

KVBIINFOS 09|13

ABRECHNUNG

- 114 Die nächsten Zahlungstermine
- 114 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2013
- 116 Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2013
- 116 Allgemeines zu den Änderungen des EBM
- 117 Änderungen des EBM im Bereich Hausärzte
- 122 Änderungen des EBM im Bereich Kinder- und Jugendärzte
- 126 Änderungen des EBM im Bereich Fachärzte
- 127 Änderungen des EBM im Bereich Humangenetik
- 129 Mammografie-Screening – Änderungen Overhead
- 129 Anhang 3 EBM
- 129 Weitere Planungen ab 1. Juli 2014
- 130 Übersicht neue Gebührenordnungspositionen Hausärzte
- 134 Übersicht neue Gebührenordnungspositionen Kinder- und Jugendärzte

- 138 Änderungen des EBM und Kapitel 40 zum 1. Juli 2013
- 139 Vergütung der labormedizinischen Leistungen
- 140 Änderung der Psychotherapie-Richtlinie
- 140 Kinderdialysen – Änderungen zum 1. Juli 2013
- 140 Anpassung der Obergrenze 1/2013

VERORDNUNGEN

- 141 Regressgefahr Impfstoffbezug
- 141 Ausstellen einer Zeitschrift
- 142 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 144 Off-Label-Use: Kombiniertes Einsatz von Lokalanästhetika und Kortikosteroiden
- 144 Glukose über Sprechstundenbedarf bezugsfähig
- 145 Fiktiv zugelassene Arzneimittel
- 145 Kennzeichnung Fluorid-Präparate
- 145 HAES-Infusionslösungen nicht mehr verwenden

QUALITÄT

- 146 Cura Campus®: DMP-Trainer Brustkrebs Psychoonkologie gestartet
- 146 DMP-Feedbackberichte erstes Halbjahr 2013

ALLGEMEINES

- 147 Förderung der fachärztlichen Weiterbildung
- 147 Bereitschaftspraxis am Krankenhaus
- 148 Masernimpfung: Niedrige Quoten in Bayern – KVB-Vorstand ruft zur Impfung auf
- 149 Gefährliche Tätowiermittel

SEMINARE

- 150 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 151 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 152 Fortbildungen für Psychotherapeuten
- 154 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. September 2013
Abschlagszahlung August 2013

10. Oktober 2013
Abschlagszahlung September 2013

31. Oktober 2013
Restzahlung 2/2013

11. November 2013
Abschlagszahlung Oktober 2013

10. Dezember 2013
Abschlagszahlung November 2013

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2013

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2013 bis spätestens **Donnerstag, den 10. Oktober 2013**, 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 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.

Sollten Sie trotzdem nach erfolgter Übermittlung Ihrer Abrechnung feststellen, dass Sie doch 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 aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.

Nach den aktuell gültigen Abrechnungsbestimmungen der KVB (Paragraf 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 Richtigstellungsmittlung 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“*.

Anschrift für Korrekturwünsche (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 2):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Witschelstraße 106
90431 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unterschriebene 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 unter *Quicklinks/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-Erstellung-Korrektur/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 Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB. Bei den Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen gilt für Ihre

elektronische Dokumentationen (zum Beispiel Dialyse) das Einreichungsdatum **10. Oktober 2013** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung.

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 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 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/Abgabe-Erstellung-Korrektur/Notarzdienst-Abrechnung*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
E-Mail emDoc@kvb.de

Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2013

Der Bewertungsausschuss hat in mehreren Sitzungen (303., 304., 306., 309. und 311. Sitzung) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 beschlossen.

Nachfolgend stellen wir Ihnen die wichtigsten Änderungen in Kürze dar. Die Beschlüsse mit den Änderungen 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 29-30 vom 22. Juli 2013 und Heft 31-32 vom 5. August 2013, veröffentlicht.

Weitere Informationen zu den Hintergründen der Weiterentwicklung des EBM für Hausärzte und Fachärzte finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM* unter „EBM-Reform“ und auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik „Weiterentwicklung des EBM“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Allgemeines zu den Änderungen des EBM

Bewertungen – Anhebung des Orientierungspunktwertes auf zehn Cent

- Beschlüsse aus der 303., 304. und 306. Sitzung (Teil B) des Bewertungsausschusses

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 werden der kalkulatorische Punktwert und der Orientierungspunktwert (OPW) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes angeglichen und beide auf zehn Cent erhöht. Da die Punktwertanhebung nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses für die Krankenkassen ausgabenneutral umzusetzen ist, werden im Gegenzug die Punktzahlen der Gebührenordnungspositionen entsprechend abgesenkt. Hierdurch bleiben die für die Gebührenordnungspositionen ausgewiesenen Euro-Beträge bis auf geringe rundungsbedingte Differenzen unverändert, nur die Punktzahlen ändern sich. Ebenfalls angepasst werden die Punktzahlen der Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) sowie die in den Bestimmungen des EBM genannten Faktoren zur Umrechnung von Bewertungen in Euro in Bewertungen in Punkten in Abschnitt 32.2 und 32.3 (Labor).

Für bereits in Euro bewertete Leistungen ergibt sich keine Änderung.

Die ab dem 1. Oktober 2013 geltenden neuen Punktzahlen der Gebührenordnungspositionen des EBM finden Sie in der Anlage zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 304. Sitzung.

Hintergründe zu dieser Änderung können Sie auch im Beitrag „Kopfg Geburt oder Goldener Herbst“ in dieser Ausgabe des KVB FORUM auf Seite 34 bis 35 nachlesen.

Bayerische Euro-Gebührenordnung (B€GO) ab 1. Oktober 2013

Die vertragsärztlichen Leistungen werden 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 Europreisen. Regional – das heißt zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Landesverbänden der Krankenkassen – wurde mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 ein einheitlicher bayerischer Punktwert in Höhe von zehn Cent vereinbart. Der bayerische Punktwert entspricht dem vom Bewertungsausschuss auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert zum 1. Oktober 2013.

In dieser Ausgabe der KVB INFOS geben wir Ihnen die Bayerische Euro-Gebührenordnung auf Basis des Punktwertes von zehn Cent bekannt.

Änderungen des EBM im Bereich Hausärzte

Veröffentlichung der B€GO im Internet

Ab dem 1. Oktober 2013 stellen wir Ihnen die neue Bayerische Euro-Gebührenordnung ausschließlich auf der Internetseite der KVB unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/BEGO-EBM* bereit. Hier haben Sie die Wahl zwischen der B€GO als GOP-Übersicht mit bayerischen Euro-Preisen in PDF-Format im öffentlichen Bereich oder dem elektronischen B€GO-Informationssystem als Online- oder Download-Version im geschlossenen Mitgliederbereich.

Eine Versendung der B€GO auf CD-ROM mit dem Mitgliedermagazin erfolgt nicht mehr, nachdem sich bei vorhergehenden Versandaktionen immer wieder gezeigt hat, dass kurzfristig auf Bundesebene noch beschlossene Änderungen zur Gebührenordnung von uns beim Druck der CDs nicht mehr berücksichtigt werden konnten und so die Aktualität der ausgelieferten Euro-Gebührenordnungen nicht gewährleistet war.

Sofern Sie keinen Internetzugang besitzen oder Ihnen technische Probleme den Zugriff auf die von uns im Internet bereitgestellten Informationen verwehren, können Sie die Bayerische Euro-Gebührenordnung natürlich auch per E-Mail an info@kvb.de oder telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10 kostenlos bei uns anfordern.

Eine Gesamtübersicht über die neuen Gebührenordnungspositionen für Hausärzte in Kapitel 3 EBM mit Bewertung in Punkten und Euro als Tischvorlage finden Sie im Anschluss an diesen Artikel.

Versichertenpauschalen

- Beschluss aus der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses

Versichertenpauschalen werden mit neuen Gebührenordnungsnummern abgerechnet.

Die bisherigen Gebührenordnungspositionen 03110 bis 03112, 03120 bis 03122 und 03130 für die Versichertenpauschale werden gestrichen und können ab dem 1. Oktober 2013 nicht mehr berechnet werden.

Geänderte Gebührenordnungsnummern		
GOP neu	GOP alt	Kurzlegende
03000	03110	Versichertenpauschale
	03111	
	03112	
03010	03120	Versichertenpauschale bei Überweisungen durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt oder bei Behandlung im Vertretungsfall
	03121	
	03122	
03030	03130	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19.00 und 7.00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt

Neue Abgrenzung der Altersgruppen	
Neu	Alt
bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	
vom 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
vom 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	vom 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
vom 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	ab dem 60. Lebensjahr
ab dem 76. Lebensjahr	

Die Versichertenpauschalen GOPen 03000 und 03010 werden zukünftig in fünf Altersklassen statt bisher drei unterteilt.

- Die altersgestaffelte Bewertung wird automatisch durch Ihr Praxissoftwaresystem beziehungsweise durch die KVB umgesetzt. Sie tragen unabhängig vom Alter nur die jeweils zutreffende GOP 03000, 03010 oder 03030 in Ihre Abrechnung ein.

10%-Aufschlag für Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten

Der Aufschlag für fachgleiche hausärztliche (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften und für Hausarztpraxen mit angestellten Hausärzten wird von zehn Prozent auf 22,5 Prozent erhöht.

Ausgliederung von Leistungen aus der Versichertenpauschale

Neu: GOP 03040

Zusatzpauschale zu den Versichertenpauschalen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V („Vorhaltepauschale“)

Wird durch die KVB zugesetzt

- Einmal im Behandlungsfall
- Im Zusammenhang mit Versichertenpauschale 03000 beziehungsweise 03030 berechnungsfähig
- Für diabetologische oder HIV-Schwerpunktpraxen auch im Zusammenhang mit Versichertenpauschale bei Überweisung durch einen anderen Hausarzt (GOP 03010) zu 50 Prozent berechnungsfähig. Die entspre-

chende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.

- Keine Zusetzung in Behandlungsfällen, in denen Leistungen abgerechnet werden, die nicht dem grundsätzlich hausärztlichen Versorgungsauftrag zuzurechnen sind:
 - Phlebologie (Abschnitt 30.5)
 - Schmerztherapie (Abschnitt 30.7)
 - Schlafstörungsdiagnostik (Abschnitt 30.9)
 - Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson (GOPen 35111 bis 35113)
 - Hypnose (GOP 35120)
 - Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie und zur Einleitung/Verlängerung einer Langzeittherapie (GOPen 35130 und 35131)
 - Biografische Anamnese, vertiefte Exploration, Zuschlag zur Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde (GOPen 35140 bis 35142)
 - Probatorische Sitzung (GOP 35150)
 - Antragspflichtige Psychotherapie (Abschnitt 35.2)
 - Leistungen nach der Onkologie-Vereinbarung (GOPen 86510 bis 86518)
 - Fachärztliche Leistungen nach Paragraph 6 der Anlage 5 des Bundesmantelvertrags (ehemalige „KO-Leistungen“ wie Koloskopie, Bronchoskopie, Duplex-Sonographie, Strahlendiagnostik, Speziallabor, Dialyse)
- Bei nur einmaliger Abrechnung der Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruch-

nahme (GOP 03030) erfolgt die Vergütung der GOP 03040 zu 50 Prozent

- Aufschlags- beziehungsweise Abschlagsregelung von zehn Prozent auf die GOP 03040 abhängig von der Anzahl der Behandlungsfälle je Arzt entsprechend den Bestimmungen zur GOP

Neu: GOP 03230

Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung mit einem Patienten und/oder einer Bezugsperson

- je vollendete zehn Minuten
- kann auch telefonisch erbracht werden
- nicht im Notfall oder organisierter Bereitschaftsdienst berechnungsfähig
- kann neben Versichertenpauschale 03000 erst ab Arzt-Patienten-Kontaktzeit von 20 Minuten berechnet werden und neben Versichertenpauschale 03010 erst ab 15 Minuten
- neben diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Gebührenordnungspositionen zehn Minuten längere Kontaktzeit notwendig
- in der gleichen Sitzung nicht neben Leistungen der Palliativmedizin (GOPen 03370, 03372 und 03373) und Psychosomatik (GOPen 35100 und 35110) berechnungsfähig
- im gleichen Behandlungsfall nicht neben der Grundpauschale Schmerztherapie (GOP 30700) berechnungsfähig
- nur bis zu einem begrenzten Punktzahlvolumen pro Quartal berechnungsfähig:
 - Höhe des Punktzahlvolumens ergibt sich aus Anzahl der Be-

handlungsfälle der Praxis x 45 Punkte

- in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten werden nur solche Behandlungsfälle berücksichtigt, in denen ein Hausarzt nach Präambel 3.1 Nr. 1 an der Behandlung beteiligt ist
- unberücksichtigt bei der Ermittlung der Anzahl der Behandlungsfälle bleiben:
 - Fälle im organisierten Bereitschaftsdienst
 - belegärztliche Fälle
 - Behandlungsfälle mit ausschließlicher Abrechnung von Kosten des Kapitels 40
- Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen

Chronikerpauschale – Differenzierung nach Aufwand

Gestrichen: GOP 03212

Neu:

Zuschlag zur Versichertenpauschale nach GOP 03000 zur Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung

GOP	Obligater Leistungsinhalt
03220	■ Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
03221	■ Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte ■ Überprüfung und/oder Anpassung und/oder Einleitung von Maßnahmen der leitliniengestützten Behandlung von der (den) chronischen Erkrankung(en)

- einmal im Behandlungsfall
- im Zusammenhang mit Versichertenpauschale 03000 berechnungsfähig
- Für diabetologische oder HIV-Schwerpunktpraxen auch im Zusammenhang mit Versichertenpauschale bei Überweisung durch einen anderen Hausarzt (GOP 03010) berechnungsfähig. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.
- Patient muss in kontinuierlicher ärztlicher Behandlung sein, das heißt im Zeitraum der letzten vier Quartale muss
 - pro Quartal mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en)
 - in mindestens drei Quartalen der Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Praxis
 - davon in mindestens zwei Quartalen jeweils als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt sein.

Ausnahmen:

- Bei Neugeborenen und Säuglingen kann die GOP auch ohne Vorliegen einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung abgerechnet werden.
- Wechselt der Patient seinen Hausarzt und fanden die zur Berechnung notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte in der Praxis des bisher betreuenden Hausarztes statt, kann die Chronikerpauschale auch vom die Betreuung übernehmenden Hausarzt abgerechnet werden.

Tragen Sie in diesem Fall bitte die Chronikerpauschale mit dem Buchstaben H in Ihre Abrechnung ein (03220H oder 03221H). Damit dokumentieren Sie, dass die für die Berechnung notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte bei einem anderen Hausarzt stattgefunden haben.

- Die gesicherte(n) Diagnose(n) nach ICD-10-GM ist/sind bei der Abrechnung anzugeben.
- Nicht berechnungsfähig in Behandlungsfällen, in denen folgende Leistungen abgerechnet werden:
 - Phlebologie (Abschnitt 30.5)
 - Schmerztherapie (Abschnitt 30.7)
 - Schlafstörungsdiagnostik (Abschnitt 30.9)
 - Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson (GOPen 35111 bis 35113)
 - Hypnose (GOP 35120)
 - Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie und zur Einleitung/Verlängerung einer Langzeittherapie (GOPen 35130 und 35131)
 - biografische Anamnese, vertiefte Exploration, Zuschlag zur Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde (GOPen 35140 bis 35142)
 - probatorische Sitzung (GOP 35150)
 - antragspflichtige Psychotherapie (Abschnitt 35.2)
 - Leistungen nach der Onkologie-Vereinbarung (GOPen 86510 bis 86518)
 - Fachärztliche Leistungen nach Paragraf 6 der Anlage 5 des Bundesmantelvertrags (ehemalige „KO-Leistungen“ wie Koloskopie, Bronchoskopie, Duplex-Sonographie, Strahlendiagnostik, Speziallabor, Dialyse)

Hinweis: Entgegen anderslautender Aussagen im Deutschen Ärzteblatt muss die GOP 03220 oder 03221 vom Arzt in die Abrechnung eingetragen werden.

Neue hausärztliche Gebührenordnungsposition

Hausärztlich-geriatrische Versorgung

- Neuaufnahme von Gebührenordnungspositionen 03360 und 03361 für die hausärztlich-geriatrische Versorgung in Abschnitt 3.2.4 des EBM
- Nur berechnungsfähig bei Patienten:
 - vor dem vollendeten 70. Lebensjahr bei Vorliegen einer der in der Präambel 3.2.4 Nr. 1 genannten Erkrankungen (Demenz, Alzheimer, Parkinson-Syndrom)
 - ab vollendetem 70. Lebensjahr bei Vorliegen einer geriatrischen Morbidität und/oder Vorliegen einer Pflegestufe
 - Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Schwindel
 - komplexe kognitive, emotionale oder verhaltensbezogene Beeinträchtigung
 - Frailty-Syndrom (Gebrechlichkeit)
 - Dysphagie (Schluckstörung)
 - Inkontinenz(en)
 - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom
- Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03360 und 03361 setzt die Angabe des ICD-Codes voraus

Gestrichen: GOP 03240

Neu: GOP 03360 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment

Obligater Leistungsinhalt

- Erhebung und/oder Monitoring der Funktionseinschränkungen

- Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeit mittels standardisierter Testverfahren
- Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr mittels standardisierter Testverfahren

- einmal im Behandlungsfall
- höchstens zweimal im Krankheitsfall
- nicht neben Leistungen der Palliativmedizin (GOPen 03370 bis 03373) und im Behandlungsfall nicht neben Testverfahren bei Demenzverdacht (GOP 03242) berechnungsfähig

Neu: GOP 03362 – Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, gegebenenfalls Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung von geriatrischen Syndromen
- Überprüfung der verordneten Arzneimittel sowie gegebenenfalls der Arzneimittelhandhabung
- Erstellung und/oder Aktualisierung eines Medikationsplans

- einmal im Behandlungsfall
- Für Berechnung neben Versichertenpauschale (GOPen 03000, 03010 oder 03030) ist im gleichen Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig.
- Voraussetzung für Abrechnung ist das Vorliegen der Ergebnisse eines hausärztlich-geriatrischen Basisassessments nach GOP 03360, welches nicht länger als

vier Quartale zurückliegen darf. Das Basisassessment kann auch von einem anderen Arzt als dem die GOP 03362 erbringenden und abrechnenden Arzt durchgeführt worden sein.

- nicht neben Leistungen der Palliativmedizin (GOPen 03370 bis 03373) berechnungsfähig

Palliativmedizinische Versorgung

- Neuaufnahme von Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 für die palliativmedizinische Versorgung in Abschnitt 3.2.5 des EBM
- Für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leiden.
- Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 sind nicht berechnungsfähig:
 - wenn der behandelnde Arzt bei dem Patienten Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erbringt
 - neben den Chronikerzuschlägen (GOPen 03220, 03221) und Leistungen der hausärztlichen-geriatrischen Versorgung (GOPen 03360, 03362)

Neu: GOP 03370

Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungsplan

- einmal im Krankheitsfall
- nicht neben dem problemorientierten Gespräch (GOP 03230) berechnungsfähig

Neu: GOP 03371

Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis

- einmal im Behandlungsfall
- nur im Zusammenhang mit der Versichertenpauschale 03000
- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt von mindestens 15 Minuten Dauer notwendig
- nicht neben den Zuschlägen für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit (GOPen 03372, 03373) berechnungsfähig

Neu: GOP 03372

Zuschlag zu den GOPen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit

- je vollendete 15 Minuten berechnungsfähig
- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt von mindestens 15 Minuten Dauer notwendig
- am Behandlungstag nur bis maximal 620 Punkte (maximal fünf Mal) berechnungsfähig
- nicht neben dem problemorientierten Gespräch (GOP 03230) und den anderen Zuschlägen der palliativmedizinischen Betreuung (GOPen 03371 und 03373) berechnungsfähig

Neu: GOP 03373

Zuschlag zu den GOPen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit

- je Besuch berechnungsfähig
- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig
- Nicht berechnungsfähig zur GOP 01411 für Besuche im Rahmen

des organisierten Bereitschaftsdienstes, bei Besuchen im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie zur GOP 01412 für dringende Visiten auf der Belegstation.

- Nicht neben Leistungen der besonderen Inanspruchnahme (GOPen 01100 bis 01102), Notfallpauschalen (GOPen 01210 bis 01219), dem problemorientierten Gespräch (GOP 03230) und den anderen Zuschlägen für die palliativmedizinische Betreuung (GOPen 03371 und 03372) berechnungsfähig.

Streichung GOP 03332 – Zuschlag Polypentfernung

Der Zuschlag zum prokto-/rektoskopischen Komplex für die Polypentfernung nach GOP 03332 wird aus dem Abschnitt 3.2.3 gestrichen und kann daher ab dem 1. Oktober von Hausärzten nicht mehr erbracht und abgerechnet werden.

Der Zuschlag für die Polypentfernung nach GOP 30601 (zur Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie nach GOP 30600) kann von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin sowie von hausärztlich tätigen Internisten weiterhin abgerechnet werden, wenn sie einen durch die KVB genehmigten Versorgungsschwerpunkt nachweisen können.

Änderungen des EBM im Bereich Kinder- und Jugendärzte

Eine Gesamtübersicht über die neuen Gebührenordnungspositionen für Kinder- und Jugendärzte in Kapitel 4 EBM mit Bewertung in Punkten und Euro als Tischvorlage finden Sie im Anschluss an diesen Artikel.

Versichertenpauschalen

- Beschluss aus der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses

Versichertenpauschalen werden mit neuen Gebührenordnungsnummern abgerechnet.

Die bisherigen Gebührenordnungspositionen 04110 bis 04112, 04120 bis 04122 und 04130 für die Versichertenpauschale werden gestrichen und können ab dem 1. Oktober 2013 nicht mehr berechnet werden.

Neue Abgrenzung der Altersgruppen

Die Versichertenpauschalen GOPen 04000 und 04010 werden zukünftig in fünf Alterklassen statt bisher drei unterteilt.

- Die altersgestaffelte Bewertung wird automatisch durch Ihr Praxissoftwaresystem beziehungsweise durch die KVB umgesetzt. Sie tragen unabhängig vom Alter nur die jeweils zutreffende GOP 04000, 04010 oder 04030 in Ihre Abrechnung ein.

Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung

Der Aufschlag von 40 Prozent auf die Versichertenpauschalen bei fachärztlicher Tätigkeit wird auf 60 Prozent erhöht.

Geänderte Gebührenordnungsnummern		
GOP neu	GOP alt	Kurzlegende
04000	04110	Versichertenpauschale
	04111	
	04112	
04010	04120	Versichertenpauschale bei Überweisungen durch einen in der Präambel 4.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt oder bei Behandlung im Vertretungsfall
	04121	
	04122	
04030	04130	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19.00 und 7.00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt

Neue Abgrenzung der Altersgruppen	
Neu	Alt
bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	
vom 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
vom 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	vom 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
vom 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	ab dem 60. Lebensjahr
ab dem 76. Lebensjahr	

Für die um 60 Prozent erhöhten Versichertenpauschalen sind die folgenden Gebührenordnungspositionen in die Abrechnung einzutragen:

04000 bei fachärztlicher Tätigkeit	GOP 04000F
04010 bei fachärztlicher Tätigkeit	GOP 04010F
04030 bei fachärztlicher Tätigkeit	GOP 04030F

10%-Aufschlag für Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten

Der Aufschlag für kinder- und jugendmedizinische fachgleiche (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften und kinder- und jugendmedizinischen Praxen mit angestellten Kinder- und Jugendärzten wird von zehn Prozent auf 22,5 Prozent erhöht.

Ausgliederung von Leistungen aus der Versichertenpauschale

Neu: GOP 04040

Zusatzpauschale zu den Versichertenpauschalen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß Paragraf 73 Abs. 1 SGB V („Vorhaltepauschale“)

Wird durch die KVB zugesetzt

- einmal im Behandlungsfall
- im Zusammenhang mit Versichertenpauschale 04000 beziehungsweise 04030 berechnungsfähig
- Für diabetologische Schwerpunktpraxen auch im Zusammenhang mit Versichertenpauschale bei Überweisung durch einen anderen Kinder- und Jugendarzt (GOP 04010) zu 50 Prozent berechnungsfähig. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.
- Keine Zusetzung in Behandlungsfällen, in denen Leistungen abgerechnet werden, die nicht dem grundsätzlich hausärztlichen Versorgungsauftrag zuzurechnen sind:
 - Phlebologie (Abschnitt 30.5)
 - Schmerztherapie (Abschnitt 30.7)
 - Schlafstörungsdiagnostik (Abschnitt 30.9)

- Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson (GOPen 35111 bis 35113)
- Hypnose (GOP 35120)
- Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie und zur Einleitung/Verlängerung einer Langzeittherapie (GOPen 35130 und 35131)
- Biografische Anamnese, vertiefte Exploration, Zuschlag zur Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde (GOPen 35140 bis 35142)
- Probatorische Sitzung (GOP 35150)
- Antragspflichtige Psychotherapie (Abschnitt 35.2)
- Leistungen nach der Onkologie-Vereinbarung (GOPen 86510 bis 86518)
- Fachärztliche Leistungen nach Paragraf 6 der Anlage 5 des Bundesmantelvertrags (ehemalige „KO-Leistungen“ wie Koloskopie, Bronchoskopie, Duplex-Sonografie, Strahlendiagnostik, Speziallabor, Dialyse)
- Bei nur einmaliger Abrechnung der Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme (GOP 04030) erfolgt die Vergütung der GOP 04040 zu 50 Prozent.
- Aufschlags- beziehungsweise Abschlagsregelung von zehn Prozent auf die GOP 04040 abhängig von der Anzahl der Behandlungsfälle je Arzt entsprechend den Bestimmungen zur GOP.

Neu: GOP 04230

Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung mit einem Patienten und/oder einer Bezugsperson

- je vollendete zehn Minuten
- kann auch telefonisch erbracht werden
- nicht im Notfall oder organisierter Bereitschaftsdienst berechnungsfähig
- kann neben Versichertenpauschale 04000 erst ab Arzt-Patienten-Kontaktzeit von 20 Minuten berechnet werden und neben Versichertenpauschale 04010 erst ab 15 Minuten
- neben diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Gebührenordnungspositionen zehn Minuten längere Kontaktzeit notwendig
- in der gleichen Sitzung nicht neben Leistungen der Palliativmedizin (GOPen 04370, 04372 und 04373) und Psychosomatik (GOPen 35100 und 35110) berechnungsfähig
- im gleichen Behandlungsfall nicht neben der Grundpauschale Schmerztherapie (GOP 30700) berechnungsfähig
- nur bis zu einem begrenzten Punktzahlvolumen pro Quartal berechnungsfähig:
 - Höhe des Punktzahlvolumens ergibt sich aus Anzahl der Behandlungsfälle der Praxis x 45 Punkte
 - In Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten werden nur solche Behandlungsfälle berücksichtigt, in denen ein Kinder- und Jugendarzt nach Präambel 4.1 Nr. 1 an der Behandlung beteiligt ist.

- unberücksichtigt bei der Ermittlung der Anzahl der Behandlungsfälle bleiben:
 - Fälle im organisierten Bereitschaftsdienst
 - belegärztliche Fälle
 - Behandlungsfälle mit ausschließlicher Abrechnung von Kosten des Kapitels 40
 - Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen

Chronikerpauschale – Differenzierung nach Aufwand

Gestrichen: GOP 04212

Neu:

Zuschlag zur Versichertenpauschale nach GOP 04000 zur Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung

- einmal im Behandlungsfall
- im Zusammenhang mit Versichertenpauschale 04000 berechnungsfähig
- Für diabetologische Schwerpunktpraxen auch im Zusammenhang mit Versichertenpauschale bei Überweisung durch einen anderen Kinder- und Jugendarzt

(GOP 04010) berechnungsfähig. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.

- Patient muss in kontinuierlicher ärztlicher Behandlung sein, das heißt im Zeitraum der letzten vier Quartale muss
 - pro Quartal mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en)
 - in mindestens drei Quartalen der Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Praxis
 - davon in mindestens zwei Quartalen jeweils als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt sein.

Ausnahmen:

- Bei Neugeborenen und Säuglingen kann die GOP auch ohne Vorliegen einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung abgerechnet werden.
- Wechselt der Patient seinen Kinder- und Jugendarzt und fanden die zur Berechnung notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte in der Praxis des bisher betreuenden Kinder- und Jugendarztes statt, kann die Chronikerpauschale auch vom die Betreuung übernehmenden Kinder- und Jugendarzt abgerechnet werden.

Tragen Sie in diesem Fall bitte die Chronikerpauschale mit dem Buchstaben H in Ihre Abrechnung ein (04220H oder 04221H). Damit dokumentieren Sie, dass die für die Berechnung notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte bei einem anderen Hausarzt stattgefunden haben.

- Die gesicherte(n) Diagnose(n) nach ICD-10-GM ist/sind bei der Abrechnung anzugeben.
- Nicht berechnungsfähig in Behandlungsfällen, in denen folgende Leistungen abgerechnet werden:
 - Phlebologie (Abschnitt 30.5)
 - Schmerztherapie (Abschnitt 30.7)
 - Schlafstörungsdiagnostik (Abschnitt 30.9)
 - Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson (GOPen 35111 bis 35113)
 - Hypnose (GOP 35120)
 - Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie und zur Einleitung/Verlängerung einer Langzeittherapie (GOPen 35130 und 35131)
 - biografische Anamnese, vertiefte Exploration, Zuschlag zur Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde (GOPen 35140 bis 35142)
 - probatorische Sitzung (GOP 35150)
 - antragspflichtige Psychotherapie (Abschnitt 35.2)
 - Leistungen nach der Onkologie-Vereinbarung (GOPen 86510 bis 86518)

GOP	Obligater Leistungsinhalt
04220	■ Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
04221	■ Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte ■ Überprüfung und/oder Anpassung und/oder Einleitung von Maßnahmen der leitliniengestützten Behandlung von der (den) chronischen Erkrankung(en)

- fachärztliche Leistungen nach Paragraf 6 der Anlage 5 des Bundesmantelvertrages (ehemalige „KO-Leistungen“ wie Koloskopie, Bronchoskopie, Duplex-Sonografie, Strahlendiagnostik, Speziallabor, Dialyse)

Hinweis: Entgegen anderslautenden Aussagen im Deutschen Ärzteblatt muss die GOP 04220 oder 04221 vom Arzt in die Abrechnung eingetragen werden.

Neue kinder- und jugendärztliche Gebührenordnungspositionen

Sozialpädiatrische Versorgung

- Neuaufnahme der Gebührenordnungsposition 04355 für die sozialpädiatrische Versorgung in Abschnitt 4.2.4 des EBM

Neu: GOP 04355

Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung

- einmal im Behandlungsfall
- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt mit Dauer mindestens 15 Minuten notwendig
- als Einzelsitzung
- mindestens eine der in der Anmerkung zur GOP 04355 genannten Erkrankungen (ICD-Angabe) muss vorliegen
- bei Berechnung neben der Versichertenpauschale Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 25 Minuten Voraussetzung für die Berechnung
- Bei Berechnung neben diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Gebührenordnungspositionen ist eine mindestens 15

Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04355.

- nicht berechnungsfähig neben Notfallpauschalen (GOPen 01210, 01214, 01216, 01218) und Leistungen der Abschnitte 30.3 (Neurophysiologische Übungsbehandlung), 30.11 (Neuropsychologische Therapie), 35.1 und 35.2 (Psychotherapie)

Palliativmedizinische Versorgung

- Neuaufnahme von Gebührenordnungspositionen 04370 bis 04373 für die palliativmedizinische Versorgung in Abschnitt 4.2.5 des EBM.

- Für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leiden.

- Gebührenordnungspositionen 04370 bis 04373 sind nicht berechnungsfähig:
 - wenn der behandelnde Arzt bei dem Patienten Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erbringt
 - neben den Chronikerzuschlägen (GOPen 04220, 04221)

Neu: GOP 04370

Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungsplan

- einmal im Krankheitsfall
- nicht neben dem problemorientierten Gespräch (GOP 04230) berechnungsfähig

Neu: GOP 04371

Zuschlag zu der Versichertenpauschale 04000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis

- einmal im Behandlungsfall
- nur im Zusammenhang mit der Versichertenpauschale 04000
- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt von mindestens 15 Minuten Dauer notwendig
- nicht neben den Zuschlägen für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit (GOPen 04372, 04373) berechnungsfähig

Neu: GOP 04372

Zuschlag zu den GOPen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit

- je vollendete 15 Minuten berechnungsfähig
- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt von mindestens 15 Minuten Dauer notwendig
- am Behandlungstag nur bis maximal 620 Punkte (maximal fünf Mal) berechnungsfähig
- nicht neben dem problemorientierten Gespräch (GOP 04230) und den anderen Zuschlägen der palliativmedizinischen Betreuung (GOPen 04371 und 04373) berechnungsfähig

Neu: GOP 04373

Zuschlag zu den GOPen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit

- je Besuch berechnungsfähig
- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig
- nicht berechnungsfähig zur GOP 01411 für Besuche im Rahmen des organisierten Bereitschafts-

Änderungen des EBM im Bereich Fachärzte

dienstes, bei Besuchen im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie zur GOP 01412 für dringende Visiten auf der Belegstation

- Nicht neben Leistungen der besonderen Inanspruchnahme (GOPen 01100 bis 01102), Notfallpauschalen (GOPen 01210 bis 01219), dem problemorientierten Gespräch (GOP 04230) und den anderen Zuschlägen für die palliativmedizinische Betreuung (GOPen 04371 und 04372) berechnungsfähig.

Streichung GOP 04332 – Zuschlag Polypentfernung

Der Zuschlag zum prokto-/rektoskopischen Komplex für die Polypentfernung nach GOP 04332 wird aus dem Abschnitt 4.2.3 gestrichen und kann daher ab dem 1. Oktober von Kinder- und Jugendärzten nicht mehr erbracht und abgerechnet werden.

- Beschluss aus der 311. Sitzung des Bewertungsausschusses

Übersicht der neuen Gebührenordnungspositionen

GOP	Abrechnungsgebiet	Bewertung	
		Punkte	Euro ¹⁾
05220	Anästhesiologie	70	7,00
06220	Augenheilkunde	16	1,60
07220	Chirurgie	27	2,70
08220	Gynäkologie	25	2,50
09220 20220	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie	22	2,20
10220	Dermatologie	13	1,30
13220	Innere Medizin (FA ohne Schwerpunkt)	36	3,60
14214	Kinder- und Jugendpsychiatrie	80	8,00
16215 21218	Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie	35	3,50
18220	Orthopädie	26	2,60
22216 23216	Psychosomatik und Psychotherapie, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	159	15,90
26220	Urologie	30	3,00
27220	Physikalische und Rehabilitative Medizin	60	6,00

1) Sofern die derzeit für die PFG vorgesehene Vergütung nicht ausreicht, um die vollen Preise der PFG zu honorieren, sieht der HVM eine einheitliche Quotierung bis zu 85 Prozent für alle Fachgruppen vor.

Änderungen des EBM im Bereich Humangenetik

Neue Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

Wird von der KVB zugesetzt

- Zuschlag zur arztgruppenspezifischen Grundpauschale
- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- nur für bestimmte Arztgruppen berechnungsfähig
- nur für zugelassene Ärzte und zugelassene MVZ (für ermächtigte Ärzte/Krankenhäuser/ Institute nur berechnungsfähig, wenn der Umfang der Ermächtigung dem eines zugelassenen Vertragsarztes entspricht)
- nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen keine Leistungen mit Kennzeichnung „*“ nach Anhang 3 EBM sowie Kostenpauschalen des Abschnitts 32.3 abgerechnet werden (analog der mit „**“ gekennzeichneten Kataraktleistungen gilt der Ausschluss auch für die GOpen 97441, 97442, 97443, 97444 und 97445)
- Die gekennzeichneten GOpen sind in Nr. 19 des Beschlusses aufgeführt. Eine Übersicht der Ausschlussleistungen zur PFG finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/ BEGO-EBM* unter dem Punkt „EBM-Reform“.

- Beschluss aus der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses

Neue Gebührenordnungsposition für zeitaufwändige humangenetische Beratung

Neu:

GOP 11220 – Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 11210 bis 11212 für eine humangenetische Beratung und/ oder Erörterung von insgesamt mindestens 80 Minuten Dauer

EBM-Bewertung 450 Punkte
Preis BÉGO 45,00 Euro

- einmal im Krankheitsfall
- im Zusammenhang mit humangenetischen Grundpauschalen 11210 bis 11212 berechnungsfähig
- Arzt-Patienten-Kontakt von insgesamt mindestens 80 Minuten Dauer – gegebenenfalls in mehreren Sitzungen – erforderlich

GOPen 11320 bis 11322 – Präzisierung/Änderung der Leistungsinhalte

- Die Leistungsinhalte der Gebührenordnungspositionen 11320 bis 11322 wurden im Hinblick auf die anzuwendenden Untersuchungstechniken beziehungsweise -verfahren präzisiert. Es wird dadurch klargestellt, dass „Hochdurchsatzmethoden“ wie Mikro-Array (Gen-Chip) und Next-Generation-Sequencing (NGS) bei der Konzeption der Gebührenordnungspositionen 11320 bis 11322 nicht berücksichtigt wurden und daher nicht nach diesen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig waren und sind.

- Die Auswertung der erhobenen Befunde wird obligater Leistungsinhalt.
- Durch Aufnahme einer weiteren Anmerkung zu den Gebührenordnungspositionen wird klargestellt, dass Kontrollreaktionen (Amplifikations-, Kontaminations- oder Identitätskontrollen) nicht gesondert berechnungsfähig sind.

Geändert: GOP 11320

Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation mittels Hybridisierung ~~menschlicher DNA~~ mit einer mutationssequenzspezifischen Sonde

- je Sonde und Mutation

Geändert: GOP 11321

Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation mittels ~~Amplifikation menschlicher DNA mittels Polymerase-Kettenreaktion~~ sequenzspezifischer und nicht trägergebundener Nukleinsäureamplifikation

Geändert: GOP 11322

Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation mittels Sequenzierung menschlicher DNA nach der Kettenabbruchmethode nach Sanger

Bewertungsänderung – GOPen 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4.2			
GOP	Punkte alt*	Punkte neu*	Euro neu*
11320	276	193	19,30
11321	223	156	15,60
11322	999	699	69,90
11351	5.828	4.080	408,00
11352	24.240	16.968	1.696,80
11354	1.149	804	80,40
11360	1.149	804	80,40
11361	4.328	3.030	303,00
11370	4.663	3.264	326,40
11371	70.924	49.647	4.964,70
11372	1.171	820	82,00
11380	1.915	1.341	134,10
11390	1.149	804	80,40
11391	4.328	3.030	303,00
11395	1.149	804	80,40
11396	4.328	3.030	303,00
11400	1.149	804	80,40
11401	31.958	22.371	2.237,10
11403	2.330	1.631	163,10
11404	1.171	820	82,00
11410	2.330	1.631	163,10
11411	7.568	5.298	529,80
11412	1.171	820	82,00
11420	2.341	1.639	163,90
11421	1.149	804	80,40
11422	1.171	820	82,00
11430	4.511	3.158	315,80
11431	38.654	27.058	2.705,80
11432	42.453	29.717	2.971,70
11433	1.377	964	96,40
11434	2.742	1.919	191,90
11440	29.148	20.404	2.040,40
11441	30.204	21.143	2.114,30
11442	1.377	964	96,40
11443	2.742	1.919	191,90
11500	17.452	12.216	1.221,60

*unter Berücksichtigung des neuen Orientierungswertes von zehn Cent ab 1. Oktober 2013

- Die Leistungsbewertungen der Gebührenordnungspositionen 11320 bis 11322 und der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.2 (GOPen 11351 bis 11500) werden abgesenkt. Die Anpassung resultiert aus der durchgeführten Kostenstudie Humangenetik, die eine Überdeckung der technischen Leistungen der Humangenetik ergab.
- Im Zuge der Bewertungsänderungen wird auch der Höchstwert für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 11312, 11320, 11321 und 11322 neben der Gebührenordnungsposition 11500 im Behandlungsfall von 5304 auf 3713 Punkte geändert.
 - Änderung der dritten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 11500

Mammografie-Screening – Anhang 3 EBM Änderungen Overhead

- Beschluss aus der 289. Sitzung des Bewertungsausschusses

In den KVB INFOS 1-2/2013 informierten wir Sie über die Anpassung der Punktzahlen der Gebührenordnungspositionen für das Mammografie-Screening nach Abschnitt 1.7.3 des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2012. Grund hierfür war die Absenkung des Vergütungsanteils zur Finanzierung der Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung des Mammografie-Screening-Programms (sogenannter „organisatorischer Overhead“) von 5,2 Prozent auf 1,25 Prozent. Diese Regelung war bis zum 30. September 2013 befristet.

Ab dem 1. Oktober 2013 gilt wieder der alte Vergütungsanteil und damit auch die alten Bewertungen der Gebührenordnungspositionen 01750 bis 01759 im EBM unter Berücksichtigung der Anpassung an den neuen Orientierungswert von zehn Cent. An dem Anteil der ärztlichen Vergütung für die Leistungen des Mammografie-Screenings ändert sich hierdurch nichts.

- Beschluss aus der 309. und 311. Sitzung des Bewertungsausschusses

Im Zusammenhang mit der Änderung von Bewertungen beziehungsweise der Streichung und Neuaufnahme von Gebührenordnungspositionen in den EBM wurden auch die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst.

Zusätzlich wird in Anhang 3 Spalte 1 eine Kennzeichnung („*“) für diejenigen Gebührenordnungspositionen aufgenommen, die nicht der fachärztlichen Grundversorgung entsprechen (siehe hierzu auch Punkt „Neue Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung – PFG“.)

Weitere Planungen ab 1. Juli 2014

- Überprüfung der Kalkulationsgrundlagen (zum Beispiel Praxis-kosten und Kalkulationszeiten) und Neubewertung der hausärztlichen und fachärztlichen Leistungen im EBM
- Neue Systematik für Vergütung von Geräteleistungen bei Hausärzten durch Einführung einer Technikpauschale je Patient
- Prüfung, ob Hausbesuche nicht-ärztlicher Mitarbeiter auch in nicht unterversorgten Gebieten vergütungsfähig sind
- Weiterentwicklung der human-genetischen Leistungen im Hinblick auf die Aufnahme neuer Leistungen und Erweiterung der indikationsbezogenen Stufendiagnostik sowie Anpassung der bestehenden Gebührenordnungspositionen in Leistungsbeschreibung und Bewertung an den aktuellen Stand der Technik

Über die weiteren Entwicklungen halten wir Sie selbstverständlich auf dem Laufenden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Übersicht neue Gebührenordnungspositionen für Hausärzte (Kapitel 3 EBM)			
GOP neu	Kurzbeschreibung	Punkte	Euro
03000	Versichertenpauschale		
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	236	23,60
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	150	15,00
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	122	12,20
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	157	15,70
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	210	21,00
03010	Versichertenpauschale bei Überweisungen durch einen in der Päambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt oder bei der Behandlung im Vertretungsfall		
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	118	11,80
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	75	7,50
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	61	6,10
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	79	7,90
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	105	10,50
03030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	77	7,70
03040	Zusatzpauschale zu den GOPen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß Paragraf 73 Abs. 1 SGB V (Vorhaltepauschale)	140	14,00
03220	Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der GOP 03000 zur Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung (Chronikerzuschlag - ein Kontakt)	130	13,00

Anmerkungen	Ansatz durch Praxis
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall 	<p>Ja: Die altersgestaffelte Bewertung wird durch Ihr Praxissoftwaresystem beziehungsweise durch die KVB automatisch umgesetzt</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall 	<p>Ja: Die altersgestaffelte Bewertung wird durch Ihr Praxissoftwaresystem beziehungsweise durch die KVB automatisch umgesetzt</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ maximal zweimal im Behandlungsfall ■ belegärztlich nicht berechnungsfähig 	<p>Ja</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall ■ nur in Fällen ausschließlich hausärztlicher Versorgung ■ Aufschlags- beziehungsweise Abschlagsregelung von zehn Prozent abhängig von Behandlungsfallzahl je Arzt entsprechend den Bestimmungen zur GOP ■ bei einmaliger Abrechnung der GOP 03040 neben der GOP 03030 im Behandlungsfall = Abschlag 50 Prozent auf GOP 03040 ■ Bei Überweisung zur spezialisierten diabetologischen Behandlung oder Behandlung eines HIV-/AIDS-Patienten (Abschnitt 30.10) ist die GOP 03040 auch neben der GOP 03010 berechnungsfähig = Abschlag 50 Prozent auf die GOP 03040. 	<p>Nein: Wird von der KVB automatisch zugesetzt!</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall ■ gesicherte Diagnose der chronischen Erkrankung gemäß ICD-10-GM notwendig ■ Bei Überweisung zur spezialisierten diabetologischen Behandlung oder Behandlung eines HIV-/AIDS-Patienten (Abschnitt 30.10) ist die GOP 03220 auch neben der GOP 03010 berechnungsfähig 	<p>Ja</p>

Übersicht neue Gebührenordnungspositionen für Hausärzte (Kapitel 3 EBM)			
GOP neu	Kurzbeschreibung	Punkte	Euro
03221	Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der GOP 03000 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung (Chronikerzuschlag - zwei Kontakte)	150	15,00
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung	90	9,00
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	122	12,20
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	159	15,90
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungsplan	341	34,10
03371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	159	15,90
03372	Zuschlag zu den GOPen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	124	12,40
03373	Zuschlag zu den GOPen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	124	12,40

Anmerkungen	Ansatz durch Praxis
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall ■ gesicherte Diagnose der chronischen Erkrankung gemäß ICD-10-GM notwendig ■ Bei Überweisung zur spezialisierten diabetologischen Behandlung oder Behandlung eines HIV-/AIDS-Patienten (Abschnitt 30.10) ist die GOP 03221 auch neben der GOP 03010 berechnungsfähig 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> ■ je vollendete zehn Minuten ■ begrenztes Punktzahlvolumen pro Quartal (Anzahl der Behandlungsfälle x 45 Punkte) ■ neben der GOP 03000 = APK-Zeit mindestens 20 Minuten ■ neben der GOP 03010 = APK-Zeit mindestens 15 Minuten ■ neben diagnostischen beziehungsweise therapeutischen GOPen = APK-Zeit mindestens zehn Minuten länger ■ im Notfall und organisierten Bereitschaftsdienst nicht berechnungsfähig 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> ■ gesicherte ICD-Diagnose notwendig ■ einmal im Behandlungsfall, maximal zweimal im Krankheitsfall ■ ab dem vollendeten 70. Lebensjahr und geriatritypische Morbidität und/oder Vorliegen einer Pflegestufe oder bei geriatrischem Versorgungsbedarf ohne Alterseinschränkung (Demenz F00-F02, Alzheimer G30, Parkinson G20.1 und G20.2) 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> ■ gesicherte ICD-Diagnose notwendig ■ einmal im Behandlungsfall ■ ab dem vollendeten 70. Lebensjahr und geriatritypische Morbidität und/oder Vorliegen einer Pflegestufe oder bei Patienten mit bestimmten Erkrankungen (Demenz F00-F02, Alzheimer G30, Parkinson G20.1 und G20.2) ohne Alterseinschränkung ■ für die Berechnung neben der Versichertenpauschale sind mindestens zwei persönliche APK im Behandlungsfall erforderlich ■ Voraussetzung ist ein hausärztlich-geriatrisches Basisassessment, welches nicht länger als vier Quartale zurückliegen darf (auch von einem anderen Arzt) 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Krankheitsfall 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> ■ je vollendete 15 Minuten ■ Höchstwert: 620 Punkte am Behandlungstag 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> ■ je Besuch 	Ja

Übersicht neue Gebührenordnungspositionen für Kinder- und Jugendärzte (Kapitel 4 EBM)			
GOP neu	Kurzbeschreibung	Punkte	Euro
04000	Versichertenpauschale		
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	236	23,60
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	150	15,00
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	122	12,20
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	157	15,70
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	210	21,00
04010	Versichertenpauschale bei Überweisungen durch einen in der Päambel 4.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt oder bei der Behandlung im Vertretungsfall		
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	118	11,80
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	75	7,50
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	61	6,10
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	79	7,90
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	105	10,50
04030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	77	7,70
04040	Zusatzpauschale zu den GOPen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß Paragraf 73 Abs. 1 SGB V (Vorhaltepauschale)	140	14,00
04220	Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der GOP 04000 zur Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung (Chronikerzuschlag - ein Kontakt)	130	13,00
04221	Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der GOP 04000 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung (Chronikerzuschlag - zwei Kontakte)	150	15,00

Anmerkungen	Ansatz durch Praxis
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall 	<p>Ja: Die altersgestaffelte Bewertung wird durch Ihr Praxissoftwaresystem beziehungsweise durch die KVB automatisch umgesetzt</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall 	<p>Ja: Die altersgestaffelte Bewertung wird durch Ihr Praxissoftwaresystem beziehungsweise durch die KVB automatisch umgesetzt</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ maximal zweimal im Behandlungsfall ■ belegärztlich nicht berechnungsfähig 	<p>Ja</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall ■ nur in Fällen ausschließlich hausärztlicher Versorgung ■ Aufschlags- beziehungsweise Abschlagsregelung von zehn Prozent abhängig von Behandlungsfallzahl je Arzt entsprechend den Bestimmungen zur GOP ■ bei einmaliger Abrechnung der GOP 04040 neben der GOP 04030 im Behandlungsfall = Abschlag 50 Prozent auf GOP 04040 ■ Bei Überweisung zur spezialisierten diabetologischen Behandlung ist die GOP 04040 auch neben der GOP 04010 berechnungsfähig = Abschlag 50 Prozent auf die GOP 04040. 	<p>Nein: Wird von der KVB automatisch zugesetzt!</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall ■ gesicherte Diagnose der chronischen Erkrankung gemäß ICD-10-GM notwendig ■ Bei Überweisung zur spezialisierten diabetologischen Behandlung ist die GOP 04220 auch neben der GOP 04010 berechnungsfähig. 	<p>Ja</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall ■ gesicherte Diagnose der chronischen Erkrankung gemäß ICD-10-GM notwendig ■ Bei Überweisung zur spezialisierten diabetologischen Behandlung ist die GOP 04221 auch neben der GOP 04010 berechnungsfähig. 	<p>Ja</p>

Übersicht neue Gebührenordnungspositionen für Kinder- und Jugendärzte (Kapitel 4 EBM)

GOP neu	Kurzbeschreibung	Punkte	Euro
04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung	90	9,00
04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	145	14,50
04370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungsplan	341	34,10
04371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 04000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	159	15,90
04372	Zuschlag zu den GOPen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	124	12,40
04373	Zuschlag zu den GOPen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	124	12,40

Anmerkungen	Ansatz durch Praxis
<ul style="list-style-type: none"> ■ je vollendete zehn Minuten ■ begrenztes Punktzahlvolumen pro Quartal (Anzahl der Behandlungsfälle x 45 Punkte) ■ neben der GOP 04000 = APK-Zeit mindestens 20 Minuten ■ neben der GOP 04010 = APK-Zeit mindestens 15 Minuten ■ neben diagnostischen beziehungsweise therapeutischen GOPen = APK-Zeit mindestens zehn Minuten länger ■ im Notfall und organisierten Bereitschaftsdienst nicht berechnungsfähig 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall ■ neben der GOP 04000 = APK-Zeit mindestens 25 Minuten ■ neben diagnostischen beziehungsweise therapeutischen GOPen = APK-Zeit mindestens 15 Minuten länger ■ Vorliegen von mindestens einer in der Anmerkung zur GOP 04355 genannten Erkrankung (ICD-Diagnose) notwendig 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Krankheitsfall 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Behandlungsfall 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> ■ je vollendete 15 Minuten ■ Höchstwert: 620 Punkte am Behandlungstag 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> ■ je Besuch 	Ja

Änderungen des EBM und Kapitel 40 zum 1. Juli 2013

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 306. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2013 beschlossen. Ebenfalls mit Wirkung zum 1. Juli wurden von den Partnern der Bundesmantelverträge und der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen Änderungen im Kapitel 40 (Kostenpauschalen) beschlossen. Der Beschluss mit den Details der Änderungen wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Der Beschluss über die Änderungen im Kapitel 40 (Kostenpauschalen) wurde im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25 vom 21. Juni 2013 veröffentlicht.

Screening auf Gestationsdiabetes – neue GOPen ab 1. Juli 2013

- (306. Sitzung – schriftliche Beschlussfassung)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zum 3. März 2012 das Screening auf Gestationsdiabetes neu in die Mutterschafts-Richtlinien und damit in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Mit Wirkung zum 1. Juli 2013 wurden die GOPen 01776, 01777 und 01812 zur Vergütung des Screenings auf Gestationsdiabetes in den Abschnitt 1.7.4 (Mutterschaftsvorsorge) des EBM aufgenommen. Die Neuerungen haben wir für Sie nachfolgend dargestellt.

Bitte beachten Sie, dass eine Abrechnung des Screenings auf Gestationsdiabetes im Wege der Kostenerstattung beziehungsweise Privatliquidation mit der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen in den EBM nicht mehr möglich ist.

Neu: GOP 01776

Vortest auf Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des G-BA über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)

EBM-Bewertung 300 Punkte
Preis B€GO 10,61 Euro

Neu: GOP 01777

Oraler Glukosetoleranztest (oGTT) zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Mutterschafts-Richtlinien

EBM-Bewertung 365 Punkte
Preis B€GO 12,91 Euro

Für die Abrechnung der GOPen 01776 und 01777 ist Folgendes zu beachten:

- berechnungsfähig von Frauenärzten, Hausärzten und fachärztlichen Internisten
- je Schwangerschaft nur einmal berechnungsfähig
- im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig
- Die GOP 01777 ist nur berechnungsfähig bei Schwangeren, deren Plasmaglukosekonzentration im Venenblut im Vortest auf Gestationsdiabetes nach der GOP 01776 in dem in den oben genannten Richtlinien des G-BA für die Durchführung eines oGTT vorgesehenen Bereich lag.

Neu: GOP 01812

Glukosebestimmung im venösen Plasma im Rahmen des Screenings auf Gestationsdiabetes nach den GOPen 01776 und 01777 zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Mutterschafts-Richtlinien

EBM-Bewertung 45 Punkte
Preis B€GO 1,59 Euro

Anhang 3 zum EBM – Neuaufnahme der GOPen 01776, 01777 und 01812

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01776	Vortest auf Gestationsdiabetes	8	6	Tages- und Quartalsprofil
01777	Oraler Glukosetoleranztest (oGTT) 223	7	6	Tages- und Quartalsprofil
01812	Glukosebestimmung (Screening zum Gestationsdiabetes)	keine Angabe	-	keine Eignung

Vergütung der labor- medizinischen Leistungen

- berechnungsfähig von Frauenärzten, Hausärzten, fachärztlichen Internisten, Laborärzten und Laborgemeinschaften
- je Untersuchung berechnungsfähig
- am Behandlungstag nicht neben den GOPen 32025 und 32057 berechnungsfähig

Kostenpauschalen – Kapitel 40

Mit Wirkung zum 1. Juli 2013 wurde in den Anmerkungen zu den Kostenpauschalen 40120, 40122, 40124 und 40126 (Kosten für die Versendung, den Transport beziehungsweise die Übermittlung laboratoriumsdiagnostischer, histologischer, zytologischer, zytogenetischer oder molekulargenetischer Untersuchungsergebnisse) der Zusatz „an den auftragserteilenden Arzt“ gestrichen. Dadurch wird klargestellt, dass die GOPen 40120, 40122, 40124 und 40126 auch bei einer zusätzlichen Befundübermittlung an den nicht auftragserteilenden Arzt nicht neben der GOP 40100 berechnungsfähig sind.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Die Vergütung der labormedizinischen Leistungen wird maßgeblich durch Vorgaben auf Bundesebene bestimmt. Zuletzt hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ihre Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen am 25. Juni 2013 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 geändert. Diese Vorgaben gelten kraft Gesetzes unmittelbar auch für unsere Honorarverteilung in Bayern. Nachfolgend ein kurzer Überblick über die Vergütungsgrundsätze.

- Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) wird ein fester versorgungsbereichsübergreifender „Topf“ für Laborleistungen gebildet. Die Einsparungen durch die Änderungen beim Wirtschaftlichkeitsbonus ab Quartal 2/2013 werden berücksichtigt.
- Die Konsiliar- und Grundpauschalen für „Labormediziner“ (GOP 12210 und 12220 EBM) werden wie bisher mit einer festen Quote vergütet. Diese Quote liegt ab dem Quartal 4/2013 bei 144,58 Prozent.
- Der Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) wird weiterhin ohne Quotierung – gegebenenfalls nach EBM-Begrenzung – zu den Preisen der B€GO vergütet.
- Die Laborpauschalen der GOP 32025, 32026, 32027, 32035 bis 32039, 32097 und 32150 EBM werden weiterhin ohne Quotierung zu den Preisen der B€GO vergütet.
- Die sonstigen Laborpauschalen des Allgemeinlabors (Abschnitt 32.2 EBM) werden weiterhin mit einer bundeseinheitlichen Quote „Q“ vergütet, die von der KBV bundeseinheitlich vorgegeben

wird. Ab dem Quartal 4/2013 gilt eine Mindestquote von 91,58 Prozent.

- Diese Laborquote gilt auch für die Vergütung der Laborpauschalen des Speziallabors (Abschnitt 32.3 EBM) – unabhängig vom Fachgebiet des Erbringers. In diesem Rahmen bleibt es bis einschließlich Quartal 4/2013 bei der in Bayern getroffenen Regelung, die fallwertbezogenen Budgets im Speziallabor für „Nicht-Laborärzte“ auszusetzen.

Hier noch einmal die Bundeseinheitliche Abstufungsquote „Q“ für Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM für die Quartale 1/2013 bis 4/2013:

Quartal	„Q“
1/2013	89,18
2/2013	89,18
3/2013	91,81
4/2013	91,58

Die jeweils quartalsweise geltenden Quoten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.01.13/Labor*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Änderung der Psychotherapie-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zwei Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie beschlossen, die zum 19. Juni 2013 in Kraft getreten sind:

■ **Verhaltenstherapie auch als alleinige Gruppentherapie**
Änderung Paragraf 23b Absatz 1 Nummer 3 Satz 2 Psychotherapie-Richtlinie

Bisher konnte die Verhaltenstherapie als Gruppentherapie nur in Kombination mit der Einzeltherapie durchgeführt werden. Die Verhaltenstherapie kann nun auch als alleinige Gruppentherapie zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und abgerechnet werden (Gebührenordnungspositionen 35222 bis 35225 EBM).

■ **Mindestteilnehmerzahl für Gruppentherapien in psychoanalytisch begründeten Verfahren bei Kindern und Jugendlichen gesenkt**

Änderung Paragraf 18 Satz 1 Nummer 5 Psychotherapie-Richtlinie

Die Mindestteilnehmerzahl in der tiefenpsychologischen und analytischen Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen wird von sechs auf drei Teilnehmer reduziert. Durch die Verringerung sollen altersspezifische Entwicklungsbedingungen und die besonderen therapeutischen Erfordernisse bei Diagnosen wie ADHS, Autismus oder Verhaltensstörungen besser berücksichtigt werden.

Vergütung über Kostenerstattung

Eine Anpassung der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthaltenen Gebührenordnungsposi-

sitionen für die Gruppenbehandlung bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (GOPen 35202 und 35203) sowie bei analytischer Psychotherapie (GOP 35211) an die geänderte Mindestteilnehmerzahl ist bislang noch nicht erfolgt. Eine Abrechnung der Behandlungen bei einer Anzahl zwischen drei und fünf Teilnehmern als Sachleistung über Chipkarte ist deshalb derzeit nicht möglich.

Mit der Beschlussfassung des G-BA entsteht jedoch für die Versicherten ein Anspruch auf Kostenerstattung gegen ihre Krankenkasse. Die Behandlungen bei einer Anzahl zwischen drei und fünf Teilnehmern können unter Beachtung der bundesmantelvertraglichen Bestimmungen auf Grundlage der GOÄ gegenüber den Patienten privat in Rechnung gestellt werden. Bitte informieren Sie Ihre Versicherten darüber, dass eine Abrechnung als Sachleistung nicht möglich ist.

Sobald eine Anpassung der Mindestteilnehmerzahl im EBM erfolgt, werden wir Sie unverzüglich informieren. Mit Änderung des EBM können die Leistungen nicht mehr im Wege der Kostenerstattung abgerechnet werden, sondern über die Chipkarte.

Den Beschlusstext zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationen/Beschlüsse/Zur Richtlinie/20.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Kinderdialysen – Änderungen zum 1. Juli 2013

Mit Wirkung zum 1. Juli 2013 sind Änderungen der Kostenpauschalen für die Kinderdialysen des Abschnitts 40.14 EBM in Kraft getreten. Die bisherigen Kostenpauschalen 40820 bis 40822 werden durch neue Kostenpauschalen 40815 bis 40819 ersetzt. Die Beschlüsse und eine Gesamtübersicht über alle neuen Dialysekostenpauschalen sowie weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/BEGO-EBM* unter dem Punkt „Weitere Informationen“. Die betroffenen Dialysepraxen beziehungsweise Dialyseeinrichtungen wurden von uns bereits informiert.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Anpassung der Obergrenze 1/2013

Anträge zur Anpassung der Obergrenze des Quartals 1/2013 können noch bis zum Ablauf der Widerspruchsfrist gegen den Honorarbescheid 1/2013 (Datum 17.09.2013) gestellt werden. Die aktuellen Antragsformulare hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar ab 01.01.13/Anträge Obergrenze*. Hier finden Sie außerdem die entsprechenden Durchführungsrichtlinien zu den Themen „Fallwert“, „Fallzahl“ und „Härtefall“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 80 85
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 39

Regressgefahr Impfstoffbezug

Bitte beachten Sie, dass die folgenden Impfstoffe über den Sprechstundenbedarf verordnet werden müssen:

Einzelimpfstoffe

- Diphtherie
- FSME
- Hepatitis B (nur Kinderimpfstoff, gilt nicht für Erwachsenenimpfstoff)
- Influenza
- Masern
- Meningokokken C
- Pertussis
- Pneumokokken
- Poliomyelitis
- Röteln
- Tetanus
- Varizellen

Mehrfachimpfstoffe

- Diphtherie/Pertussis/Tetanus/ Haemophilus influenzae Typ b/ Poliomyelitis/Hepatitis B
- Diphtherie/Pertussis/Tetanus/ Haemophilus influenzae Typ b/ Poliomyelitis
- Diphtherie/Pertussis/Tetanus/ Poliomyelitis
- Diphtherie/Pertussis/Tetanus
- Diphtherie/Tetanus/Poliomyelitis
- Diphtherie/Tetanus
- Masern/Mumps/Röteln
- Masern/Mumps/Röteln/ Varizellen

Tetanus-Immunglobulin zur Erstversorgung eines Verletzten, sofern nicht ein Unfallversicherungsträger zuständig ist.

Immunglobulin im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge zur Anti-D-Prophylaxe.

Hinweis: Diese Impfstoffe müssen über den Sprechstundenbedarf bezogen werden, auch wenn Sie nur eine einzelne Ampulle zu verimpfen haben.

Folgende Impfstoffe müssen zwingend auf den Namen des Patienten verordnet werden:

Einzelimpfstoffe

- Hepatitis A
- Hepatitis B (nur Erwachsenenimpfstoff, gilt nicht für Kinderimpfstoff)
- Meningokokken A, C; W135, Y
- Humane Papillomviren

Mehrfachimpfstoffe

- Hepatitis A und B

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Ausstellen einer Zweitschrift

Kein Krankenversicherungsnachweis

Wird Ihnen bei der ersten Inanspruchnahme im Quartal keine Krankenversichertenkarte beziehungsweise ein anderer Behandlungsausweis vorgelegt, ist für die Verordnung auf dem Rezept anstelle der Krankenkassenangabe der Vermerk „ohne Versicherungsnachweis“ anzubringen. Eine Zweitausstellung der Verordnung – zulasten der Krankenkasse – ist nur gegen Vorlage der Krankenversichertenkarte und der zuerst ausgestellten Verordnung möglich.

Verlust der Originalverordnung

Zweitschriften von Verordnungen sind nur in wenigen Einzelfällen möglich. Beispielsweise versichert Ihnen Ihr Patient glaubhaft, das von Ihnen bereits ausgestellte Rezept verloren zu haben. In solchen Fällen empfehlen wir Ihnen, die Zweitverordnung entsprechend mit dem Wort „Zweitverordnung“ zu kennzeichnen. Zusätzlich ist zu erwarten, dass durch die Nennung der Gründe, zum Beispiel „Original vom Patienten verloren“, Nachfragen der Krankenkassen reduziert werden würden. Dies ist mit den bayerischen Krankenkassen abgestimmt.

Auf Verlangen der Apotheke

Unzulässig ist es, eine Zweitverordnung auszustellen, wenn durch die Krankenkasse bei der Apotheke die Originalverordnung retaxiert wurde. Dies passiert, wenn beispielsweise Formalien – wie die Gültigkeit der Verordnung (ein Monat) – auf die die Apotheke achten muss, nicht eingehalten wurden. Sollten Apotheken sowohl das Original als auch die Zweitschrift abrechnen, so wird

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

der Betrag durch die geschädigte Krankenkasse von der Apotheke zurückgefordert (= Retaxation).

Bitte stellen Sie eine exakte Kopie des bereits ausgestellten Rezepts aus, das heißt keine weiteren Positionen auf diesem Verordnungsblatt. So ist auch in Missbrauchsfällen eine Zuordnung einwandfrei möglich.

Bei jedem Vorlegen einer Zweitschrift sind Apotheken dazu angehalten, mit Ihnen Rücksprache zu halten. Eine Verordnung darf Ihnen selbstverständlich nur einmal zugeordnet werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Anlage I (OTC-Übersicht)

Die Nummer 2 – Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit) als Thrombozyten-Aggregationshemmer – wurde um ein weiteres Indikationsgebiet ergänzt.

Neufassung: Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit) als Thrombozyten-Aggregationshemmer bei koronarer Herzkrankheit (gesichert durch Symptomatik und ergänzende nicht-invasive oder invasive Diagnostik) und in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.

Anlage III (Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse)

Nachdem Methylphenidat-haltige Arzneimittel auch zur Behandlung Erwachsener mit ADS/ADHS zugelassen wurden, wurde im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über eine Erweiterung für die ausnahmsweise Verordnungsfähigkeit von Stimulantien, zum Beispiel Psychoanaleptika, Psychoenergetika, coffeinhaltige Mittel beraten. Schließlich kam der G-BA zu der Entscheidung, eine weitere Verordnungsmöglichkeit aufzunehmen und ergänzte die Nummer 44.

Anlage V (Medizinprodukte)

Das Medizinprodukt Laxatan® M wurde zum 12. Juli 2013 aus der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) gestrichen. Laxatan® M erfüllt aufgrund des nicht ausreichend belegten therapeutischen Nutzens nicht die Kriterien zur Aufnahme in die AM-RL.

Anlage VI (Off-Label-Use)

Teil A (Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – verordnungsfähig sind) wurde um den Absatz „XII. Intravenöse Immunglobuline (IVIG) bei Polymyositis im Erwachsenenalter (Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf) und bei Dermatomyositis im Erwachsenenalter (Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf)“ und um „IX. Clostridium botulinum Toxin Typ A (OnabotulinumtoxinA1, AbobotulinumtoxinA2) bei Spasmodischer Dysphonie (Laryngealer Dysphonie)“ ergänzt.

Anlage XII (frühe Nutzenbewertung)

Aflibercept (Eylea®): Der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie ist nicht belegt.

Brentuximabvedotin (Adcetris®): Adcetris® wird angewendet bei der Behandlung von erwachsenen Patienten

- mit rezidierten oder refraktären CD30 positiven Hodgkin-Lymphomen (HL) nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) oder nach mindestens zwei vorangegangenen Therapien, wenn eine ASCT oder eine Kombinationschemotherapie nicht als Behandlungsoptionen infrage kommen,
- mit rezidierten oder refraktären systemisch anaplastischen großzelligen Lymphomen (sALCL).

Es handelt sich um ein Orphan Drug. Der medizinische Zusatznutzen eines Orphan Drug gilt mit der

Zulassung als belegt. Für die genannten Einsatzgebiete liegt ein Zusatznutzen vor, ist aber nicht quantifizierbar, weil die wissenschaftliche Datenlage dies zum derzeitigen Zeitpunkt nicht zulässt.

Crizotinib (Xalkori®): Der Zusatznutzen von Crizotinib wurde vom G-BA folgendermaßen bewertet:

- gegenüber Chemotherapie mit Docetaxel oder Pemetrexed: Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen
- gegenüber Best-Supportive-Care[1] : Zusatznutzen nicht belegt

Dapagliflozin (Forxiga®): Forxiga® ist bei erwachsenen Patienten im Alter von 18 Jahren und älter mit Typ-2-Diabetes mellitus zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle indiziert als

- Monotherapie: Wenn Diät und Bewegung allein den Blutzucker nicht ausreichend kontrollieren bei Patienten, bei denen die Anwendung von Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit als ungeeignet erachtet wird.
- Kombinationstherapie: In Kombination mit anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln einschließlich Insulin, wenn diese den Blutzucker, zusammen mit einer Diät und Bewegung, nicht ausreichend kontrollieren.

In beiden Fällen gilt der Zusatznutzen als nicht belegt.

Decitabin (Dacogen®): Es handelt sich um ein Orphan Drug, somit gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt. Auf der Grundlage der Zulassungsstudien bewertet der G-BA lediglich das Ausmaß des Zusatznutzens. Der Zusatznutzen wurde als gering bewertet.

Linagliptin (Trajenta®): Für die Zulassungserweiterung von Linagliptin in Kombination mit Insulin hätte der pharmazeutische Unternehmer ein neues Dossier einreichen müssen. Hierauf hatte er jedoch verzichtet, da aus seiner Sicht die Studiendaten nicht geeignet seien, einen Zusatznutzen abzuleiten. Da der Hersteller die erforderlichen Nachweise trotz Aufforderung nicht vorgelegt hat, gilt der Zusatznutzen in der Rechtsfolge als nicht belegt.

Pixantron (Pixuvri®): Es konnte kein Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie festgestellt werden.

Saxagliptin/Metformin (Komboglyze®): Für die Zweifachkombinationstherapie Saxagliptin/Metformin bei erwachsenen Patienten im Alter von 18 Jahren und älter, die mit der maximal verträglichen Dosis von Metformin allein nicht ausreichend kontrolliert sind, wurde Sulfonylharnstoff (Glibenclamid, Glimepirid) plus Metformin als zweckmäßige Vergleichstherapie herangezogen.

Für die Zweifachkombinationstherapie konnte nur ein geringer Zusatznutzen festgestellt werden. Für die Dreifachkombinationstherapie Saxagliptin/Metformin plus Insulin mit der zweckmäßigen Vergleichstherapie Metformin plus Humaninsulin [2] konnte kein Zusatznutzen belegt werden.

Ausführliche Informationen über die einzelnen Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses finden Sie unter www.kvb.de in der *Rubrik Praxis/Verordnungen*.

[1] Als Best-Supportive-Care wird die Therapie verstanden, die eine bestmögliche, patientenindividuell optimierte, unterstützende Behandlung zur Linderung von Symptomen und Verbesserung der Lebensqualität gewährleistet.

[2] Therapie nur mit Humaninsulin, wenn Metformin gemäß Fachinformation nicht ausreichend wirksam ist.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Off-Label-Use: Kombierter Einsatz von Lokalanästhetika und Kortikosteroiden

Aus aktuellem Anlass möchten wir Sie über den Off-Label-Use beim Einsatz von Kortikosteroiden an neuralen Strukturen [1] informieren [2]. Die Wirkstoffe Triamcinolon, Dexamethason oder Betamethason in kristalliner Formulierung sind nicht explizit zum Einsatz an neuralen Strukturen zugelassen. Auch wässrige Kortikoid-Lösungen (zum Beispiel Dexamethason) decken diese Indikation nicht ab. Grundsätzlich umfassen die Anwendungsgebiete in der Regel unter anderem intraartikuläre Injektionen bei chronisch entzündlichen Gelenkerkrankungen und Infiltrationen bei Bursitiden, Tendinitiden, Tendovaginitiden etc. Entscheidend für die Zulassung sind die entsprechenden Angaben der Fachinformation (siehe www.fachinfo.de, bitte gegebenenfalls auch beim Hersteller anfordern).

Beachten Sie bitte, dass der EBM die Gebührenordnungsposition 30731 als analgetische Leistung beinhaltet, bei der ein Lokalanästhetikum eingebracht wird. Wird das Lokalanästhetikum mit einem Kortikosteroid kombiniert, so kann die Leistung nicht mehr zulasten der GKV abgerechnet werden. Dies gilt unserer Ansicht nach grundsätzlich auch für den Einsatz von Kortikosteroiden gemäß der EBM Ziffern 30721 und 30724.

Hintergrund

Aufgrund von Meldungen aus anderen KV-Bereichen hinsichtlich Regressanträgen (Mangel an Evidenz und Zulassung) hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) um Stellungnahme in Bezug auf die Zulassung von Glucokortikoid-Präparaten beim Einsatz an neuralen Struk-

turen gebeten. In einem Rundschreiben vom 18. Juni 2013 teilt die KBV mit, dass entsprechend der Stellungnahme des BfArMs „lediglich die intraartikuläre Injektion in die Facettengelenke von der Zulassung abgedeckt ist; für die periradikuläre, epiperineurale oder epidurale Anwendung besteht diese dagegen nicht“.

Auch eine Mischung von Lokalanästhetika und Kortikosteroiden stellt somit in der periradikulären, epiperineuralen oder epiduralen Applikation grundsätzlich einen Off-Label-Use dar. „Eine Wirbelsäuleninfiltration muss nicht zwangsläufig einen Einsatz an neuralen Strukturen beinhalten. Damit kann jedoch auch eine intraartikuläre Injektion in die kleinen Wirbelgelenke/Facettengelenke gemeint sein, die je nach Grunderkrankung in den oben genannten Indikationsformulierungen enthalten ist.“

[1] neurale Strukturen: Wirbelsäuleninfiltration, periradikulär, epiperineural oder epidural

[2] Quelle: Informationen der KBV 89/2013 vom 18. Juni 2013

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Glukose über Sprechstundenbedarf bezugsfähig

Über die neuen Gebührenordnungspositionen für das Screening auf Gestationsdiabetes zum 1. Juli 2013 wurden alle bayerischen Frauenärzte informiert. Sie finden dieses Anschreiben unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen Aktuell 02.07.13*.

Die für das Screening auf Gestationsdiabetes notwendige Glukoselösung kann über Ihren Sprechstundenbedarf bezogen werden. Wichtig: Das von Apotheken als Rezeptursubstanz abgefüllte Glucose-Monohydrat-Pulver stellt in jedem Fall die wirtschaftlichste Variante dar.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Fiktiv zugelassene Arzneimittel

Nachdem die Präparate Linoladiol N und Jonosteril BAS mit Glucose zwischenzeitlich zugelassen wurden, wurden sie in der Übersicht der fiktiv zugelassenen Arzneimittel gestrichen.

Sie finden unsere aktuelle Auflistung unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen 26.07.13*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Kennzeichnung Fluorid-Präparate

Die Rachitits- und Kariesprophylaxe ist Bestandteil der Bayerischen Impfvereinbarung. Eine Verordnung über Fluorid-Präparate ist daher mit der „8“ für Impfstoffe zu kennzeichnen.

In den quartalsweise erscheinenden, individuellen Arzneikostentrendmeldungen fällt auf, dass immer wieder Fluorid-Präparate auftauchen. Dies passiert dann, wenn die „8“ nicht gekennzeichnet wurde.

Fluorid-Präparate sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verordnungsfähig.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

HAES-Infusionslösungen nicht mehr anwenden

Hydroxyethylstärke (HES)-haltige Arzneimittel sind kolloidale Volumenersatzmittel, die in der Notfall- und Intensivmedizin als Infusionslösungen hauptsächlich zur Therapie und Prophylaxe einer Hypovolämie und zur Volumensubstitution bei Schock angewendet werden.

Im Rahmen des europäischen Risikobewertungsverfahrens kam der Ausschuss für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz (PRAC) in seiner Juni-Sitzung zu dem Schluss, dass der Nutzen von hydroxyethylstärkehaltigen Infusionslösungen die Risiken nicht länger überwiegt und empfahl daher ein Ruhen der entsprechenden Zulassungen. Nähere Informationen – auch zum weiteren Verfahrensablauf – finden Sie unter: Meeting highlights from the Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC), 10-13 June 2013.

Bis zum Abschluss des Verfahrens empfiehlt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) daher, von der Anwendung hydroxyethylstärkehaltiger Infusionslösungen abzusehen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Cura Campus®: DMP-Trainer Brustkrebs Psychoonkologie gestartet

Seit dem 15. Juli 2013 können die am DMP-Brustkrebs teilnehmenden und koordinierenden Ärzte sich auch zum Thema psychosoziale Betreuung online fortbilden. Damit wird die erfolgreiche Fortbildungsreihe des DMP-Trainers, die bisher die Indikationen Diabetes mellitus Typ 2, KHK, Asthma/COPD und Brustkrebs umfasste, ergänzt.

Die KVB hat den DMP-Trainer entwickelt, um Ärzten weite Anfahrtswege zu Fortbildungsveranstaltungen zu ersparen. Mit dem DMP-Trainer können sie ihre regelmäßigen DMP-Fortbildungen bequem, kostenfrei und zeitlich flexibel von zu Hause oder der Praxis aus über das Internet absolvieren. Darüber hinaus erhalten Ärzte mit bestandener Prüfung zwei CME-Fortbildungspunkte, bei bestandener Prüfung mit Auszeichnung sind es sogar drei CME-Fortbildungspunkte der Bayerischen Landesärztekammer.

Der Aufbau und die Absolvierung der Prüfung eines Themengebietes im Online-Fortbildungsportal gestalten sich wie folgt: Pro DMP-Themengebiet ist der Lehrtext mit allen wichtigen Informationen zum Thema abrufbar. Dieser sollte entsprechend erarbeitet werden, denn er stellt die Wissensgrundlage für die Beantwortung der Multiple-Choice-Fragen dar. Außerdem ist der Lehrtext bei der Auffrischung der DMP-Kenntnisse hilfreich. Wenn der Arzt bereit ist, kann die Prüfung gestartet werden. Dabei werden ihm nach und nach jeweils zehn Multiple-Choice-Fragen gestellt. Die Prüfung gilt als bestanden, wenn 70 Prozent der Fragen richtig beantwortet wurden. Unmittelbar nach Beendigung der Prüfung wird das Gesamtergebnis mitgeteilt.

Seit Beginn der Online-Fortbildung zum DMP haben rund 3.000 koordinierende Ärzte aus Bayern den DMP-Trainer für ihre Fortbildungen genutzt und Prüfungen abgelegt. Das Fortbildungsangebot kann auch von Nicht-Mitgliedern der KVB gegen ein Benutzerentgelt von 18,50 Euro je DMP-Themengebiet genutzt werden. Die Anmeldung erfolgt unter www.curacampus.de über den Button „Selbstregistrierung“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 12 29
 E-Mail info-dmp@kvb.de

DMP-Feedbackberichte erstes Halbjahr 2013

Die Feedbackberichte für Asthma/COPD, Koronare Herzkrankheit (KHK), Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Brustkrebs aus den DMP-Dokumentationen des ersten Halbjahres 2013 sind erstellt. Alle am DMP teilnehmenden koordinierenden Ärzte erhalten damit eine praxisindividuelle Rückmeldung, in welchem Maße sie die Qualitätsziele erreicht haben.

Mittels SmarAkt kann jeder DMP-Arzt die/den Feedbackbericht(e) seiner Praxis online einsehen: Wählen Sie dafür unter „Aktentyp“ die „DMP-Akte“ aus und geben Sie den gewünschten Berichtszeitraum ein (zum Beispiel „20131“ für das erste Halbjahr 2013).

Informationen und Zugang zu SmarAkt erhalten Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt* oder über *Quicklinks/SmarAkt*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bayern 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

Förderung der fachärztlichen Weiterbildung

Die Vertreterversammlung der KVB hat am 16. März 2013 die Förderung der fachärztlichen Weiterbildung und der psychotherapeutischen Ausbildung beschlossen. Die hierfür gültige Richtlinie ist am 1. Juli 2013 in Kraft getreten.

Neben der bereits bestehenden Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wird nun auch die Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte und die Ausbildung in Praxen niedergelassener Psychotherapeuten gefördert. Da die Fördermaßnahme auf dem Sicherstellungsauftrag der KVB beruht, ist eine Förderung nur in bestimmten Planungsbereichen und Fachgruppen möglich. Die Förderung wird aus dem Verwaltungshaushalt der KVB finanziert. Sie beträgt in Vollzeit monatlich 1.750 Euro und wird an den Antrag stellenden Weiterbilder ausgezahlt. Die praktische Tätigkeit im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung wird je Stunde gefördert, in der ein Psychotherapeut in Ausbildung be sitzt.

Als Empfänger der Förderung kommen alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten sowie alle zugelassenen medizinischen Versorgungszentren infrage, die im Bezirk der KVB ihren Vertragsarztsitz haben und die Fördervoraussetzungen erfüllen. Der KVB-Vorstand möchte mit diesem Schritt die ambulante Weiterbildung im fachärztlichen Bereich stärken und mit Blick auf den im fachärztlichen Bereich drohenden Ärztemangel ein Zeichen setzen.

Antragsteller können sich unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Nachwuchsförderung* informieren und die entsprechenden Antragsformulare herunterladen.

Bereitschaftspraxis am Krankenhaus

Die neue Bereitschaftsdienstordnung soll die Bereitschaftsdienststrukturen optimieren, was unter anderem durch die Einrichtung von Bereitschaftspraxen unter der Leitung eines privaten Betreibers erreicht werden kann.

Vielerorts planen die betroffenen Vertragsärzte mit dem ansässigen Klinikum ein Kooperationsmodell, das die Zentralisierung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVB an Krankenhäusern fördern und somit die Synergien für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser nutzbar machen sowie die Notfallversorgung optimieren soll.

Um die regelungsbedürftigen Punkte dieses Modells exemplarisch aufzuzeigen und um Ihnen eine Richtschnur für die individuelle Vertragsgestaltung an die Hand zu geben, hat die KVB gemeinsam mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft eine Checkliste zur Einrichtung einer Bereitschaftspraxis am Krankenhaus erstellt.

Der Liste können Sie unter anderem die zukünftigen Vertragspartner entnehmen oder welche Themen im Vertrag geregelt und welche Punkte dabei berücksichtigt werden sollten. So wird beispielsweise in Bezug auf die Einrichtung empfohlen, die Möblierung der Räume und das Nutzungsentgelt in einer gesonderten Anlage zu regeln. Das Dokument enthält auch Informationen darüber, was bei der Abrechnung von im Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen vertraglich festgehalten werden sollte.

Die komplette Checkliste finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Bereitschaftsdienst/Informationen*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Karolina Müller unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 43 02
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 33 02
 E-Mail Karolina.Mueller@kvb.de

Masernimpfung: Niedrige Quoten in Bayern – KVB-Vorstand ruft zur Impfung auf

Von Mitte April bis Ende Juli 2013 (30. Meldewoche) wurden in Bayern laut der Statistik des Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit bereits 591 Masernfälle gemeldet – davon über 90 Prozent im Regierungsbezirk Oberbayern. Die Erkrankungen treten vor allem in der Region München und den umgebenden Landkreisen auf. Bemerkenswert ist auch ein Masernausbruch mit fast 50 Erkrankten an einer Waldorf-Schule im Landkreis Landsberg am Lech. In ganz Bayern sind aktuell vor allem Jugendliche und junge Erwachsene betroffen, da es gerade in diesen Altersgruppen relevante Impflücken gibt. Aber auch bei Kleinkindern bis zum 24. Lebensmonat besteht vor allem in Bayern beim Masernimpfschutz Handlungsbedarf. Dies zeigt die vor Kurzem veröffentlichte Versorgungsatlas-Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, über die in den Medien im Juli intensiv berichtet wurde. In dieser Studie wurden die Quoten der ersten und zweiten Masernimpfung des Geburtsjahrgangs 2008 bundesweit ausgewertet. Während in Deutschland insgesamt 85,8 Prozent der Kinder bis zum Ende des zweiten Lebensjahres mindestens eine, und 62,0 Prozent zwei Masernimpfungen erhielten, erreichte Bayern nur Impfquoten von 82,3 Prozent beziehungsweise 56,4 Prozent und stellt im Bundesländervergleich das Schlusslicht dar.

Innerhalb Bayerns waren in den Landkreisen Rosenheim, Garmisch-Partenkirchen und Bad Tölz-Wolfratshausen die Impfquoten am niedrigsten und betragen für die erste Masernimpfung nur zwischen 61,3 Prozent und 65,6 Prozent sowie für die zweite Masernimpfung

zwischen 35,1 Prozent und 39,5 Prozent. Um die Masern auszurotten, müssten laut der Weltgesundheitsorganisation WHO 95 Prozent der Bevölkerung geimpft sein – ein Ziel, von dem Deutschland noch weit entfernt ist.

Impfempfehlungen der STIKO

Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfiehlt für Kleinkinder im Alter von 11 bis 14 Monaten die erste Immunisierung mit einem MMR-Impfstoff (gegen Masern, Mumps und Röteln), zum Beispiel im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung U6. Die erste MMR-Impfung kann bereits bei neun Monate alten Kindern durchgeführt werden, wenn diese in Gemeinschaftseinrichtungen wie einer Kindertagesstätte aufgenommen werden sollen oder Kontakt zu einem Masernerkrankten hatten (Impfung dann innerhalb von drei Tagen nach erfolgtem Kontakt). Bis zum Ende des zweiten Lebensjahres (empfohlen im Alter von 15 bis 23 Monaten) soll auch die zweite Masernimpfung durchgeführt sein. Diese ermöglicht den Aufbau einer Immunität bei denjenigen, die nach der ersten MMR-Impfung noch nicht geschützt sind. Es handelt sich dabei also um eine sogenannte Auffangimpfung, nicht um eine Auffrischung der Immunantwort wie bei anderen Impfungen. Versäumte MMR-Impfungen sollten möglichst rasch (bis zum Ende des 17. Lebensjahres) nachgeholt werden.

Ferner empfiehlt die STIKO allen nach 1970 geborenen Erwachsenen (ab dem 18. Lebensjahr) mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung gegen Masern in der Kindheit die einmali-

ge Standardimpfung. Diese Impfung ist für den betreffenden Erwachsenen wichtig, der die Masern nicht durchgemacht hat und somit nicht immun ist, aber ebenso auch für den Schutz der Säuglinge, die selbst noch nicht geimpft werden können. Vorzugsweise soll auch bei Erwachsenen der MMR-Impfstoff verwendet werden (Lebendvakzine; Impfung während Schwangerschaft ist kontraindiziert). Bei unklarer Immunität wird empfohlen, vorab keine Antikörpertiter-Bestimmung, sondern gleich die Masernimpfung durchzuführen.

Die Rolle des Arztes: Aufklärung und Beratung

Masern sind keine harmlose Kinderkrankheit, sondern gefährden insbesondere Säuglinge und Kleinkinder, aber auch Erwachsene über 20 Jahren mit gravierenden Komplikationen und Folgeerkrankungen und können zum Tode führen. Bei Kindern sterben bis zu drei von 1.000 Erkrankten infolge der Masern.

Bei gehäuftem Auftreten von Masern – wie derzeit in Bayern – ist die konsequente Umsetzung der aktuellen STIKO-Impfempfehlungen von besonderer Bedeutung. Deshalb bittet der KVB-Vorstand alle Ärzte um ihre Mitarbeit im Hinblick auf Beratung und Durchführung der Masernimpfung.

- Bitte sprechen Sie ihre Patienten bei Terminen in der Arztpraxis gezielt auf den Impfschutz gegen Masern an.
- Bitte nutzen Sie dazu auch die Möglichkeiten in Ihrem Praxis-EDV-System (Einladungs- beziehungsweise Recall-Funktion).
- Bitte prüfen Sie den Impfschutz bei sich selbst und ihrem Praxis-

Gefährliche Tätowiermittel

personal und holen Sie bei Bedarf die Masernimpfung nach.

Die niedergelassenen Vertragsärzte sind wichtige Ansprechpartner für eine überzeugende Aufklärung und Beratung ihrer Patienten beziehungsweise der Eltern zum Thema Impfschutz gegen Masern. Die KVB hat unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Infektionen/Masern* zu dem Thema eine eigene Seite eingerichtet. Hier finden Sie Fachinformationen, Flyer für Ihr Wartezimmer und auch zahlreiche direkte Verlinkungen auf hilfreiche externe Internetseiten.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Dr. Lutz Bader unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 34 78
E-Mail svs@kvb.de

Gemäß des Landtagsbeschlusses (LT-DRs.: 11/17569) aus dem Jahr 1990 legt die Bayerische Staatsregierung jedes Jahr einen Bericht über die Ergebnisse der amtlichen Lebensmittel-, Kosmetik- und Bedarfsgegenständeüberwachung vor. An dieser Stelle möchten wir Sie insbesondere über die Untersuchungsergebnisse aus dem Jahr 2012 zu gefährlichen Tätowiermitteln informieren, die das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) unlängst veröffentlicht hat.

Demnach wurden besonders in schwarzen Tätowiermitteln polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe gefunden. Der in schwarzen Tattoofarben in der Regel als farbgebender Bestandteil enthaltene Farbstoff Carbon Black, muss in der Bestandteileliste auf dem Produkt mit der Colour-Index-Nummer CI 77266 angegeben werden. Carbon Black ist Ruß, der technologisch durch die unvollständige Verbrennung von kohlenwasserstoffhaltigen Materialien, wie Erdgas oder bestimmten Erdölfraktionen gewonnen wird. Produktionsbedingt kann dieser Farbstoff – je nach Qualität – mit polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen (PAK) verunreinigt sein. Zur Substanzklasse der PAK gehören eine Vielzahl verschiedener Verbindungen, von denen einige auch potentiell krebserzeugend sind.

Zur Überprüfung der PAK-Gehalte in schwarzen Tattoofarben wurden vom LGL in einer Probenserie insgesamt 21 schwarze Tätowiermittel und fünf Permanent-Make-up-Farben auf polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe untersucht. Dazu wurde ein Screening-Verfahren mittels HPLC-FLD angewandt.

Positive Befunde wurden über ein GC/MS-Analysenverfahren abgesichert. Mittels geeigneter isotopenmarkierter interner Standards wurden die Gehalte von insgesamt 24 polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen bestimmt. Das Ergebnis der Untersuchung: drei Proben waren hoch belastet (größer als 80 mg/kg), vier Proben waren mittel belastet, drei Proben waren gering und elf unbelastet.

Die Gruppe der PAK besteht aus über 100 Substanzen, acht davon sind als krebserregend eingestuft. Nach den Vorschriften der Tätowiermittel-Verordnung besteht für sie somit ein Verwendungsverbot. Hinsichtlich der gesundheitlichen Relevanz von polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen in Tätowiermitteln hat das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) eine toxikologische Bewertung veröffentlicht, nach der ein ernstes Risiko für Verbraucher besteht, wenn die Summe an polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen den Wert von 0,5 mg/kg überschreitet oder der Benzo[a]pyren-Gehalt 0,5 µg/kg übersteigt. Es sei davon auszugehen, dass direkt nach dem Tätowieren ein Teil der PAK in die nähere Umgebung des Tattoos, in die Lymphbahnen und möglicherweise auch in das Blut abgegeben werde. Zudem würden PAK vermutlich kontinuierlich aus der Tätowierung herausgelöst und im Körper verteilt.

Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit bittet die Praxen, ihre Patienten im Bedarfsfall auf seine Internetseite hinzuweisen: www.lgl.bayern.de in der Rubrik Produkte/Kosmetika/Tätowiermittel.

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 an der Praxis orientiert. 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) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (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 effizient auf das richtige 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 Kleingruppen, Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90 Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- Samstag, 23. November 2013
KVB Bayreuth
- Samstag, 30. November 2013
KVB Augsburg

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 20.30 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 18. September 2013
KVB Regensburg
- Mittwoch, 23. Oktober 2013
KVB Nürnberg

Modul III

- wichtige Aspekte zur Durchführung der Leichenschau
- interessante Kasuistiken aus dem Bereitschaftsdienst
- Informationen zu Abrechnung und Formularen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40 Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- Mittwoch, 6. November 2013
KVB Nürnberg
- Mittwoch, 27. November 2013
KVB Regensburg

Modul IV (fakultatives Modul)

- Symptom Bauchschmerz, akutes Abdomen – wo lauern die Fallstricke?
- bereitchaftsdienstrelevante psychiatrische Akut- und Notfälle, effektive Strategien, rasche und sichere Bewältigung
- Sepsis – außerklinische Diagnose und was ist zu tun?

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40 Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine Modul IV:

- Mittwoch, 9. Oktober 2013
KVB Augsburg
- Mittwoch, 4. Dezember 2013
KVB Nürnberg

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

Plötzlich auftretende Notfallsituationen weichen von der täglichen Arbeitsroutine ab und führen schnell zu Unsicherheiten im Praxisteam.

Zielgerichtet und berufsgruppenübergreifend bringen wir in unserem Seminar alle notwendigen Informationen auf den Punkt. Strukturiert 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 Praxis-schwerpunkte.

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 kardio-pulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- alternatives Airwaymanagement
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 95.- Euro (je Teilnehmer)

Termine:

- Mittwoch, 2. Oktober 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Würzburg
- Samstag, 19. Oktober 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Bayreuth
- Samstag, 19. Oktober 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Bayreuth

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich.

Anmeldung unter
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

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/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst.

Fortbildungen für Psychotherapeuten

Für die Fortbildung „Psychotherapeutische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Schmerzen“ am 25. September 2013 in der KVB-Bezirksstelle Nürnberg und am 11. Dezember 2013 in der KVB-Bezirksstelle Regensburg jeweils von 15.00 bis 19.00 Uhr können wir Ihnen noch freie Plätze anbieten. Als Referenten sprechen am 25. September in Nürnberg Dr. Michael Dobe zum Thema „Kopfschmerzen bei Kindern und psychologische Interventionsmöglichkeiten“ und Dr. Lea Höfel zum Thema „Psychoedukation und psychologische Intervention bei chronischen Schmerzen im muskuloskelettalen Bereich“. In Regensburg referieren am 11. Dezember Dr. Ruth Weinzierl zum Thema „Kopfschmerz-Kinder und ihre Familien – Therapie und ressourcenorientierte Interventionen“ und Dr. Tanja Hechler zum Thema „Chronischer Schmerz aus Kindersicht – Verständnis, Diagnostik und Interventionen“. Von der PTK Bayern wurde die Veranstaltung mit fünf Fortbildungspunkten bewertet. Sie richtet sich sowohl an Ärztliche als auch an Psychologische Psychotherapeuten.

Auch für die Fortbildung „Psychoonkologie für Psychotherapeuten“ am 23. Oktober 2013 von 15.00 bis 19.00 Uhr gibt es noch freie Plätze. Sie findet ebenfalls in der KVB-Bezirksstelle Nürnberg, Witschelstraße 106, statt. Der Inhalt des Seminars dreht sich um psychische Reaktionen bei Tumorerkrankungen: von der Diagnose zur Behandlung und den Folgen. Auch die Belastung der Angehörigen in der Psychoonkologie wird thematisiert. Referenten sind Micheline Geldsetzer und Dr. Pia Heußner. Von der PTK Bayern wurde die Veranstaltung mit fünf Fortbildungspunkten

bewertet. Sie richtet sich sowohl an Ärztliche als auch an Psychologische Psychotherapeuten. Psychotherapeuten, die am Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs für das weitere postoperative Vorgehen der KVB teilnehmen, oder an einer Teilnahme interessiert sind, können mit der Veranstaltung die erforderliche Fortbildung nachweisen.

Die dritte Fortbildung, zu der Sie sich noch anmelden können, heißt „Psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen“ und findet am 7. Dezember 2013 um 10.00 bis 15.30 Uhr in der KVB-Bezirksstelle in Augsburg statt. Inhaltlich geht es in dieser Fortbildung um das verhaltenstherapeutische Vorgehen bei Depressionen im Alter und um die psychodynamische Psychotherapie bei über Sechzigjährigen. Referenten sind Professor Martin Hautzinger und Professor Hartmut Radebold. Von der PTK Bayern wurde die Veranstaltung mit sechs Fortbildungspunkten bewertet. Sie richtet sich sowohl an Ärztliche als auch an Psychologische Psychotherapeuten.

Weitere Informationen zu allen genannten Fortbildungen – auch zur Anmeldung – finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare*.

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 / 5 70 93 – 4 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

Online-Anmeldung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Online-Anmeldung*.

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 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.

KVB-Seminare

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop Operateure und Belegärzte

Psychotherapeutische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Schmerzen

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop Urologen

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

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

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

QM-/QZ-Seminare

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Patienten- und Zuweiserbefragung

Regionale Moderatorentreffen

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten in Kooperation mit DGPT

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
„Praxisinhaber Existenzgründer“	kostenfrei	21. September 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
		19. Oktober 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
		19. Oktober 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. September 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	80,- Euro	25. September 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	25. September 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
		16. Oktober 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. Oktober 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. Oktober 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		8. Oktober 2013	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Oktober 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		17. Oktober 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Oktober 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Oktober 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Oktober 2013	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	10. Oktober 2013	18.00 bis 21.00 Uhr	Nürnberg
		12. Oktober 2013	9.00 bis 16.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	120,- Euro	19. Oktober 2013	9.00 bis 16.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Oktober 2013	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
		19. Oktober 2013	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	14. Oktober 2013	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Oktober 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Oktober 2013	15.00 bis 19.30 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Oktober 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Psychotherapeuten, die einen QZ gründen oder übernehmen wollen	110,- Euro	21. September 2013	9.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Ärzte, die einen QZ gründen oder übernehmen wollen	110,- Euro	12. Oktober 2013	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	23. Oktober 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	6. November 2013	16.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	29. November 2013	15.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
		30. November 2013	9.00 bis 17.00 Uhr	

