

KVBIINFOS

7-8|13

ABRECHNUNG

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

VERORDNUNGEN

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

PRAXISFÜHRUNG

- 106 Europäische Krankenversicherungskarte – EKVK

SEMINARE

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

Die nächsten Zahlungstermine

10. Juli 2013

Abschlagszahlung Juni 2013

31. Juli 2013

Restzahlung 1/2013

12. August 2013

Abschlagszahlung Juli 2013

10. September 2013

Abschlagszahlung August 2013

10. Oktober 2013

Abschlagszahlung September 2013

31. Oktober 2013

Restzahlung 2/2013

11. November 2013

Abschlagszahlung Oktober 2013

10. Dezember 2013

Abschlagszahlung November 2013

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2013

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2013 bis spätestens **Mittwoch, den 10. Juli 2013**, online über das Portal „Meine KVB“ (KV-Safenet* oder KV-Ident) oder über D2D. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Online-Abrechnung*.

Bitte überzeugen Sie sich vor der Übermittlung Ihrer Abrechnung, dass diese vollständig und korrekt ist. Wir empfehlen dazu die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung der Abrechnung vorzunehmen. Bitte beachten Sie weiterhin die persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen. Diese Regelung ist insbesondere zu beachten bei angestellten Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.

Sollten Sie trotzdem nach erfolgter Übermittlung Ihrer Abrechnung feststellen, dass Sie doch noch einen nachträglichen Berichtigungs- oder Ergänzungswunsch haben, schicken Sie uns Ihren Änderungswunsch bitte sofort zu. Sofern uns Ihr Wunsch innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.

Nach den aktuell gültigen Abrechnungsbestimmungen der KVB (Paragraf 3 Absatz 3) gilt Folgendes:

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

- innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheides und der Richtigstellungsmittelung beantragt wird,
- die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und
- die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.

Die Gesamtversion finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“*.

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Witschelstraße 106
90431 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung (bitte

Abrechnungsnummern ohne Euro-Wert

das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de unter *Quicklinks/Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen das Merkblatt „Besondere Kostenträger“ zur Verfügung. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe-Erstellung-Korrektur/Besondere Kostenträger*.

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, haben Sie die Möglichkeit, unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de oder unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 1 38 mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist zu beantragen.

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich ausschließlich auf Ihre Abrechnung, nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB. Bei folgenden Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen gilt für Ihre

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

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarzteinsätzen über emDoc dar. Mit emDoc können Sie Ihre Fälle laufend zur Abrechnung einreichen. Alle bis zum jeweiligen Abrechnungslauf eingereichten Fälle werden berücksichtigt.

Anders als bei der sonst erforderlichen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung bestätigen Sie in emDoc auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.

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

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

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

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

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

Mutterschafts-Richtlinien: Vergütungsregelung zum neuen Organscreening

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Präanästhesiologische Untersuchung

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

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

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

Nicht bewilligte Psychotherapieleistungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Psychiatrische Gebührenordnungspositionen

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

GOP 21216 – Zuschlag Fremdanamnese

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

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

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

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

GOP 21217 – Zuschlag supportive psychiatrische Behandlung

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

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

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

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

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

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

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

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

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

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

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

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

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

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

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

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

zu festgelegten Zeitpunkten eine Nutzenbewertung durchgeführt.

Betroffen sind 14 Wirkstoffe aus folgenden Indikationsgebieten:

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

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

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

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

Versorgungszeitraum für Hilfsmittel

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

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

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

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

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

Medikationshöchstdauer

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

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

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

Nachträgliche Verordnung auf Anforderung

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

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

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

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

Langfristiger Heilmittelbedarf

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

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

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

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

Infos zu Arzneimittelrisiken und Lieferengpässen

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

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

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

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

Patientenhinweis Protonenpumpenhemmer

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

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

Teilnahme an Verordnungsanalysen

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

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

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

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

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

Nutzen Sie bei Fragen zur Verordnungsweise auch unser vielfältiges Beratungsangebot.

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

Europäische Krankenversicherungskarte – EKVK

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

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

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

Hinweise zur Vorgehensweise bei der Behandlung eines im Ausland versicherten Patienten

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

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

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

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

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

Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

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

Krankenhausbehandlungen

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

Überweisungen

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

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

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

Ausländische Patienten aus Staaten mit bilateralen Abkommen

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

So gehen Sie im Behandlungsfall vor

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

Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

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

Krankenhausbehandlungen

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

Überweisungen

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

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

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

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

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

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

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

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

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

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und an der Praxis orientiert. Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. (Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I)
- erfahrenen notärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraf 4 BDO-KVB)
- alle interessierten Ärzte, die sich effizient auf das richtige Handeln in Notfallsituationen vorbereiten möchten

Modul I

- kardiozirkulatorische Notfälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council (ERC 2010)

- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleingruppen, Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 9
Teilnahmegebühr: 90 Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- Samstag, 28. September 2013
KVB Nürnberg
- Samstag, 23. November 2013
KVB Bayreuth
- Samstag, 30. November 2013
KVB Augsburg

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- pädiatrische Akut- und Notfälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

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

Termine Modul II:

- Mittwoch, 17. Juli 2013
KVB Augsburg
- Mittwoch, 18. September 2013
KVB Regensburg
- Mittwoch, 23. Oktober 2013
KVB Nürnberg

Modul III

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

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

Termine Modul III:

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

Modul IV (fakultatives Modul)

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

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

Termine Modul IV:

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

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

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

Zielgerichtet und berufsgruppenübergreifend bringen wir in unserem Seminar alle notwendigen Informationen auf den Punkt. Strukturiert werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Guidelines. In einem ausführlichen, individuellen Training an modernen Simulatoren können Sie die notfallmedizinisch relevanten Aspekte herausarbeiten und Ihr Notfallmanagement praktisch erproben. Gerne berücksichtigen wir dabei individuelle Praxis-schwerpunkte.

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

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam).

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweise bei kardiovaskulären Notfällen

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

Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 95,- Euro (je Teilnehmer)

Termine:

- Samstag, 20. Juli 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Regensburg
- Mittwoch, 2. Oktober 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Würzburg
- Samstag, 19. Oktober 2013
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Bayreuth
- Samstag, 19. Oktober 2013
13.30 bis 17.45 Uhr
KVB Bayreuth

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst.*

Fortbildung „Psychoonkologie für Psychotherapeuten“

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

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

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

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

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

Informationen zu KVB-Seminaren

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer

0 89 / 5 70 93 – 4 00 20

Informationen zu Seminaren rund um die Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern

09 11 / 9 46 67 – 3 22

09 11 / 9 46 67 – 3 23

09 11 / 9 46 67 – 3 36

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

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

Die Seminare sind zum Teil gebührenpflichtig und in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt.

Fortbildungspunkte

Bei der Teilnahme an unseren Seminaren sammeln Sie auch Fortbildungspunkte. Die jeweilige Anzahl können Sie bei Ihrer Seminaranmeldung erfragen.

KVB-Seminare

Gründer-/Abgeberforum

Fortbildung Impfen

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop HNO

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Fortbildung Psychoonkologie

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Beschwerdemanagement

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

Telefonieren herzerfrischend anders – Aufbaukurs

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – operativ tätige Fachärzte

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Alles rund ums Arbeitsrecht

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Chirurgen/Orthopäden/Reha

QM-/QZ-Seminare

Lokale Moderatorentreffen

QEP®-Update - von Version 2005 auf Version 2010

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

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

