

KVBIINFOS 2013



Bild: iStockphoto.com

JAHRESINHALTSVERZEICHNIS 2013

	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
ABRECHNUNG			
Abrechnung fixierender Verband	5/62	Bundemantelvertrag Labor	12/187
Abrechnung von Anästhesien/Narkosen	3/31	Dialyse: Änderungen zum 1. Juli 2013	6/80
Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2013	3/26	Die nächsten Zahlungstermine	1-2/2
Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2013	4/50	Die nächsten Zahlungstermine	3/26
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2013	6/74	Die nächsten Zahlungstermine	4/50
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2013	7-8/98	Die nächsten Zahlungstermine	5/62
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2013	9/114	Die nächsten Zahlungstermine	6/74
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2013	10/158	Die nächsten Zahlungstermine	7-8/98
Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2013	12/186	Die nächsten Zahlungstermine	9/114
Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2012	1-2/2	Die nächsten Zahlungstermine	10/158
Abrechnungsnummern ohne Euro-Wert	7-8/99	Die nächsten Zahlungstermine	11/170
Allgemeines zu den Änderungen des EBM	9/116	Die nächsten Zahlungstermine	12/186
Anästhesieprotokolle	1-2/9	Drogensuchtest und quantitative Alkoholbestimmung	1-2/9
Änderung der Psychotherapie-Richtlinie	9/140	EBM-Änderungen Mammographie-Screening	1-2/3
Änderung der Richtlinien „Künstliche Befruchtung“	3/33	EBM-Änderungen zum 1. April 2013	3/28
Änderungen des EBM im Bereich Fachärzte	9/126	Geänderte Abrechnungsbestimmungen für den Notarzdienst	10/160
Änderungen des EBM im Bereich Hausärzte	9/117	GOPen 11320 bis 11322: OMIM-Kodes	11/172
Änderungen des EBM im Bereich Humangenetik	9/127	Kennzeichnung ambulanter Operationen	4/52
Änderungen des EBM im Bereich Kinder- und Jugendärzte	9/122	Kennzeichnungspflicht der Leistungen	10/160
Änderungen des EBM und bei MRSA zum 1. Oktober 2013	11/170	Kinderdialysen – Änderungen zum 1. Juli 2013	9/140
Änderungen des EBM und Kapitel 32 (Labor)	1-2/4	Kleinchirurgische Eingriffe im HNO-Bereich	3/33
Änderungen des EBM und Kapitel 40 zum 1. Juli 2013	9/138	Leistungen der postoperativen Nachbehandlung	11/172
Änderungen des EBM zum 1. Juli 2013	9/116	Mammografie-Screening – Änderungen Overhead	9/129
Anhang 3 EBM	9/129	Mutterschafts-Richtlinien: Vergütungsregelung zum neuen Organscreening	7-8/100
Anpassung der Obergrenze 1/2013	9/140	Neue GOP 03230 EBM Gesprächsleistung: Richtigstellung	10/159
Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2013	1-2/12	Nicht bewilligte Psychotherapieleistungen	7-8/101
Bayerische Euro-Gebührenordnung CD-ROM	1-2/13	OPS-Codes ab 1. Januar 2013	1-2/7

	Ausgabe/Seite
Osteodensitometrie	6/79
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	11/171
Plausibilitätsprüfung von psychotherapeutischen Leistungen	4/52
Präanästhesiologische Untersuchung	7-8/100
Psychiatrische Gebührenordnungspositionen	7-8/102
Übersicht neue Gebührenordnungspositionen Hausärzte	9/130
Übersicht neue Gebührenordnungspositionen Kinder- und Jugendärzte	9/134
Überweisungen	5/63
Ultraschalldiagnostik – Echokardiographie	6/78
Vergütung der labormedizinischen Leistungen	9/139
Wegfall der Praxisgebühr	1-2/8
Weitere Planungen ab 1. Juli 2013	9/129
Widerspruch gegen Beratungsprotokolle der Prüfungsstelle Ärzte Bayern	10/161
Wirtschaftlichkeitsbonus bei GOP 99321 und 32001	6/79
Zusatzkennzeichnung Z bei Diagnosen	6/77
Zusatzvereinbarungen zur Pflegeheimversorgung	3/33
Zuzahlung Heilmittel ab 1. Juli 2013	6/76

	Ausgabe/Seite
ALLGEMEINES	
Bereitschaftspraxis am Krankenhaus	9/147
Beschäftigung von Praxisassistenten	3/41
Beschlagnahme von Patientendaten in der Praxis	1-2/15
Betrieblicher Datenschutzbeauftragter in Arztpraxen	11/178
DMP-Teilnahme- und Einwilligungserklärung	6/90
Förderung der fachärztlichen Weiterbildung	9/147
Gefährliche Tätowiermittel	9/149
Gesamtplan für Leistungen der Eingliederungshilfe	11/177
Hausarzt- und Facharzt-Thesauren	6/91
Kennzeichnung von DMP-Patienten	6/91
Masernimpfung: Niedrige Quoten in Bayern – KVB-Vorstand ruft zur Impfung auf	9/148
Metformin bei Typ-2-Diabetes: LMU sucht Studienteilnehmer	3/42
Obergrenze (RLV/QZV): Antragsbearbeitung auch ohne Widerspruch gegen den Honorarbescheid möglich	5/67
Rechenschaftsbericht der KVB	1-2/16
SmarAkt: Anbindung von Krankenhäusern	10/165
Überweisungen nach Wegfall der Praxisgebühr	3/39
Umstellung auf SEPA-Format	6/90
Umzug der KVB-Bezirksstelle Mittelfranken	3/41
Vertragsärztliche Fortbildungspflicht	3/40
Vertretung wegen Kindererziehung	3/40
PRAXISFÜHRUNG	
Befreiung von der Gesetzlichen Rentenversicherung	10/165
Europäische Krankenversicherungskarte – EKVK	7-8/106

	Ausgabe/Seite
QUALITÄT	
Änderung der MedHygV – Zwischenstand	4/55
Änderung der Ultraschall-Vereinbarung	3/38
Betreuungspauschalen Diabetesvereinbarungen	12/190
Cura Campus®: DMP-Trainer Brustkrebs Psychoonkologie gestartet	9/146
DMP: Kooperationspartner koordinierender Hausärzte überprüfen	3/37
DMP-Feedbackberichte erstes Halbjahr 2013	9/146
DMP-Feedbackberichte zweites Halbjahr 2012	3/38
Dokumentationssoftware DMP Brustkrebs und Asthma	1-2/14
Mammografie: Fortbildungsveranstaltung	5/66
Mammografie: Neue Servicerufnummer	5/66
MRSA: Internetseiten der KVB ergänzt	5/65
Neue DMP-Teilnahme- und Einwilligungserklärung	3/37
Neuer Leitfaden der DGKH Arbeitsgruppe	6/89
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	4/54

SEMINARE

Fortbildung „Psychoonkologie für Psychotherapeuten“	7-8/109
Fortbildungen für Psychotherapeuten	9/152

	Ausgabe/Seite
VERORDNUNGEN	
Aktualisierung bei fiktiv zugelassenen Arzneimittel	11/175
Ambulante Vorsorgekuren in anerkannten Kurorten	10/164
Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie	6/64
Änderung von Muster 16 (Kassenrezept)	1-2/10
Arzneimittelvereinbarung 2013	11/173
Ausfüllhilfe für Muster 4, 13, 14 und 18	4/53
Ausstellen einer Betäubungsmittel-Verordnung	3/35
Ausstellen einer Zeitschrift	9/141
Das „Grüne Rezept“	10/162
Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie	5/63
Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie	6/88
Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie	1-2/11
Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie	3/34
Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie	4/53
Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie	7-8/103
Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie	9/142
Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie	10/162
Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie	12/188
FAQs zur Krankenbeförderung	6/163
Fiktiv zugelassene Arzneimittel	4/53
Fiktiv zugelassene Arzneimittel	12/189
Fiktiv zugelassene Arzneimittel	9/145
Glukose über Sprechstundenbedarf bezugsfähig	9/144
HAES-Infusionslösungen nicht mehr verwenden	9/145
HPV-Impfung richtig verordnen	11/176
Imnovid® (Pomalidomid) ab sofort auf T-Rezept	11/175
Infos zu Arzneimittelrisiken und Lieferengpässen	7-8/105
Kennzeichnung Fluorid-Präparate	9/145
Langfristiger Heilmittelbedarf	7-8/104

	Ausgabe/Seite
Medikationshöchstdauer	7-8/104
Merkblatt „Langfristige Heilmittelbehandlungen“	12/190
Mobile Frühförderung	12/189
Nachträgliche Verordnung auf Anforderung	7-8/104
Neue Empfehlungen der STIKO vom August 2013	10/162
Neue fälschungssichere BtM-Rezepte	1-2/10
Neue Patientenhinweise	10/162
Off-Label-Use: Kombiniertes Einsatz von Lokalanästhetika und Kortikosteroiden	9/144
Oxybutynin 0,1 % Grachtenhaus	3/34
Patientenhinweis Protonenpumpenhemmer	7-8/105
Postexpositionsimpfung gegen Tollwut	12/189
Praxisbesonderheiten bei Langfristverordnungen	3/35
Regressgefahr Impfstoffbezug	9/141
Ruhen der Zulassung von Tetrazepam	10/163
Teilnahme an Verordnungsanalysen	7-8/105
Therapiehinweis zu Strontiumranelat	11/175
Verordnung eines Mehrfachen einer Packungsgröße	3/34
Verordnung von Fentanyl-Pflaster im Vertretungsfall	5/64
Verordnung von Johanniskraut-Präparaten	1-2/10
Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion	10/162
Verordnungsfähigkeit von Xarelto®	10/163
Verordnungsseminare im April 2013	3/36
Versorgungszeitraum für Hilfsmittel	7-8/103

Ausgabe/Seite

KVBIINFOS 1-2|13

ABRECHNUNG

- 2 Die nächsten Zahlungstermine
- 2 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2012
- 3 EBM-Änderungen Mammographie-Screening
- 4 Änderungen des EBM und Kapitel 32 (Labor)
- 7 OPS-Codes ab 1. Januar 2013
- 8 Wegfall der Praxisgebühr
- 9 Drogensuchtest und quantitative Alkoholbestimmung
- 9 Anästhesieprotokolle
- 12 Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2013
- 13 Bayerische Euro-Gebührenordnung CD-ROM

VERORDNUNGEN

- 10 Änderung von Muster 16 (Kassenrezept)
- 10 Neue fälschungssichere BtM-Rezepte
- 10 Verordnung von Johanniskraut-Präparaten
- 11 Ergänzung der Arzneimittelrichtlinie

QUALITÄT

- 14 Dokumentationssoftware DMP Brustkrebs und Asthma

ALLGEMEINES

- 15 Beschlagnahme von Patientendaten in der Praxis
- 16 Rechenschaftsbericht der KVB

SEMINARE

- 19 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 20 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 22 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Januar 2013
Abschlagszahlung Dezember 2012

31. Januar 2013
Restzahlung 3/2012

11. Februar 2013
Abschlagszahlung Januar 2013

11. März 2013
Abschlagszahlung Februar 2013

10. April 2013
Abschlagszahlung März 2013

30. April 2013
Restzahlung 4/2012

10. Mai 2013
Abschlagszahlung April 2013

10. Juni 2013
Abschlagszahlung Mai 2013

10. Juli 2013
Abschlagszahlung Juni 2013

31. Juli 2013
Restzahlung 1/2013

12. August 2013
Abschlagszahlung Juli 2013

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 4/2012

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2012 bis spätestens **Donnerstag, den 10. Januar 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 (Paragraph 3 Absatz 3) gilt Folgendes:

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

- innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheides und der Richtigstellungsmittelung 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 Paragraph 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 2):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unter-

EBM-Änderungen Mammographie-Screening

schriebene Sammelerklärung (bitte das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de 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/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 folgenden Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen gilt für

Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. Januar 2013** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Dialyse, Hautkrebscreening sowohl für über 35-Jährige als auch für unter 35-Jährige, Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch und Sonografie in der Schwangerschaftsvorsorge.

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 1 38.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 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/Notarzdienst-Abrechnung](#).

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

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 289. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 bis 30. September 2013 beschlossen. Die Änderungen haben wir für Sie nachfolgend dargestellt. Der Beschluss mit den Änderungen im Detail wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-desbewertungsausschusses.de in der Rubrik [Bewertungsausschuss/Beschlüsse](#) und im Deutschen Ärzteblatt, Heft 50 vom 14. Dezember 2012, veröffentlicht.

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

Die Vergütung für die Gebührenordnungspositionen des Mammographie-Screenings 01750 bis 01759 wird aufgeteilt in einen Vergütungsanteil für die ärztliche Leistung und in einen Vergütungsanteil zur Finanzierung der Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung des Mammographie-Screening-Programms (sogenannter „organisatorischer Overhead“). Der Anteil für den organisatorischen Overhead wurde von 5,2 auf 1,25 Prozent abgesenkt und die Punktzahlen der Gebührenordnungspositionen deshalb entsprechend gesenkt. An dem Anteil der ärztlichen Vergütung für die Leistungen des Mammographie-Screenings ändert sich hierdurch nichts.

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

Änderungen des EBM und Kapitel 32 (Labor)

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 291., 292. und 294. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2013 beschlossen. Ebenfalls mit Wirkung zum 1. Januar 2013 wurden von den Partnern der Bundesmantelverträge und der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen Änderungen im Bereich Labor (Kapitel 32) beschlossen. Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik *Bewertungsausschuss/Beschlüsse* und im Deutschen Ärzteblatt, Heft 47 vom 23. November 2012 und Heft 50 vom 14. Dezember 2012, veröffentlicht. Die Beschlüsse stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch die Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Neuropsychologische Therapie – neue GOPen (291. Sitzung – schriftliche Beschlussfassung)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zum 24. Februar 2012 die Neuropsychologische Therapie als anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ ergänzt. Mit Wirkung zum 1. Januar 2013 wurden die Gebührenordnungspositionen 30930 bis 30935 zur Vergütung der Neuropsychologischen Therapie in den EBM (neuer Abschnitt 30.11) aufgenommen. Die Neuerungen sind nachfolgend dargestellt.

Für die Durchführung und Abrechnung der Leistungen der Neuropsychologischen Therapie sind die Vor-

gaben in Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ zu beachten. Die Richtlinie wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss unter www.g-ba.de in der Rubrik *Informationsarchiv/Richtlinien* veröffentlicht.

Die neuen GOPen sind berechnungsfähig von:

- Fachärzten für Neurologie
- Fachärzten für Nervenheilkunde
- Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie
- Fachärzten für Neurochirurgie
- Fachärzten für Psychiatrie beziehungsweise von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie beziehungsweise von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

Genehmigungspflicht

Voraussetzung für die Abrechnung ist eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung neuropsychologischer Leistungen gemäß Paragraph 3 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die nachzuweisenden fachlichen Anforderungen für eine Genehmigungserteilung sind in Paragraph 6 der oben genannten Anlage geregelt. Das Antragsformular finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung/*

Formulare/Buchstabe „N“/Neuropsychologische Therapie.

GOP 30930 – Krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik mittels Testverfahren gemäß Paragraph 5 Absatz 3 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

EBM-Bewertung: 80 Punkte
Preis B€GO: 2,83 Euro

- je vollendete fünf Minuten berechnungsfähig
- Höchstwert je Behandlungsfall
 - für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr: 2.800 Punkte
 - für Versicherte ab Beginn des 19. Lebensjahres: 1.840 Punkte
- im Behandlungsfall nur mit besonderer Begründung neben den psychotherapeutischen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1, 35.2 und 35.3 berechnungsfähig
- nicht neben den Notfallpauschalen GOPen 01210, 01214, 01216, 01218 und den GOPen 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220 und 30702 berechnungsfähig

GOP 30931 – Probatorische Sitzung gemäß Paragraph 7 Absatz 6 Nr. 1 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

EBM-Bewertung: 1.755 Punkte
Preis B€GO: 62,06 Euro

- Dauer mindestens 50 Minuten
- Fremdanamnese unter Einbeziehung der Bezugsperson(en) ist fakultativer Leistungsinhalt
- Durchführung, Auswertung und/oder Aufzeichnung der Testverfahren gemäß der Gebührenordnungsposition 30930 daneben gesondert berechnungsfähig
 - nur vor oder nach, aber nicht während probatorischer Sitzungen berechnungsfähig
 - Patientenkontaktzeit der GOP 30931 verlängert sich um jeweils fünf Minuten je abgerechneter GOP 30930
- nicht neben Gesprächs-, Beratungs- und Betreuungsleistungen berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nur mit besonderer Begründung neben den psychotherapeutischen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1, 35.2 und 35.3 berechnungsfähig
- nicht neben den Notfallpauschalen GOPen 01210, 01214, 01216, 01218 und den GOPen 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 30932 und 30933 berechnungsfähig

GOP 30932 – Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung) gemäß Paragraph 7 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

EBM-Bewertung: 2.315 Punkte
Preis B€GO: 81,87 Euro

- je vollendete 50 Minuten berechnungsfähig
- Einbeziehung der Bezugsperson(en) ist fakultativer Leistungsinhalt

- Psychometrische Tests sind nur vor oder nach, aber nicht während therapeutischer Sitzungen berechnungsfähig. Die Patientenkontaktzeit der GOP 30932 verlängert sich um jeweils fünf Minuten je abgerechneter GOP 30930
- im Behandlungsfall nur mit besonderer Begründung neben den psychotherapeutischen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1, 35.2 und 35.3 berechnungsfähig
- nicht neben den Notfallpauschalen GOPen 01210, 01214, 01216, 01218 und den GOPen 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702 und 30931 berechnungsfähig

GOP 30933 – Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung) gemäß Paragraph 7 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

EBM-Bewertung: 1.670 Punkte
Preis B€GO: 59,06 Euro

- je Teilnehmer, je vollendete 100 Minuten berechnungsfähig
- am Behandlungstag höchstens zweimal je Teilnehmer berechnungsfähig
- Psychometrische Tests sind nur vor oder nach, aber nicht während therapeutischer Sitzungen berechnungsfähig. Die Patientenkontaktzeit der GOP 30933 verlängert sich um jeweils fünf Minuten je abgerechneter GOP 30930
- im Behandlungsfall nur mit besonderer Begründung neben den psychotherapeutischen GOPen der Abschnitte 35.1, 35.2 und 35.3 berechnungsfähig

- nicht neben den Notfallpauschalen GOPen 01210, 01214, 01216, 01218 und den GOPen 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702 und 30931 berechnungsfähig

GOP 30934 – Erstellung eines Therapieplans gemäß Paragraph 5 Absatz 4 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

EBM-Bewertung: 510 Punkte
Preis B€GO: 18,04 Euro

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nur mit besonderer Begründung neben den psychotherapeutischen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1, 35.2 und 35.3 berechnungsfähig

GOP 30935 – Bericht bei Therapieverlängerung im Einzelfall gemäß Paragraph 7 Absatz 6 Nr. 5 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

EBM-Bewertung: 210 Punkte
Preis B€GO: 7,43 Euro

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nur mit besonderer Begründung neben den psychotherapeutischen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1, 35.2 und 35.3 berechnungsfähig

Anhang 3 zum EBM – Neuaufnahme der Gebührenordnungspositionen 30930 bis 30935

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30930	neuropsychologische Testverfahren	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30931	Probatorische Sitzung	60	70	Tages- und Quartalsprofil
30932	Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)	60	70	Tages- und Quartalsprofil
30933	Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)	37	19	Tages- und Quartalsprofil
30934	Erstellung eines Therapieplans	20	16	Tages- und Quartalsprofil
30935	Bericht bei Therapieverlängerung	8	2	Tages- und Quartalsprofil

Labor – Kapitel 32

Mit Wirkung zum 1. Januar 2013 werden die Gebührenordnungspositionen 32821 und 32822 zur genotypischen Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus neu in den Abschnitt 32.3.12 (Molekularbiologische Untersuchungen) aufgenommen.

NEU: GOP 32821 – Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus vor Gabe eines CCR5-Korezeptor-Antagonisten oder bei Verdacht auf Therapieversagen unter Gabe eines CCR5-Korezeptor-Antagonisten gemäß Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation)

Preis B€GO: 260,- Euro

Obligater Leistungsinhalt

- vollständige Untersuchung auf pharmakologisch relevante Eigenschaft des HI-Virus im Bereich des HIV-env-gp120 Gens
- Isolierung und Amplifikation von HI-Virusnukleinsäuren, gegebenenfalls auch mehrfach

■ Sequenzierung

Preis B€GO: 260,- Euro

Fakultativer Leistungsinhalt

- reverse Transkription,
- Amplifikationskontrolle (zum Beispiel mittels Gelelektrophorese)
- höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- ein mehr als zweimaliger Ansatz im Krankheitsfall ist nur im Ausnahmefall mit ausführlicher medizinischer Begründung möglich
- für die Beurteilung eines Therapieversagens sind die aktuellen Leitlinien des AWMF-Registers maßgeblich
- nur mit Genehmigung nach der Vereinbarung zu den Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V berechnungsfähig

NEU: GOP 32822 – Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus unter Gabe eines Fusions-Inhibitors oder Integrase-Inhibitors bei Verdacht auf Therapieversagen gemäß Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation)

Obligater Leistungsinhalt

- vollständige Untersuchung auf pharmakologisch relevante Eigenschaft des HI-Virus im Bereich des HIV-env-gp41 Gens oder des HIV-Integrase Gens
- Isolierung und Amplifikation von HI-Virusnukleinsäuren, gegebenenfalls auch mehrfach
- Sequenzierung

Fakultativer Leistungsinhalt

- reverse Transkription
- Amplifikationskontrolle (zum Beispiel mittels Gelelektrophorese)
- höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- die Berechnung setzt die Angabe des Gens als Art der Untersuchung voraus (Feldkennung 5002)
- ein mehr als zweimaliger Ansatz im Krankheitsfall ist nur im Ausnahmefall mit ausführlicher medizinischer Begründung möglich
- für die Beurteilung eines Therapieversagens sind die aktuellen Leitlinien des AWMF-Registers maßgeblich

OPS-Codes ab 1. Januar 2013

- nur mit Genehmigung nach der Vereinbarung zu den Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V berechnungsfähig

Redaktionell: Anpassung der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 32828

In der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 32828 (Genotypische HIV-Resistenzprüfung) wurde der Verweis auf die Anlage I der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung an die aktuelle Bezeichnung der Richtlinie angepasst.

Redaktionell: Anpassung der Präambel der Abschnitte 32.2 und 32.3 (294. Sitzung – schriftliche Beschlussfassung)

Für die Vergütung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verbindliche Vorgaben zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen beschlossen, die von uns ab dem Quartal 3/2012 umgesetzt werden. Wir haben hierüber in den KVB INFOS, Ausgaben 5/2012, 7-8/2012 und 9/2012 informiert.

Der tatsächliche Vergütungsanspruch für die Leistungen des Allgemein- und Speziallabors ergibt sich somit aus den vertraglich vereinbarten Eurobeträgen des Abschnitts 32.2 und 32.3 nach Anwendung der Vorgaben zur Honorarverteilung. Dies wurde durch die Änderungen beziehungsweise Ergänzungen der Präambeln zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM nun klargestellt.

(siehe Änderung der Nummern 1 und 3 zum Abschnitt 32.2 sowie der Nummern 1 und 4 zum Abschnitt 32.3)

Molekulargenetische Stufendiagnostik – keine Übermittlung von Informationen zum Indexpatienten mit der Abrechnung (292. Sitzung – schriftliche Beschlussfassung)

Die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen der molekulargenetischen Stufendiagnostik war nach dem Wortlaut der Präambel zum Abschnitt 11.4 bislang an die Übermittlung von Angaben (Mutation, Erkrankung, genetischer Verwandtschaftsgrad) zum Indexpatienten gebunden. Durch eine Änderung der Präambel zum Abschnitt 11.4 wird nun klargestellt, dass gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung lediglich die Kenntnis der Informationen, nicht jedoch die Informationen selbst anzugeben sind. *(siehe Änderung der Nummern 2 und 4 der Präambel 11.4)*

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

Mit Wirkung zum 1. Januar 2013 tritt der *Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2013* in Kraft. In Anpassung an diese aktuelle Fassung des OPS werden in den Anhang 2 zum EBM neue OPS-Codes aufgenommen und OPS-Codes gestrichen. Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 296. Sitzung mit den neu in den Anhang 2 zum EBM aufgenommenen und aus dem Anhang 2 gestrichenen OPS-Codes wird auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik *Bewertungsausschuss/Beschlüsse* und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Sie finden den Beschluss auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/BEGO-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

Wegfall der Praxisgebühr

Die Praxisgebühr wird zum 1. Januar 2013 abgeschafft. Damit entfällt für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten das aufwendige Einziehen der Zuzahlung. Die Patienten müssen für eine ambulante Behandlung keine zehn Euro mehr pro Quartal bezahlen. Dies gilt sowohl für den Besuch einer Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis als auch bei Inanspruchnahme des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Auch beim Zahnarzt entfällt die Gebühr.

Die Abschaffung der Praxisgebühr ist bereits gesetzlich verankert. Der Deutsche Bundestag hat am 9. November 2012 einen entsprechenden Beschluss gefasst, nachdem sich die Koalitionspartner von CDU und FDP auf das Aus für die Zuzahlung geeinigt hatten.

Durch die Abschaffung der Praxisgebühr ergeben sich für Sie folgende Änderungen:

Aktualisierung der Praxissoftware
Mit dem Wegfall der Praxisgebühr entfällt für Sie die Kennzeichnung von zuzahlungspflichtigen und zuzahlungsbefreiten Behandlungsfällen in der Abrechnung. Auch Quittungen über die Zahlung der zehn Euro müssen nicht mehr ausgestellt werden. Deshalb wird Ihre Praxissoftware zum 1. Januar 2013 angepasst. Die Anforderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) an die Softwarehäuser sehen Folgendes vor:

- Die Funktionen zur Angabe der Pseudoziffern und zum Ausdrucken einer Quittung werden aus der Software herausgenommen. Die Pseudoziffern verlieren zum 31. Dezember 2012 ihre Gültigkeit.
- Sollten Sie Behandlungsfälle aus diesem Jahr erst nach dem 1.

Januar 2013 abrechnen können, ist die Eingabe der Pseudoziffern für die Praxisgebühr trotzdem noch möglich, allerdings nicht mehr automatisch. In diesen Fällen müssen Sie die Ziffern per Hand eingeben.

Die KBV wird die PVS-Hersteller mit dem Update für das erste Quartal 2013 über diese Anforderungen informieren, damit sie die Änderungen rechtzeitig vornehmen können. Sollte Ihr Anbieter dies nicht umsetzen können, ignorieren Sie ab Januar 2013 einfach die Praxisgebühr-Funktionen in Ihrem Programm.

Anpassung der Abschlagszahlung
Damit Sie die Praxisgebühr nicht direkt an die Krankenkassen weiterleiten mussten, wurde Ihre monatliche Abschlagszahlung bisher entsprechend reduziert. Die Abschaffung der Praxisgebühr hat grundsätzlich Auswirkung auf Ihre Abschlagszahlungen. Wir werden dies im Rahmen der Überprüfung der monatlichen Abschlagszahlungen ab Januar 2013 (fällig am 11. Februar 2013) und der folgenden Abschlagszahlungen auf Basis Ihrer individuellen Daten berücksichtigen.

Der Wegfall der Praxisgebühr ist nur einer von mehreren Faktoren, die auf die Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen Einfluss haben. Im Einzelfall kann es daher sein, dass eine Erhöhung der monatlichen Abschlagszahlungen trotz des Wegfalls der Praxisgebühr ab dem ersten Quartal 2013 nicht möglich ist.

Hinweis: Praxisgebühr-Erhebung bis Jahresende unverändert
Bitte denken Sie daran, dass Sie die Praxisgebühr noch bis zum Jahresende 2012 erheben und in Ihrer Abrechnung dokumentieren müssen.

Patienten, die bis zum 31. Dezember 2012 Ihre Praxis aufsuchen und die Gebühr trotz Zahlungsaufforderung nicht bezahlen, müssen wie bisher mit einem Mahnverfahren rechnen.

Bitte reichen Sie möglichst alle Abrechnungsfälle des vierten Quartals 2012 mit der quartalsaktuellen Abrechnung bei uns ein und vermeiden Sie praxisgebührrelevante Nachtragsfälle. Dadurch entfällt für Sie ab dem 1. Januar 2013 der Verwaltungsaufwand mit der Praxisgebühr. Sollten Sie dadurch den Abgabetermin (10. Januar 2013) nicht einhalten können, genügt eine kurze Nachricht an uns (siehe „Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2012“, Seite 2).

Telefon	0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax	0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail	Abrechnungsberatung@kvb.de

Drogensuchtests und quantitative Alkoholbestimmung

Drogensuchtests unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers werden mit den Gebührenordnungspositionen (GOP) 32137 und 32140 bis 32147 EBM vergütet. Mit der GOP 32148 EBM wird die quantitative Alkoholbestimmung in der Atemluft mit apparativer Messung, zum Beispiel elektrochemisch im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, honoriert.

Bitte beachten Sie, dass diese Untersuchungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses einem Höchstwert unterliegen. Überschreiten die im Behandlungsfall abgerechneten Gebührenordnungspositionen in Summe den Höchstwert, wird nur der Höchstwert vergütet.

Der Höchstwert für die Untersuchungen entsprechend der GOPen 32137 und 32140 bis 32148 EBM im Behandlungsfall beträgt:

- im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger:
 - im ersten und zweiten Quartal: 125,- Euro. (Bitte beachten Sie: Die Gebührenordnungspositionen sind mit dem Buchstaben „S“ für das erste und zweite Quartal zu kennzeichnen)
 - ab dem dritten Quartal: 64,- Euro (die Buchstabenkennzeichnung ist dann nicht mehr vorzunehmen)
- außerhalb der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger: 64,- Euro.

Erkennbar ist die Vergütung des Höchstwertes im Behandlungsfall in der Honorarzusammenstellung durch die Hinzusetzung der GOP 32139 für die Untersuchungen im ersten und zweiten Quartal der

Substitutionsbehandlung und der GOP 32138 für den Höchstwert im Behandlungsfall ab dem dritten Quartal oder außerhalb der Substitutionsbehandlung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Christine Ott unter
 Telefon 09 41 / 39 63 – 1 52
 E-Mail Christine.Ott@kvb.de

Anästhesieprotokolle

Die Abrechnung einer Vielzahl von Anästhesien/Narkosen an Operationstagen kann zu Abrechnungsprüfungen führen, da aufgrund der Zeithinterlegungen für einzelne Leistungen gemäß Anhang 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nicht selten ein Abrechnungsvolumen von mehr als zwölf Stunden pro Tag erreicht wird. Für den Vertragsarzt ist daher eine genaue Leistungsdokumentation sehr wichtig, um nachweisen zu können, dass die Anästhesieleistung persönlich erbracht wurde.

Anforderung an die Leistungserbringung

Eine Leistung ist nach Kapitel 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM erst vollständig erbracht,

- wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und
- die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten (auch die der Patientenbeziehungsweise Prozedurenklassifikationen) erfüllt sowie
- die erbrachten Leistungen dokumentiert sind.

Bitte beachten Sie, dass ein genau und vollständig geführtes Anästhesieprotokoll im Falle einer Abrechnungsprüfung zur Aufklärung des Sachverhaltes beitragen kann.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Christine Ott unter
 Telefon 09 41 / 39 63 – 1 52
 E-Mail Christine.Ott@kvb.de

Änderung von Muster 16 (Kassenrezept)

Ab 1. Januar 2013 wird ein neues Rezeptformular eingeführt. Aufgrund der Umstellung auf achtstellige Pharmazentralnummern war diese Anpassung notwendig. Weitere Änderungen gab es nicht.

Ihre alten Rezeptformulare können Sie aufbrauchen. Eine Stichtagsregelung gibt es nicht. Beim Ausfüllen der Kassenrezepte bleibt für Sie alles wie gehabt.

Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 30
Fax 0 89 / 5 70 93 - 4 00 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Neue fälschungssichere BtM-Rezepte

Die Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird voraussichtlich im ersten Quartal 2013 neue BtM-Rezepte ausgeben. Der genaue Termin steht noch nicht fest. Er wird rechtzeitig im amtlichen Teil des Bundesanzeigers bekannt gegeben.

Wichtig: Die alten BtM-Rezepte behalten bis auf Weiteres ihre Gültigkeit. Das BfArM weist darauf hin, dass Ärzte auf keinen Fall alte BtM-Rezepte unaufgefordert an die Bundesopiumstelle zurücksenden sollten, um sie gegen neue BtM-Rezepte auszutauschen. Es ist vorgesehen, die alten Rezepte zu verwenden, bis sie vollständig aufgebraucht sind. Die Regelungen zum Ausfüllen von BtM-Rezepten gelten unverändert.

Was sich bei den neuen BtM-Rezepten konkret ändern wird, erfahren Sie in „Verordnung Aktuell“ in der Ausgabe „Neue fälschungssichere BtM-Rezepte ab 2013“.

Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 30
Fax 0 89 / 5 70 93 - 4 00 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Verordnung von Johanniskraut-Präparaten

Verordnungsfähigkeit

Johanniskraut-Präparate sind verschreibungspflichtig, wenn sie zur Behandlung einer mittelschweren Depression zugelassen sind. Diese sind bei Vorliegen dieser Diagnose zulasten der GKV ordnungsfähig. Arzneimittel, die für leichte, vorübergehende depressive Zustände und depressive Verstimmungszustände oder psychovegetative Störungen zugelassen sind, sind nur apothekenpflichtig (nicht verschreibungspflichtig), auch wenn sie genau dieselbe Dosierung haben wie die verschreibungspflichtigen Präparate. Dies birgt in Hinblick auf die Arzneimitteltherapiesicherheit eine große Gefahr für die Patienten.

Arzneimitteltherapiesicherheit

Johanniskraut ist ein potenter Induktor des Leberenzymystems, das eine große Anzahl von Arzneimitteln abbaut (vor allem Cytochrom P450 3A4/5/7). Dadurch wird die Wirkung bestimmter Medikamente abgeschwächt. Auch die Wirkung der Pille (Ethinylestradiol) kann dadurch abgeschwächt werden. Weiterhin werden häufig eingesetzte Wirkstoffe wie Atorvastatin, Clarithromycin, Clindamycin, Clozapin, Erythromycin, Fentanyl, Losartan, Nitrendipin, Omeprazol, Simvastatin, Theophyllin und Warfarin beschleunigt abgebaut und so in ihrer Wirkung beeinträchtigt. Beim Verordnen von Arzneimitteln lohnt sich also immer die Frage nach der Einnahme von (auch rezeptfreien) Johanniskraut-Präparaten.

Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 30
Fax 0 89 / 5 70 93 - 4 00 31
E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

Anlage VI (Off-Label-Use) Teil A: „Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten verordnungsfähig sind“ wurde um den Absatz „VIII. Verapamil zur Prophylaxe des Clusterkopfschmerzes“ ergänzt. Der Beschluss ist am 25. Oktober 2012 in Kraft getreten. Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Telefon	0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
Fax	0 89 / 5 70 93 – 4 00 31
E-Mail	Verordnungsberatung@kvb.de

Anlage XII (Frühe Nutzenbewertung) wurde um den Wirkstoff Vemurafenib ergänzt. Vemurafenib (Zelboraf®) ist seit 15. März 2012 in Verkehr und angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit BRAF-V600-Mutation-positivem, nicht rezidierbarem oder metastasiertem Melanom. Als zweckmäßige Vergleichstherapie hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den bislang in dieser Indikation als Therapiestandard geltenden Wirkstoff Dacarbazin festgelegt.

Nach Ansicht des G-BA ist der Zusatznutzen von Vemurafenib für den Endpunkt „Verlängerung der Überlebenszeit“ im Sinne einer moderaten Verlängerung der Lebensdauer als beträchtlich einzustufen. Die Qualität der unerwünschten Ereignisse schätzt der G-BA als für Patienten bedeutend, aber nicht als derart schwerwiegend ein, dass das Ausmaß des Zusatznutzens hierdurch herabgestuft werden müsste. In der Gesamtschau sieht der G-BA für Vemurafenib einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen. Der Beschluss ist am 6. September 2012 in Kraft getreten. Der Beschluss ist zunächst auf ein Jahr befristet.

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Frühe Nutzenbewertung*.

Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2013

Die vertragsärztlichen Leistungen werden im Jahr 2013 nach der regionalen Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet. Grundlage der B€GO 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. Für das Jahr 2013 konnte zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieser Ausgabe noch kein bayerischer Punktwert vereinbart werden. Aus diesem Grund werden die Europreise der Bayerischen Euro-Gebührenordnung vorläufig mit dem auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert in Höhe von 3,5363 Cent berechnet. Die Veröffentlichung der Bayerischen Euro-Gebührenordnung steht unter dem Vorbehalt des Vertragsabschlusses zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen oder einer Entscheidung des Landesschiedsamts für die vertragsärztliche Versorgung in Bayern.

Die B€GO und weitere Informationen finden Sie auf der beigefügten CD-ROM. Inhalt:

- B€GO: Bayerische Euro-Gebührenordnung auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), gültig ab 1. Januar 2013 (B€GO-Informationssystem als CHM-Datei)
- Übersicht der Gebührenordnungspositionen des EBM mit den Punktzahlen des Quartals 1/2013 und den bayerischen

- Europreisen ab Quartal 1/2013
- Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu den EBM-Änderungen zum 1. Januar 2013
- Fachgruppen-Informationssystem mit Informationen zu den Neuerungen und Änderungen zum 1. Januar 2013

Abweichend von der Version auf der CD können sich durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach Redaktionsschluss noch Änderungen des EBM ergeben haben (zum Beispiel zur Anpassung der OPS-Codes des Anhangs 2). Eine laufend aktualisierte Fassung des B€GO-Informationssystems können Sie als KVB-Mitglied unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/B€GO-EBM* im geschlossenen Mitgliederbereich einsehen und herunterladen. Für den Zugriff auf den geschlossenen Mitgliederbereich benötigen Sie Ihre entsprechenden Zugangsdaten. Stellen Sie das EBM-Informationssystem bei Bedarf auch Ihrem Praxispersonal zur Verfügung. Klicken Sie hierzu einfach die Download-Version (CHM) an und speichern Sie diese auf Ihrem Laufwerk. Die Übertragung der derzeit zirka 52 MB großen Datei kann je nach System einige Minuten in Anspruch nehmen.

Auf der beiliegenden CD-ROM und auf unserer Internetseite finden Sie auch unser elektronisches Fachgruppen-Informationssystem als Online- sowie als Download-Version, mit dem wir Sie schnell und aktuell über die Ihre Arztgruppe betreffenden Änderungen und Neuerungen rund um den EBM auf dem Laufenden halten.

Den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de.

Telefon	0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax	0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail	Abrechnungsberatung@kvb.de



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

Dokumentationssoftware DMP Brustkrebs/Asthma

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Disease-Management-Programme (DMP) Brustkrebs und Asthma aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Behandlungsmöglichkeiten aktualisiert. Die Dokumentationen sowie die entsprechende Software wurden angepasst. Die Umsetzung erfolgt bis Mitte 2013.

In einer ausführlichen Praxisinformation erläutert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Hintergründe und stellt dar, welche Aspekte die Praxen im Zusammenhang mit der Anpassung der Software zu beachten haben.

Die wesentlichen Punkte sind:

- Bei bestehenden Software-Wartungsverträgen sind mit dem Update keine Mehrkosten verbunden.
- Weder die KBV-Vorgaben noch die DMP-Richtlinie erfordern eine neue Software oder einen Software-Wechsel in der Praxis, der mit Mehrkosten verbunden ist.
- Die bisherige Versandliste ist nicht mehr erforderlich, was den Aufwand für die Praxen erleichtert.

Die vollständige Information der KBV finden Sie unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Service für die Arztpraxis/Praxis-EDV*.

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78
Fax 0 89 / 5 70 93 – 43 98
E-Mail info-dmp@kvb.de

Beschlagnahme von Patientendaten in der Praxis

Wir möchten Sie an dieser Stelle über das Thema „Beschlagnahme von Patientendaten in der Praxis“ informieren. Folgender Fall tritt ein: Die Polizei oder die Staatsanwaltschaft erscheint in der Praxis und verlangt die Herausgabe von Patientenunterlagen, andernfalls würden diese beschlagnahmt. Der vorgelegte Beschluss ist vom Gericht, ausnahmsweise auch von der Staatsanwaltschaft beziehungsweise den Ermittlungsbehörden ausgestellt. Zur vollständigen Information sei darauf hingewiesen, dass eine richterliche Anordnung zur Übermittlung von Sozialdaten in der Arzt-/Psychotherapeutenpraxis nicht vorkommt, da das Sozialgesetzbuch hier keine Anwendung findet.

Was ist zu tun?

Sie unterliegen als Arzt der ärztlichen Schweigepflicht. Eine freiwillige Herausgabe von Patientendaten und auch eine Beschlagnahme sind grundsätzlich ausgeschlossen. Eine Ausnahme gilt nur, wenn der behandelnde Arzt selbst der Beschuldigte ist, eine Beteiligung oder auch nur der Verdacht genügen.

Eine Beschlagnahme liegt immer dann vor, wenn der Arzt die zu beschlagnahmenden Unterlagen nicht freiwillig herausgibt. Notfalls würde die Praxis durchsucht. Bei Beschlagnahme ist nur eine nachträgliche Überprüfung der Rechtmäßigkeit möglich, die Polizei wird die Unterlagen selbst nach Hinweis auf die vorgenannten, sich aus der Strafprozessordnung ergebenden Vorgehensweisen in der Regel mitnehmen wollen.

Um zu vermeiden, dass die Praxis durchsucht wird, sollten Sie deshalb die Unterlagen zwar bereitlegen,

aber nicht freiwillig herausgeben, sondern wegnehmen lassen. Verlangen Sie die Protokollierung der Beschlagnahme und achten Sie darauf, dass im Formular „Beschlagnahmeprotokoll“ gekennzeichnet wird, dass Sie „ausdrücklich Widerspruch erhoben“ haben.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Datenschutzexperten unter
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 65
Fax 09 41 / 39 63 – 6 87 03
E-Mail KVBDatenschutz@kvb.de

Rechenschaftsbericht der KVB

Über die im Geschäftsjahr 2011 verwendeten Mittel gibt der Rechenschaftsbericht der KVB gemäß Paragraph 78 Absatz 3 in Verbindung mit Paragraph 305b SGB V Auskunft.

Die KVB hat das Geschäftsjahr 2011 mit einem Jahresgewinn von 22,9 Millionen Euro und einer Bilanzsumme von 1,68 Milliarden Euro abgeschlossen.

Die Aufwendungen der KVB betragen 2011 insgesamt 159,9 Millionen Euro. Darin sind 98,8 Millionen Euro für den Personalaufwand enthalten. Zur Sicherstellung einer rund um die Uhr

bedarfsgerechten ambulanten Versorgung in hoher Qualität waren 1.619 Stellen in der KVB im Geschäftsjahr 2011 besetzt.

Bei den Erträgen von insgesamt 182,8 Millionen Euro entfallen 142,5 Millionen Euro auf die Verwaltungskostenumlage. Dies entspricht einem Verwaltungskostensatz von 2,5 Prozent der verwaltungskostenpflichtigen Honorare. Als Kapitalerträge konnten 18,3 Millionen Euro verbucht werden.

Die Gesamtjahresrechnung der KVB für 2011 umfasst die Buchungskreise

- 0063 bis 0071 „KVB allgemein“
- 0075 „Betrieb gewerblicher Art – IT“
- 0085 „Sonderaufgaben der KVB“
- 1005 „Casino der KVB“
- 3000 „Dienstleistungsverträge“

Im Geschäftsjahr 2011 wurden Investitionen in Höhe von 11,3 Millionen Euro getätigt.

Die KVB erhielt 2011 Sponsoringbeiträge in Höhe von insgesamt 13.442,50 Euro. Das Sponsoring fand in den Bereichen Versorgung und Versorgungsentwicklung statt.

Das Jahresergebnis gliedert sich wie folgt

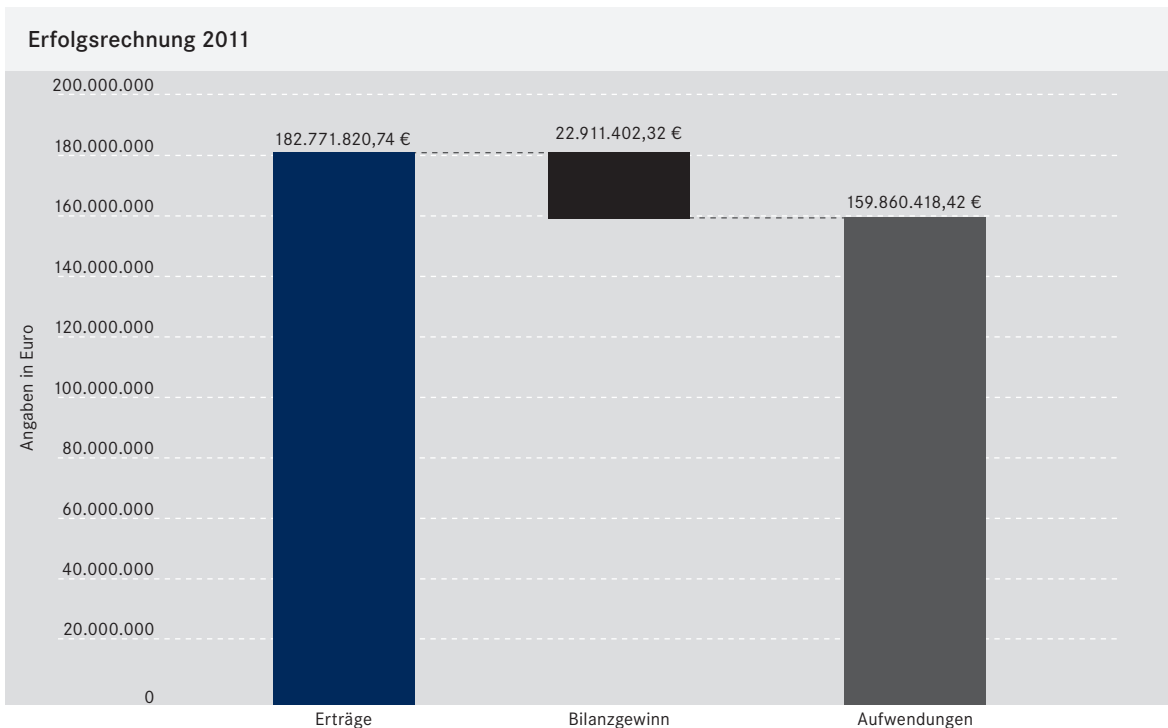


Abbildung 1

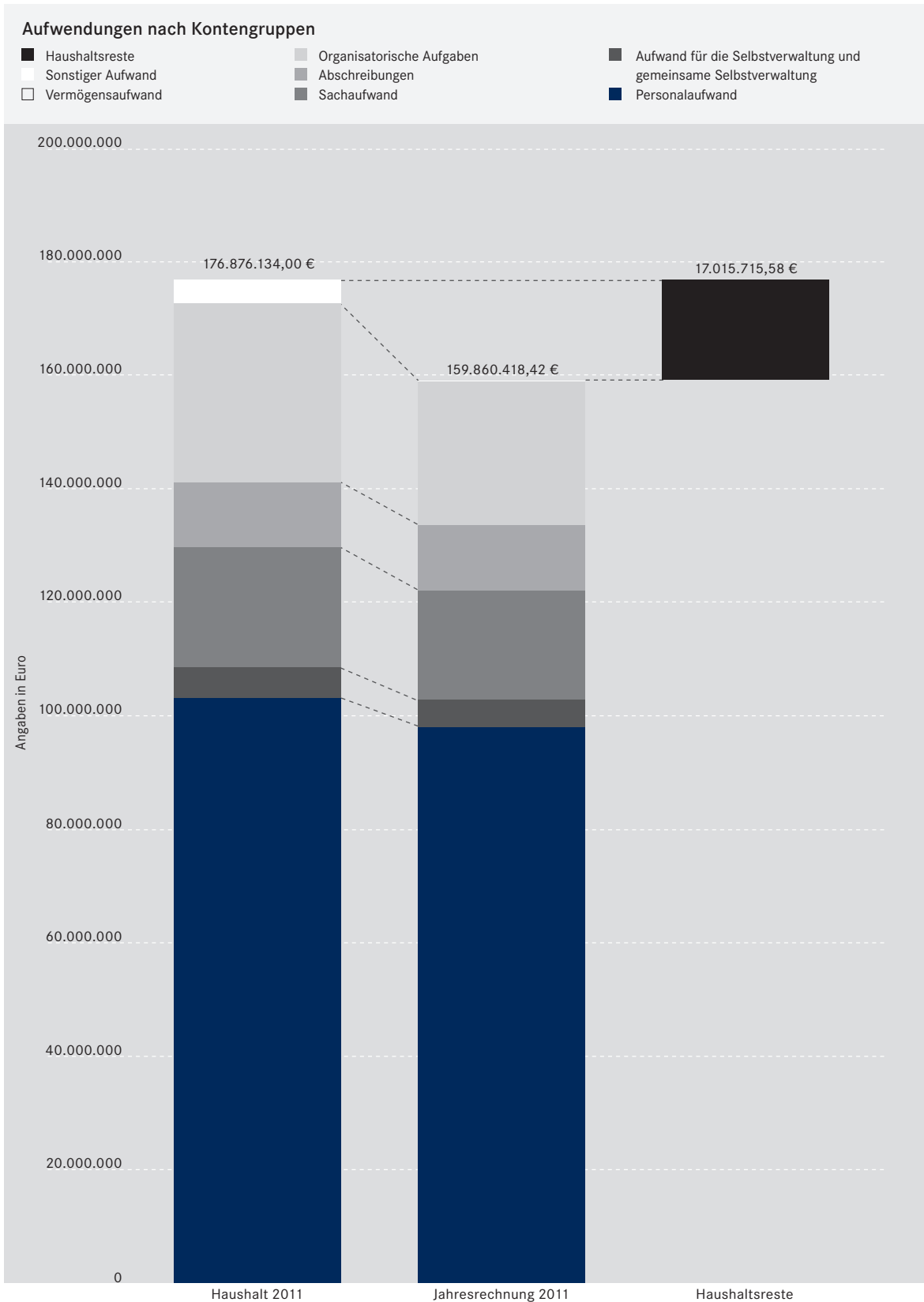


Abbildung 2

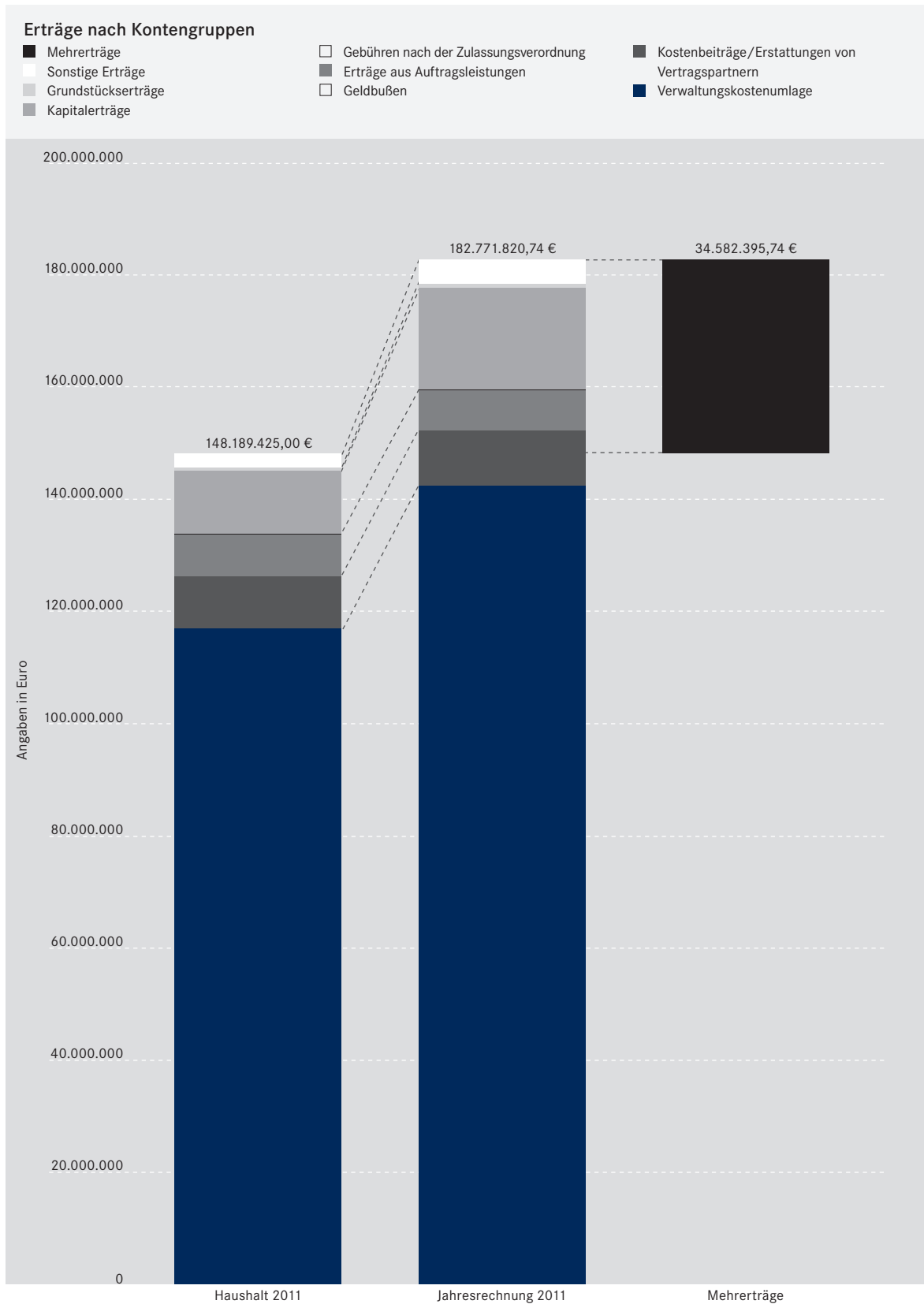


Abbildung 3

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 (Paragraph 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. Februar 2013
KVB Regensburg
- Samstag, 23. März 2013
KVB München
- Samstag, 27. April 2013
KVB Würzburg
- Samstag, 6. Juli 2013
KVB München
- Samstag, 28. September 2013
KVB Nürnberg
- 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, 30. Januar 2013
KVB München
- Mittwoch, 13. März 2013
KVB Bayreuth

- Mittwoch, 8. Mai 2013
KVB Würzburg
- Mittwoch, 17. Juli 2013
KVB Augsburg
- 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, Praxisgebühr und Formularen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40 Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- Mittwoch, 6. Februar 2013
KVB München
- Mittwoch, 17. April 2013
KVB Augsburg
- Mittwoch, 15. Mai 2013
KVB Bayreuth
- Mittwoch, 12. Juni 2013
KVB Würzburg
- 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?

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine Modul IV:

- Mittwoch, 27. Februar 2013
KVB München
- Mittwoch, 26. Juni 2013
KVB Regensburg
- Mittwoch, 9. Oktober 2013
KVB Augsburg
- Mittwoch, 4. Dezember 2013
KVB Nürnberg

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*.

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

Zielgerichtet und berufsgruppenübergreifend bringen wir in unserem neu konzipierten 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 Praxissschwerpunkte.

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 kardiovas-

kulären Notfällen

- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- alternatives Airwaymanagement
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 95.- Euro (je Teilnehmer)

Termine:

(je Samstag zwei getrennte Veranstaltungen: Sie buchen entweder für Vormittag oder Nachmittag)

- Samstag, 2. Februar 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Augsburg
- Samstag, 2. Februar 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Augsburg
- Samstag, 9. März 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB München
- Samstag, 9. März 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB München
- Mittwoch, 10. April 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Würzburg
- Samstag, 22. Juni 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Nürnberg
- Samstag, 22. Juni 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Nürnberg
- Samstag, 20. Juli 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Regensburg
- Samstag, 20. Juli 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Regensburg
- 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
- Samstag, 9. November 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB München
- Samstag, 9. November 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB München

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*.

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.

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

KVB-Seminare

Hausärztlich geriatrisches Basisassessment

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Infoveranstaltung „Regressfalle Wirtschaftlichkeitsprüfung“ für Hausärzte

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Hausärzte

Hautkrebsscreening*

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – konservativ tätige Fachärzte

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

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Hausärzte

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

QM-/QZ-Seminare

Fortbildung „MRSA positiv! MRSA-Patienten in der Praxis“

Hygienemanagement in der Arztpraxis

Einführung in den Arbeitsschutz

QEP®-Einführungseminar für Haus- und Fachärzte

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	16. Januar 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	München
		23. Januar 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
		30. Januar 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		27. Februar 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	Straubing
		6. März 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	Würzburg
		13. März 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	München
		10. April 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Januar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		31. Januar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
		31. Januar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		5. Februar 2013	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		27. Februar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	30. Januar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
		20. Februar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		27. Februar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Februar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Februar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	160,- Euro	6. Februar 2013	13.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Februar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Februar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Februar 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Februar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Februar 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		26. Februar 2013	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	20. Februar 2013	15.00 bis 18.30 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	27. Februar 2013	15.00 bis 18.30 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	27. Februar 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	1. März 2013	15.00 bis 20.30 Uhr	München
		2. März 2013	9.00 bis 17.00 Uhr	

KVBBINFOS 03|13

ABRECHNUNG

- 26 Die nächsten Zahlungstermine
- 26 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2013
- 28 EBM-Änderungen zum 1. April 2013
- 31 Abrechnung von Anästhesien/ Narkosen
- 33 Kleinchirurgische Eingriffe im HNO-Bereich
- 33 Änderung der Richtlinien „Künstliche Befruchtung“
- 33 Zusatzvereinbarungen zur Pflegeheimversorgung

VERORDNUNGEN

- 34 Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie
- 34 Verordnung eines Mehrfachen einer Packungsgröße
- 34 Oxybutynin 0,1 % Grachtenhaus
- 35 Praxisbesonderheiten bei Langfristverordnungen
- 35 Ausstellen einer Betäubungsmittel-Verordnung
- 36 Verordnungsseminare im April 2013

QUALITÄT

- 37 DMP: Kooperationspartner koordinierender Hausärzte überprüfen
- 37 Neue DMP-Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- 38 DMP-Feedbackberichte zweites Halbjahr 2012
- 38 Änderung der Ultraschall-Vereinbarung

ALLGEMEINES

- 39 Überweisungen nach Wegfall der Praxisgebühr
- 40 Vertragsärztliche Fortbildungspflicht
- 40 Vertretung wegen Kindererziehung
- 41 Beschäftigung von Praxisassistenten
- 41 Umzug der KVB-Bezirksstelle Mittelfranken
- 42 Metformin bei Typ-2-Diabetes: LMU sucht Studienteilnehmer

SEMINARE

- 43 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 44 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 46 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 11. März 2013**
Abschlagszahlung Februar 2013
- 10. April 2013**
Abschlagszahlung März 2013
- 30. April 2013**
Restzahlung 4/2012
- 10. Mai 2013**
Abschlagszahlung April 2013
- 10. Juni 2013**
Abschlagszahlung Mai 2013
- 10. Juli 2013**
Abschlagszahlung Juni 2013
- 31. Juli 2013**
Restzahlung 1/2013
- 12. August 2013**
Abschlagszahlung Juli 2013
- 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 1/2013

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2013 bis spätestens **Mittwoch, den 10. April 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 (Paragraph 3 Absatz 3) gilt Folgendes:

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

- innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheides und der Richtigstellungsmittelung 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 Paragraph 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 2):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unter-

schriebene Sammelerklärung (bitte das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de 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/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 folgenden Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen gilt für

Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. April 2013** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Dialyse, Hautkrebsscreening sowohl für über 35-Jährige als auch für unter 35-Jährige, Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch und Sonographie in der Schwangerschaftsvorsorge.

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 1 38.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 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/Notarzdienst-Abrechnung*.

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

EBM-Änderungen zum 1. April 2013

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 290. und 297. Sitzung (schriftliche Beschlussfassungen) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2013 beschlossen. Die wichtigsten Änderungen einschließlich der Bewertungen nach der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BEGO) haben wir für Sie nachfolgend zusammengefasst.

Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-desbewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse eingestellt. Sie wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 51-52 vom 24. Dezember 2012 und Heft 3 vom 18. Januar 2013 veröffentlicht. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch die Vertragspartner und unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

CT-gesteuerte Intervention – Einführung indikationsbezogener Gebührenordnungspositionen

Zur Vergütung der CT-gesteuerten Intervention bei Punktionen und/oder pharmakotherapeutischen Applikationen in beziehungsweise an Nerven, Ganglien, Gelenkkörper(n) und/oder Gelenkfacette(n) wird die Gebührenordnungsposition (GOP) 34502 von den zwei neuen GOPen 34504 und 34505 abgelöst. Die Bewertungen und Leistungsinhalte der neuen GOPen entsprechen denen der bisherigen GOP 34502; neu ist ein Indikationsbezug der Leistungen. Der Bewertungsausschuss hat mit diesem Beschluss die Anforderungen an die Erbringung von CT/

MRT-gestützten interventionellen schmerztherapeutischen Leistungen, die für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten, auch für die ambulant tätigen Vertragsärzte übernommen.

GOP 34502 – gestrichen
NEU: GOP 34504 – CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en) bei akutem und/oder chronischem Schmerz nach vorausgegangener interdisziplinärer Diagnostik

- EBM-Bewertung: 2.790 Punkte
- Preis BEGO: 98,66 Euro
- Nur einmal am Behandlungstag berechnungsfähig.
- Abrechnungsausschlüsse wie bei alter GOP 34502 und nicht neben der neuen GOP 34505 berechnungsfähig.

Die Voraussetzungen zur Abrechnung der GOP 34504 sind in der neu aufgenommenen Präambel 34.5 Punkte 1 bis 4 festgelegt:

- Der Arzt, der die Gebührenordnungsposition 34504 erbringt, muss entweder
 - selbst über die Genehmigung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V verfügen oder
 - auf Überweisung eines Vertragsarztes tätig werden, der über eine Genehmigung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V oder die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ verfügt. Eine Über-

weisung kann nur bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose erfolgen (Angabe der ICD-GM-Diagnose mit Zusatzkennzeichen „G“).

- Die Leistung nach GOP 34504 darf zudem nicht solitär, sondern nur im Rahmen eines multimodalen Schmerztherapiekonzeptes erbracht werden. Sie ist nicht abrechnungsfähig bei funktionellen Störungen und chronischen Schmerzsyndromen mit überwiegend funktionellem Störungsanteil.
- Die GOP 34504 kann nicht für Interventionen in beziehungsweise an (einer) Bandscheibe(n) (zum Beispiel Volumenreduktion durch Chemonukleolyse und/oder Coblation) berechnet werden.
- Für die Abrechnung der GOP 34504 muss zudem die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Computertomographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V vorliegen (Präambel 34.1 Nr. 2 EBM).

NEU: GOP 34505 – CT-gesteuerte Intervention(en)

- EBM-Bewertung: 2.790 Punkte
- Preis BEGO: 98,66 Euro
- Nur einmal am Behandlungstag berechnungsfähig.
- Abrechnungsausschlüsse wie bei alter GOP 34502 sowie neu nicht neben der GOP 02360 (Anwendung von Lokalanästhetika) und GOP 34504 berechnungsfähig.
- Für die Abrechnung der GOP 34505 muss die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Computertomographie im Rahmen der vertrags-

ärztlichen Versorgung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V vorliegen (Präambel 34.1 Nr. 2 EBM).

- Nur bei Vorliegen einer der nachfolgenden Erkrankungen (ICD-Angabe) berechnungsfähig:
 - Neubildungen (C00-D48) sowie
 - Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bei bestimmten Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90).

Für die Abrechnung der GOP 34505 bei anderen Erkrankungen ist eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall erforderlich. Die Begründung ist einschließlich des ICD-10-GM Codes für die betreffende Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

- Nicht für Interventionen in beziehungsweise an (einer) Bandscheibe(n) (zum Beispiel Volumenreduktion durch Chemonukleolyse und/oder Coblation) berechnungsfähig.

(siehe Tabelle, Seite 30)

GOP 34503 bildwandlergestützte Intervention(en) an der Wirbelsäule – einmal am Behandlungstag berechnungsfähig

Die Berechnungsfähigkeit der GOP wird von „je Sitzung“ auf „einmal am Behandlungstag“ geändert. Statt des bisherigen Abrechnungsausschlusses zur GOP 34502 gilt dieser nun für die neuen GOPen 34504 und 34505 (siehe Änderung der Leistungslegende, Abrechnungsbestimmung und Ausschlüsse zur GOP 34503).

Präambeln Abschnitte 31.3.1 und 36.3.1 – Anpassung der Abrechnungsausschlüsse

Im Zuge der Neueinführung der GOPen 34504 und 34505 wird der bisherige Bezug des Abrechnungsausschlusses zu den postoperativen Überwachungskomplexen der Abschnitte 31.3 und 36.3 von der GOP 34502 auf die neuen GOPen 34504 und 34505 geändert (siehe Änderung der Präambel Nr. 2 der Abschnitte 31.3.1 und 36.3.1).

Anhang 2 – Streichung des OPS-Codes 5-830.2 (Facettendenervation)

Die Berechnung des OPS-Codes 5-830.2 setzt eine offen-chirurgische Durchführung gemäß Präambel 31.2.1 Nr. 1 voraus. Dieser wurde in der Vergangenheit auch bei Durchführung mit minimalinvasiver Technik abgerechnet. Der OPS-Code wird nun gestrichen, sodass die Abrechnung einer minimalinvasiven Facettendenervation nur noch über die GOP des Abschnitts 34.5 EBM möglich ist.

Labor – Änderungen bei Wirtschaftlichkeitsbonus und Laborbudgets (siehe Änderung der GOP 32001 in Abschnitt 32.1 sowie der Präambeln der Abschnitte 32.2 und 32.3)

Wirtschaftlichkeitsbonus und Laborbudget – je kurativ-ambulanten Behandlungsfall
 Ab dem Quartal 2/2013 wird der Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus nach der GOP 32001 nicht mehr je Arztfall, sondern je kurativ ambulanten Behandlungsfall gewährt. Auch die Berechnung der Laborbudgets nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 erfolgt dann auf Basis der kurativ ambulanten Behandlungsfälle der Arztpraxis statt wie bisher auf

Basis der kurativ ambulanten Arztfälle des Vertragsarztes.

Fälle mit Kennnummern (32005 bis 32023) bleiben bei der Fallzählung für den Wirtschaftlichkeitsbonus unberücksichtigt

Kurativ ambulante Behandlungsfälle mit den Kennnummern für Ausnahmeindikationen (GOPen 32005 bis 32023) nach der Präambel Nr. 6 des Abschnittes 32.2 werden bei der Fallzählung für den Wirtschaftlichkeitsbonus nach der GOP 32001 nicht mehr berücksichtigt. In Fällen, in denen eine Ausnahmekennnummer angegeben ist, wird somit der Wirtschaftlichkeitsbonus nicht mehr zugefügt.

(Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren, Praxen mit angestellten Ärzten – anteilige Berechnung

Bei (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten wird die Höhe des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der GOP 32001 und der Laborbudgets nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 für die Ärzte anteilig berechnet. So wird die Höhe der Leistungsbewertung der GOP 32001 als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis und der arztgruppenbezogenen Leistungsbewertung der GOP 32001 der beteiligten Ärzte errechnet. Desgleichen ergibt sich die Höhe der Fallpunktzahl je Versicherungengruppe nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 aus der Summe der Produkte des relativen Anteils der jeweiligen Fälle eines Arztes in der Arztpraxis und der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl der beteiligten Ärzte.

Ermächtigte Ärzte

Für ermächtigte Ärzte werden die Regelungen über die Zuordnung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der GOP 32001 und der Fallpunktzahlen für die Laborbudgets nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 konkretisiert. Dies wird von der KVB bereits seit längerer Zeit so umgesetzt.

Berücksichtigung der an Selektivverträgen teilnehmenden Patienten bei Laborbudget und Wirtschaftlichkeitsbonus

In Selektivverträgen eingeschriebene Versicherte, für die keine Leistungen über die KVB abgerechnet

werden, sind bei der Berechnung des Laborbudgets gemäß Abschnitt 32.3 und des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der GOP 32001 zu berücksichtigen. Auch dies stellt im Bereich der KVB keine Neuerung dar. Die betroffenen Hausärzte wurden bereits mit Schreiben vom 31. März 2011 über die Anrechnung kurativ ambulanter Behandlungsfälle von in Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung eingeschriebenen Versicherten 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

Anhang 3 zum EBM – Streichung der GOP 34502 und Neuaufnahme der GOPen 34504 und 34505

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34502	CT-gesteuerte Interventionen	25	25	Tages- und Quartalsprofil
34504	CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Interventionen(en)	25	25	Tages- und Quartalsprofil
34505	CT-gesteuerte Interventionen(en)	25	25	Tages- und Quartalsprofil

Abrechnung von Anästhesien/Narkosen

Geburt

Anästhesien/Narkosen im Zusammenhang mit Geburten finden Sie unter Abschnitt 5.4 EBM. Hiernach können Sie unter anderem folgende Leistungen abrechnen:

GOP 05360 EBM

Periduralanästhesie im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen (GOPen) 08411 bis 08416 EBM

GOP 05361 EBM

Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Leistung, entsprechend der GOP 05360 EBM

GOP 05370 EBM

Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit von 15 Minuten, zuzüglich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der GOP 08415 EBM

GOP 05371 EBM

Zuschlag zu der GOP 05370 EBM bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose, je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

GOP 05372 EBM

Beobachtung und Betreuung eines Patienten im Anschluss an die Leistung entsprechend der GOP 05370 EBM

Bitte beachten Sie, dass Anästhesien/Narkosen aus dem Kapitel 5 EBM nicht im Zusammenhang mit GOPen des Abschnitts 31.2 EBM (ambulante Operationen) und des Abschnitts 36.2 EBM (belegärztliche Operationen) abgerechnet werden können.

Zusätzlich ist bei den GOPen 05361,

05370 und 05371 EBM zu berücksichtigen, dass eine Abrechnung neben den GOPen des Abschnitts 5.3 EBM nicht möglich ist.

Für die GOP 05360 EBM liegt bei den GOPen 05310, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM des Abschnitts 5.3 EBM ein Leistungsausschluss vor.

Schwangerschaftsabbruch

Ein Schwangerschaftsabbruch stellt nur bei medizinischer oder kriminologischer Indikation nach Paragraph 24b Absatz 1 und Absatz 2 SGB V eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung dar.

Liegt eine entsprechende Indikation vor, sind nachfolgende Leistungen nach Abschnitt 1.7.7 EBM abrechnungsfähig:

GOP 01903 EBM

Präanästhesiologische Untersuchung einer Patientin im Zusammenhang mit der Durchführung einer Narkose nach der GOP 01913 EBM

GOP 01913 EBM

Narkose im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch

GOP 01910 EBM

Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs (Dauer länger als zwei Stunden)

GOP 01911 EBM

Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs (Dauer länger als vier Stunden), jedoch nur nach Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs entsprechend der GOP 01906 EBM

Bitte beachten Sie, dass Narkosen nach der GOP 01913 EBM in derselben Sitzung nicht neben GOPen des Abschnitts 5.3, des Abschnitts 31.5.3 oder des Abschnitts 36.5.3 EBM erbracht und abgerechnet werden können.

Sterilisation

Eine Sterilisation gehört in erster Linie zur persönlichen Lebensplanung des Patienten und ist seit dem Jahr 2004 keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung mehr.

Anders verhält es sich bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation. Diese stellt eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung dar.

Anästhesien/Narkosen im Zusammenhang mit einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation finden Sie unter Abschnitt 1.7.6 EBM. Hiernach können Sie unter anderem folgende Leistungen abrechnen:

GOP 01852 EBM

Präanästhesiologische Untersuchung einer Patientin im Zusammenhang mit der Durchführung einer Narkose nach der GOP 01856 EBM

GOP 01856 EBM

Narkose im Zusammenhang mit einer Sterilisation

GOP 01857 EBM

Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation im Anschluss an die Leistung entsprechend der GOP 01856 EBM

Bitte beachten Sie, dass Narkosen nach der GOP 01856 EBM in derselben Sitzung nicht neben GOPen

des Abschnitts 5.3, des Abschnitts 31.5.3 oder des Abschnitts 36.5.3 EBM erbracht und abgerechnet werden können.

Zahnärztliche Behandlung

Die Erbringung von Anästhesien/Narkosen nach Abschnitt 5.3 EBM (GOP 05330 EBM) im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen ist nur berechnungsfähig bei:

- Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, sofern wegen mangelnder Kooperationsfähigkeit und/oder durch den Eingriff bedingt eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.
- Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.
- Eingriffen entsprechend dem Abschnitt 31.2.8 (Definierte operative Eingriffe der Mund, Kiefer- und Gesichtschirurgie) des EBM, sofern eine Behandlung in Lokalanästhesie nicht möglich ist (jedoch nur für den Fall, dass der MKG-Chirurg den Eingriff über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnet).

Bitte beachten Sie, dass Anästhesien/Narkosen aus dem Kapitel 5 EBM nicht im Zusammenhang mit GOPen des Abschnitts 31.2 EBM (ambulante Operationen) und des Abschnitts 36.2 EBM (belegärztliche Operationen) abgerechnet werden können.

Ambulante Anästhesie/Narkose

Die Abrechnung von Anästhesien/Narkosen des Abschnitts 31.5.3 EBM setzt voraus, dass ein anderer Vertragsarzt in diesem Zusammenhang eine Operation entsprechend einer GOP des Abschnitts 31.2 EBM erbringt und abrechnet.

Belegärztliche Anästhesie/Narkose

Werden Anästhesien/Narkosen in belegärztlichen Fällen erbracht, sind diese seit dem Quartal 2/2007 nicht mehr über den Abschnitt 31.5.3 EBM, sondern über den entsprechend geschaffenen Abschnitt 36.5.3 EBM abrechnungsfähig.

Daher setzt auch die Abrechnung von Anästhesien/Narkosen des Abschnitts 36.5.3 EBM voraus, dass ein anderer Vertragsarzt in diesem Zusammenhang eine Operation entsprechend einer GOP des Abschnitts 36.2 EBM erbringt und abrechnet.

Zuordnung der operativen Prozeduren nach Paragraph 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36 EBM

Der EBM Anhang 2 umfasst die nach OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) kodierten operativen Eingriffe sowie die zugeordneten Narkoseleistungen der Abschnitte 31.5.3 und 36.5.3 EBM und der postoperativen Überwachungskomplexe der Abschnitte 31.3 und 36.3 EBM. Die Zuordnung zu den OP-Kategorien gilt für ambulante und belegärztliche Operationen gleichermaßen.

Erfolgen mehrere operative Eingriffe unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operati-

ven Zugangsweg, so kann nur der am höchsten bewertete Eingriff abgerechnet werden (siehe Anhang 2 zum EBM, Präambel 2.1 Nr. 2). Für den Anästhesisten bedeutet dies, dass nur die entsprechende Anästhesie/Narkose für den am höchsten bewerteten Eingriff abgerechnet werden kann.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Christine Ott unter
 Telefon 09 41 / 39 63 – 1 52
 E-Mail Christine.Ott@kvb.de

Kleinchirurgische Eingriffe im HNO-Bereich

Bitte beachten Sie, dass kleinchirurgische Eingriffe nach den Gebührenordnungspositionen 09360 und 09361 beziehungsweise 02300 und 02301 nicht für die Entfernung von Cerumen aus dem Gehörgang abgerechnet werden können. Bei der Abrechnung dieser Leistungen wird als Diagnose häufig „Zeruminalpfropf“ angegeben und führt deshalb im Rahmen der Honorarprüfung häufig zu Rückforderungen dieser Leistungen.

Die Entfernung von Ohrenschmalzpfropfen ist im Anhang 1 der nicht gesondert abrechnungsfähigen Leistungen aufgeführt. Diese Leistung ist in der Versichertenpauschale beziehungsweise Grundpauschale enthalten und deshalb als solche nicht eigenständig berechnungsfähig.

Ebenso kann die Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle als selbstständige Leistung nicht abgerechnet werden. Diese Leistung ist ebenfalls in den Versicherten- beziehungsweise Grundpauschalen enthalten.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Barbara Riedle
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 72
E-Mail Barbara.Riedle@kvb.de

Änderung der Richtlinien „Künstliche Befruchtung“

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Wirkung zum 18. Dezember 2012 die Richtlinien über künstliche Befruchtung geändert und die Zählweise von Versuchen bei einer künstlichen Befruchtung konkretisiert.

Paare, die bereits durch künstliche Befruchtung Eltern geworden sind und sich ein weiteres Kind wünschen, haben erneut Anspruch auf die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung bis zur jeweils festgelegten Höchstzahl erfolgloser Versuche. Die der Geburt vorangegangenen Behandlungsversuche werden dabei nicht angerechnet, das heißt, nach der Geburt (Lebend- oder Totgeburt) eines Kindes wird der „Zähler der Versuche auf Null“ gesetzt.

Die aktualisierten Richtlinien finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de/Informationen/Richtlinien.

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

Zusatzvereinbarung zur Pflegeheimversorgung

Wir möchten Sie erneut darauf aufmerksam machen, dass für AOK-Patienten im Geriatrischen Praxisverbund eine Einschreibung notwendig ist. Nur wenn Patienten eingeschrieben sind, kann die Gebührenordnungsposition 97960 (25 Euro pro Quartal und eigenem AOK-Patienten) abgerechnet werden.

Das Einschreibeformular bestellt die Praxis mit der individuellen AOK-Vertragsnummer über den Kohlhammer-Verlag und sendet dieses ausgefüllt an:

AOK – die Gesundheitskasse Amberg
Raigeringer Str. 18
92224 Amberg

Den Bestellschein Kohlhammer zur Einschreibung für die Versicherten der AOK Bayern und weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de/pflegeheimversorgung.

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

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

Die Anlage III (Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) Nr. 18 – Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen – wurde geändert. Der Beschluss ist am 25. Dezember 2012 in Kraft getreten. Verordnungsfähig sind fixe Kombinationen aus einem nicht-steroidalen Antirheumatikum (NSAR) mit einem Protonenpumpenhemmer bei Patienten mit hohem gastro-duodenalen Risiko, bei denen die Behandlung mit niedrigeren Dosen des NSAR und/oder PPI nicht ausreichend ist. Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Die Anlage XII (Frühe Nutzenbewertung) wurde um die Wirkstoffkombination Tegafur/Gimeracil/Oteracil ergänzt. Der Beschluss ist am 20. Dezember 2012 in Kraft getreten. Teysuno® ist seit 1. Juli 2012 in Verkehr und für die Behandlung von fortgeschrittenem Magenkrebs bei Erwachsenen bei Gabe in Kombination mit Cisplatin indiziert. Da durch den pharmazeutischen Unternehmer die erforderlichen Nachweise nicht vollständig vorgelegt worden sind, gilt der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie als nicht belegt. Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Frühe Nutzenbewertung*.

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

Verordnung eines Mehrfachen einer Packungsgröße

Aufgrund einiger Hinweise von Apotheken möchten wir Sie über Folgendes informieren: Verordnen Sie ein Mehrfaches einer Packungsgröße oder mengenmäßig mehr als die Packung, deren Inhalt über die Menge der größten Packungsgrößenstufe hinausgeht, empfiehlt es sich, einen besonderen Vermerk anzubringen (zum Beispiel „exakte Menge“ oder ein „!“). Sonst besteht die Gefahr, dass die Apotheke aufgrund ihrer Lieferverträge das Rezept nicht komplett beliefert.

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

Oxybutynin 0,1 % Grachtenhaus

Bei „Oxybutynin 0,1 % Grachtenhaus Instillat. Set“ handelt es sich nach Arzneimittelgesetz um ein Fertigarzneimittel, das zwar verkehrsfähig ist, aber keine Zulassung besitzt. Vom Hersteller wurde uns am 28. Januar bestätigt, dass das laufende Zulassungsverfahren noch nicht abgeschlossen ist. Nach Mitteilung einiger Krankenkassen ist deshalb bei Verordnung auf Kas senrezept mit Regressanträgen zu rechnen.

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

Praxisbesonderheiten bei Langfristverordnungen

Seit 1. Januar 2013 ist die bundesweit geltende Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs in Kraft. Wir haben Sie Ende letzten Jahres darüber informiert.

Die häufigsten Fragen beziehen sich auf das Genehmigungsverfahren der Langfristverordnungen (Anlage 2 der Vereinbarung) und die Angabe des ICD-10-Codes auf der Verordnung. Die meisten Krankenkassen haben sich zwischenzeitlich gegen ein individuelles Genehmigungsverfahren bei einem langfristigen Behandlungsbedarf (Anlage 2 der Vereinbarung) entschieden. Eine stets aktuelle Auflistung der Krankenkassen, die auf ein individuelles Genehmigungsverfahren verzichten, finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Heilmittel/Heilmittel außerhalb des Regelfalls*.

Stand 25. Januar 2013

- AOK Bayern
- Audi BKK
- BKK Faber-Castell & Partner
- BKK Mobil Oil
- BKK Vereinigte Deutsche Nickelwerke
- Daimler BKK
- Ersatzkassen in Bayern
- IKK classic
- IKK-SüdWest
- Knappschaft
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (ehemals LKK)

Die Verordnungsvordrucke 13, 14 und 18 müssen angepasst werden. Das erste Quartal 2013 gilt als Übergangszeitraum. In diesem Zeitraum ist die handschriftliche Eintragung des ICD-10-Codes für die Kennzeichnung von Praxisbeson-

derheiten und langfristigem Heilmittelbedarf möglich. Ausfüllhinweis: Den ICD-10-Code notieren Sie bitte in die Zeile unter den Indikationsschlüssel. Bitte denken Sie daran: Der Indikationsschlüssel und die Diagnose mit Leitsymptomatik sind durch die Angabe des ICD-10-Codes nicht entbehrlich!

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 Betäubungsmittel-Verordnung

Durch die Änderung des BtM-Verordnungsmusters wurde es notwendig, unsere Ausfüllhilfe zu aktualisieren. Die Änderungen beziehen sich insbesondere auf die Angabe der BSNR und LANR (Nr. 12 der Ausfüllhilfe). Außerdem tragen die neuen BtM-Rezepte eine deutlich sichtbare, fortlaufende neunstellige Rezeptnummer, mit der sie dem verschreibenden Arzt eindeutig zugeordnet werden können.

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

Verordnungsseminare im April 2013

KVB-Seminar	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort
Heilmittelverordnungen – Informationen rund um die Verordnung von Heilmitteln	10. April 2013	16.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
	17. April 2013	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
	24. April 2013	16.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg

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

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

DMP: Kooperationspartner koordinierender Hausärzte überprüfen

Der Startschuss für die DMP in Bayern fiel vor etwas mehr als zehn Jahren. Für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwar etwas später, aber einige Ärzte sind schon von Anfang an dabei. Bedingt durch die lange Zeitspanne kann es passieren, dass der (laut Paragraph 3 des Vertrags zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach Paragraph 137f SGB V Anlage 1c (I. Strukturvoraussetzungen A.)) geforderte und von Ihnen gemeldete Kooperationspartner eventuell nicht mehr tätig ist oder ein Wechsel des Kooperationspartners der KVB nie schriftlich mitgeteilt wurde.

Mit Ihrer Teilnahme als koordinierender Hausarzt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 haben Sie – mit Unterschrift der Kooperationsvereinbarung – nachgewiesen, dass die Betreuung Ihrer DMP-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in enger Kooperation mit einem vertraglich eingebundenen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt („Diabetologische Schwerpunktpraxis“) erfolgt. Wir bitten Sie, den Status Ihres bei der KVB gemeldeten Kooperationspartners zu überprüfen.

Das funktioniert ganz unkompliziert über die KVB-Arztssuche. Diese finden Sie unter www.kvb.de. Gehen Sie auf der Startseite auf „Arztssuche“, wählen Sie „erweiterte Suche“. Nun geben Sie den Namen Ihres Kooperationspartners ein und unter „weitere Optionen“ Genehmigungen/Zusatzverträge: *DMP-DM1_Koordinierender Arzt(SPP)_Erwachsene*.

Sollten Sie feststellen, dass Ihr Kooperationspartner nicht mehr als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnimmt, bitten wir Sie,

uns unter Angabe Ihres neuen Kooperationspartners die aktualisierte Fassung der Kooperationsvereinbarung zu übermitteln. Die entsprechende Vorlage finden Sie unter www.kvb.de unter *Quicklinks/Formulare/Buchstabe „D“/Kooperationsvereinbarung für Hausärzte im DMP Diabetes mellitus*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 43 98
 E-Mail info-dmp@kvb.de

Neue DMP-Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Aufgrund des im Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (VStG) wurden sowohl im indikationsübergreifenden Vordruck der DMP-Teilnahmebeziehungsweise Einwilligungserklärung als auch im Formular für das DMP Brustkrebs Anpassungen notwendig. Die Datenschutzzinformaton blieb dabei unverändert.

Alle am DMP teilnehmenden koordinierenden Ärzte werden im ersten Halbjahr 2013 mit den neuen Einschreibeformularen ausgestattet. Für die Übergangszeit ist Folgendes zu beachten:

- Bis zum 30. Juni 2013 können alte und neue Vordrucke parallel verwendet werden.
- Ab 1. Juli 2013 sind ausschließlich die neuen Vordrucke einzusetzen.

Die abgelaufenen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sollten möglichst aufgebraucht und Restbestände bis zum 30. Juni 2013 vernichtet werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 43 98
 E-Mail info-dmp@kvb.de

DMP-Feedbackberichte zweites Halbjahr 2012

Für die DMP Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit hat die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern aus den DMP-Dokumentationen des zweiten Halbjahres 2012 die DMP-Feedbackberichte erstellt. Es gibt auch einen DMP-Feedbackbericht 2012 für DMP Brustkrebs. Koordinierende Ärzte erhalten damit eine praxisindividuelle Rückmeldung, in welchem Maße sie die Qualitätsziele erreicht haben.

Mittels SmarAkt – dem Aktenarchivsystem der KVB – kann jeder DMP-Arzt die Feedbackberichte seiner Praxis online einsehen: Wählen Sie dafür unter „Aktentyp“ die „DMP-Akte“ aus und geben Sie den gewünschten Berichtszeitraum ein (zum Beispiel „2012“ für das zweite Halbjahr 2012).

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

Bei Fragen zu den DMP-Feedbackberichten erreichen Sie die 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@gem-dmp-bayern.de

Änderung der Ultraschall-Vereinbarung

Bitte beachten Sie, dass die Frist zur Weiterverwendbarkeit von Ultraschallgeräten, hinsichtlich derer der Nachweis der Erfüllung der Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung im Zusammenhang mit der initialen Abnahmeprüfung bei Bestandsgeräten nicht geführt wird, geändert wurde. Die Ultraschall-Vereinbarung wurde in Paragraph 16 Absatz 4a wie folgt angepasst:

„Wurde eine Prüfung nach Absatz 4 bis 30.09.2012 nicht durchgeführt, gilt folgendes:

Der Nachweis der Erfüllung der Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9 Abs. 1 bis 3 hat abweichend von Absatz 4 Satz 1 spätestens bis zum 31.03.2015 zu erfolgen. Das Ergebnis der Prüfung wird dem Arzt unverzüglich mitgeteilt. Kann der Nachweis nicht geführt werden, ist die Genehmigung spätestens 6 Monate nach Bekanntgabe des Bescheides – ggf. gerätebezogen – zu widerrufen. Bei der Feststellung von Mängeln, die eine erhebliche Gefährdung für den Patienten bedeuten können, kann die Genehmigung mit sofortiger Wirkung widerrufen werden.“

Die Änderung tritt rückwirkend zum 1. Oktober 2012 in Kraft.

Das bedeutet, dass alle bereits vor dem 1. April 2009 verwendeten Ultraschallsysteme (Bestandsgeräte), die bis zum 30. September 2012 noch nicht einer initialen Abnahmeprüfung unterzogen wurden und nicht den aktuellen Anforderungen der Ultraschallvereinbarung entsprechen, ab dem 1. Oktober 2012 längstens noch sechs Monate nach Bekanntgabe des negativen Bescheides, sofern nicht ein sofortiger Widerruf beziehungsweise im

Einzelfall ein Widerruf mit kürzerer Frist erfolgt, weiterverwendet werden können.

Ärzte, die im Rahmen ihrer Neugerätemeldung nach dem 1. April 2009 eine ganz oder teilweise bis 31. März 2013 befristete Sonographie-Genehmigung erhalten haben und bisher nicht über das Ergebnis der initialen Abnahmeprüfung ihrer Bestandsgeräte informiert wurden, können zunächst – entgegen der Angaben im Bescheid – über den 31. März 2013 hinaus die Ultraschallsysteme weiterverwenden, bis ein Bescheid über die (Nicht-)Erfüllung der Mindestanforderungen der Ultraschall-Vereinbarung erfolgt. Dies gilt auch für Ärzte, die bereits Unterlagen für die initiale Abnahmeprüfung ihrer Bestandsgeräte eingereicht haben beziehungsweise zu deren Einreichung aufgefordert wurden.

Einzelpraxen erhalten voraussichtlich im Laufe des Jahres 2013 einen Bescheid über die (Nicht-)Erfüllung der Mindestanforderungen. Alle anderen Praxen sollen bis 31. März 2015 einen Bescheid hierüber erhalten.

Überweisungen nach Wegfall der Praxisgebühr

Nach dem Wegfall der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 können Patienten zwar ohne finanzielle und bürokratische Hürden die meisten niedergelassenen Ärzte und alle Psychotherapeuten direkt und ohne Überweisung aufsuchen. Die allgemeinen Regelungen zu Überweisungen bleiben aber auch ohne Praxisgebühr bestehen, da diese auch dem kollegialen Austausch und damit der Sicherstellung einer hochwertigen koordinierten ambulanten Behandlung dienen.

Viele Patienten dürften bisher vermutlich auch deshalb nach einer Überweisung gefragt haben, um sich eine erneute Praxisgebühr zu ersparen. Allerdings erfüllen Überweisungen noch weitere Funktionen, die nach wie vor wichtig sind:

- Durch eine Überweisung wird zum Beispiel signalisiert, dass der überweisende Kollege einen Arztbrief benötigt.
- Er bekommt einen Überblick über anstehende und durchgeführte Behandlungen, kann diese gegebenenfalls koordinieren und dokumentieren.
- Teure Doppeluntersuchungen können vermieden werden.
- Verordnete Medikamente können hinsichtlich ihrer Wechselwirkungen aufeinander abgestimmt werden.
- Hausärzte können durch das System der Überweisungen und Arztbriefe ihre Lotsenfunktion im Gesundheitssystem verantwortungsvoll wahrnehmen.

Generell gehört es zu den vertragsärztlichen Pflichten, vorgelegte Überweisungen anzunehmen. Bitte respektieren Sie auch, dass sich nicht wenige Patienten im Rahmen von Selektivverträgen dazu ver-

pflichtet haben, Fachärzte nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmen.

Für einige Fachgruppen brauchen Patienten generell eine Überweisung. Darunter fallen beispielsweise Laborärzte, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner.

Die freie Arztwahl durch den Patienten wird durch eine Überweisung nicht eingeschränkt.

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

Vertragsärztliche Fortbildungspflicht

Im Jahr 2003 hat der Gesetzgeber in Paragraph 95d SGB V die gesetzliche Fortbildungspflicht für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte eingeführt. Danach müssen zugelassene, ermächtigte und angestellte Ärzte in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) alle fünf Jahre nach Tätigkeitsaufnahme den Nachweis der Fortbildung im Umfang von 250 Fortbildungspunkten gegenüber der KVB führen. Für bereits zum damaligen Zeitpunkt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte war dies erstmalig zum 30. Juni 2009 der Fall, der nächste Zeitpunkt für diese Ärzte ist der 30. Juni 2014.

Weniger bekannt ist, dass für Ärzte, die zwischenzeitlich die Tätigkeit aufgenommen haben, individuelle Nachweiszeiträume gelten, die jeweils mit der Tätigkeitsaufnahme beginnen. Zum Nachweis sind zugelassene Vertragsärzte für sich und auch für ihre angestellten Ärzte (die MVZ für ihre angestellten Ärzte) verantwortlich. Auch die ermächtigten Ärzte müssen den Nachweis führen. Für Weiterbildungs- und Sicherheitsassistenten besteht keine Fortbildungsverpflichtung gemäß Paragraph 95d SGB V.

Eine sehr kleine Gruppe von Betroffenen konnte den Fortbildungsnachweis nicht zum jeweiligen Stichtag führen. Diese Ärzte sind nach den gesetzlichen Vorgaben von Honorarkürzungen betroffen: in Höhe von zehn Prozent in den ersten vier Quartalen, die auf die Nichterfüllung folgen, danach in Höhe von 25 Prozent des erwirtschafteten Honorars. Bei Verzug von zwei Jahren kann ein Zulassungsentziehungsverfahren drohen. Diese Maßnahme musste bedauerlicherweise auch schon ergriffen werden.

Um die Gefahr von Honorarkürzungen wegen Nichteinhaltung der Fortbildungspflicht zu vermeiden, empfehlen wir, rechtzeitig die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung zu planen und die Nachweise einzureichen.

Die Einreichung erfolgt bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), die auch die Fortbildungspunktekonten im Online-Portal „Meine BLÄK“ für ihre Mitglieder führt. Details zum Online-Portal und zur Einreichung einzelner Fortbildungsbescheinigungen finden Sie unter www.blaek.de in der Rubrik Fortbildung/Fortbildungspunktekonto. Bitte denken Sie auch daran, bei Erreichung der 250 Punkte in Ihrem bei der BLÄK geführten Online-Fortbildungspunktekonto der automatischen KVB-Benachrichtigung durch die BLÄK zuzustimmen, da dies Ihre Nachweisführung gegenüber der KVB erheblich vereinfacht.

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

Vertretung wegen Kindererziehung

Bei Erziehung und Betreuung eines Kindes können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bis zu drei Jahre einen Praxisvertreter oder einen Sicherheitsassistenten beschäftigen. Eine Vertretung kommt dann in Betracht, wenn während der Kindererziehungszeit keine Praxistätigkeit beabsichtigt ist. Ein Sicherheitsassistent kann dann eingestellt werden, wenn eine Praxistätigkeit stattfinden soll, aber wegen der Kindererziehung eine Entlastung erforderlich ist. Der Zeitraum muss nicht zusammenhängend genommen und kann in Ausnahmefällen verlängert werden. So kann ein Anteil von zwölf Monaten auf die Zeit bis zur Vollendung des achten Lebensjahres des Kindes übertragen werden. Erforderlich ist ein Antrag an die KVB, der vor Beginn der Beschäftigung des Vertreters beziehungsweise Sicherheitsassistenten gestellt und genehmigt werden muss. Diese Regelung erweitert die in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte geregelte Möglichkeit, nach der sich eine Vertragsärztin in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Entbindung bis zu einer Dauer von zwölf Monaten vertreten lassen kann.

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

Beschäftigung von Praxisassistenten

Neben der Beschäftigung von angestellten Ärzten beziehungsweise Psychologischen Psychotherapeuten in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren, für die eine Genehmigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich ist, und die einen freien Arztsitz oder eine Praxisübernahme voraussetzt, gibt es auch noch die Möglichkeit der Beschäftigung von Praxisassistenten. Diese ist zweckgebunden und dient entweder der Weiterbildung des Assistenten (des sogenannten Weiterbildungsassistenten) oder der Aufrechterhaltung der standardgemäßen Patientenversorgung einer Praxis (durch den sogenannten Sicherstellungsassistenten).

Der Weiterbildungsassistent wird zum Zweck seiner Weiterbildung in einem Fachgebiet, einem Schwerpunkt oder zur Erlangung einer Zusatzbezeichnung bei einem zur Weiterbildung befugten Arzt beschäftigt und wird unter der Anleitung und Überwachung des Weiterbildungers tätig.

Der Sicherstellungsassistent wird zum Zweck der Entlastung des Vertragsarztes bei der Praxisführung tätig. Als Gründe kommen hier zum Beispiel Krankheit, Schwangerschaft und Mutterschaft, aber auch bestimmte Betätigungsfelder des Vertragsarztes, zum Beispiel belegärztliche Tätigkeit oder Methadonversorgung, in Betracht. Ergänzend fällt hierunter auch die Beschäftigung eines sogenannten „Schnupperassistenten“ zum Zwecke des gegenseitigen Kennenlernens vor einer beabsichtigten Kooperation (Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft), einer dauerhaften Anstellung oder einer Praxisübernahme.

Bitte beachten Sie unbedingt: Die Beschäftigung eines Praxisassistenten ist befristet und setzt eine Antragstellung bei der KVB voraus. Die Tätigkeit darf erst nach Vorliegen des Genehmigungsbescheides und nur als sozialversicherungs-pflichtiges Angestelltenverhältnis aufgenommen werden.

Wir unterstützen Sie bei der Suche nach einem Weiterbildungs- oder Sicherstellungsassistenten. Nutzen Sie hierzu unser Vermittlungsangebot unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Weiterbildungsstellen Haus- und Fachärzte* beziehungsweise *Weiterbildungsstellen Psychotherapie*. Hier sind zur Kontaktaufnahme mit Sicherstellungsassistenten auch die Kooperationsbörse und die Vertretervermittlungsbörse eingestellt.

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

Umzug der KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Ab 25. März 2013 erreichen Sie die Mitarbeiter der Bezirksstelle Mittelfranken in Nürnberg unter der neuen Anschrift:

Witschelstraße 106
90431 Nürnberg

Die Telefonnummern und E-Mail-Adressen Ihrer Ansprechpartner sowie der Zentrale behalten unverändert ihre Gültigkeit.

Unverändert ist auch das Service-, Beratungs- und Veranstaltungsangebot, das Ihnen auch unter der neuen Adresse der KVB-Bezirksstelle Mittelfranken wie gewohnt unter einem Dach zur Verfügung steht.

Metformin bei Typ-2-Diabetes: LMU sucht Studienteilnehmer

Die LMU München führt aktuell eine Studie durch, die in engem Zusammenhang mit dem DMP Diabetes steht. Anhand von Blutproben sollen Biomarker gesucht werden, mit deren Hilfe bestimmt werden kann, ob das wichtigste orale Antidiabetikum wirkt oder nicht. Die in Frage kommenden Ärzte, also „Koordinierende Ärzte im DMP Diabetes“, erhalten als Aufwandsentschädigung 50,- bis 60,- Euro pro Patienten.

Die Eckpunkte des Projekts im Einzelnen:

Art der Studie: nur beobachtend, Ihre Behandlungsfreiheit wird nicht eingeschränkt!

Ziel: Entdeckung von Biomarkern für Effizienz und Verträglichkeit von Metformin als medikamentöse Ersttherapie bei Typ-2-Diabetes

Aufwand für Sie und Ihre Praxis:

- schriftliche Patienteneinwilligung und einseitige Patientendokumentation bei Studieneinschluss in Ihrer Praxis
- zwei Nüchtern-Blutentnahmen mit anschließender Zentrifugation (Serumröhrchen mit Trenngel – kein Abpipettieren notwendig) und Tiefkühlagerung (normaler Gefrierschrank, -15°C bis -20°C) bei Ihnen in der Praxis bis zur Sammelabholung (Zentrifugation und Lagerung innerhalb Münchens nicht notwendig. Hier erfolgt Sofortabholung durch Kurier.)
- 50,- Euro Aufwandsentschädigung für jeden abgeschlossenen Patienten (60,- Euro bei Durchführung einer fakultativen dritten Blutentnahme)
- kostenloser Abholservice für Blutproben und vorfrankierte

Rückumschläge für Dokumentation, alle Materialien vorab von uns

- Die Weiterbetreuung der Patienten findet regulär bei Ihnen statt. Für die Studie sind lediglich noch zwei einseitige Folgedokumentation nach zirka drei und sechs Monaten (nur fünf klinische Parameter und aktuelles HbA1c) erforderlich.

Wissenschaftlicher Hintergrund der Studie

Die Wirksamkeit von Metformin in der Behandlung des Typ-2-Diabetes ist sehr variabel mit Unverträglichkeit, primärem oder sekundärem Therapieversagen bei mehr als der Hälfte der Patienten. Eine Vorhersage zu Behandlungsbeginn, wer von Metformin profitieren wird und wer nicht, ist derzeit nicht möglich. Hauptziel der Studie ist es, diese Lücke zu schließen und Blutparameter zu identifizieren, mit denen das möglich ist.

Bei Interesse und für weitere Fragen melden Sie sich bitte bei:

Studienzentrum Diabetes
der LMU München
(Studienleiter: Dr. Andreas Lechner)
Medizinische Klinik 4
Ziemssenstraße 1
80336 München

Telefon 0 89 / 51 60 – 22 88
Fax 0 89 / 51 60 – 33 74
E-Mail studienzentrum-diabetes@
med.uni-muenchen.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und 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 (Paragraph 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. März 2013
KVB München
- Samstag, 27. April 2013
KVB Würzburg
- Samstag, 6. Juli 2013
KVB München
- Samstag, 28. September 2013
KVB Nürnberg
- 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, 13. März 2013
KVB Bayreuth
- Mittwoch, 8. Mai 2013
KVB Würzburg
- Mittwoch, 17. Juli 2013
KVB Augsburg

- 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, Praxisgebühr und Formularen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- Mittwoch, 17. April 2013
KVB Augsburg
- Mittwoch, 15. Mai 2013
KVB Bayreuth
- Mittwoch, 12. Juni 2013
KVB Würzburg
- 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, 26. Juni 2013
KVB Regensburg

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

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

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*.

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

Zielgerichtet und berufsgruppenübergreifend bringen wir in unserem neu konzipierten 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 Praxissschwerpunkte.

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 kardiovas-

kulären Notfällen

- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- alternatives Airwaymanagement
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 95.- Euro (je Teilnehmer)

Termine:

(je Samstag zwei getrennte Veranstaltungen: Sie buchen entweder für Vormittag oder Nachmittag)

- Samstag, 9. März 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB München
- Samstag, 9. März 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB München
- Mittwoch, 10. April 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Würzburg
- Samstag, 22. Juni 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Nürnberg
- Samstag, 22. Juni 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Nürnberg
- Samstag, 20. Juli 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Regensburg
- Samstag, 20. Juli 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Regensburg
- 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

- Samstag, 9. November 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB München
- Samstag, 9. November 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB München

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.*

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.

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

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Urologen

Abrechnungsworkshop Anästhesisten und Chirurgen

Hausärztlich geriatrisches Basisassessment

Kompetent und souverän den Praxisalltag in schwierigen Situationen meistern

Operatives Marketing für Ärzte und das Praxisteam

Telefonieren in der Praxis – Grundlagen

Erstkraft und Führungskräfte in der Praxis - Modul I Führungsgrundlagen

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop Chirurgen/Orthopäden/Reha

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Fit für den Empfang

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

Hautkrebsscreening

QM-/QZ-Seminare

QEP®-Update - von QEP® 2005 auf QEP®2010

Fortbildung „MRSA positiv! MRSA-Patienten in der Praxis“

Vorbereitung auf die Zertifizierung/Re-Zertifizierung

Patienten- und Zuweiserbefragung

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. März 2013 19. April 2013	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. März 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. April 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	10. April 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	12. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. April 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	13. April 2013 20. April 2013	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. April 2013 18. April 2013	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. April 2013	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. April 2013 17. April 2013	15.00 bis 17.30 Uhr 15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	17. April 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. April 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	120,- Euro	20. April 2013	9.00 bis 16.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	160,- Euro	20. April 2013	9.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	13. März 2013 17. April 2013	14.30 bis 19.00 Uhr 14.30 bis 19.00 Uhr	München Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	10. April 2013	15.00 bis 18.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	24. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	15. Mai 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Ärzte, die einen QZ gründen oder übernehmen möchten	110,- Euro	13. April 2013	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Psychotherapeuten, die einen QZ gründen oder übernehmen möchten	110,- Euro	13. April 2013	9.00 bis 19.00 Uhr	München

KVBIINFOS 04|13

ABRECHNUNG

- 50 Die nächsten Zahlungstermine
- 50 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2013
- 52 Kennzeichnung ambulanter Operationen
- 52 Plausibilitätsprüfung von psychotherapeutischen Leistungen

VERORDNUNGEN

- 53 Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie
- 53 Fiktiv zugelassene Arzneimittel
- 53 Ausfüllhilfe für Muster 4, 13, 14 und 18

QUALITÄT

- 54 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- 55 Änderung der MedHygV – Zwischenstand

SEMINARE

- 56 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 57 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 58 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 10. April 2013**
Abschlagszahlung März 2013
- 30. April 2013**
Restzahlung 4/2012
- 10. Mai 2013**
Abschlagszahlung April 2013
- 10. Juni 2013**
Abschlagszahlung Mai 2013
- 10. Juli 2013**
Abschlagszahlung Juni 2013
- 31. Juli 2013**
Restzahlung 1/2013
- 12. August 2013**
Abschlagszahlung Juli 2013
- 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 1/2013

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2013 bis spätestens **Mittwoch, den 10. April 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 unter-

schriebene Sammelerklärung (bitte das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de 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 folgenden Qualitätssicherungs-

und Zusatzvereinbarungen gilt für Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. April 2013** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Dialyse, Hautkrebsscreening sowohl für über 35-Jährige als auch für unter 35-Jährige, Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch und Sonographie in der Schwangerschaftsvorsorge.

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 1 38.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 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

Kennzeichnung ambulanter Operationen

Nicht selten werden ambulante Operationen fehlerhaft gekennzeichnet. Im schlimmsten Fall führt dies zur Streichung Ihrer erbrachten OP-Leistungen. Bitte beachten Sie deshalb die folgenden Grundsätze zur Verwendung der Betriebsstättennummern. Die ambulanten OP-Leistungen werden mit der Betriebsstättennummer gekennzeichnet, die dem jeweiligen Ort zugeordnet ist.

Beispiele

- ambulante Operation in der eigenen Praxis: Betriebsstättennummer der eigenen Praxis
- ambulante Operation am Sitz des überörtlichen BAG-Partners: Betriebsstättennummer des Praxissitzes des überörtlichen BAG-Partners
- ambulante Operation in einer Filiale: Betriebsstättennummer der Filiale

Ausnahme

Bei ambulanten Operationen in ausgelagerten Praxisräumen (auch in den Räumen Ihres Belegkrankenhauses) verwenden Sie bitte die Betriebsstättennummer der zugeordneten Hauptbetriebsstätte.

Bitte prüfen Sie auch Ihre Genehmigungsbescheide. Die genehmigungspflichtigen Leistungen müssen jeder Betriebsstättennummer explizit zugeordnet sein.

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

Plausibilitätsprüfung von psychotherapeutischen Leistungen

Nach Empfehlung des Bewertungsausschusses sollen seit 1. Januar 2013 antragspflichtige Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM bei allen Fachgruppen sowie probatorische Sitzungen nach der GOP 35150 EBM bei bestimmten Fachgruppen als Einzelleistung ohne Mengenbegrenzung von den Krankenkassen vergütet werden. Im Ergebnis findet die bisherige Mengensteuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen somit keine Anwendung mehr.

Keine Änderungen für die Plausibilitätsprüfung

Die Änderung der Vergütungssystematik hat keinen Einfluss auf die gesetzlich vorgeschriebene Durchführung von Plausibilitätsprüfungen nach Paragraph 106a Absatz 2 SGB V.

Diese sind grundsätzlich durchzuführen, wenn bestimmte Aufgreifkriterien erfüllt werden. Das Zeitvolumen stellt ein solches Aufgreifkriterium dar. Durch Betrachtung des Zeitvolumens lassen sich erste Anhaltspunkte zur Beurteilung dahingehend entnehmen, ob eine vollständige und bestimmungsgemäße Leistungserbringung der abgerechneten Leistungen in dem dafür veranschlagten Zeitrahmen generell möglich war. Zu diesem Zweck wird anhand der im Anhang 3 zum EBM hinterlegten Prüfzeiten für jeden Vertragsarzt und -psychotherapeuten eine Zeitauswertung über die erbrachten Leistungen erstellt. Dabei kommen bei Mitgliedern mit vollem Versorgungsauftrag die für alle Fachgruppen geltenden Aufgreifkriterien zur Quartalsarbeitszeit (grundsätzlich 780 Stunden) und Tagesarbeitszeit (drei Arbeitstage mit mehr als zwölf Stunden im Quartal) zur Anwendung.

Selbstverständlich ist es freiberuflichen Ärzten/Psychotherapeuten nicht verboten, über diese Zeiten hinaus zu arbeiten. Deshalb handelt es sich bei diesen Werten auch nur um Aufgreifkriterien, bei denen eine Prüfung beginnt und nicht endet. Sie sollten dann in einem eventuellen Prüfverfahren durch Stellungnahmen oder im Rahmen von Gesprächen dazu beitragen, bestehende Fragen oder Auffälligkeiten aufzuklären.

Fazit

Auch bei Überschreitung der Aufgreifkriterien besteht kein Grund, erbrachte Leistungen nicht zur Abrechnung zu bringen. Wer korrekt abrechnet und in der Lage ist, die Vollständigkeit der zur Abrechnung gebrachten Leistungen durch entsprechende Dokumentation nachzuweisen, kann einer eventuellen Plausibilitätsprüfung gelassen entgegensehen.

Weitere Informationen zur Plausibilitätsprüfung finden Sie in der Anlage 1 zur Vereinbarung nach Paragraph 106a Absatz 5 SGB V unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/P/Plausibilitätsprüfung*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Stefanie Wechsler unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 18
 E-Mail Stefanie.Wechsler@kvb.de

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

Die Anlage XII (Frühe Nutzenbewertung) wurde um den Wirkstoff Ivacaftor ergänzt. Der Beschluss ist am 7. Februar 2013 in Kraft getreten. Ivacaftor (Kalydeco®) ist ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens („Orphan Drug“). Es wird zur Behandlung der zystischen Fibrose bei Patienten im Alter von sechs Jahren oder älter mit einer G551D-Mutation im CFTR-Gen angewendet. In der Gesamtschau der beiden Zulassungsstudien wird das Ausmaß des Zusatznutzens wie folgt bewertet:

- Kinder (6 bis 11 Jahre): geringer Zusatznutzen aufgrund eines fehlenden Nachweises zu pulmonalen Exazerbationen
- Jugendliche (ab 12 Jahre) und Erwachsene: beträchtlicher Zusatznutzen

Ausführliche Informationen hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Frühe Nutzenbewertung*.

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

Bei fiktiv zugelassenen Arzneimitteln handelt es sich um Medikamente, bei denen das Nachzulassungsverfahren aufgrund laufender Klageverfahren noch nicht endgültig abgeschlossen ist. Aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts sind die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet, die Kosten für fiktiv zugelassene Arzneimittel zu übernehmen. Deshalb gehen die Krankenkassen vermehrt dazu über, Rückforderungsanträge für diese Arzneimittel zu stellen.

Bitte achten Sie bei Ihren Verordnungen darauf, ob darunter fiktiv zugelassene Arzneimittel sind, und verzichten Sie gegebenenfalls auf diese Verordnungen, bis eine rechtskräftige Zulassung des Medikaments erfolgt ist. Unsere Übersicht der fiktiv zugelassenen Arzneimittel haben wir aktualisiert. Sie finden sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung Aktuell 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

Ausfüllhilfe für Muster 4, 13, 14 und 18

Wir möchten Sie darüber informieren, dass Sie auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung Aktuell 2013* eine Ausfüllhilfe zum Ausstellen einer Krankentransport-Verordnung finden. Die Erläuterungen sollen Ihnen den Praxisalltag erleichtern. Beschwerden oder Nachfragen über Transportunternehmen richten Ihre Patienten bitte direkt an ihre Krankenkasse.

Zum 1. April 2013 werden außerdem die Heilmittel-Verordnungsvordrucke 13, 14 und 18 angepasst. Sie wurden um das Feld für den ICD-10-Code ergänzt. Alte Vordrucke dürfen aufgebraucht werden. Bitte beachten Sie, dass ein korrektes und vollständiges Ausfüllen der Vordrucke unerlässlich ist.

Unterstützung bieten die

- Ausfüllhilfe Ergotherapie
- Ausfüllhilfe Physikalische Therapie
- Ausfüllhilfe Podologische Therapie
- Ausfüllhilfe Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Die Ausfüllhilfen finden Sie ebenfalls unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung Aktuell 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

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat die Kassenärztlichen Vereinigungen in einem aktuellen Rundschreiben vom 21. Februar 2013 über den aktuellen Sachstand zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) auf Bundesebene informiert. Wir hatten zuletzt in den KVB INFOS 1-2/2011 über das Thema sQS informiert.

Zeitplan und Diskussion zur Neuausrichtung

Das Wichtigste zuerst: Der Regelbetrieb für ein erstes sQS-Verfahren ist nach Einschätzung der KBV nicht vor Ende 2014 – eher in 2015 – zu erwarten. Die KBV hatte im vergangenen Jahr das IGES-Institut mit einer Machbarkeitsanalyse zur sQS beauftragt. Im Ergebnisbericht des IGES-Instituts wurden die Implementierungshürden der sQS identifiziert und Optionen für alternative Lösungsansätze aufgezeigt. Das betrifft insbesondere die Frage des sogenannten QS-Filters für die Auslösung der Dokumentationspflicht, für die derzeit keine Lösungsmöglichkeit zur Verfügung steht.

Die KBV konnte mit den Ergebnissen der Machbarkeitsanalyse beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Diskussion zur Neuausrichtung der sQS anstoßen. Die KBV vertritt in dieser Diskussion im Wesentlichen folgende Positionen:

- Konzentration auf sektorgleiche Verfahren unter Nutzung bereits etablierter Qualitätssicherungsinstrumente
- Reduzierung des Dokumentationsaufwands für Ärzte durch vorrangige Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen
- Auswahl des Qualitätssicherungsinstruments und der

Methode in Abhängigkeit vom Qualitätssicherungsziel

- Konzentration auf die Klärung offener Fragen, bevor sQS-Verfahren in den Regelbetrieb überführt werden

Sachstand der einzelnen sQS-Verfahren

Der G-BA hat das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen bislang mit der Entwicklung von acht sQS-Verfahren beauftragt. Die Aufgabe des AQUA-Instituts besteht dabei in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Dokumentationsvorgaben. Die folgenden drei Verfahren konnten inzwischen soweit umgesetzt werden, dass ein Probebetrieb ansteht, läuft oder bereits abgeschlossen wurde:

■ Katarakt-Operationen: Ergebnisbericht zum Probebetrieb

Für dieses Verfahren liegt der Ergebnisbericht des AQUA-Instituts zum Probebetrieb vor. 31 Vertragsärzte der KV Nordrhein haben am Probebetrieb teilgenommen. Der Probebetrieb fand ausschließlich im ambulanten Bereich statt. Im Ergebnis hat sich gezeigt, dass keine QS-Auslösung des Follow-up beziehungsweise keine QS-Auslösung für Selektivverträge möglich ist. Die teilnehmenden Augenärzte wiesen darauf hin, dass bei diesem Verfahren kein offensichtliches Qualitätsdefizit bestehe und demzufolge auch keine zusätzlichen Maßnahmen erforderlich seien. Das Thema wurde noch nicht abschließend im G-BA beraten. Die KBV geht jedoch davon aus, dass dieses Verfahren nicht weiter verfolgt wird.

■ Koronarangiographie/PCI: Probebetrieb gestartet

Für das Verfahren Koronarangiographie/PCI ist der Probebetrieb im Januar 2013 mit stationären, ambulanten sowie selektivvertraglichen Teilnehmern (AOK Baden-Württemberg) gestartet. Nach Vorliegen des Ergebnisberichts Mitte 2013 wird über das Verfahren weiter beraten.

■ Konisation: Bericht über Hinderungsgründe für Probebetrieb

Zum Thema Konisation hat das AQUA-Institut einen Bericht vorgelegt, in dem dargelegt ist, weshalb ein Probebetrieb nicht durchgeführt werden kann. Der G-BA hat den Bericht noch nicht abschließend beraten. Die KBV geht zurzeit davon aus, dass dieses Thema aktuell nicht weiter verfolgt wird.

Die folgenden fünf Verfahren befinden sich noch im Entwicklungsstadium, das heißt, die Qualitätsindikatoren und Dokumentationsvorgaben werden erst entwickelt oder aber neu bewertet:

■ Kolorektales Karzinom: Neubewertung

Aufgrund des im Januar 2013 beschlossenen Krebsfrüherkennungs- und Krebsregistergesetzes wird das sektorenübergreifende QS-Verfahren kolorektales Karzinom derzeit neu bewertet.

■ Arthroskopie am Kniegelenk: Neuausrichtung

Das AQUA-Institut wurde beauftragt, das Verfahren neu auszurichten. Es sollen Elemente des KV-Stichprobenprüfungsverfahrens in

Änderung der MedHygV – Zwischenstand

die Verfahrensentwicklung einfließen.

- **Endoprothesenversorgung Hüfte**
- **Endoprothesenversorgung Knie**

Diese beiden Verfahren werden vorerst nur stationär weiterentwickelt.

- **Nosokomiale Infektion: Beratungen im G-BA**

Als Konsequenz aus dem Infektionsschutzgesetz wurde der G-BA beauftragt, zur Vermeidung nosokomialer Infektionen Qualitätsindikatoren sektorenübergreifend zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund wird derzeit im G-BA über die beim AQUA-Institut beauftragten Verfahren zur Vermeidung nosokomialer Infektionen und über eine potenziell zu etablierende Hygienemanagement-Richtlinie beraten.

Weitere Informationen zu den einzelnen Verfahren können auf der vom AQUA-Institut eingerichteten Internetseite www.sqg.de (sektorenübergreifende Qualität im Gesundheitswesen) abgerufen werden. Zusätzliche Informationen finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de in der Rubrik Institution/Themenschwerpunkte/Qualitätssicherung /sektorenübergreifende Qualitätssicherung.

Die Anforderungen der am 1. September 2012 in Kraft getretenen Änderung der Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV) wurden noch nicht abschließend konkretisiert.

In den KVB INFOS 11/2012 haben wir Sie bereits über die Änderung der MedHygV in Bayern und die daraus resultierenden Pflichten für Arztpraxen, Einrichtungen für ambulantes Operieren und Dialyseeinrichtungen in Kenntnis gesetzt. Derzeit liegen uns noch keine klar definierten Kriterien vor, die eine eindeutige Zuordnung von ambulant operierenden Arztpraxen in eine der folgenden, in der MedHygV genannten Kategorien ermöglichen:

- „Arztpraxen, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden“
- „Einrichtungen für ambulantes Operieren“
- „Einrichtungen für ambulantes Operieren, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt“

Auf Basis der Einordnung in eine dieser Kategorien resultieren unterschiedliche Pflichten aus der MedHygV: So unterliegen „Einrichtungen für ambulantes Operieren“ einer Anzeigepflicht gegenüber dem für sie zuständigen Gesundheitsamt und müssen – je nachdem, ob in ihnen außerdem „eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt“ – unterschiedlich hohe Anforderungen an die Ausstattung mit Hygienefachpersonal erfüllen.

Demnach kann die Einordnung einer ambulant operierenden Arztpraxis in die Kategorie „Einrichtung für ambulantes Operieren, in der

eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt“ künftig erhebliche Investitionen beim Hygienefachpersonal bedeuten.

Vor diesem Hintergrund hat sich der Vorstand der KVB unter Einbindung der Vorsitzenden der betroffenen Berufsverbände an das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG) gewandt und um rechtssichere Definitionen der oben genannten Kategorien gebeten. Eine abschließende Klärung seitens des StMUG ist bislang nicht erfolgt, da sich derzeit zunächst die Gesundheitsministerien auf Länderebene abstimmen. Sobald uns konkrete Informationen vorliegen, werden wir alle ambulant operierenden Vertragsärzte in Bayern durch ein entsprechendes Rundschreiben informieren.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und 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, 27. April 2013
KVB Würzburg
- Samstag, 6. Juli 2013
KVB München
- Samstag, 28. September 2013
KVB Nürnberg
- 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, 8. Mai 2013
KVB Würzburg
- Mittwoch, 17. Juli 2013
KVB Augsburg
- 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, Praxisgebühr und Formularen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- Mittwoch, 17. April 2013
KVB Augsburg
- Mittwoch, 15. Mai 2013
KVB Bayreuth
- Mittwoch, 12. Juni 2013
KVB Würzburg
- 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, 26. Juni 2013
KVB Regensburg
- 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 neu konzipierten 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 Praxisschwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam).

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt

- Vorgehensweise bei kardiovaskulären Notfällen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- alternatives Airwaymanagement
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 95.- Euro (je Teilnehmer)

Termine:

(je Samstag zwei getrennte Veranstaltungen: Sie buchen entweder für Vormittag oder Nachmittag)

- Samstag, 22. Juni 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Nürnberg
- Samstag, 20. Juli 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Regensburg
- 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.*

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.

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

KVB-Seminare

Gründer-/Abgeberforum

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

Hautkrebsscreening

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Hausärzte und Kinderärzte

Alles rund ums Arbeitsrecht

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – konservativ tätige Fachärzte

Gute Praxis- und Terminorganisation

Die Privatabrechnung nach GOÄ – Hausärzte

Kommunikation im Praxisalltag – Gespräche führen mit Herz und Verstand

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Abrechnungsworkshop HNO

Prüfungen im Vertragsarztbereich – Hintergründe und Strategien

Datenschutz in der Praxis

QM-/QZ-Seminare

Fortbildung „MRSA positiv! MRSA-Patienten in der Praxis“

QEP®-Update – von QEP® 2005 auf QEP®2010

Vorbereitung auf die Zertifizierung/Re-Zertifizierung

Patienten- und Zuweiserbefragung

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Lokale Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	20. April 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	120,- Euro	20. April 2013	9.00 bis 16.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	160,- Euro	20. April 2013	9.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
	160,- Euro	27. April 2013	9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	23. April 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	24. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. April 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		7. Mai 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	24. April 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
		8. Mai 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. April 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
		22. Mai 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	26. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	27. April 2013	10.00 bis 15.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	3. Mai 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Mai 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Mai 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		16. Mai 2013	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	15. Mai 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	15. Mai 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	10. April 2013	15.00 bis 18.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	17. April 2013	14.30 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	24. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	15. Mai 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Psychotherapeuten, die einen QZ gründen oder übernehmen möchten	110,- Euro	13. April 2013	9.00 bis 19.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	17. April 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	München

KVBIINFOS 05|13

ABRECHNUNG

- 62 Die nächsten Zahlungstermine
- 62 Abrechnung fixierender Verband
- 63 Überweisungen

VERORDNUNGEN

- 63 Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie
- 64 Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie
- 64 Verordnung von Fentanyl-Pflaster im Vertretungsfall

QUALITÄT

- 65 MRSA: Internetseiten der KVB ergänzt
- 66 Mammografie: Fortbildungsveranstaltung
- 67 Mammografie: Neue Service-rufnummer

ALLGEMEINES

- 67 Obergrenze (RLV/QZV): Antragsbearbeitung auch ohne Widerspruch gegen den Honorarbescheid möglich

SEMINARE

- 68 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 69 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 70 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 10. Juni 2013**
Abschlagszahlung Mai 2013
- 10. Juli 2013**
Abschlagszahlung Juni 2013
- 31. Juli 2013**
Restzahlung 1/2013
- 12. August 2013**
Abschlagszahlung Juli 2013
- 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

Abrechnung fixierender Verband

Die Gebührenordnungsposition (GOP) 02350 EBM vergütet den fixierenden Verband mit Einschluss mindestens eines großen Gelenks unter Verwendung unelastischer, individuell anmodellierbarer, nicht weiter verwendbarer Materialien.

Unter „unelastischen, nicht weiter verwendbaren Materialien“ sind sowohl Materialien zu verstehen, mit denen Tape-Verbände angelegt werden, als auch Gips und vergleichbar harte Kunststoffe.

Große Gelenke im Sinne der Leistungslegende sind: Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie- und Fußgelenke. Eine Unterteilung dieser Gelenke, zum Beispiel des Fußgelenks (Sprunggelenk) in Teilgelenke, wie das obere und untere Sprunggelenk, ist nicht möglich (Urteil des SG Stuttgart, Az.: S 10 KA 4014/99 vom 28. Juni 2000).

Fixierende Verbände kleiner Gelenke, zum Beispiel Finger- oder Zehngelenke, oder Verbände mit weiter verwendbaren Materialien über ein großes Gelenk gehören zu den Verbänden, die nicht als gesonderte Leistung berechnungsfähig sind. Diese Verbände (siehe Anhang 1 EBM) gehören zum Leistungsumfang der Grund- und Versichertenpauschale und sind mit dem Ansatz dieser Pauschalen abgegolten.

Auch die Abnahme fixierender Verbände ist nicht eigenständig berechnungsfähig, sondern Inhalt der Versicherten- und Grundpauschalen beziehungsweise sonstiger Gebührenordnungspositionen und mit diesen abgegolten (siehe Anhang 1 EBM).

Für das Wiederanlegen einer Gipschiene kann die GOP 02350 EBM

hingegen berechnet werden, wenn dabei mindestens ein großes Gelenk fixiert wird und diese Leistung nicht fakultativ in einer anderen Leistung enthalten ist.

Für Hausärzte beziehungsweise Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gilt, dass die GOP 02350 EBM nach Anhang 1 des EBM Inhalt der Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4 EBM ist. Daher ist die GOP 02350 EBM in dem selben Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4 des EBM berechnungsfähig.

Bitte beachten Sie bei Abrechnung der GOP 02350 die im EBM aufgeführten Abrechnungsausschlüsse (zum Beispiel im Rahmen der postoperativen Nachbehandlung).

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Christine Hüttinger unter
Telefon 09 41 / 36 93 – 2 82
E-Mail Christine.Huettinger@kvb.de

Überweisungen

In den KVB INFOS 3/20013 hatten wir die Funktion von Überweisungen dargestellt, die – auch nach Wegfall der Praxisgebühr – erhalten bleibt. Der Überweisungsempfänger ist deshalb aufgrund der Bestimmungen der Bundesmantelverträge nach wie vor grundsätzlich an den Überweisungsschein gebunden und darf sich – wie es in den Bundesmantelverträgen formuliert ist – „keinen eigenen Abrechnungsschein ausstellen“. Außerdem müssen Überweisungsscheine ein Jahr lang aufbewahrt werden.

Nach uns vorliegenden Informationen sind von Überweisungsempfängern offenbar aus der Fehleinschätzung heraus, dass es einer Überweisung nicht mehr bedürfe, vereinzelt Überweisungsscheine vernichtet und die Versicherten auf Krankenversicherungskarte behandelt worden.

Bitte beachten Sie, dass eine derartige Vorgehensweise eine Verletzung vertragsärztlicher Pflichten darstellt und gegebenenfalls sogar strafrechtlich den Tatbestand der Urkundenunterdrückung gemäß Paragraph 274 Strafgesetzbuch erfüllen kann.

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

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

Anlage XII (Frühe Nutzenbewertung) wurde um den Wirkstoff Perampanel ergänzt. Der Beschluss trat am 7. März 2013 in Kraft.

Perampanel (Fycomba®) ist angezeigt als Zusatztherapie fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Epilepsiepatienten ab zwölf Jahren.

Der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie ist nicht belegt. Der pharmazeutische Unternehmer schließt sich der zweckmäßigen Vergleichstherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zwar grundsätzlich an, jedoch mit der Einschränkung, dass Topiramamat als zweckmäßige Vergleichstherapie für die Ableitung des Zusatznutzens von Perampanel nicht betrachtet wird.

Zusatznutzen für Linagliptin auch nach neuem Dossier nicht belegt

Auch nach Vorlage eines neuen Dossiers durch den Hersteller konnte der G-BA dem Wirkstoff Linagliptin (Trajenta®) keinen Zusatznutzen gegenüber der zuvor festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie attestieren.

Das Präparat ist zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 zugelassen, derzeit nicht auf dem deutschen Markt und wurde der gesetzlich vorgesehenen Nutzenbewertung durch den G-BA unterzogen.

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Frühe Nutzenbewertung*.

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

Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie

Die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) wurde gemäß den STIKO-Empfehlungen geändert.

Die Änderungen der Anlage 1 betreffen Impfungen gegen

- Hepatitis B
- Meningokokken
- Mumps
- Pneumokokken
- Varizellen

Die Änderungen der Anlage 2 (Dokumentationsschlüssel für Impfungen) betreffen

- Influenza
- Pneumokokken

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittel von A bis Z/Buchstabe I*.

Bitte beachten Sie auch, dass alle Impfstoffe, die über den Sprechstundenbedarf bezogen werden können, auch als Einzelpackung zu beziehen sind, wenn dies den wirtschaftlicheren Bezug darstellt.

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

Verordnung von Fentanyl-Pflaster im Vertretungsfall

Mitunter kommt es im Vertretungsfall vor, dass Patienten wegen angeblich chronischer Schmerzen ein BtM-Rezept über Fentanyl-Pflaster verlangen. Seien Sie bei der Verordnung von Fentanyl-Pflastern bitte vorsichtig, insbesondere bei Ihnen unbekanntem Patienten.

Das widerrechtliche Erschleichen von Fentanyl-Rezepten durch Abhängige stellt nicht nur einen Betrug an den Krankenkassen, sondern auch einen Straftatbestand nach dem Betäubungsmittelgesetz dar.

Folgende Fragen sollten rechtmäßig behandelte Fentanyl-Patienten, die eine Indikation für die Anwendung eines Betäubungsmittels haben, problemlos beantworten können:

- *Wann und von welchem Arzt wurde die letzte Fentanyl-Verordnung ausgestellt?*
Prüfen Sie eventuell telefonisch, ob diese Arztpraxis wirklich nicht erreichbar ist.
- *Wie oft erfolgt ein Pflasterwechsel?*
Überprüfen Sie die zuletzt verordnete Menge und die Reichdauer.
- *Welche Apotheke hat die letzte Packung Fentanyl-Pflaster ausgegeben?*
Wo klebt das aktuelle Fentanyl-Pflaster?
Lassen Sie sich das Pflaster beziehungsweise die Klebestelle von Ihrem Patienten zeigen.

Soweit diese Fragen nicht oder nicht plausibel beantwortet werden können, sollten Sie eine Verordnung von Fentanyl-Pflastern sorgfältig abwägen.

Falls die Verordnung eines Betäubungsmittels im Vertretungsfall aus medizinischen Gründen durch Sie erfolgen muss, sollte grundsätzlich die kleinstmögliche Menge verordnet werden.

Bitte beachten Sie auch, dass Fentanyl-Pflaster nicht als Substitutionsmittel zugelassen sind.

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

MRSA: Internetseiten der KVB ergänzt

Seit Februar 2012 bietet die KVB auf ihren Internetseiten wichtige Informationen zur Versorgung von Patienten mit dem Nachweis von Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA) durch den Vertragsarzt an. Die umfangreichen Hinweise finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/MRSA*. Dort sind insbesondere auch die bundesweit einheitlichen Regelungen und das Genehmigungsverfahren für niedergelassene Ärzte zur Nutzung der seit April 2012 gültigen Vergütungsvereinbarung zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA-Trägern dargestellt. Eine Informationsbroschüre der KVB mit detaillierten Hinweisen zu Mikrobiologie, Epidemiologie, Hygienemaßnahmen, Screening von Patienten mit definierten Risikofaktoren und Dekolonisierung von MRSA-Trägern sowie zur Abrechnung nach dieser „MRSA-Vergütungsvereinbarung“ steht dort zum Herunterladen bereit oder kann als gedruckte Version per E-Mail kostenfrei angefordert werden.

Ein wichtiger Baustein zur Bekämpfung der Verbreitung von MRSA und anderen Erregern mit Antibiotika-Multiresistenz ist der sektorenübergreifende Informationsaustausch, wenn bei einem Patienten ein solcher Erreger mikrobiologisch nachgewiesen wurde. Nach der seit September 2012 in Bayern gültigen neuen Medizin-Hygieneverordnung (MedHygV) sind Krankenhäuser und andere klinische Einrichtungen verpflichtet, bei der Entlassung beziehungsweise der Verlegung von Patienten Informationen über Infektion oder Kolonisation mit multiresistenten Erregern an den behandelnden niedergelassenen Arzt, aber auch an den Krankentrans-

port- oder Rettungsdienst sowie ein aufnehmendes Pflegeheim weiterzugeben. Dafür wurde zum Beispiel vom „Hygiene-Netzwerk Pflege München“ (Referat für Gesundheit und Umwelt/Sozialreferat der Landeshauptstadt) das Formular „Schnittstellendokumentation MultiResistente Erreger (MRE)“ entwickelt. Dieser Dokumentationsbogen wird zur Information weiterbehandelnder Haus- oder Fachärzte zusätzlich zu Arztbriefen und Verlegungsberichten von stationären Einrichtungen in München seit Kurzem verwendet. Damit soll dem niedergelassenen Arzt nach einer Krankenhausentlassung eines Patienten mit einem multiresistenten Erreger die Planung und Durchführung der weiteren Diagnostik und Therapiemaßnahmen sowie der in der Arztpraxis oder im Pflegeheim sinnvollen Hygienemaßnahmen ermöglicht werden.

Die KVB nimmt dies zum Anlass, das eigene MRSA-Internetangebot um die neue Unterseite „Schnittstellen der Versorgung“ zu ergänzen und dort auch den oben genannten Münchner Dokumentationsbogen zur Information der Vertragsärzte in Bayern einzustellen. Es wird dort auch auf die LARE (LandesArbeitsgemeinschaft Multi-Resistente Erreger: www.lgl.bayern.de in der Rubrik *Gesundheit/Hygiene/LARE*) verlinkt, die ebenfalls schnittstellenrelevante Informationen, Merkblätter und Downloads zur Verfügung stellt. Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/MRSA* finden Sie weitere Links, insbesondere zum Thema „Versorgung von MRSA-Trägern in Pflegeheimen“.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Hygieneexperten Dr. Lutz Bader unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 34 77
E-Mail Lutz.Bader@kvb.de

Mammografie: Fortbildungsveranstaltung

Der zweitägige Fortbildungskurs vom 25. bis 26. Oktober 2013 gemäß Paragraf 8 der Mammografie-Vereinbarung richtet sich an alle mammografisch tätigen Ärzte, die sich auf dem Gebiet der Mammadiagnostik weiterbilden wollen. Die Veranstaltung findet in den Räumen der KVB in der Eisenheimerstraße 39 in München statt.

- Der Kurs wird von einem in der Mammografie fachkundigen Arzt geleitet.
- Er besteht aus einem theoretischen und praktischen Teil (jeweils acht Stunden).
- Für den theoretischen Teil konnten wir zahlreiche renommierte Referenten gewinnen.
- Der praktische Teil wird ausschließlich an digitalen Prüfstationen durchgeführt. Für maximal drei Teilnehmer steht eine Prüfstation zur Verfügung.
- Die Teilnehmerzahl ist auf 24 Personen begrenzt.
- Die Teilnahmegebühr für den zweitägigen Kurs beträgt für Vertragsärzte 450,- Euro und 600,- Euro für Nichtmitglieder, inklusive Imbiss und Getränke.
- Fortbildungspunkte wurden bei der BLÄK beantragt.

Hintergrund

Im Jahr 2002 hatten die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein Qualitätssicherungsprogramm für die Röntgenuntersuchung der weiblichen Brust verabschiedet. Ein Kernelement des Programms sieht für Mammografieärzte regelmäßige Fortbildungen und Überprüfungen anhand von Fallsammlungen vor.

Grundlage für die Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Mammografien ist die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Paragraf 135 Absatz 2 SGB V zur kurativen Mammografie (Mammografie-Vereinbarung).

Ärzte, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von mammografischen Leistungen beantragen, müssen unter anderem erfolgreich an der Beurteilung einer Fallsammlung teilgenommen haben. Sie sind verpflichtet, sich weiterhin an der Beurteilung einer Fallsammlung zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung zu beteiligen. Diese erfolgt im Abstand von 24 Monaten.

Seit dem 1. April 2011 haben mammografierende Ärzte in Brustkrebszentren die Möglichkeit, ihre fachliche Befähigung bei einer Kassenärztlichen Vereinigung durch eine regelmäßige Teilnahme an der Beurteilung einer Fallsammlung nachzuweisen. Die Beurteilung richtet sich nach Abschnitt D der Mammografie-Vereinbarung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Mitarbeiterin Martina Reis unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 51
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 43 51

Mammografie: Neue Servicenummer

Alle Frauen im Alter von 50 bis einschließlich 69 Jahren haben in Deutschland Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Brustkrebs im Rahmen des deutschen Mammografie-Screening-Programms. Die Screening-Untersuchungen können alle zwei Jahre durchgeführt werden. Das schriftliche Einladungswesen und das telefonische Terminmanagement zum Mammografie-Screening in Bayern werden durch die Zentrale Stelle Mammografie-Screening Bayern durchgeführt. Seit Januar 2013 steht allen anspruchsberechtigten Frauen die neue Service-Telefonnummer 0 89 / 5 70 93 – 4 02 00 zur Verfügung, über die Termine zum Mammografie-Screening vereinbart, bestätigt, verlegt oder abgesagt werden können.

Weitere Informationen zum Programm sowie zu den Standorten der Screening-Einheiten in Bayern finden Sie auch unter www.ZentraleStelle-Bayern.de.

Obergrenze (RLV/QZV): Antragsbearbeitung auch ohne Widerspruch gegen den Honorarbescheid möglich

Ein kürzlich veröffentlichtes Urteil des Bundessozialgerichts (Urteil vom 15. August 2012, Az.: B 6 KA 38/11 R) könnte im Zusammenhang mit Anträgen zur Anpassung der Obergrenze sowie Widersprüchen gegen die Zuweisung für Verwirrung oder Unsicherheit sorgen.

Das Bundessozialgericht hat festgestellt, dass eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) keine Anträge auf Anpassung der Regelleistungsvolumen (RLV) oder Widersprüche gegen die Zuweisung des RLV zu berücksichtigen hat, wenn gegen den Honorarbescheid des betreffenden Quartals nicht auch Widerspruch eingelegt wurde.

Das Urteil zeigt aber auch eine Alternative auf: Danach kann der Eintritt der Bestandskraft eines Honorarbescheids auch dadurch verhindert werden, dass eine KV generell erklärt, dass sie Änderungen beim RLV, die sich durch Anträge zur Anpassung der Obergrenze beziehungsweise durch Widersprüche gegen die Zuweisung eventuell ergeben, im Honorarbescheid umsetzen wird. Auf diese Alternative stützt sich die KVB.

Die KVB bearbeitet die Anträge auf Anpassung der Obergrenze sowie die Widersprüche gegen eine Zuweisung unabhängig von einer eventuellen Bestandskraft des jeweiligen Honorarbescheids und setzt das Ergebnis um.

Was heißt das für Sie?

Es gibt keine Änderung der Verwaltungspraxis der KVB. Anträge auf Anpassung der Obergrenze oder Widersprüche mit Bezug zur Obergrenze werden – wie bisher auch schon – bearbeitet und unabhängig

davon, ob Sie gegen den Honorarbescheid Widerspruch erhoben haben, umgesetzt.

Sie müssen also keinen pauschalen Widerspruch gegen den Honorarbescheid einlegen, nur um den Eintritt der Bestandskraft zu verhindern. Es reicht aus, wenn Sie fristgerecht einen Antrag auf Anpassung der Obergrenze stellen. Gleiches gilt, wenn Sie einen Widerspruch gegen die noch bis zum Quartal 4/2012 erfolgte Mitteilung der Obergrenze („Zuweisung“) eingelegt haben.

Ändert sich durch den neuen HVM seit 1. Januar 2013 an diesem Vorgehen etwas?

Seit dem Quartal 1/2013 wird die Obergrenze aus RLV und QZV nach Eingang der Abrechnung ermittelt und kann den Honorarunterlagen entnommen werden. Für den Fall einer fristgerechten Antragstellung auf Anpassung der Obergrenze bleibt es auch seit 1. Januar 2013 bei der oben beschriebenen Verwaltungspraxis.

Wenn Sie sich gegen andere Sachverhalte, die dem Honorarbescheid zugrunde liegen, wenden wollen, ist ein Widerspruch gegen den Honorarbescheid unter Benennung der Gründe aber weiterhin notwendig.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Mitarbeiter der Fachabteilung unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 80 85

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, 6. Juli 2013
KVB München
- Samstag, 28. September 2013
KVB Nürnberg
- 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, 8. Mai 2013
KVB Würzburg
- Mittwoch, 17. Juli 2013
KVB Augsburg
- 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, Praxisgebühr und Formularen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- Mittwoch, 15. Mai 2013
KVB Bayreuth
- Mittwoch, 12. Juni 2013
KVB Würzburg
- 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, 26. Juni 2013
KVB Regensburg
- 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 neu konzipierten 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 Praxisschwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam).

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt

- Vorgehensweise bei kardiovaskulären Notfällen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- alternatives Airwaymanagement
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 95.- Euro (je Teilnehmer)

Termine:

- Samstag, 22. Juni 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Nürnberg
- Samstag, 20. Juli 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Regensburg
- 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.*

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.

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

KVB-Seminare

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – konservativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop Urologen

Datenschutz in der Praxis

Fortbildung Impfen für Praxismitarbeiter

Teambetreuung des geriatrischen Patienten*

Fortbildung Impfen*

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte*

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop HNO

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

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – operative tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Alles rund ums Arbeitsrecht

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

QM-/QZ-Seminare

Patienten- und Zuweiserbefragung

Ausbildung zur Qualitätsmanagement-Beauftragten – QMB in Praxen QEP®

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Lokales Moderatorentreffen – QEP® in QZ für Psychotherapeuten

Lokales Moderatorentreffen – Qualitätsindikatoren

Lokales Moderatorentreffen – Patientensicherheit

Lokales Moderatorentreffen – Patientensicherheit, Fehler in der Psychotherapie

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Mai 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Juni 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	5. Juni 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	45,- Euro	5. Juni 2013	15.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	7. Juni 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	85,- Euro	8. Juni 2013	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	120,- Euro	8. Juni 2013 22. Juni 2013	9.00 bis 16.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr	Bayreuth München
Praxisinhaber	kostenfrei	8. Juni 2013 26. Juni 2013	10.00 bis 15.00 Uhr 15.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	8. Juni 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. Juni 2013 13. Juni 2013 19. Juni 2013	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing Regensburg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. Juni 2013	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Juni 2013 26. Juni 2013	15.00 bis 17.30 Uhr 15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Juni 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Juni 2013 25. Juni 2013	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Juni 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	26. Juni 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	15. Mai 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter und -manager	195,- Euro	28. Juni 2013 29. Juni 2013	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg Nürnberg
Ärzte, die einen Qualitätszirkel gründen möchten	110,- Euro	6. Juli 2013	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	12. Juni 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	3. Juli 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
QZ-Moderatoren	kostenfrei	17. Juli 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	24. Juli 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg

KVBIINFOS 06|13

ABRECHNUNG

- 74 Die nächsten Zahlungstermine
- 74 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2013
- 76 Zuzahlung Heilmittel ab 1. Juli 2013
- 77 Zusatzkennzeichnung Z bei Diagnosen
- 78 Ultraschalldiagnostik – Echokardiographie
- 79 Osteodensitometrie
- 79 Wirtschaftlichkeitsbonus bei GOP 99321 und 32001
- 80 Dialyse: Änderungen zum 1. Juli 2013

VERORDNUNGEN

- 88 Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

QUALITÄT

- 89 Neuer Leitfaden der DGKH-Arbeitsgruppe

ALLGEMEINES

- 90 Umstellung auf SEPA-Format
- 90 DMP-Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- 91 Kennzeichnung von DMP-Patienten
- 91 Hausarzt- und Facharzt-Thesauren

SEMINARE

- 92 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 93 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 94 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 10. Juni 2013**
Abschlagszahlung Mai 2013
- 10. Juli 2013**
Abschlagszahlung Juni 2013
- 31. Juli 2013**
Restzahlung 1/2013
- 12. August 2013**
Abschlagszahlung Juli 2013
- 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 2/2013

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2013 bis spätestens **Mittwoch, den 10. Juli 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 unter-

schriebene Sammelerklärung (bitte das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de 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 folgenden Qualitätssicherungs-

und Zusatzvereinbarungen gilt für Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. Juli 2013** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Dialyse, Hautkrebsscreening sowohl für über 35-Jährige als auch für unter 35-Jährige, Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch und Hörgeräteversorgung Erwachsene.

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 „Notarztdienst-Abrechnung“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe-Erstellung-Korrektur/Notarztdienst-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

Zuzahlung Heilmittel ab 1. Juli 2013

Ab 1. Juli 2013 ändern sich die Zuzahlungsbeträge bei der Abgabe von Heilmitteln für die Gebührenordnungspositionen 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421. Die Änderungen ergeben sich aufgrund von Preiserhöhungen des zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern vereinbarten Heilmittelkatalogs.

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Nachfolgend die ab 1. Juli 2013 gültigen Beträge für die Heilmittel-Zuzahlungen:

GOP	Leistungslegende	Zuzahlungsbetrag*
30400	Massagetherapie	1,08 Euro
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage	1,75 Euro
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	1,50 Euro
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	0,44 Euro
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	1,50 Euro
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	0,44 Euro

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

Zusatzkennzeichnung Z bei Diagnosen

Seit dem Jahr 2000 sind alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten gesetzlich dazu verpflichtet, Diagnosen nach der ICD-10-GM zu kodieren. Von der Kodierpflicht befreit sind lediglich Radiologen, Zytologen, Pathologen, Nuklearmediziner und Labormediziner im Rahmen von Auftragsleistungen. Zusatzkennzeichen zur Angabe der Diagnosesicherheit sind für jeden Code anzugeben.

Folgende Zusatzkennzeichen gibt es:

- „V“: Verdachtsdiagnose (Diagnose kann weder gesichert noch ausgeschlossen werden)
- „G“: gesicherte Diagnose (Diagnose kann nach den gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen gesichert werden)
- „A“: ausgeschlossene Diagnose (primäre Verdachtsdiagnose kann ausgeschlossen werden)
- „Z“: Zustand nach der Diagnose, auch symptomlos (wenn die Diagnose nicht mehr besteht und auch keine krankheitsspezifische Diagnostik und/oder Therapie mehr erfolgt. Der Zustand nach dieser Diagnose hat aber eine Leistung verursacht, die zu kodieren ist.)

Nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist bei Diagnosen, die den Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantationen verschlüsseln, Folgendes zu beachten: Enthält der Titel der ICD-Schlüsselnummer bereits die Information „Zustand nach...“ oder „Folgen...“ beziehungsweise „Folgezustände...“ einer früheren Erkrankung, so ist „Z“ nicht zu verwenden.

Eine exakte Kodierung liegt im Interesse unserer Vertragsärzte und -psychotherapeuten, da der Gesetzgeber nicht nur die Verteilung der Versichertengelder zwischen den Krankenkassen, sondern auch die Entwicklung der ärztlichen Honorare an die Morbiditätsentwicklung geknüpft hat. Zahlreiche Informationen rund um das Thema Kodieren finden Sie unter:

www.kbv.de in der Rubrik *Themen A-Z/Kodieren*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Annalena Eckert unter
Telefon 09 41 / 39 63 – 3 50
Fax 09 41 / 39 63 68 – 3 50
E-Mail Annalena.Eckert@kvb.de

Ultraschalldiagnostik – Echokardiographie

Die Ultraschalldiagnostik ist in der Vereinbarung der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V (Ultraschall-Vereinbarung) geregelt. Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KVB zulässig.

Abgerechnet werden die verschiedenen Leistungen nach den folgenden Gebührenordnungspositionen (GOP):

- echokardiographische Untersuchung mittels M-Mode- und B-Mode-Verfahren nach GOP 33020 EBM
- Doppler-Echokardiographie mittels PW- und/oder CW-Doppler nach GOP 33021 EBM
- Doppler-Echokardiographie mittels Duplex-Verfahren mit Farbcodierung nach GOP 33022 EBM
- zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Stufenbelastung nach GOP 33030 EBM sowie
- zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und unter standardisierter pharmakodynamischer Stufenbelastung nach GOP 33031 EBM

Bei der Abrechnung der Leistungen ist zu beachten, dass diese nur ein Mal je Sitzung anzusetzen sind. Darüber hinaus dürfen die Leistungen nicht nebeneinander abgerechnet werden.

Ebenso sind am Behandlungstag der Echokardiographie-Untersuchung die Leistungen aus dem Kapitel 31.4.3 „Postoperative Behandlungskomplexe im fachärztlichen

Versorgungsbereich“, also die GOPen 31630 EBM bis 31637 EBM, 31682 bis 31689 EBM und 31695 EBM bis 31702 EBM nicht berechnungsfähig.

Darüber hinaus ist im Behandlungsfall aus dem Kapitel 4.4.1 „Gebührenpositionen der Kinder-Kardiologie“ die Zusatzpauschale der Kinderkardiologie nach GOP 04410 EBM bei der Echokardiographie mittels M-Mode- und B-Mode-Verfahren (33020 EBM) und der Doppler-Echokardiographie mittels PW- und/oder CW-Doppler nicht abrechnungsfähig (33021 EBM). Auch aus dem Kapitel 13.3.5 „Kardiologische Gebührenordnungsposition“ dürfen die GOP 13545 EBM „Zusatzpauschale Kardiologie I“ und die GOP 13550 EBM „Zusatzpauschale Kardiologie II“ nicht im Behandlungsfall angesetzt werden. Gleiches ist auch für die GOP 26330 EBM „Zusatzpauschale Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)“ des Kapitels 26.3. „Diagnostische und Therapeutische Gebührenordnungsposition“ zu beachten.

Die im Kapitel 1.7.4 „Mutterschaftsvorsorge“ enthaltene GOP 01774 EBM „Weiterführende sonographische Diagnostik des fetalen kardiovaskulären Systems“ und die GOP 01775 EBM „Weiterführende sonographische Diagnostik des fetomaternalen Gefäßsystems“ sind ebenfalls im Behandlungsfall nicht neben der Doppler-Echokardiographie mittels PW- und/oder CW-Doppler und der Doppler-Echokardiographie mittels Duplex-Verfahren mit Farbcodierung berechnungsfähig.

Die zweidimensionale echokardiographische Untersuchung nach GOP 33030 EBM (wie nach GOP 13550) kann nur berechnet wer-

den, wenn die Arztpraxis über die Möglichkeit zur Erbringung der Stressechokardiographie bei physikalischer Stufenbelastung (Vorhalten eines Kippliege-Ergometers) verfügt.

Bei der Erbringung der Ultraschalldiagnostik ist die Dokumentation der untersuchten Organe mittels bildgebendem Verfahren, gegebenenfalls als Darstellung mehrerer Organe oder Organregionen in einem Bild, als obligater Bestandteil zu erfüllen. Eine Ausnahme besteht bei der Untersuchung von nicht gestauten Gallenwegen und leeren Harnblasen bei Restharnbestimmung. Zudem sind die Aufnahme und/oder der Eindruck einer eindeutigen Patientenidentifikation in die Bilddokumentation ebenfalls Bestandteil des obligaten Leistungsinhalts.

Die Verpflichtung zur Dokumentation ergibt sich darüber hinaus auch aus Paragraph 57 Bundesmantelvertrag – Ärzte und aus Paragraph 10 der Ultraschall-Vereinbarung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Yvonne Heinfling unter
Telefon 09 41 / 39 63 – 3 38
E-Mail Yvonne.Heinfling@kvb.de

Osteodensitometrie – Künftig auch ohne Fraktur berechnungsfähig

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Voraussetzungen für eine Osteodensitometrie deutlich gelockert. Der Beschluss zur Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 7 (Osteodensitometrie bei Osteoporose) ist am 11. Mai 2013 in Kraft getreten.

Sie finden den Beschluss auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de/informationen/beschluesse/) oder auf unserer Internetseite www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/BEGO-EBM* unter dem Punkt „Weitere Informationen“.

■ Erweiterung der Indikation zur Osteodensitometrie

Künftig kann die Knochendichtemessung mittels zentraler Dual-Energy x-ray Absorptionsmetrie (DXA) auch bei Patienten mit dem Verdacht auf eine Osteoporose durchgeführt werden, bei denen eine medikamentöse Therapie geplant ist. Eine Fraktur muss nicht mehr zwingend vorliegen. Die Osteodensitometrie kann frühestens nach 5 Jahren wiederholt werden oder wenn neue Befunde ergeben, dass eine Optimierung der Therapie erforderlich ist.

■ Vergütung über Kostenerstattung

Eine Aufnahme dieser neuen Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist bislang noch nicht absehbar. Eine Abrechnung der Untersuchung als Sachleistung über Chipkarte ist deshalb derzeit nicht möglich.

Mit Inkrafttreten des Beschlusses haben Versicherte jedoch einen Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber ihrer Krankenkasse. Die

Osteodensitometrie ohne Vorliegen einer Fraktur kann daher unter Beachtung der bundesmantelvertraglichen Bestimmungen auf Grundlage der GOÄ gegenüber den Patienten privat in Rechnung gestellt werden.

Bitte nehmen Sie zur Klarstellung auf der Rechnung einen Hinweis auf, dass die Osteodensitometrie bei einem Patienten **ohne** Fraktur durchgeführt wurde.

■ Bei Vorliegen einer Fraktur weiterhin über GOP 34600 EBM zu berechnen

Eine Osteodensitometrie bei Patienten **mit** einer Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma und Verdacht auf Osteoporose ist weiterhin mit der Gebührenordnungsposition 34600 EBM über die Versicherungskarte zu berechnen.

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

Wirtschaftlichkeitsbonus bei GOP 99321 und 32001

Wurden von einem Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), einem MVZ oder einer Praxis mit angestellten Ärzten bei einem Patienten Leistungen erbracht, für die er im gesamten Quartal nichts berechnen konnte (weil eine Leistung, die nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig ist, schon von einem Kollegen berechnet wurde), konnte für diesen Patienten bislang der Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus im kurativ-ambulanten Arztfall abgerechnet werden. In diesen Fällen war die GOP 99321 oder 32001 in die Abrechnung einzutragen.

Nachdem mit Wirkung zum 1. April 2013 der Wirtschaftlichkeitsbonus statt wie bisher im Arztfall nur noch einmal im Behandlungsfall gewährt wird, ist die GOP 99321 oder GOP 32001 in den oben genannten Fällen nicht mehr in die Abrechnung einzutragen. In Behandlungsfällen, in denen Leistungen abgerechnet werden, wird der Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus automatisch zuge-setzt.

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

Dialyse: Änderungen zum 1. Juli 2013

Mit Wirkung zum 1. Juli 2013 haben die Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen beziehungsweise die Partner des Bundesmantelvertrags Änderungen zur Bewertung der Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren gemäß Abschnitt 40.14 EBM beschlossen. Parallel hierzu hat der Bewertungsausschuss die Änderungen der Leistungslegenden der Gebührenordnungspositionen (GOP) 04560 und 13600 EBM beschlossen und eine Empfehlung zur Vergütung der Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie der GOPen 04110 bis 04122 EBM in besonderen Fällen außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegeben.

Nachfolgend stellen wir Ihnen die wichtigsten Änderungen dar. Die Hintergründe und Details der Anpassungen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auch in einer gesonderten Praxisinformation „Anpassung der Dialysesachkosten: Was sich ab 1. Juli 2013 für Sie und Ihre Praxis ändert“ zusammengefasst. Diese Praxisinformation finden Sie auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/BEGO-EBM*.

Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik *Bewertungsausschuss/Beschlüsse* eingestellt. Sie wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 15 vom 12. April 2013, veröffentlicht.

Dialysepauschalen nach Abschnitt 40.14

Beschluss 264. Sitzung AG Ärzte/EK beziehungsweise 123. Sitzung Partner des BMV-Ä (schriftliche Beschlussfassung)

- Für Peritonealdialysen und Heimhämodialysen werden eigene Kostenpauschalen aufgenommen.
- Die Kostenpauschalen sind jetzt für alle Altersklassen einheitlich. Für Patienten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr gibt es nach Alter gestaffelte Zuschläge.
- Bei den Kostenpauschalen wird nicht mehr nach Patienten mit oder ohne Diabetes unterschieden.
- Für die Zentrums- beziehungsweise Praxisdialyse und die zentralisierte Heimdialyse werden die Kostenpauschalen abhängig von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte im Quartal mit abgestaffelten Preisen bewertet. Siehe Tabelle auf Seite 81.

Die neuen Kostenpauschalen ab 1. Juli 2013 haben wir für Sie im Anschluss an diesen Beitrag in einer Übersicht zusammengestellt.

Extrabudgetäre Vergütung der ärztlichen Leistungen

Beschluss 302. Sitzung des Bewertungsausschusses zu Empfehlungen nach Paragraph 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V (schriftliche Beschlussfassung)

Nach der Empfehlung des Bewertungsausschusses sollen ab dem 1. Juli 2013 folgende Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden: Alle Leistungen des Ab-

schnitts 13.3.6 EBM (Nephrologische Gebührenordnungspositionen und Dialyse) und des Abschnitts 4.5.4 (Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse) sowie die pädiatrischen Versicherterpauschalen 04110 bis 04122 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden.

Die Umsetzung dieser Empfehlung wird aktuell mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Bayern verhandelt. Wir werden Sie nach Abschluss der Vertragsverhandlungen entsprechend informieren.

GOPen 04560 und 13600 – Erweiterung des Patientenkreises

Beschluss 302. Sitzung des Bewertungsausschusses zur Änderung des EBM, Teil A (schriftliche Beschlussfassung)

Ab dem 1. Juli 2013 können die GOPen 04560 und 13600 (Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten) auch bei Patienten mit einer glomerulären Filtrationsrate unter 40 ml/min/1,73 m³ Körperoberfläche abgerechnet werden. Durch die Erweiterung des Patientenkreises soll eine leitliniengerechte Versorgung von chronisch niereninsuffizienten Patienten unterstützt werden.

Weitere Änderungen ab 2015 angekündigt

Protokollnotiz zum Beschluss 264. Sitzung AG Ärzte/EK beziehungsweise 123. Sitzung Partner des BMV-Ä sowie Beschluss 302. Sitzung des Bewertungsausschusses zur Änderung des EBM, Teil B

Mit Wirkung zum 1. Januar 2015 ist eine zweite Absenkung der Kostenpauschalen für die Zentrums- beziehungsweise Praxisdialyse und die zentralisierte Heimdialyse angekündigt. Sie wird laut Beschluss aber nur dann umgesetzt werden, wenn zukünftig eine kostendeckende Durchführung der Dialyse gewährleistet ist. Sofern der Bewertungsausschuss eine weitere Anpassung der Dialysepauschalen beschließt, ist auch eine nochmalige Erweiterung der Berechnungsmöglichkeit der GOPen 04560 und 13600 für Patienten mit einer glomerulären Filtrationsrate unter 60 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche geplant. Über diesbezügliche Änderungen werden wir Sie rechtzeitig informieren.

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

Dialysepauschalen nach Abschnitt 40.14

Anzahl abgerechnete Dialysewoche*	GOP 40823 (Wochenpauschale)	GOP 40824 (Einzeldialyse)
1. bis 650. (Preisstufe 1)	485,80 €	161,90 €
651. bis 1.300. (Preisstufe 2)	466,30 €	155,40 €
1.301. bis 1.950. (Preisstufe 3)	417,50 €	139,20 €
ab 1.951. (Preisstufe 4)	398,00 €	132,70 €

* Eine Dialysewoche ist definiert als eine abgerechnete Kostenpauschale nach GOP 40823 oder als drei abgerechnete Kostenpauschalen nach GOP 40824

Die neuen Kostenpauschalen Dialyse ab 1. Juli 2013 im Überblick

**Dialyse bei Patienten bis zum 18. Lebensjahr
(keine Änderungen zu bisherigen Pauschalen)**

GOP neu	Leistung	Alter
40820	Wochendialyse	bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
40821	Einzeldialyse (Ferien, Abwesenheit vom Wohnort)	bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
40822	Einzeldialyse am Wohnort	bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

**Wochendialyse als Zentrums- beziehungsweise Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse
(Kostenpauschalen alt: 40800, 40802, 40804)**

GOP neu	Leistung	Alter
40823	Wochendialyse (Zentrums- beziehungsweise Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse)	ab vollendetem 18. Lebensjahr
40829	Zuschlag zu GOP 40823 oder 40825 ab 59. bis 69. Lebensjahr	ab vollendetem 59. bis vollendetem 69. Lebensjahr
40831	Zuschlag zu GOP 40823 oder 40825 ab 69. bis 79. Lebensjahr	ab vollendetem 69. bis vollendetem 79. Lebensjahr
40833	Zuschlag zu GOP 40823 oder 40825 ab 79. Lebensjahr	ab vollendetem 79. Lebensjahr

**Wochendialyse als Peritoneal- oder Heimhämodialyse
(Kostenpauschalen alt: 40800, 40802, 40804)**

GOP neu	Leistung	Alter
40825	Wochendialyse (Peritoneal- oder Heimhämodialyse)	ab vollendetem 18. Lebensjahr
40829	Zuschlag zu GOP 40823 oder 40825 ab 59. bis 69. Lebensjahr	ab vollendetem 59. bis vollendetem 69. Lebensjahr
40831	Zuschlag zu GOP 40823 oder 40825 ab 69. bis 79. Lebensjahr	ab vollendetem 69. bis vollendetem 79. Lebensjahr
40833	Zuschlag zu GOP 40823 oder 40825 ab 79. Lebensjahr	ab vollendetem 79. Lebensjahr

Diabetes	Anzahl	Euro
mit/ohne Diabetes	je Behandlungswoche	830,00 €
mit/ohne Diabetes	je Dialyse, maximal 2x je Kalenderwoche	290,50 €
mit/ohne Diabetes	je Dialyse, maximal 2x je Kalenderwoche	276,70 €

Diabetes	Anzahl	Euro	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
mit/ohne Diabetes	je Behandlungswoche		485,80 €	466,30 €	417,50 €	398,00 €
		10,00 €	wird von der KVB zugefügt			
		20,00 €	wird von der KVB zugefügt			
		30,00 €	wird von der KVB zugefügt			

Diabetes	Anzahl	Euro	
mit/ohne Diabetes	je Behandlungswoche	505,40 €	
		10,00 €	wird von der KVB zugefügt
		20,00 €	wird von der KVB zugefügt
		30,00 €	wird von der KVB zugefügt

Die neuen Kostenpauschalen Dialyse ab 1. Juli 2013 im Überblick

**Einzeldialysen als Feriendialyse oder Dialyse bei Abwesenheit vom Wohnort
(Kostenpauschalen alt: 40801, 40803, 40805)**

GOP neu	Leistung	Alter
40828	Einzeldialyse (Ferien, Abwesenheit vom Wohnort)	ab vollendetem 18. Lebensjahr

**Einzeldialysen am Wohnort als Zentrums- beziehungsweise Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse
(Kostenpauschalen alt: 40806, 40807, 40808)**

GOP neu	Leistung	Alter
40824	Einzeldialyse am Wohnort (Zentrums- beziehungsweise Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse)	ab vollendetem 18. Lebensjahr
40830	Zuschlag zu GOP 40824 oder 40826, 40827 ab 59. bis 69. Lebensjahr	ab vollendetem 59. bis vollendetem 69. Lebensjahr
40832	Zuschlag zu GOP 40824 oder 40826, 40827 ab 69. bis 79. Lebensjahr	ab vollendetem 69. bis vollendetem 79. Lebensjahr
40834	Zuschlag zu GOP 40824 oder 40826, 40827 ab 79. Lebensjahr	ab vollendetem 79. Lebensjahr

**Einzeldialysen am Wohnort als Peritonealdialyse als CAPD beziehungsweise CCPD
(Kostenpauschalen alt: 40806, 40807, 40808)**

GOP neu	Leistung	Alter
40826	Einzeldialyse am Wohnort (Peritonealdialyse als CAPD beziehungsweise CCPD)	ab vollendetem 18. Lebensjahr
40830	Zuschlag zu GOP 40824, 40826, 40827 ab 59. bis 69. Lebensjahr	ab vollendetem 59. bis vollendetem 69. Lebensjahr
40832	Zuschlag zu GOP 40824, 40826, 40827 ab 69. bis 79. Lebensjahr	ab vollendetem 69. bis vollendetem 79. Lebensjahr
40834	Zuschlag zu GOP 40824, 40826, 40827 ab 79. Lebensjahr	ab vollendetem 79. Lebensjahr

Diabetes	Anzahl	Euro
mit/ohne Diabetes	je Dialyse, maximal 2x je Kalenderwoche	174,70 €

Diabetes	Anzahl	Euro	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
mit/ohne Diabetes	je Dialyse, maximal 2x je Kalenderwoche		161,90 €	155,40 €	139,20 €	132,70 €
		3,30 €	wird von der KVB zugefügt			
		6,70 €	wird von der KVB zugefügt			
		10,00 €	wird von der KVB zugefügt			

Diabetes	Anzahl	Euro	
mit/ohne Diabetes	je Dialyse, maximal 3x je Kalenderwoche	72,20 €	
		3,30 €	wird von der KVB zugefügt
		6,70 €	wird von der KVB zugefügt
		10,00 €	wird von der KVB zugefügt

Die neuen Kostenpauschalen Dialyse ab 1. Juli 2013 im Überblick

**Einzeldialysen am Wohnort als intermittierende Peritonealdialyse oder Heimhämodialyse
(Kostenpauschalen alt: 40806, 40807, 40808)**

GOP neu	Leistung	Alter
40827	Einzeldialyse am Wohnort (intermittierende Peritonealdialyse oder Heimhämodialyse)	ab vollendetem 18. Lebensjahr
40830	Zuschlag zu GOP 40824, 40826, 40827 ab 59. bis 69. Lebensjahr	ab vollendetem 59. bis vollendetem 69. Lebensjahr
40832	Zuschlag zu GOP 40824, 40826, 40827 ab 69. bis 79. Lebensjahr	ab vollendetem 69. bis vollendetem 79. Lebensjahr
40834	Zuschlag zu GOP 40824, 40826, 40827 ab 79. Lebensjahr	ab vollendetem 79. Lebensjahr

**Zuschläge für Infektionsdialyse oder intermittierende Peritonealdialyse (IPD)
(Kostenpauschalen alt: 40810, 40811, 40812, 40813)**

GOP neu	Leistung	Alter
40835	Infektionsdialyse zu GOP 40823, 40825	
40836	Infektionsdialyse zu GOP 40824, 40826, 40827, 40828	
40837	IPD zu GOP 40825	
40838	IPD zu GOP 40827, 40828	

Diabetes	Anzahl	Euro	
mit/ohne Diabetes	je Dialyse, maximal 2x je Kalenderwoche	168,50 €	
		3,30 €	wird von der KVB zugefügt
		6,70 €	wird von der KVB zugefügt
		10,00 €	wird von der KVB zugefügt

Diabetes	Anzahl	Euro
		30,00 €
	je Dialyse, maximal 2x je Kalenderwoche	10,00 €
		300,00 €
	je Dialyse, maximal 2x je Kalenderwoche	100,00 €

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

Anlage I (OTC-Übersicht): nicht-verschreibungspflichtige Calcium- und Vitamin-D-Präparate

In der Praxis wurde die bisherige Formulierung so verstanden, dass in den genannten Indikationen zwingend eine Kombination aus Calcium und Vitamin D verordnet werden muss. Um auch eine Verordnung von Vitamin D in der Monotherapie zu ermöglichen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die in *fett und kursiv* geschriebene Änderung beschlossen: Calciumverbindungen (mindestens 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination) *sowie Vitamin D als Monopräparat bei ausreichender Calciumzufuhr über die Nahrung*

- nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose
- nur zeitgleich bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmönatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen
- bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit

Der Beschluss des G-BA ist am 4. April 2013 in Kraft getreten.

Anlage VI (Off-Label-Use): Irinotecan bei kleinzelligem Bronchialkarzinom (SCLC), extensive disease

Teil A der Anlage VI (Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – verordnungsfähig sind) wurde um den Absatz „X. Irinotecan bei kleinzelligem Bronchialkarzinom (SCLC), extensive disease“ ergänzt. Für einen zulässigen Off-Label-Use von

Irinotecan gelten unter anderem folgende Bedingungen:

- Behandlung im Rahmen einer palliativen Zielsetzung zur Verlängerung der Überlebenszeit
- Anwendung nur in Kombination mit einem Platinpräparat bei Patienten, die in der Erstlinientherapie ein Platinpräparat und Etoposid erhalten haben und bei denen so schwerwiegende, Etoposid-bedingte Nebenwirkungen auftraten, dass eine weitere Gabe von Etoposid mit inakzeptablen Risiken verbunden wäre.
- Applikation in dreiwöchigem Zyklusintervall in einer Dosierung von 65 mg/m² Körperoberfläche an Tag 1 und 8 in der Regel in Kombination mit Cisplatin 60 – 80 mg/m² Körperoberfläche an Tag 1, mit maximal sechs Behandlungszyklen.
- In den tragenden Gründen zu diesem Beschluss wird darauf hingewiesen, dass beim Auftreten Etoposidhaltiger Nebenwirkungen bei einer Erstlinientherapie in Kombination mit Carboplatin im Einzelfall zu entscheiden ist, ob gegebenenfalls alternativ die Kombination von Irinotecan mit Cisplatin eingesetzt wird.

Anlage XII (frühe Nutzenbewertung):

Aclidiniumbromid (Eklira Genuair[®], Bretaris Genuair[®]):

Bretaris Genuair/Eklira Genuair wird als bronchodilatatorische Dauertherapie bei Erwachsenen mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) angewendet, um deren Symptome zu lindern. Der Zusatznutzen gilt als nicht belegt.

Axitinib (Inlyta[®]):

Inlyta[®] ist angezeigt zur Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkar-

zinoms bei erwachsenen Patienten nach Versagen von vorangegangener Therapie mit Sunitinib oder einem Zytokin. Die Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie durch den G-BA erfolgte differenziert nach den in der Zulassung von Axitinib genannten Vortherapien. Nach einer Vortherapie mit Sunitinib ist der Wirkstoff Everolimus die zweckmäßige Vergleichstherapie. Ein Zusatznutzen von Axitinib gegenüber Everolimus ist nicht belegt. Nach einer Vortherapie mit Zytokin ist der Wirkstoff Sorafenib die zweckmäßige Vergleichstherapie. Der Zusatznutzen von Axitinib gegenüber Sorafenib ist als gering einzuschätzen. Der Beschluss des G-BA ist auf vier Jahre befristet.

Ruxolitinib (Jakavi[®]):

Jakavi[®] ist ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens („Orphan Drug“). Es ist angezeigt für die Behandlung von krankheitsbedingter Splenomegalie oder Symptomen bei Erwachsenen mit primärer Myelofibrose (auch bekannt als chronische idiopathische Myelofibrose), Post-Polycythaemia-vera-Myelofibrose oder Post-Essentieller-Thrombozythämie-Myelofibrose. Für sogenannte „Orphan Drugs“ gilt der Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt. Lediglich das Ausmaß des Zusatznutzens wird auf der Grundlage der Zulassungsstudien durch den G-BA bewertet. Der Zusatznutzen wurde als gering bewertet.

Ausführliche Informationen hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Frühe Nutzenbewertung*.

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

Neuer Leitfaden der DGKH-Arbeitsgruppe

Die AG Praxishygiene der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V. (DGKH) hat für Arztpraxen einen Leitfaden zur Organisation des Hygienemanagements erstellt. Damit sollen die Praxen bei der Erarbeitung und Fortschreibung eines eigenen Hygieneplans unterstützt werden, in dem die steigenden Anforderungen an die Hygiene in der ambulanten Versorgung berücksichtigt sind. Der Leitfaden bezieht sich auf die aktuellen gesetzlichen Vorgaben sowie auf den Stand der wissenschaftlichen Fachliteratur. Herausgekommen ist ein Kompendium praxisorientierter, einfach umsetzbarer Empfehlungen zu den erforderlichen Basishygienemaßnahmen in den Arztpraxen wie auch für die Betreuung der Patienten zu Hause oder im Pflegeheim. Hygieneanforderungen an spezielle Fachbereiche sind in diesem Kompendium nicht aufgeführt, sondern sollen als ergänzende Module sukzessiv erarbeitet und herausgegeben werden.

Das vorliegende Kompendium ist in vier Bereiche gegliedert:

- A: Gesamtverantwortung für das Hygienemanagement
- B: Qualitätsmanagementsystem Hygiene
- C: Praktisches Recht in der Arztpraxis
- D: Anhang

In übersichtlicher Tabellenform werden die erforderlichen hygienerelevanten Maßnahmen und ihre formale Umsetzung in der Arztpraxis beschrieben. Der Alltagsbezug wird durch die Tabellenrubrik „Anmerkungen und Empfehlungen“ hergestellt.

Der Bereich B des Leitfadens enthält Angaben zu den Themen:

- Hygienemanagement
- Dokumente der Hygiene
- Hygieneplan
- Arbeitsschutz
- Personalhygiene
- Desinfektionsmitteleinsatz
- Umgebungshygiene (Flächen, Trinkwasser, Abfall)
- Medizinprodukte (inklusive deren Aufbereitung)
- Arzneimittel
- Patientenbezogene Hygiene in der Praxis
- Hygiene bei Haus- und Heimbesuchen
- Umgang mit infektiösen Patienten

Der Bereich C macht Angaben zu den gesetzlichen Regelungen und gibt Empfehlungen zu deren Umsetzung in der Praxis. Der Anhang enthält umfangreiche Angaben zu weiterführenden Informationsquellen im Internet.

Der Leitfaden ist abrufbar unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte/Hygienepläne* sowie unter www.dgkh.de in der Rubrik *DGKH/Arbeitsgruppen/Praxishygiene*.

Umstellung auf SEPA-Format

Sicher haben Sie schon davon gehört, dass spätestens zum 1. Februar 2014 geänderte Bestimmungen im Zahlungsverkehr anzuwenden sind. Alle Banken und Sparkassen sind dann verpflichtet, ausschließlich Zahlungsanweisungen im SEPA-Format anzunehmen, das heißt Kontonummer und Bankleitzahl müssen durch die sogenannte „IBAN“ (International Bank Account Number) ersetzt werden. Ergänzend kommt für einen Übergangszeitraum (bis voraussichtlich 2016) der sogenannte „BIC“ (Bank Identifier Code) hinzu.

Die Umstellung der Systeme wird in der KVB bis September abgeschlossen sein. Voraussichtlich ab der zweiten Abschlagszahlung im Quartal 3/2013 wird dann von uns im SEPA-Format gezahlt.

Für die notwendige Umstellung Ihres Bankkontos, das Sie für Ihre Honorarzahmung angegeben haben, müssen Sie selbst nicht aktiv werden. Ihre bei uns geführte Bankverbindung wird automatisch um IBAN und BIC ergänzt. Nur in Einzelfällen kann es zu Nachfragen durch die KVB kommen.

Bitte achten Sie jedoch darauf, bei Änderungen Ihrer Bankverbindung zukünftig auch IBAN und BIC mit anzugeben. IBAN und BIC finden Sie zum Beispiel auf Ihrem Kontoauszug und/oder in Ihrem Online-Banking-Portal.

Darüber hinaus möchten wir Sie darauf hinweisen, frühzeitig die Details der bei Ihrem Zahlungsverkehr mit Patienten, Mitarbeitern oder Lieferanten notwendigen SEPA-Umstellung abzuklären. Beachten Sie gegebenenfalls auch die notwendige Umstellung der Praxissoftware und Ihrer Rechnungs- und Briefvorlagen.

Ihre Bank kann Ihnen bei Fragen weiterhelfen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass die KVB zu diesem Thema keine individuelle Unterstützung anbieten kann. Ausführliche Informationen zu SEPA finden Sie unter www.sepadeutschland.de.

DMP-Teilnahme- und Einwilligungserklärungen

Die DMP-Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE) dürfen ab sofort bei der DMP-Datenstelle nur noch im Original eingereicht werden. Kopien der TE/EWE werden nicht mehr anerkannt. Die DMP-Einschreibung hat ausschließlich mit der Originalerklärung Gültigkeit. Hintergrund ist, dass die Aufsichtsbehörden Kopien nicht mehr anerkennen.

Aus diesem Grund ist es wichtig, dass ab sofort nur noch die Erklärungen eingesandt werden, die die Originalunterschriften des Patienten und des behandelnden beziehungsweise einschreibenden Arztes enthalten. Kopien muss die DMP-Datenstelle mit einem entsprechenden Vermerk an die Praxen zurücksenden.

Falls die Original-TE/EWE nicht mehr zur Verfügung stehen sollte, ist es erforderlich, dass Sie und der Patient erneut eine Erklärung unterschreiben, die im zeitlichen Zusammenhang mit dem Behandlungsdatum steht. Das bedeutet, dass zwischen dem Unterschriftsdatum auf der TE/EWE und dem Behandlungsdatum (service_tmr) auf der Erstdokumentation kein größerer zeitlicher Abstand als neun Monate liegen darf.

Bei Fragen erreichen Sie die DMP-Datenstelle kostenfrei unter
Telefon 0 89 / 3 27 33 26 – 00
E-Mail www.dmp-bayern.de

Kennzeichnung von DMP-Patienten

Bei einer Überweisung durch den koordinierenden Arzt zur weiteren fachärztlichen Versorgung eines DMP-Patienten ist es wichtig, dass die DMP-Teilnahme auf dem Überweisungsschein – beispielsweise als Freitext unter „Diagnose/Verdachtsdiagnose“ oder „Befund/Medikation“ – vermerkt wird.

Dies ist erforderlich, da in den Disease Management Programmen (DMP) spezialisierte Fachärzte (zum Beispiel Augenärzte) beziehungsweise die entsprechenden Einrichtungen sowie Psychotherapeuten über die DMP-Teilnahme eines Patienten informiert werden müssen. Nur so ist es innerhalb der Kooperation der Versorgungsebenen möglich, DMP-Patienten umfassend im Rahmen der DMP zu behandeln.

Außerdem ist die Abrechnung bestimmter, zusätzlich vertraglich vereinbarter Leistungen – gerade auch in Hinblick auf die Diabetesvereinbarungen und die darin vereinbarte Beratungspauschale – nur für DMP-Patienten möglich. Die Abklärung der DMP-Teilnahme über die Krankenkasse oder das Einholen gesonderter Bestätigungen ist sehr aufwendig, sodass die Kennzeichnung auf dem Überweisungsschein auch den bürokratischen Aufwand reduziert.

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

Hausarzt- und Facharzt-Thesauren

In den letzten Monaten hat die KVB vielen Fachgruppen die Thesauren des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) als Schreibtischunterlage zur Verfügung gestellt. Darin sind die häufigsten ICD-10 kodierten Diagnosen je Fachgruppe aufgelistet. Sie dienen als Hilfestellung bei der richtigen Zuordnung der ICD-10-Kodierungen und sind wichtig für die Beurteilung von Morbiditätsveränderungen.

Auf der Internetseite des ZI werden die aktualisierten Auflagen der Thesauren sukzessive in zwei Versionen – einer Schreibtischunterlage und einer „Kitteltaschenversion“ – eingestellt. Sie finden diese unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe-Erstellung-Korrektur/ICD10* oder unter www.zi.de, wenn Sie auf der Startseite rechts unten auf „erweitertes Angebot“ klicken. Hier können Sie die von Ihnen gewünschte Version herunterladen und ausdrucken. Auch die elektronische Ausgabe des Hausarzt-Thesaurus mit ZI-Kodierhilfe ist hier als Online-Version zu finden. Diese enthält noch mehr Suchbegriffe als die, die wir Ihnen als Schreibtischunterlage zur Verfügung gestellt haben. Der Wechsel zwischen der ICD- Vollversion und der Code-Vorauswahl ist mit einem Klick möglich.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und 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, 6. Juli 2013
KVB München
- Samstag, 28. September 2013
KVB Nürnberg
- 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, 17. Juli 2013
KVB Augsburg
- 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, 12. Juni 2013
KVB Würzburg
- 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, 26. Juni 2013
KVB Regensburg
- 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 neu konzipierten 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 Praxisschwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam).

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt

- Vorgehensweise bei kardiovaskulären Notfällen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- alternatives Airwaymanagement
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 95.- Euro (je Teilnehmer)

Termine:

- Samstag, 22. Juni 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Nürnberg
- Samstag, 20. Juli 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Regensburg
- 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.*

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

Alles rund ums Arbeitsrecht

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – operative tätige Fachärzte

Fortbildung Impfen

Kooperationen – Gemeinschaftspraxis oder MVZ Workshop

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – konservativ tätige Fachärzte

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Abrechnungsworkshop Urologen

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

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

Teambetreuung des geriatrischen Patienten

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Gründer-/Abgeberforum

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop HNO

QM-/QZ-Seminare

QEP-Einführungsseminar speziell für Psychotherapeuten

Ausbildung zur Qualitätsmanagement-Beauftragten - QMB in Praxen - QEP®

QEP-Update - Von Version 2005 auf Version 2010

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Juni 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	120,- Euro	22. Juni 2013 6. Juli 2013	9.00 bis 16.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr	München Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Juni 2013 16. Juli 2013	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Juni 2013 3. Juli 2013	15.00 bis 17.30 Uhr 15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Juni 2013	15.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	26. Juni 2013 3. Juli 2013	16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Juni 2013 3. Juli 2013	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg Bayreuth
Praxisinhaber	85,- Euro	29. Juni 2013 6. Juli 2013 13. Juli 2013	10.00 bis 15.00 Uhr 10.00 bis 15.00 Uhr 10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg Bayreuth Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	29. Juni 2013	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. Juli 2013	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	3. Juli 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Juli 2013	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. Juli 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	10. Juli 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	10. Juli 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. Juli 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juli 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juli 2013	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Juli 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter und -manager	220,- Euro	21. Juni 2013 22. Juni 2013	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter und -manager	195,- Euro	28. Juni 2013 29. Juni 2013	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter und -manager	kostenfrei	10. Juli 2013	14.30 bis 19.00 Uhr	Nürnberg

KVBIINFOS

7-8|13

ABRECHNUNG

- 98 Die nächsten Zahlungstermine
- 98 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2013
- 99 Abrechnungsnummern ohne Euro-Wert
- 100 Mutterschafts-Richtlinien: Vergütungsregelung zum neuen Organscreening
- 100 Präanästhesiologische Untersuchung
- 101 Nicht bewilligte Psychotherapieleistungen
- 102 Psychiatrische Gebührenordnungspositionen

VERORDNUNGEN

- 103 Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie
- 103 Versorgungszeitraum für Hilfsmittel
- 104 Medikationshöchstdauer
- 104 Nachträgliche Verordnung auf Anforderung
- 104 Langfristiger Heilmittelbedarf
- 105 Infos zu Arzneimittelrisiken und Lieferengpässen
- 105 Patientenhinweis Protonen-pumpenhemmer
- 105 Teilnahme an Verordnungsanalysen

PRAXISFÜHRUNG

- 106 Europäische Krankenversicherungskarte – EKVK

SEMINARE

- 108 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 109 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 109 Fortbildung „Psychoonkologie für Psychotherapeuten“
- 110 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Juli 2013

Abschlagszahlung Juni 2013

31. Juli 2013

Restzahlung 1/2013

12. August 2013

Abschlagszahlung Juli 2013

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 2/2013

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2013 bis spätestens **Mittwoch, den 10. Juli 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

Abrechnungsnummern ohne Euro-Wert

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 folgenden Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen gilt für Ihre

Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. Juli 2013** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Dialyse, Hautkrebscreening sowohl für über 35-Jährige als auch für unter 35-Jährige, Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch und Hörgeräteversorgung Erwachsene.

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

Neben den Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und der bayerischen oder bundesweiten Verträge finden im Bereich der KVB auch diverse Abrechnungsnummern ohne Euro-Wert (Pseudo-Nummern) Anwendung, die zur Kennzeichnung von bestimmten Sachverhalten vom Arzt beziehungsweise von der Praxis in die Abrechnung eingetragen werden. Zum Beispiel die Nummer 88115 zur Kennzeichnung von Leistungen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen gemäß Paragraph 115 b SGB V (Vertrag Ambulantes Operieren).

Eine Übersicht über die wichtigsten Pseudo-Nummern, die der Kennzeichnung in der Abrechnung dienen, stellen wir Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/BEGO-EBM* zur Verfügung. Die Übersicht kann als PDF-Datei heruntergeladen und ausgedruckt werden.

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

Mutterschafts-Richtlinien: Vergütungsregelung zum neuen Organscreening

Mit Wirkung zum 1. Juli 2013 ändern sich die Mutterschafts-Richtlinien. Frauen haben dann im Rahmen der Schwangerenbetreuung Anspruch auf weitere Sonographieleistungen. Neu ist ein „Organscreening“, das im zweiten Trimenon durchgeführt werden kann.

Die in die Mutterschafts-Richtlinien neu aufgenommenen Ultraschallmethoden sind durch die bereits im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthaltene Gebührenordnungsposition (GOP) 01770 „Betreuung einer Schwangeren“ nicht abgedeckt, da diese sich ausschließlich auf die Schwangerenbetreuung gemäß der alten Mutterschafts-Richtlinien bezieht.

Eine Anpassung des EBM steht noch aus. Eine Abrechnung des zusätzlichen Aufwands des Organscreenings als Sachleistung über Chipkarte ist deshalb derzeit nicht möglich.

Da die neu in die Mutterschafts-Richtlinien aufgenommenen Leistungen mit Inkrafttreten des Beschlusses Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung werden, haben Versicherte einen Anspruch auf Kostenerstattung gegen ihre Krankenkasse. In denjenigen Fällen, in denen der Versicherte nach den in den ab dem 1. Juli 2013 gültigen Mutterschafts-Richtlinien neu geschaffenen Methoden des Ultraschalls untersucht wird, kann neben der GOP 01770 unter Beachtung der bundesmantelvertraglichen Bestimmungen eine GOÄ-Rechnung gestellt werden.

Es wird empfohlen, auf der ausgestellten Rechnung nach GOÄ einen entsprechenden Hinweis aufzunehmen. Vonseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird ein

Steigerungssatz zwischen 1,0 und 2,3 als angemessen angesehen.

Leistungen nach dem bisherigen Umfang der Mutterschafts-Richtlinien werden weiterhin über die GOP 01770 berechnet.

Sie finden den Beschluss auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationen/Beschlüsse sowie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/BEGO-EBM* unter dem Punkt „Weitere Informationen“.

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

Präanästhesiologische Untersuchung

Laut Leistungslegende kann die Gebührenordnungsposition GOP 05310 EBM einmal im Behandlungsfall für die präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation der Abschnitte 31.2 EBM beziehungsweise 36.2 EBM abgerechnet werden.

Die Leistung der GOP 05310 EBM ist deshalb nur vergütungsfähig, wenn eine entsprechende Operation der Abschnitte 31.2 EBM beziehungsweise 36.2 EBM durchgeführt wurde oder zumindest geplant war. Die Nachvollziehbarkeit des Ansatzes der GOP 05310 EBM können Sie sicherstellen, indem Sie in Ihrer Abrechnung den OPS der geplanten Operation aus dem Anhang 2 des EBM angeben (unter dem/der für den OPS vorgesehenen Zusatz/Begründung – Feldkennung 5035).

Das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (26. Januar 2011, Az.: L 11 KA 5/09) bestätigt, dass die Vergütung der präanästhesiologischen Untersuchung die Grundleistung eines anderen Vertragsarztes nach Kapitel 31.2 beziehungsweise 36.2 EBM voraussetzt. Neben Anästhesien und Narkosen aus dem Kapitel 5, insbesondere neben der GOP 05330 EBM (Anästhesie und/oder Narkose bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit beziehungsweise Eingriffszeit von 15 Minuten) ist die GOP 05310 EBM nicht gesondert berechnungsfähig. Eine Vergütung der präanästhesiologischen Untersuchung ist ausschließlich bei ambulanten oder belegärztlichen Operationen der Abschnitte 31.2 beziehungsweise 36.2 EBM möglich. Aufgrund der umfangreichen Prüfanträge der Krankenkassen zur Abrechnung der GOP 05310 EBM neben der GOP 05330 EBM war es nötig, ab dem Quartal 1/2011 einen entsprechenden Leistungsausschluss

Nicht bewilligte Psychotherapieleistungen

in das Regelwerk der Abrechnungsprüfung aufzunehmen. Es erfolgt eine Streichung der GOP 05310 EBM, sofern sie neben der GOP 05330 EBM abgerechnet wurde. Betroffene Praxen werden über die Berichtungen gesondert informiert. Diese Abrechnungskonstellation ist häufig bei Operationen im zahnärztlichen sowie mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Bereich zu finden. Wird eine Narkose/Anästhesie bei einem zahnärztlichen Eingriff erbracht, so handelt es sich hierbei immer um eine Operation außerhalb der Abschnitte 31.2 beziehungsweise 36.2 EBM, da der Zahnarzt keine Möglichkeit hat, Leistungen über den EBM abzurechnen. Hier besteht bei entsprechender Erbringung des Leistungsinhalts nur die Möglichkeit der Abrechnung der GOP 05330 EBM (Anästhesie und/oder Narkose), nicht aber der GOP 05310 EBM. Die präanästhesiologische Untersuchung nach der GOP 05310 EBM ist in diesem Falle bereits mit der Grundpauschale beziehungsweise der GOP 05330 EBM abgegolten. Dies gilt ebenso, wenn sich der Mund-Kiefer-Gesichtschirurg entschließt, über den Bundes einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen, kurz BEMA abzurechnen.

Wenn der Mund-Kiefer-Gesichtschirurg eine Leistung nach Abschnitt 31.2.8 EBM beziehungsweise 36.2.8 EBM erbringt und abrechnet, rechnen Sie bitte die Anästhesie/Narkose des Kapitels 31 EBM beziehungsweise 36 EBM ab. In diesem Fall können Sie ebenfalls die präanästhesiologische Untersuchung nach der GOP 05310 EBM abrechnen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Carmen Meisinger unter
Telefon 09 41 / 39 63 – 2 39
E-Mail Carmen.Meisinger@kvb.de

Die Abrechnung von antragspflichtigen Psychotherapieleistungen ohne die erforderliche Bewilligung der Krankenkasse ist kein „Kavaliersdelikt“. Bereits in den KVB INFOS 5/2012 informierten wir Sie darüber, dass Krankenkassen das Fehlen einer Bewilligung immer wieder zum Anlass für entsprechende Korrekturanträge nehmen, und erinnerten an die Übermittlung der korrekten Bewilligungsangaben mit Ihren Abrechnungsdatensätzen.

Inzwischen wurde ein psychotherapeutisch tätiger Kollege zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr auf Bewährung verurteilt, da dieser Psychotherapieleistungen aus dem Abschnitt 35.2 des EBM abrechnete, ohne dass eine entsprechende Bewilligung der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse der behandelten Patienten gemäß Paragraph 14 Psychotherapie-Vereinbarung vorlag. Vorausgegangen war die Strafanzeige einer Krankenkasse, die die Abrechnung der nicht bewilligten Leistungen feststellte. Strafrechtlich wurde dies im konkreten Fall als Abrechnungsbetrug eingestuft.

Der Abschnitt 35.2 des EBM beschreibt die antragspflichtigen Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). Die Erbringung der innerhalb dieses Kapitels mit den dortigen Gebührenordnungspositionen (GOPen) beschriebenen Leistungen ist bewilligungspflichtig.

Das Antragsverfahren ist vorab gemäß den Paragraphen 25 und 28 der Psychotherapie-Richtlinie in Verbindung mit Paragraph 11 der Psychotherapie-Vereinbarung gegenüber der Krankenkasse des je-

weiligen Patienten für jeden Patienten einzeln durchzuführen. Bitte denken Sie im eigenen Interesse daran, die nötigen Bewilligungen der Krankenkassen einzuholen.

Weitere Informationen zum Antragsverfahren finden Sie in der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Anlagen 1 zum BMV-Ä/EKV) unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bund/Psychotherapie* sowie im Wegweiser zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Psychotherapeutische Leistungen*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Stefanie Wegmann unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 18
E-Mail Stefanie.Wegmann@kvb.de

Psychiatrische Gebührenordnungspositionen

Um Abrechnungsfehler im Bereich der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenärzte und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie künftig zu vermeiden, bitten wir Sie, folgende ergänzende Informationen zur Leistungslegende des EBM in Bezug auf unten genannte Gebührenordnungspositionen (GOPen) zu beachten:

GOP 21216 – Zuschlag Fremdanamnese

GOP 21216 umfasst die Fremdanamnese und/oder Anleitung beziehungsweise Betreuung von Bezugspersonen schwer psychisch erkrankter Patienten mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit. Ausschlaggebend dabei ist der erhebliche Schweregrad der psychischen Erkrankung, denn auch wenn für eine umfassende Diagnostik des Patienten eine anamnestiche Information Dritter zusätzlich erforderlich ist, berechtigt dies nicht automatisch zur Abrechnung der GOP 21216. Diese ist nur dann berechnungsfähig, wenn die Kommunikationsfähigkeit des Patienten aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung so gestört ist, dass zur Anamneseerhebung oder Anleitung beziehungsweise Betreuung Bezugspersonen hinzugezogen werden müssen. Anamnesen, Anleitungen oder Ähnliches, die durch Verständigungsschwierigkeiten mit Ausländern erschwert sind oder deshalb mit Bezugspersonen erfolgen, weil der Patient noch nicht, noch nicht ausreichend oder nicht/nicht mehr ausreichend sprechen kann, rechtfertigen den Ansatz der GOP 21216 nicht.

Mit „Anleitung beziehungsweise Betreuung von Bezugspersonen“ sind nicht die normalen und sich gegebenenfalls regelmäßig wiederholenden

Gespräche mit Pflegepersonen gemeint. Es muss sich hier immer um eine ausführliche Anleitung einer Bezugsperson im Zusammenhang mit der Behandlung eines schwer psychisch erkrankten Patienten handeln. Normale Gespräche mit Anweisung beziehungsweise Anleitung von Bezugspersonen sowie von vormundschaftsgerichtlichen Betreuern werden durch die Abrechnung der GOP 21230 (Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung) beziehungsweise der GOP 16230 (Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung) abgegolten.

Die Abrechnungshäufigkeit der GOP 21216 ist zudem auf fünfmal im Behandlungsfall begrenzt. Dies gilt auch dann, wenn mit einer Bezugsperson mehrmals oder mit mehreren Bezugspersonen Gespräche von mehr als insgesamt 50 Minuten Dauer geführt wurden.

GOP 21217 – Zuschlag supportive psychiatrische Behandlung

Die GOP 21217 kann dann angesetzt werden, wenn ein Patient affektiv, psychotisch, psychomotorisch und/oder hirnorganisch akut dekompenziert ist. Ein solcher Patient erfordert die sofortige medikamentöse oder verbale Intervention des Arztes, gegebenenfalls auch die Anleitung der betroffenen Personen des familiären und sozialen Umfeldes des Patienten.

In den meisten Fällen wird die Leistung mit einem Besuch in Verbindung stehen, der mit den GOPen 01410, 01411, 01412 oder 01413 berechnet werden kann. Nur in seltenen Ausnahmen ist eine solche Leistung im Rahmen einer Praxisbehandlung denkbar, zum Beispiel, wenn die Eröffnung des Arztes über eine schwer-

wiegende Erkrankung eine akute psychische Dekompensation auslöst oder ein derartig dekompenzierter Patient in die Praxis gebracht wurde.

Die Abrechnungshäufigkeit der GOP 21217 ist auf höchstens dreimal im Behandlungsfall begrenzt und kann nur im Rahmen eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts abgerechnet werden.

GOP 21220 – Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Erörterung und/oder Abklärung

Da im obligaten Leistungsinhalt die Einzelbehandlung gefordert ist, darf die GOP 21220 nur im Rahmen eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts abgerechnet werden. Die Leistung ist bei einer vollendeten Gesprächsdauer von zehn Minuten und je weitere zehn Minuten und damit in einer Sitzung auch mehrfach berechnungsfähig.

Wird die GOP 21220 allerdings neben den Grundpauschalen angesetzt, ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung, da in der Grundpauschale ein solches Gespräch bereits im Sinne der GOP 21220 enthalten ist. Auch bei der Nebeneinanderabrechnung der GOP 21220 mit diagnostischen beziehungsweise therapeutischen GOPen muss eine um zehn Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden GOPen angegebenen Zeiten vorliegen. Wir empfehlen daher, die beanspruchte Zeit in der Patientendokumentation schriftlich zu vermerken.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Barbara Stecher unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 62
E-Mail Barbara.Stecher@kvb.de

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

Anlage VI (Off-Label-Use) – Teil A Wirkstoffe, die im zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – verordnungsfähig sind, wurden um den Absatz „XII. 5-Fluorouracil in Kombination mit Mitomycin und Bestrahlung bei Analkarzinom“ ergänzt. Der Beschluss trat am 8. Mai 2013 in Kraft.

Die Behandlung mit 5-Fluorouracil (5-FU) und Mitomycin parallel zur Strahlentherapie ist angezeigt für

- nicht vorbehandelte Patienten mit Analkarzinom, bei denen die potenziell kurative operative Behandlung zum Verlust des natürlichen Darmausgangs führen würde
- Patienten mit Rezidiv eines Analkarzinoms nach operativer Behandlung

Ausführliche Informationen dazu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung Aktuell*.

Anlage XII (frühe Nutzenbewertung): Veranlassung einer Nutzenbewertung von Arzneimitteln im Bestandsmarkt

Der Gesetzgeber (Paragraf 35 a Absatz 6 SGB V) sieht vor, dass der G-BA die Durchführung einer Nutzenbewertung für Arzneimittel, die vor dem 1. Januar 2011 in Verkehr gebracht wurden, beschließen kann. Dabei sollen vorrangig Arzneimittel bewertet werden, die für die Versorgung von Bedeutung sind oder mit Arzneimitteln im Wettbewerb stehen, für die bereits eine Nutzenbewertung durchgeführt wurde.

Der G-BA hat beschlossen, für einige Wirkstoffe aus dem Bestandsmarkt eine Nutzenbewertung zu veranlassen. In den nächsten Monaten wird

zu festgelegten Zeitpunkten eine Nutzenbewertung durchgeführt.

Betroffen sind 14 Wirkstoffe aus folgenden Indikationsgebieten:

- starke, chronische Schmerzen (Betäubungsmittel)
- Osteoporose
- Vorhofflimmern, Prophylaxe Schlaganfall und kardioembolische Erkrankungen, tiefe Venenthrombose
- Diabetes mellitus Typ 2
- Depression
- rheumatoide Arthritis

Gleichzeitig mit dem jeweiligen Wirkstoff sollen weitere für die entsprechende Indikation zugelassene patientengeschützte Wirkstoffe in das Nutzenbewertungsverfahren einbezogen werden.

Ausführliche Informationen über einzelne Nutzenbewertungsverfahren finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Frühe Nutzenbewertung*.

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

Versorgungszeitraum für Hilfsmittel

Aktuell häufen sich Anfragen zur Angabe des Versorgungszeitraums für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (zum Beispiel Inkontinenzhilfsmittel, Pen-Nadeln, Lanzetten) auf der Verordnung. Deshalb möchten wir Sie über die korrekte Vorgehensweise und Hintergründe informieren.

Im täglichen Umgang mit Ihren Patienten ist für Sie zunächst wichtig zu wissen, dass sich für Sie nichts geändert hat. Die Hilfsmittel-Richtlinie bleibt unverändert, daher ist der Versorgungszeitraum auf den Verordnungen nicht von Ihnen einzutragen.

Der GKV-Spitzenverband gibt den Apotheken Abrechnungsrichtlinien vor. Diese Abrechnungsrichtlinien wurden durch den GKV-Spitzenverband geändert, sodass Apotheken dazu verpflichtet wurden, einen Versorgungszeitraum anzugeben.

In der Regel ergibt sich der Versorgungszeitraum aus der verordneten Menge. Im Zweifelsfall muss der Apotheker den einzutragenden Zeitraum je nach Verbrauch mit dem Patienten klären.

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

Medikationshöchstdauer

Laut Arzneimittel-Richtlinie sind Sie verpflichtet, sich vor jeder Verordnung vom Gesundheitszustand Ihres Patienten überzeugt zu haben. Für Patienten, deren Zustand Ihnen aus der laufenden Behandlung bekannt ist (= Chroniker) und die gut auf ihre Medikamente eingestellt sind, ist eine Verordnung des üblichen Quartalsbedarfs möglich. Jedoch nicht länger!

Bei längeren Auslandsaufenthalten ist eine Verordnung der Medikamente über den Zeitraum nicht möglich. Der Anspruch auf Leistungen ruht, wenn sich gesetzlich Versicherte lange im Ausland aufhalten (Paragraf 16 SGB V).

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

Nachträgliche Verordnung auf Anforderung

Laut Arzneimittel-Richtlinie ist eine Verordnung nur zulässig, wenn Sie sich vom Zustand Ihres Patienten überzeugt haben oder wenn Ihnen der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist.

Die nachträgliche Ausstellung eines Rezepts aufgrund einer Anforderung Dritter (zum Beispiel Pflegeheim, Apotheke) ist nicht zulässig.

Auf keinen Fall ist eine Rückdatierung eines Rezepts möglich! Auch ein Hinweis auf der Verordnung über die (rechtlich unzulässige) nachträgliche Anforderung von Rezepten ist unzulässig!

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

Langfristiger Heilmittelbedarf

Die meisten Krankenkassen haben sich zwischenzeitlich gegen ein individuelles Genehmigungsverfahren entschieden. So ist der bürokratische Aufwand für Sie möglichst gering. Handelt es sich also um eine Diagnose der Anlage 2 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten, kann der Therapeut direkt beginnen.

Sie finden unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Heilmittel/Heilmittel außerhalb des Regelfalls* je eine Übersicht über Krankenkassen ohne und mit Genehmigungsverfahren.

Für den Fall, dass die Krankenkasse Ihres Patienten auf das individuelle Genehmigungsverfahren besteht, finden Sie auf der oben genannten Internetseite eine Vorlage „Ärztliche Bestätigung“, die Sie Ihrem Patienten bitte zusammen mit der Heilmittel-Verordnung aushändigen. So bleiben Anfragen der Krankenkassen aus und Ihr bürokratischer Aufwand bleibt gering.

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

Infos zu Arzneimittelrisiken und Lieferengpässen

Mit zwei neuen Datenbanken erweitert das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sein Informationsangebot zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) und Lieferengpässen bei Arzneimitteln.

Ärzte und Patienten können sich im Internet unter <http://nebenwirkung.bfarm.de> über die seit 1995 beim BfArM gemeldeten Verdachtsfälle zu UAW kostenlos informieren. Eine Filterfunktion ermöglicht es, gezielt nach einzelnen Nebenwirkungsbegriffen, Wirkstoffen, Zeiträumen und Altersgruppen zu recherchieren. Das BfArM weist jedoch darauf hin, dass die entscheidenden Informationsquellen zur Anwendung und zu Risiken von Arzneimitteln weiterhin die Gebrauchsinformation („Packungsbeilage“) für Patienten und die Fachinformation für Ärzte bleiben.

Ziel der neuen Internetseite www.bfarm.de/lieferengpaesse ist es, dass Ärzte und Apotheker rechtzeitig auf Lieferengpässe bestimmter Arzneimittel reagieren können. In der Datenbank werden verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung lebensbedrohlicher oder schwerwiegender Erkrankungen aufgeführt, für die keine Alternativpräparate zur Verfügung stehen. Gemeldet werden sollen Lieferengpässe vor allem bei Onkologika, Antibiotika und Notfallarzneimitteln.

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

Patientenhinweis Protonenpumpenhemmer

Ab sofort finden Sie zum Thema Protonenpumpenhemmer unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Patienteninformationen* patientengerecht formulierte Patientenhinweise, die Sie bei Ihren Patientengesprächen unterstützen sollen. Die Informationen sind auch zur Auslage in Ihrem Wartezimmer geeignet.

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

Teilnahme an Verordnungsanalysen

Mitunter erhalten Sie sicher auch Anfragen, ob Sie Ihre Verordnungsdaten anonymisiert zur Auswertung an Dritte – beispielsweise an die Pharmaindustrie – übermitteln würden. Eventuell wird Ihnen dafür auch eine entsprechende Aufwandsentschädigung angeboten.

Bei der Reaktion auf eine solche Nachfrage gilt es Folgendes zu beachten:

Für den Vertragsarzt ergibt sich aus Paragraph 305 a SGB V ein grundsätzliches Übermittlungsverbot. Dieses Verbot zielt darauf ab, eine detaillierte Aufschlüsselung des Verordnungsverhaltens einzelner Vertragsärzte unmöglich zu machen.

Eine Ausnahme von diesem Verbot besteht lediglich dann, wenn an eine Stelle übermittelt wird, die bestimmte Kriterien erfüllt. So müssen sich entsprechende Einrichtungen verpflichten, Verordnungsdaten ausschließlich als Nachweis für die in einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Region mit mindestens 300.000 Einwohnern oder mindestens 1.300 Ärzten insgesamt in Anspruch genommene Leistungen zu verarbeiten.

Lassen Sie sich deshalb die Einhaltung der obigen Verpflichtungen von der die Daten verwendenden Stelle schriftlich bestätigen, sofern Sie überhaupt eine Übermittlung beabsichtigen.

Nutzen Sie bei Fragen zur Verordnungsweise auch unser vielfältiges Beratungsangebot.

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

Europäische Krankenversicherungskarte – EKVK

Wir möchten die bevorstehende Urlaubszeit zum Anlass nehmen und darauf hinweisen, mit welchen Krankenversichertenkarten ausländische Patienten im Rahmen des Sozialversicherungsabkommens in der Europäischen Union und mit weiteren Staaten Arztpraxen aufsuchen können. Dies gilt selbstverständlich auch außerhalb der Urlaubszeit für sich vorübergehend in Deutschland aufhaltende ausländische Patienten dieses Personenkreises, zum Beispiel für Studenten.

Die Europäische Krankenversicherungskarte ist gültig in den 27 Staaten der EU sowie in der Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen. Sie ist entweder verbunden mit der nationalen Krankenversicherungskarte oder als separate Karte ausgestaltet, sieht in allen Ländern gleich aus und enthält dieselben Informationen in der jeweiligen Landessprache.

Einen visuellen Eindruck von der European Health Insurance Card (EHIC) erhalten Sie unter <http://ec.europa.eu/social>. Klicken Sie auf „deutsch“, gehen Sie dann unter „im Brennpunkt“ auf „Europäische Krankenversicherungskarte“, klicken Sie dann auf „Erkennungsmerkmale der Karte“. Ein Doppelklick auf die jeweilige Karte zeigt Ihnen die vollständige Vorder- und Rückansicht.

Hinweise zur Vorgehensweise bei der Behandlung eines im Ausland versicherten Patienten

Bei einem Patienten mit EKVK-Karte aus einem Staat nach dem EWG-Abkommen (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Lettland,

Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern (griechischer Teil)) ist Folgendes zu beachten:

1. Ein Patient legt zur Behandlung
 - eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung (PEB)
 - sowie einen Identitätsnachweis (Reisepass oder Personalausweis) vor.
2. Kopieren Sie die EKVK/PEB und den Identitätsnachweis des Patienten jeweils zweimal. Alternativ, falls keine Möglichkeit besteht, die Dokumente zu kopieren, tragen Sie die Daten in das Muster 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten) ein, das Sie anschließend abstempeln und unterschreiben.
3. Der Patient füllt das Muster 81 (Erklärung des Patienten) aus und unterschreibt es. Hier gibt er auch die von ihm gewählte deutsche Krankenkasse an.
4. Senden Sie eine Kopie der EKVK/PEB und die Kopie des Identitätsnachweises (alternativ Muster 80) sowie das Muster 81 möglichst schnell an die vom Patienten gewählte Krankenkasse. Die Zweitkopie/Durchschläge verbleiben bei Ihnen und müssen zwei Jahre lang aufbewahrt werden.
5. Sie rechnen die Kosten für die Behandlung mit der KV nach den Regelungen des Ersatzverfahrens ab, das heißt:
 - Sie stellen einen Abrechnungsschein (Muster 5) aus.

- Ins Adressfeld tragen Sie nur Namen, Vornamen und Geburtsdatum sowie die gewählte Krankenkasse ein.
- In das Feld „Status“ fügen Sie die Ziffer „10007“ ein.

Zusätzlich sind für die Fotokopien die EBM-Ziffer 40144 und für die Versendung der Unterlagen die EBM-Ziffer 40120 berechnungsfähig.

Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Diese erfolgen auf den üblichen Formularen. Im Adressfeld tragen Sie unter „Status“ die Ziffer „10007“ ein.

Krankenhausbehandlungen

Tragen Sie auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) den Namen der aushelfenden deutschen Krankenkasse und im Statusfeld die Ziffer „10007“ ein.

Überweisungen

Tragen Sie im Statusfeld die Nummer „10007“ ein. Bei Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, ist auch die voraussichtliche Aufenthaltsdauer anzugeben. Für den weiterbehandelnden Arzt gelten die vorher beschriebenen Regelungen entsprechend.

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Stellen Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus. Der Patient erhält das Original sowie die Durchschrift zur Vorlage beim Arbeitgeber und der Krankenkasse. Sie brauchen keine Durchschrift an die aushelfende deutsche Krankenkasse weiterzuleiten.

Ausländische Patienten aus Staaten mit bilateralen Abkommen

Ein Patient, der auf Basis eines bilateralen Abkommens (Bosnien und Herzegowina, Israel nur für Leistungen bei Mutterschaft, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei und Tunesien) Anspruch auf Leistungen bei Krankheit oder Mutterschaft hat, kann ebenfalls bei seinem Aufenthalt in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen. Der Leistungsumfang ist jedoch deutlich eingeschränkter als bei Patienten aus Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder aus der Schweiz. Es sind nur solche Behandlungen durchzuführen, die unaufschiebbar sind.

So gehen Sie im Behandlungsfall vor

1. Ein Patient aus einem Land mit bilateralem Abkommen legt einen Abrechnungsschein der gewählten deutschen Krankenkasse vor.
2. Sie prüfen die Dringlichkeit der Behandlung und achten auf die Behandlungseinschränkungen, die auf dem Abrechnungsschein notiert sind.
3. Sie erfassen den Abrechnungsschein.

Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Diese erfolgen auf dem Arzneiverordnungsblatt (Vordruckmuster 16). Im Adressfeld tragen Sie unter „Status“ die Ziffer „10007“ ein. Bitte weisen Sie den Patienten darauf hin, dass Heil- und Hilfsmittel gegebenenfalls vor der Lieferung von der gewählten deutschen Krankenkasse genehmigt werden müssen.

Krankenhausbehandlungen

Tragen Sie auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) die im Abrechnungsschein von der aushelfenden deutschen Krankenkasse angegebene Statusnummer ein.

Überweisungen

Eine Überweisung zu einem weiteren Arzt ist nur zulässig, wenn der Patient eine Versichertenkarte der aushelfenden deutschen Krankenkasse vorlegt.

Bei Patienten mit Abrechnungsschein bescheinigen Sie die Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Behandlung auf einem Rezept (Muster 16). Dieses Rezept muss der Patient bei der aushelfenden deutschen Krankenkasse vorlegen. Er bekommt dann wieder einen Abrechnungsschein und kann einen weiteren Arzt aufsuchen.

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Stellen Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus. Der Patient erhält das Original zur Vorlage beim Arbeitgeber. Die Durchschrift leiten Sie an die aushelfende deutsche Krankenkasse weiter.

Patienten aus dem Ausland, die keinen oder nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen

In diesem Fall informieren Sie den Patienten, dass er sich an eine gesetzliche Krankenkasse seiner Wahl wenden kann, um gegebenenfalls einen Anspruchsnachweis (EKVK/PEB, Abrechnungsschein, Krankenversichertenkarte) zu erhalten, wenn mit seinem Heimatland ein entsprechendes Sozialversicherungsabkommen besteht. Auch Patienten, die

ihren Leistungsanspruch mit einer anderen Bescheinigung nachweisen (zum Beispiel Muster E 112 oder E 121), müssen nach wie vor zuerst zur Krankenkasse. Dort erhalten Sie einen Abrechnungsschein. Reicht der Patient den Anspruchsnachweis innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nach, sind Sie verpflichtet, dem Patienten das Honorar zu erstatten. Wenn Sie dem Patienten Ihr Honorar privat (auf Basis der GOÄ) in Rechnung stellen, können auch Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden.

Weiterführende Informationen zur Abrechnung ausländischer Patienten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bund/über- und zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht* sowie in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe-Erstellung-Korrektur/Besondere Kostenträger*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 12 03
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 21
 E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und 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, 28. September 2013
KVB Nürnberg
- 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, 17. Juli 2013
KVB Augsburg
- 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 abg. 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:

- Samstag, 20. Juli 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Regensburg
- 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.*

Fortbildung „Psychoonkologie für Psychotherapeuten“

Für die oben genannte Veranstaltung am 24. Juli 2013 um 15.00 bis 19.00 Uhr in der KVB-Bezirksstelle Augsburg können wir Ihnen noch freie Plätze anbieten. Inhaltlich wird sich an diesem Nachmittag alles um die therapeutische Kommunikation in der Psychoonkologie sowie um das Interventionsspektrum der Psychoonkologie drehen. Referenten sind Dr. Hansjörg Ebell und Dipl. Psych. Dr. Klaus Höning.

Von der PTK-Bayern wurde die Veranstaltung mit fünf Fortbildungspunkten bewertet. Sie richtet sich sowohl an ärztliche als auch an Psychologische Psychotherapeuten. Weitere Informationen – auch zur Anmeldung – finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare.*

Psychotherapeuten, die am Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs teilnehmen, können mit dem Besuch dieser Veranstaltung die erforderliche Fortbildung nachweisen.

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

Fortbildung Impfen

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop HNO

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Fortbildung Psychoonkologie

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Beschwerdemanagement

Erstkraft in der Praxis - Modul II – Kommunikation: Grundlage zur Führung

Telefonieren herzerfrischend anders – Aufbaukurs

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – operativ tätige Fachärzte

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Alles rund ums Arbeitsrecht

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Chirurgen/Orthopäden/Reha

QM-/QZ-Seminare

Lokale Moderatorentreffen

QEP®-Update - von Version 2005 auf Version 2010

Fortbildung „MRSA positiv! MRSA-Patienten in der Praxis“

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juli 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	München
		20. Juli 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	85,- Euro	13. Juli 2013	10.00 bis 15.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juli 2013	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
		14. September 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Juli 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		18. Juli 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Juli 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Juli 2013	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	17. Juli 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		18. September 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Juli 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	80,- Euro	24. Juli 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Juli 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	München
		18. September 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	26. Juli 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	26. Juli 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	26. Juli 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		13. September 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. September 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	11. September 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. September 2013	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. September 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. September 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Interessierte QZ-Moderatoren	kostenfrei	3. Juli 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
		17. Juli 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	München
		24. Juli 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter und -manager	kostenfrei	10. Juli 2013	14.30 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	17. Juli 2013	15.00 bis 18.30 Uhr	Bayreuth
		20. September 2013	15.00 bis 18.30 Uhr	Regensburg

KVBBINFOS 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 „Notarztdienst-Abrechnung“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe-Erstellung-Korrektur/Notarztdienst-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 abschließlicher 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 Altersschwindel
 - 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 Ersteerhebung 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 Abstaffelungsquote „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, koffeinhaltige 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 kardiopulmonalen 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	

KVBIINFOS 10|13

ABRECHNUNG

- 158 Die nächsten Zahlungstermine
- 158 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2013
- 159 Neue GOP 03230 EBM
Gesprächsleistung:
Richtigstellung
- 160 Geänderte Abrechnungs-
bestimmungen für den
Notarzdienst
- 160 Kennzeichnungspflicht der
Leistungen
- 161 Widerspruch gegen
Beratungsprotokolle der
Prüfungsstelle Ärzte Bayern

VERORDNUNGEN

- 162 Das „Grüne Rezept“
- 162 Ergänzungen der Arzneimittel-
Richtlinie
- 162 Neue Empfehlungen der
STIKO vom August 2013
- 162 Verordnungsfähigkeit einer
subkutanen Infusion
- 162 Neue Patientenhinweise
- 163 Ruhen der Zulassung von
Tetrazepam
- 163 Verordnungsfähigkeit von
Xarelto®
- 163 FAQs zur Krankenförderung
- 164 Ambulante Vorsorgekuren in
anerkannten Kurorten

PRAXISFÜHRUNG

- 165 Befreiung von der Gesetzlichen
Rentenversicherung

ALLGEMEINES

- 165 SmarAkt: Anbindung von
Krankenhäusern

SEMINARE

- 166 Die nächsten Seminartermine
der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

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

Neue GOP 03230 EBM: Richtigstellung

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

elektronischen 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

Notarztsätze über emDoc

Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarztsätzen 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 „Notarztdienst-Abrechnung“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe-Erstellung-Korrektur/Notarztdienst-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

In den KVB INFOS 9/2013 auf Seite 121 haben wir Ihnen mitgeteilt, dass das problemorientierte ärztliche Gespräch nach der GOP 03230 EBM auch telefonisch erbracht werden kann. Diese Aussage müssen wir revidieren, da die Leistung bei einem telefonischen Gespräch nicht abgerechnet werden kann.

Hier treffen die Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 EBM zu, nach denen telefonische Arzt-Patienten-Kontakte Inhalt der Versichertenpauschalen sind und demzufolge nicht gesondert berechnet werden können.

Werden im Behandlungsfall ausschließlich telefonische Arzt-Patienten-Kontakte durchgeführt, sind diese nach der GOP 01435 EBM berechnungsfähig.

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

Geänderte Abrechnungsbestimmungen für den Notarztdienst

Die Vertreterversammlung hat am 5. Juni 2013 beschlossen, die Abrechnungsbestimmungen der KVB zu ändern und für den Bereich Notarztdienst anzupassen. Die Änderung wurde im Bayerischen Staatsanzeiger bereits veröffentlicht.

Für die Einreichung der Abrechnung gelten damit die Fristen des Paragraphen 3 der Abrechnungsbestimmungen der KVB. Derzeit sind Abrechnungen grundsätzlich spätestens bis zum 10. Tag nach Ablauf des Abrechnungsquartals bei der KVB einzureichen. Die Abrechnung von Behandlungsfällen im Notarztdienst ist mit Ablauf des Quartals ausgeschlossen, das auf das Quartal folgt, in dem die Leistungen erbracht worden sind (Paragraph 3 Absatz 4 Satz 2 der Abrechnungsbestimmungen).

Diese Änderung wurde nötig, weil gemäß Paragraph 42 der Ausführungsverordnung zum Bayerischen Rettungsdienstgesetz (AVBayRDG) die Landesverbände der Durchführenden des Rettungsdienstes und – soweit diese nicht in Landesverbänden zusammengeschlossen sind – die Durchführenden, die Betreiber der Integrierten Leitstellen, die KVB und die mit der Sicherstellung der Mitwirkung von Verlegungsärzten Beauftragten bis zum Ablauf des fünften Monats nach Ende des Entgeltzeitraums der Zentralen Abrechnungsstelle für den Rettungsdienst in Bayern jeweils eine Schlussrechnung über den Vollzug der Kostenvereinbarung vorzulegen haben.

Die sonst übliche Einreichungsfrist für Vertragsärzte von drei Quartalen macht eine derartige Schlussrechnung nicht möglich, sodass eine gesonderte Regelung in Bezug

auf die Abrechnung im Notarztdienst erforderlich ist.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Domenica Sonntag unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 34 96
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 44 96
E-Mail Domenica.Sonntag@kvb.de

Kennzeichnungspflicht der Leistungen

Wir bitten Sie, bei der Erstellung der Abrechnung auf die richtige Kennzeichnung Ihrer erbrachten Leistungen mit Ihrer lebenslangen Arztnummer (LANR) zu achten. Bei der Abrechnung von Leistungen sind die Gebührenordnungspositionen nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen der KVB unter Angabe der lebenslangen Arztnummer sowie aufgeschlüsselt nach Betriebs- und Nebenbetriebsstätten (BSNR beziehungsweise NBSNR) zu kennzeichnen (siehe Allgemeine Bestimmungen Punkt 5.2 des EBM). Die Kennzeichnungspflicht gilt auch für angestellte Ärzte.

Wenn die richtige Kennzeichnung nicht erfolgt, kann dies zu folgenden Problemen führen:

- Streichung der Leistungen, weil zum Beispiel genehmigungspflichtige Leistungen über eine LANR ohne entsprechende Genehmigung zur Abrechnung dieser Leistungen abgerechnet wurden.
- Überprüfungen der Praxistätigkeit, weil zum Beispiel eine erhöhte Leistungserbringung einer LANR gegenüber einer verringerten Leistungserbringung der anderen LANR in einer Gemeinschaftspraxis, einem MVZ etc. nicht nachvollzogen werden kann.
- Fehlerhafte Arzt-Zuordnung von Tages- und Quartalsarbeitszeiten sowie des erwirtschafteten Honorars.

Durch die richtige LANR-Kennzeichnung lassen sich Missverständnisse, die aus Ihrer Abrechnung resultieren, von vornherein vermeiden.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Carmen Meisinger unter
Telefon 09 41 / 39 63 – 2 93
E-Mail Carmen.Meisinger@kvb.de

Widerspruch gegen Beratungsprotokolle der Prüfungsstelle Ärzte Bayern

Eine wichtige Information zur individuellen Beratung durch die Prüfungsstelle Ärzte Bayern, die Sie unbedingt beachten sollten: Sie können gegen die Beratungsprotokolle Widerspruch einlegen.

Die Beratungsprotokolle der Prüfungsstelle Ärzte Bayern können durchaus Bescheidqualität haben. Deshalb stellt sich ergänzend zu den Ausführungen in KVB FORUM, Ausgabe 05/2013, Seite 21, zum Thema „Wirtschaftlichkeitsprüfung“ gemäß Paragraf 106 Absatz 5e SGB V in- zwischen vielen betroffenen Ärzten die Frage, welche Handlungsoptionen es nach individuellen Beratungen der Prüfungsstelle Ärzte Bayern gibt. Was tun, wenn man mit den in der Beratung festgestellten Tatsachen nicht einverstanden ist, seine Praxisbesonderheiten nicht umfassend gewürdigt sieht oder sich schlichtweg nicht „individuell“ beraten fühlt?

Jedes förmliche Verwaltungsverfahren, so auch die Einleitung und Durchführung von Prüfverfahren, muss grundsätzlich mit einem Bescheid abgeschlossen werden. Ein solcher Bescheid muss eine Rechtsbehelfsbelehrung enthalten, in der der Betroffene auf die Möglichkeit der Einlegung eines Widerspruchs hingewiesen wird.

Die Praxis sieht jedoch anders aus: Die Prüfungsstelle Ärzte Bayern versendet nach der individuellen Beratung ein Beratungsprotokoll, das weder den formellen Anforderungen an einen Bescheid entspricht, noch über mögliche Rechtsbehelfe gegen das Protokoll aufklärt. Viele Vertragsärzte fragen hier zu Recht, ob man sich gegen das Protokoll wehren kann. Die Antwort lautet: „Ja, man kann!“.

Das Protokoll enthält ähnliche Regelungen wie ein Bescheid und ist deshalb – trotz der Bezeichnung als Protokoll – rechtlich als Verwaltungsakt zu qualifizieren, gegen den man Widerspruch erheben kann.

Sobald der betroffene Arzt mit den Ausführungen im Protokoll nicht einverstanden ist, sollte im Einzelfall abgewogen werden, ob man Widerspruch gegen das Protokoll einlegt. Da das Protokoll keine Rechtsbehelfsbelehrung enthält, kann der Widerspruch bis zu einem Jahr nach Zustellung des Protokolls eingelegt werden. Der Widerspruch ist bei der Prüfungsstelle Ärzte Bayern einzulegen. Bei Fragen zu Form oder Inhalt des Widerspruchs können sich betroffene Ärzte gerne an die KVB wenden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 6 51 oder
 Telefon 09 41 / 39 63 – 3 27
 E-Mail KVWP@kvb.de

Das „Grüne Rezept“

Nicht rezeptpflichtige Arzneimittel sind seit Anfang 2004 aus der Erstattungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Sie können durchaus das Präparat der ersten Wahl und damit ein wesentlicher Bestandteil Ihrer ärztlichen Behandlung sein. In diesen Fällen bietet sich das sogenannte Grüne Rezept an, um Ihrem Patienten eine Empfehlung zur Selbstmedikation mitgeben zu können.

Das Grüne Rezept dient folgenden Zielen:

- Es soll dem Patienten mitteilen, dass die Anwendung des so verordneten Medikaments zwar medizinisch geboten ist, die Kosten jedoch nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.
- Es soll eine Merkhilfe für den Patienten bezüglich Name, Wirkstoff, Darreichungsform, Packungsgröße etc. sein.
- Es dient dem Patienten als Beleg für eine „außergewöhnliche Belastung“ bei der Einkommensteuererklärung im Sinne der Abgabenordnung.

Die Grünen Rezepte können Sie über den Formularversand der Firma Kohlhammer beziehen.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, die Anlage XII der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) um die Wirkstoffe Fidaxomicin (Difclir®) und Ingenolmebutat (Picato®) zu ergänzen. Abirateronacetat (Zytiga®) und Apixaban (Eliquis®) wurden in neuen Anwendungsgebieten zugelassen. Dies hat zu jeweils einer weiteren Nutzenbewertung des G-BA geführt.

Ausführliche Informationen hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Frühe Nutzenbewertung*.

Neue Empfehlungen der STIKO vom August 2013

Bitte verordnen Sie Impfstoffe (noch) nicht nach der neuen Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO). Eventuell können Ihnen sonst Rückforderungen der Impfstoffkosten durch die Krankenkassen drohen.

Erst die Umsetzung der STIKO-Empfehlung in der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) führt zur Aufnahme der Impfungen in den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bitte halten Sie sich nach wie vor an die aktuell geltende SI-RL.

Sobald wir von einer Anpassung der SI-RL erfahren, werden wir Sie in gewohnter Weise auf unserer Internetseite www.kvb.de informieren.

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

Verordnungsfähigkeit einer subkutanen Infusion

Die subkutane Infusion zur Behandlung von Exsikkosezuständen kann von Ihnen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ab sofort zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dafür eine neue Nummer 16a in das Leistungsverzeichnis der häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) aufgenommen. Die Leistung umfasst das Legen, Anhängen und Wechseln sowie das abschließende Entfernen einer ärztlich verordneten subkutanen Infusion zur Flüssigkeitssubstitution. Darüber hinaus gehören die Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge sowie die Überprüfung der Injektionsstelle beim Anlegen, Wechseln oder Entfernen der Infusion auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung zum Leistungsinhalt.

In „Verordnung Aktuell“, Ausgabe 26. August 2013, informieren wir Sie ausführlich über den G-BA-Beschluss.

Neue Patientenhinweise

Patientenhinweise können Sie in der Beratung Ihrer Patienten unterstützen. Auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Patientenhinweise* haben wir Ihnen deshalb zwei neue Merkblätter als Download bereitgestellt. Die eine Information geht auf die Massagetherapie ein, während die andere das Thema „Verordnungen von Arzneimitteln länger als drei Monate?“ aufgreift.

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

Ruhen der Zulassung von Tetrazepam

Im Juni 2013 hat die Europäische Kommission das Ruhen der Zulassung Tetrazepam-haltiger Arzneimittel zum 1. August 2013 angeordnet. Die Gründe für die Entscheidung waren zum einen Berichte über seltene, aber schwerwiegende Hautreaktionen (wie Stevens-Johnson-Syndrom, toxische epidermale Nekrolyse oder Erythema multiforme) und zum anderen Studiendaten, die nur eine begrenzte klinische Wirksamkeit von Tetrazepam zeigen.

Das Nutzen-Risiko-Verhältnis wurde daher insgesamt als negativ eingestuft, sodass Tetrazepam ab 1. August 2013 nicht mehr zur Verfügung steht. Die entstehende Therapielücke lässt sich durch andere Muskelrelaxantien eventuell nur bedingt schließen.

Ausführliche Informationen inklusive möglicher Alternativen zu Tetrazepam finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

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

Verordnungsfähigkeit von Xarelto®

Die AOK Bayern ist der Auffassung, dass Xarelto® (in allen Dosierungen) nicht der Definition „Sprechstundenbedarfsfähiger Arzneimittel“ entspricht.

Als Begründung führt die AOK Bayern an, dass Xarelto® in den zugelassenen Indikationsgebieten nicht den Arzneimitteln zuzuordnen ist, die zur Akutbehandlung in Einzeldosen in der Arztpraxis angewendet werden und deren Bezug im Sprechstundenbedarf daher sinnvollerweise ermöglicht werden sollte.

Uns wurden hierzu bereits Rückforderungsanträge bekannt!

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

FAQs zur Kranken- beförderung

Wir haben die Bitte des Bayerischen Innenministeriums, Sie darüber zu informieren, dass im Einzelfall genau abzuwägen ist, ob ein Krankentransport oder eine Krankenfahrt verordnet wird, zum Anlass genommen, die FAQs zur Krankenfahrt zu aktualisieren und zur besseren Übersichtlichkeit neu zu gliedern.

Ein Arzt kann unter Umständen dafür haftbar gemacht werden, wenn dem Patienten ein Schaden dadurch entsteht, dass eine Krankenfahrt verordnet wurde, der Patient aber einen Krankentransport benötigt hätte.

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

Ambulante Vorsorgekuren in anerkannten Kurorten

Wenn Sie als Arzt feststellen, dass die ärztliche Behandlung einschließlich der Leistungen mit präventiver Ausrichtung nicht ausreichen oder ohne Erfolg durchgeführt wurden, könnten Vorsorgeleistungen in Betracht kommen wie:

- ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten einschließlich Kompaktkuren (Muster 25),
- stationäre Vorsorgeleistungen,
- stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter/Väter beziehungsweise Mutter/Vater-Kind-Leistungen.

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten stellen eine interdisziplinäre medizinische Leistung mit primär- und sekundärpräventiver Zielsetzung dar. Unter kurärztlicher Verantwortung kommen folgende Behandlungselemente zur Anwendung:

- Ärztliche Hilfe, Beratung, Motivation und gegebenenfalls Behandlung einschließlich Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln (keine Dauermedikation!),
- Leistungen der physikalischen Therapie, gegebenenfalls unter Nutzung ortsgebundener und ortsspezifischer Heilmittel, Funktionstraining und Sporttherapie,
- Verhaltenstraining, Gesundheitsbildung, Diätetik.

Die Leistungen werden auf der Grundlage eines individuellen Vorsorgeplans nach einem Vorsorgekonzept verordnet und erbracht. Ambulante Vorsorgeleistungen können auch als sogenannte Kompaktkur erbracht werden. Wesentliche Merkmale der Kompaktkur sind eine hohe Therapiedichte, Behandlung in geschlossenen Gruppen mit maximal 15 Teilnehmern, konstante Gruppenleitung und interdisziplinäre

Qualitätszirkel der Leistungserbringer am Kurort.

Zuweisungskriterien für ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten

Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort sind angezeigt, wenn:

- ambulante Leistungen am Wohnort nicht ausreichen oder ohne Erfolg durchgeführt worden sind,
- die vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem sozialen Umfeld geboten erscheint.

Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort sind ausgeschlossen, wenn aufgrund des geringen Grads der Gesundheitsgefährdung zum Beispiel ein Klimawechsel im Rahmen eines Erholungsurlaubs ausreichend ist. Die Dauer von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten sollte drei Wochen nicht unterschreiten.

Stationäre Vorsorgeleistungen kommen bei Erwachsenen nur

- bei fehlender Durchführbarkeit ambulanter Vorsorgeleistungen am Kurort, zum Beispiel wegen eingeschränkter Mobilität, mit sekundärpräventiver Zielsetzung in Betracht,
- wenn ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort nicht erfolgversprechend oder ausreichend sind oder
- bei der Notwendigkeit des strukturgebenden Rahmens einer stationären Einrichtung (personenbezogene Probleme der Orientierung, Motivation) beziehungsweise Notwendigkeit engmaschiger ärztlicher und medizinischer Kontrollen (Diabetes mellitus u. a.).

Muster 25

Das Muster 25 (Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gemäß Paragraph 23 Absatz 2 SGB V) erhalten Sie von den Krankenkassen. Sie als Arzt füllen die Rückseite des Antrags aus. Folgende Auskünfte werden unter anderem benötigt:

- Grund der Vorsorgeleistung (Schwächung der Gesundheit/zur Krankheitsverhütung, Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten oder Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern),
- Diagnose(n) in Klarschrift,
- gegebenenfalls besondere Anforderungen an den Kurort beziehungsweise Empfehlung eines Kurortes,
- Empfehlung für eine Kompaktkur.

Die Krankenkasse prüft die Leistungspflicht und stellt den Kurarzt-schein aus. Ihr Patient legt Ihnen vor Beginn der Maßnahme den Kurarzt-schein vor. Bitte ergänzen Sie die Angaben auf der rechten Seite. Mit dem ausgefüllten Kurarzt-schein stellt sich der Versicherte am Kurort beim Kurarzt (Badearzt) vor.

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

Befreiung von der Gesetzlichen Rentenversicherung

An dieser Stelle möchten wir anstellenden Vertragsärzten, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sowie angestellten Ärzten wichtige Hinweise zur Befreiung von der Gesetzlichen Rentenversicherung an die Hand geben.

Bei Tätigkeitswechsel neue Befreiung beantragen

Ärzte sind in der Regel Mitglied im berufsständischen Versorgungswerk, zum Beispiel in der Bayerischen Ärzteversorgung. Hierzu muss sich das Mitglied des Versorgungswerkes aber von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen. Die Rechtsprechung (Bundessozialgericht vom 31. Oktober 2012) hat grundsätzliche Entscheidungen getroffen, die zu einer Änderung im Befreiungsverfahren geführt haben. Nähere Ausführungen zum jetzt anzuwendenden Verfahren finden Sie auf der Internetseite der Bayerischen Ärzteversorgung unter www.versorgungskammer.de in der Rubrik Bayerische Ärzteversorgung/Aktuelles/Befreiungsverfahren.

Wir raten in diesem Zusammenhang allen betroffenen Mitgliedern (zum Beispiel bei Verzicht auf Zulassung zum Zwecke der Anstellung), angestellten Ärzten und in Praxen tätigen Assistenten, bei jedem Wechsel des Arbeitgebers oder bei einer wesentlichen Änderung des Tätigkeitsfeldes beim selben Arbeitgeber (zum Beispiel Wechsel der Tätigkeit als Sicherstellungsassistent zum angestellten Arzt) einen neuen Befreiungsantrag zu stellen.

Wichtig für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Aufgrund der anderslautenden Satzungsrege-

lung der für Mitglieder der PTK Bayern zuständigen berufsständischen Versorgung (BlngPPV) bitten wir, Fragen direkt mit der BlngPPV abzuklären.

Zur Fristwahrung muss der Antrag innerhalb von drei Monaten ab Beginn der neuen Beschäftigung bei der Bayerischen Ärzteversorgung eingegangen sein. Bei einer verspäteten Antragsstellung wirkt die Befreiung erst ab Antragszugang, auch wenn die Befreiungsvoraussetzungen zuvor bereits gegeben waren.

Die Antragsformulare zur Befreiung von der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung können Sie bei der Bayerischen Ärzteversorgung anfordern.

Der beschäftigungsbezogene Befreiungsbescheid ist vom Arbeitgeber zu den Entgeltunterlagen zu nehmen und auf Verlangen den Prüfdiensten der Deutschen Rentenversicherung bei der Betriebsprüfung vorzulegen. Liegt dem Arbeitgeber ein aktueller Befreiungsbescheid oder Befreiungsantrag nicht vor, ist dieser verpflichtet, den Arbeitnehmer zur Gesetzlichen Rentenversicherung anzumelden und die Beiträge dorthin zu entrichten. Tut er das nicht, werden die Beiträge im Rahmen der Betriebsprüfung nacherhoben.

Wir empfehlen Ihnen, diese Regelungen zu beachten, auch wenn dies zu einem vermehrten bürokratischen Aufwand führt.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 12 03
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 21
 E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

SmarAkt: Anbindung von Krankenhäusern

Ab November 2013 können auch Krankenhäuser, Dialysezentren und Laborgemeinschaften ihre Honorarunterlagen elektronisch in der Online-Anwendung SmarAkt einsehen. Diese Möglichkeit steht erstmals für die Unterlagen des Quartals 2/2013 zur Verfügung. Über die bereits bei der Online-Abrechnung erprobten, bewährten und sicheren Zugangswege können die uns bekannten „Ansprechpartner“ der Institute die Honorarunterlagen einsehen und so an der Online-Initiative Honorarunterlagen der KV Bayerns teilnehmen. Die Träger der betroffenen Institute werden von uns in Kürze mit einem gesonderten Rundschreiben über diesen neuen Service informiert.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Online-Honorarunterlagen*.

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

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

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

Abrechnungsworkshop Urologen

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Gründer-/Abgeberforum

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Grundlagenwissen KV-Abrechnung für konservativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop HNO

Grundlagenwissen KV-Abrechnung für Hausärzte und Kinderärzte

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Fortbildung Impfen

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

QM-/QZ-Seminare

Patienten- und Zuweiserbefragung

QEP®-Update - von QEP® 2005 auf QEP®2010

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Vorbereitung auf die Zertifizierung/Re-Zertifizierung

Lokales Moderatorentreffen für Psychotherapeuten

Lokales Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	120,- Euro	12. Oktober 2013	9.00 bis 16.30 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Oktober 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
		23. Oktober 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		12. November 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		14. November 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Oktober 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		23. Oktober 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
		6. November 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Oktober 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Oktober 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Existenzgründer		19. Oktober 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
		26. Oktober 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	120,- Euro	19. Oktober 2013	9.00 bis 16.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	22. Oktober 2013	18.00 bis 21.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. Oktober 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. November 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. November 2013	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	6. November 2013	15.00 bis 17.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	85,- Euro	9. November 2013	10.00 bis 15.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. November 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. November 2013	15.00 bis 20.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. November 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	23. Oktober 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	13. November 2013	14.30 bis 19.00 Uhr	München
Ärzte, die einen QZ gründen oder übernehmen wollen	110,- Euro	16. November 2013	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	20. November 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Psychotherapeutische QZ-Moderatoren	kostenfrei	4. Dezember 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	11. Dezember 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing

KVBIINFOS 11|13

ABRECHNUNG

- 170 Die nächsten Zahlungstermine
- 170 Änderungen des EBM und bei MRSA zum 1. Oktober 2013
- 171 Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung
- 172 GOPen 11320 bis 11322: OMIM-Kodes
- 172 Leistungen der postoperativen Nachbehandlung

VERORDNUNGEN

- 173 Arzneimittelvereinbarung 2013
- 175 Aktualisierung bei fiktiv zugelassenen Arzneimittel
- 175 Therapiehinweis zu Strontium-ranelat
- 175 Imnovid® (Pomalidomid) ab sofort auf T-Rezept
- 176 HPV-Impfung richtig verordnen

ALLGEMEINES

- 177 Gesamtplan für Leistungen der Eingliederungshilfe
- 178 Betrieblicher Datenschutzbeauftragter in Arztpraxen

SEMINARE

- 179 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 180 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 181 Psychotherapeutische Fortbildungen
- 182 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 11. November 2013**
Abschlagszahlung Oktober 2013
- 10. Dezember 2013**
Abschlagszahlung November 2013
- 10. Januar 2014**
Abschlagszahlung Dezember 2013
- 31. Januar 2014**
Restzahlung 3/2013
- 10. Februar 2014**
Abschlagszahlung Januar 2014
- 10. März 2014**
Abschlagszahlung Februar 2014
- 10. April 2014**
Abschlagszahlung März 2014
- 30. April 2014**
Restzahlung 4/2013
- 12. Mai 2014**
Abschlagszahlung April 2014
- 10. Juni 2014**
Abschlagszahlung Mai 2014
- 10. Juli 2014**
Abschlagszahlung Juni 2014
- 31. Juli 2014**
Restzahlung 1/2014
- 11. August 2014**
Abschlagszahlung Juli 2014
- 10. September 2014**
Abschlagszahlung August 2014
- 10. Oktober 2014**
Abschlagszahlung September 2014
- 31. Oktober 2014**
Restzahlung 2/2014
- 10. November 2014**
Abschlagszahlung Oktober 2014

Änderungen des EBM und bei MRSA zum 1. Oktober 2013

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 314. Sitzung vom 29. August 2013 und in seiner 315. und 316. Sitzung vom 25. September 2013 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie zur Vergütungsvereinbarung MRSA mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 beschlossen. Die Beschlüsse mit den Änderungen finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse). Sie stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch die Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Hausärzte/Kinder- und Jugendmediziner

Vorhaltepauschale (GOPen 03040/04040) und Chronikerkomplexe (GOPen 03220/04220 und 03221/04221): Abrechnungsausschlüsse gelten nicht in versorgungsreichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten

Die Abrechnungsausschlüsse zu der Vorhaltepauschale und den Chronikerkomplexen finden keine Anwendung, wenn die ausgeschlossenen Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereichs erbracht werden.

- Beschluss BA in seiner 315. Sitzung, Änderungen der Abrechnungsausschlüsse zu den GOPen

Klarstellung Zählung Behandlungsfälle (GOPen 03040/04040 und 03230/04230)

Für die Aufschlags-/Abschlagsregelung bei der Vorhaltepauschale

(GOPen 03040/04040) sowie für die Ermittlung des Punktzahlvolumens für die Gesprächsleistungen (GOPen 03230/04230) wurde klar gestellt, dass in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten nur die Fälle berücksichtigt werden, bei denen ein Hausarzt beziehungsweise Kinderarzt vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet.

- Beschluss BA in seiner 314. Sitzung, Änderungen Anmerkung zu den GOPen, Nr. 10 der Präambel 3.1 und Nr. 11 der Präambel 4.1

Redaktionelle/klarstellende Änderungen

Humangenetik und Labor – Regelung zur Kostenmitteilung

Seit dem 1. Oktober 2013 gilt der neue Bundesmantelvertrag (BMV). Die Regelung in Paragraph 25 Absatz 6 BMV-Ä, nach der eine Arztpraxis, die auf Überweisung Auftragsleistungen durchführt, der überweisen den Arztpraxis zum Zeitpunkt der abgeschlossenen Untersuchung die Gebührenordnungspositionen und die Höhe der Kosten mitteilen muss, wurde nun in den EBM übernommen. Die Präambeln zu Kapitel 11 (Humangenetik) und Kapitel 32 (Labor) wurden um diese Punkte erweitert.

- Beschluss BA in seiner 315. Sitzung, Aufnahme Nr. 12 in Präambel 11.1 und Nr. 15 in Präambel 32

Dialyse – GOPen 04566 und 13612: Anpassung Definition „vollendete Trainingswoche“

Der Begriff „vollendete Trainingswoche“ wurde an die Definition „Behandlungswoche“ des Abschnitts 40.14 („3 Hämodialysetage oder

Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung

mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetagen“) angepasst.

- Beschluss BA in seiner 316. Sitzung, Änderung der Anmerkung zu den GOPen

Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung) – GOP 30933: Einbeziehung Bezugspersonen

Der fakultative Leistungsinhalt wurde um die Einbeziehung von Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen ergänzt und damit an die Richtlinie zu den Methoden der vertragsärztlichen Versorgung für eine neuropsychologische Therapie angepasst.

- Beschluss BA in seiner 316. Sitzung, Änderung des fakultativen Leistungsinhaltes

3-Tage-Regelung bei belegärztlichen Operationen: Aufnahme GOP 19315

Operativ tätige Ärzte können im Zeitraum von drei Tagen neben belegärztlichen Operationen die Gebührenordnungsposition 19315 berechnen. Dies wurde durch die Aufnahme der Gebührenordnungsposition 19315 in die Präambel 36.2.1 Nr. 4 klargestellt.

- Beschluss BA in seiner 316. Sitzung, Änderung der Präambel

Mammographie – Anpassung der Verweise auf die Genehmigung

Die Verweise zu den notwendigen Genehmigungen als Abrechnungsvoraussetzungen für die Durchführung der Mammographie wurden angepasst.

- Beschluss BA in seiner 316. Sitzung, Änderung der Präambel 1.7.3, GOP 01750 und Präambel 34.1

Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms – GOP 01740: Anpassung der Verweise auf die Richtlinien

Der Verweis auf die Anlage der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien im 4. Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhaltes wurde angepasst.

- Beschluss BA in seiner 316. Sitzung, Änderung des obligaten Leistungsinhaltes

Chlamydiennachweis im Urin – GOP 01840: Anpassung der Verweise auf die Richtlinien

Der Verweis auf die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch wurde angepasst.

- Beschluss BA in seiner 316. Sitzung, Änderung der Leistungsbeschreibung

MRSA – GOPen 86772, 86774, 86780: Anpassung und Klarstellung Diagnosen

Die notwendige Diagnose U80.0 wurde an die aktuellen ICD-10-Kodes des DIMDI (U80.00 und U 80.01) angepasst und in Präambel 87.8 klargestellt, dass es sich hierbei nur um Sekundärkodes handelt, die zusätzlich zu einem Diagnosekode anzugeben sind.

- Beschluss BA in seiner 316. Sitzung, Änderung der Präambel und der jeweiligen GOPen

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

Seit dem 1. Oktober 2013 gibt es die neue Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG, siehe auch KVB INFOS 9/2013). Anlässlich vermehrter Anfragen weisen wir darauf hin, dass die PFG als Zuschlag zu Ihrer arztgruppenspezifischen Grundpauschale automatisch durch die KVB zugesetzt wird, wenn in diesem Behandlungsfall von Ihnen/Ihrer Praxis keine Leistung mit der Kennzeichnung „**“ im Anhang 3 EBM berechnet wurde. Sie müssen die neue PFG in Ihre Abrechnung daher nicht selbst eintragen.

Eine Übersichtsliste über die Ausschlussleistungen zur PFG und weitere Informationen zur Einführung der PFG finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BE-GO-EBM/EBM-Reform*.

Hinweis für Internisten mit Schwerpunkt – Fehler bei Versand des Rundschreibens

Bei dem Versand des Rundschreibens an Ärzte mit Anspruch auf die PFG ist uns ein Fehler unterlaufen. Irrtümlich haben wir unser Schreiben auch an Internisten mit Schwerpunkt verschickt, obwohl nur Internisten ohne Schwerpunkt die Pauschale als Zuschlag zu ihren allgemeinen fachinternistischen Grundpauschalen 13210 bis 13212 erhalten. Wir bedauern unseren Fehler.

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

GOPen 11320 bis 11322: OMIM-Kodes

Bei der Berechnung der Gebührenordnungspositionen 11320 bis 11322 (Nachweis und Ausschluss genetische Mutation) sind sowohl die Art der Erkrankung als auch die Art der Untersuchung (Gennummer, Genname nach OMIM) anzugeben.

Für die Eintragungen dieser Angaben gibt es ab dem 1. Oktober 2013 neue KVDT-Felder:

- Feldkennung 5070 (alt FK 5002): untersuchtes Gen / Gen-Name (OMIM-G-Kode)
- Feldkennung 5071 (alt FK 5009): Art der Erkrankung (OMIM-P-Kode)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) stellt Ihnen über Ihr Praxisverwaltungssystem eine Stammtabelle mit den derzeit gültigen OMIM-Kodes zur Verfügung. Bitte beachten Sie dazu auch mögliche Informationen Ihrer Softwarehäuser.

Sind die von Ihnen dokumentierten OMIM-Kodes in der Datei nicht enthalten, nehmen Sie bitte folgende Eintragungen vor:

- Feldkennung 5070 und 5071: Ersatzwert „9999999“
- Feldkennung 5072: Gen-Name (als Freitext)
- Feldkennung 5073: Art der Erkrankung (als Freitext)

Das Vorliegen der Angaben werden wir in der Abrechnungsbearbeitung automatisiert prüfen. Die betroffenen Humangenetiker wurden von uns über die neuen Feldkennungen bereits gesondert 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

Leistungen der postoperativen Nachbehandlung

Die postoperative Nachbehandlung nach ambulanter Durchführung eines Eingriffs des Abschnittes 31.2 ist in Abschnitt 31.4 EBM geregelt. Für die Leistungen dieses Abschnitts gilt folgender Grundsatz: Wirken an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer postoperativen Nachbehandlung mehrere Ärzte mit, darf nur ein Vertragsarzt den Behandlungskomplex in einem Zeitraum vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag einmalig abrechnen (Präambel 31.4.1 Nr. 2).

Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.4 können vom Operateur oder auf Überweisung des Operateurs mit Angabe der Gebührenordnungsposition für die postoperative Behandlung berechnet werden (Präambel 31.4.1 Nr. 1). Der abrechnende Arzt hat mit einer der Quartalsabrechnung beizufügenden Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet (Präambel 31.4.1 Nr. 4).

Erbringt der Hausarzt die postoperative Nachbehandlung, ist diese nach GOP 31600 abzurechnen (Abschnitt 31.4.2 EBM). Nachbehandlungskomplexe des fachärztlichen Versorgungsbereichs sind in Abschnitt 31.4.3 EBM zu finden. Die Leistungen dieses Abschnitts sind nach der zugrundeliegenden OP und dem Leistungserbringer gegliedert.

Bei der Abrechnung von postoperativen Behandlungskomplexen auf Überweisungsschein ist es nicht erforderlich, einen zweiten Datensatz anzulegen. Wenn bereits ein Abrechnungsschein für den Patienten angelegt wurde, kann die postoperative Behandlung auf diesem Schein un-

ter Angabe des OP-Datums abrechnet werden. Diese unbürokratische Regelung der KVB entbindet aber nicht vom Erfordernis, dass zwingend eine Überweisung zur Durchführung der postoperativen Nachbehandlung vorliegen muss.

Die Überweisung des Operateurs muss die Angabe der Gebührenordnungsposition für die postoperative Behandlung enthalten. Erhalten Sie einen Überweisungsschein, auf dem keine Nachbehandlungsziffer angegeben ist, so müssen Sie diese vom Operateur nachfordern. Eine Überweisung vom Operateur zur Nachbehandlung ist auch dann erforderlich, wenn Sie vorher den Patienten zur Durchführung einer ambulanten Operation überwiesen haben.

Doppelabrechnungen werden von Krankenkassen moniert

Haben Sie als nicht operierender Arzt eine Überweisung vom Operateur zur Durchführung der Nachbehandlung erhalten, ist es ratsam, über die Aufbewahrungsfrist von einem Jahr hinaus die Überweisungsscheine aufzubewahren, auch, um sich vor Regressanträgen der Krankenkassen zu schützen. Wurde eine postoperative Nachbehandlung von mehreren Vertragsärzten abgerechnet, dient diese Überweisung für Sie als Nachweis, dass Sie berechtigt waren, eine Nachbehandlungsziffer abzurechnen.

Bitte beachten Sie weiterhin: Im Zusammenhang mit einem kurativ-stationären Behandlungsfall nach Kapitel 36 sind die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 nicht berechnungsfähig. Da das Kapitel 36 keine eigenständigen Abrechnungspositionen für die postopera-

Arzneimittelvereinbarung 2013

tive Behandlung nach belegärztlichen Eingriffen enthält, sind die im Rahmen der postoperativen Nachbehandlung erbrachten Untersuchungen als Einzelleistungen nach dem EBM berechnungsfähig, nicht aber durch die Leistungen nach Kapitel 31.4.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Envera Aydin unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 - 4 79
E-Mail Envera.Aydin@kvb.de

Die Arzneimittelvereinbarung 2013 wurde per Rundschreiben an alle verordnenden Praxen versendet. Am 27. September 2013 erfolgte die Online-Veröffentlichung mit Hinweis auf die Bekanntgabe im Bayerischen Staatsanzeiger nach Paragraph 27 der Satzung der KVB unter www.kvb.de. Wesentliche Bestandteile der Arzneimittelvereinbarung 2013 sind:

Ausgabenvolumen

Für das Jahr 2013 wird als Ausgabenvolumen nach Paragraph 84 Absatz 1 Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) der kollektivvertragliche Anteil an dem Betrag von 3.947.949.000 Euro vereinbart. Damit sind die Rahmenvorgaben nach Paragraph 84 Absatz 7 SGB V erfüllt.

Richtgrößen

Für das Jahr 2013 wurden mit den bayerischen Krankenkassen keine Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel vereinbart.

Globale Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele

Zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualifizierten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung im Jahr 2013 sollen die Vertragsärzte grundsätzlich Arzneimittel

- vorrangig als Rabattarzneimittel oder unter ihrer Wirkstoffbezeichnung verordnen,
- bei namentlichen Verordnungen aut idem zulassen,
- soweit keine Rabattarzneimittel verfügbar sind, preisgünstige Generika bevorzugen,
- vorrangig Biosimilars verordnen,
- jeweils nur die Menge verordnen, die im Einzelfall zur Erreichung der Therapieziele notwendig ist,

- die Verordnungen älterer Patienten kritisch überprüfen, die dauerhaft sechs oder mehr Wirkstoffe erhalten,
- preisgünstige Blutzuckerteststreifen bevorzugen, insbesondere bei Erstverordnung und bei Umstellung auf ein anderes Messgerät,
- von der Verordnung von Analog-Präparaten und kontrovers diskutierten Arzneimittelgruppen weitestgehend absehen,
- bei nicht valvulärem Vorhofflimmern Phenprocoumon als Mittel der Wahl verordnen,
- neue orale Antikoagulantien, wie Dabigatran, Rivaroxaban oder Apixaban, nur nach kritischer Abwägung gemäß AkdÄ-Empfehlung (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) einsetzen.

Ferner ist sicherzustellen, dass von der Versorgung ausgeschlossene Arzneimittel nicht zulasten der Krankenkassen verordnet werden.

Wirtschaftlichkeitsziele für Arzneimittelgruppen

Der Gesetzgeber sieht die Möglichkeit vor, die Richtgrößenprüfungen durch eine Wirkstoffprüfung zu ersetzen. Um Sie mit der Systematik von Wirtschaftlichkeitszielen und der Wirkstoffprüfung vertraut zu machen, hat sich die KVB entschlossen, für das vierte Quartal 2013 Wirtschaftlichkeitsziele mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Diese Ziele sind nicht zwingend identisch mit den Zielen, wie sie in einer neuen Prüfungsvereinbarung festgesetzt werden, zeigen Ihnen jedoch die mögliche Richtung an.

Bei 14 Arzneimittelgruppen (siehe Tabelle Seite 174) gilt es, mindestens den genannten Prozentsatz des generikafähigen Marktes an der Ge-

samtmenge der Arzneimittelgruppe (generikafähiger Markt plus patentgeschützter Markt) auf Basis der Daily Defined Dose (DDD) zu erreichen.

Die bayerischen Vertragsärzte sind angehalten, innerhalb der vorgenannten Arzneimittelgruppen vorrangig Arzneimittel des generikafähigen Marktes zu verordnen.

Wirkstoffverordnung

Unter dem Gesichtspunkt einer preisgünstigen Verordnung wird grundsätzlich die Verordnung von Wirkstoffen mit Angabe der Menge in Normpackungsgrößen (N1/N2/N3) empfohlen. Die Vertragspartner empfehlen der Prüfungsstelle nach Paragraph 106 SGB V, diese Verordnungsweise unter dem Gesichtspunkt einer preisgünstigen Verordnung als wirtschaftlich zu betrachten. Die Verpflichtung zur sonstigen wirtschaftlichen Verordnungsweise, insbesondere hinsichtlich Menge, Indikation und Auswahl des Wirkstoffs, besteht unabhängig davon. Bei Zielerreichung gilt derzeit noch die Bonusregelung in Paragraph 14 Absatz 10 Prüfungsvereinbarung, wonach für jedes erreichte Wirtschaftlichkeitsziel eine prozentuale Überschreitung des Richtgrößenvolumens beziehungsweise Prüfgruppenschnittes um 1,1 Prozentpunkte reduziert wird. Ein „Malus“ bei Zielverfehlung ist nicht vorgesehen.

Einzelheiten hierzu finden Sie in der jeweils aktuellen Prüfungsvereinbarung unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Bayern*.

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

Arzneimittelgruppe	Zielwert in Prozent
Antidiabetika, exklusiv Insulin	78,0
Antithrombose-Präparate	83,4
Renin-Angiotensin wirksame Präparate	91,4
Lipidregulatoren, Arteriosklerose-Präparate	95,3
Kombigruppe kardiovaskuläres System (Betablocker + Diuretika + Antihypertensiva + Ca-Antagonisten + Herztherapeutika)	98,7
Urologika	87,7
Sexualhormone und Analoga, systemisch	90,1
Immunsuppressiva	70,4
Antineoplastische Mittel	57,4
Antiphlogistika, Antirheumatika, systemisch	92,3
Psycholeptika	94,1
Psychoanaleptika (außer Antiadiposita)	92,6
Asthma- und COPD-Präparate	62,3
Ophthalmologika	66,8

Aktualisierung bei fiktiv zugelassenen Arzneimittel

Nachdem das Präparat „Oekolp Ovula 0,03 mg“ zwischenzeitlich die Zulassung erhalten hat, wurde es von der Übersicht der fiktiv zugelassenen Arzneimittel gestrichen.

Unsere aktuelle Auflistung aller fiktiv zugelassenen Arzneimittel finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

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

Therapiehinweis zu Strontiumranelat

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, den Therapiehinweis zu Strontiumranelat zu ändern. Der Beschluss ist am 30. August 2013 in Kraft getreten.

Der Rechtsstreit zwischen Hersteller und G-BA ist beigelegt. Auslöser dieses Streits war die im Dezember 2008 erschienene Fassung des Therapiehinweises. Wir informierten Sie in „Verordnung Aktuell“.

Laut G-BA wurde mit den aktuellen Änderungen lediglich das konkretisiert, was ohnehin Inhalt und Zweck des Therapiehinweises ist. So handelt es sich zum Teil um sprachliche Anpassungen und Streichungen von Passagen, die ihrerseits den Therapiehinweis nicht in seinem wesentlichen Aussagegehalt berühren, sodass es sich insgesamt nicht um eine wesentliche Änderung des Beschlussinhalts handelt. Die redaktionellen Anpassungen beziehungsweise Präzisierungen haben wir Ihnen in „Verordnung Aktuell“ vom 3. September 2013 vorgestellt.

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

Imnovid® (Pomalidomid) ab sofort auf T-Rezept

Imnovid® ist in Kombination mit Dexamethason indiziert für die Behandlung des rezidivierten oder refraktären multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten, die mindestens zwei vorausgegangene Therapien, darunter Lenalidomid und Bortezomib, erhalten haben und unter der letzten Therapie eine Progression gezeigt haben. Die Einleitung und Überwachung der Behandlung muss unter der Aufsicht von Ärzten erfolgen, die Erfahrung in der Behandlung des multiplen Myeloms haben.

Am 28. August 2013 ist ein Rote-Hand-Brief zu Innovid® (Pomalidomid) erschienen. Pomalidomid darf nicht während der Schwangerschaft eingenommen werden, da wegen der Strukturverwandtschaft zu Thalidomid ein teratogener Effekt zu erwarten ist, wenn es in der Phase der wesentlichen Organogenese angewendet wird. Für die Verschreibung von Innovid® sind T-Rezepte zu verwenden! Die T-Rezepte werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ausgegeben.

Imnovid® unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Umfassende Pharmakovigilanz-Informationen zu den Wirkstoffen mit erheblichen teratogenen Gefahrenpotenzialen und Hinweise (FAQ) zu T-Rezepten stellt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Internet zur Verfügung unter www.bfarm.de in der Rubrik Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/AMVV Thalidomid-Lenalidomid-Pomalidomid.

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

HPV-Impfung richtig verordnen

Seit Oktober 2009 ist die HPV-Impfung (Gardasil®, Cervarix®) für Mädchen ab dem 12. Geburtstag und bis einen Tag vor dem 18. Geburtstag zulasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnungsfähig. Es sollen drei Dosen innerhalb von sechs Monaten verabreicht werden. Laut der Ständigen Impfkommission (STIKO) gilt grundsätzlich für die Mehrzahl der Impfschemata (auch HPV), dass es keine unzulässig großen Abstände zwischen den Impfungen gibt. Jede Impfung zählt! Auch eine für viele Jahre unterbrochene Grundimmunisierung muss nicht neu begonnen werden, ebenso wenig bei nicht zeitgerechter Auffrischimpfung. Der Impfschutz wird einfach mit den fehlenden Impfdosen komplettiert.

Es ist daher davon auszugehen, dass die Krankenkassen diese Kosten nicht übernehmen werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Übrigen im November 2011 die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie um die Anlage VII, das Merkblatt zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs, ergänzt.

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

Einzelverordnung

Die HPV-Impfung ist auf den Namen der Patientin zu verordnen. Bitte vergessen Sie nicht, die „8“ einzutragen. Nur so kann die Kennzeichnung von den Apothekenabrechnungsstellen eindeutig identifiziert und die Kosten separat erfasst werden. Das Ankreuzen der Statusfelder 6, 7, 8 oder 9 ist maschinell nicht lesbar. Bitte bedenken Sie, dass andernfalls die Kosten für Impfstoffe in Ihre Arzneikosten einfließen und diese verfälschen. Möglicherweise erfüllen Sie allein aus diesem Grund die statistischen Aufgreifkriterien eines Wirtschaftlichkeitsprüfverfahrens.

Diagnostik nicht sinnvoll

Bei Planung einer HPV-Impfung wird eine vorangehende HPV-Diagnostik vom Robert Koch-Institut als nicht sinnvoll erachtet. Ein solches Vorgehen wird auch im Rahmen der STIKO-Empfehlungen nicht gefordert.

Gesamtplan für Leistungen der Eingliederungshilfe

Der Verband der bayerischen Bezirke hat uns gebeten, Sie darüber zu informieren, dass im Zusammenhang mit dem Gesamtplan gemäß Paragraf 58 SGB XII für Leistungen der Eingliederungshilfe für Erwachsene mit seelischer Behinderung die den Instrumenten zugrunde liegenden Formulare standardisiert sind, um Zeit und Aufwand zu reduzieren. Alle Bestandteile des Gesamtplans sind gleichermaßen wichtige Antragsunterlagen, die zur Findung der notwendigen und geeigneten Maßnahme dienen.

Ein wesentlicher Bestandteil, um den Hilfsbedarf festzustellen, ist der Arztbericht. Er beinhaltet die Diagnose und die Auswirkungen der Behinderung. Hier wird auch die Zugehörigkeit der nachfragenden Person zum Personenkreis des Paragrafen 53 SGB XII dokumentiert. Dem Arzt obliegt also die grundlegende Feststellung einer bestehenden oder drohenden Behinderung, zum Beispiel indem er sie von einer Krankheit abgrenzt.

Nachdem mittlerweile das Gesamtplanverfahren auch für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung weiterentwickelt wurde, werden in absehbarer Zukunft die verschiedenen Instrumente zusammengeführt werden. Als einer der ersten Schritte wurde nun das Formular für den Arztbericht entsprechend der festzustellenden Inhalte aller Behinderungsarten redaktionell überarbeitet. Dabei wurden auch Rückmeldungen und Erfahrungen im Umgang mit dem Arztbericht seit 2005 (in diesem Jahr wurde die Eingliederungshilfe mit der Implementierung des Gesamtplanverfahrens für Menschen mit seelischer Behinderung stärker an den individuellen Bedürfnissen des ein-

zelnen Betroffenen ausgerichtet) berücksichtigt und eingearbeitet.

Das neue Formular für den Arztbericht finden Sie auf der Website des Verbands der bayerischen Bezirke unter www.bay-bezirke.de in der Rubrik Aufgaben/Soziales/Gesamtplanverfahren/Menschen mit seelischer Behinderung. Auch die Anmerkungen beziehungsweise Ausfüllhilfen sind hier eingestellt.

Betrieblicher Datenschutzbeauftragter in Arztpraxen

Arzt- und Psychotherapeutenpraxen, in denen mehr als neun Personen (inklusive der Ärzte/Psychotherapeuten) ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten – zum Beispiel durch die Nutzung eines Praxisverwaltungssystems – beschäftigt sind, benötigen einen internen oder externen betrieblichen Datenschutzbeauftragten. Nicht mitgezählt werden Personen, die solche Aufgaben niemals ausführen, zum Beispiel Reinigungskräfte.

Die Bestellung eines betrieblichen Datenschutzbeauftragten muss innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit beziehungsweise nach Überschreiten des oben genannten personellen Grenzwertes erfolgen.

Aus konkretem Anlass weisen wir darauf hin, dass nach wie vor auch ein Mitarbeiter der Praxis zum (internen) Datenschutzbeauftragten bestellt werden darf. Auch das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht (LfDA), zuständig für die Arzt-/Psychotherapeutenpraxen, hat keine grundsätzlichen Bedenken, wenn ein Praxismitarbeiter die Aufgabe des Datenschutzbeauftragten übernimmt. Für das LfDA ist entscheidend, ob die ausgewählte Person für die konkrete Art und Größenordnung der Praxis die erforderliche Fachkunde und Zuverlässigkeit besitzt. In diesem Sinne hat sich auch die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihren Empfehlungen zu ärztlicher Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis (Punkt 3.2) geäußert. Näheres dazu finden Sie unter www.bundesaerztekammer.de in der Rubrik Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen/Empfehlungen, Stellungnahmen/Schweigepflicht, Datenschutz.

Bei Fragen erreichen Sie unseren
Datenschutzexperten Herbert Baus
unter

Telefon 09 31 / 30 72 03

Fax 09 31 / 30 76 72 03

E-Mail KVBDatenschutz@kvb.de

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 Praxisschwerpunkte.

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:

- Notfallmanagement – praxisinterner Notfallalgorithmus, Checklisten, Ausrüstung
- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst/Notarzt
- Medikamentenapplikation

- Skilltraining Reanimation in Kleingruppen; praktische Fallbeispiele
- Training alternativer Beatmungstechniken und Atemwegssicherung
- Indikation und Technik der sicheren Defibrillation

Gerne passen wir spezifische Inhalte im Training Ihren individuellen Wünschen an!

Fortbildungspunkte: 7
Teilnahmegebühr: 95 Euro (je Teilnehmer)

(Je Samstag zwei getrennte Veranstaltungen. Sie buchen ein Seminar entweder am Vormittag oder am Nachmittag – außer in Würzburg.)

Termine:

- 22. Februar 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Augsburg
- 22. Februar 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Augsburg
- 15. März 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB München
- 15. März 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB München

2. April 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Würzburg

31. Mai 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Nürnberg

31. Mai 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Nürnberg

26. Juli 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Regensburg

26. Juli 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Regensburg

11. Oktober 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Bayreuth

11. Oktober 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Bayreuth

22. Oktober 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Würzburg

8. November 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB München

8. November 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB München

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*.

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Unsere Qualitätssicherungskurse dienen der Vertiefung der Kenntnisse über professionelles Notfallmanagement bei vitalen Bedrohungen von Patienten im Ärztlichen Bereitschaftsdienst. 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 abg n 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 (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
- Skilltraining Reanimation in Kleingruppen
- Training alternativer Beatmungstechniken und Atemwegssicherung
- Indikation und Technik der sicheren Defibrillation

Gerne passen wir spezifische Inhalte im Training Ihren individuellen Wünschen an!

Fortbildungspunkte: 9
Teilnahmegebühr: 90 Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- 8. Februar 2014, KVB Regensburg
- 12. April 2014, KVB München
- 10. Mai 2014, KVB Würzburg
- 5. Juli 2014, KVB München
- 20. September 2014, KVB Nürnberg
- 29. November 2014, 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:

- 22. Januar 2014, KVB München
- 4. Juni 2014, KVB Regensburg
- 25. Juni 2014, KVB Würzburg
- 16. Juli 2014, KVB Augsburg
- 15. Oktober 2014, KVB Nürnberg

Modul III:

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

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 19. März 2014, KVB Bayreuth
- 26. März 2014, KVB München
- 09. Juli 2014, KVB Würzburg
- 24. September 2014, KVB Augsburg
- 1. Oktober 2014, KVB Regensburg
- 19. November 2014, KVB Nürnberg

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 20.45 Uhr

Psychotherapeutische Fortbildungen

Termine Modul IV:

- 30. April 2014, KVB München
- 21. Mai 2014, KVB Bayreuth
- 26. September 2014, KVB Würzburg
- 3. Dezember 2014, KVB Nürnberg

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*.

Die KVB bietet in Zusammenarbeit mit der PTK Bayern regelmäßig Fortbildungen für Psychotherapeuten an, in denen es unter anderem speziell um das Thema Schmerzbehandlung geht. So fand am 25. September 2013 in der KVB-Bezirksstelle Nürnberg eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „*Psychotherapeutische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Schmerzen*“ statt.

Studien zufolge leiden Kinder und Jugendliche mit einer Prävalenzrate von drei bis fünf Prozent im Sinne einer Schmerzstörung an chronischen Schmerzen. Weltweit gibt es jedoch nur wenige spezialisierte Behandlungszentren. Darüber hinaus mangelt es an einem einheitlichen Diagnostikstandard und an Wirksamkeitsstudien zu intensiven interdisziplinären Behandlungsprogrammen. Dr. Anke Pielsticker, Vorstandsmitglied der PTK Bayern, betonte bei ihrer Begrüßung in Nürnberg die Bedeutung der frühzeitigen Intervention, da unbehandelte Schmerzen im Kindes- und Jugendalter mit der Gefahr einer Chronifizierung bis ins Erwachsenenalter verbunden seien. Die Fachvorträge und Workshops der Fortbildungsveranstaltung, in denen es schwerpunktmäßig um Psychoedukation und psychologische Interventionen für Kinder und Jugendliche mit chronischen Schmerzen im Kopfbereich und im muskuloskelettalen Bereich ging, stießen bei den Teilnehmern insgesamt auf großes Interesse.

Weitere Fortbildungsveranstaltungen zu diesem Themenbereich finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare*. Hier finden Sie auch Informationen rund um die Anmeldung.

Terminvorschau

- „Chronischer Schmerz aus Kindersicht und Kopfschmerztherapie für Kinder und ihre Familien“
Mittwoch, den 11. Dezember 2013, 15.00 bis 19.00 Uhr, KVB Regensburg

Referenten:

PD Dr. Tanja Hechler, Leiterin des Forschungsteams des Deutschen Kinderschmerzentrums an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln,

Dr. Ruth Weinzierl, systemische Paar- und Familientherapeutin an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des RKK-Klinikums Freiburg

Teilnahmegebühr: 80 Euro,
Fortbildungspunkte: 5

- „Psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen“
Samstag, den 7. Dezember 2013, 10.00 bis 15.30 Uhr, KVB Augsburg

Referenten:

Prof. Dr. Hartmut Radebold, Psychoanalytiker und Psychiater, 1976 bis 1998 Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Universität Kassel, Begründer des Lehrinstituts für Alternspsychotherapie

Dr. Martin Hautzinger, Diplom-Psychologe, Leiter der Abteilung für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie, Universität Tübingen

Teilnahmegebühr: 60 Euro,
Fortbildungspunkte: 6

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

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

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

Grundlagenwissen KV-Abrechnung für konservativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Gründer-/Abgeberforum

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – operativ tätige Fachärzte

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Prüfungen im Vertragsarztbereich – Hintergründe und Strategien

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Fortbildung Impfen

Psychotherapie: Behandlung von älteren Menschen

Hautkrebsscreening

Abrechnungsworkshop Urologen

Alles rund ums Arbeitsrecht

Psychotherapie: Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Schmerzen

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

QM-/QZ-Seminare

QEP®-Update – von QEP® 2005 auf QEP®2010

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Vorbereitung auf die Zertifizierung/Re-Zertifizierung

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten in Kooperation mit DGPT

Lokales Moderatorentreffen für Psychotherapeuten

Lokales Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	13. November 2013 7. Dezember 2013	15.00 bis 20.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. November 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. November 2013 26. November 2013	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. November 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	27. November 2013	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber Existenzgründer	kostenfrei	30. November 2013 30. November 2013	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. Dezember 2013	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Dezember 2013 11. Dezember 2013 18. Dezember 2013	16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg Straubing Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	4. Dezember 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Dezember 2013 18. Dezember 2013	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg München
Praxisinhaber	85,- Euro	7. Dezember 2013	10.00 bis 15.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	60,- Euro	7. Dezember 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	160,- Euro	7. Dezember 2013	9.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. Dezember 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Dezember 2013 18. Dezember 2013	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	München Würzburg
Praxisinhaber	80,- Euro	11. Dezember 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. Dezember 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	13. November 2013	14.30 bis 19.00 Uhr	München
Ärzte, die einen QZ gründen oder übernehmen wollen	110,- Euro	16. November 2013	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	20. November 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	29. November 2013 30. November 2013	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	4. Dezember 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	11. Dezember 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing

KVBIINFOS 12|13

ABRECHNUNG

- 186 Die nächsten Zahlungstermine
- 186 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2013
- 187 Bundesmantelvertrag Labor

VERORDNUNGEN

- 188 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 189 Fiktiv zugelassene Arzneimittel
- 189 Mobile Frühförderung
- 189 Postexpositionsimpfung gegen Tollwut
- 190 Merkblatt „Langfristige Heilmittelbehandlungen“

QUALITÄT

- 190 Betreuungspauschalen Diabetesvereinbarungen

SEMINARE

- 191 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 192 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 194 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 10. Dezember 2013**
Abschlagszahlung November 2013
- 10. Januar 2014**
Abschlagszahlung Dezember 2013
- 31. Januar 2014**
Restzahlung 3/2013
- 10. Februar 2014**
Abschlagszahlung Januar 2014
- 10. März 2014**
Abschlagszahlung Februar 2014
- 10. April 2014**
Abschlagszahlung März 2014
- 30. April 2014**
Restzahlung 4/2013
- 12. Mai 2014**
Abschlagszahlung April 2014
- 10. Juni 2014**
Abschlagszahlung Mai 2014
- 10. Juli 2014**
Abschlagszahlung Juni 2014
- 31. Juli 2014**
Restzahlung 1/2014
- 11. August 2014**
Abschlagszahlung Juli 2014
- 10. September 2014**
Abschlagszahlung August 2014
- 10. Oktober 2014**
Abschlagszahlung September 2014
- 31. Oktober 2014**
Restzahlung 2/2014
- 10. November 2014**
Abschlagszahlung Oktober 2014
- 10. Dezember 2014**
Abschlagszahlung November 2014

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2013

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2013 bis spätestens **Freitag, den 10. Januar 2014**, 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

Bundesmantelvertrag

Labor

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

elektronischen Dokumentationen (zum Beispiel Dialyse) das Einreichungsdatum **10. Januar 2014** 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

Zum 1. Januar 2014 sollte die bundesmantelvertragliche Regelung in Kraft treten, dass Laborleistungen des Kapitels 32 sowie entsprechende Leistungen des Abschnitts 1.7 (Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch) nur noch an Vertragsärzte überwiesen werden können, bei denen diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebiets gehören (Änderung des Paragraphen 25 Absatz 2 Nummer 1 Seite 2 und Absatz 4a Seite 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte sowie Anpassungen der Protokollnotiz Nr. 4 und Nr. 7 zu Paragraf 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Diese einschränkende Regelung wird vorerst nicht umgesetzt. Ihr Inkrafttreten wurde um ein Jahr auf den 1. Januar 2015 verschoben. Bis dahin soll die Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Laboratoriumsuntersuchungen hinsichtlich der Vorgaben für die Erbringung von Laborleistungen überarbeitet werden. In diesem Zusammenhang soll dann auch über eine Anpassung der vorgenannten bundesmantelvertraglichen Regelung beraten werden.

Den Text des Bundesmantelvertrags-Ärzte einschließlich der Protokollnotizen finden Sie auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik Rechtsquellen/Bundesmantelverträge.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Off-Label-Use (Anlage VI)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) beschlossen: Anlage VI, Teil A (Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – verordnungsfähig sind) wurde um den Absatz „XIV. Hydroxycarbamid bei chronischer myelomonozytärer Leukämie“ und „XV. Imiquimod zur Behandlung analer Dysplasien als Präkanzerosen bei HIV“ ergänzt.

Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

Der G-BA hat beschlossen, die Anlage XII der AM-RL um die Wirkstoffe Lixisenatid (Lyxumia®), Pertuzumab (Parjeta®) und Vandetanib (Caprelsa®) zu ergänzen.

Lixisenatid (Lyxumia®)

Der G-BA hat eine Unterteilung in vier Indikationen vorgenommen, da es sich hierbei um unterschiedliche Therapiesituationen handelt. Unter Berücksichtigung des jeweiligen Zulassungsstatus wurde für jede Indikation eine zweckmäßige Vergleichstherapie bestimmt. In keinem der vier untersuchten Vergleichsfälle konnte ein Zusatznutzen belegt werden.

Pertuzumab zur Behandlung

- des HER2-positiven, metastasierten Brustkrebses – Patientinnen mit viszeraler Metastasierung: Für Pertuzumab in Kombination mit Trastuzumab und Docetaxel im Vergleich zu Trastuzumab in Kombination mit einem Taxan (Paclitaxel, Docetaxel) wurde ein **Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen** erkannt und in den Beschluss aufgenommen.
- des HER2-positiven, metastasierten Brustkrebses – Patientinnen

mit nicht-viszeraler Metastasierung: Für Pertuzumab in Kombination mit Trastuzumab und Docetaxel im Vergleich zu Trastuzumab in Kombination mit einem Taxan (Paclitaxel, Docetaxel) konnte kein Zusatznutzen belegt werden.

- von Patientinnen mit HER2-positivem, lokal rezidivierendem, inoperablem Brustkrebs: Für Pertuzumab in Kombination mit Trastuzumab und Docetaxel im Vergleich zur Strahlentherapie gilt der **Zusatznutzen als nicht belegt**.

Vandetanib (Caprelsa®)

Die zweckmäßige Vergleichstherapie für Vandetanib zur Behandlung von aggressivem und symptomatischem medullärem Schilddrüsenkarzinom (MTC) bei Patienten mit nicht resektabler, lokal fortgeschrittener oder metastasierter Erkrankung ist Best-Supportive-Care. Das Nutzenbewertungsverfahren ergab einen **Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen**.

Seit 1. März 2013 ist das Fertigarzneimittel Zaltrap® (Aflibercept) mit dem Anwendungsgebiet „(...) in Kombination mit einer Chemotherapie bestehend aus Irinotecan/ 5-Fluorouracil/Folinsäure (FOLFIRI) wird angewendet bei Erwachsenen mit metastasiertem kolorektalem Karzinom (MCRC), das unter oder nach einem Oxaliplatin-haltigen Regime fortgeschritten ist“ auf dem deutschen Markt erhältlich. Aufgrund des neuen Anwendungsgebiets durchlief der Wirkstoff Aflibercept (Zaltrap®) das Verfahren der frühen Nutzenbewertung ein weiteres Mal. Der G-BA hat einen Hinweis für einen **geringen Zusatznutzen** gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie festgestellt.

Beschluss vom 1. Oktober 2013 – noch keine Veröffentlichung im Bundesanzeiger für:

Saxagliptin/Metformin (neues Anwendungsgebiet), Vildagliptin/Metformin, Saxagliptin, Vildagliptin, Sitagliptin/Metformin, Sitagliptin, Colestilan

Beschluss vom 17. Oktober 2013 – noch keine Veröffentlichung im Bundesanzeiger für:

Linaclotid, Ocriplasmin, Bosutinib

Ausführliche Informationen hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Frühe Nutzenbewertung*.

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 das Präparat „Paveriwern Tropfen“ zwischenzeitlich die Zulassung erhalten hat, wurde es von der Übersicht der fiktiv zugelassenen Arzneimittel gestrichen.

Unsere aktuelle Übersicht finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

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

Mobile Frühförderung

Die Kriterien für die Verordnung von mobiler Frühförderung bei den medizinisch-therapeutischen Maßnahmen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie weichen von denen für die heilpädagogischen Maßnahmen ab.

Die Leistungserbringung therapeutischer Maßnahmen außerhalb der Praxisräume ist ausschließlich medizinisch zu begründen! Aus sozialen und privaten organisatorischen Beweggründen ist eine mobile Leistungserbringung nicht verordnungsfähig.

Heilpädagogische Maßnahmen werden von den Vertragsärzten nicht „verordnet“ – somit treffen sie auch keine Entscheidung zur mobilen Leistungserbringung im Bereich heilpädagogischer Leistungen.

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

Postexpositionsimpfung gegen Tollwut

Die Bundesärztekammer informiert:

Derzeit bestehen Engpässe bei der Impfstoffversorgung mit Tollwut-Impfstoffen in der Bundesrepublik. Hierdurch kann es vorkommen, dass der Impfstoff nicht über die normalen Lieferketten der Apotheken beziehbar ist. Für die Notfallversorgung von Patienten nach Tierbiss/Kontakt wird von den Landesapothekerkammern jedoch Impfstoff in einem Notfall-Depot zur Postexpositionsimpfung gegen Tollwut vorgehalten.

Um die Notfallversorgung dieser Patienten aus dem Notfall-Depot gegebenenfalls sicherzustellen, soll der behandelnde Arzt den Vermerk „Postexpositionsprophylaxe bei Tierbiss/Kontakt“ auf der Impfstoffverordnung anbringen, weil diese Information die Voraussetzung dafür ist, dass der Impfstoff aus dem Notfall-Depot zur Verfügung gestellt wird.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt, Nummer 39 vom 27. September 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

Merkblatt „Langfristige Heilmittelbehandlungen“

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, das Merkblatt „Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen“ zu ändern. Der folgende Absatz wurde gestrichen:

„Der Antrag der Patientin oder des Patienten sollte Name, Anschrift, Versicherungsnummer, bekannte Diagnosen, Pflegestufe oder das Merkzeichen des Schwerbehindertenausweises enthalten. Weiter sollte der Zeitraum benannt werden, seit dem eine regelmäßige Heilmittelbehandlung in Anspruch genommen wird. Um der Krankenkasse die Einschätzung der medizinischen Situation zu erleichtern, können dem Antrag auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung weitere aussagekräftige Belege, wie zum Beispiel der Patientin oder dem Patienten vorliegende ärztliche Gutachten, Feststellungen der Pflegekasse oder Krankenhausberichte beigelegt werden.“

Unsere Vorlage einer ärztlichen Bestätigung für Ihre Patienten,

- deren Krankenkassen für Verordnungen eines langfristigen Behandlungsbedarfs ein individuelles Genehmigungsverfahren durchführen oder
- die für eine nicht gelistete Diagnose ein Antragverfahren im Einzelfall durchführen

wurde deshalb um den Hinweis „zur Weiterleitung an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen“ ergänzt. Das aktuelle Merkblatt finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Heilmittel/Heilmittel außerhalb des Regelfalls*.

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

Betreuungspauschalen Diabetesvereinbarungen

Das Qualitätskriterium „Anforderung an die Arbeitszeit des nicht-ärztlichen Personals“ und der damit verbundene Abschlag in Höhe von 4,50 Euro wurde zum 3. Quartal 2012 befristet bis zum 31. Dezember 2013 eingeführt (siehe KVB INFOS 10/2012, Seite 171) und stellte einen Ausgleich zu den Praxen her, die bis dato bereits alle Kriterien hinsichtlich des Praxispersonals erfüllt haben. Eine schriftliche Information über die Höhe der Betreuungspauschalen erhalten alle Schwerpunktpraxen bei Änderung quartalsweise per Post.

Ab dem 1. Januar 2014 fällt dieses Qualitätskriterium aus der Liste der persönlich nachzuweisenden Qualitätskriterien zur Erlangung der Betreuungspauschale wieder heraus.

Neue Patientenschulungen ab 1. Juli 2013

Im DMP-Plattformvertrag, der zum 1. Juli 2013 in Kraft getreten ist, wurden zwei neue Schulungen aufgenommen. Dabei handelt es sich zum einen um die MEDIAS 2 ICT Schulung für Typ-2-Diabetiker mit einer intensivierten Insulintherapie (ICT) und zum anderen um die SGS (strukturiertes geriatrisches Schulungsprogramm).

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

Die Schulungen haben folgende Abrechnungsnummern:

Schulungen	Diabetesvereinbarung (BKK, BKN, IKK, LKK, vdek)	DMP Diabetes Typ 2 (AOK, BKK, BKN, IKK, vdek)
MEDIAS 2 ICT ■ zwölf Unterrichtseinheiten à 90 Minuten ■ vier bis acht Patienten pro Gruppe	97273B	92271A
SGS ■ sieben Unterrichtseinheiten à 45 Minuten ■ Kleingruppen von vier bis sechs Patienten	97272B	92270A

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 Praxisschwerpunkte.

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:

- Notfallmanagement – praxisinterner Notfallalgorithmus, Checklisten, Ausrüstung
- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst/Notarzt
- Medikamentenapplikation

- Skilltraining Reanimation in Kleingruppen; praktische Fallbeispiele
- Training alternativer Beatmungstechniken und Atemwegssicherung
- Indikation und Technik der sicheren Defibrillation

Gerne passen wir spezifische Inhalte im Training Ihren individuellen Wünschen an!

Fortbildungspunkte: 7
Teilnahmegebühr: 95 Euro (je Teilnehmer)

(Je Samstag zwei getrennte Veranstaltungen. Sie buchen ein Seminar entweder am Vormittag oder am Nachmittag – außer in Würzburg.)

Termine:

- 22. Februar 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Augsburg
- 22. Februar 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Augsburg
- 15. März 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB München
- 15. März 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB München

2. April 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Würzburg

31. Mai 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Nürnberg

31. Mai 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Nürnberg

26. Juli 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Regensburg

26. Juli 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Regensburg

11. Oktober 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Bayreuth

11. Oktober 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Bayreuth

22. Oktober 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Würzburg

8. November 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB München

8. November 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB München

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*.

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Unsere Qualitätssicherungskurse dienen der Vertiefung der Kenntnisse über professionelles Notfallmanagement bei vitalen Bedrohungen von Patienten im Ärztlichen Bereitschaftsdienst. 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 (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
- Skilltraining Reanimation in Kleinstgruppen
- Training alternativer Beatmungstechniken und Atemwegssicherung
- Indikation und Technik der sicheren Defibrillation

Gerne passen wir spezifische Inhalte im Training Ihren individuellen Wünschen an!

Fortbildungspunkte: 9
Teilnahmegebühr: 90 Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- 8. Februar 2014, KVB Regensburg
- 12. April 2014, KVB München
- 10. Mai 2014, KVB Würzburg
- 5. Juli 2014, KVB München
- 20. September 2014, KVB Nürnberg
- 29. November 2014, 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:

- 22. Januar 2014, KVB München
- 4. Juni 2014, KVB Regensburg
- 25. Juni 2014, KVB Würzburg
- 16. Juli 2014, KVB Augsburg
- 15. Oktober 2014, 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:

- 19. März 2014, KVB Bayreuth
- 26. März 2014, KVB München
- 9. Juli 2014, KVB Würzburg
- 24. September 2014, KVB Augsburg
- 1. Oktober 2014, KVB Regensburg
- 19. November 2014, KVB Nürnberg

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 20.45 Uhr

Termine Modul IV:

- 30. April 2014, KVB München
- 21. Mai 2014, KVB Bayreuth
- 26. September 2014, KVB
Würzburg
- 3. Dezember 2014, KVB
Nürnberg

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.*

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

Fortbildung Impfen

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Psychotherapie: Behandlung von älteren Menschen

Hautkrebscreening

Abrechnungsworkshop Urologen

Alles rund ums Arbeitsrecht

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Psychotherapie: Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Schmerzen

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop Anästhesisten

Abrechnungsworkshop Hausärzte

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – konservativ tätige Fachärzte

Hausärztlich geriatrisches Basisassessment

Abrechnungsworkshop Chirurgen/Orthopäden/Reha

Grundlagenwissen KV-Abrechnung -
Hausärzte und Kinderärzte

QM-/QZ-Seminare

Lokales Moderatorentreffen für Psychotherapeuten

Einführung in den Arbeitsschutz

Lokales Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	85,- Euro	7. Dezember 2013	10.00 bis 15.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	7. Dezember 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	60,- Euro	7. Dezember 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	160,- Euro	7. Dezember 2013	9.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. Dezember 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Dezember 2013 11. Dezember 2013	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	München Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	11. Dezember 2013 18. Dezember 2013	16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing Nürnberg
Praxisinhaber	80,- Euro	11. Dezember 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. Dezember 2013 21. Januar 2014	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	München Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Dezember 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Januar 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Januar 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Januar 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Januar 2014 29. Januar 2014 6. Februar 2014	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg Straubing Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Februar 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	7. Februar 2014	13.30 bis 17.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Februar 2014 18. Februar 2014	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Februar 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
QZ-Moderatoren, die bereits an einer Grund- oder Kompaktschulung teilgenommen haben	kostenfrei	17. Januar 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber Praxismitarbeiter	75,- Euro	22. Januar 2014	14.30 bis 18.30 Uhr	Regensburg
QZ-Moderatoren, die bereits an einer Grund- oder Kompaktschulung teilgenommen haben	kostenfrei	5. Februar 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing

