

1. Nachtrag zur Vereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

(KVB)

und

der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

-Körperschaft des öffentlichen Rechts-

(AOK)

zur

Anlage B zum Gesamtvertrag AOK

über

Regionale Vereinbarung

zur strukturellen und finanziellen Förderung ausgewählter Leistungen

Gliederung:

1. Neufassung von Teil I: Abrechenbare Leistungen.....	3
2. Neufassung von Teil II: Abrechnungsbestimmungen.....	14
3. Neufassung Anlagen.....	15

1. Neufassung von Teil I: Abrechenbare Leistungen

Mit Wirkung zum 1. April 2010 wird in Teil I, Punkt 10.3 b. wie folgt gefasst:

- b. **Strahlenschutz:** Nachweis eines positiven Audits der Ärztlichen Stelle der Bayerischen Landesärztekammer mit einer Bewertung nicht schlechter als Note 2 innerhalb der letzten 3 Jahre ab Einreichungsdatum der Teilnahmeerklärung. Unterhält der Arzt mehrere Betriebsstätten an denen strahlentherapeutische Leistungen erbracht werden, so muss der Nachweis über den Strahlenschutz für jede dieser Betriebsstätten erbracht werden.

Mit Wirkung zum 1. April 2010 wird in Teil I, Punkt 10.4 a. wie folgt gefasst:

- a. **Strahlenschutz:** Der Nachweis des positiven Audits der Ärztlichen Stelle der Bayerischen Landesärztekammer mit einer Bewertung nicht schlechter als Note 2 ist alle 3 Jahre zu erbringen. Die dreijährige Nachweisfrist beginnt jeweils mit dem Ausstellungsdatum des nach diesen Vorschriften zuletzt gültigen Audits.

Mit Wirkung zum 15. November 2010 wird in Teil I, Punkt 12 ersetzt:

12 Sehstörungen im Kindesalter ab 15.11.2010

12.1 Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die Verbesserung der Behandlung von Sehstörungen im Kindesalter (Kinder bis einschließlich sechs Jahre), vor allem von Schielerkrankungen, durch die Förderung von orthoptischen Leistungen.

12.2 Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte für Augenheilkunde. Ermächtigte Ärzte sind von der Teilnahme ausgenommen.

12.3 Teilnahmevoraussetzungen

- a. **Teilnahmeerklärung:** Einsendung der Teilnahmeerklärung Arzt (siehe Anlage 3)
- b. **Präsenzveranstaltung:** Nachweis der Teilnahme an einer oder mehreren Präsenzveranstaltungen mit einer Gesamtdauer von mindestens drei Stunden zum Thema Sehstörungen im Kindesalter. Eine aktuelle Liste, der als Teilnahmevoraussetzung gültigen Veranstaltungen, steht auf der KVB Homepage www.kvb.de unter der Rubrik Praxis → Qualität → Qualitätsprogramm → Sehstörungen im Kindesalter zur Verfügung.
- c. **Online-Fachwissensprüfung:** Erfolgreiches Absolvieren der Online-Fachwissensprüfung zum Thema Sehstörungen im Kindesalter auf dem KVB Fortbildungsportal Cura Campus®. Pro Quartal hat der Teilnehmer zwei Prüfungsversuche.

12.4 Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. **Erneute Präsenzveranstaltung:** Spätestens drei Jahre nach einer besuchten Präsenzveranstaltung zum Thema Sehstörungen im Kindesalter gemäß 12.3 b. muss der teilnehmende Arzt erneut eine oder mehrere Präsenzveranstaltungen mit einer Gesamtdauer von mindestens drei Stunden besuchen und den Nachweis bei der KVB einreichen. Es gilt das Veranstaltungsdatum. Eine aktuelle Liste der gültigen

Veranstaltungen steht auf der KVB Homepage www.kvb.de unter der Rubrik Praxis → Qualität → Qualitätsprogramm → Sehstörungen im Kindesalter zur Verfügung.

- b. Erneute Online-Fachwissensprüfung:** Spätestens ein Jahr nach der erfolgreich absolvierten Online-Fachwissensprüfung zum Thema Sehstörungen im Kindesalter auf dem KVB Fortbildungsportal Cura Campus® gemäß 12.3 c. muss der teilnehmende Arzt erneut die Online-Fachwissensprüfung erfolgreich absolvieren. Es gilt das Quartal der erfolgreich absolvierten Online-Fachwissensprüfung. Pro Quartal hat der Teilnehmer zwei Prüfungsversuche.
- c. Kooperation mit Kinder- oder Hausärzten:** Die teilnehmenden Augenärzte sind verpflichtet, mit Kinder- oder Hausärzten, welche die Augenuntersuchung im Rahmen der U7a Vorsorgeuntersuchung durchführen, zu kooperieren. Ein vom Kinder- oder Hausarzt als auffällig diagnostiziertes Kind erhält eine schnelle, fachlich hoch qualifizierte Weiterbehandlung. Die dafür benötigten Informationen werden vom teilnehmenden Augenarzt beim behandelnden Kinder- oder Hausarzt eingeholt.

12.5 Pflichten der AOK

Ziel ist es, die Kooperation der an dieser Qualitätsmaßnahme teilnehmenden Augenärzte und der Haus- und Kinderärzte zu fördern und die Versorgung der Patienten zu verbessern. Daher wird die AOK alle am Vertrag zur pädiatriezentrierten Versorgung teilnehmenden Haus- und Kinderärzte, welche die Augenuntersuchung im Rahmen der U7a Vorsorgeuntersuchung durchführen, über die Qualitätsmaßnahme informieren. Bei Auffälligkeiten werden die betroffenen Haus- und Kinderärzte aufgefordert, eine weitere Behandlung – idealerweise durch an diesem Vertrag teilnehmende Augenärzte – zu veranlassen.

12.6 Abrechnung und Vergütung

- a.** Für jede abgerechnete und anerkannte Leistung nach GOP 06320 EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 15 Euro vergütet.
- b.** Für jede abgerechnete und anerkannte Leistung nach GOP 06321 EBM für Kinder bis zu einem Alter von einschließlich sechs Jahren wird ein Zuschlag in Höhe von 13 Euro vergütet.
- c.** Eine gesonderte Abrechnung für die unter 12.6 a. und b. genannten Zuschläge ist nicht erforderlich.

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 wird in Teil I, Punkt 14 neu eingefügt:

14 Risikoprävention bei Kinderwunsch ab 01.10.2010

14.1 Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die Förderung einer leitfadengestützten Beratung zur Risikoprävention für Frauen mit Kinderwunsch.

14.2 Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte für Frauenheilkunde. Ermächtigte Ärzte sind von der Teilnahme ausgenommen.

14.3 Teilnahmevoraussetzungen

- a. **Teilnahmeerklärung:** Einsendung der Teilnahmeerklärung Arzt (siehe Anlage 4).
- b. **Nachweis Impfqualifikation:**

Nachweis der Teilnahme an einer Präsenzveranstaltung im Rahmen einer Fortbildung zum Thema Impfen nach Kategorie A oder C der Richtlinie zum „freiwilligen Fortbildungszertifikat der Bayerischen Landesärztekammer“,

- die mindestens vier Zeitstunden umfasst (äquivalent: mind. 5 CME-Punkte) oder
- maximal zwei Fortbildungsnachweise zum Thema Impfen, die zusammen mindestens fünf CME-Punkte umfassen.

Von der Anerkennung ausgeschlossen sind pharmagesponserte Produktschulungen. Die Teilnahme an der/den Veranstaltungen muss innerhalb der letzten 5 Jahre (1.800 Kalendertage) ab Einreichungsdatum der Teilnahmeerklärung stattgefunden haben oder muss innerhalb der Übergangsfrist bis 31.12.2010 erbracht werden.

14.4 Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. **Impfqualifikation:** Nachweis der Impfqualifikation nach Punkt 13.3.b. muss alle fünf Jahre erbracht werden. Die fünfjährige Nachweisfrist beginnt jeweils mit dem Ausstellungsdatum der nach diesen Vorschriften zuletzt gültigen Impffortbildung/en.
- b. **Leitfadengestützte Beratung:** Die Beratung erfolgt auf Grundlage des aktuell gültigen Beratungsleitfadens.

- c. **Elektronische Dokumentation:** Ab 01.01.2011 muss jedes abgerechnete Beratungsgespräch zudem über das von der KVB bereitgestellte Onlineportal für ambulante Leistungen (OPAL) elektronisch dokumentiert werden. Die elektronischen Dokumentationen sind jeweils bis zum 10. des ersten Monats des Folgequartals (10.01., 10.04., 10.07., 10.10.) einzureichen. Das Onlineportal ist ausschließlich über eine sichere Anbindung (KV-SafeNet oder KV-Ident) erreichbar.

14.5 Abrechnung und Vergütung

Für jedes durchgeführte und ab 01.01.2011 elektronisch dokumentierte Beratungsgespräch bei Risikoprävention mit Kinderwunsch ist die GOP **97020** durch den Arzt in seiner Quartalsabrechnung anzusetzen. Die GOP **97020** wird mit 10,00 Euro vergütet. Die GOP kann pro Patientin im Alter bis einschließlich 40 Jahre maximal ein Mal im Krankheitsfall angesetzt werden.

Mit Wirkung zum 1. Januar 2011 wird in Teil I, Punkt 15 neu eingefügt:

15 Allergologie ab 01.01.2011

15.1 Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die nachhaltige Förderung der spezifischen Immuntherapie (SIT) durch eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Leistungserbringung bei gleichzeitiger Sicherstellung der Therapieadhärenz.

15.2 Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle zugelassenen oder in einer niedergelassenen Praxis oder in einem MVZ angestellten Ärzte mit Vertragsarztsitz in Bayern und der Zusatz-Weiterbildung Allergologie. Ermächtigte Ärzte sind von der Teilnahme ausgenommen.

15.3 Teilnahmevoraussetzungen

- a. **Teilnahmeerklärung:** Einsendung der ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung Arzt (siehe Anlage 5).
- b. **Zusatz-Weiterbildung Allergologie:** Nachweis über den Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Allergologie nach der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns.
- c. **Fortbildung im Bereich Allergologie/Immunologie:** Nachweis der Absolvierung einer von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannten Fortbildung im Bereich Allergologie/Immunologie. Die Fortbildung muss innerhalb des letzten Jahres ab Einreichungsdatum der Teilnahmeerklärung stattgefunden haben.
- d. **eTIKS:** Nachweis der erfolgreichen Teilnahme am individualisierten und industrieunabhängigen Webtraining für eine schnelle und praxisrelevante Beurteilung von Arzneimittelwirksamkeiten (eTIKS). Der Zugang zu eTIKS erfolgt entweder über das Mitgliederportal "Meine KVB" (Voraussetzung KV-SafeNet oder KV-Ident) oder über den zugangsgeschützten Internetbereich der KVB.
- e. **Notfalltraining für Arztpraxen:** Nachweis der Absolvierung eines von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannten Notfalltrainings für Arztpraxen. Das Notfalltraining muss innerhalb der letzten zwei Jahre ab Einreichungsdatum der Teilnahmeerklärung stattgefunden haben.

- f. **Schockbehandlung:** Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine ggf. erforderliche Schockbehandlung und Intubation.
- g. **Notfallausrüstung:** Vorhalten einer funktionsfähigen Notfallausrüstung mit definierter Mindestausstattung nach der jeweils gültigen Fassung der Leitlinie Nr. 061/025 „Akuttherapie anaphylaktischer Reaktionen“.

15.4 Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. **Jährliche Fortbildung im Bereich Allergologie/Immunologie:** Jährlicher Nachweis der Absolvierung einer von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannten Fortbildung im Bereich Allergologie/Immunologie. Die jährliche Nachweisfrist beginnt jeweils mit dem Ausstellungsdatum der nach diesen Vorschriften zuletzt gültigen Fortbildung im Bereich Allergologie/Immunologie.
- b. **Zweijährliches Notfalltraining für Arztpraxen:** Zweijährlicher Nachweis der Absolvierung eines von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannten Notfalltrainings für Arztpraxen. Die zweijährliche Nachweisfrist beginnt jeweils mit dem Ausstellungsdatum des nach diesen Vorschriften zuletzt gültigen Notfalltrainings.
- c. **Behandlung nach aktuell geltenden Leitlinien:** Behandlung nach den - in ihrer jeweils gültigen Fassung - geltenden Leitlinien für „Diagnostik und Therapie Allergologie und klinische Immunologie“ der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie.
- d. **Elektronische Dokumentation:** Elektronische Dokumentation der erbrachten Leistungen über das von der KVB bereitgestellte Onlineportal für ambulante Leistungen (OPAL). Die elektronischen Dokumentationen sind jeweils bis zum 10. des ersten Monats des Folgequartals (10.04., 10.07., 10.10.; 10.01.) einzureichen. Das Onlineportal ist ausschließlich über eine sichere Anbindung (KV-SafeNet oder KV-Ident) erreichbar.
- e. **Bereitstellung/Aufbewahrung der SIT-Lösungen:** Bereitstellung bzw. Aufbewahrung der SIT-Lösungen in einem Kühlschrank in der Arztpraxis.
- f. **Dokumentation der Kühlschranktemperatur:** Tägliche schriftliche Dokumentation der Temperatur des-/derjenigen Kühlschranks/-schränke, in dem/denen die SIT-Lösungen bereitgestellt bzw. aufbewahrt werden.
- g. **Recall-System:** Einrichtung eines Recall-Systems zur regelmäßigen Erinnerung der Patienten an ihre Termine, insbesondere nach längeren Behandlungspausen.

- h. Patientenbefragung:** Bei Abschluss bzw. bei vorzeitiger Beendigung der Behandlung findet eine Patientenbefragung möglicherweise nach folgendem Ablauf statt: Aushändigung des Patientenfragebogens (Ausdruck des Bogens über OPAL) zusammen mit einem adressierten und frankierten Rückumschlag (wird dem teilnehmenden Arzt von der KVB zur Verfügung gestellt). Oder Aushändigung eines Merkblatts zur Benutzung des Patientenfragebogens (Ausdruck des Merkblatts über OPAL). Der Patientenfragebogen wird dem Versicherten von der KVB online zur Verfügung gestellt. Über den genauen Ablauf der Patientenbefragung werden sich die Vertragspartner zu gegebener Zeit verständigen.

15.5 Pflichten der AOK

Ziel der Vertragspartner ist unter anderem die Sicherstellung der Therapieadhärenz. Daher wird die AOK für Ihre Versicherten die Möglichkeit zur Teilnahme an Bonusprogrammen etc. prüfen, sofern bei dem jeweiligen Versicherten eine ausreichende Compliance gegeben ist.

15.6 Abrechnung und Vergütung

- a. Der teilnehmende Arzt erhält für jeden Versicherten der AOK, der die SIT erfolgreich beendet, einen Motivationsbonus in Höhe von insgesamt 300 Euro. Der Motivationsbonus ist nach Jahren gestaffelt:
- 40 Euro für das 1. Jahr der SIT (GOP 97143A),
 - 80 Euro für das 2. Jahr der SIT (GOP 97143B) und
 - 180 Euro für das 3. Jahr der SIT (GOP 97143C).
- b. Die GOPs 97143A bis 97143C sind durch den Arzt in seiner Quartalsabrechnung anzusetzen.
- c. Voraussetzung für das Ansetzen der **GOP 97143A** (nach Ablauf des 1. Jahres der durchgeführten SIT) ist die elektronische Dokumentation der Anamnese und Therapieentscheidung (Dokumentationsbogen 1) bei Beginn der SIT und die elektronische Dokumentation des Therapieverlaufs (Dokumentationsbogen 2) 12 Monate nach Beginn der SIT.
- d. Voraussetzung für das Ansetzen der **GOP 97143B** (nach Ablauf des 2. Jahres der durchgeführten SIT) ist die elektronische Dokumentation des Therapieverlaufs (Dokumentationsbogen 3) 24 Monate nach Beginn der SIT.

- e. Voraussetzung für das Ansetzen der **GOP 97143C** (nach Ablauf des 3. Jahres der durchgeführten SIT) ist die elektronische Dokumentation des Therapieverlaufs (Dokumentationsbogen 4) 36 Monate nach Beginn der SIT.
- f. Der teilnehmende Arzt kann die GOPs 97143A bis 97143C nur für Neupatienten ansetzen. Ein Neupatient ist ein Versicherter der AOK, der ab dem 01.01.2011 mit der SIT beginnt. Für Versicherte, die sich zum 01.01.2011 bereits im 1., 2. oder 3. Jahr der SIT befinden, kann keine der genannten GOPs angesetzt werden.
- g. Der teilnehmende Arzt kann die GOPs 97143A bis 97143C für jeden Neupatienten (entsprechend des Behandlungsjahres, in dem sich der Neupatient befindet), nur ein Mal im Krankheitsfall ansetzen.
- h. Hausärzte, die an der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V teilnehmen, können für Versicherte der AOK, die ebenfalls in den Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben sind, die GOPs 97143A bis 97143C nicht ansetzen.
- i. Die Vergütung für die Leistungen aus dieser Vereinbarung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 wird in Teil I, Punkt 16 neu eingefügt:

16 Kinder kranker Eltern ab 01.10.2010

16.1 Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die Prävention von psychischen Störungen bei Kindern, in deren Familien durch das Auftreten einer schweren Erkrankung eines Elternteils ein hohes Risikopotential besteht. Die Vertragspartner sind sich einig, dass beratende und aufklärende Maßnahmen in einem Stufenplan zur Prävention der Erkrankungen der Kinder eingesetzt werden sollen. Hierzu wird von der KVB eine Informationsbroschüre, sowie eine Kurzfassung der Broschüre erstellt, in denen die Gefahren und mögliche Indikatoren für eine hohe Belastung der Kinder und Jugendliche sowie Anlaufstellen und das vereinbarte Beratungsangebot zwischen der AOK und der KVB bei psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern beschrieben werden. Die AOK wird diese Broschüre im Rahmen ihrer Möglichkeiten verteilen. Die KVB wird daraufhin wirken, dass die Broschüre in relevanten Arztpraxen ausliegt. Darüber hinaus wird die KVB auf weitere Anlaufstellen zugehen, die auch in der Broschüre genannt werden, damit dort diese Information ausgelegt wird

16.2 Teilnahmeberechtigte Psychotherapeuten

Teilnahmeberechtigt sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Psychotherapeuten, die eine Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben

16.3 Pflichten der teilnehmenden Psychotherapeuten

- a. **Voraussetzung** für die Erbringung und Abrechnung der Leistungen gemäß dieser Vereinbarung ist eine Indikation gemäß Anlage 6 des erkrankten Elternteils, die bei der Abrechnung zu dokumentieren ist.
- b. **Dokumentation:** Nach der Erbringung der vereinbarten Leistungen verpflichtet sich der Leistungserbringer, eine standardisierte Dokumentation zu erstellen. Diese ist auf Verlangen der KVB zu übermitteln.
- c. **Patientenbefragung:** Der teilnehmende Leistungserbringer ist verpflichtet, den Sorgeberechtigten des Kindes im Anschluss an die durchgeführte Beratung bzw. Behandlung einen von der KVB für diese Zwecke zur Verfügung gestellten

Fragebogen auszuhändigen und sie über den Inhalt, den Zweck und die Ausfüllmodalitäten des Fragebogens zu informieren.

16.4 Abrechnung und Vergütung

- a. Für die erste Beratung der Familie in maximal zwei Einzelsitzungen 60 Minuten wird eine Pauschale in Höhe von 95 € pro Sitzung (Abrechnungsnummer 97006A) vereinbart.
- b. Für das flexible Behandlungsangebot in maximal sechs Einzelsitzungen mit den Erziehungsberechtigten, anderen engen Bezugspersonen sowie den Kindern und/oder Beratungsgespräche mit Kindern und Erziehungsberechtigten gemeinsam wird eine Pauschale in Höhe von 100 € pro Sitzung à 60 Minuten (Abrechnungsnummer 97006B) vereinbart.
- c. Neben der Leistungen nach Nr. 97006A und 97006B. können am selben Tag für den Versicherten keine Leistungen des EBM und parallel zur Behandlung keine Leistungen im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung abgerechnet werden.
- d. Die Vergütung für die Leistungen dieser Vereinbarung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und außerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.
- e. Die Abrechnung erfolgt über die Versichertenkarte des Kindes

2. Neufassung von Teil II: Abrechnungsbestimmungen

Mit Wirkung zum 1. Oktober wird Teil II, Punkt 1, Absatz 1 wie folgt gefasst:

1. Voraussetzung für die Anwendung dieser Vereinbarung auf den Vertragsarzt ist die Zulassung in dem jeweils angegebenen Fachgebiet bzw. die schriftliche Teilnahmeerklärung des Arztes gegenüber der KVB. Die Abgabe einer Teilnahmeerklärung ist erforderlich, wenn Leistungen nach Abschnitt I., Absatz 4 und Absatz 5 Ziffer 2 sowie Leistungen nach den Absätzen 10 bis 16 erbracht werden.

Mit Wirkung zum 1. Oktober wird Teil II, Punkt 2, Absatz 2 wie folgt gefasst:

2. Für die Absätze 10 bis 16 in Abschnitt I. wird die Teilnahmeerlaubnis mit Datum der Feststellung der Pflichtverletzung seitens der KVB widerrufen. Sobald der Arzt, dessen Teilnahmeerlaubnis widerrufen wurde, wieder alle Teilnahmevoraussetzungen und Teilnahmeverpflichtungen der Qualitätsmaßnahme gegenüber der KVB nachgewiesen hat, ist er zur erneuten Teilnahme an dieser Qualitätsmaßnahme berechtigt. Dies bedarf einer erneuten Einsendung einer Teilnahmeerklärung durch den Arzt sowie einer erneuten Erteilung der Teilnahmeerlaubnis nach Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen.

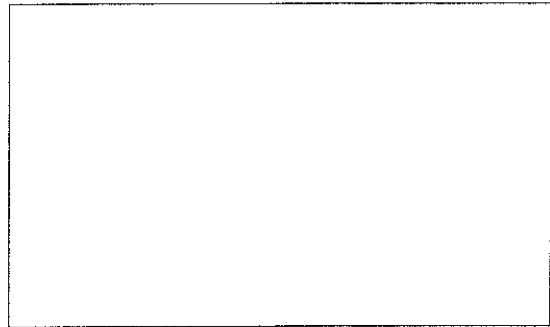
München, den 16.11.2010

2. Neufassung Anlagen

Mit Wirkung zum 1. April 2010 wird Anlage 2 wie folgt gefasst:

Teilnahmeerklärung an der Qualitätsmaßnahme Strahlentherapie

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Stabsstelle fachärztliche Strategie und Versorgung
APV-Team Strahlentherapie
Elsenheimerstraße 39
80687 München



Arztstempel

Teilnahmeerklärung an der Qualitätsmaßnahme Strahlentherapie

Name, Vorname des Teilnehmers: _____

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

Email – Adresse: _____

- Ich bin in einer Einzelpraxis niedergelassener Arzt
- Ich bin in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassener Arzt
- Ich bin angestellter Arzt* bei _____
(Name des anstellenden Arztes / des ärztlichen Leiters)
- Ich bin angestellter Arzt im MVZ* _____
(Name des ärztlichen Leiters/Geschäftsführers).

* Angestellte Ärzte benötigen zur Teilnahme an der Qualitätsmaßnahme Strahlentherapie die Genehmigung durch den anstellenden Arzt oder die Geschäftsführung.

Der Teilnehmer erbringt strahlentherapeutische Leistungen in folgender/en Betriebstätte/n



1.

(vollständige Adresse)

soweit bereits vergeben **BSNR:** _____ (Betriebsstättennummer)

2.

(vollständige Adresse)

soweit bereits vergeben **BSNR:** _____ (Betriebsstättennummer)

3. Weitere Betriebsstätte(n) bitte auf gesondertem Beiblatt mit Adresse und Betriebsstättennummer(n) aufführen.

Datenschutz

Hiermit gestatte ich, dass ich als Teilnehmer der Qualitätsmaßnahme Strahlentherapie namentlich

- a) mit Basis-Daten aus dem Arztregister (zu Praxisanschrift(en), Betriebsstätten, LANR/BSNR/NBSNR, Fachrichtung(en) und Schwerpunkt(en), Zusatzbezeichnungen (geführte), Weiterbildungen (gem. WBO), besondere Genehmigungen/Vertragsangeboten) sowie
- b) mit Zusatzdaten – sofern diese der KVB bekannt gegeben wurden – (zu Telefonnummern der Praxis(en), Faxnummern der Praxis(en), E-Mail-Adresse, Sprechzeiten, Fremdsprachen, Rollstuhlgerechte Praxis)

auf der Homepage der KVB (www.kvb.de)

auf den Homepages der teilnehmenden Krankenkassen

auf der Internetseite www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de

geführt werde (**Zutreffendes bitte ankreuzen**). Die Zustimmung zur Veröffentlichung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der **Qualitätsmaßnahme Strahlentherapie**.

Hinweis: Ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte Institute sind von der Teilnahme an dieser Qualitätsmaßnahme ausgeschlossen.

2. Teilnahmevoraussetzungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

a. ich über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Hochvolttherapie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie verfüge und damit berechtigt bin, die EBM-Ziffer 25321 (Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems) abzurechnen. Die KVB hat mir einen entsprechend aktuell wirksamen Bescheid erteilt.

b. ich für alle Betriebsstätten, an denen ich strahlentherapeutische Leistungen erbringe, ein positives Strahlenschutz-Audit der Ärztlichen Stelle der Bayerischen Landesärztekammer mit einer Bewertung nicht schlechter als Note 2 und nicht älter als 3 Jahre (Stichtag: Einreichungsdatum dieser Teilnahmeerklärung) nachweisen kann.

Den Nachweis erbringe ich, indem ich die Bescheinigung über die erfolgreiche Absolvierung des Audits (inklusive Note) dieser Teilnahmeerklärung in Kopie beifüge.

c. ich für alle Betriebsstätten, an denen ich strahlentherapeutische Leistungen erbringe, ein Qualitätsmanagement (DIN ISO 9001:2000, KTQ, QEP oder EFQM oder vergleichbar) mit Zertifizierung nicht älter als 3 Jahre und ein Qualitätsmanagement - Audit nicht älter als 365 Kalendertage nachweisen kann (Stichtag: Einreichungsdatum dieser Teilnahmeerklärung).

Den Nachweis erbringe ich, indem ich die Zertifizierungsurkunde und die Bescheinigung über die erfolgreiche Absolvierung des Audits dieser Teilnahmeerklärung in Kopie beifüge.

d. die Praxis, in der ich niedergelassen oder angestellt bin, innerhalb der letzten 365 Kalendertage ab Einreichungsdatum dieser Teilnahmeerklärung an mindestens 3 Qualitätszirkeln der bayerischen Strahlentherapeuten teilgenommen hat.

Ich habe dieser Teilnahmeerklärung Bescheinigungen über die Teilnahme der Praxis an diesen Qualitätszirkeln beigelegt (vgl. auch Beiblatt zur Teilnahmeerklärung)

e. die Praxis, in der niedergelassen oder angestellt bin, innerhalb der letzten 365 Kalendertage ab Einreichungsdatum dieser Teilnahmeerklärung wöchentlich an interdisziplinären Tumorkonferenzen teilgenommen hat.

Auf Nachfrage stelle ich der KVB pseudonymisierte Protokolle dieser Sitzungen zur Verfügung, die folgende Informationen enthalten: Teilnehmer, Themen, Ort, Zeit, Ergebnisse der Fallberatung.

3. **Teilnahmeverpflichtungen**

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich,

a. für alle Betriebsstätten, an denen ich strahlentherapeutische Leistungen erbringe, alle 3 Jahre ein positives Strahlenschutz-Audit der Ärztlichen Stelle der Bayerischen Landesärztekammer

mit einer Bewertung nicht schlechter als Note 2 nachzuweisen. Die dreijährige Nachweisfrist beginnt jeweils mit dem Ausstellungsdatum des zuletzt nach den Vorschriften dieser Qualitätsmaßnahme nachgewiesenen Audits.

- b. für alle Betriebsstätten, an denen ich strahlentherapeutische Leistungen erbringe, spätestens 365 Kalendertage nach dem letzten Qualitätsmanagement-Audit ein erneutes Audit und spätestens 3 Jahre nach der letzten Qualitätsmanagement-Zertifizierung eine erneute Zertifizierung nachzuweisen.
- c. sicherzustellen, dass die Praxis, in der ich niedergelassen oder angestellt bin, innerhalb von 365 Kalendertagen an mindestens 3 Qualitätszirkeln der bayerischen Strahlentherapeuten teilnimmt. Die Bescheinigungen über die Teilnahme der Praxis an diesen Qualitätszirkeln reiche ich bei der KVB spätestens 365 Kalendertage nach dem letzten Nachweis ein.
- d. sicherzustellen, dass die Praxis, in der ich niedergelassen oder angestellt bin, wöchentlich an interdisziplinären Tumorkonferenzen teilnimmt. Auf Nachfrage stelle ich der KVB pseudonymisierte Protokolle dieser Sitzungen zur Verfügung, die folgende Informationen enthalten: Teilnehmer, Themen, Ort, Zeit, Ergebnisse der Fallberatung.

4. Entzug der Teilnahmeerlaubnis

Bei Nichterfüllung eines Qualitätsbausteins bzw. bei nicht fristgerechter Einreichung der notwendigen Unterlagen widerruft die KVB die Teilnahmeerlaubnis. Die Teilnahmeerlaubnis wird mit Datum der Feststellung der Pflichtverletzung seitens der KVB widerrufen.

Sobald der Arzt, dessen Teilnahmeerlaubnis widerrufen wurde, wieder alle Teilnahmevoraussetzungen und Teilnahmeverpflichtungen der Qualitätsmaßnahme Strahlentherapie gegenüber der KVB nachgewiesen hat, ist er zur erneuten Teilnahme an dieser Qualitätsmaßnahme berechtigt. Dies bedarf einer erneuten Einsendung einer Teilnahmeerklärung durch den Arzt sowie einer erneuten Erteilung der Teilnahmeerlaubnis nach Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen.

5. Einverständniserklärung

Hiermit willige ich ein, dass

- a. eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume im Zusammenhang mit dieser Qualitätsmaßnahme durchgeführt werden kann.
- b. die KVB den an der Qualitätsmaßnahme teilnehmenden Kassen regelmäßig über die Durchführung und Ergebnisse der Qualitätsmaßnahmen – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange – berichtet.

Hinweis:

Das Gütesiegel "Ausgezeichnete Patientenversorgung" weist Sie gegenüber Patienten als Arzt aus, der in einem speziellen Leistungsbereich eine besonders hohe Qualität erbringt und dies entsprechend nachgewiesen hat. Um die Qualitätsaussage des Siegels dauerhaft zu erhalten und Sie

als Teilnehmer für Patienten entsprechend zu positionieren, ist ein einheitlicher Umgang mit der Qualitätsmarke erforderlich. **Aus diesem Grund verpflichten Sie sich als Teilnehmer an den Qualitätsmaßnahmen der "Ausgezeichneten Patientenversorgung", das Gütesiegel sowie alle weiteren Werbemittel der "Ausgezeichneten Patientenversorgung" wie Plakate und Flyer so einzusetzen, dass der klare Bezug zu der konkreten Qualitätsmaßnahme, an der Sie teilnehmen, gegeben ist. Weiterhin setzen Sie die Materialien nur solange ein, wie Sie an einer der Qualitätsmaßnahmen teilnehmen.**

6. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.



_____, den _____

Ort

Datum

Unterschrift teilnehmender Arzt

zusätzlich bei angestellten Ärzten: _____

Unterschrift anstellender Arzt / ärztlicher Leiter

Beiblatt zur Teilnahmeerklärung

Zum Nachweis der jährlichen Teilnahme der Praxis an mindestens 3 Qualitätszirkeln der bayerischen Strahlentherapeuten sowie zum Nachweis der wöchentlichen Teilnahme der Praxis an interdisziplinären Tumorkonferenzen, bringe ich – neben auf meinen Namen ausgestellten Bescheinigungen und Protokollen – Bescheinigungen und Protokolle ein, die auf den Namen meiner Praxispartner ausgestellt sind.

Hinweis:

Ergeben sich Änderungen der personellen Praxiskonstellation, teile ich dies der KVB durch erneute Einreichung dieses Formulars zeitnah mit.

Name, Vorname: _____

LANR: _____ (lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname: _____

LANR: _____ (lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname: _____

LANR: _____ (lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname: _____

LANR: _____ (lebenslange Arztnummer)

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift/ Stempel Arzt/ Ärzte oder Vertretungs-
berechtigter MVZ

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Praxispartner 1

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Praxispartner 2

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Praxispartner 3

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Praxispartner 4

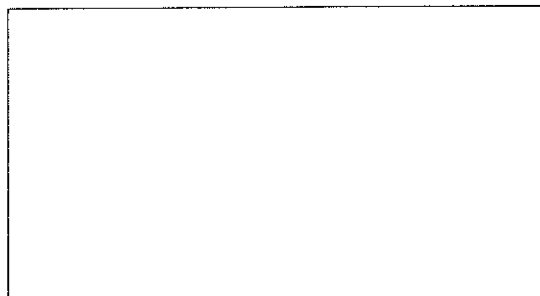
_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Praxispartner 5

Mit Wirkung zum 15. November 2010 wird Anlage 3 neu eingefügt:

Anlage 3

Teilnahmeerklärung Sehstörungen im Kindesalter

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Stabsstelle fachärztliche Strategie & Versorgung
Team Sehstörungen im Kindesalter
Eisenheimerstraße 39
80687 München



Arztstempel

Teilnahmeerklärung an der Qualitätsmaßnahme Sehstörungen im Kindesalter

Name, Vorname des Teilnehmers: _____

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

Email - Adresse: _____


Ich bin in einer **Einzelpraxis** niedergelassener Arzt

Ich bin in einer **Gemeinschaftspraxis** niedergelassener Arzt

Ich bin **angestellter Arzt*** bei _____
(Name des anstellenden Arztes / des ärztlichen Leiters)

Ich bin **angestellter Arzt im MVZ*** _____
(Name des ärztlichen Leiters/Geschäftsführers)

* **WICHTIG:** Angestellte Ärzte benötigen zur Teilnahme an der Qualitätsmaßnahme Sehstörungen im Kindesalter die Genehmigung des anstellenden Arztes oder der Geschäftsführung durch dessen/deren Unterschrift auf Seite 4 dieser Teilnahmeerklärung.



Datenschutz

Hiermit gestatte ich, dass ich als Teilnehmer der Qualitätsmaßnahme Sehstörungen im Kindesalter namentlich

- a. mit Basis-Daten aus dem Arztregister (zu Praxisanschrift(en), Betriebsstätten, LANR/BSNR/NBSNR, Fachrichtung(en) und Schwerpunkt(en), Zusatzbezeichnungen (geführte), Weiterbildungen (gem. WBO), besondere Genehmigungen/Vertragsangeboten) sowie
 - b. mit Zusatzdaten – sofern diese der KVB bekannt gegeben wurden – (zu Telefonnummern der Praxis(en), Faxnummern der Praxis(en), E-Mail-Adresse, Sprechzeiten, Fremdsprachen, Rollstuhlgerechte Praxis)
- in der Arztsuche der KVB und der Homepage der Ausgezeichneten Patientenversorgung
- auf der Homepage der AOK



geführt werde (**Zutreffendes bitte ankreuzen**). Die Zustimmung zur Veröffentlichung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Qualitätsmaßnahme Sehstörungen im Kindesalter.

Hinweis: Ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte Institute sind von der Teilnahme an dieser Qualitätsmaßnahme ausgeschlossen.

2. Teilnahmevoraussetzungen¹

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die geforderten Nachweise erbringe:

- a. **Präsenzveranstaltung:** Nachweis der Teilnahme an einer oder mehreren Präsenzveranstaltungen zum Thema Sehstörungen im Kindesalter mit einer Gesamtdauer von mindestens drei Stunden. Eine aktuelle Liste, der als Teilnahmevoraussetzung gültigen Veranstaltungen, steht auf der KVB Homepage www.kvb.de unter der Rubrik Praxis → Qualität → Qualitätsprogramm → Sehstörungen im Kindesalter zur Verfügung. Ich habe dieser Teilnahmeerklärung Bescheinigungen über die Teilnahme an der/den Veranstaltungen beigelegt.

¹ Übergangsfrist für das vierte Quartal 2010: Sie erhalten die Zuschläge weiterhin ab dem 01.10.2010 ohne Qualitätsnachweise bei der KVB einzureichen. Ab dem 15.11.2010 muss für die Erteilung der Teilnahmeerlaubnis neben der Teilnahmeerklärung **entweder** der Nachweis über eine der vorgegebenen Fortbildungsveranstaltungen (siehe 2.a)) eingereicht werden **oder** die Online-Fachwissensprüfung zum Thema „Sehstörungen im Kindesalter“ auf der KVB Fortbildungsplattform Cura Campus® erfolgreich durchlaufen sein (siehe 2.b)). Wenn Sie uns Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung inklusive eines der geforderten Qualitätsnachweise bis spätestens 31.12.2010 zusenden, erhalten Sie die Zuschläge für alle ab dem 15.11.2010 abgerechneten und anerkannten EBM GOP 06320 und 06321 für Kinder bis einschließlich sechs Jahre. Reichen Sie den dann ggf. noch fehlenden Qualitätsnachweis bis spätestens 31.03.2011 nach, erhalten Sie die Zuschläge weiterhin für alle ab dem 01.01.2011 abgerechneten und anerkannten EBM GOP aus diesem Vertrag. Selbstverständlich können Sie auch beide Nachweise vor dem 01.01.2011 bei uns einreichen.

b. Online-Fachwissensprüfung: Erfolgreiches Absolvieren der Online-Fachwissensprüfung zum Thema Sehstörungen im Kindesalter auf dem KVB Fortbildungsportal Cura Campus® (die KVB erhält automatisch eine Bestätigung). Pro Quartal hat der Teilnehmer zwei Prüfungsversuche.

3. Teilnahmeverpflichtungen

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, dass ich für den Fortbestand meiner Teilnahmeerlaubnis folgende Nachweise und Leistungen erbringe:

- a. Erneute Präsenzveranstaltung:** Spätestens drei Jahre nach einer besuchten Präsenzveranstaltung zum Thema Sehstörungen im Kindesalter sind erneut eine oder mehrere Präsenzveranstaltungen mit einer Gesamtdauer von mindestens drei Stunden zu besuchen und der Nachweis bei der KVB einzureichen. Es gilt das Veranstaltungsdatum. Eine aktuelle Liste der gültigen Veranstaltungen steht auf der KVB Homepage www.kvb.de unter der Rubrik Praxis → Qualität → Qualitätsprogramm → Sehstörungen im Kindesalter zur Verfügung.
- b. Erneute Online-Fachwissensprüfung:** Spätestens ein Jahr nach der erfolgreich absolvierten Online-Fachwissensprüfung zum Thema Sehstörungen im Kindesalter auf dem KVB Fortbildungsportal Cura Campus® ist erneut die Online-Fachwissensprüfung erfolgreich zu absolvieren. Es gilt das Quartal der erfolgreich absolvierten Online-Fachwissensprüfung. Die KVB erhält automatisch eine Bestätigung. Pro Quartal hat der Teilnehmer zwei Prüfungsversuche.
- c. Kooperation mit Kinder- und Hausärzten:** Verpflichtung, mit Kinder- oder Hausärzten zu kooperieren, welche die Augenuntersuchung innerhalb der U7a Vorsorgeuntersuchung durchführen. Sicherstellung, dass ein vom Kinder- oder Hausarzt als auffällig diagnostiziertes überwiesenes Kind eine schnelle, fachlich hoch qualifizierte Behandlung in der Praxis erhält und die benötigten Informationen für eine effiziente Behandlung beim behandelnden Kinder- oder Hausarzt eingeholt werden.

4. Entzug der Teilnahmeerlaubnis

Bei Nichterfüllung eines Qualitätsbausteins bzw. bei nicht fristgerechter Einreichung der notwendigen Unterlagen widerruft die KVB die Teilnahmeerlaubnis. Die Teilnahmeerlaubnis wird mit Datum der Feststellung der Pflichtverletzung seitens der KVB widerrufen.

Sobald der Arzt, dessen Teilnahmeerlaubnis widerrufen wurde, wieder alle Teilnahmevoraussetzungen und Teilnahmeverpflichtungen der Qualitätsmaßnahme Sehstörungen im Kindesalter gegenüber der KVB nachgewiesen hat, ist er zur erneuten Teilnahme an dieser Qualitätsmaßnahme berechtigt. Dies bedarf einer erneuten Einsendung einer Teilnahmeerklärung durch den Arzt sowie einer erneuten Erteilung der Teilnahmeerlaubnis nach Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen.

5. Einverständniserklärung


Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass

- a. eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume im Zusammenhang mit dieser Qualitätsmaßnahme durchgeführt werden kann.
- b. die KVB den an der Qualitätsmaßnahme teilnehmenden Kassen regelmäßig über die Durchführung und Ergebnisse der Qualitätsmaßnahmen – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange – berichtet.

Hinweis:

Das Gütesiegel "Ausgezeichnete Patientenversorgung" weist Sie gegenüber Patienten als Arzt aus, der in einem speziellen Leistungsbereich eine besonders hohe Qualität erbringen wird und dies entsprechend nachgewiesen hat. Um die Qualitätsaussage des Siegels dauerhaft zu erhalten und Sie als Teilnehmer für Patienten entsprechend zu positionieren, ist ein einheitlicher Umgang mit der Qualitätsmarke erforderlich. Aus diesem Grund **verpflichten Sie sich als Teilnehmer an den Qualitätsmaßnahmen der "Ausgezeichneten Patientenversorgung", das Gütesiegel sowie alle weiteren Werbemittel der "Ausgezeichneten Patientenversorgung" wie Plakate und Flyer so einzusetzen, dass der klare Bezug zu der konkreten Qualitätsmaßnahme, an der Sie teilnehmen, gegeben ist.** Weiterhin setzen Sie die Materialien nur solange ein, wie Sie an einer der Qualitätsmaßnahmen teilnehmen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.



Ort _____, den _____ Datum _____ Unterschrift teilnehmender Arzt _____

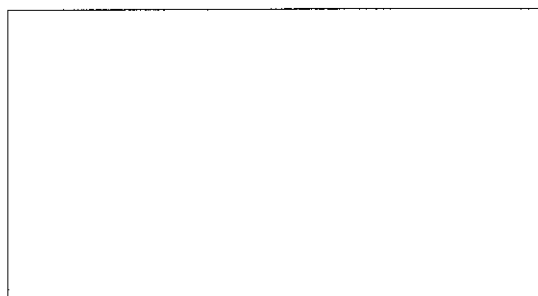
zusätzlich bei angestellten Ärzten: _____
Unterschrift anstellender Arzt / ärztlicher Leiter

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 wird Anlage 4 neu eingefügt:

Anlage 4

Teilnahmeerklärung Risikoprävention bei Kinderwunsch

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Stabsstelle fachärztliche Strategie & Versorgung
Team Risikoprävention bei Kinderwunsch
Elsenheimerstraße 39
80687 München



Arztstempel

Teilnahmeerklärung

an der Qualitätsmaßnahme Risikoprävention bei Kinderwunsch

Name, Vorname des Teilnehmers: _____

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

Email - Adresse: _____

- Ich bin in einer **Einzelpraxis** niedergelassener Arzt
- Ich bin in einer **Gemeinschaftspraxis** niedergelassener Arzt
- Ich bin **angestellter Arzt*** bei _____
(Name des anstellenden Arztes / des ärztlichen Leiters)
- Ich bin **angestellter Arzt im MVZ*** _____
(Name des ärztlichen Leiters/Geschäftsführers)



* **WICHTIG:** Angestellte Ärzte benötigen zur Teilnahme an der Qualitätsmaßnahme Risikoprävention bei Kinderwunsch die Genehmigung durch den anstellenden Arzt oder die Geschäftsführung.

Datenschutz

Hiermit gestatte ich, dass ich als Teilnehmer der Qualitätsmaßnahme Risikoprävention bei Kinderwunsch namentlich

- a. mit Basis-Daten aus dem Arztregister (zu Praxisanschrift(en), Betriebsstätten, LANR/BSNR/NBSNR, Fachrichtung(en) und Schwerpunkt(en), Zusatzbezeichnungen (geführte), Weiterbildungen (gem. WBO), besondere Genehmigungen/Vertragsangeboten) sowie
 - b. mit Zusatzdaten – sofern diese der KVB bekannt gegeben wurden – (zu Telefonnummern der Praxis(en), Faxnummern der Praxis(en), E-Mail-Adresse, Sprechzeiten, Fremdsprachen, Rollstuhlgerechte Praxis)
- auf der Homepage der KVB (www.kvb.de)
- auf den Homepages der teilnehmenden Krankenkassen
- auf der Internetseite www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de

geführt werde (**Zutreffendes bitte ankreuzen**). Die Zustimmung zur Veröffentlichung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Qualitätsmaßnahme Risikoprävention bei Kinderwunsch.

Hinweis: Ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte Institute sind von der Teilnahme an dieser Qualitätsmaßnahme ausgeschlossen.

2. Teilnahmevoraussetzungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den geforderten Nachweis erbringe:

Nachweis der Teilnahme an einer Präsenzveranstaltung im Rahmen einer Fortbildung zum Thema Impfen nach Kategorie A oder C der Richtlinie zum „freiwilligen Fortbildungszertifikat der Bayerischen Landesärztekammer“,

- die mindestens vier Zeitstunden umfasst (äquivalent: mind. 5 CME-Punkte) oder
- maximal zwei Fortbildungsnachweise zum Thema Impfen, die zusammen mindestens fünf CME-Punkte umfassen.

Von der Anerkennung ausgeschlossen sind pharmagesponserte Produktschulungen.

Die Teilnahme an der/den Veranstaltungen muss innerhalb der letzten 5 Jahre (1.800 Kalendertage) ab Einreichungsdatum der Teilnahmeerklärung stattgefunden haben oder muss innerhalb der Übergangsfrist bis 31.12.2010 erbracht werden.

Ich habe dieser Teilnahmeerklärung Bescheinigungen über die Teilnahme an der/den Impffortbildungen beigelegt oder reiche diese innerhalb des Übergangszeitraums bis 31.12.2010 nach.

3. Teilnahmeverpflichtungen

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich,

- a. die Patientinnen mit Kinderwunsch leitfadengestützt zu beraten. Ab 01.01.2011 muss jedes abgerechnete Beratungsgespräch über das von der KVB bereitgestellte Onlineportal für ambulante Leistungen (OPAL) elektronisch dokumentiert werden. Das Onlineportal ist ausschließlich über eine sichere Anbindung an die KVB (KV-SafeNet oder KV-Ident) erreichbar.
- b. sicherzustellen, dass ich im 5-Jahres-Rhythmus den Impfnachweis entsprechend der Teilnahmevoraussetzungen unter Punkt 2. nachweise. Die fünfjährige Nachweisfrist beginnt jeweils mit dem Datum des Ausstellungsdatums der nach diesen Vorschriften zuletzt gültigen Impffortbildung/en.

4. Entzug der Teilnahmeerlaubnis

Bei Nichterfüllung eines Qualitätsbausteins bzw. bei nicht fristgerechter Einreichung der notwendigen Unterlagen widerruft die KVB die Teilnahmeerlaubnis. Die Teilnahmeerlaubnis wird mit Datum der Feststellung der Pflichtverletzung seitens der KVB widerrufen.

Sobald der Arzt, dessen Teilnahmeerlaubnis widerrufen wurde, wieder alle Teilnahmevoraussetzungen und Teilnahmeverpflichtungen der Qualitätsmaßnahme Risikoprävention bei Kinderwunsch gegenüber der KVB nachgewiesen hat, ist er zur erneuten Teilnahme an dieser Qualitätsmaßnahme berechtigt. Dies bedarf einer erneuten Einsendung einer Teilnahmeerklärung durch den Arzt sowie einer erneuten Erteilung der Teilnahmeerlaubnis nach Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen.

5. Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass

- a. eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume im Zusammenhang mit dieser Qualitätsmaßnahme durchgeführt werden kann.
- b. die KVB den an der Qualitätsmaßnahme teilnehmenden Kassen regelmäßig über die Durchführung und Ergebnisse der Qualitätsmaßnahmen – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange – berichtet.

Hinweis:

Das Gütesiegel "Ausgezeichnete Patientenversorgung" weist Sie gegenüber Patienten als Arzt aus, der in einem speziellen Leistungsbereich eine besonders hohe Qualität erbringen wird und dies entsprechend nachgewiesen hat. Um die Qualitätsaussage des Siegels dauerhaft zu erhalten

und Sie als Teilnehmer für Patienten entsprechend zu positionieren, ist ein einheitlicher Umgang mit der Qualitätsmarke erforderlich. Aus diesem Grund **verpflichten Sie sich als Teilnehmer an den Qualitätsmaßnahmen der "Ausgezeichneten Patientenversorgung", das Gütesiegel sowie alle weiteren Werbemittel der "Ausgezeichneten Patientenversorgung" wie Plakate und Flyer so einzusetzen, dass der klare Bezug zu der konkreten Qualitätsmaßnahme, an der Sie teilnehmen, gegeben ist.** Weiterhin setzen Sie die Materialien nur solange ein, wie Sie an einer der Qualitätsmaßnahmen teilnehmen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.



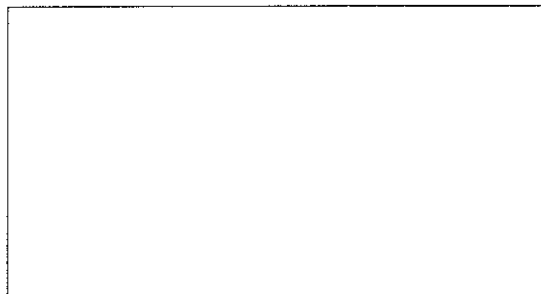
_____, den _____
Ort Datum Unterschrift teilnehmender Arzt

zusätzlich bei angestellten Ärzten: _____
Unterschrift anstellender Arzt / ärztlicher Leiter

Mit Wirkung zum 1. Januar 2011 wird Anlage 5 neu eingefügt:

**Anlage 5
Teilnahmeerklärung Allergologie**

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Stabsstelle fachärztliche Strategie & Versorgung
Team Allergologie
Elsenheimerstraße 39
80687 München



Arztstempel

**Teilnahmeerklärung
an der Qualitätsmaßnahme Allergologie**

Name, Vorname des Teilnehmers: _____

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

Email - Adresse: _____


Ich bin in einer **Einzelpraxis** niedergelassener Arzt

Ich bin in einer **Gemeinschaftspraxis** niedergelassener Arzt

Ich bin **angestellter Arzt*** bei _____
(Name des anstellenden Arztes / des ärztlichen Leiters)

Ich bin **angestellter Arzt im MVZ*** _____
(Name des ärztlichen Leiters/Geschäftsführers)

* **WICHTIG:** Angestellte Ärzte benötigen zur Teilnahme an der Qualitätsmaßnahme Allergologie die Genehmigung durch den anstellenden Arzt oder die Geschäftsführung.



Datenschutz

Hiermit gestatte ich, dass ich als Teilnehmer der Qualitätsmaßnahme Allergologie namentlich

- a. mit Basis-Daten aus dem Arztregister (zu Praxisanschrift(en), Betriebsstätten, LANR/BSNR/NBSNR, Fachrichtung(en) und Schwerpunkt(en), Zusatzbezeichnungen (geführte), Weiterbildungen (gem. WBO), besondere Genehmigungen/Vertragsangeboten) sowie
 - b. mit Zusatzdaten – sofern diese der KVB bekannt gegeben wurden – (zu Telefonnummern der Praxis(en), Faxnummern der Praxis(en), E-Mail-Adresse, Sprechzeiten, Fremdsprachen, Rollstuhlgerechte Praxis)
- in der Arztsuche der KVB und auf der Homepage der Ausgezeichneten Patientenversorgung
- auf den Homepages der teilnehmenden Krankenkassen



geführt werde (**Zutreffendes bitte ankreuzen**). Die Zustimmung zur Veröffentlichung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Qualitätsmaßnahme Allergologie.

Hinweis: Ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte Institute sind von der Teilnahme an dieser Qualitätsmaßnahme ausgeschlossen.

2. Teilnahmevoraussetzungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die geforderten Nachweise für eine Teilnahme an der Qualitätsmaßnahme Allergologie erbringe:

- a. **Teilnahmeerklärung:** Einsendung der ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung.
- b. **Zusatz-Weiterbildung Allergologie:** Nachweis über den Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Allergologie nach der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns.
- c. **Fortbildung im Bereich Allergologie/Immunologie:** Nachweis der Absolvierung einer von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannten Fortbildung im Bereich Allergologie/Immunologie. Die Fortbildung muss innerhalb des letzten Jahres ab Einreichungsdatum der Teilnahmeerklärung stattgefunden haben.
- d. **eTIKS:** Nachweis der erfolgreichen Teilnahme am individualisierten und industrieunabhängigen Webtraining für eine schnelle und praxisrelevante Beurteilung von Arzneimittelwirksamkeiten (eTIKS). Der Zugang zu eTIKS erfolgt entweder über das Mitgliederportal "Meine KVB" (Voraussetzung KV-SafeNet oder KV-Ident) oder über den zugangsgeschützten Internetbereich der KVB.

- e. **Notfalltraining für Arztpraxen:** Nachweis der Absolvierung eines von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannten Notfalltrainings für Arztpraxen. Das Notfalltraining muss innerhalb der letzten zwei Jahre ab Einreichungsdatum der Teilnahmeerklärung stattgefunden haben.
- f. **Schockbehandlung:** Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine ggf. erforderliche Schockbehandlung und Intubation.
- g. **Notfallausrüstung:** Vorhalten einer funktionsfähigen Notfallausrüstung mit definierter Mindestausstattung nach der jeweils gültigen Fassung der Leitlinie Nr. 061/025 „Akuttherapie anaphylaktischer Reaktionen“.

3. Teilnahmeverpflichtungen

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, dass ich für den Fortbestand meiner Teilnahmeerlaubnis folgende Nachweise und Leistungen erbringe:

- a. **Jährliche Fortbildung im Bereich Allergologie/Immunologie:** Jährlicher Nachweis der Absolvierung einer von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannten Fortbildung im Bereich Allergologie/Immunologie. Die jährliche Nachweisfrist beginnt jeweils mit dem Ausstellungsdatum der nach diesen Vorschriften zuletzt gültigen Fortbildung im Bereich Allergologie/Immunologie.
- b. **Zweijährliches Notfalltraining für Arztpraxen:** Zweijährlicher Nachweis der Absolvierung eines von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannten Notfalltrainings für Arztpraxen. Die zweijährliche Nachweisfrist beginnt jeweils mit dem Ausstellungsdatum des nach diesen Vorschriften zuletzt gültigen Notfalltrainings.
- c. **Behandlung nach aktuell geltenden Leitlinien:** Behandlung nach den - in ihrer jeweils gültigen Fassung - geltenden Leitlinien für „Diagnostik und Therapie Allergologie und klinische Immunologie“ der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie.
- d. **Elektronische Dokumentation:** Elektronische Dokumentation der erbrachten Leistungen über das von der KVB bereitgestellte Onlineportal für ambulante Leistungen (OPAL). Die elektronischen Dokumentationen sind jeweils bis zum 10. des ersten Monats des Folgequartals (10.04., 10.07., 10.10.; 10.01.) einzureichen. Das Onlineportal ist ausschließlich über eine sichere Anbindung (KV-SafeNet oder KV-Ident) erreichbar.
- e. **Bereitstellung/Aufbewahrung der SIT-Lösungen:** Bereitstellung bzw. Aufbewahrung der SIT-Lösungen in einem Kühlschrank in der Arztpraxis.
- f. **Dokumentation der Kühlschranktemperatur:** Tägliche schriftliche Dokumentation der Temperatur des/-derjenigen Kühlschranks/-schränke, in dem/denen die SIT-Lösungen bereitgestellt bzw. aufbewahrt werden.
- g. **Recall-System:** Einrichtung eines Recall-Systems zur regelmäßigen Erinnerung der Patienten an ihre Termine, insbesondere nach längeren Behandlungspausen.

h. Patientenbefragung: Bei Abschluss bzw. bei vorzeitiger Beendigung der Behandlung findet eine Patientenbefragung möglicherweise nach folgendem Ablauf statt: Aushändigung des Patientenfragebogens (Ausdruck des Bogens über OPAL) zusammen mit einem adressierten und frankierten Rückumschlag (wird dem teilnehmenden Arzt von der KVB zur Verfügung gestellt). Oder Aushändigung eines Merkblatts zur Benutzung des Patientenfragebogens (Ausdruck des Merkblatts über OPAL). Der Patientenfragebogen wird dem Versicherten von der KVB online zur Verfügung gestellt. Über den genauen Ablauf der Patientenbefragung werden sich die Vertragspartner zu gegebener Zeit verständigen.

4. Entzug der Teilnahmeerlaubnis

Bei Nichterfüllung eines Qualitätsbausteins bzw. bei nicht fristgerechter Einreichung der notwendigen Unterlagen widerruft die KVB die Teilnahmeerlaubnis. Die Teilnahmeerlaubnis wird mit Datum der Feststellung der Pflichtverletzung seitens der KVB widerrufen.

Sobald der Arzt, dessen Teilnahmeerlaubnis widerrufen wurde, wieder alle Teilnahmevoraussetzungen und Teilnahmeverpflichtungen der Qualitätsmaßnahme Allergologie gegenüber der KVB nachgewiesen hat, ist er zur erneuten Teilnahme an dieser Qualitätsmaßnahme berechtigt. Dies bedarf einer erneuten Einsendung einer Teilnahmeerklärung durch den Arzt sowie einer erneuten Erteilung der Teilnahmeerlaubnis nach Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen.

5. Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass

- a. eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume im Zusammenhang mit dieser Qualitätsmaßnahme durchgeführt werden kann.
- b. die KVB den an der Qualitätsmaßnahme teilnehmenden Kassen regelmäßig über die Durchführung und Ergebnisse der Qualitätsmaßnahmen – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange – berichtet.

Hinweis:

Das Gütesiegel "Ausgezeichnete Patientenversorgung" weist Sie gegenüber Patienten als Arzt aus, der in einem speziellen Leistungsbereich eine besonders hohe Qualität erbringen wird und dies entsprechend nachgewiesen hat. Um die Qualitätsaussage des Siegels dauerhaft zu erhalten und Sie als Teilnehmer für Patienten entsprechend zu positionieren, ist ein einheitlicher Umgang mit der Qualitätsmarke erforderlich. Aus diesem Grund **verpflichten Sie sich als Teilnehmer an den Qualitätsmaßnahmen der "Ausgezeichneten Patientenversorgung", das Gütesiegel sowie alle weiteren Werbemittel der "Ausgezeichneten Patientenversorgung" wie Plakate und Flyer so einzusetzen, dass der klare Bezug zu der konkreten Qualitätsmaßnahme, an der Sie teilnehmen, gegeben ist.** Weiterhin setzen Sie die Materialien nur solange ein, wie Sie an einer der Qualitätsmaßnahmen teilnehmen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.



_____, den _____

Ort

Datum

Unterschrift teilnehmender Arzt

zusätzlich bei angestellten Ärzten: _____

Unterschrift anstellender Arzt / ärztlicher Leiter

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 wird Anlage neu eingefügt:

Anlage 6
ICD-Diagnosen Kinder kranker Eltern

Das Leistungsangebot ist auf folgende ICD-Diagnosen beschränkt:

Diagnose:	ICD-Code:
HIV / Aids	B20 – B24, R75, Z21
Bösartige Neubildungen, Lymphome und Leukämien	C00.0 – C97
Leberzirrhose	I85.0, I85.9, I98.20, I98.21, K70 – K77
Psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen	F20.0 – F29, F60 – F69
Depression	F30 – F49
Muskeldystrophie	G71.0, G71.2
Multiple Sklerose	G35.0 – G37.9
Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen	G10, G20 – G23.9
Epilepsie	G40.00 – G41.9
Hirnödem, hypoxischer Hirnschaden	G91.0 – G93.90
Schlaganfall und Komplikationen	G09, G46.0 – G46.7, I60 – I64, I67.80 – I67.89
Mucoviszidose	E84.0 – E84.9