

KVBIINFOS 03|15

ABRECHNUNG

- 26 Die nächsten Zahlungstermine
- 26 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2015
- 27 Laborquote „Q“ für das 1. Halbjahr 2015
- 28 Änderungen des EBM und Kapitel 32 (Labor) und Kapitel 40 (Kostenpauschalen) zum 1. April 2015
- 31 Bereitschaftsdienst Abrechnung ab 1/2015
- 31 Geriatrisches Basis-assessment – GOP 03360
- 31 Information für lasertherapeutisch tätige Hautärzte
- 32 Abrechnung Jugendarbeitsschutz
- 32 Hernienoperationen: Barmer GEK beendet Förderung
- 32 eGK – Schadensersatzansprüche der Krankenkassen

VERORDNUNGEN

- 34 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 34 Ausfüllhilfe BtM-Rezept aktualisiert
- 35 Diclofenac und/oder Dexamethason
- 35 Fiktiv zugelassene Arzneimittel

QUALITÄT

- 35 Abnahmeprüfung Sonographie
- 36 Fortbildungsnachweis QSV Hörgeräteversorgung

IT IN DER PRAXIS

- 36 Ablösung von KV-Ident durch KV-Ident Plus
- 37 Countdown für KV-SafeNet-Förderprogramm
- 37 Neue KV-Connect Anwendung „eArztbrief“
- 38 Umfrage zu Mobile Health

ALLGEMEINES

- 38 Haus- und Facharztthesauren aktualisiert

SEMINARE

- 39 Sicher im Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 39 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 40 Notfalltraining für das Praxisteam
- 41 Ärztliche Leichenschau
- 42 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. März 2015
Abschlagszahlung Februar 2015

10. April 2015
Abschlagszahlung März 2015

30. April 2015
Restzahlung 4/2014

11. Mai 2015
Abschlagszahlung April 2015

10. Juni 2015
Abschlagszahlung Mai 2015

10. Juli 2015
Abschlagszahlung Juni 2015

31. Juli 2015
Restzahlung 1/2015

10. August 2015
Abschlagszahlung Juli 2015

10. September 2015
Abschlagszahlung August 2015

12. Oktober 2015
Abschlagszahlung September 2015

30. Oktober 2015
Restzahlung 2/2015

10. November 2015
Abschlagszahlung Oktober 2015

10. Dezember 2015
Abschlagszahlung November 2015

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2015

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2015 bis spätestens **Freitag, den 10. April 2015**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“, über den Kommunikationskanal KV-Connect oder über die Telematik-Plattform der KVen D2D (Doctor-to-Doctor). 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/Online-Angebote/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 Abrechnungsabgabeter-

min 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
- 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 *Service/Rechtsquellen/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

Laborquote „Q“ für das 1. Halbjahr 2015

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 *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht über die einzu-reichenden Scheine steht Ihnen das Merkblatt „Besondere Kosten-träger“ zur Verfügung. Eine aus-führliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere Kostenträger*.

Achtung: Änderung bei Abrechnung Jugendarbeitsschutz:
Einreichung der Untersuchungsbe-rechtigungsscheine entfällt ab dem Abrechnungsquartal 1/2015.

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 Arzt-stempel einschließlich der Betriebs-stättennummer auf den eingereich-ten Unterlagen sowie dem Briefum-schlag 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 aus-schließlich auf Ihre Abrechnung, nicht auf die elektronische Dokumen-tation 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

Notarzteinsätze über emDoc

Eine Besonderheit stellt die Einrei-chung und Abrechnung von Notarzt-einsätzen über emDoc dar. Mit em-Doc können Sie Ihre Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf einge-reichten Fälle werden berücksichtigt.

Anders als bei der sonst erforderli-chen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung bestätigen Sie in emDoc auf elektro-nischem Weg, dass Sie die Leistun-gen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.

Bitte beachten Sie auch unsere ge-sonderten Informationen zu emDoc und zur „Notarzdienst-Abrechnung“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Notarzdienst-Abrech-nung*.

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

Für die Vergütung laboratoriums-medizinischer Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM wird von der Kassenärztlichen Bundes-vereinigung (KBV) eine bundesweit anzuwendende Abstufungsquote „Q“ vorgegeben.

Für das erste Halbjahr 2015 beträgt die Abstufungsquote „Q“ 91,58 Prozent.

Die jeweils geltenden Quoten veröf-fentlichen wir nach Bekanntgabe durch die KBV unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.15/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

Änderungen des EBM, Kapitel 32 (Labor) und Kapitel 40 (Kostenpauschalen) zum 1. April 2015

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 341., 342. und 343. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2015 beschlossen. Ebenfalls mit Wirkung zum 1. April 2015 wurde von den Partnern des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) Änderungen im Kapitel 32 (Laborpauschalen) und im Kapitel 40 (Kostenpauschalen) beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht.

Hausärzte und Kinder- und Jugendmediziner

- Beschluss aus der 341. Sitzung des Bewertungsausschusses

Hälftige Versichertenpauschale im Vertreterfall gestrichen

Mit Wirkung zum 1. April 2015 (Quartal 2/2015) wird die hälftige Versichertenpauschale nach GOP 03010 (Hausärzte – Kapitel 3 EBM) beziehungsweise GOP 04010 (Kinderärzte – Kapitel 4 EBM) aus dem EBM gestrichen.

Ab diesem Zeitpunkt können Sie bei Überweisungen von einem anderen Hausarzt beziehungsweise von einem anderen Kinderarzt zur Mit- oder Weiterbehandlung, Konsiliaruntersuchung oder im Vertretungsfall die volle Versichertenpauschale nach GOP 03000 beziehungsweise 04000 abrechnen.

Auch die Vorhaltepauschale nach GOP 03040 beziehungsweise 04040 (wird von uns zugefügt) wird dann ohne den bisherigen 50-Prozent-Abschlag (bisher: GOP 03040E beziehungsweise 04040E) vergütet.

Genehmigung nicht-ärztliche Praxisassistenten – Sonderregelung für Neu- und Jungpraxen

- Beschluss aus der 343. Sitzung des Bewertungsausschusses

Bei Vertragsärzten, die neu oder weniger als 18 Monate zugelassen sind, liegen die nach Präambel 3.2.1.2 Nr. 1 zur Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 erforderlichen Behandlungsfälle der letzten vier Quartale in der Regel nicht vor.

Für diese Ärzte wurde eine Sonderregelung dahingehend getroffen, dass für sie in dem Zeitraum von sechs Quartalen nach Zulassungsdatum die Vorgaben zu den Mindestfallzahlen nicht angewendet werden und damit für sie ein Tätigkeitsumfang mit dem Wert „0“ angerechnet wird.

Das bedeutet, dass

- neu zugelassene Hausarztpraxen (Einzelpraxen) bereits in den ersten 18 Monaten nach der Zulassung die neuen Gebührenordnungspositionen abrechnen können, auch wenn die geforderte Mindestfallzahl nicht vorliegt. Ab dem siebten Quartal gilt auch für sie die Mindestfallzahlregelung.

Beispiel:

Ein am 1. April 2014 neu zugelassener Hausarzt (Vollzulassung) kann bis zum 30. September 2015 die GOPen 03060, 03062, 03063

abrechnen. Ab dem 1. Oktober 2015 muss auch er die geforderten Fallzahlen (= durchschnittlich 860 Behandlungsfälle pro Quartal oder mindestens 160 Behandlungsfälle bei Patienten, die das 75. Lebensjahr vollendet haben) für die letzten vier Quartale erfüllen.

- in Praxen mit mehreren Hausärzten ein neu zugelassener Hausarzt in den ersten sechs Quartalen nach seiner Zulassung bei der Berechnung der Behandlungsfälle mit einem Tätigkeitsumfang von „0“ berücksichtigt wird. Die Zählung mit dem tatsächlichen Tätigkeitsumfang erfolgt erst ab dem siebten Quartal.

Beispiel Gemeinschaftspraxis mit drei Hausärzten, davon einer ab 1. April 2014 zugelassen: Bei der Ermittlung der Mindestfallzahlen werden die beiden länger zugelassenen Hausärzte mit einem Tätigkeitsumfang von „1“ und der neu zugelassene Hausarzt mit einem Tätigkeitsumfang von „0“ gezählt. Die Praxis muss daher bis zum 30. September 2015 durchschnittlich mindestens 1.500 (= 860+640+0) Behandlungsfälle je Quartal oder 280 (= 160+120+0) bei mindestens 75-jährigen Patienten erfüllen. Ab dem 1. Oktober 2015 wird auch der neu zugelassene Hausarzt mit seinem vollen Tätigkeitsumfang berücksichtigt. Somit muss die Praxis ab diesem Zeitpunkt für die letzten vier Quartale durchschnittlich 2.140 (= 860+640+640) Behandlungsfälle oder 400 (= 160+120+120) bei älteren Patienten erreichen.

Diese Sonderregelung wird von uns bei der Ermittlung der zur Abrechnung der neuen GOPen 03060, 03062 und 03063 erforderlichen Mindestfallzahlen berücksichtigt.

Die zur Beschäftigung einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin erforderlichen Genehmigung wird Ihnen auf Antrag erteilt, wenn

- die nicht-ärztliche Praxisassistentin für **mindestens 20 Wochenstunden** in der Praxis beschäftigt wird und
- die nicht-ärztliche Praxisassistentin über die **erforderliche Qualifikation** nach Anlage 8 BMV-Ä verfügt. Dies ist der Fall, wenn die nicht-ärztliche Praxisassistentin über eine abgeschlossene Ausbildung zur VERAH (Informationen und Angebote zur Ausbildung finden Sie unter www.verah.de) und ergänzende Aufbau-Modelle (zum Beispiel VERAH Plus-Module) verfügt und die Ergänzungsprüfung bei der Landesärztekammer erfolgreich abgeschlossen wurde.

Augenärzte

- Beschluss aus der 341. Sitzung des Bewertungsausschusses

Strukturpauschale nach GOP 06225 neben IVOM berechnungsfähig

Konservativ tätige Augenärzte, die ausschließlich die IVOM (Intravitreale Medikamenteneingabe ins Auge) als operative Leistung erbringen, können ab dem 1. April 2015 die GOP 06225 EBM abrechnen. Zur Stärkung der wohnortnahen Versorgung wird der bisherige Berechnungsausschluss der Strukturpauschale bei Abrechnung der GOPen 31371 bis 31373 und 36371 bis

36373 aus Nummer 6 der Präambel 6.1 des EBM gestrichen.

IVOM: Hinweis zur Abrechnung der Nachsorgepauschalen nach GOP 06334 und 06335

Die augenärztlichen Zusatzpauschalen für die Betreuung eines Patienten nach Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe am Auge nach den GOPen 06334 (rechtes Auge) und 06335 (linkes Auge) können erst nach einem Zeitraum von sechs Wochen nach der IVOM (GOPen 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373) berechnet werden.

Anhang 2 EBM – Neuaufnahme und Löschung von OPS-Codes

- Beschluss aus der 341. Sitzung des Bewertungsausschusses

Mit Wirkung zum 1. Januar 2015 ist der Operationenschlüssel Version 2015 in Kraft getreten. In den Anhang 2 zum EBM werden mit Wirkung zum 1. April 2015 neue OPS-Codes aufgenommen und OPS-Codes gestrichen.

Die Übersicht der neu aufgenommenen und gestrichenen OPS-Codes finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM*.

Labor – HPV-DNA-Nachweis

- Beschluss aus der 342. Sitzung des Bewertungsausschusses und Beschluss Nr. 5 der Partner des BMV-Ä

Mit Wirkung zum 1. April 2015 haben die Partner des BMV-Ä Änderungen bei den molekularbiologischen Untersuchungen gemäß Abschnitt 32.3.12 EBM beschlossen.

Neben dem bestehenden DNA-Nachweis wird jetzt auch der mRNA-Nachweis von HPV bei einem auffälligen Zervixzytologiebefund aufgenommen. Hierzu wird die GOP 32820 nach Indikation in zwei Gebührenordnungspositionen aufgeteilt. Die Indikationsvoraussetzungen für die Durchführung wurden nach Änderung der QS-Vereinbarung Zervixzytologie an die neue Münchner Nomenklatur III angepasst.

Neu: GOP 32819 – DNA-Nachweis ausschließlich von High-Risk-HPV-Typen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Hybridisierung gegebenenfalls einschließlich Aufbereitung und/oder Amplifikation (zum Beispiel Nukleinsäureisolierung, -denaturierung, -transfer) bei Zustand nach operativen Eingriff(en) an der Cervix uteri wegen CIN I bis CIN III

Preis BEGO: 28,00 Euro

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nicht neben der GOP 32820 berechnungsfähig
- daneben sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis desselben Erregers nicht berechnungsfähig

Geändert: GOP 32820 – DNA- und/oder mRNA-Nachweis ausschließlich von High-Risk-HPV-Typen aus einem Zervix-/Vaginalmaterial mittels sequenzspezifischen Nachweises gegebenenfalls einschließlich Aufbereitung und/oder Amplifikation nur bei einem Zervixzytologiebefund ab Gruppe III nach Münchner Nomenklatur III

Preis BEGO: ~~30,40 Euro~~
28,00 Euro

Geändert: GOP 32859

(Zuschlag NAT)

Aufgrund der Änderungen zum Nachweis von HPV-Typen kann der Zuschlag für den Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) nach GOP 32859 nicht mehr zur GOP 32820 berechnet werden.

Aufnahme der GOP 32819 in die Präambel 19.1 Nr. 4

Die neue GOP 32819 wird für Fachärzte für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie als berechnungsfähige Leistung in die Präambel 19.1 Nr. 4 aufgenommen.

Künstliche Befruchtung – Anpassung an die Richtlinie

- Beschluss aus der 343. Sitzung des Bewertungsausschusses

Die Richtlinie über Künstliche Befruchtung (KB-RL) hat sich mit Wirkung zum 18. Oktober 2014 geändert: Die erforderlichen Laboruntersuchungen gemäß 12.1 der Richtlinie (Anti-HIV-1,2, HBsAg, Anti-HBc, Anti-HCV-Ab; im Einzelfall gegebenenfalls weitere Untersuchungen nach Anlage 4 Nummer 1 Buchstabe d und e TPG-Gewebeverordnung) sind nicht wie bisher vor jeder Keimzellgewinnung, sondern innerhalb von drei Monaten vor der ersten Keimzellgewinnung durchzuführen sowie bei nachfolgender Keimzellgewinnung, soweit diese in derselben Partnerschaft zu einem Zeitpunkt erfolgt, der 24 Monate nach der ersten oder einer erneuten Laboruntersuchung liegt.

Der Bewertungsausschuss hat jetzt mit Wirkung zum 1. April 2015 den EBM an diese Änderungen angepasst, indem er die Definition des Reproduktionsfalles um die erforderlichen

Laboruntersuchungen vor der ersten Keimzellgewinnung erweitert hat.

Nuklearmediziner – Behandlung mit Radium-223-dichlorid (Xofigo®)

- Beschluss aus der 343. Sitzung des Bewertungsausschusses und Beschluss Nr. 7 Partner des BMV-Ä

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. Juni 2014 nach einem Nutzenbewertungsverfahren die Aufnahme von Radium-223-dichlorid in Anlage XII der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen. Radium-223-dichlorid ist der erste zugelassene Alphastrahler. Xofigo® wird angewendet zur Behandlung von Erwachsenen mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom, symptomatischen Knochenmetastasen ohne bekannte viszerale Metastasen.

Die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte haben daraufhin die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.10 mit Wirkung zum 1. April 2015 angepasst.

Neu: GOP 40582 – Kostenpauschale für die Sachkosten, die im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung und Lagerung sowie der Materialverwaltung, der Abfallbeseitigung und Entsorgung gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 bei Verwendung von Radium-223-dichlorid entstehen

Preis B€GO 65,00 Euro

- je Injektion berechnungsfähig
- Kosten für das Produkt Radium-223-dichlorid sind in dieser Kostenpauschale nicht enthalten. Die Verordnung und Abrechnung erfolgen über das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16).
- Aufgrund der spezifischen Radioaktivität und Toxizität der Zerfallsprodukte von Radium-223-dichlorid benötigen Nuklearmediziner spezielle Umgangs-genehmigungen. Daher beinhaltet die Kostenpauschale 40582 auch die Kosten, die im Rahmen des Umgangs mit Radium-223-dichlorid entstehen.

Geändert: GOP 17372

- Bei der Zusatzpauschale Radionuklidtherapie nach GOP 17372 wird der obligate Leistungsinhalt „Szintigraphische Kontrollmessung der Bremsstrahlung“ in den fakultativen Leistungsinhalt überführt, da diese bei Alphastrahlern nicht sinnvoll erbracht werden kann.
- Die Anmerkung, dass die Behandlung des Morbus Bechterew nicht über die GOP 17372 berechnet werden kann, wird gestrichen.
- Zur Klarstellung der über die neue Kostenpauschale berechnungsfähigen und nicht berechnungsfähigen Kosten wurden zwei Anmerkungen aufgenommen.

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

Bereitschaftsdienst: Abrechnung ab 1/2015

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 341. und 344. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen, die für Ihre Abrechnung ab 1. Januar 2015 wichtig sind. Die betroffenen Praxen und Notfallambulanzen wurden von uns hierzu bereits gesondert informiert. Alle Informationen zu den Neuregelungen finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM*.

Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik *Bewertungsausschuss/Beschlüsse* veröffentlicht.

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

Geriatrisches Basis- assessment – GOP 03360

Mit Wirkung zum 1. Januar 2015 erfolgte für Hausärzte eine redaktionelle Änderung bei der GOP 03360 (Geriatrisches Basisassessment). In den obligaten Leistungsinhalt der GOP wurde der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt aufgenommen, um klarzustellen, dass das hausärztlich-geriatrische Basisassessment mit ärztlicher Beteiligung erbracht werden muss.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 341. Sitzung mit den Änderungen im Detail wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik *Bewertungsausschuss/Beschlüsse* veröffentlicht.

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

Information für laserthera- peutisch tätige Hautärzte

Für Laserbehandlungen sind – unabhängig von der Zahl der zur Behandlung notwendigen Sitzungen – die Gebührenordnungspositionen (GOPen) 10320, 10322 und 10324 EBM nur einmal (im Leben) je cm² Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig. Dies gilt unabhängig davon, ob die anschließenden Sitzungen an einem anderen Behandlungstag des gleichen Quartals oder in einem Folgequartal erfolgen und unabhängig von der Gesamtdauer der Behandlung.

Eine abweichende Interpretation ist nach übereinstimmender Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbands unzulässig und mit dem Wortlaut der Leistungen nicht vereinbar, da es in den Anmerkungen zu den GOPen wörtlich heißt: „Die Leistungen nach den GOPen 10320, 10322 und 10324 sind unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je Quadratzentimeter Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig.“ Auch ein wiederholter Ansatz für ein bereits behandeltes Areal – etwa im Fall eines sehr selten auftretenden Rezidivs – ist nach den Vorschriften des EBM ausgeschlossen.

Bitte beachten Sie, dass metrische und fotografische Dokumentationen vor Beginn und nach Abschluss der Therapie zu den weiteren Abrechnungsvoraussetzungen gehören.

Zur Vermeidung von Prüfungen empfehlen wir, die Vorgaben unbedingt einzuhalten. Sollten sich Änderungen hinsichtlich der genannten Gebührenordnungspositionen ergeben, werden wir Sie umgehend informieren.

Wir möchten in diesem Zusammenhang auch darauf hinweisen, dass Sie – sofern Sie in Ihrer Praxis Laserbehandlungen nach den oben genannten Gebührenordnungspositionen anbieten – verpflichtet sind, diese über die elektronische Gesundheitskarte abzurechnen. Es ist grundsätzlich nicht zulässig, von Versicherten Zuzahlungen zu erheben. Auch die Privatliquidation ist nur in sehr engen Grenzen des Bundesmantelvertrags gestattet.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Cathrin Buballa-Hermann unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 6 90
 E-Mail Cathrin.Buballa-Hermann@kvb.de

Abrechnung Jugendarbeitsschutz

In ihren Bestrebungen, unbürokratischer zu werden und die papierlose Abrechnung voranzutreiben, ist die KVB erneut einen wichtigen Schritt vorangekommen.

Bisher mussten bei der Abrechnung des Jugendarbeitsschutzes (Kassennummer 71854) zusätzlich zur Online-Abrechnung die Untersuchungsberechtigungsscheine für die Erst- und Nachuntersuchung in Papierform bei der KVB eingereicht werden.

Ab dem Abrechnungsquartal 1/2015 ist für Vertragsärzte das **Einreichen der Untersuchungsberechtigungsscheine nicht mehr erforderlich**. Diese verbleiben in der Praxis – analog der GKV (zum Beispiel Überweisungsschein) oder Besondere Kostenträger (Bundeswehr).

Die Untersuchungsberechtigungsscheine sind ebenso wie die Scheine der GKV nach dem Behandlungsquartal ein Jahr lang in der Praxis vorzuhalten. In diesem Zeitraum können die Scheine für Prüzzwecke angefordert werden: Gemäß der neuen Vereinbarung zwischen dem Freistaat Bayern und der KVB ist eine vierteljährliche Stichprobenprüfung vorzunehmen.

Bitte beachten Sie hierzu auch die aktualisierten Info-/Merkblätter unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere Kostenträger*.

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

Hernienoperationen: Barmer GEK beendet Förderung

Seit dem Quartal 3/2011 hat die Barmer GEK die Durchführung ambulanter Hernienoperationen finanziell gefördert. Ziel dieser Förderung war eine Verlagerung von stationären Eingriffen in den ambulanten Sektor und damit eine Verringerung der Ausgaben für Hernienoperationen. Eine Analyse der Barmer GEK bezüglich der Verlagerung in den abgelaufenen Quartalen hat ergeben, dass dieses Ziel nicht erreicht werden konnte. Die Barmer GEK hat die Förderung daher zum 31. Dezember 2014 eingestellt.

Aus diesem Grund ist die Abrechnungsziffer 97007 seit dem 1. Januar 2015 nicht mehr abrechenbar. Auch der Zuschlag für die Durchführung von Hernienoperationen wird seit dem 1. Januar 2015 nicht mehr vergütet.

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

eGK – Schadensersatzansprüche der Krankenkassen

Bereits in den letzten beiden Ausgaben der KVB INFOS haben wir Sie darüber informiert, dass gesetzlich krankenversicherte Patienten ab dem 1. Januar 2015 nur noch unter Vorlage ihrer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) den niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchen können. Von diesem Grundsatz gibt es nur wenige Ausnahmen, in denen auf das Einlesen der Versichertenkarte verzichtet werden kann und das Ersatzverfahren zur Anwendung kommt. Umfassende Informationen zur Verwendung der eGK in der Arztpraxis finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Elektronische Gesundheitskarte*.

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 Einhaltung der Vorschriften zur Verwendung der eGK in der Arztpraxis ist von besonderer Wichtigkeit, da die Krankenkassen einen Schadensersatzanspruch gegen den Vertragsarzt geltend machen können, wenn sie fälschlicherweise als Kostenträger angegeben wurden (Paragraf 48, Bundesmantelvertrag Ärzte). Der Bundesmantelvertrag Ärzte sieht jedoch auch vor, dass kein Schadensersatzanspruch besteht, wenn der Leistungserbringung oder -verordnung eine unzulässige Verwendung einer Versichertenkarte zugrunde liegt und diese unzulässige Verwendung nicht im Verantwortungsbereich des Vertragsarztes liegt.

Konkret bedeutet das für Sie:
 Durch das Einlesen einer gültigen eGK und die Identitätsprüfung des Patienten schützen Sie sich vor Schadensersatzansprüchen der Krankenkassen. Sofern also keine der Ausnahmekonstellationen vorliegt, **achten Sie bitte immer darauf, die elektronische Gesundheitskarte einzulesen!**

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Lifestyle Arzneimittel (Anlage II)

Avanafil (SPEDRA®) wurde aufgenommen

Medizinprodukte (Anlage V)

- Änderung VISMED® und VIS-MED® MULTI
- Änderung Befristung BSS DIST-RA-SOL

Aut-idem (Anlage VII)

Substitutionsausschlusslisten: Arzneimittel, die einen in der Anlage gelisteten Wirkstoff in einer der aufgeführten Darreichungsformen enthalten, dürfen in der Apotheke nicht mehr durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel ersetzt werden.

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 Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) belegen.

Hier eine Übersicht der letzten G-BA-Beschlüsse:

- Canagliflozin (Invokana®) – Zusatznutzen ist nicht belegt.
- Dimethylfumarat (Tecfidera®) – Den Verweis auf den Rote-Hand-Brief (siehe „Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung“) hat der G-BA nachträglich mit Beschluss vom 8. Januar 2015 ergänzt
- Elosulfase alfa (Vimizim®) – geringer Zusatznutzen

- Fingolimod (Gilenya®), neues Anwendungsgebiet

- a) Patienten mit hochaktiver RRMS, die einen vollständigen und angemessenen, normalerweise mindestens ein Jahr andauernden Zyklus mit mindestens einer krankheitsmodifizierenden Therapie erhalten haben (andere als INF-β) – Zusatznutzen ist nicht belegt.
- b) Patienten mit hochaktiver RRMS, die noch keine ausreichende krankheitsmodifizierende Therapie erhalten haben (andere als INF-β) – Zusatznutzen ist nicht belegt.

- Insulin degludec (Tresiba®), neues Anwendungsgebiet – Zusatznutzen gilt als nicht belegt.

- Lebende Larven von *Lucilia sericata* (BioBag®/BioMonde® Freie Larven) – Zusatznutzen gilt als nicht belegt.

- Mirabegron (Betmiga®) – Zusatznutzen ist nicht belegt.

- Riociguat (Adempas®) – geringer Zusatznutzen

- Ruxolitinib (Jakavi®), erneute Bewertung – Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen

Mehr Hintergrundinformationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *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

Ausfüllhilfe BtM-Rezept aktualisiert

Seit 1. Januar 2015 ist ausschließlich das neue BtM-Rezeptformular (siehe auch KVB INFOS 11/2014) zu verwenden. Entsprechend wurde auch unsere Ausfüllhilfe angepasst.

Außerdem gab es Anpassungen des Paragraphen 9 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, unter anderem heißt es jetzt in Absatz 1 Nummer 5: „Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe oder im Falle, dass dem Patienten eine schriftliche Gebrauchsanweisung übergeben wurde, ein Hinweis auf diese schriftliche Gebrauchsanweisung; im Falle des Paragraphen 5 Absatz 8 zusätzlich die Reichdauer des Substitutionsmittels in Tagen.“

Es handelt sich hierbei um eine flexiblere Gestaltung, mit der Fehler beim Ausfertigen der Betäubungsmittelrezepte vermieden werden sollen. Grund für diese Änderung waren Retaxationen von Betäubungsmittelrezepten bei Apotheken, wenn der Arzt nicht konkret „Gemäß schriftlicher Anweisung“ auf das Rezept geschrieben hatte. Die Retaxationen wurden damit begründet, dass das Rezept nicht ordnungsgemäß ausgestellt gewesen sei.

Unsere Ausfüllhilfe finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *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

Diclofenac und/oder Dexamethason

Bitte beachten Sie hinsichtlich der Arzneimitteltherapiesicherheit sowie aus haftungsrechtlichen Aspekten, dass eine intramuskuläre (i. m.) Injektion von Diclofenac und/oder Dexamethason bei unspezifischen oder akuten Rückenschmerzen, die grundsätzlich keine inflammatorische Erkrankung darstellen, keine indikationsgerechte Anwendung ist.

Mehr dazu finden Sie in „Verordnung aktuell“ vom 26. Januar 2015 unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell*.

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

Cysto Myacyne N wurde von der Aufstellung fiktiv zugelassener Arzneimittel gestrichen, da es seit 1. Januar 2015 nicht mehr im Handel ist. Das Arzneimittel verlor seine Verkehrsfähigkeit durch Erlöschen der Zulassung.

Die aktuelle Übersicht finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *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

Abnahmeprüfung Sonographie

Die Ultraschallvereinbarung vom 1. April 2009 legt fest, dass die KVB alle zu diesem Zeitpunkt bereits in Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme auf die Erfüllung der technischen Mindestanforderungen hin zu überprüfen hat. Dabei handelt es sich um eine einmalige Prüfmaßnahme mit dem Anliegen, sehr alte, nicht mehr dem aktuellen Standard entsprechende Ultraschallgeräte durch neue zu ersetzen.

Gemäß dieser bundesweiten Regelung muss die KVB bis spätestens 31. März 2015 die Überprüfung der aktuellen Gewährleistungserklärungen für alle verwendeten Ultraschallsysteme sowie jeweils einer Bilddokumentation je Schallkopf abgeschlossen haben.

Gleichzeitig sind die Mitglieder der KVB verpflichtet, die entsprechenden Nachweise zu erbringen und bei der KVB vorzulegen. Die KVB hat alle betroffenen Mitglieder bereits mit der Bitte um Vorlage der entsprechenden Unterlagen angeschrieben.

Bitte reichen Sie die noch fehlenden Unterlagen möglichst bald ein. Bei Fragen hilft Ihnen unser „Service-Team Sonographie“ gerne weiter.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 05 00
 E-Mail Sono-GWE@kvb.de

Fortbildungsnachweis

QSV Hörgeräteversorgung

Im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Hörgeräteversorgung besteht nach Paragraf 8, Absatz 1, Nummer 2 folgende Auflage zur Aufrechterhaltung der Genehmigung:

- Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie
- Kenntnisse über die jeweils aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von sieben Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von zwei Jahren.

Nach Paragraf 8, Absatz 2 QSV Hörgeräteversorgung hat der Arzt gegenüber der KV in geeigneter Weise nachzuweisen, dass er die Auflage im festgelegten Zeitraum erfüllt hat.

Die Fortbildungsaufgabe kann durch die Vorlage von Bescheinigungen über die Teilnahme an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen nachgewiesen werden. Darüber hinaus ist die Anerkennung der Fortbildung im Selbststudium möglich. In diesem Fall ist eine schriftliche Erklärung vorzulegen, aus der hervorgeht, wie viele Fortbildungspunkte im Bereich der Hörgeräteversorgung im maßgeblichen Zeitraum durch Fortbildung im Selbststudium erworben wurden.

Ablösung von KV-Ident durch KV-Ident Plus

Die KVB legt sehr viel Wert darauf, ihren Mitgliedern bei der Nutzung der KVB Online-Angebote eine sichere Datenübermittlung auf dem aktuellsten Stand der Technik anbieten zu können. Aus diesem Grund werden wir ab April 2015 schrittweise das bisherige KV-Ident Verfahren durch den noch sichereren Nachfolger **KV-Ident Plus** ersetzen. Diese neue Anbindungsvariante ist – wie die bisherige – kostenfrei. Außerdem ist sie wie die Vorgängerversion flexibel einsetzbar und einfach anzuwenden.

Verglichen mit KV-Ident bietet KV-Ident Plus jedoch aufgrund zweier neuer Sicherheitskomponenten einen verbesserten Schutz Ihrer Verbindung:

- Statt der bisherigen Gridkarte des KV-Ident Verfahrens kommt bei KV-Ident Plus ein **elektronischer Security-Token** in der Größe eines Schlüsselanhängers zum Einsatz. Mit ihm generieren Sie den für den Zugang notwendigen Zahlencode. Da mithilfe des Tokens weit mehr Ziffernkombinationen möglich sind als mit der Gridkarte, verringert sich die Gefahr eines unbefugten Zugriffs erheblich.

Zusätzlich wird im Zuge der Anmeldung ein **Virtuelles Privates Netzwerk (VPN-Verbindung)** zwischen Ihnen und der KVB aufgebaut. Die Daten werden somit nicht nur – wie auch schon bei KV-Ident – verschlüsselt übermittelt, sondern durch die gesicherte Verbindung außerhalb des Internets zusätzlich vor Gefahren bei der Übermittlung geschützt.

Um allen Mitgliedern eine gute Beratung und individuelle Unterstützung anbieten zu können, erfolgt

die Ablösung schrittweise. Wir werden Sie rechtzeitig informieren und benachrichtigen, wann KV-Ident Plus für Sie bereit steht. Im ersten Schritt erhalten zunächst die Mitglieder einen KV-Ident Plus Token zugesandt, deren KV-Ident Gridkarte in den nächsten Wochen abläuft.

Hinweis: Die beiden Anbindungsvarianten KV-SafeNet* und KV-Ident Plus schließen sich nicht aus und können auch parallel genutzt werden, beispielsweise KV-SafeNet* in Ihrer Praxis und KV-Ident Plus zu Hause.

Weitere Informationen zu KV-Ident Plus finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-Ident Plus*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 51
 E-Mail IT-Beratung@kvb.de

Countdown für KV-SafeNet*-Förderprogramm

Wer sich für das KV-SafeNet-Förderprogramm interessiert, sollte sich beeilen. Denn der Förderzeitraum gilt nur noch **bis 31. März 2015**. Bis dahin sollten sich alle Praxen, die von den Vorteilen eines KV-SafeNet-Anschlusses profitieren und sich **bis zu 1.000 Euro sichern** möchten, ihren Antrag eingereicht haben. Mit dem Förderprogramm möchte die KVB Sie bei der Anschaffung und Nutzung eines KV-SafeNet-Anschlusses unterstützen. Deshalb nachfolgend für Sie noch einmal die wesentlichen Fakten:

- 1.000 Euro gibt es für jeden Neuanschluss.
- 1.000 Euro erhalten ebenfalls Praxen, die bereits über einen KV-SafeNet-Anschluss verfügen und entweder auf einen höherwertigen KV-SafeNet-Router umrüsten oder gezwungenermaßen den KV-SafeNet-Anbieter wechseln müssen.
- 600 Euro erhalten Praxen, die ihren bisherigen KV-SafeNet-Anschluss weiterhin unverändert nutzen möchten.

Wenn Sie eine KV-SafeNet-Förderung beantragen möchten, senden Sie uns Ihren Antrag bitte ausschließlich online zu. Das Antragsformular sowie weiterführende Informationen zum Förderprogramm, den technischen Voraussetzungen und möglichen KV-SafeNet-Providern finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-SafeNet/Förderung*. Über die Vorteile von KV-SafeNet und die Hintergründe zu unserem Förderprogramm informiert Sie auch unser Beitrag in KVB FORUM, Ausgabe 10/2014, Seite 24.

Neue KV-Connect

Anwendung „eArztbrief“

Der herkömmliche Arztbrief auf Papier ist im Transport langsam und zieht mehrere Medienbrüche nach sich. Fax oder eFax sind zwar schneller, aber haftungs- und datenschutzrechtlich kritisch zu bewerten. Beide Varianten sind in ihrer Aussagefähigkeit begrenzt.

Zukünftig können Ärzte und Psychotherapeuten direkt aus ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) standardisierte elektronische Arztbriefe via KV-Connect an ihre Kollegen versenden – einfach und sicher. Dazu hat die KV Telematik GmbH, eine Tochtergesellschaft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Herstellern von Praxis-EDV die Spezifikation des sogenannten **eArztbriefs für KV-Connect** bereitgestellt. Außergewöhnlich ist dabei, dass erstmals Arztbriefe zwischen PV-Systemen unterschiedlicher Hersteller ausgetauscht werden können.

KV-Connect ist ein besonders geschützter Kommunikationskanal, über den niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten medizinische Daten direkt aus dem PVS versenden können. Dabei besteht für die sensiblen Patientendaten höchste Datensicherheit, da KV-Connect verschlüsselt ist und über das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (SNK) läuft.

Beim eArztbrief via KV-Connect wird der Arztbrief wie gewohnt verfasst und anschließend direkt aus dem PVS an den gewünschten Empfänger versendet. Anlagen wie Befunde oder auch bewegte Bilder können zusammen mit dem Arztbrief versendet werden. Der Empfänger erhält den eArztbrief via KV-Connect direkt in sein PVS, wobei der eigentliche Abruf manuell oder automatisch erfolgen kann.

Umfrage zu Mobile Health

Der eArztbrief wird in einem lesbaren Format (PDF/A) geliefert, das revisionssicher archiviert und qualifiziert elektronisch signiert werden kann. Die mit dem eArztbrief gesendeten Daten liefern ausreichend Informationen, um eine Zuordnung zu einem Patienten zu ermöglichen.

Der eArztbrief via KV-Connect wird noch nicht von allen PV-Systemen unterstützt. Details zur Integration des elektronischen Arztbriefs in Ihrem Praxissystem erfahren Sie von Ihrem Praxissystemhersteller oder Ihrem Systembetreuer.

Aktuell wird der eArztbrief in drei Modellregionen in Nordrhein-Westfalen im Rahmen eines Pilotprojekts eingesetzt. Weitere Pilotprojekte sollen folgen. Auch in Bayern können eArztbriefe ab sofort im Pilotbetrieb eingesetzt werden, vorausgesetzt, die in den Absender- und Empfängerpraxen befindlichen PV-Systeme bieten diese Funktionalität an.

Sollten Sie Interesse an der Teilnahme an einem Pilotprojekt zum eArztbrief haben, wenden Sie sich bitte zunächst an Ihren Systembetreuer und anschließend an

Florian Deisböck (KVB)
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 32 00
E-Mail florian.deisboeck@kvb.de

Im Zuge des Titelthemas von KVB FORUM, Ausgabe 9/2014, das die Aspekte rund um Mobile Health zum Inhalt hatte, haben wir eine Umfrage unter unseren Mitgliedern durchgeführt, inwiefern Gesundheits-Apps bereits in ihren Arztpraxen eingesetzt und empfohlen werden oder auch erwünscht sind.

Leider war die Teilnahmequote an dieser Umfrage so gering, dass sich daraus keine repräsentativen Aussagen oder Ergebnisse ableiten ließen.

Wir möchten uns bei allen Teilnehmern, die sich für die Umfrage Zeit genommen haben, recht herzlich bedanken. Ihre Ideen und Anregungen werden wir bei Gelegenheit gerne aufgreifen. Einen darüber hinausgehenden Handlungsbedarf der KVB lässt die zu geringe Teilnahmequote leider nicht zu.

Haus- und Facharztthesauren aktualisiert

Nachdem das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation die ICD-10-GM-Version zur Kodierung von Diagnosen und Operationen auf die Version 2015 aktualisiert hat, hat nun auch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung die Haus- und Facharztthesauren mit den häufigsten Diagnosen der Fachgruppen auf ICD-10-GM 2015 angepasst. Sie können die Thesauren im Kitteltaschenformat und als Schreibtischauflage unter www.zi.de herunterladen.

Außerdem möchten wir Sie darüber informieren, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihre Suchfunktion für Kodierungsschlüssel aktualisiert und mit neuen Funktionen ausgestattet hat. Der „ICD-10-Browser 2015“ ermöglicht neben einer hausarztspezifischen nun auch eine facharztspezifische Suche nach Codes. Damit ist es möglich, die Codes in einem Diagnosespektrum zu suchen, das auf den jeweiligen Behandlungsschwerpunkt zugeschnitten ist. Sollte sich dort kein passender Code finden, besteht weiterhin die Möglichkeit, in der gesamten ICD-10-GM zu suchen. Beide Funktionen stehen auch zur Einbindung in das Praxisverwaltungssystem (PVS) zur Verfügung. Ärzte können sich dazu bei ihrem PVS-Hersteller informieren.

Auch die Praxisbesonderheiten Heilmittel wurden eingearbeitet. Die neue Version des kostenlosen ICD-10-Browsers zeigt Ärzten jetzt auf einen Blick, ob der gesuchte Code zu den bundesweit geltenden Praxisbesonderheiten Heilmittel zählt. Dazu wird die passende Diagnosegruppe, beziehungsweise der Indikationsschlüssel aufgeführt.

Sicher im Bereitschafts- dienst und beim Hausbesuch

Forderndes, aggressives und sogar gewalttätiges Verhalten gegenüber Ärzten kommt leider häufiger vor als gemeinhin angenommen. Gerade bei Hausbesuchen, zum Beispiel im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, kommt es immer wieder zu schwierigen Situationen. Während Rettungsdienst und Polizei im Team agieren, sind Ärzte möglichen Eskalationen meist alleine und unvorbereitet ausgesetzt.

Stellen Sie sich auf potenziell gefährliche Situationen ein und lernen Sie, diese bereits im Vorfeld zu erkennen und zu vermeiden. Üben Sie, deeskalierend zu kommunizieren und trainieren Sie realistische Eigenschutztechniken.

Themenschwerpunkte:

- Prävention, Risikominimierung
- rechtliche Grundlagen
- Aufnahme und Analyse von auffälligem Verhalten
- verbale Deeskalation
- Eigenschutztechniken – einfach anzuwenden
- praktische Übungen (bitte entsprechende Kleidung berücksichtigen)

Fortbildungspunkte: 4
Teilnahmegebühr: 40 Euro

Termine:

13. Mai 2015, KVB Nürnberg
17.00 bis 20.30 Uhr

1. Juli 2015, KVB Regensburg
17.00 bis 20.30 Uhr

16. September 2015, KVB Nürnberg
17.00 bis 20.30 Uhr

14. Oktober 2015, KVB Würzburg
17.00 bis 20.30 Uhr

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Ein Akut- oder 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 Seminarezept ist lernzielorientiert, kompakt und an der Praxis ausgerichtet. 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 ärztlichen 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
- Reanimationstraining (BLS/ALS) an Simulatoren in Kleingruppen, individuelle Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 10
Teilnahmegebühr: 90 Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- 25. April 2015, KVB München
- 9. Mai 2015, KVB Würzburg
- 13. Juni 2015, KVB München
- 4. Juli 2015, KVB Bayreuth
- 26. September 2015, KVB Nürnberg
- 28. November 2015, KVB Augsburg

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- typische Akut- und Notfälle bei Kindern, Fallbesprechungen
- 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:

- 15. April 2015, KVB Regensburg
- 13. Mai 2015, KVB Bayreuth
- 24. Juni 2015, KVB Würzburg
- 30. September 2015, KVB Augsburg
- 14. Oktober 2015, KVB Nürnberg

Modul III:

- wichtige Aspekte zur Durchführung der Leichenschau

Notfalltraining für das Praxisteam

- 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:

- 18. März 2015, KVB Bayreuth
- 29. April 2015, KVB Regensburg
- 28. Oktober 2015, KVB Augsburg
- 4. November 2015, KVB Würzburg
- 2. Dezember 2015, KVB Nürnberg

Modul IV (fakultatives Modul):

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

Fortbildungspunkte: 4

Teilnahmegebühr: 40 Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul IV:

- 17. Juni 2015, KVB Bayreuth
- 8. Juli 2015, KVB Regensburg
- 22. Juli 2015, KVB München
- 18. November 2015, KVB Nürnberg

Einen Notfall in der Praxis wünscht sich keiner. Doch was ist zu tun, wenn er plötzlich eintritt? 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 Richtlinien. Die Zeit bis zum Eintreffen des Notarztes können Sie optimal überbrücken. Das ausführliche, individuelle Training an modernen Simulatoren ist die entscheidende Komponente, in der Sie notfallmedizinisch relevante Aspekte herausarbeiten. Gerne berücksichtigen wir dabei Ihre 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 bei Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweisen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen

- alternatives Airwaymanagement
- Einsatz von Automatisierten Externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

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.)

Termine:

14. März 2015, KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

28. März 2015, KVB Nürnberg
9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

25. Juli 2015, KVB Regensburg
9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

10. Oktober 2015, KVB Würzburg
9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

24. Oktober 2015, KVB Bayreuth
9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

14. November 2015, KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

Ärztliche Leichenschau

Die Leichenschau gehört in der Regel zu den eher heiklen Aufgabefeldern eines Arztes. Fachliche und formale Unsicherheiten sowie problematische Situationen vor Ort, zum Beispiel durch Konflikte mit Polizeibeamten, treten regelmäßig auf. Diese Schwierigkeiten sollen aus Sicht der Rechtsmedizin, des Gesundheitsamtes und der Staatsanwaltschaft beleuchtet werden, um die Brisanz und die Spezifika dieser ärztlichen Tätigkeit aufzuzeigen.

Die Teilnahme an dem Expertengespräch ist für Ärzte kostenfrei, eine schriftliche Anmeldung ist aber erforderlich (siehe Infokasten).

Termin:

20. Mai 2015, KVB München
17.30 bis 20.30 Uhr

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
*Service/Fortbildung/Akutsituationen
im Bereitschaftsdienst.*

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

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

Informationen zu 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 *Service/Fortbildung*.

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

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

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop Chirurgen/Orthopäden/Reha

EBM: Erste Basics für MFA Hausärztliche Kinderärzte

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

EBM: Erste Basics für MFA Hautärzte

Alles rund ums Arbeitsrecht

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - Hausärzte und Kinderärzte

QM-/QZ-Seminare

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Einführung in den Arbeitsschutz

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

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	11. März 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		25. März 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	München
		15. April 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		22. April 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. März 2015	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. März 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		8. April 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		9. April 2015	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. März 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		18. März 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		22. April 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. März 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		21. April 2015	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. März 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	21. März 2015	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
		28. März 2015	10.00 bis 16.00 Uhr	München
		18. April 2015	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. März 2015	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. März 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	14. April 2015	18.00 bis 21.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. April 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	22. April 2015	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. April 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. April 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	29. April 2015	14.30 bis 18.30 Uhr	Nürnberg
		13. Mai 2015	14.30 bis 18.30 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	10. Juni 2015	14.30 bis 18.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	19. Juni 2015 bis 20. Juni 2015	15.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Psychotherapeuten, die einen QZ gründen oder übernehmen möchten	110,- Euro	18. April 2015	9.00 bis 19.00 Uhr	München
Ärzte, die einen QZ gründen oder übernehmen möchten	110,- Euro	18. April 2015	9.00 bis 18.00 Uhr	München

