

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 „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

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 m² 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 sechsmonatigen 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

