

KVBIINFOS

07 | 12
08

ABRECHNUNG

- 118 Die nächsten Zahlungstermine
- 118 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2012
- 120 Änderungen des EBM und Kapitel 32 (Labor)
- 121 Labor
- 122 Laborbestimmungen von Schilddrüsenhormonen
- 122 Neuerungen in SmarAkt
- 123 Vorsicht vor vermeintlich vorteilhaften Vereinbarungen
- 124 Verwendung von „Kombi-scheinen“ bei Speziallabor-überweisungen
- 124 GOPen 09364, 09365, 20364, 20365
- 125 GOP 01850: Beratung bei Sterilisation
- 126 Elektroepilation ist eine vertragsärztliche Leistung
- 126 Beratung zur Früherkennung – Merkblatt

VERORDNUNGEN

- 127 Konkretisierung: Impfung gegen Pneumokokken
- 127 Vorsicht bei Betäubungsmittelverordnungen
- 128 Vordruckvereinbarung – Blankoformularbedruckung
- 128 Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie
- 129 Heilmittelverordnungen – langfristige Behandlungen
- 129 Abrechnung des Sprechstundenbedarfs

QUALITÄT

- 130 Abrechnungsgrundlagen bei Durchführung einer MR-Angiographie

SEMINARE

- 132 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 133 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 134 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 10. Juli 2012**
Abschlagszahlung Juni 2012
- 31. Juli 2012**
Restzahlung 1/2012
- 10. August 2012**
Abschlagszahlung Juli 2012
- 10. September 2012**
Abschlagszahlung August 2012
- 10. Oktober 2012**
Abschlagszahlung September 2012
- 31. Oktober 2012**
Restzahlung 2/2012
- 12. November 2012**
Abschlagszahlung Oktober 2012
- 10. Dezember 2012**
Abschlagszahlung November 2012

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2012

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2012 bis spätestens **Dienstag, den 10. Juli 2012**, 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 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 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 in Ihrer aktuellen Abrechnung berücksichtigen.

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

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

Korrekturwünsche (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 2) senden Sie bitte an folgende Adresse:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
CoC Abrechnung
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

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

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

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

und Zusatzvereinbarungen gilt für Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. Juli 2012** 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 Sonografie in der Schwangerschaftsvorsorge.

Sollten Sie ausnahmsweise den Abgabetermin für eine der genannten Dokumentationen nicht einhalten können, wenden Sie sich bitte an die jeweils zuständigen Ansprechpartner der KVB.

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

Bitte beachten Sie auch unsere gesonderten Informationen zu emDoc

und zur „Notarzdienst-Abrechnung“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe/Notarzdienst-Abrechnung*.

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

**14 Cent pro Minute für Anrufe aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent pro Minute aus Mobilfunknetzen

Änderungen des EBM und Kapitel 32 (Labor) zum 1. Juli 2012

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 278. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli 2012 Änderungen im Bereich der Mutterschaftsvorsorge in Abschnitt 1.7.4 und der Empfängnisregelung in Abschnitt 1.7.5 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschlossen. Der EBM wird damit an die zum 19. August 2011 geänderten Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sowie die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch angepasst. Ebenfalls mit Wirkung zum 1. Juli 2012 wurden von den Partnern der Bundesmantelverträge Änderungen im Bereich Labor (Kapitel 32) beschlossen.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik „Bewertungsausschuss/Beschlüsse“ veröffentlicht. Alle Beschlüsse wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 24 vom 15. Juni 2012, veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Mutterschaftsvorsorge

GOP 01801 – gestrichen

Der Röteln-HAH-Test nach der Gebührenordnungsposition 01801 wird aus dem EBM gestrichen und kann ab dem 1. Juli 2012 nicht mehr erbracht und abgerechnet werden.

GOP 01802 – Leistungslegende geändert

Der Nachweis von Rötelnantikörpern mittels Immunoassay kann ab dem 1. Juli 2012 auch ohne die Voraussetzung des Vorliegens des HAH-Titers ($1:<32$) erbracht und abgerechnet werden.

Empfängnisregelung

GOP 01828 – Leistungslegende geändert: „Entnahme von Venenblut für den Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis im Rahmen der Empfängnisregelung“

- neu für Blutentnahme für Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis abrechenbar – keine Berechnungsfähigkeit mehr für Blutentnahme für Röteln-HAH-Test
- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- am gleichen Behandlungstag nicht neben den gynäkologischen Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212 berechnungsfähig
- weiterhin für Hausärzte berechnungsfähig, die diese Leistung vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen

GOP 01829 – gestrichen

Der Röteln-HAH-Test nach der Gebührenordnungsposition 01829 wird aus dem EBM gestrichen und kann ab dem 1. Juli 2012 nicht mehr berechnet werden.

Nach den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch sowie nach der Schutzimpfungs-Richtlinie ist bei Frauen mit dokumentierter zweima-

liger Rötelnimpfung von Immunität auszugehen und eine Antikörperbestimmung in diesen Fällen nicht erforderlich. Frauen mit fehlender oder nur einmaliger Impfung soll die Rötelnimpfung beziehungsweise deren Komplettierung empfohlen werden. Die serologische Überprüfung der Immunitätslage ist daher nicht mehr vorgesehen.

Labor – Kapitel 32

GOPen 32572 und 32573 – gestrichen

Der Rötelnantikörper-Nachweis im Hämagglutinationshemmungstest (HAH) nach der Gebührenordnungsposition 32572 sowie der Rötelnantikörper-Nachweis im HIG nach der Gebührenordnungsposition 32573 werden aus dem Kapitel 32 (Abschnitt 32.3.7) gestrichen und können ab dem 1. Juli 2012 nicht mehr berechnet werden.

GOP 32574 – Leistungsinhalt und Bewertung geändert

Der Rötelnantikörper-Nachweis mittels Immunoassay nach der Gebührenordnungsposition 32574 kann bei der Untersuchung auf Antikörper der Klasse IgG und auf Antikörper der Klasse IgM neu je untersuchter Klasse und damit bis zu zweimal berechnet werden. Die Bewertung der Gebührenordnungsposition wurde auf 9,60 Euro abgesenkt.

NEU (in Abschnitt 32.3.3): GOP 32229 Untersuchung der von-Willebrand-Faktor-Multimere

Obligate Leistungsinhalte

- Darstellung der nieder-, mittel- und hochmolekularen Formen des von-Willebrand-Faktors einschließlich der Tripletstruktur,

Labor

- Dokumentation (fotografisch und/oder densitometrisch),
 - Klassifikation pathologischer Befunde gemäß VWD-Klassifikation
- | | |
|------------|------------|
| Preis B€GO | 75,00 Euro |
|------------|------------|
- Nur bei Patienten mit bekanntem oder mit Verdacht auf ein familiäres von-Willebrand-Syndrom sowie bei unklarer angeborener oder erworbener (zum Beispiel lymphoproliferative, myeloproliferative Erkrankungen, Herzfehler, Herzleitungssysteme) Blutungsneigung berechnungsfähig.
 - Die Abrechnung der GOP 32229 setzt den vorherigen Ausschluss eines Faktorenmangels, einer Thrombopenie oder einer Thrombozytenfunktionsstörung durch Aggregationshemmer als Ursache der Blutungsneigung voraus.

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

In der Mai-Ausgabe der KVB INFOS hatten wir Ihnen die Mitteilung der bundeseinheitlichen Quote für die Vergütung der Laborpauschalen des Speziallabors (Kapitel 32.3) im 3. Quartal 2012 angekündigt. Diese wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zwischenzeitlich ermittelt. Sie beträgt 95,3 Prozent und gilt für alle Ärzte, die Laborpauschalen des Speziallabors abrechnen dürfen.

Änderungen zum Quartal 4/2012

Die KBV hat ihre Vorgaben zur Vergütung labormedizinischer Leistungen vom 10. Januar 2012 am 27. April 2012 geändert und durch eine Neufassung ersetzt. Diese neuen Vorgaben sind von den KVen verbindlich zum 1. Juli 2012 umzusetzen, ausnahmsweise spätestens zum 1. Oktober 2012, wenn die Vorgaben für das 3. Quartal bei der Honorarverteilung nicht mehr rechtzeitig berücksichtigt werden können. Dies ist in Bayern der Fall. Eine entsprechende Umsetzung der neuen Laborvorgaben wird daher mit Wirkung zum 4. Quartal 2012 erfolgen. Nach Anlage 5 zu unserem Honorarverteilungsmaßstab HVM (Teil E) sind die Vorgaben der KBV Bestandteil des HVM und Änderungen darin gelten unmittelbar.

Kerninhalt der neuen Vorgaben ist die Aufhebung der unterschiedlichen Vergütung von Allgemein- und Speziallabor sowie die Einführung einer fallwertbezogenen Budgetierung des Speziallabors für „Nicht-Laborärzte“.

Wie sieht die Regelung konkret aus?

- Es bleibt bei einem festen versorgungsbereichsübergreifenden Topf für Laborleistungen. Die

Höhe des Topfes entspricht dabei genau der tatsächlich von den Krankenkassen gezahlten Vergütung. Eine mögliche Mengendynamik geht zu Lasten des Labortopfes.

- Die Konsiliar- und Grundpauschalen für „Labormediziner“ (GOP 12210 und 12220) werden weiterhin zu einer festen Quote von 146 Prozent vergütet. Dies entspricht einer Vergütung zu einem Punktwert von 5,11 Cent.
- Der Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) wird unverändert ohne Quotierung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.
- Die Laborpauschalen des Akutlabors gemäß GOP 32025, 32026, 32027, 32035 – 32039, 32097 und 32150 werden unverändert ohne Quotierung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.
- Die sonstigen Laborpauschalen des Allgemeinlabors (Kapitel 32.2) werden nunmehr mit einer bundeseinheitlichen Quote „Q“ vergütet. Sie wird von der KBV auf Grundlage des im Vorjahr sowie im Jahr 2008 abgerechneten Leistungsbedarfs unter Berücksichtigung der für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) relevanten Größen ermittelt. Sobald diese Quote von der KBV mitgeteilt wird, werden wir Sie entsprechend informieren.
- Die gleiche Quote „Q“ gilt auch für die Vergütung der Laborpauschalen des Speziallabors (Kapitel 32.3).
- Zusätzlich zu der Quotierung der Vergütung für Kapitel 32.3 mit „Q“ ist für Fachärzte, die nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissen-

Laborbestimmungen von Schilddrüsenhormonen

schaffter der Medizin sind, eine Begrenzung des Honorarvolumens für das Speziallabor auf ein fallwertbezogenes Budget vorgesehen. Einzelheiten hierzu werden noch geklärt. Wir werden Sie rechtzeitig vor Quartalsbeginn über die konkreten Änderungen informieren.

Informationen zum HVM finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar* und die neuen KBV-Vorgaben im Wortlaut unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/HVM*.

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

Die laboratoriumsmedizinischen Bestimmungen von Schilddrüsenhormonen nach den Gebührenordnungspositionen 32101 (TSH), 32320 (fT4), 32321 (fT3), 32420 (Thyreoglobulin), 32502 (Thyreoglobulin-Antikörper) und 32508 (TSH-Rezeptor-Antikörper) sind für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe fachfremd und können daher von diesen nicht abgerechnet werden.

Ab dem Quartal 3/2012 wird der Ansatz der Laborleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32101, 32320, 32321, 32420, 32502 und/oder 32508 durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe von uns automatisiert geprüft und gestrichen.

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

Neuerungen in SmarAkt

In der elektronischen Abrechnungsakte SmarAkt wurde der neue Aktentyp „NV-Akte“ geschaffen. Unter diesem Aktentyp können wir Ihnen künftig zur Information Nachweise über Nachberechnungen einstellen. Als erste Dokumente stehen dort die aktuellen Versionen der Nachweise über die „Job-Sharing Leistungsbegrenzung“ bereit, die im Rahmen von Nachberechnungen korrigiert wurden.

Weitere Informationen über den neuen Aktentyp „NV-Akte“ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt* sowie im SmarAkt-Anwendungshandbuch.

Zu SmarAkt beziehungsweise zur elektronischen Abrechnungsakte selbst anbei noch der Hinweis, dass dort der Honorarbescheid und alle übrigen Abrechnungsunterlagen bereits unmittelbar nach der Restzahlung (immer am letzten Kalendertag des Monats nach Quartalsende), das heißt zirka zwei Wochen vor dem Papierversand, einsehbar 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

Vorsicht vor vermeintlich vorteilhaften Vereinbarungen

Bei Kooperationsvereinbarungen zwischen niedergelassenen Ärzten oder mit anderen Gesundheitsdienstleistern sollte zur Vermeidung von strafrechtlichen Konsequenzen und Honorarrückforderungen geprüft werden, ob sie in Einklang mit den berufsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Grundregeln stehen. Dies gilt vor allem, wenn geldwerte Vorteile entstehen oder Fremdleistungen abgerechnet werden.

Der erste Strafsenat des Bundesgerichtshofes (BGH, Beschluss vom 25. Januar 2012 – 1 StR 45/11) bestätigte eine Freiheitsstrafe mit eingeschränktem Berufsverbot über drei Jahre für ärztlichen Abrechnungsbetrug durch Verletzung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung.

Ein privatliquidierender Arzt hatte mit verschiedenen Speziallaboren umsatzabhängige Rahmenvereinbarungen getroffen, wonach die Laborärzte die durchgeführten Speziallaboruntersuchungen zu günstigen Konditionen nur ihm gegenüber in Rechnung stellten. Seinen Privatpatienten gegenüber rechnete er die Untersuchungen als eigene Untersuchungen zu höheren Sätzen ab. Ebenso stellte er osteopathische Leistungen und Akupunkturleistungen als eigene Behandlungen in Rechnung, obwohl diese von Therapeuten ohne Approbation oder Heilkunderlaubnis in seinen Praxisräumen erbracht wurden und er weder die zur Delegation nötige eigene Qualifikation besaß, noch Aufsicht und Kontrolle ausübte. Schließlich stellte er Speziallaboruntersuchungen, die er in einer Laborgemeinschaft durchführen ließ, als eigen-erbrachte Basislaborleistungen, und – teilweise in Absprache mit Patienten zur „Ersparung“ eines

Selbstbehalts – fingierte Behandlungsleistungen in Rechnung.

Zwar betrifft diese aktuelle BGH-Entscheidung Privatabrechnungen nach GOÄ, jedoch stützt sie sich auf den auch im Vertragsarztrecht geltenden Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung (Paragraph 15 Bundesmantelvertrag/Ärzte – BMV-Ä, beziehungsweise Paragraph 14 Ersatzkassenvertrag – EKV), das berufsrechtlich geltende Verbot der Zuweisung von Patienten gegen Entgelt (Paragraph 31 Berufsordnung für die Ärzte Bayerns – BayBOÄ) und den formalen Schadensbegriff. So sind vergleichbare Falschabrechnungen auch im Vertragsarztrecht denkbar, welche die Kassenärztliche Vereinigung bei entsprechenden Anhaltspunkten (neben der Prüfung von Honorarrückforderungen, disziplinarischer oder zulassungsrechtlicher Maßnahmen) zur Mitteilung an die zuständige Staatsanwaltschaft nach Paragraph 81a SGB V verpflichten:

- Speziallaboruntersuchungen sind trotz eigener Laborgenehmigung nicht abrechenbar, wenn sie nicht in zugelassener Betriebsstätte selbst erbracht, sondern anderweitig „eingekauft“ werden.
- Basislaboruntersuchungen, die in einer Laborgemeinschaft erbracht werden, dürfen nur mit deren Direktabrechnung, nicht mit der eigenen Quartalsabrechnung geltend gemacht werden, siehe Paragraph 25 Absatz 3 BMV-Ä.
- Ausgeschlossen ist die Abrechnung von sogenannten „Luftleistungen“, von nicht vollständig erbrachten, von diagnostisch oder therapeutisch nicht indizierten oder fachfremden Leistungen sowie eine Abrechnung auf fremde Versichertenkarten.

- Achten Sie auf das im Vertragsarztrecht geltende Verbot der Analog-Abrechnung. Es sind nur solche Leistungen abrechenbar, die im EBM oder in Zusatzvereinbarungen abgebildet sind (Paragraph 4 des Gesamtvertrags/Regionalkassen – GV-RK). Wo Ärzte versucht sind, eine unpassende Ziffer für anderweitig nicht abrechenbare Leistungen anzusetzen, dürfte sich bei genauerer Prüfung ergeben, dass diese entweder vom Leistungsumfang der GKV nicht erfasst sind oder als Bestandteil einer anderweitigen Ziffer – etwa der Versichertenpauschale – mitenthalten sind.
- Beachten Sie bei (nichtüberweisender) Mitarbeit Dritter die engen Grenzen der persönlichen Leistungserbringung: Eine Aufgabenübertragung ist nur zulässig bei Delegation an qualifizierte Mitarbeiter, sofern diese fachlich angewiesen und persönlich überwacht werden, oder an Assistenten und angestellte Ärzte, sofern die Genehmigung der KVB beziehungsweise des Zulassungsausschusses vorliegt, oder an einen qualifizierten Vertreter, sofern echte Vertretungsgründe vorliegen. Nähere Informationen hierzu finden Sie in den Paragraphen 32 ff. der Ärzte-Zulassungsverordnung und in der Gemeinsamen Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den „Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“ vom 29. August 2008, zu finden unter www.kbv.de/gesundheitspolitik/13196.html.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Claus-Micha Löblein unter
 Telefon 09 11/ 9 46 67 – 2 36
 E-Mail Claus-Micha.Löblein@kvb.de

Verwendung von „Kombischeinen“ bei Speziallabor- überweisungen

Aufgrund aktueller Anfragen zur Verwendung sogenannter „Kombischeine“ (Laborüberweisungsschein nach Muster 10 mit anhängenden Markierungsfeldern) weisen wir auf Folgendes hin: Verwenden Sie bei der Überweisung von Speziallaboruntersuchungen das verbindlich vorgegebene Muster 10 und füllen Sie dieses vollständig aus. Dabei sind nach Nennung der (Verdachts-) Diagnose, des Befundes beziehungsweise der Medikation die Auftragsleistungen im Auftragsfeld nach Art und Umfang konkret zu bezeichnen (Angabe der Gebührenordnungsposition oder der präzisen Leistungsbezeichnung).

Als Überweisungsempfänger dürfen Sie nur die im Auftragsfeld des autorisierten Vordrucks konkret bezeichneten Untersuchungen durchführen und abrechnen.

Dies ergibt sich aus den Bundesmantelverträgen und der Vordruckvereinbarung mit ihren Erläuterungen nach Paragraph 24 Absatz 1, Absatz 2 Satz 2 und 3, Absatz 8, Paragraph 34 Absatz 1, Paragraph 35 Absatz 2, Paragraph 44 BMV-Ä beziehungsweise entsprechende Normen des Ersatzkassenvertrags (EKV) sowie Nummer 13 zu Muster 10 der „Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, zu finden unter www.kbv.de/rechtsquellen/2306.html.

Allerdings wird es für zulässig angesehen, wenn zusätzlich (nicht anstelle) zu den vereinbarten Vordrucken für die interne Kommunikation eigene Kommunikationswege oder -mittel (wie auch die Markierungsfelder eines Kombischeines) genutzt werden.

Entscheidend ist, dass der Laborarzt nur die vom Einsender im offiziellen Muster 10 eingetragenen Untersuchungen durchführt und abrechnet. Soweit Sie die angeforderten Laborparameter lediglich in Markierungsfeldern eines Kombischeines gekennzeichnet haben, darf der Überweisungsempfänger (der Laborarzt beziehungsweise dessen Angestellter) das offizielle Muster nicht vervollständigen und die entsprechenden Untersuchungen nicht abrechnen.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Claus-Micha Löblein unter
Telefon 09 11/ 9 46 67 – 2 36
E-Mail Claus-Micha.Löblein@kvb.de

GOPen 09364, 09365, 20364, 20365

Die Zusatzpauschalen für die postoperative Nachsorge von Patienten mit chronischer Sinusitis oder nach Tympanoplastik Typ II bis V nach den Gebührenordnungspositionen 09364, 09365, 20364 und/oder 20365 können nur in einem Zeitraum von 28 Tagen nach stationärer operativer Behandlung abgerechnet werden. Das Datum der Entlassung ist auf dem Behandlungsschein (Feldkennung 5026) anzugeben.

Bitte denken Sie daran, dass in diesen Fällen das Entlassungsdatum zwingend anzugeben ist. Beachten Sie bitte auch den Zeitraum für die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen (Datum der Entlassung plus 28 Tage). Dadurch vermeiden Sie diesbezügliche Streichungen.

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

GOP 01850: Beratung bei Sterilisation

Mit der Leistung nach GOP 01850 EBM wird die Beratung über Methoden, Risiken und Folgen einer Sterilisation **sowie** über alternative Maßnahmen zur Empfängnisverhütung vergütet. Der obligate Leistungsinhalt verweist auf die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sie finden die Richtlinie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bund/Richtlinien-des-G-BA/Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch*.

Voraussetzung für die Berechnung der GOP 01850 EBM ist, dass sich die/der Versicherte **primär** über die Sterilisation beraten lassen möchte. Im Beratungsgespräch entsprechend der GOP 01850 EBM müssen zwingend die Methoden, die Risiken **und** die Folgen einer Sterilisation **sowie** alternative Maßnahmen zur Empfängnisverhütung besprochen und dokumentiert werden. Sollte keine solche umfangreiche Beratung erfolgt sein, gilt der Leistungsinhalt als nicht erbracht. Folglich muss ein ausführliches Beratungsgespräch zwischen Arzt und Patient stattfinden. Die beiläufige Sterilisationsberatung oder alleinige Beratung über alternative Maßnahmen zur Empfängnisverhütung wie zum Beispiel bei Pillenunverträglichkeit erfüllen nicht den Leistungsinhalt der GOP 01850 EBM. Hierfür wäre beispielsweise die GOP 01821 EBM anzusetzen.

Die Beratung entsprechend der GOP 01850 EBM ist – im Gegensatz zur Sterilisation selbst – immer eine GKV-Leistung. Die Leistung ist lediglich nur einmal im Behandlungsfall berechenbar, auch wenn die Leistung der GOP 01850 EBM gegeb-

nenfalls in mehreren Sitzungen erbracht wird. Der Ansatz der GOP 01850 EBM setzt außerdem einen persönlichen Arzt-Patientenkontakt voraus. Die Beratung wegen Sterilisation kann somit nicht telefonisch erfolgen.

Die Beratung soll grundsätzlich zuerst einmal ergebnisoffen durchgeführt werden. Die Durchführung einer Sterilisation, nach erfolgter Beratung, ist deshalb keine Leistungsvoraussetzung der GOP 01850 EBM.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes ist die ärztliche Beratung über Methoden, Risiken und Folgen einer Sterilisation unbedingt erforderlich. Denn bei Eintritt einer Schwangerschaft – trotz durchgeführter Sterilisation – haftet der Arzt auch, wenn er die Lebenspartner nicht über die unterschiedlichen Risiken des Eintritts einer erneuten Schwangerschaft aufgeklärt hat. Deshalb empfehlen wir Ihnen, eine ordnungsgemäße schriftliche Dokumentation des Gespräches vorzunehmen.

Wir bitten Sie zudem, die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch, sowie die oben dargelegten Anmerkungen im Rahmen der Leistung nach GOP 01850 EBM zu beachten.

Leistungslegende EBM (Stand 2/2012)

GOP 01850: Beratung wegen Sterilisation

Beschreibung

Beratung über Methoden, Risiken und Folgen einer Sterilisation sowie über alternative Maßnahmen zur Empfängnisverhütung

Obligater Leistungsinhalt

Leistungen gemäß der „Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

Fakultativer Leistungsinhalt

Untersuchung zur Empfehlung einer geeigneten Operationsmethode

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Ramona Müller unter
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 91
E-Mail Ramona.Mueller@kvb.de

Elektroepilation ist eine vertragsärztliche Leistung

Eine Krankenkasse hat uns darüber informiert, dass Vertragsärzte Elektroepilationen bei krankhaftem Haarwuchs im Gesicht beziehungsweise an den Händen grundsätzlich nicht über die Krankenversichertenkarte durchführen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs **eine vertragsärztliche Leistung ist**. Sie ist Inhalt des Leistungskomplexes „kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation“ und kann mit der Gebührenordnungsposition 02300 EBM beziehungsweise von Dermatologen mit der Gebührenordnungsposition 10340 EBM abgerechnet werden.

Die elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren ist nach Anhang 1 des EBM in der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.

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

Beratung zur Früherkennung – Merkblatt

Bei Neuaufnahme der Beratung zu Früherkennungsuntersuchungen nach der Gebührenordnungsposition 01735 rückwirkend zum 1. Januar 2008 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) lag das obligat auszuhändigende Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) noch nicht vor. Wir hatten Sie daher darüber informiert, dass die Beratung bis zu dessen Vorliegen auch ohne Merkblatt durchgeführt und abgerechnet werden kann.

Das Merkblatt zur „Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs“ wird seit Ende 2008 vom G-BA auf seiner Internetseite unter www.g-ba.de in der Rubrik „Service/ Publikationen Merkblätter“ zum Download bereitgestellt.

Bitte beachten Sie, dass die GOP 01735 EBM nur abgerechnet werden kann, wenn der Patientin das Merkblatt ausgegeben wurde.

Zusätzlich ist der Patientin eine Bescheinigung über die erfolgte Beratung auszustellen. Das Beratungsgespräch wird in einem Präventionspass von der Krankenkasse nachgewiesen oder formlos auf einem Rezeptausdruck – Muster 16 – mit folgendem Text dokumentiert:

„Die oben genannte Versicherte hat an der Beratung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender Erkrankungen im Sinne des Paragraphen 62 SGB V über die Chancen und Risiken der Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses teilgenommen.“

Bitte versehen Sie die Bescheinigung zusätzlich mit Ihrem Vertragsarztstempel und Ihrer Unterschrift sowie dem Datum der Beratung,

bevor Sie diese Ihrer Patientin übergeben.

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

Konkretisierung: Impfung gegen Pneumokokken

Gefährdete Kinder im Alter von zwei bis fünf Jahren profitieren von einer Gabe des 13-valenten Impfstoffes (zum Beispiel Prevenar®), wenn sie ungeimpft sind oder in den ersten beiden Lebensjahren ausschließlich mit dem 7-valenten Impfstoff geimpft wurden. Für Kinder, die mit dem 10-valenten Impfstoff in den ersten beiden Lebensjahren geimpft wurden, ist der Nutzen einer zusätzlichen Impfung mit dem 13-valenten Impfstoff geringer zu bewerten. Die alternative oder zusätzliche Gabe des 23-valenten Polysaccharid-Impfstoffs (zum Beispiel Pneumovax 23®) bei Kindern, die bereits mit dem 13-valenten Konjugat-Impfstoff gegen Pneumokokken geimpft wurden, lässt keinen höheren Effekt erwarten. Die hierin enthaltenen zusätzlichen Antigene sind nur für eine geringe Zahl der Infektionen in dieser Altersgruppe verantwortlich und die Wirksamkeit des Polysaccharid-Impfstoffs bei Kindern mit Risikofaktoren ist in dieser Altersgruppe kaum belegt. Deshalb kann für die Risikokinder im Alter von zwei bis fünf Jahren eine Impfung mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff nicht ange raten werden. Der Pneumokokken-Impfstoff ist über Sprechstundenbedarf zu beziehen.

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

Vorsicht bei Betäubungsmittelverordnungen

Das Institut für Rechtsmedizin an der Universität Erlangen hat bei Untersuchungen von Drogentoten aktuell festgestellt, dass bei mehr als einem Drittel der mittelfränkischen Fälle ein Zusammenhang mit der Einnahme von Fentanyl gegeben war. Einzelne polizeiliche Ermittlungsverfahren belegen, dass es einzelnen Abhängigen gelang, sich in einem Zeitraum von fünf bis sechs Monaten beispielsweise 460 Fentanylpflaster und über 5.000 Lyrica-Pillen, aber auch Subutex, Oxycodon, Tilidin und verschiedene Benzodiazepine verordnen zu lassen, obwohl ein Teil der Patienten niemals einen Arzt persönlich konsultiert hatte.

Im Rahmen zweier interdisziplinärer Treffen zum Thema „Medikamentenmissbrauch im Zuständigkeitsbereich des Polizeipräsidiums Mittelfranken“ stellten Vertreter verschiedener Organisationen im Gesundheitswesen übereinstimmend fest, dass bei der Verordnung von Fentanyl und anderer betäubungsmittelhaltiger Medikamente, die als Drogenersatzstoffe Verwendung finden, dringender Aufklärungs- und Handlungsbedarf besteht. Polizei und Staatsanwaltschaft weisen in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hin, dass die Strafverfolgungsbehörden bei Kenntnis derartigen Medikamentenmissbrauchs **grundsätzlich** Ermittlungen einleiten und dabei auch Krankenkassen und Gesundheitsämter einbinden. Bereits bei Vorliegen eines Anfangsverdachts auf strafrechtlich relevante Unregelmäßigkeiten bei der Verordnung betäubungsmittelrechtlich relevanter Substanzen wird die Staatsanwaltschaft aktiv. Die Ahndung von Ordnungswidrigkeiten obliegt den Verwaltungsbehörden.

Wir bitten Sie deshalb sehr, bei der Behandlung von Patienten, bei denen eine Abhängigkeitsproblematik besteht oder ein entsprechender Verdacht vorliegt, eine gründliche Anamnese durchzuführen und erforderlichenfalls auch mit anderen behandelnden Ärzten – soweit die ärztliche Schweigepflicht dem nicht entgegensteht – Rücksprache zu halten. Nur so kann einem Missbrauch Ihrer Verordnungen vorgebeugt werden.

Diese Sorgfaltspflicht ist auch im Rahmen der Behandlung von Schmerzpatienten angezeigt. Denn aufgrund polizeilicher Erkenntnisse steht fest, dass gebrauchte oder bereits entsorgte Fentanylpflaster bei Abhängigen Verwendung finden. Achten Sie deshalb bitte auch auf eine sorgfältige Entsorgung dieser Pflaster.

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

Vordruckvereinbarung – Blankoformularbedruckung

Täglich füllen Sie in Ihrer Praxis Vordrucke wie Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen, Überweisungsscheine oder Arzneiverordnungsblätter aus. In der Vordruckvereinbarung werden Abrechnungs- und Verordnungsvordrucke sowie Vordrucke für schriftliche Informationen als verbindliche Muster (Inhalt und Erscheinungsbild) festgelegt, sowie Erläuterungen zum Ausstellen der Vordrucke gegeben. In den Erläuterungen finden Sie neben allgemeinen Hinweisen zum Ausfüllen von Vordrucken Ausführungen zu allen Vordrucken.

Die Vordrucke können gemäß der Vordruckvereinbarung **Blankoformularbedruckung** mittels zertifizierter Software und eines Laserdruckers in der Praxis selbst gedruckt werden. Es ist Ihnen freigestellt, ob Formulare mit einem geeigneten Laserdrucker auf Blankoformularpapier oder konventionelle Formulare direkt bedruckt werden. Mit Ausnahme des Arzneiverordnungsblattes (Muster 16) und des BtM-Rezeptes sind alle vertragsärztlichen Formulare, die in der Anlage 2a zum BMV-Ä/EKV (Vordruckvereinbarung **Blankoformularbedruckung**) aufgeführt werden, zum Blankoformularbedruckungsverfahren zugelassen. Die Kosten für die Vordrucke ebenso wie für das Sicherheitspapier werden von den Krankenkassen getragen. Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bund*.

Fragen zu Vordrucken allgemein:

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

Fragen zu Verordnungsvordrucken:

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

Fragen zu Blankoformularbedruckung:

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 41
 E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

Anlage VI (Off-Label-Use)

- Doxorubicin bei Gliomrezidiv: Teil B (Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – nicht verordnungsfähig sind) wird um „XI. Doxorubicin bei Gliomrezidiv“ ergänzt.
- Etoposid bei (Weichteil-)Sarkomen des Erwachsenen in Kombination mit Carboplatin: Teil B (Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – nicht verordnungsfähig sind) wird um „XII. Etoposid bei (Weichteil-)Sarkomen des Erwachsenen in Kombination mit Carboplatin“ ergänzt.

Anlage XII (Frühe Nutzenbewertung nach Paragraph 35a SGB V)

- Retigabin (Trobalt®): Da die erforderlichen Nachweise nicht vollständig vorgelegt worden sind, gilt der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie als nicht belegt.
- Aliskiren/Amlodipin (Rasilamlo®): Da die erforderlichen Nachweise nicht vollständig vorgelegt worden sind, gilt der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie als nicht belegt. Rasilamlo® ist bereits seit 1. September 2011 wieder vom Markt genommen.
- Antrag auf Freistellung von der Nutzenbewertung wegen Geringfügigkeit „Andere Beta-Lactam-Antibiotika“: Dem Antrag auf Freistellung des Wirkstoffs Ceftarolininfosamil von der Nutzenbewertung wegen Geringfügigkeit wurde vom G-BA stattgegeben, da die vom pharmazeutischen Unternehmen zur Verfügung gestellten Informationen

Heilmittelverordnungen – langfristige Behandlungen

ausreichen, um die Geringfügigkeit des zu erwartenden Umsatzes (innerhalb von zwölf Monaten weniger als eine Million Euro) zu begründen. Solche Anträge sind vom pharmazeutischen Unternehmer vor der Markteinführung zu stellen.

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

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

In der Mai-Ausgabe der KVB INFOS haben wir Sie darüber informiert, dass die AOK Bayern, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) in Bayern und die Knappschaft vorläufig für bestimmte Krankheitsbilder innerhalb der entsprechenden Indikationsschlüssel eine Pauschalgenehmigung erteilen und sicherstellen, dass die Heilmittelverordnungen in diesen Fällen rückwirkend ab 1. Januar 2012 in den arztindividuellen Prüfstatistiken zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht enthalten sind. Insofern entfällt die Notwendigkeit von Einzelfallgenehmigungen für einzelne Versicherte.

Nun teilte uns der Landesverband der Betriebskrankenkassen mit, dass verschiedene BKKen sich diesem Verfahren angeschlossen haben. Sie finden eine Aufstellung der BKKen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Heilmittel*.

Ärztliche Bestätigung

Für Ihre Patienten, die nicht bei der AOK Bayern, der Knappschaft, den LKKen oder den gelisteten BKKen versichert sind, stellen wir Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Heilmittel* ein Muster zur Verfügung, das Ihnen und Ihren Patienten das Genehmigungsverfahren erleichtern soll. In jedem Fall sollten Ihre Patienten für die Antragsstellung bei der Krankenkasse eine aktuelle Heilmittelverordnung (gegebenenfalls in Kopie) vorlegen.

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

Abrechnung des Sprechstundenbedarfs

Vielleicht wurden Sie von Ihrem Softwareanbieter darüber informiert, dass die Rezeptprüfstelle Duderstadt künftig die Abwicklung des Sprechstundenbedarfs übernimmt. Dies gilt nicht für Bayern! Die Rezeptprüfstelle Duderstadt übernimmt die Abrechnung des Sprechstundenbedarfs für KV-Bereiche außerhalb Bayerns.

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

Abrechnungsgrundlagen bei Durchführung einer MR-Angiographie

Die Abrechnung zweier Gebührenordnungspositionen bei der Durchführung einer MR-Angiographie (MRA) erfordert entsprechend dem EBM eine Begründung: „Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehreren Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.“ Die Leistungen der MRA können nur von Radiologen mit der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung dieser Leistungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie abgerechnet werden.

Die Vorstandskommission Kernspintomographie der KVB weist jedoch aus aktuellem Anlass auf die zwei darüber hinaus geltenden Regelungen hin. Die Kommission führt eine Stichprobenprüfung auf der Grundlage der „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“, „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für die Kernspintomographie“ und der „Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie“ durch. Ärzte mit der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von MRA unterliegen diesen Vereinbarungen, die zwei wesentliche Vorgaben beinhalten:

1. Die Indikationsstellungen zur MR-Angiographie sind in der Vereinbarung zur MRA geregelt und dort in der Anlage 2 den jeweiligen Untersuchungsregionen und den damit verknüpften EBM-Ziffern zugeordnet. Werden nun zum Beispiel zwei Regionen wie die Aorta abdominalis (Ziffer 34485) plus die Becken- und Beinarterien (Ziffer 34489) untersucht und abgerechnet, müssen die hierfür jeweils geltenden Indikationen beide im Befund

erkenntlich sein. Die Überprüfung dieser Dokumentation erfolgt nach der „Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie“, Abschnitt C.

2. Die Durchführung der MRA muss den geltenden Richt- und Leitlinien für kernspintomographische Untersuchungen entsprechen. Dies gilt im obigen Beispiel für beide Positionen, das heißt, neben den Becken- und Beinarterien muss auch die Aorta mit ihren Gefäßabgängen erster Ordnung komplett dargestellt sein. Die Überprüfung erfolgt entsprechend den „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für die Kernspintomographie“.

Die zugrunde liegenden Rechtsquellen sind auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KVB abrufbar. Hierbei handelt es sich um die „Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung der Magnet-Resonanztomographie“ und um die „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie“. Bei weiteren Detailfragen stehen Ihnen die Experten der KVB und die Mitglieder der Vorstandskommission Kernspintomographie gerne für Beratungsgespräche zur Verfügung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Isabelle Bernhart unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 47
E-Mail Isabelle.Bernhart@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 praxisbezogen.

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 und Update Modul I) durch.

Sie profitieren von:

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

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO-KVB)
- alle interessierten Ärzte, die sich auf richtiges 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 Kleinstgruppen, Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- Samstag, 7. Juli 2012
München/KVB
- Samstag, 13. Oktober 2012
Fachhochschule Nürnberg
- Samstag, 17. November 2012
Augsburg/KVB

Neu: Update Modul I

Notfälle erfordern Ihr schnelles und effektives Handeln. Wenn Sie eine Reanimation durchführen müssen, erwartet man von Ihnen als Arzt souveränes Vorgehen. Um das gewährleisten zu können, müssen Sie regelmäßig alle Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation trainieren. Das ist der Erfolgsfaktor Nummer eins für ein geordnetes und effektives Vorgehen nach den aktuellen Guidelines.

Am Update Modul I können alle Ärzte teilnehmen, die in den vergangenen fünf Jahren das Modul I in der KVB absolviert haben. Basiskenntnisse (BLS, ALS) werden vorausgesetzt.

- Guidelines: Aktuelle Entwicklungen und Umsetzung
- umfassendes und individuelles Reanimationstraining in Kleinstgruppen
- Airway-Management
- Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 45,- Euro

Uhrzeit: 9.30 bis 12.45 Uhr

Termine Update Modul I:

- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

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 20.15 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 26. September 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 7. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City
- Mittwoch, 21. November 2012
Augsburg/KVB

Modul III

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

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine Modul III:

- Mittwoch, 24. Oktober 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 28. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City

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*.

In unserem neu konzipierten Seminar 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 Praxischwerpunkte.

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
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 6
Teilnahmegebühr: 95,- Euro
Uhrzeit: 13.30 bis 18.00 Uhr

Termine:

- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

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/Online-Anmeldung*.

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

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

KVB-Seminare

Fortbildung Gendermedizin*

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Fachärzte

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Hausärzte

Datenschutz in der Praxis

Abrechnungsworkshop HNO

Fortbildung Impfen für Praxismitarbeiter

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Hautkrebsscreening

EBM-Grundlagenworkshop operative tätige Fachärzte

Erstkraft und Führungskräfte in der Praxis – Führungsgrundlagen

Telefonkommunikation: Auffrischung und Vertiefung

Wiedereinstieg in die Praxis

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

QM-/QZ-Seminare

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

Vorbereitung auf die Zertifizierung/Re-Zertifizierung

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

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

QEP®-Kompakt für Psychotherapeuten

Lokales Moderatorentreffen

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	80,- Euro	17. Juli 2012	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Juli 2012	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Juli 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
		18. Juli 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Juli 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Juli 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juli 2012	18.00 bis 21.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Juli 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
		26. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Juli 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	12. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. September 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	14. September 2012	15.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		26. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	160,- Euro	19. September 2012	13.00 bis 21.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	20. September 2012	14.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. September 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. September 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
	kostenfrei	22. September 2012	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
	kostenfrei	22. September 2012	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. September 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	13. Juli 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	18. Juli 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	20. Juli 2012 bis 21. Juli 2012	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	25. Juli 2012	9.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	290,- Euro	22. September 2012 und 13. Oktober 2012	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
ärztliche QZ-Moderatoren	kostenfrei	26. September 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
QZ-interessierte Ärzte	110,- Euro	29. September 2012	9.00 bis 18.00 Uhr	München

