Offenbach erweitert.
- Der Impfkalender für die Standardimpfungen wurde neu gestaltet.
- Standardimpfungen für Säuglinge und für Kleinkinder bis zu zwei Jahren werden jetzt in der Tabelle „Indikations- und Auffrischimpfungen sowie andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“ nicht mehr zusätzlich aufgeführt.

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „S“* unter dem Stichwort „Schutzimpfungen und Prophylaxe“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Amantadin: Aufnahme in Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen: Anlage VI, Teil B (Wirkstoffe, die im zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – nicht verordnungsfähig sind) wurde um den Absatz „VI. Amantadin bei der Multiplen Sklerose zur Behandlung der Fatigue“ ergänzt.

Der Beschluss trat am 6. August 2011 in Kraft.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Otologika: Änderung der Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Ergänzung der Nummer 38 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) beschlossen. Der Beschluss trat am 6. August 2011 in Kraft.

Die AM-RL/Anlage III (Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) wurde wie folgt geändert:

38. Otologika,

- ausgenommen Antibiotika und Corticosteroide auch in fixer Kombination untereinander zur lokalen Anwendung bei Entzündungen des äußeren Gehörgangs
- ausgenommen Ciprofloxacin zur lokalen Anwendung als alleinige Therapie bei chronisch eitriger Entzündung des Mittelohrs mit Trommelfelldefekt (mit Trommelfellperforation).

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Flunitrazepam: Änderung Betäubungsmittelgesetz

Durch die 25. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung wird unter anderem die Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes – verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel – geändert.

Bisher wurde dort der Wirkstoff Flunitrazepam mit der Ausnahme „Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III je abgeteilte Form bis zu 1 mg Flunitrazepam enthalten“, aufgeführt.

Die Ausnahme wurde gestrichen! Ab dem 1. November 2011 müssen deshalb alle Flunitrazepam-haltigen Arzneimittel auf BtM-Rezept verordnet werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Benzodiazepine und Z-Substanzen bei Schlafstörungen

Die Verordnung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln wie Benzodiazepinen und sogenannten Z-Substanzen (Zolpidem und Zopiclon) spielt in der Behandlung von Schlafstörungen nach wie vor eine wichtige Rolle. Diese Substanzen sind jedoch mit einem hohen Abhängigkeitspotential verbunden. Aktuelle Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zufolge sind 1,1 bis 1,2 Millionen Menschen in Deutschland von diesen Wirkstoffen abhängig. Aus diesem Grund erscheint es wichtig, neben den Patienten auch die verordnenden Ärzte dahingehend zu sensibilisieren, Abhängigkeiten vorzubeugen beziehungsweise frühzeitig zu erkennen. Die Gefahr der Abhängigkeit und des Missbrauchs dieser Arzneimittel wird immer noch unterschätzt. Da die meisten Arzneimittel mit Suchtpotenzial verschreibungspflichtig sind, kommt insbesondere den Ärzten eine große Verantwortung zu. Wichtige Aspekte aus der Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“ der Deutschen Gesellschaft für Schlaforschung und Schlafmedizin sowie der Leitlinie „Medikamentenabhängigkeit“ und weitere Expertenmeinungen fassen wir für Sie in der Publikation „Arzneimittel im Blickpunkt“ in der Ausgabe 34/2011 zusammen. Die Patientenbroschüre „Immer mit der Ruhe – Nutzen und Risiken von Schlaf- und Beruhigungsmitteln“ können Sie per E-Mail beim BKK Landesverband Bayern (Reitz-Knupp@bkk-lv-bayern.de) anfordern oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Service und Beratung/Informationsmaterial/Verordnung* herunterladen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Sicherheitshinweise zu Dronedaron (Multaq®)

Neue Empfehlungen des Ausschusses für Humanarzneimittel (CHMP) bei der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA) zur Anwendung von Dronedaron haben zu Anpassungen der Fachinformation geführt.

Folgende Hinweise gilt es zu beachten und einzuhalten:

- Patienten mit einer Dronedaron-Therapie sollten regelmäßig überwacht werden, um zu gewährleisten, dass die Behandlung weiterhin nur zulassungskonform erfolgt und das Vorhofflimmern auch weiterhin nicht permanent ist oder dass keine anderen Kontraindikationen aufgetreten sind. Die Indikation sollte nicht auf das permanente Vorhofflimmern ausgedehnt werden.
- Vor dem Beginn der Behandlung mit Dronedaron sollten Leberfunktionstests durchgeführt und anschließend monatlich über einen Zeitraum von sechs Monaten, im Monat neun und zwölf der Behandlung und danach in periodischen Abständen wiederholt werden.
- Steigt der Wert der Alanin-Aminotransferase- beziehungsweise Glutamat-Pyruvat-Transaminase- (ALT- beziehungsweise GPT-) auf das ≥ 3 -Fache des oberen Normalwertes, sollte er innerhalb von 48 bis 72 Stunden wiederholt kontrolliert werden. Wenn sich der ALT-(GPT-) Wert bestätigt (≥ 3 -Fache des oberen Normalwertes), sollte Dronedaron abgesetzt werden.
- Patienten sollten darauf hingewiesen werden, sofort ihren behandelnden Arzt zu kontaktieren, wenn sie Symptome, die auf eine

mögliche Leberschädigung hinweisen, bemerken (wie zum Beispiel anhaltende Oberbauchbeschwerden, Anorexie, Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Unwohlsein, Ermüdung, Gelbsucht, dunkler Urin oder Juckreiz). Die Patienten sollten jedoch nicht eigenmächtig die Medikation abbrechen, sondern ihren behandelnden Arzt konsultieren.

Hintergründe und nähere Informationen finden Sie in „*Verordnung aktuell*“ vom 11. August 2011 unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung aktuell*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Neues T-Rezept

Eine Verordnung der Wirkstoffe Thalidomid oder Lenalidomid muss auf einem nummerierten zweiteiligen amtlichen Vordruck, dem sogenannten T-Rezept, erfolgen. Informationen dazu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Sonstiges/Buchstabe „T“*.

Seit 15. September 2011 wird vom Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte ein neues T-Rezept ausgegeben, auf dem nur noch eine Verordnung eines Thalidomid- beziehungsweise Lenalidomid-haltigen Arzneimittels möglich ist und nicht mehr drei Verordnungen wie bisher. Die alten T-Rezepte behalten ihre Gültigkeit.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Methylphenidat-haltige Arzneimittel zur Behandlung Erwachsener

Im Dezember 2010 haben wir Sie über die Änderung der Nummer 44 – Stimulantien – der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie informiert. Die gefasste Regelung zur ausnahmsweise möglichen Verordnungsfähigkeit von Stimulantien bezieht sich ausschließlich auf Kinder und Jugendliche, da es bisher keine arzneimittelrechtliche Zulassung für Methylphenidat-haltige Arzneimittel für die Behandlung von ADHS bei Erwachsenen gab.

Vor dem Hintergrund der Neueinführung eines Methylphenidat-haltigen Präparats, das zur Behandlung der ADHS bei Erwachsenen zugelassen ist, wurde Nummer 44 der Anlage III mit einem Hinweis versehen. Dieser sieht vor, dass bis zu einem Beschluss über die Ergänzung möglicher Ausnahmen vom Verordnungsausschluss der Stimulantien die Verordnung von Methylphenidat bei ADHS im Erwachsenenalter im Rahmen der arzneimittelrechtlichen Zulassung von den Regelungen in Nummer 44 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie nicht betroffen ist.

Mit der aktuellen Änderung der Arzneimittel-Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) rückwirkend zum 1. Juli 2011 beschlossen, dass eine medikamentöse Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter mit dafür zugelassenen Methylphenidat-haltigen Arzneimitteln nicht ausgeschlossen wird. Der G-BA hat damit sichergestellt, dass bei erwachsenen Patienten, bei denen die Aufmerksamkeitsstörung schon im Kinder- und Jugendlichenalter bestanden hat (sie muss nicht bereits behandelt worden sein), eine Verordnung von Methylphenidat möglich ist.

Damit wird der Erweiterung der Zulassung von Methylphenidat-haltigen Arzneimitteln zur Anwendung bei ADHS im Erwachsenenalter bis zu einer Entscheidung über die konkrete Ausgestaltung eines Ausnahmetatbestandes vorläufig Rechnung getragen.

Indikation/arzneimittelrechtliche Zulassung

Medikinet® adult ist im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie zur Behandlung einer seit Kindesalter fortbestehenden Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen ab 18 Jahren indiziert, wenn sich andere therapeutische Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben.

Die Zulassung sieht weiter vor, dass

- die Diagnose auf einer vollständigen Anamnese und Untersuchung des Patienten basieren und angelehnt an die DSM-IV-Kriterien oder Richtlinien in ICD-10 gestellt werden muss,
- die Behandlung unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen durchgeführt werden muss und
- bei einer Dauertherapie behandlungsfreie Zeitabschnitte eingelegt werden müssen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Diagnostische Radiologie – Aufnahmen im HNO-Bereich

In den KVB INFOS 6/2010 haben wir Sie über die aktuellen Empfehlungen der Strahlenschutzkommission (SSK) zu Übersichtsaufnahmen des Schädels informiert. Darin wurden die klinische Fragestellung und das bildgebende Untersuchungsverfahren dem Grad der Empfehlung gegenübergestellt. Zu unterscheiden war die Primäruntersuchung, die weiterführende Untersuchung und Spezialverfahren. Des Weiteren wurden einige Untersuchungsverfahren als nicht indiziert eingestuft. Zu den speziellen Fragestellungen bei HNO-Aufnahmen hatten wir Ihnen weitere Informationen angekündigt, da hier noch Klärungsbedarf bestand, wie die Diskussion in Anschluss an die Veröffentlichung gezeigt hat.

Die SSK hat uns zu den Empfehlungen bei Nasennebenhöhlenerkrankungen zugesagt, dass dieser Punkt (A 15) insbesondere im Hinblick auf die Einbeziehung konventioneller Röntgenuntersuchungen noch einmal eingehend überprüft und gegebenenfalls ergänzend kommentiert wird. In diesem Zusammenhang konnte die SSK bestätigen, dass die konventionelle Röntgenaufnahme bei akuter Rhinosinusitis weiterhin als zulässig betrachtet werden kann. Des Weiteren sieht die SSK „Trauma nach Verdacht auf Fremdkörper in der Orbita“ als eine mögliche Indikation zur Durchführung der Röntgen-Orbita-Aufnahme an (A 18).

Die wesentlichen Röntgenaufnahmen in der HNO-ärztlichen Röntgendiagnostik

Bei akuter Rhinosinusitis ist im Regelfall eine Aufnahme der Nasennebenhöhlen (NNH) occipitomental (om) ausreichend. Diese sollte statt der Aufnahme der NNH occipitofrontal (of) angefertigt werden. Aus-

genommen sind besondere Fragestellungen, die schon initial die Stirnhöhlen betreffen. Sofern Sie die NNH om bei Verdacht auf chronische Sinusitis – abweichend von den Empfehlungen der SSK – röntgen, ist eine ausführliche Begründung erforderlich.

Bei der Aufnahme der NNH of handelt es sich um eine Spezialaufnahme, die nur in Ausnahmefällen die Aufnahme der NNH om ergänzen sollte. Aus der Indikationsstellung muss in diesen Fällen hervorgehen, weshalb die zweite Aufnahme notwendig war.

Des Weiteren kann die NNH of bei speziellen Fragestellungen – beispielsweise einer akuten isolierten Sinusitis frontalis – als Einzelaufnahme durchgeführt werden. Generell sollten Sie die Indikation einer Aufnahme der NNH of bei Kindern sehr kritisch prüfen, da sich die Stirnhöhle im Regelfall erst zwischen dem zwölften und dem 14. Lebensjahr voll ausgeprägt zeigt.

Bei seitlichen Aufnahmen der Nase empfehlen wir, neben den Nebensegmenten der äußeren Nase und dem Übergang zur Stirnhöhle im Bereich der Nasion auch ein Augenmerk auf die Darstellung der Spina nasalis als stützgebendes Element des knorpeligen nasalen Septums zu legen.

Radiologische Aufnahmen nach Schüller sind zur Diagnostik von Erkrankungen im Bereich des Mastoids und des Mittelohrs indiziert. Vor Mittelohr- oder Mastoideingriffen dient diese Untersuchung – auch in Ergänzung zu einer Computertomographie – zur besseren Einschätzung der Lage der Schädelbasis. Der beidseitige Vergleich ist ebenfalls indi-

ziert. Zudem kann das Kiefergelenk vielfach gut mit beurteilt werden, sodass die Indikation zu Aufnahmen nach Schüller bei Bruxismus beziehungsweise unklaren Gesichtschmerzen eine ergänzende Aufnahme darstellen kann. Solche Ausnahmefälle sollten in der Dokumentation entsprechend beschrieben werden.

Röntgenaufnahmen nach Stenvers sind nicht mehr zeitgemäß und gelten daher als nicht indiziert. Das frühere diagnostische Ziel, eine tumoröse Veränderung im Bereich des Kleinhirnbrückenwinkels oder im Canalis internus zu detektieren, muss heute als redundant und ungenügend angesehen werden. Hier ist ausschließlich die Schnittbilddiagnostik im Sinne einer Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel indiziert. Selbst eine hochauflösende Dünnschicht-Computertomographie-Aufnahme mit Kontrastmittel ist nach heutigem Wissensstand bei der genannten Indikation nicht aussagekräftig.

Die vollständige Textfassung der Orientierungshilfe für bildgebende Verfahren finden Sie unter www.ssk.de in der Rubrik Beratungsergebnisse/2008/Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen oder direkt unter dem Link www.ssk.de/de/werke/2008/kurzinfo/ssk0813.htm.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertinnen
 Andrea Kopeczek
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 46
 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

Ultraschall – apparative Mindestvoraussetzungen

Mit Inkrafttreten der Ultraschallvereinbarung am 1. April 2009 wurden unter anderem die apparativen Mindestvoraussetzungen an den aktuellen technischen Stand angepasst. In diesem Zusammenhang sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, sukzessive bis 2013 alle in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten Ultraschallsysteme auf die Erfüllung der bundesweit einheitlich vorgegebenen Kriterien zu überprüfen. Dies geschieht anhand einer vom Hersteller ausgefüllten Gewährleistungserklärung sowie vorzulegender Bilddokumentationen. Sie müssen jedoch nicht von sich aus tätig werden. Wir werden uns in den nächsten Wochen mit einem entsprechenden Schreiben an alle Betreiber noch nicht überprüfter Ultraschallsysteme wenden.

Einige Gerätehersteller bieten Vertragsärzten bereits jetzt eine Überprüfung der Ultraschallsysteme an. Wir empfehlen Ihnen, sich bei dieser Gelegenheit vom Hersteller eine an den Vorgaben der „neuen“ Ultraschallvereinbarung orientierte Gewährleistungserklärung ausstellen zu lassen. Dies erspart Ihnen zu einem späteren Zeitpunkt den nochmaligen Kontakt zu Ihrem Gerätehersteller oder -vertreiber.

Das entsprechende Formular sowie weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Ultraschallvereinbarung/Unterlagen*.

Online-Fortbildung Hygienemanagement (Teil 4)

Im Oktober 2011 startet der vierte Teil der Online-Fortbildung Hygienemanagement auf Cura Campus, dem Internet-Fortbildungsportal der KVB. Thema der neuen Fortbildung sind Injektionen und Punktionen. Im Vordergrund stehen die Gefahren sowie die Präventions- und Hygienemaßnahmen speziell bei diagnostischen und therapeutischen Punktionen.

Wie bei jeder Online-Fortbildung zum Hygienemanagement kann das frisch erworbene Wissen in einer abschließenden Prüfung über zehn Multiple-Choice-Fragen getestet und bei erfolgreicher Teilnahme ein Zertifikat erworben werden. Ärzte erhalten zusätzlich jeweils bis zu drei CME-Fortbildungspunkte. Für KVB-Mitglieder und deren Praxispersonal ist die Fortbildung kostenlos.

Um die Prüfung zu absolvieren, melden sich Mitglieder über den Login-Button auf der Startseite www.curacampus.de mit ihrer KVB-Benutzerkennung an. Über die Auswahlfunktion kann die gewünschte Prüfung gestartet werden.

Die Praxismitarbeiter der KVB-Mitglieder können die Fortbildung mit Hilfe eines Gutscheincodes kostenlos absolvieren. Dazu muss auf Cura Campus über den Selbstregistrierungsbutton auf der Startseite eine eigene Anmeldung erfolgen. Eine Anmeldung über die Benutzerkennung des Arztes beziehungsweise KVB-Mitglieds ist nicht möglich.

Nach Abschluss der Selbstregistrierung wird über ein Bestätigungsverfahren per E-Mail die neue persönliche Benutzerkennung verschickt. Nach dem Login und Klick auf die gewünschte Fortbildung kann dann auch der entsprechende Gutschein

eingelöst werden. Der Gutscheincode für die Fortbildung „Hygienemanagement 4 Praxispersonal“ lautet: HYG4-0383-5ECE-DEBB-4D5E-ABB8

Weiterführende Informationen zur Online-Fortbildung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte/Online-Fortbildung*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

Merkblätter zur Zulassung und Praxisführung

Unsere Merkblätter zur Zulassung und Praxisführung sowie unsere Hilfen zur Abrechnung unterstützen Sie in Ihrem Praxisalltag.

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Hilfen* finden Sie folgende Unterlagen:

- genehmigungspflichtige Leistungen
- Krankheits-, Behandlungs-, Betriebsstätten- und Arztfall
- Berechnungsverfahren der Job-Sharing-Obergrenzen
- Abrechnung von Jugendarbeitschutzuntersuchungen

Außerdem zeigen wir Ihnen unter dem Punkt „KVB-Statistiken richtig lesen“ wie korrekte Schlussfolgerungen aus Statistiken abgeleitet werden.

Unsere Merkblätter zur Praxisführung finden Sie alphabetisch geordnet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Zulassung/Merkblätter*.

Praxisorganisation und Praxisabgabe

- Zulassung/Teilzulassung
- Praxisabgabe in gesperrten Planungsbereichen
- Praxiswert(-ermittlung)
- Patientenkartei bei Praxisbeendigung- und Praxisübergabe
- Filiale
- Praxis am Krankenhaus
- Vertretung

Zusammenarbeit mit Kollegen

- Job-Sharing
- Anstellung
- Weiterbildungsassistent
- Sicherstellungsassistent

Spezielle Betätigungsmöglichkeiten

- Ermächtigung
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Das Merkblatt Inerate (Kooperationsbörse, Praxisbörse, Praxisvertretung) erklärt, wie Sie am besten Kooperationspartner finden.

Auch wenn Sie allein oder zusammen mit Kollegen Ihrer Bereitschaftsdienstgruppe eine Bereitschaftspraxis im Krankenhaus betreiben wollen, finden Sie bei uns wichtige Informationen ebenso wie zu den Themen *Fortbildungsverpflichtung* und *Qualitätsmanagement (QM-Zertifizierung)*.

Unsere Berater helfen Ihnen gerne weiter. Vereinbaren Sie einfach einen Termin in Ihrer Bezirksstelle.

Bei Fragen erreichen Sie uns per E-Mail an Praxisführungsberatung@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. bieten wir kompakte Fortbildungen an, die speziell auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst ausgerichtet sind. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf.

Ihre Vorteile:

- Zielgruppenorientierung
- Aktuelle, umsetzbare Lösungen statt Schubladenkonzepte
- Praktisches Reanimationstraining in Kleinstgruppen nach den neuen Guidelines
- Erfahrene Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkte
- Umfangreiche Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Zielgruppen:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter oder im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO)
- Alle interessierten Ärzte, die sich auf richtiges Handeln in Notfallsituationen vorbereiten möchten

Modul I

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

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine:

- Samstag, 22. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Nürnberg
- Samstag, 3. Dezember 2011
KVB-Bezirksstelle in Augsburg

Modul II

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

Termine:

In diesem Jahr keine Termine mehr.

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine:

- Mittwoch, 26. Oktober 2011
KVB-Bezirksstelle in Regensburg

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

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

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

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die nebenstehenden Seminare nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB darstellen.

Informationen zu KVB-Seminaren

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 0 89 / 57 09 34 00 - 20

Informationen zu Seminaren rund um die Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern
09 11/ 9 46 67 - 3 22
09 11/ 9 46 67 - 3 23
09 11/ 9 46 67 - 3 36

Anmeldeformulare und weitere Seminare

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

Fax: 0 89 / 57 09 34 00 - 21

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.

**in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer (die Anzahl der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte der Seminarbroschüre)*

KVB-Seminare

Kooperationen in der ärztlichen Praxis*

Hautkrebsscreening*

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte*

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Telefonieren „herzerfrischend anders“

Stress lass nach – Stressbewältigung und Entspannung

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

Gründer-/Abgeberforum*

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Verordnungen – Workshop für Praxismitarbeiter

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

Fitness am Arbeitsplatz: Leistungsfähigkeit trotz Stress

Hurra, eine Beschwerde: Kommunikations- und Beschwerdemanagement

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Datenschutz in der Praxis*

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte*

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Fachärzte

QM-/QZ-Seminare

QEP®-Kompakt für Medizinische Fachangestellte (zweiteilig)

Patienten- und Zuweiserbefragung*

Hygienemanagement in Arztpraxen (Zusatztermin)

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

QEP-Einführungsseminar für Psychotherapeuten in Kooperation mit der DGPT

Zielgruppe	Teilnahmegebühren	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Oktober 2011	15.00 bis 19.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	160,- Euro	19. Oktober 2011	13.00 bis 21.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. Oktober 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. Oktober 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	21. Oktober 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	22. Oktober 2011	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Oktober 2011	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	26. Oktober 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. Oktober 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. Oktober 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. November 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	2. November 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. November 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. November 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühren	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	150,- Euro	12. Oktober 2011 16. November 2011	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	19. Oktober 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	26. Oktober 2011	14.30 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	18. November 2011 19. November 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	2. Dezember 2011 3. Dezember 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München

KVBIINFOS **11|11**

ABRECHNUNG

- 154 Die nächsten Zahlungstermine
- 154 Neuer Vertrag mit PBeaKK

VERORDNUNGEN

- 155 Verordnung von Arzneimitteln für Kinder
- 155 Pitavastatin – Ergänzung in Arzneimittel-Richtlinie
- 156 Dabigatran (Pradaxa®) – Indikationserweiterung

PRAXISFÜHRUNG

- 157 Leitfaden Medizinprodukte-Betreiberverordnung

ALLGEMEINES

- 157 DMP-Feedbackberichte – Online-Zustellung

SEMINARE

- 158 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 10. November 2011**
Abschlagszahlung Oktober 2011
- 12. Dezember 2011**
Abschlagszahlung November 2011
- 10. Januar 2012**
Abschlagszahlung Dezember 2011
- 31. Januar 2012**
Restzahlung 3/2011
- 10. Februar 2012**
Abschlagszahlung Januar 2012
- 12. März 2012**
Abschlagszahlung Februar 2012
- 10. April 2012**
Abschlagszahlung März 2012
- 30. April 2012**
Restzahlung 4/2011
- 10. Mai 2012**
Abschlagszahlung April 2012
- 11. Juni 2012**
Abschlagszahlung Mai 2012
- 10. Juli 2012**
Abschlagszahlung Juni 2012
- 31. Juli 2012**
Restzahlung 1/2012
- 10. August 2012**
Abschlagszahlung Juli 2012
- 10. September 2012**
Abschlagszahlung August 2012
- 10. Oktober 2012**
Abschlagszahlung September 2012
- 31. Oktober 2012**
Restzahlung 2/2012
- 12. November 2012**
Abschlagszahlung Oktober 2012

Neuer Vertrag mit PBeaKK

Zum 1. Oktober 2011 ist ein neuer Vertrag zwischen der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) und der KVB in Kraft getreten. Mit der Unterzeichnung des neuen Vertrags können ab sofort auch Leistungen aus dem DMP-Plattformvertrag und der Diabetesvereinbarung mit dem Verband der Ersatzkassen (vdek) für Versicherte der PBeaKK (Mitgliedergruppe A) erbracht und abgerechnet werden.

Dadurch wird nun insbesondere die Abrechnung von ausgewählten Schulungs- und Gesprächsleistungen sowie die Vergütung von Diabetiker-Betreuungspauschalen ermöglicht. Außerdem gibt es für Versicherte der PBeaKK – unter den Voraussetzungen, die im DMP-Vertrag und in der Diabetesvereinbarung mit dem vdek geregelt sind – auch die Möglichkeit, eine bereits durchgeführte Diabetiker-Schulung aufzufrischen (siehe KVB INFOS 3/2011, Seite 28).

Welche konkreten Leistungen für Mitglieder der Gruppe A abrechenbar sind, können Sie den Anlagen zum neuen Vertrag mit der PBeaKK entnehmen. Er ist unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „D“* eingestellt.

Wichtige Hinweise

- Voraussetzung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen im Rahmen des Vertrags mit der PBeaKK ist eine entsprechende Genehmigung nach dem DMP-Plattformvertrag beziehungsweise nach der Diabetesvereinbarung mit dem vdek für die jeweilige Leistung. Eine gesonderte Teilnahmeerklärung an dem Vertrag mit der PBeaKK ist somit nicht erforderlich.

- Eine Einschreibung von Versicherten der PBeaKK in das entsprechende DMP ist für die Abrechnung der in den Vertragsanlagen genannten Leistungen nicht erforderlich und nicht möglich. Allerdings müssen die Voraussetzungen zur Teilnahme an den DMP auch für Versicherte der PBeaKK vorliegen.
- Die Erstellung und Abrechnung von DMP-Dokumentationen ist für Versicherte der PBeaKK nicht möglich.
- Die Abrechnungs- und Vergütungsbestimmungen für Versicherte der PBeaKK gelten analog den Verträgen mit dem vdek in der jeweils gültigen Fassung.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail Abrechnungberatung@kvb.de

Verordnung von Arzneimitteln für Kinder

Noch immer existiert bei einigen Ärzten die Meinung, Kindern könne grundsätzlich alles verordnet werden. Die Verordnung von Arzneimitteln ist jedoch für Kinder nicht uneingeschränkt möglich. Bitte beachten Sie bei der Rezeptaussstellung deshalb folgende Richtlinien:

- Das Arzneimittel muss für das entsprechende Alter des Kindes zugelassen sein.
- Apothekenpflichtige (nicht rezeptpflichtige) Arzneimittel können nur für Kinder unter zwölf Jahren und für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis 18 Jahre verordnet werden.
- Ausnahmen: Für Kinder über zwölf Jahren ohne Entwicklungsstörung gilt, wie auch für Erwachsene, die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (OTC-Ausnahmeliste).
- Das zu verordnende Arzneimittel darf nicht unter die Verordnungsausschlüsse oder Verordnungseinschränkungen der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie fallen.
- Die Anlage III gilt altersunabhängig!
- Arzneimittel der Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie (sogenannte Lifestyle-Arzneimittel) sind auch für Kinder nicht verordnungsfähig.

Bei der Verordnung von Arzneimitteln besonderer Therapierichtungen (zum Beispiel homöopathische Arzneimittel) sind diese Vorgaben ebenfalls zu beachten. Näheres zu dem Thema erfahren Sie auch im Artikel „Übersicht von Präparaten, bei denen von den Krankenkassen Rückforderungsanträge gestellt werden“ vom 6. Juni 2011 – zu finden unter

www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung-aktuell*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Pitavastatin – Ergänzung in Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) beschlossen. Die Anlage IX – Festbetragsgruppenbildung gemäß Paragraph 35 SGB V – wurde um Pitavastatin ergänzt. Der Beschluss ist am 24. August 2011 in Kraft getreten.

Mit dem Beschluss, neue Arzneimittel mit dem Wirkstoff Pitavastatin in die bestehende Festbetragsgruppe der HMG-CoA-Reduktasehemmer einzugliedern, hat der G-BA am 18. August 2011 seine erste Entscheidung im Rahmen der frühen Nutzenbewertung nach Paragraph 35a SGB V getroffen. Der Hersteller von Pitavastatin (Livazo® – in Verkehr seit dem 1. Juni 2011) hat auf den Beleg eines Zusatznutzens beziehungsweise einer therapeutischen Verbesserung verzichtet und selbst die Aufnahme in die bestehende Festbetragsgruppe beantragt.

Der Beschluss muss dem Bundesministerium für Gesundheit nicht zur Prüfung vorgelegt werden. Nach Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger wird der Festbetrag seitens des GKV-Spitzenverbands festgelegt und veröffentlicht.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Dabigatran (Pradaxa®) – Indikationserweiterung

In unserer Publikation „Arzneimittel im Blickpunkt“, Ausgabe 36, befassen wir uns eingehend mit Dabigatran und der Indikationserweiterung Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern. Hier eine Zusammenfassung:

- Mit Dabigatran, einem oralen Thrombininhibitor, steht für die Schlaganfallprophylaxe bei erwachsenen Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren (siehe Zulassung und Pharmakodynamik) eine Alternative zu Vitamin K-Antagonisten zur Verfügung.
- Die Standarddosierung beträgt zweimal täglich 150 mg. Die Einnahme muss zuverlässig alle zwölf Stunden erfolgen.
- Bei Patienten über 80 Jahren ist besondere Vorsicht geboten (cave: Blutungsrisiko, Nieren- und Leberfunktion, Gewicht). Die Fachinformation empfiehlt gegebenenfalls eine Dosisreduktion auf 110 mg zweimal täglich. In der Zulassungsstudie (RE-LY) zeigten sich für diese Dosierung keine Vorteile gegenüber Warfarin, das Blutungsrisiko war jedoch vermindert.
- Zu beachten ist die zulassungskonforme Anwendung bei Patienten unter 65 Jahren nur mit Risikofaktoren (- nach Schlaganfall, TIA oder systemischer Embolie, - Herzinsuffizienz (≥ NYHA 2) oder - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion < 40 Prozent).
- Patienten, die unter einem Vitamin K-Antagonisten gut eingestellt sind, sollten nicht umgestellt werden.
- Auch Neueinstellungen können weiterhin auf Vitamin K-Antagonisten vorgenommen werden, da nicht alle Patienten von einer Behandlung mit Dabigatran profitieren.
- Der Einsatz von beziehungsweise die Umstellung auf Dabigatran kann erwogen werden bei:
 - Problemen in der INR-Einstellung oder
 - Unverträglichkeit eines Vitamin K-Antagonisten
 - Patienten mit einer guten Adherence (Compliance)
- Im primären Endpunkt (Schlaganfall und systemische Embolien) ergab sich in der Zulassungsstudie ein kleiner, aber signifikanter Vorteil allein für die 150 mg Dosierung – bei gleichem Blutungsrisiko – im aktiven Vergleich mit Warfarin.
- Die amerikanische Leitlinie bewertet die Therapieoption als gleichwertig zu Warfarin.
- Die Tagestherapiekosten von Dabigatran (3,54 Euro sowohl in der 150 mg als auch 110 mg Dosierung) liegen zirka 18mal höher als bei Phenprocoumon (DDD, 3 mg: 0,20 Euro). Die Kosten für das Monitoring entfallen jedoch.

Sie finden die komplette Ausgabe 36 der Publikation „Arzneimittel im Blickpunkt“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittel im Blickpunkt*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Leitfaden Medizinprodukte-Betreiberverordnung

Eine Vielzahl gesetzlicher Regelungen und Vorschriften fordern Praxisbetreiber und deren Mitarbeiter auf, sich mit dem Thema Medizinprodukte in der Praxis zu beschäftigen. Die korrekte Einhaltung gesetzlicher Vorschriften und Verordnungen soll beim Einsatz von Medizinprodukten Patienten, Anwender und Dritte vor Gefahren schützen und Risiken vermeiden. Die wichtigste gesetzliche Grundlage ist die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV). Sie richtet sich direkt an den Praxisbetreiber, in der Regel also an Praxisinhaber sowie an Praxismitarbeiter, die das Medizinprodukt am Patienten anwenden. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Praxisinhaber das Produkt gekauft hat oder ein Leasingvertrag existiert. Die MPBetreibV gilt für alle Medizinprodukte, die gewerblichen oder wirtschaftlichen Zwecken dienen und in deren Gefahrenbereich Arbeitnehmer beschäftigt sind.

Für eine leichtere Umsetzung im Praxisalltag haben wir Ihnen die wesentlichen Inhalte der MPBetreibV in Form eines Leitfadens zusammengefasst. Dieser beantwortet unter anderem folgende Fragen:

- Was sind Medizinprodukte?
- Wer darf Medizinprodukte betreiben und anwenden?
- Welche Dokumentationen sind notwendig?
- Welche Hygienestandards zur Aufbereitung von Medizinprodukten sind anzuwenden?

Der Leitfaden informiert Sie auch darüber, was Sie zum Beispiel beim Thema Software beachten müssen, die Sie zur Diagnostik oder Therapie einsetzen. Denn egal, ob Ihre Software getrennt oder im Verbund mit einem Gerät ausgeliefert wird, auch sie fällt unter die MPBetreibV.

Grundsätzlich sollten Sie die Angaben zu einem Medizinprodukt, die vom Hersteller oder Vertrieb mitgeliefert werden, immer beachten. Fragen Sie danach, wenn solche Angaben bei der Lieferung nicht mit enthalten sind.

Der KVB-Leitfaden zur MPBetreibV enthält auch eine Checkliste. Damit können Sie überprüfen, ob und in welchem Umfang Verbesserungen bei der Anwendung von Medizinprodukten in Bezug auf die gesetzlichen Vorgaben in Ihrer Praxis möglich sind. Wir informieren Sie über die wichtigsten Umsetzungsschritte – vom Funktionstest vor der Anwendung über die Einweisung und die mess- und sicherheitstechnischen Kontrollen bis hin zur Wartung.

Musterdokumente im Anhang erleichtern Ihnen und Ihrem Praxispersonal die Umsetzung der in der MPBetreibV geforderten Dokumentation. Am Ende des Leitfadens finden Sie wichtige Links und Adressen von Ansprechpartnern.

Sie erhalten den Leitfaden als kostenfreien Download unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte*.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Michael Sachse unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 - 2 21
 E-Mail Michael.Sachse@kvb.de

DMP-Feedbackberichte – Online-Zustellung

Im Oktober 2011 wurden die DMP-Feedbackberichte für die Indikationen Asthma, COPD, Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 letztmalig per Post an alle teilnehmenden Praxen verschickt. Jeder DMP-Arzt kann die Feedbackberichte seiner Praxis in Zukunft online im KVB-Aktenarchivsystem SmarAkt einsehen. Durch diese neue Art der Informationsbereitstellung lässt sich die Papierflut reduzieren. Außerdem werden Druck- und Versandkosten eingespart, was allen Mitgliedern der KVB zugute kommt.

Die kostenlose Zusendung eines ausgedruckten Exemplars ist allerdings auf Wunsch auch weiterhin möglich. Dafür haben wir den letzten DMP-Feedbackberichten ein Anforderungsformular beigelegt, mit dem Sie die Berichte in Papierform kostenlos bestellen können. Der jährliche Feedbackbericht für das DMP Brustkrebs wird voraussichtlich im März 2012 zum letzten Mal in Papierform versandt. Dieser kann dann ab 2013 ebenfalls über SmarAkt eingesehen oder, falls gewünscht, als kostenloses Druckexemplar angefordert werden.

In Ihrer „DMP-Akte“ in SmarAkt erhalten Sie direkten Zugriff auf Ihren DMP-Feedbackbericht durch Auswahl des gewünschten Berichtszeitraums im Format „JJJJH“. Beispiel: Um den Bericht für das zweite Halbjahr 2011 einzusehen, geben Sie „20112“ ein.

Informationen zu SmarAkt erhalten Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 - 24 36
 Fax 0 89 / 5 70 93 - 6 49 55
 E-Mail info@ge-dmp-bayern.de

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die nebenstehenden Seminare nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB darstellen.

Informationen zu KVB-Seminaren

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 0 89 / 57 09 34 00 - 20

Informationen zu Seminaren rund um die Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern
09 11/ 9 46 67 - 3 22
09 11/ 9 46 67 - 3 23
09 11/ 9 46 67 - 3 36

Anmeldeformulare und weitere Seminare

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

Fax: 0 89 / 57 09 34 00 - 21

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.

*in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer (die Anzahl der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte der Seminarbroschüre)

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Urologen

Wege zur Arztentlastung – nutzen Sie Ihr Mitarbeiterpotential

Abrechnungsworkshop Urologen

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Patientenorientierung und Serviceverhalten am Telefon

Kompetent und sicher mit Patienten umgehen

Hautkrebsscreening

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

Gründer-/Abgeberforum

Gründer-/Abgeberforum

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterungen für Hausärzte

Abrechnungsworkshop Urologen

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Konfliktmanagement

Gründer-/Abgeberforum

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Urologen

Der erste Eindruck entscheidet – der letzte bleibt

Alles rund ums Arbeitsrecht

QM-/QZ-Seminare

Vorbereitung auf die Zertifizierung oder Re-Zertifizierung

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Digitale QM-Dokumente erstellen, pflegen und archivieren

QEP-Einführungsseminar für Psychotherapeuten in Kooperation mit der DGPT

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. November 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	16. November 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. November 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. November 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	18. November 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. November 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	160,- Euro	19. November 2011	9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	120,- Euro	19. November 2011	9.00 bis 16.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	19. November 2011	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	19. November 2011	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. November 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. November 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. November 2011	14.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	25. November 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	26. November 2011	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	30. November 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. November 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. Dezember 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	2. Dezember 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	3. Dezember 2011	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	16. November 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	18. November 2011 19. November 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	75,- Euro	30. November 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	2. Dezember 2011 3. Dezember 2011	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München

KVBIINFOS 12|11

ABRECHNUNG

- 162 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2011
- 163 Die nächsten Zahlungstermine
- 163 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen im Quartal 1/2012
- 164 Änderungen des EBM zum 1. Januar 2012
- 170 Künstliche Befruchtung

VERORDNUNGEN

- 171 Referenzpreisregelung bei Grippeimpfstoffen
- 172 Checkliste für die Verordnung von Impfstoffen
- 173 Verordnungsfähigkeit von Zubehör für Diabetiker
- 173 Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe

- 174 Therapiehinweis zu Cilostazol
- 174 Off-Label-Use von Etoposid bei Ewing-Tumoren
- 175 Off-Label-Use von Doxorubicin bei Merkelzellkarzinom
- 175 Kein Off-Label-Use für Dapson-Monotherapie
- 175 Kein Off-Label-Use von Aldesleukin

QUALITÄT

- 176 Gutscheincodes Online-Fortbildung Hygienemanagement
- 176 Externe Aufbereitung von Medizinprodukten
- 177 Sicherheit bei MRT-Untersuchungen

ALLGEMEINES

- 178 Genehmigung psychosomatische Grundversorgung
- 179 Neues Muster 10 (Laborüberweisung)

SEMINARE

- 180 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 181 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 182 Die nächsten Seminartermine der KVB

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2011

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2011 bis spätestens **Dienstag, den 10. Januar 2012**, online über das Portal „Meine KVB“ (KV-SafeNet* oder KV-Ident) oder über D2D. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Online-Abrechnung*.

Bitte überzeugen Sie sich vor der Übermittlung Ihrer Abrechnung, dass diese vollständig und korrekt ist. Wir empfehlen dazu die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung der Abrechnung vorzunehmen. Bitte beachten Sie weiterhin die persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen. Diese Regelung ist insbesondere zu beachten bei angestellten Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.

Sollten Sie trotzdem nach erfolgter Übermittlung Ihrer Abrechnung feststellen, dass Sie noch einen nachträglichen Berichtigungs- oder Ergänzungswunsch haben, schicken Sie uns Ihren Änderungswunsch bitte sofort zu. Sofern uns Ihr Wunsch innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin erreicht, können wir die Änderungen noch in Ihrer aktuellen Abrechnung berücksichtigen.

Nach den aktuell gültigen Abrechnungsbestimmungen der KVB (Paragraph 3 Absatz 3) gilt Folgendes:

(3) Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung eines bereits eingereichten Behandlungsfalles ist unbeschadet der Absätze 1 und 2 durch den Vertragsarzt innerhalb eines Monats nach Ablauf der von der KVB zur Einreichung der Abrechnung festgesetzten Frist zulässig. Ausnahmsweise kann die Abrechnung noch nach dem Ende dieser Frist berichtigt oder ergänzt werden, wenn dies

- *innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheides und der Richtigstellungsmitteilung beantragt wird,*
- *die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und*
- *die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.*

Die Gesamtversion finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“*.

Korrekturwünsche (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 2) senden Sie bitte an folgende Adresse:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unter-

schriebene Sammelerklärung (bitte das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigelegt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen das Merkblatt „Besondere Kostenträger“ zur Verfügung. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe/Besondere Kostenträger*.

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.

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

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich ausschließlich auf Ihre Abrechnung, nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätsmaßnahmen der KVB. Bei folgenden Qualitätsmaßnahmen gilt für Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum

Die nächsten Zahlungstermine

10. Januar 2012 unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch, Schmerztherapie und Sonografie in der Schwangerschaftsvorsorge.

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 1 38.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

12. Dezember 2011
Abschlagszahlung November 2011

10. Januar 2012
Abschlagszahlung Dezember 2011

31. Januar 2012
Restzahlung 3/2011

10. Februar 2012
Abschlagszahlung Januar 2012

12. März 2012
Abschlagszahlung Februar 2012

10. April 2012
Abschlagszahlung März 2012

30. April 2012
Restzahlung 4/2011

10. Mai 2012
Abschlagszahlung April 2012

11. Juni 2012
Abschlagszahlung Mai 2012

10. Juli 2012
Abschlagszahlung Juni 2012

31. Juli 2012
Restzahlung 1/2012

10. August 2012
Abschlagszahlung Juli 2012

10. September 2012
Abschlagszahlung August 2012

10. Oktober 2012
Abschlagszahlung September 2012

31. Oktober 2012
Restzahlung 2/2012

12. November 2012
Abschlagszahlung Oktober 2012

10. Dezember 2012
Abschlagszahlung November 2012

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen im Quartal 1/2012

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 1/2012 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	32.250
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	31.500
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.940
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	32.220

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

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

Änderungen des EBM zum 1. Januar 2012

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 262. Sitzung am 31. August 2011 mit Wirkung zum 1. Januar 2012 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschlossen. Die wichtigsten Änderungen einschließlich der Bewertungen nach der Bayerischen Euro-Gebührenord-

nung (B€GO) haben wir nachfolgend dargestellt. Die Beschlüsse mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungs-

ausschuss/Beschlüsse) und im Deutschen Ärzteblatt, Heft 39 vom 30. September 2011, veröffentlicht. Die Beschlüsse stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Augenärzte

Für konservativ tätige Augenärzte wird eine Strukturpauschale in den EBM aufgenommen:

GOP 06225

Zuschlag zu den Grundpauschalen nach den Nrn. 06210 bis 06212 für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte gemäß Nr. 6 der Präambel 6.1

- einmal im Behandlungsfall
EBM-Bewertung: 315 Punkte
Preis B€GO: 11,04 Euro

Im Zusammenhang mit der Aufnahme der GOP 06225 in den EBM wurde die Präambel 6.1 um einen

Punkt 6. ergänzt, der die Voraussetzungen für die Berechnung der GOP 06225 festlegt:

- nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen die augenärztliche Behandlung ausschließlich durch (einen) konservativ(e) tätige(n) Augenarzt/-ärzte erfolgt ist: In dem Quartal dürfen von dem Augenarzt keine Operationen, intravitreale Injektionen oder operative intraokulare Medikamenteneinbringungen erbracht und berechnet worden sein. Dies ist unabhängig davon, ob diese Leistungen über die KV abgerechnet wurden oder die Vergütung auf anderem Wege erfolgt ist.

- In Berufsausübungsgemeinschaften ist die GOP 06225 nicht berechnungsfähig, wenn im Behandlungsfall (Quartal) sowohl ein konservativ tätiger Augenarzt als auch ein nicht konservativ tätiger Augenarzt in Anspruch genommen wurde.

- Rechnet der konservativ tätige Augenarzt die GOP 06225 ab, erklärt er damit, dass er alle Voraussetzungen zur Abrechnung erfüllt hat.

Im Gegenzug wird die Bewertung der Grundpauschalen für Augenärzte abgesenkt.

GOP	Bewertung alt in Punkten	Wert Euro alt B€GO	Bewertung neu in Punkten	Wert Euro neu B€GO
06210	620	21,73 €	435	15,25 €
06211	515	18,05 €	360	12,62 €
06212	610	21,38 €	425	14,90 €

Humangenetik

Änderung der Präambel des Abschnitts 11.4

Aus der Präambel 11.4 Nr. 1 wurde „als Untersuchung auf Anlageträgerschaft“ gestrichen.

HNO-Ärzte

Für Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde wurden in Kapitel 9 neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen. Die Regelung ist auf Forderung des GKV-Spitzenverbandes zunächst auf zwei Jahre befristet.

GOP 09329

Zusatzpauschale bei der Behandlung eines Patienten mit akuter, schwer stillbarer Nasenblutung

- einmal am Behandlungstag
- EBM-Bewertung: 825 Punkte
Preis B€GO: 28,91 Euro

GOP 09343

Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus

- einmal im Behandlungsfall
- EBM-Bewertung: 435 Punkte
Preis B€GO: 15,25 Euro

GOP 09364

Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis nach ICD J32.-

- einmal am Behandlungstag
 - höchstens zehnmal im Behandlungsfall
 - nur innerhalb von 28 Tagen nach stationärer operativer Behandlung
 - das Datum der Entlassung ist anzugeben
 - nach einer ambulanten Operation aus 31.2 innerhalb von 21 Tagen nicht neben einem postoperativen Behandlungskomplex aus 31.4.3 berechnungsfähig
- EBM-Bewertung: 235 Punkte
Preis B€GO: 8,24 Euro

GOP 09365

Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik Typ II bis V

- einmal am Behandlungstag
- höchstens viermal im Behandlungsfall
- nur innerhalb von 28 Tagen nach stationärer operativer Behandlung
- das Datum der Entlassung ist anzugeben
- nach einer ambulanten Operation aus 31.2 innerhalb von 21 Tagen nicht neben einem postoperativen Behandlungskomplex aus 31.4.3 berechnungsfähig

EBM-Bewertung: 235 Punkte
Preis B€GO: 8,24 Euro

GOP 09372

Pauschale zur Neuverordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten beim Jugendlichen oder Erwachsenen bei Schwerhörigkeit

- einmal im Krankheitsfall
- EBM-Bewertung: 1.325 Punkte
Preis B€GO: 46,44 Euro

GOP 09373

Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen

- einmal im Krankheitsfall
- EBM-Bewertung: 1.135 Punkte
Preis B€GO: 39,78 Euro

GOP 09374

Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen

- höchstens zweimal im Krankheitsfall
- nicht vor Ablauf von 3 Monaten nach Verordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten berechnungsfähig

EBM-Bewertung: 980 Punkte
Preis B€GO: 34,35 Euro

GOP 09375

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09340, 09373 und 09374 für die Koordination des Arztes mit dem Hörgeräteakustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 09340, 09373 und 09374

- einmal am Behandlungstag
 - höchstens zweimal im Behandlungsfall
- EBM-Bewertung: 175 Punkte
Preis B€GO: 6,13 Euro

Die Verordnung von Hörgeräten und die Nachuntersuchungen nach den GOPen 09372, 09373 und 09374 setzen eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V voraus. Diese Qualitätssicherungsvereinbarung gibt es bisher nicht. Sollte die Qualitätssicherungsvereinbarung erst nach dem 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt werden, können die Gebührenordnungspositionen bis zum 31. März 2012 auch ohne die Einhaltung spezifischer Vorgaben zur Qualitätssicherung berechnet werden. Sobald der Zeitpunkt des Inkrafttretens und der Wortlaut der Qualitätssicherungsvereinbarung bekannt sind, informieren wir Sie.

GOP 09340 – Änderung

Aufgrund der Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen in den EBM wurde die Leistungslegende der GOP 09340 geändert. Die Hörgeräteanpassungs- und Gebrauchsschulung für den Jugendlichen ist

nach den GOPen 09372 bis 09374 berechnungsfähig. Der „Jugendliche“ wurde deshalb aus der Leistungslegende der GOP 09340 gestrichen. Der Bewertungsausschuss will mit einem separaten Beschluss ebenfalls zum 1. Januar 2012 spezielle Gebührenordnungspositionen für

die Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern vorgeben. Bis zum Redaktionsschluss dieser KVB INFOS lagen uns diese Änderungen noch nicht vor. Wir werden darüber noch gesondert informieren.

Phoniatern und Pädaudiologen

In der Überschrift zu Kapitel 20 und in der Nr. 1 der Präambel 20.1 wird „Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie“ geändert in „Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“

Für Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniatern und Pädaudiologen) wurden in Kapitel 20 neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen. Die Regelung ist auf Forderung des GKV-Spitzenverbandes zunächst auf zwei Jahre befristet.

GOP 20372

Pauschale zur Neuverordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten beim Jugendlichen oder Erwachsenen bei Schwerhörigkeit

- einmal im Krankheitsfall
EBM-Bewertung: 1.325 Punkte
Preis B€GO: 46,44 Euro

GOP 20373

Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen

- einmal im Krankheitsfall
EBM-Bewertung: 1.135 Punkte
Preis B€GO: 39,78 Euro

GOP 20374

Zusatzpauschale für die Nachsorge bei Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen

- höchstens zweimal im Krankheitsfall
- nicht vor Ablauf von 3 Monaten nach Verordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten berechnungsfähig

EBM-Bewertung: 980 Punkte
Preis B€GO: 34,35 Euro

GOP 20375

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20340, 20373 und 20374 für die Koordination des Arztes mit dem Hörgeräteakustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 20340, 20373 und 20374

- einmal am Behandlungstag
- höchstens zweimal im Behandlungsfall

EBM-Bewertung: 175 Punkte
Preis B€GO: 6,13 Euro

Die Verordnung von Hörgeräten und die Nachuntersuchungen nach den GOPen 20372, 20373 und 20374 setzen eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung nach § 135

Abs. 2 SGB V voraus. Diese Qualitätssicherungsvereinbarung gibt es bisher nicht. Sollte die Qualitätssicherungsvereinbarung erst nach dem 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt werden, können die Gebührenordnungspositionen bis zum 31. März 2012 auch ohne die Einhaltung spezifischer Vorgaben zur Qualitätssicherung berechnet werden. Sobald der Zeitpunkt des Inkrafttretens und der Wortlaut der Qualitätssicherungsvereinbarung bekannt sind, informieren wir Sie.

GOP 20340 - Änderung

Aufgrund der Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen in den EBM wurde die Leistungslegende der GOP 20340 geändert. Die Hörgeräteanpassungs- und Gebrauchsschulung für den Jugendlichen ist nach den GOPen 20372 bis 20374 berechnungsfähig. Der „Jugendliche“ wurde deshalb aus der Leistungslegende der GOP 20340 gestrichen. Der Bewertungsausschuss will mit einem separaten Beschluss ebenfalls zum 1. Januar 2012 spezielle Gebührenordnungspositionen für die Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern vorgeben. Bis zum Redaktionsschluss dieser KVB INFOS lagen uns diese Änderungen noch nicht vor. Wir werden darüber noch gesondert informieren.

HNO-Ärzte, Gastroenterologen, Pneumologen, Urologen – Grundpauschalen

Der Bewertungsausschuss hat 2008 die Zusatzpauschalen Onkologie in den EBM aufgenommen. Mit Wirkung zum 1. Juli 2010 wurden auf Basis von Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2008 die Bewertungen der korrespondierenden Grundpauschalen bereinigt.

Nach Abschluss der Onkologievereinbarung kam es aufgrund des dort enthaltenen Nebeneinanderberechnungsausschlusses der Kostenpauschalen der Onkologievereinbarung neben den Zusatzpauschalen Onkologie des EBM im Jahr 2010 insbesondere im Bereich der Urologie zu einem Rücklauf der Häufigkeiten der

Zusatzpauschalen Onkologie des EBM. Die betroffenen Grundpauschalen wurden deshalb überprüft und aufgewertet.

Die Bewertungen der Grundpauschalen nach den GOPen 09212, 13392, 13642, 26211 und 26212 werden wie folgt geändert:

GOP	Bewertung alt in Punkten	Wert Euro alt B€GO	Bewertung neu in Punkten	Wert Euro neu B€GO
09212	575	20,15 €	580	20,33 €
13392	555	19,45 €	560	19,63 €
13642	590	20,68 €	595	20,85 €
26211	465	16,30 €	470	16,47 €
26212	510	17,87 €	560	19,63 €

Ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen der Fachgebiete Laboratoriumsmedizin, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin

Änderung der Leistungslegenden der GOPen 01320 und 01321

Zum 1. Januar 2012 werden die Fachgebiete Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik beziehungsweise Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin aus dem Leistungsinhalt der GOP 01320 gestrichen. Der Leistungsin-

halt der GOP 01321 wird dahingehend angepasst, dass die GOP 01321 nicht für Ärzte gilt, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können.

halt der GOP 01321 wird dahingehend angepasst, dass die GOP 01321 nicht für Ärzte gilt, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können.

Mehrfache Hyposensibilisierungsbehandlung am Behandlungstag

Aufnahme einer Gebührenordnungsposition für weitere Hyposensibilisierungsbehandlungen am selben Behandlungstag:

GOP 30131
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30130 für jede weitere Hyposensibilisierungsbehandlung durch Injektion(en) zu unterschiedlichen Zeiten am selben Be-

handlungstag (zum Beispiel bei Injektion verschiedener nicht mischbarer Allergene oder Cluster- oder Rush-Therapie)

- bis zu viermal am Behandlungstag
- Angabe des jeweiligen Injektionszeitpunktes zur GOP 30130 und 30131
- mindestens 30-minütiges Nachbeobachtungsintervall

- berechnungsfähig von allen Ärzten, die auch die GOP 30130 berechnen können
- EBM-Bewertung: 200 Punkte
Preis B€GO: 7,01 Euro

Anhang 3 zum EBM – Kalkulations- und Prüfzeiten

Im Zusammenhang mit der Änderung von Bewertungen beziehungsweise der Neuaufnahme von Gebührenordnungspositionen in den EBM wurden auch die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM wie folgt angepasst:

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
06210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	15	12	nur Quartalsprofil
06211	Grundpauschale 6. bis 59. Lebensjahr	13	11	nur Quartalsprofil
06212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	nur Quartalsprofil
06225	Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	11	9	nur Quartalsprofil
09329	Zusatzpauschale bei der Behandlung eines Patienten mit akuter, schwer stillbarer Nasenblutung	25	25	Tages- und Quartalsprofil
09340	Hörgeräteanpassung und -gebrauchsschulung beim Säugling, Kleinkind und Kind	6	5	nur Quartalsprofil
09343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	17	14	nur Quartalsprofil
09364	Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis	8	6	Tages- und Quartalsprofil
09365	Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik	8	6	Tages- und Quartalsprofil
09372	Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	17	14	nur Quartalsprofil
09373	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	16	13	nur Quartalsprofil
09374	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	13	10	nur Quartalsprofil
09375	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09340, 09373 und 09374 bei Abstimmung mit dem Hörgeräteakustiker	7	6	Tages- und Quartalsprofil

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
20340	Hörgeräteanpassung und -gebrauchsschulung beim Säugling, Kleinkind und Kind	6	5	nur Quartalsprofil
20372	Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	17	14	nur Quartalsprofil
20373	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörge- räteversorgung beim Jugend- lichen und Erwachsenen	16	13	nur Quartalsprofil
20374	Zusatzpauschale für die Nach- sorge(n) bei Hörgeräteversorgung	13	10	nur Quartalsprofil
20375	Zuschlag zu den Gebührenord- nungspositionen 20340, 20373 und 20374 bei Abstimmung mit dem Hörgeräteakustiker	7	6	Tages- und Quartalsprofil
26212	Grundpauschale ab Beginn des 60. Lebensjahres	21	17	nur Quartalsprofil
30131	Zuschlag zu der Gebührenord- nungsposition 30130	2	2	Tages- und Quartalsprofil

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Künstliche Befruchtung

Zum 1. Januar 2011 wurde der Abschnitt 11.4 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. In Folge der Änderung des EBM hat der Bewertungsausschuss zum 1. Januar 2012 auch die Durchführungsempfehlung angepasst.

In der Durchführungsempfehlung sind die Leistungen vereinbart, bei denen die Versicherten im Rahmen einer künstlichen Befruchtung 50 Prozent der Kosten selbst übernehmen müssen. Hier wurden folgende Gebührenordnungspositionen neu aufgenommen:

11330 bis 11334, 11351, 11352, 11354, 11360, 11361, 11370 bis 11372, 11380, 11390, 11391, 11395, 11396, 11400, 11401, 11403, 11404, 11410 bis 11412, 11420 bis 11422, 11430 bis 11434 und 11440 bis 11443

Bitte kennzeichnen Sie diese Gebührenordnungspositionen mit dem Buchstaben Q in der KVDT-Feldkennung 5023, wenn Sie diese genetischen Untersuchungen im Rahmen einer künstlichen Befruchtung erbringen und abrechnen.

Die Durchführungsempfehlung wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) sowie im Deutschen Ärzteblatt, Heft 39 vom 30. September 2011, veröffentlicht.

Bei Fragen erreichen Sie unsere

Expertinnen

Sandra Wolf

Telefon 09 41 / 39 63 – 3 56

Nicole Meyer

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 24

E-Mail KVWP@kvb.de

Referenzpreisregelung bei Grippeimpfstoffen

Mittlerweile haben sich alle pharmazeutischen Hersteller von Grippeimpfstoffen geäußert, ob sie zum Referenzpreisniveau an die bayerischen Apotheken liefern wollen. Leider konnten sich einige Hersteller nicht dazu entschließen. Aus der Positionierung der Hersteller ergibt sich, dass die in Tabelle A aufgelisteten Grippeimpfstoffe der Saison 2011/12 auf ärztliche Verordnung als Sprechstundenbedarf von den Apotheken abgerechnet werden können. Bei diesen sind die Referenzpreisabschläge bereits eingerechnet, sodass keine nachträgliche, rechtlich unsichere Abwicklung erfolgen muss.

Nach Angabe der Krankenkassen haben die Hersteller versichert, mit

den Impfstoffen der Tabelle A und den Mengen aus der Übergangsregelung (siehe Tabelle B) den Bedarf für die laufende Impfsaison in Bayern problemlos abdecken zu können.

Die restlichen Grippeimpfstoffe der Saison 2011/12 (siehe Tabelle B) können aufgrund der Positionierung der Hersteller von den Apotheken in dieser Saison nicht regelhaft als Sprechstundenbedarf abgerechnet werden. Wir bitten Sie daher ausdrücklich, dies bei Ihren Verordnungen zu berücksichtigen. Damit ist keine Wertung dieser Impfstoffe verbunden.

Zwischen Krankenkassen und Apotheken wurde eine Übergangsregelung für die Impfstoffe der Tabelle B

getroffen. Haben die Apotheken Impfstoffe aus dieser Liste nachweislich bereits vor dem 15. August 2011 bezogen, können sie diese ausnahmsweise zu anderen Konditionen abrechnen. Diese Übergangsregelung gilt nur für begrenzte Mengen. Sie können bei Ihrer Lieferapotheke erfragen, ob entsprechende Grippeimpfstoffe der Tabelle B verfügbar sind.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Tabelle A: Generell zum Referenzpreis als Sprechstundenbedarf beziehbar

Artikelname	Hersteller
XANAFLU ¹	Abbott
AFLURIA	CSL-Behring
GRIPPE IMPFSTOFF STADA ¹	Stada
GRIPPEIMPSTOFF ratiopharm	Ratiopharm
INFLUVAC	Abbott
INFECTOVAC FLU	Infectopharm
INFLEXAL V	Baxter
PREFLUCEL ²	Baxter

¹ Laut Hersteller nur geringe Mengen verfügbar

² Baxter Deutschland hat das Paul-Ehrlich-Institut darüber informiert, dass vorsorglich ein eigenverantwortlicher Rückruf aller Chargen veranlasst wird. Diese Maßnahme traf Baxter Deutschland, da die Ursache für die erhöhte Rate von Nebenwirkungsverdachtsfällen in Verbindung mit der Charge VNV5L010 des Impfstoffes Preflucel bisher noch nicht geklärt werden konnte und die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind.

Tabelle B: Nicht regelhaft als Sprechstundenbedarf beziehbar, sondern nur teilweise in begrenzten Mengen im Rahmen der Übergangsregelung

Artikelname	Hersteller
INFLUSPLIT SSW	GlaxoSmithKline
MUTAGRIP	Sanofi Pasteur MSD
BEGRIPAL	Novartis Vaccines
MUTAGRIP Kinder	Sanofi Pasteur MSD
FLUAD	Novartis Vaccines
INTANZA	Sanofi Pasteur MSD

Checkliste für die Verordnung von Impfstoffen

Jahr für Jahr werden mehr Impfstoffe zu Lasten der GKV bestellt, als entsprechende Imp fziffern abgerechnet werden. Nach Angaben der Krankenkassen führt dies zu jährlichen Verlusten in zweistelliger Millionenhöhe. Damit Prüfanträge in Zukunft möglichst vermieden werden können (besonders brisant sind hier die saisonalen Impfungen wie zum Beispiel die Gripeschutzimpfung), haben wir Ihnen im Folgenden wichtige Informationen und Tipps zur Impfstoffverordnung zusammengestellt.

Grundsätzliche Informationen

- Vorbestellungsabfragen von Apotheken beziehungsweise pharmazeutischen Unternehmen dienen der unternehmerischen Planung der Apotheken. Gehen Sie in diesen Fällen keine verbindliche Abnahmeverpflichtung ein und vermerken Sie dies mit dem Hinweis „unverbindliche Vorbestellung“ gegebenenfalls schriftlich auf entsprechenden Vorbestellformularen.
- Bitte verordnen Sie später nicht die „vorbestellten“ beziehungsweise angeforderten Mengen eins zu eins, wenn die Menge nicht mehr benötigt wird. Verordnen Sie lieber bedarfsorientiert kleinere Mengen auf mehreren Rezepten.
- Verordnungen sollen sich in der Regel am Quartalsbedarf orientieren. Anpassungen des Impfstoffbedarfs werden häufig erst gegen Ende der Impfsaison notwendig. Eine Hilfe kann zum Beispiel Ihre Häufigkeitsstatistik des Vorjahresquartals sein. Orientieren Sie sich aber nicht ausschließlich an den früher „bestellten“ Mengen.
- Richten Sie die Kalkulation des Bedarfs nicht unbesehen an angeblichen saisonalen Impfstoffengpässen aus. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass – abgesehen von plötzlich auftretenden Pandemien – in der Regel ausreichend Impfstoffe für die gesamte Impfsaison vorhanden sind.

Weitere nützliche Hinweise zum Impfmanagement

- Verordnen Sie Influenzaimpfstoffe ausschließlich im Sprechstundenbedarf auf Muster 16a (Sprechstundenbedarfsrezept, Ziffer „9“ bereits fett eingedruckt) und kennzeichnen Sie das Feld „8“ für Impfstoffe maschinenlesbar mit der Ziffer „8“ im Fettdruck (zwecks datentechnischer Erfassung bitte nicht ankreuzen).
- Überprüfen Sie zu Ihrer eigenen Sicherheit immer, ob die Lieferung und Ihre Rezeptierung übereinstimmen.
- Lieferscheine, Rückgabebelege oder sonstige Dokumente sollten Sie mindestens fünf Jahre aufbewahren, um Rückgaben, Ersatzbeschaffungen etc. nachweisen zu können. Nachweise für Bezug und Entnahme für GKV- beziehungsweise Privatversicherte sind zu führen. Am einfachsten ist dies mit einem Impfbuch.
- Gelder für Retouren (Rücknahme durch den Hersteller) sind an die AOK Bayern abzuführen, egal ob die Gutschrift in der Apotheke oder beim Arzt erfolgt.
- Die Apotheken sind nicht verpflichtet, Impfstoffe zurückzunehmen. Soweit die Apotheke zur Rücknahme der Impfstoffe bereit ist, lassen Sie sich die Rückgabe quittieren.
- Auch eine umgehende Meldung von Retouren an die AOK Bayern kann nicht verhindern, dass die Beträge in den Prüfstatistiken ausgewiesen werden. Halten Sie Ihre Rückgabebelege bereit, damit es eine Berücksichtigung möglichst schon im Vorfeld eines Prüfverfahrens geben kann.
- Sorgen Sie zu Ihrem eigenen finanziellen Schutz dafür, dass Ihre Impfstoffbestände in Ihre Praxishaftpflichtversicherung eingeschlossen sind. So kann – zum Beispiel im Falle eines Kühlschranksdefektes – der den Kassen entstandene Schaden bei Ihrer Versicherung zugunsten des Kostenträgers geltend gemacht werden.
- Kostenträger ist in Bayern die AOK Bayern, die im Auftrag aller GKV-Kassen handelt.

Referenzpreise

Für Impfstoffe mit europäischem Vergleichspreis wurde ein neuer gesetzlicher Abschlag für pharmazeutische Hersteller eingeführt. Für diese Impfstoffe wird sich der Abgabepreis für die GKV zum Teil deutlich verringern. Dies trifft besonders für Grippeimpfstoffe zu. Sie können daher aktuell den Hinweis einer Apotheke erhalten, dass ein verordneter Impfstoff nicht abgegeben werden darf, weil der Hersteller nicht zum Referenzpreis liefert. Bitte verordnen Sie in diesem Fall eine Alternative mit Referenzpreis, sofern keine medizinischen Gründe im Einzelfall dagegen stehen. Nicht nachvollziehbare Diskrepanzen zwischen

Verordnungsfähigkeit von Zubehör für Diabetiker

verordneten Impfdosen und den entsprechenden Impfleistungen führen zu Prüfanträgen. Da auch Fälle bekannt geworden sind, in denen mehr Impfleistungen abgerechnet wurden als Impfdosen verordnet wurden, weisen wir auf die Gefahr hin, dass in solchen Fällen die Krankenkasse Anträge auf Plausibilitätsprüfungen stellen kann.

Bei Fragen erreichen Sie unsere

Expertinnen

Sandra Wolf

Telefon 09 41 / 39 63 - 3 56

Nicole Meyer

Telefon 09 11 / 9 46 67 - 2 24

E-Mail KVWP@kvb.de

Aufgrund der seit 1. Oktober 2011 geltenden Verordnungseinschränkung von Blut- und Harnteststreifen bei nicht-insulinpflichtigen Diabetikern Typ II erreichen uns vermehrt Anfragen zur Verordnungsfähigkeit von Zubehör, wie zum Beispiel Lanzetten. Zubehör ist im gleichen Umfang ordnungsfähig wie die Teststreifen im Einzelfall. Es hat sich also nichts an der Verordnungsfähigkeit des Zubehörs geändert.

Zum Zubehör zählen unter anderem:

- Stechhilfen
- Insulinpumpen
- Insulinpens
- Pumpentaschen und -gurte
- Lanzetten
- Nadeln für Insulinpens
- Kanülen
- Insulin-Einmalspritzen
- Insulinpumpen-Verbrauchsmaterial (Katheter, Adapter, Ampullen-Sets etc.)

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 57 09 34 00 - 30

Fax 0 89 / 57 09 34 00 - 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe

Zur Verordnung von Arzneimitteln mit Erythropoese-stimulierenden Wirkstoffen (ESAs) zur Behandlung der symptomatischen renalen Anämie hat der Gemeinsame Bundesausschuss einen Therapiehinweis erstellt, der seit 22. September 2011 in Kraft ist.

Belegte Therapieziele aufgrund randomisierter kontrollierter Studien sind ein Anstieg des Hämoglobin (Hb)-Wertes und eine Verringerung beziehungsweise Vermeidung von Bluttransfusionen. Die Studien zeigen aber auch, dass ein zu hoher Hämoglobinzielwert (> 12g/dl) schwerwiegende Risiken (zum Beispiel Erhöhung der Schlaganfallrate, thromboembolische Komplikationen) beinhaltet. Eine wesentliche Steigerung der Lebensqualität konnte bisher nicht eindeutig belegt werden.

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Ordnungsweise sowie eine Auflistung der zur Behandlung der Niereninsuffizienz zugelassenen Präparate und deren Therapiekosten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 57 09 34 00 - 30

Fax 0 89 / 57 09 34 00 - 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Therapiehinweis zu Cilostazol

Der Gemeinsame Bundesausschuss kam zu dem Ergebnis, dass nur für ausgewählte Patienten ein medikamentöser Therapieversuch mit Cilostazol wirtschaftlich ist, und zwar dann, wenn kumulativ folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die Gehleistung ist nicht durch andere Faktoren limitiert, wie zum Beispiel eine Gonarthrose oder Polyneuropathie.
- Revaskularisierende Interventionen sind nicht angezeigt.
- Ein Gehtraining ist erfolglos geblieben oder kann nicht durchgeführt werden.
- Eine Nikotinkarenz wird beachtet.
- Aufgrund der Claudicatio bestehen im Alltag relevante Einschränkungen, und selbst moderate Verlängerungen der Gehstrecke können ein Zugewinn an Lebensqualität bedeuten. Davon kann bei maximalen Gehstrecken unter 200 Metern meist ausgegangen werden.

Eine Überlegenheit von Cilostazol gegenüber Naftidrofuryl ist nicht belegt. Unter dem Wirtschaftlichkeitsaspekt ist daher die kostengünstigere Therapie zu bevorzugen. Falls Cilostazol nach drei Monaten keine Wirkung zeigt, soll die Behandlung abgebrochen werden. Bei Fortsetzung der Behandlung sollte der Therapieerfolg dokumentiert und jährlich reevaluiert werden. Eine unkritische lebenslange Dauerbehandlung ist nicht indiziert.

Die wichtigsten Eckpunkte des Therapiehinweises finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Off-Label-Use von Etoposid bei Ewing-Tumoren

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen: Die Anlage VI, Teil A (Arzneimittel, die unter Beachtung der dazu gegebenen Hinweise in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – verordnungsfähig sind) wurde um den Absatz „VII Etoposid bei Ewing-Tumoren in verschiedenen Kombinationen“ ergänzt.

Acht pharmazeutische Hersteller haben den bestimmungsgemäßen Gebrauch anerkannt:

- BERAGENA Arzneimittel GmbH
- cell Pharm GmbH
- HEXAL AG
- HIKMA Farmaceutica (Portugal), S. A.
- medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH
- Neocorp AG
- Pharmachemie BV
- TEVA GmbH

14 weitere Hersteller haben keine entsprechende Erklärung abgegeben, sodass deren Etoposid-haltige Produkte für diese Off-Label-Indikation nicht verordnet werden können.

Eine ausführliche Information inklusive des Fazits der Expertengruppe Off-Label-Use des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Off-Label-Use von Doxorubicin bei Merkelzellkarzinom

Der Off-Label-Use von Doxorubicin bei der palliativen Behandlung des disseminierten oder lokoregionär fortgeschrittenen/inoperablen Merkelzellkarzinoms ist seit 15. Oktober 2011 zulässig, wenn lokale Behandlungsmöglichkeiten mit Operation und/oder Radiatio ausgeschöpft oder nicht möglich sind. Bei Patienten, die auf die Behandlung ansprechen, werden die Kombination von Doxorubicin mit Cyclophosphamid und Vincristin (CAV-Schema) und eine Anwendung in sechs Zyklen empfohlen.

Zehn pharmazeutische Hersteller haben dem bestimmungsgemäßen Gebrauch zugestimmt:

- Actavis Group PTC ehf
- cell Pharm GmbH
- EBEWE Pharma GmbH Nfg. KG
- HEXAL AG
- HIKMA Farmaceutica (Portugal) S. A.
- medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH
- Medicopharm AG
- Neocorp AG
- Pharmachemie BV
- TEVA GmbH

23 weitere Hersteller haben keine entsprechende Erklärung abgegeben, sodass deren Doxorubicin-haltigen Produkte für diese Off-Label-Indikation nicht verordnet werden können.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Kein Off-Label-Use für Dapson-Monotherapie

Die Expertengruppe Off-Label des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte kam in ihrer Bewertung zu dem Schluss, dass aufgrund der vorliegenden klinischen Ergebnisse Dapson peroral für die Monotherapie der Pneumocystis-carinii-Pneumonie (PCP) bei HIV-infizierten Patienten nicht empfohlen werden kann.

Auch wenn die Bewertung der Expertengruppe ausschließlich für die Monotherapie der PCP mit Dapson gilt, können weitere Hinweise der Expertengruppe Off-Label zur Prophylaxe und Kombinationstherapie nicht zur Grundlage von Behandlungsstrategien gemacht werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Kein Off-Label-Use von Aldesleukin

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen: Die Anlage VI, Teil B (Wirkstoffe, die im zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – nicht verordnungsfähig sind) wurde um den Absatz „IX. Aldesleukin (auch als Adjuvans) bei HIV/AIDS“ ergänzt. Der Beschluss ist am 15. Oktober 2011 in Kraft getreten.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Gutscheincode Online-Fortbildung Hygienemanagement

Seit April 2011 finden interessierte Ärzte und Praxismitarbeiter auf Cura Campus, dem Internet-Fortbildungsportal der KVB, die Online-Fortbildungsreihe zum Hygienemanagement. Die vier derzeit laufenden Fortbildungsthemen lauten:

- Händehygiene und Wäschemanagement
- Desinfektionsmittel und Abfallmanagement
- Aufbereitung Medizinprodukte
- Injektionen und Punktionen

Für Mitglieder der KVB sind die Fortbildungen kostenlos. Um die Prüfung zu absolvieren, melden sich niedergelassene Ärzte auf der Startseite www.curacampus.de über den Login-Button mit ihrer KVB-Benutzerkennung an. Über die Auswahl-funktion kann die gewünschte Prüfung gestartet werden.

Praxismitarbeiter der KVB-Mitglieder können die Fortbildung mithilfe eines Gutscheincode ebenfalls kostenlos absolvieren. Hierzu muss auf Cura Campus eine eigene Anmeldung über den Selbstregistrierungs-Button auf der Startseite erfolgen. Eine Anmeldung über die Benutzerkennung des Arztes beziehungsweise KVB-Mitglieds ist nicht möglich.

Nach Abschluss der Selbstregistrierung wird über ein Bestätigungsverfahren per E-Mail die neue persönliche Benutzerkennung verschickt, mit der sich der Praxismitarbeiter künftig bei Cura Campus anmelden kann. Nach dem Login und Klick auf die gewünschte Fortbildung kann dann auch der entsprechende Gutschein eingelöst werden.

Hier eine Übersicht über die Gutscheincode der einzelnen Fortbildungen:

- Hygienemanagement 1:
HYG4-939E-B015-B924-F93B-318D
- Hygienemanagement 2:
37DA-1ABE-8D26-4881-AD12-91BA
- Hygienemanagement 3:
HYGF-81CF-77FB-8FD4-3389-BF4A
- Hygienemanagement 4:
HYG4-0383-5ECE-DEBB-4D5E-ABB8

Weiterführende Informationen zur Online-Fortbildung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte/Online-Fortbildung*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

Externe Aufbereitung von Medizinprodukten

Bei der Aufbereitung von Medizinprodukten für die Praxis müssen diese nach Empfehlung des Robert Koch-Instituts zur Anforderung an die Hygiene klassifiziert werden. Viele Praxisinhaber suchen aufgrund des erheblichen Aufwands sowie der Kosten nach möglichen Alternativen für die Aufbereitung von Medizinprodukten. Die KVB hat eine Befragung hinsichtlich der Möglichkeit zur Aufbereitung von Medizinprodukten für Externe an allen bayerischen Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren durchgeführt. Dank der Kooperationsbereitschaft der angefragten Institutionen können wir unseren Mitgliedern eine umfangreiche Liste entsprechender Einrichtungen zur Verfügung stellen. Mithilfe dieser Liste erfahren Sie, wer in Ihrer näheren Umgebung eine fachgerechte Aufbereitung von Medizinprodukten für Ihre Praxis durchführt. Auf diese Weise besteht auch für kleinere Praxen die Möglichkeit, ihre Medizinprodukte rechtskonform aufzubereiten und bei einer möglichen Begehung durch die Behörden keine Beanstandungen zu erfahren.

Sie finden die Liste mit den Institutionen zur Aufbereitung von Medizinprodukten unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Umfrage*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

Sicherheit bei MRT-Untersuchungen

Die klassischen Kontraindikationen bei MRT-Untersuchungen sind Herzschrittmacher, Defibrillatoren, Medikamentenpumpen, ferromagnetische Fremdkörper oder Clips in kritischer Position (zum Beispiel Auge). Dies ist bei Ärzten und Patienten hinreichend bekannt. Größere Unkenntnis und Unsicherheit herrscht dagegen hinsichtlich der Gefahr thermischer Hautschäden bei Trägern von Tattoos, Permanent Make-up oder transdermalen Pflastern. Solche Ängste werden durch Schlagzeilen in der Boulevardpresse (wie etwa „Wer Tattoo trägt, kann in dieser Röhre verbrennen“) noch geschürt.

Fakt ist, dass durch MRT-Untersuchungen verursachte thermische Nebenwirkungen oder gar Hautschäden bei Trägern von Tattoos oder Permanent Make-up sehr selten sind. So wurde in einer Studie von Tope et al [1] bei einem Kollektiv von 135 untersuchten Patienten von einer Ereignisrate von 1,5 Prozent berichtet. Lediglich zwei Patienten haben hierbei über transiente Beschwerden geklagt, über bleibende Hautschäden wurde in keinem Fall berichtet. Allerdings gibt es mehrere dokumentierte und publizierte Fallberichte von thermischen Hautschäden bis zu Verbrennungen zweiten Grades [2 - 4].

Mögliche physikalische Ursachen sind die Induktion elektrischer Ströme und die direkte Erwärmung durch den Hochfrequenzpuls. In den publizierten Fällen wurden für die thermischen Hautschäden Eisenoxidpartikel in den verwendeten Farben verantwortlich gemacht. In diesen Fällen betraf dies durchweg schwarze Tattoos. Es gibt jedoch auch einen Fallbericht über eine Verbrennung ersten Grades bei nicht Eisenoxidhaltigen Tattoos [5].

Schlussfolgerungen

Da in der Praxis weder eine genaue Kenntnis der Zusammensetzung, noch eine belastbare Klassifizierung des Gefährdungspotenzials zu erreichen sein wird, ist die einzige praktikable und wirksame Maßnahme eine adäquate Aufklärung und Dokumentation (Aufklärungsbogen). Träger von Tattoos oder Permanent Make-up müssen darauf hingewiesen werden, die Untersuchung zu unterbrechen oder vollständig abbrechen, wenn eine Hitzewahrnehmung entsteht. Transdermale Pflaster müssen entfernt werden.

Um eine reibungslose und sichere MRT-Untersuchung zu gewährleisten, sollten darüber hinaus folgende Punkte beachtet werden:

- Bereits im Vorfeld einer Untersuchung (idealerweise vor der Terminvereinbarung) müssen Kontraindikationen ausgeschlossen werden. Die MRT-Tauglichkeit von Implantaten, Herzklappen, Clips etc. muss ebenfalls sichergestellt sein, da an dem Termin selbst in der Kürze der Zeit eine verbindliche Aussage hierzu in der Regel nicht mehr zu treffen ist.
- Aufgrund der NSF-Problematik (nephrogene systemische Fibrose) sollte bei Kontrastmitteluntersuchungen ein aktueller Kreatininwert oder eine GFR vorliegen.

Fußnoten

- [1] Tope WD, Shellock FG. Magnetic resonance imaging and permanent cosmetics (tattoos): survey of complications and adverse events. *J Magn Reson Imaging* 2002;15:180-184 CrossRefMedline
- [2] Vahlensieck M. Tattoo related cutaneous inflammation (burn grade 1) in a mid field MR scanner. *Eur Radiol*2000 ;10:197 CrossRef-Medline
- [3] Kreidstein ML, Giguere D, Freiberg A. MRI interaction with tattoo pigments: case report, pathophysiology, and management. *Plast Reconstr Surg* 1997;99:1717-1720 Medline
- [4] Wagle WA, Smith M. Tattoo-induced skin burn during MR imaging. *AJR* 2000;174:1795
- [5] Franiel, T. First-Degree burns on MRI due to nonferrous tattoos. *Am.J.Roentgenol.* November 1, 2006 187:W556

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Isabelle Bernhart
Telefon 0 89 / 5 70 93 - 23 47
E-Mail Isabelle.Bernhart@kvb.de

Genehmigung psychosomatische Grundversorgung

Wer als Arzt in der vertragsärztlichen Versorgung die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110 EBM erbringen und abrechnen will, muss gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen nach der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zu den Bundesmantelverträgen) nachweisen. Die Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung setzt gemäß Paragraph 5 Absatz 6 der Psychotherapie-Vereinbarung im Einzelnen voraus:

- „(...) den Nachweis einer mindestens dreijährigen Erfahrung in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit“

und

- „(...) die Vorlage von Weiterbildungszeugnissen, nach denen Kenntnisse in einer psychosomatisch orientierten Krankheitslehre, reflektierte Erfahrungen über die Psychodynamik und therapeutische Relevanz der Arzt-Patient-Beziehung und Erfahrungen in verbalen Interventionstechniken als Behandlungsmaßnahme erworben wurden. Aus Zeugnissen und Bescheinigungen muss hervorgehen, dass entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in einem Umfang von insgesamt mindestens 80 Stunden erworben wurden.“

Im Rahmen dieser Gesamtdauer müssen gesondert belegt werden:

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

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

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

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

Bei der unter Ziffer 2 geforderten Balint- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppenarbeit ist

zu beachten, dass sie kontinuierlich in regelmäßigen Abständen über mindestens ein halbes Jahr bis maximal 18 Monate erfolgen muss. Kontinuität ist nur dann gegeben, wenn mindestens vier Termine stattgefunden haben. Der zeitliche Abstand zwischen den einzelnen Sitzungen darf einen Monat nicht unterschreiten.

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter	
Telefon	0 89 / 57 09 34 00 – 10
Fax	0 89 / 57 09 34 00 – 11
E-Mail	Abrechnungsberatung@kvb.de

Neues Muster 10 (Laborüberweisung)

Das Muster 10 (Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung) wurde zum 1. Januar 2012 überarbeitet: Die Abrechnungsfelder entfallen. Auf Wunsch vieler Ärzte wurde das bisherige Feld „Auftrag“ in drei separate Felder aufgeteilt. Dadurch wurde mehr Platz für Diagnose/Verdachtsdiagnose, Befund/Medikation und Auftrag geschaffen. Auch die Änderungswünsche der Laborärzte, die der Optimierung der Arbeitsabläufe im Labor dienen sollen, wurden berücksichtigt. Neu sind daher die Felder Abnahmedatum, Abnahmezeit, Behandlung gemäß Paragraph 116b SGB V, eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß Paragraph 16 Absatz 3a SGB V, Empfängnisregelung/Sterilisation/Schwangerschaftsabbruch sowie Befundübermittlung.

Bitte beachten Sie, dass das neue Muster mit einer Stichtagsregelung eingeführt wird. Vom Kohlhammer-Verlag erhalten alle Praxen, die dort seit dem 1. Januar 2009 die Muster 10 bezogen haben, Mitte Dezember 2011 ein Erstausstattungspaket. Eine gesonderte Bestellung ist somit nicht notwendig.

Alte Vordrucke können nach dem 1. Januar 2012 nicht mehr verwendet werden. Das Muster 10A (Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften) bleibt jedoch unverändert.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail VUS-Vertragspolitik@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und praxisbezogen.

Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. (Modul I und Update Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I und Update Modul I)
- erfahrenen notärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraf 4 BDO-KVB)
- alle interessierten Ärzte, die sich auf richtiges Handeln in Notfallsituationen vorbereiten möchten

Modul I

- kardiozirkulatorische Notfälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation

- Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council (ERC 2010)
- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleinstgruppen, Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- Samstag, 11. Februar 2012
München/KVB
- Samstag, 10. März 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 28. April 2012
Würzburg/KVB
- Samstag, 7. Juli 2012
München/KVB
- Samstag, 13. Oktober 2012
Fachhochschule Nürnberg
- Samstag, 17. November 2012
Augsburg/KVB

Neu: Update Modul I

Notfälle erfordern Ihr schnelles und effektives Handeln. Wenn Sie eine Reanimation durchführen müssen, erwartet man von Ihnen als Arzt souveränes Vorgehen. Um das gewährleisten zu können, müssen Sie regelmäßig alle Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation trainieren. Das ist der Erfolgsfaktor Nummer eins für ein geordnetes und effektives Vorgehen nach den aktuellen Guidelines.

Am Update Modul I können alle Ärzte teilnehmen, die in den vergangenen fünf Jahren das Modul I in der KVB absolviert haben. Basiskenntnisse (BLS, ALS) werden vorausgesetzt.

- Guidelines: Aktuelle Entwicklungen und Umsetzung
- umfassendes und individuelles Reanimationstraining in Kleinstgruppen
- Airway-Management
- Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 45,- Euro

Uhrzeit: 9.30 bis 12.45 Uhr

Termine Update Modul I:

- Samstag, 24. März 2012
München/KVB
- Samstag, 12. Mai 2012
Augsburg/KVB
- Samstag, 16. Juni 2012
Nürnberg/KVB
- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- pädiatrische Akut- und Notfälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.15 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 21. März 2012
Bayreuth/KVB
- Mittwoch, 18. April 2012
München/KVB

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

- Mittwoch, 26. September 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 7. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City
- Mittwoch, 21. November 2012
Augsburg/KVB

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine Modul III:

- Mittwoch, 15. Februar 2012
Augsburg/KVB
- Mittwoch, 14. März 2012
Bayreuth/KVB
- Mittwoch, 20. Juni 2012
München/KVB
- Mittwoch, 24. Oktober 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 28. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich.

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder
unter www.kvb.de in der Rubrik
*Praxis/Fortbildung/Akutsituationen im
Bereitschaftsdienst.*

In unserem neu konzipierten Seminar werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Guidelines. In einem ausführlichen, individuellen Training an modernen Simulatoren können sie die notfallmedizinisch relevanten Aspekte herausarbeiten und ihr Notfallmanagement praktisch erproben. Gerne berücksichtigen wir dabei individuelle Praxischwerpunkte. Wir analysieren auf Wunsch auch Ihre praxiseigene Notfallausrüstung. Bitte bringen Sie sie einfach zum Seminar mit.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam)

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweise bei kardiovaskulären Notfällen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 95,- Euro

Uhrzeit: 13.30 bis 18.00 Uhr

Termine:

- Samstag, 24. März 2012
München/KVB
- Samstag, 12. Mai 2012
Augsburg/KVB
- Samstag, 16. Juni 2012
Nürnberg/KVB
- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die nebenstehenden Seminare nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB darstellen.

Informationen zu KVB-Seminaren

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 0 89 / 57 09 34 00 - 20

Informationen zu Seminaren rund um die Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern
09 11/ 9 46 67 - 3 22
09 11/ 9 46 67 - 3 23
09 11/ 9 46 67 - 3 36

Anmeldeformulare und weitere Seminare

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

Fax: 0 89 / 57 09 34 00 - 21

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.

*in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer (die Anzahl der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte der Seminarbroschüre)

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Urologen

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

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

Die Privatabrechnung heute und morgen

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Hautkrebsscreening

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Professionell telefonieren

Fit für den Empfang

Arzneimittelvereinbarung 2012 und pharmakologische Fortbildung

Arzneimittelvereinbarung 2012 und pharmakologische Fortbildung

Arzneimittelvereinbarung 2012 und pharmakologische Fortbildung

Arzneimittelvereinbarung 2012 und pharmakologische Fortbildung

Arzneimittelvereinbarung 2012 und pharmakologische Fortbildung

Arzneimittelvereinbarung 2012 und pharmakologische Fortbildung

Arzneimittelvereinbarung 2012 und pharmakologische Fortbildung

QM-/QZ-Seminare

Informationsveranstaltung „MRSA positiv!“* MRSA-Patienten in der Praxis

Hygienemanagement in der Arztpraxis

Informationsveranstaltung „MRSA positiv!“* MRSA-Patienten in der Praxis

QEP-Einführungsseminar 1,5-tägig für Haus- und Fachärzte

Hygienemanagement in der Arztpraxis

Lokales Moderatorentreffen

Lokales Moderatorentreffen
(speziell für psychotherapeutische QZ-Moderatoren)

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Dezember 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Dezember 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	7. Dezember 2011	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	95,- Euro	10. Dezember 2011	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. Dezember 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	160,- Euro	14. Dezember 2011	13.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. Dezember 2011	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. Dezember 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. Dezember 2011	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Januar 2012	16.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Januar 2012	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Januar 2012	16.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Januar 2012	19.30 bis 21.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Januar 2012	16.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Januar 2012	16.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Januar 2012	16.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	20. Januar 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	31. Januar 2012	14.30 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	8. Februar 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber/-mitarbeiter	220,- Euro	10. Februar 2012 11. Februar 2012	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber/-mitarbeiter	kostenfrei	29. Februar 2012	14.30 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	1. Februar 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	8. Februar 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg

