

# KVBIINFOS 10|14

## ABRECHNUNG

- 122 Die nächsten Zahlungstermine
- 122 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2014
- 123 Keine Klammerung bei Honoraranträgen und Widersprüchen
- 124 Honoraranträge: Fax oder Postversand?
- 124 Hyposensibilisierungsbehandlung: GOP 30131 neben 30130

## VERORDNUNGEN

- 125 Aut-idem-Regelung: Vorgehen bei Lieferschwierigkeiten
- 126 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

## QUALITÄT

- 127 DMP-Feedbackberichte für erstes Halbjahr 2014

## ALLGEMEINES

- 127 Wegweiser Psychotherapie aktualisiert
- 128 Ab 1. Januar gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte
- 129 Behandlung von Asylbewerbern

## SEMINARE

- 130 Die nächsten Seminartermine der KVB

## Die nächsten Zahlungstermine\*

**10. Oktober 2014**  
Abschlagszahlung September 2014

**31. Oktober 2014**  
Restzahlung 2/2014

**10. November 2014**  
Abschlagszahlung Oktober 2014

**10. Dezember 2014**  
Abschlagszahlung November 2014

\* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2014

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das dritte Quartal 2014 bis spätestens **Freitag, den 10. Oktober 2014**, online über das Portal „Meine KVB“ (KV-SafeNet\* oder KV-Ident), D2D oder über KV-Connect. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *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 Richtigstellungsmittelteilung beantragt wird,*
- *die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und*
- *die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.*

Die Gesamtversion finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/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

## Keine Klammerung bei Honoraranträgen

das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) unter *Service/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](http://www.kvb.de) in der Rubrik *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](mailto: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.

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](mailto: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](http://www.kvb.de) in der Rubrik *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](mailto:emDoc@kvb.de)

Bitte benutzen Sie bei mehrseitigen Honoraranträgen und Widersprüchen zu Ihrer Honorarabrechnung keine Heftklammern. Getackerte Schreiben führen bei uns zu einer Verzögerung im Arbeitsablauf des Posteingangs.

### **Hintergrund:**

Im Zuge der elektronischen Verarbeitung werden sämtliche Schreiben eingescannt. Hierfür sind im Vorfeld Heftklammern zu entfernen, um Scannerfehler zu vermeiden. Diese Verzögerungen können durch Ihre Mithilfe vermieden werden.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

**Honoraranträge:****Fax oder Postversand?**

Vielfach werden Honoraranträge und Widersprüche zur Honorarabrechnung an uns vorab per Fax übermittelt und entweder taggleich oder wenige Tage später per Post nochmals an uns geschickt.

Diese Mehrfachübermittlung gleicher Schreiben ist grundsätzlich nur sinnvoll bei drohender Fristversumnis.

Bitte überlegen Sie vor der Übermittlung, ob der doppelte Versand im jeweiligen Fall erforderlich ist. Der doppelte Eingang bedeutet für uns durch die zweimalige Inhaltsprüfung und Erfassung einen erhöhten Arbeitsaufwand.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

**Hyposensibilisierungsbehandlung:****GOP 30131 neben 30130**

Bitte beachten Sie bei der Nebeneinanderabrechnung der GOP 30131 EBM und GOP 30130 EBM Folgendes:

Nach den Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) können Sie die Gebührenordnungspositionen (GOP) 30130 und 30131 EBM bei einer Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en) mit anschließender Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer abrechnen, wenn Sie die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation erfüllen.

Die GOP 30131 EBM vergütet den Zuschlag zur GOP 30130 EBM für jede weitere Hyposensibilisierungsbehandlung durch Injektion(en):

- **zu unterschiedlichen Zeiten** am selben Behandlungstag (zum Beispiel bei Injektion verschiedener nicht mischbarer Allergene oder Cluster- oder Rush-Therapie),
- **mit Angabe des jeweiligen Injektionszeitpunkts** (Uhrzeit),
- **bis zu viermal** am Behandlungstag (somit können Sie je Behandlungstag maximal fünf Injektionen im Rahmen der Hyposensibilisierungsbehandlung abrechnen),
- jeweils mindestens **30-minütiges Nachbeobachtungsintervall**.

Die Leistung nach GOP 30130 EBM ist bei der Nebeneinanderabrechnung der GOPen 30131 und 30130 EBM nur dann vollständig erbracht, wenn Sie den **jeweiligen Injektionszeitpunkt (Uhrzeit)** bei der

**GOP 30130 EBM** angeben. Bitte beachten Sie dies bei Ihrer Honorarabrechnung.

Bei Fragen erreichen Sie unseren  
 Experten Tobias Mierzwa  
 Telefon 09 41 / 39 63 – 3 59  
 E-Mail [Tobias.Mierzwa@kvb.de](mailto:Tobias.Mierzwa@kvb.de)

## Aut-idem-Regelung: Vorgehen bei Lieferschwierigkeiten

Apotheken sind zur Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels verpflichtet, wenn ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Substitution des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen wurde. Das abzugebende, wirkstoffgleiche Präparat muss in Wirkstärke und Packungsgröße mit dem verordneten Arzneimittel identisch und für mindestens ein gleiches Krankheitsbild/eine gleiche Indikation zugelassen sein sowie die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform haben.

Um dem Wirtschaftlichkeitsgebot gerecht zu werden, sollten Sie die Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels ermöglichen und nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen eine Substitution ausschließen (sprich: ein Aut-idem-Kreuz setzen).

- Die Apotheke hat vorrangig ein Fertigarzneimittel abzugeben, für das ein Rabattvertrag besteht.
- Ist kein rabattiertes Arzneimittel verfügbar, gibt die Apotheke eines der drei preisgünstigsten oder das von Ihnen namentlich verordnete oder ein importiertes Arzneimittel ab (bei Wirkstoffverordnung eines der drei preisgünstigsten).
- Ist das verordnete Arzneimittel eines der drei preisgünstigsten, darf das ersetzende Arzneimittel nicht teurer sein, als das namentlich verordnete.

die Apotheke vor der Abgabe mit Ihnen Rücksprache zu halten.

- Die Apotheke dokumentiert auf dem Rezept das mit Ihnen abgesprochene Präparat und macht zusätzlich einen Vermerk zur Lieferunfähigkeit.
- **Ein neues Rezept muss nicht ausgestellt werden, jedoch muss das tatsächlich abgegebene Präparat dann von Ihnen auf dem Originalrezept gekennzeichnet 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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

### Vorgehen bei Lieferschwierigkeiten

Kommt es zu Lieferschwierigkeiten bei dem verordneten und den drei preisgünstigsten Präparaten, hat

## Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Hier finden Sie eine Übersicht einzelner Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), aufgeteilt in die betroffenen Anlagen der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL).

### Off-Label-Use (Anlage V)

Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – verordnungsfähig sind

- Atovaquon + Pyrimethamin zur Prophylaxe der Toxoplasmose-Enzephalitis
- Cotrimoxazol (Trimethoprim/Sulfamethoxazol) zur Prophylaxe von Pneumocystis-Pneumonien
- Cotrimoxazol (Trimethoprim/Sulfamethoxazol) zur Prophylaxe der Toxoplasmose-Enzephalitis
- Dapson + Pyrimethamin zur Prophylaxe der Toxoplasmose-Enzephalitis

### Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

Pharmazeutische Unternehmen müssen bei der Markteinführung eines Arzneimittels mit neuem Wirkstoff oder bei einer Indikationserweiterung in einem Dossier unter anderem den medizinischen Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie gegenüber dem G-BA belegen.

### Macitentan (Opsumit®)

Da es sich dabei um ein „Orphan Drug“ handelt, wurde keine zweckmäßige Vergleichstherapie bestimmt und die Nutzenbewertung vom G-BA selbst vorgenommen. Für „Orphan Drugs“ – Arzneimittel, die zur Behandlung eines seltenen Leidens zugelassen sind – gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt und der nochmalige Nachweis des Zusatznutzens im Dossier entfällt. Das

**Ausmaß des Zusatznutzens wurde als gering eingestuft.**

### Sofosbuvir (Sovaldi®)

- In Kombination mit Peginterferon alfa + Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin + Proteaseinhibitor (Boceprevir oder Telaprevir) bei therapienaiven Patienten ohne Zirrhose mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 1): **Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.**
- In Kombination mit Peginterferon alfa + Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin bei therapienaiven Patienten mit Zirrhose mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 1): **Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.**
- In Kombination mit Peginterferon alfa + Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin + Proteaseinhibitor (Boceprevir oder Telaprevir) therapieerfahrenen Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 1): **Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.**
- In Kombination mit Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin bei therapienaiven Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 2): **Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen.**
- In Kombination mit Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin bei therapieerfahrenen Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 2): **Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.**
- In Kombination mit Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin bei therapienaiven und therapieerfahrenen Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 1): **Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.**

rus (cHCV)-Infektion (Genotyp 3): **Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.**

- In Kombination mit Peginterferon alfa + Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin bei therapienaiven und therapieerfahrenen Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 3): **Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.**
- In Kombination mit Peginterferon alfa + Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin bei therapienaiven und therapieerfahrenen Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 4, 5 und 6): **Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.**
- In Kombination mit Peginterferon alfa + Ribavirin beziehungsweise Kombination mit Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin bei Patienten mit einer HIV-Koinfektion (therapienaiv, therapieerfahren) mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 1-6): **Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.**

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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## DMP-Feedbackberichte für erstes Halbjahr 2014

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 ersten Halbjahres 2014 die DMP-Feedbackberichte erstellt.

Damit erhalten alle koordinierenden Ärzte eine praxisindividuelle Rückmeldung über die Behandlung ihrer Patienten hinsichtlich der vereinbarten Qualitätsziele.

Mit Hilfe von 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 „20141“ für das erste Halbjahr 2014).

Informationen und Zugang zu SmarAkt erhalten Sie unter [www.kvb.de](http://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@ge-dmp-bayern.de](mailto:info@ge-dmp-bayern.de)

## Wegweiser Psychotherapie aktualisiert

Im Juli 2014 wurde der „Wegweiser zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen“ neu aufgelegt. Er bietet seit nunmehr sieben Jahren Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten regelmäßig eine aktualisierte Orientierung für ihre berufliche Tätigkeit und wird über die Landesgrenzen hinaus genutzt. In der Neuauflage wurden insbesondere die Hinweise zu den einschlägigen Richtlinien und Vereinbarungen, zu den aktuell benötigten Vordrucken und Abrechnungsbestimmungen sowie zu Gruppentherapien/Gruppengrößen dem aktuellen Stand angepasst. Auch das Thema „Raucherentwöhnung als Methode in der vertragsärztlichen Versorgung“ wurde in den Wegweiser mit aufgenommen. Ein eigener Abschnitt zu den Besonderheiten bei der psychotherapeutischen Versorgung von Angehörigen der Bundeswehr und bei der Abrechnung im Rahmen der Besonderen Kostenträger sorgt in der Neuauflage für mehr Klarheit und Transparenz.

Die Online-Version des aktualisierten Wegweisers Psychotherapie finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Psychotherapeutische Leistungen*.

Bei Fragen erreichen Sie unser Expertin Karin Bruckmüller unter  
Telefon 09 11 / 9 46 67  
E-Mail [Karin.Bruckmüller@kvb.de](mailto:Karin.Bruckmüller@kvb.de)

## Ab 1. Januar gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte

Die alte Krankenversichertenkarte (KVK) wird endgültig abgelöst: Ab 1. Januar 2015 gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte (eGK). Gesetzlich krankenversicherte Patienten können dann nur noch mit der eGK den Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten aufsuchen. Auf diese Regelung haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geeinigt. Ursprünglich sollte die Übergangsfrist für die alte Chipkarte bereits Ende September 2014 auslaufen. Die KBV konnte gegenüber den Krankenkassen jedoch durchsetzen, dass die KVK noch ein Quartal länger verwendet werden kann. So haben Ärzte und Psychotherapeuten die Sicherheit, dass sie auch noch im vierten Quartal 2014 über die alte Karte abrechnen können.

### Neu ab 1. Januar 2015: die KVK wird ungültig

Wichtig für Sie als Arzt oder Psychotherapeut: Die alte Chipkarte gilt ab Januar 2015 für GKV-Versicherte nicht mehr als gültiger Nachweis, um Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das aufgedruckte Gültigkeitsdatum der KVK hat keine Bedeutung mehr. Das heißt: Auch Karten mit einem längeren Gültigkeitsdatum dürfen nicht mehr verwendet werden. Die KVK ist dann nur noch für Versicherte sogenannter sonstiger Kostenträger (zum Beispiel Heilfürsorge) sowie im Rahmen der Privatversicherung zulässig. Die KBV wird technische Maßnahmen veranlassen, sodass alte Karten ab Januar für GKV-Versicherte von den Lesegeräten auch nicht mehr eingelesen werden können.

### Bei Patienten ohne eGK: Privatvergütung

Es ist zu erwarten, dass einige wenige Patienten im Januar 2015 entweder noch keine eGK haben werden oder aber fälschlicherweise noch die alte Karte verwenden, obwohl sie bereits über eine Gesundheitskarte verfügen. Für diese Fälle wurde folgendes Verfahren vereinbart:

Kann der Patient auch auf Nachfrage keine eGK vorlegen und ist die Behandlung nicht verschiebbar, gilt Folgendes:

- Der Patient hat zehn Tage Zeit, eine gültige Karte nachzureichen. Ansonsten kann der Arzt oder Psychotherapeut eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Das Ersatzverfahren ist in diesem Fall nicht möglich.
- Legt der Patient bis zum Ende des Quartals seine eGK vor, die zum Zeitpunkt der Behandlung gültig war, muss der Arzt beziehungsweise Psychotherapeut dem Patienten das Geld zurückzahlen. Das gilt auch, falls die Krankenkasse des Versicherten bis zum Ende des Quartals nachweist, dass zum Zeitpunkt der Behandlung ein Leistungsanspruch bestand. Der Arzt rechnet die Behandlung dann wie gewohnt als Kassenleistung ab.

Der Arzt kann seinem Patienten während dieser Zeit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel privat verordnen: Er vermerkt dazu auf dem Privatrezept „ohne Versicherungsnachweis“. Der Patient trägt die Kosten selbst, kann aber versuchen, sich das Geld von seiner Krankenkasse erstatten zu lassen.

**Ausnahme:** Bei Notfallbehandlungen, in denen keine eGK vorgelegt werden kann, darf der Arzt das Ersatzverfahren anwenden.

### Mehr Informationen

Ausführliche Informationen zur Nutzung der eGK finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Elektronische Gesundheitskarte (eGK)*. In der Novemberausgabe der KVB INFOS werden wir Ihnen zudem Antworten auf die wichtigsten Fragen in der Praxis liefern.

Die Vereinbarung zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag) finden Sie auf den Internetseiten der KBV unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) in der Rubrik *Rechtsquellen*.

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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)



## Behandlung von Asylbewerbern

Wir gehen davon aus, dass in Zukunft verstärkt Asylbewerber und Flüchtlinge vor allem Haus- und Kinderärzte kontaktieren werden. Bei der Behandlung dieses Personenkreises sind folgende Punkte zu beachten.

### Rechtliche Grundlagen

#### Paragraf 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG haben im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten einen **eingeschränkten Anspruch** auf medizinische Versorgung. Der Behandlungsanspruch wurde vom Gesetzgeber in Paragraf 4 AsylbLG auf folgende Sachverhalte begrenzt:

- ärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie Gewährung sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen,
- Gewährung von ärztlicher und pflegerischer Hilfe und Betreuung, von Hebammenhilfe sowie von Arznei-, Verbandsmitteln für Schwangere und Wöchnerinnen,
- Verabreichung **amtlich empfohlener Schutzimpfungen**.

#### Paragraf 6 AsylbLG

Des Weiteren können gemäß Paragraf 6 AsylbLG auch sonstige, über die genannten Sachverhalte hinausgehende (ärztliche) Leistungen **im Einzelfall** gewährt werden, wenn diese zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind. Hierfür ist allerdings die **vorherige Genehmigung** durch die zuständige Behörde einzuholen.

### Abrechnungsvoraussetzungen

Grundlage für die Behandlung gemäß Paragraf 4 AsylbLG ist stets ein von der jeweiligen Sozialhilfeverwaltung ausgestellter, gültiger **Behandlungsschein**. Dieser muss folgende Daten enthalten:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Anschrift
- fünfstellige Kassenummer der Sozialhilfeverwaltung

### Abrechnungsbesonderheiten

- Bitte beachten Sie die individuellen Angaben der Sozialhilfeverwaltung insbesondere hinsichtlich des Leistungsumfangs, Gültigkeitszeitraums und behandelnder Fachrichtung.
- Falls keine ausreichende Verständigungsmöglichkeit mit dem Patienten besteht, kann ein Dolmetscher beim zuständigen Sozialhilfeträger formlos angefordert werden. Die Kosten hierfür übernimmt der Sozialhilfeträger.
- Als Versichertenstatus ist einheitlich M (Mitglied) anzugeben.
- Überweisungen sind grundsätzlich nur mit Zustimmung des Sozialhilfeträgers mit entsprechendem Genehmigungsvermerk (Muster 6) möglich.
- Ausnahme: Landratsamt Ansbach. Direkte Überweisung zum Facharzt ist hier möglich, eine Zustimmung des Amtes ist nicht mehr erforderlich.
- Behandlung im Notfall: Verwendung des Musters 19 (Notfall-/Vertreterschein), sofortige Eilanzeige der Notfallbehandlung beim zuständigen Sozialamt (14-Tage-Frist) notwendig.
- Krankenhauseinweisung nur mit Zustimmung des Sozialhilfeträ-

gers. Ausnahme: Notfalleinweisung.

### Hinweise zu Verordnungen

- Arznei- und Verbandmittel sind im Rahmen der Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände verordnungsfähig.
- Für Heilmittel, Brillen, orthopädische oder andere Hilfsmittel ist eine Genehmigung des Sozialhilfeträgers erforderlich.
- Impfstoffe sind auf den Namen des Patienten auf Muster 16 (Kassenrezept) zulasten des Sozialhilfeträgers zu verordnen. Impfstoffe dürfen nicht dem Sprechstundenbedarf entnommen werden.
- Asylbewerber sind grundsätzlich von der Zuzahlung befreit.

Weitere Informationen erhalten Sie unter:

[http://www.stmas.bayern.de/fibel/sf\\_a165.php](http://www.stmas.bayern.de/fibel/sf_a165.php)

sowie unter:

<http://www.stmas.bayern.de/migration/index.php>

Verzeichnis der Sozialhilfeverwaltungen:

<http://www.stmas.bayern.de/sozial/sozialhilfe/bayern.php>

Bei Fragen zur Abrechnung 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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

Bei Fragen zu Verordnungen 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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Die nächsten Seminartermine der KVB

### Hinweis

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

### Informationen zu KVB-Seminaren

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 0 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

**Online-Anmeldung** im Internet unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Fortbildung/KVB-Seminare/Online-Anmeldung*.

**Anmeldeformulare und weitere Seminare** finden Sie in unserer Seminarbroschüre und im Internet unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/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

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Alles rund ums Arbeitsrecht

Hautkrebsscreening

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige Fachärzte

Gründer-/Abgeberforum

Die Privatabrechnung in der ärztlichen Praxis - Hausärzte

Abrechnungsworkshop HNO

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Datenschutz in der Praxis

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop Urologen

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

### QM-/QZ-Seminare

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten in Kooperation mit dem Berufsverband DGPT

Regionale Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	14. Oktober 2014	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	15. Oktober 2014 12. November 2014	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg Regensburg
Praxisinhaber	160,- Euro	15. Oktober 2014 8. November 2014	13.00 bis 21.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Oktober 2014 22. Oktober 2014	16.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	München Bayreuth
Praxisinhaber und Existenzgründer	kostenfrei	18. Oktober 2014 25. Oktober 2014 8. November 2014 15. November 2014	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg Regensburg Bayreuth München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	24. Oktober 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. November 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. November 2014 13. November 2014	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	5. November 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	5. November 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. November 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. November 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. November 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	12. November 2014	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	12. November 2014	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. November 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	15. November 2014	10.00 bis 15.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	14. November bis 15. November 2014	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren mit Grund- oder Kompaktschulung	kostenfrei	19. November 2014	16.00 bis 20.00 Uhr	München

